

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

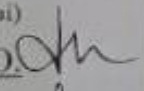
Кафедра загальної та практичної психології

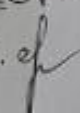
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ

студента факультету
управління, адміністрування та
інформаційної діяльності
групи 61фз
освітнього ступеня магістр
(бакалавр, магістр)
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
(назва освітньої програми)

Голубев Є.В. 

(прізвище, ім'я, по батькові)

Керівник: д. психол. н., проф. Макарчук Н.О. 

Рецензент: канд. пед. наук, доц. Замашкіна О.Д. 

Ізмаїл – 2024

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри загальної та практичної психології
протокол № 7 від «08» січня 2024 р.

Завідувач кафедри

[підпис] Маюха Т.С.
(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист
на відкритому засіданні ЕК
«24» січня 2024 р.

Оцінка 90 Відм.
(за стобальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

[підпис] Величченко Л.К.
(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙВИХ ДІЙ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ	7
1.1 Адаптація як предмет вивчення вітчизняної та зарубіжної психології.....	7
1.2 Психологічні фактори адаптованості особистості.....	26
1.3 Особливості адаптації військовослужбовців до умов мирного життя.....	44
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ	59
2.1 Огляд традиційних психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення особливостей адаптації.....	59
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	62
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВИТКУ НАВИЧОК АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ	76
3.1 Аналіз зарубіжних програм соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.....	76
3.2 Метафоричні асоціативні карти як інструмент покращення адаптованості учасників бойових дій.....	84
ВИСНОВКИ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тема посттравматичних розладів та профілактики психічних порушень, що виникають внаслідок екстремальних впливів на людину, привертає увагу численних науковців. Як вітчизняні, так і зарубіжні психологи проводять дослідження, спрямовані на аналіз адаптаційного потенціалу особистості та її здатності до саморегуляції у взаємодії з довкіллям. Різні аспекти, такі як адаптаційний потенціал, особливості адаптивної особистості, форми та механізми адаптації, загальні проблеми соціально-психологічної адаптації, соціальна адаптованість в кризових ситуаціях, вивчались ученими, такими як А. Маклаков, С. Максименко, Г. Сельє, К. Роджерс, Е. Шостром, Л. Філіп, Е. Фромм, Г. Балл, Ф. Березін, В. Казначєєв, В. Клименко, Ц. Короленко, А. Налчаджян, В. Семиченко, Б. Ананьєв, О. Леонтьєв, В. Петровський, та інші.

Проте, проблема психологічних особливостей адаптації військовослужбовців не є повністю дослідженою. Дослідження зазвичай зосереджено на професійно стабільних умовах, таких як адаптація до військової служби, і не враховують вплив травматичних подій на особистість військового. Реабілітація учасників бойових дій зазвичай обмежується подоланням посттравматичних станів. Поглиблене дослідження цих аспектів може внести вагомий внесок у розумінні та покращенні психологічної підготовки та реабілітації військових.

Об'єкт дослідження – адаптація як соціально-психологічне явище.

Предмет дослідження – психологічні особливості соціальної адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні специфічних аспектів адаптації учасників бойових дій до мирного життя, а також визначенні можливостей їх успішної та стійкої реінтеграції.

Для досягнення визначеної мети було сформульовано наступні **завдання:**

1. Провести теоретичний аналіз наявних наукових досліджень, що стосуються адаптації учасників бойових дій.
2. Здійснити емпіричне дослідження психологічних особливостей адаптації учасників бойових дій в Україні під час переходу до умов мирного життя.
3. Розробити структурну модель адаптації учасників бойових дій до мирного життя.
4. На основі структурної моделі розробити та експериментально перевірити ефективність програми розвитку навичок адаптації для учасників бойових дій, з урахуванням їх вікових особливостей.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було використано різноманітні методи. Загальнонаукові методи дозволили систематизувати та узагальнити погляди вітчизняних і зарубіжних науковців з питань, що стосуються предмету дослідження. Для емпіричного аналізу були використані наступні методи: тестування, опитування та анкетування.

У рамках емпіричного дослідження застосовано такі методики, як визначення вираженості симптомів ПТСР учасників бойових дій за допомогою опитувальників PCL-M, PCL-5 та Міссісіпської шкали. Крім того, для діагностики копінг-стратегій, як чинника соціальної адаптації учасників бойових дій, використано методику Е. Хейма.

Експериментальною базою дослідження є Військовий шпиталь м. Ізмаїл, 1 Болградська Аеромобільна дивізія (А-0220), Ізмаїльська Військова частина (А 2372). Дослідженням охоплено 50 учасників бойових дій від 20 до 60 років.

Практичне значення кваліфікаційної роботи. Розроблені нами програми мають значуще практичне використання для фахівців у галузі психології, лікарів-психологів та соціальних працівників. Дані програми можуть стати ефективним інструментарієм в процесі реабілітації учасників

бойових дій, сприяючи їхньому психологічному оновленню та адаптації до цивільного життя. Використання цих програм також може бути корисним при викладанні спеціалізованих курсів, таких як "Екстремальна психологія", "Психологія кризових ситуацій" та "Військова психологія", допомагаючи майбутнім фахівцям отримати необхідні навички для роботи з особами, що пережили екстремальні ситуації.

Результати апробації дослідження відбувались через участь у науково-практичних конференціях:

1. Психологічні фактори адаптованості особистості // Сучасна психологія: проблеми та перспективи. 2023, № 7. – С.
2. Особливості адаптації військовослужбовців до умов мирного життя // Сучасна психологія: проблеми та перспективи. 2023, № 7. – С.

Структура і обсяг роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота викладена на 102 сторінках, має 10 таблиць, 5 рисунків, список джерел включає 69 найменування літератури.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙВИХ ДІЙ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ

1.1 Адаптація як предмет вивчення вітчизняної та зарубіжної психології

Актуальність наукового аналізу проблем адаптації визначається її соціальною значущістю та прямим зв'язком із ключовими соціальними процесами. Сучасне суспільство, як складна система, стикається з різноманітними викликами та ризиками, які можуть впливати на індивідів, групи та спільноти. Адаптація стає необхідним механізмом відповіді на ці виклики.

Суспільні зміни, економічні труднощі, конфлікти та інші фактори можуть створювати умови, які вимагають від людей нових стратегій та навичок адаптації. Адаптація виступає ключовим елементом для забезпечення балансу між індивідуальними потребами та цілями, а також вимогами соціального середовища.

Важливо розуміти, що успішна адаптація сприяє нормальній функції та плідній життєдіяльності людини в суспільстві. Адаптаційні механізми стають важливим інструментом для вирішення проблем, пов'язаних із змінами в соціальному середовищі.

Отже, науковий аналіз адаптації [14; 22; 45; 51] важливий для розуміння та вирішення сучасних соціальних викликів і сприяє створенню стратегій, спрямованих на оптимальну взаємодію індивіда з навколишнім соціальним середовищем.

Поняття "адаптація" походить від латинського слова "adaptatio" і визначається як пристосування організму до змінливих умов середовища. У психології адаптація означає пристосування людини до умов суспільства відповідно до його вимог та власних потреб, мотивів і інтересів. Це також

розглядається як пристосування організмів та органів чуття до умов існування.

Сучасне розуміння адаптації передбачає взаємозв'язок між розвитком індивіда (організму) і умовами середовища. Важливо, щоб адаптація відбувалася таким чином, щоб індивід мав задовольняти свої потреби та цілі, відповідати соціальним нормам і не суперечити вимогам суспільства.

Адаптацію можна розглядати на різних рівнях, таких як фізіологічний, біологічний, психологічний та соціальний. Вона є необхідним елементом для нормальної функції та плідної життєдіяльності людини в суспільстві.

Також варто відзначити, що узгодження самооцінок та домагань особистості з її можливостями та реальністю соціального середовища є ключовим компонентом адаптації. Адаптація розглядається в контексті фізіологічних, біологічних, психологічних і соціальних аспектів, а вивчення цього процесу є важливим завданням для розуміння та вирішення сучасних соціальних викликів.

Дійсно, думка Р. Авенаріуса про пізнання як процес адаптації до середовища була досить новаторською для свого часу, особливо в XIX столітті. Розглядаючи пізнання як адаптацію, він вводив ідею, що наше сприйняття та розуміння світу формуються в результаті взаємодії організму з його оточенням.

Сучасний погляд на адаптацію також виявив багатоаспектність цього явища. Ідея адаптації, спочатку вивчена в біології та фізіології, вийшла за межі цих наук і розпочала досліджуватися в інших галузях, таких як медицина.

Розуміння адаптації в контексті пізнання відкриває нові шляхи для розуміння того, як людина сприймає і взаємодіє з навколишнім світом. Це підкреслює важливість адаптивних механізмів нашого мислення та сприйняття для оптимального функціонування в різних умовах.

В біології поняття адаптації використовується для позначення рівня виживання особин і популяцій, а також для опису співорганізації органів та

частин тіла. Біологічна адаптація є анатомічною структурою, фізіологічним явищем або реакцією в поведінці організму, що розвивається протягом еволюції так, що сприяє довготривалому репродуктивному успіху даного організму [27].

Адаптація може мати тимчасовий характер, існуючи до тих пір, поки перевага, яку вона надає, не зменшиться або не стане шкідливою для виживання виду. З точки зору кібернетики будь-яка система, включаючи біологічні, може функціонувати завдяки відсутності жорстких рамок, що визначають її. Системні допуски і амплітуди коливань параметрів забезпечують пристосованість до змінюючихся умов і лежать в основі стійкої "нормальної" діяльності системи.

У кібернетиці адаптація розглядається як процес накопичення та використання інформації в системі для досягнення певного, зазвичай оптимального стану або поведінки при початковій невизначеності і змінюючихся зовнішніх умовах. Це застосовується, коли чинники впливу на систему є частково або повністю невідомими. Процес адаптації включає накопичення даних про ці чинники та визначення їх характеристик системою.

Поняття "адаптація" в науковому використанні введене з ім'ям німецького фізіолога Х. Ауберта у 1865 році. Він використовував це поняття для опису пристосування органів зору або слуху до подразників, які виражаються в підвищенні або зниженні чутливості. Фізіологічна адаптація, в цьому контексті, розглядається як пристосування організму до умов існування.

Сучасне розуміння адаптації базується на роботах вчених, таких як І. Павлов, І. Сеченов, П. Анохін, Г. Сельє та інших. Г. Сельє вважається основоположником адаптаційної проблематики. Розрізняють різні рівні адаптації залежно від того, який аспект у системі "організм – середовище" розглядається, такі як субклітинний, клітинний, тканинний, системи органів, цілісного організму, груповий, популяційний, видовий, біогенетичний та

екосферний. Також виділяють статичний та динамічний аспекти аналізу процесу адаптації. Статичний відображає стійкість біосистеми до умов середовища як рівень її адаптованості, тоді як динамічний аспект відображає процес, динаміку пристосування біосистеми до умов середовища, що змінюються.

Аналіз концепції адаптації у соціальних системах вказує на те, що це поняття відображає шлях, яким соціальні системи будь-якого рівня пристосовуються до змінливих умов середовища. Згідно з підходом Т. Парсонса, соціальна адаптація є однією з функціональних умов, необхідних для виживання соціальних систем. Разом із інтеграцією, досягненнями цілей і збереженням цілісних образів, адаптація сприяє життєздатності соціальних систем.

Т. Парсонс підкреслює значення економічного середовища для суспільства та його ролі у забезпеченні людей необхідним мінімумом матеріальних благ. Адаптація у цьому контексті відбувається через особистісні механізми засвоєння норм і цінностей, які існують у соціальному середовищі. Людина стає частиною соціальної системи, взаємодіючи з іншими людьми та адаптуючись до норм і цінностей суспільства [19].

За підходом Т. Парсонса адаптація відбувається через баланс очікувань людини та соціального середовища. Цей процес полягає в тому, що людина засвоює цінності та норми, які домінують у соціальному середовищі, щоб інтегруватися в систему і забезпечити своє виживання.

Е. Тоффлер розглядає адаптацію у контексті сучасного суспільства та впливу стрімкого технологічного і соціального прогресу. Він вводить поняття "футурошоку" (шоку майбутнього), яке визначає реакцію людини або суспільства на стрімкі і радикальні зміни, що плануються або очікуються.

За Тоффлером, основне завдання як для людини, так і для суспільства, полягає в тому, щоб вміло адаптуватися до майбутніх змін, а не лише до вже наявних. Футурошок виникає через швидкі та радикальні трансформації в

оточенні, що визначаються прискореними темпами технологічного та соціального прогресу [39, с. 40].

Треба відзначити, що футурошок виникає також через невідповідність між реальністю та картинами майбутнього в свідомості. Людина, яка ще не встигла адаптуватися до нових умов, може відчувати шок та невідповідність у своїй свідомості.

Отже, для Е. Тоффлера адаптація стає ключовим фактором в умовах стрімких змін, і вміння адаптуватися до майбутніх викликів стає важливою як для індивідів, так і для суспільства в цілому.

Психологічний підхід до адаптації, зокрема з орієнтацією на взаємодію людини з малою групою, визначається соціально-психологічним контекстом. З точки зору соціальної психології, адаптація представляє собою процес взаємодії особистості з малою групою, в якій здійснюється адаптація до усталених норм.

Згідно з соціально-психологічним підходом, біологічний, фізіологічний, психологічний і соціальний розвиток людини взаємопов'язані та взаємозумовлені. Активна діяльність людини сприяє її розвитку, а вибір дій індивідом визначається як його біологічними, так і соціальними факторами.

Цей підхід враховує, що процес адаптації відбувається в контексті соціальних відносин та взаємодії з іншими членами малої групи. Засвоєння усталених норм та взаємодія з групою визначають успішність адаптаційного процесу.

Л.С. Виготський розглядав адаптацію як активне та свідоме перетворення дійсності, що тісно пов'язане з культурно-історичними умовами життя людини та має потенціал для розвитку психічних функцій на основі соціальних відносин. В контексті генетико-динамічного підходу до становлення особистості він розглядав адаптацію як комбінацію окремих процесів, які взаємодіють між собою, з кожним процесом, що характеризується своїми часовими рамками та перетворюється у наступні процеси після завершення [26].

Згідно із соціально-психологічним підходом, адаптація є процесом взаємодії особистості з малою групою та засвоєнням усталених норм. У роботах С. Рубінштейна визначається два способи існування людини у світі: життя у межах безпосередніх, усталених зв'язків та життя, що виводить людину за межі повсякденності і пов'язане зі зміною ціннісно-сміслових категорій. Адаптація визначається як добре організований спосіб подолання типових проблем, в якому активність особистості та творчий характер її соціальної активності відіграють важливу роль [28].

Адаптаційні процеси передбачають взаємодію різних комбінацій діяльнісних, поведінкових і інформаційно-психологічних напрямків, спрямованих на реалізацію потреб сучасного суспільства. Важливими чинниками, що визначають ефективність адаптації людини, є конкретні суб'єктивні та середовищні фактори, такі як вік, стать, фізіологічні та психологічні характеристики, умови життєдіяльності, режим і характер діяльності, особливості соціокультурного середовища [6].

К. Платонов визначає психічну адаптацію як пластичне пристосування внутрішніх змін до змін зовнішніх, що означає урівноваження психічного розвитку та стану зміненого середовища. У його концепції психічної адаптації виділяють три взаємопов'язані компоненти:

1. Психофізіологічна адаптація. Пластичне пристосування організму за умови зміни середовища через перебудову фізіологічних функцій.
2. Психологічна адаптація. Пластичне пристосування особистості до змін середовища на рівні емоційного стану, корекція цілей та очікувань.
3. Психосоціальна адаптація. Пластичне пристосування особистості до вимог нового середовища, коригування стратегії поведінки та напрямку активності.

Отже, сутність адаптації полягає в тому, щоб, ставши частиною середовища, активно впливати на нього та брати свідому участь у його зміні і перетворенні. Лише набуваючи певної свободи, можна успішно впливати на середовище свого функціонування, і, в свою чергу, особистісна активність не може існувати поза процесами адаптації.

Л. С. Виготський, психолог і педагог, вніс вагомий внесок у розуміння адаптації та її зв'язку з розвитком особистості. Він розглядав адаптацію як активний процес, пов'язаний із здатністю особистості перетворювати дійсність.

Згідно з теорією вченого, адаптація включає в себе активне та свідоме перетворення дійсності. Відзначається тісним пов'язанням з культурно-історичними умовами життя людини, які є потенціалом для розвитку психічних функцій на основі соціальних відносин. За Л. С. Виготським, розвиток і адаптація є взаємопов'язаними процесами, що відбуваються через взаємодію особистості з соціальним середовищем.

На ранніх етапах адаптації психічні особливості формуються через пристосування особистості до вимог оточуючого середовища. Однак з часом ці особливості стають самостійними і визначають подальший розвиток особистості. На високому рівні розвитку ця активність виражається в тому, що суб'єкт, який вже засвоїв накопичений досвід, стає творцем цього досвіду.

Однією з ключових ідей К. А. Абульханової-Славської є підхід до розуміння соціальної адаптації як складової життєвої стратегії. Вона виділяє два аспекти у структурі життєвої позиції особистості: сукупність суб'єктивно-значущих відносин та сукупність способів їх реалізації, що визначається як "спосіб організації життя". Це дозволяє розглядати адаптацію як не лише адаптацію до зовнішніх умов, але й як активний процес внутрішньої організації життя особистості з урахуванням суб'єктивного значення [42].

І. Білою та О. Георгієвським висвітлено різні аспекти адаптації, та обидва підходи вказують на важливість адаптивних здібностей для успішної адаптації особистості до зовнішнього та внутрішнього середовища.

І. Біла підкреслює, що адаптивні здібності представляють собою інтегральну категорію, яка включає різноманітні загальні та спеціальні здібності. Ці здібності забезпечують успіх у виконанні різноманітних діяльностей та, відповідно, сприяють успішній адаптації. Серед них можуть

бути розумові, фізичні, артистичні, лідерські, комунікативні та інші здібності [4, с. 21].

З іншого боку, О. Георгієвський наголошує на тому, що адаптація є процесом активного відображення, який забезпечує самозахист системи у її розвитку. Також важливо враховувати, що адаптація формується як щодо зовнішніх, так і внутрішніх впливів, включаючи адаптацію частин всередині системи. Такий підхід визнає складність процесу адаптації та важливість взаємодії зовнішнього та внутрішнього середовища для досягнення динамічної рівноваги.

Обидва погляди доповнюють один одного, віддзеркалюючи комплексний характер адаптації як процесу, який охоплює різні аспекти особистісного розвитку та взаємодії з оточуючим середовищем.

А. Маклаков ідентифікує три рівні адаптації: фізіологічний, психічний та соціальний. Він розглядає ці рівні як взаємозалежні та взаємовпливаючі, що визначають інтегральний стан організму. Ця інтегральна характеристика представляє собою динамічний комплекс, що відображає функціонування всіх систем організму в період адаптації.

П. Анохін акцентує увагу на значущості функціонального стану на психофізіологічному рівні в період адаптації. Він розглядає функціональний стан як основну характеристику функціонування систем організму, що визначається на психофізіологічному рівні. Поняття "функціональний стан" відображає інтегральний комплекс характеристик, який сприяє виконанню діяльності [52, с.63].

Аналізуючи сутність адаптації, розглянуті різні наукові позиції та підходи до проблеми, зокрема: фізіологічний підхід (представники - В. Казначеев, Ф. Меєрсон, А. Слонім та ін.), біхевіористський підхід (Г. Айзенк, Р. Хенкі, Дж. Уотсон та ін.), інтеракціоністський підхід (Г. Блумер, Дж. Мід, Л. Філіпс, Т. Шибутані та ін.), психоаналітичний підхід (Г. Гартман, Г. Фрейд, З. Фрейд, Е. Фром та ін.).

О. Реан використовує термін "соціально-психологічна адаптація", розглядаючи її як сукупність психологічної та соціальної адаптації, яка дозволяє особистості досягти самореалізації в гармонії із соціальним середовищем [23]. Він виділяє три основні напрямки в дослідженні соціальної адаптації: 1) пов'язані з психоаналітичними концепціями взаємодії особистості і соціального середовища; 2) пов'язані з гуманістичною психологією; 3) пов'язані з когнітивною соціальною психологією.

Представники психоаналітичних концепцій головним чином досліджують розвиток захисних механізмів особистості. З. Фройд, хоча і не використовує термін "адаптація" у своїх роботах, суттєво описує цей процес, розглядаючи особливості взаємодії підструктур Ід, Его і Суперего. Процес адаптації, що відбувається через захисні механізми, допомагає встановити рівновагу між цими підструктурами особистості, уникаючи тим самим розвитку неврозу [52].

Психоаналітична концепція адаптації, розроблена Г. Гартманом, включає як процеси, пов'язані з конфліктними ситуаціями, так і процеси, які належать до вільної від конфліктів сфери "Я". Вона розрізняє адаптацію як процес і адаптованість як його результат [37]. За поглядами психоаналітиків, добре адаптованою вважають людину, яка має невпорядковані продуктивність, здатність до насолодження життям і психічну рівновагу. Під час адаптації активно змінюються як особистість, так і середовище, встановлюючи відносини адаптованості, а процес адаптації регулюється "Я". Також виділяють аллопластичні і автопластичні види адаптації, які представляють різні аспекти цього процесу. Аллопластична адаптація пов'язана з змінами у зовнішньому світі, які людина вносить для відповідності своїм потребам, в той час як автопластична адаптація пов'язана із змінами у самій особистості для пристосування до середовища. Також відбувається пошук такого середовища, яке сприятливе для функціонування особистості.

В своїх трудах К.Г. Юнг, який розглядає структуру свідомості, визначає головною функцією свідомості адаптацію, розглядаючи її через більш широкий контекст "пізнання", оскільки адаптація може проявлятися не тільки у вигляді когнітивної діяльності. У його глибинній психології свідомість аналізується як єдність з несвідомим, тому адаптація виражається в цілісності та єдності всіх психічних проявів людини [60].

У концепції психосоціального розвитку Е. Еріксона ключову роль у виконанні адаптивних функцій відіграє Его. Основне завдання Его, на думку Е. Еріксона, полягає в процесі формування і розвитку ідентичності, яка, в свою чергу, оберігає цілісність і індивідуальність досвіду людини, надаючи можливість передбачати внутрішні та зовнішні небезпеки і порівнювати свої здібності з соціальними можливостями, які надає суспільство [68].

Основоположник індивідуальної психології А. Адлер визначив два механізми адаптації: комплекс неповноцінності і прагнення до переваг, які визначають напрям адаптаційного процесу [57].

Біхевіористи, такі як Л. Шаффер і Е. Шобен, визначали соціальну адаптацію за допомогою схеми "стимул - реакція". В рамках їхньої концепції адаптація вважалася окремим актом поведінки, де вплив середовища завжди розглядався як перешкода для досягнення індивідом своїх цілей. Успішна адаптація визначалася тим, як індивід подолав ці перешкоди для досягнення своїх мет. В іншому випадку він вважався дезадаптантом. Необіхевіористи, зокрема представники необіхевіоризму, такі як Г. Айзенк і Р. Хенкі, розглядали соціальну адаптацію як процес досягнення стану гармонійної взаємодії між індивідом і його оточенням.

Наступники біхевіоризму, які підтримували необіхевіористичний підхід, підкреслювали соціальний аспект соціально-психологічної адаптації, розглядаючи її як процес досягнення стану гармонії між індивідом і його оточенням. В їхньому визначенні, адаптація означала не лише вирішення зовнішніх завдань, а й досягнення внутрішньої гармонії. Однак цей підхід

має свої обмеження, оскільки він може не враховувати внутрішні конфлікти, що можуть впливати на соціальну адаптацію.

З погляду інтеракціоністського підходу, адаптація формується під впливом як психічних, так і соціальних чинників. Відмінно від терміну "приспособлення", який означає, як організм пристосовується до конкретних вимог ситуації, адаптацію вважають стабільним і добре організованим способом вирішення типових проблем. За словами Л. Філіпса, ефективна адаптація виникає, коли індивід ефективно відповідає на вимоги та соціальні очікування, які накладає довкілля враховуючи його стать, вік та соціальний статус. Також, важливою є здатність індивіда обирати стратегії реагування при зустрічі з новими та екстремальними впливами для досягнення своїх цілей.

Інтеракціоністи розрізняють ситуативну адаптацію та загальну адаптацію до типових проблемних ситуацій. Загальна адаптація вважається результатом послідовного ряду ситуативних адаптацій до повторюваних ситуацій зі спільними рисами. Адаптація розглядається як активний процес, що включає пристосувальні реакції на різних рівнях, від індивідуального і групового до міжгрупового. Такий підхід підкреслює активну участь людини в освоєнні довкілля, враховуючи як свідомі, так і несвідомі аспекти, включаючи творчість та патологію.

Представники гуманістичної психології вказують на те, що ефективна адаптація можлива лише тоді, коли задовольняються всі базові потреби людини. А. Маслоу включає до цих потреб фізіологічні потреби, потребу в безпеці, любові, визнанні та самоактуалізації. Інший гуманіст, К. Роджерс, вважає, що ефективність адаптації особистості до соціального середовища залежить від конгруентності, що в свою чергу залежить від адекватності самооцінки, креативності, відкритості до нового та інших особистісних особливостей. Гуманістичний підхід вперше пропонує ступінь інтеграції особистості і середовища як важливий критерій адаптованості, що дозволяє

оцінити співвідношення особистісно значущих і загальносоціальних цінностей [39, с. 37].

В. Франкл, засновник логотерапії, вказує на те, що в житті кожної людини відбувається етап втрати сенсу, коли вона відчуває безсмысленість свого існування (екзистенційний вакуум). Основна ідея соціально-психологічної адаптації полягає в тому, щоб знаходити конструктивний життєвий сенс та цінності, які мають велике значення для особистості та дозволяють преодолівати труднощі та фрустрації, що супроводжують її життєвий шлях.

Вплив типологічних характеристик на адаптаційні процеси майже не досліджувався. Спочатку типологічні підходи використовувалися для вивчення стилю адаптації осіб, класифікуючи їх у поведінкові типи "А" і "Б" (М. Фрідман, А. Маклаков, С. Положенцев, Д. Руднев) [24]. У галузі психіатрії та психосоматичної медицини методи типування використовувалися для аналізу схильності до різноманітних розладів і підбору індивідуально орієнтованих процедур лікування. За висновками Ю. Александровського, типологічні особливості визначають непереносимість психотравмуючих ситуацій та впливають на клінічну картину невротичних і психосоматичних розладів.

Інші дослідження, проведені на прикладі курсантів військово-медичних ЗВО, І. Владіміровою [24], показали, що типи темпераменту впливають на адаптаційні процеси. Зокрема, особи з темпераментом SJ (сенсорно-раціональний) використовують свої організаційні здібності та лідерські якості для адаптації, тоді як представники темпераменту NF (інтуїтивно-етичний) пристосовуються через комунікабельність та вміння встановлювати міцні міжособистісні контакти. Люди з темпераментом NT (інтуїтивно-логічний) задіюють свої вольові якості, а ті, хто має темперамент SP (сенсорно-іраціональний), найбільш адаптовані у ролі неформальних лідерів.

В. Казначеев визначає три конституціональні типи людей, зосереджуючись на ступені витривалості та особливостях адаптаційних механізмів за функціонально-метаболічною класифікацією:

1. «Спринтери» - цей тип людей добре адаптується до різкої зміни обстановки. Вони мають високу мобілізаційну готовність в надзвичайних ситуаціях і швидко включаються в нові ритми життя та праці. Ці особи є незамінними, коли потрібно виконати великий обсяг роботи в короткий час. Патологічні процеси у них часто протікають гостро, не переходячи в хронічну форму.
2. «Стайери» - представники цього типу важко адаптуються до нових умов. Вони мають невисокий рівень мобілізаційної готовності, але водночас стійкі до тривалих навантажень. Патологічні процеси у них можуть протікати повільно, відзначаючись схильністю до рецидивів і переходу в хронічну форму.
3. «Змішаний тип» - характеризується проміжними структурно-метаболічними якостями, що розташовані між двома попередніми типами.

Зазначені співвідношення цих трьох типів складають близько 24% "спринтерів", 31% "стайерів" і 45% "змішаного типу" [5, с. 228].

На думку М. Свиридова, соціальну адаптацію можна виділити залежно від рівня або соціального зрізу, до якого належить середовище адаптації. Відповідно, можна виділити два її різновиди:

1. Адаптація на рівні безпосереднього оточення (вихідний рівень). Сюди входить адаптація до професії, роботи, навчання та їх умов. Також враховується адаптація до колективу, включаючи соціально-психологічну адаптацію. Це охоплює пристосування до особливостей і умов життя за місцем проживання та інші аспекти, які пов'язані з конкретним оточенням.
2. Адаптація на мікросоціальному рівні. На цьому рівні об'єктом освоєння виступає соціум, суспільні відносини і характер соціальних взаємодій. Критерій адаптації на цьому рівні визначається тим, наскільки індивіди

приймають або не приймають соціально-економічні, соціально-політичні, соціально-культурні та інші відносини і умови життя. Іншими словами, це визначається готовністю інтегруватися у великі соціальні структури і системи.

Дані два рівні адаптації в соціумі взаємодіють і утворюють єдиний процес, де адаптація до конкретного оточення є базовою для адаптації до макросоціальних реалій.

Класифікація М. Ромма виділяє чотири основні структурні конструкції адаптації, враховуючи суб'єктну позицію системи, яка адаптується, та системи, до якої адаптуються:

1. Примусова адаптація. Найжорсткіша форма адаптації, при якій адаптант виступає у пасивній позиції, повністю залежить від наставника, педагога, психолога тощо. Адаптант не генерує нові адаптивні стратегії, не проявляє інтересу до процесу адаптації. Наставник визначає цілі, програму адаптації і контролює її розгортання. Включає демонстрацію наслідків, контроль дій і результатів, стимулювання активності тощо.
2. Зустрічна адаптація. Суб'єктами є як наставник, так і адаптант. Це найпродуктивніша, різноманітна і складна форма адаптації, де сторони можуть мають різні цілі і способи адаптації. Вимагає зрілості суб'єктів і здатності впливати як на власну особистість, так і на ситуацію. Кожен стороні прагне впливати на іншого, максимально використовуючи творчий потенціал. Включає узгодження адаптаційних програм суб'єктів, апробацію нових видів діяльності, безперервну рефлексію і оцінку.
3. Ресурсна адаптація. Виділяється суб'єктною позицією адаптанта, який використовує ресурси середовища, виступаючи в активній ролі. Адаптант самостійно проектує свою адаптивну стратегію, творчо переробляє досвід і здійснює пошук і апробацію нових дій. Включає самоосвіту, самореалізацію, апробацію нових видів діяльності.

4. Фонова адаптація. Задіяні обидві адаптивні системи, але обидві пасивні. Відзначається неявною формою адаптації і невизначеністю результатів. Неспівпадаючі контексти адаптивних ситуацій учасників, незакінченість і відносність розуміння результатів пристосування [8, с. 179].

Дана класифікація враховує взаємодію та суб'єктність у процесах адаптації, дозволяючи розрізнити їхні особливості та технологічні аспекти.

Визначення С. Максименка підкреслює системний характер психічної адаптації. Згідно з цим визначенням, психічна адаптація є процесом взаємодії особистості з середовищем, де особистість активно впливає на середовище і враховує його особливості. Цей процес спрямований на забезпечення задоволення основних потреб особистості і реалізацію значущих ланцюгів.

Важливим аспектом визначення є наголос на тому, що психічна адаптація може бути розглянута як результат діяльності цілісної системи, яка управляється самостійно. Це означає, що процес адаптації включає в себе взаємодію різних елементів особистості та її оточення, а також саморегулювання для досягнення гармонії і забезпечення власних потреб.

Такий підхід враховує важливість взаємодії та взаємовпливу між особистістю і середовищем в контексті досягнення психічної адаптації.

У підході О. Зотової та І. Кряжевої до соціально-психологічної адаптації висвітлено, що успішна адаптація відбувається лише тоді, коли соціальне середовище сприяє задоволенню потреб і прагнень особистості та допомагає розкриттю її індивідуальності. Зокрема, акцентується важливість умов життя і діяльності, які можуть суттєво впливати на процес адаптації. Враховано, що умови діяльності визначають характер, швидкість і результат адаптації, і вміння швидко знайти своє місце та виявити свої здібності є ключовим для успішної адаптації в новому соціальному середовищі.

За Ф. Березіном, основна функція адаптації є регуляційною, а психічна адаптація виступає центральною ланкою загальної адаптації людини. Відзначається, що якість адаптації в цілому залежить від характеру психічної

регуляції. Ф. Березін визнає механізми протистояння тривозі, такі як різноманітні форми психологічного захисту і компенсації, як ключові для успішності адаптації. Його дослідження виявили, що різні форми психологічного захисту можуть взаємодіяти з тривогою і іншими негативними станами. Порушення цих механізмів або використання неадекватних форм захисту може призвести до соматизації тривоги, тобто спрямування її на формування передхворобливих станів, або до остаточного зриву адаптації. Використання неадекватних форм захисту може також призвести до гіпертривоги та наднапруження, що перевищує звичайну мотиваційну інтенсивність і може викликати стан фрустрації [11, с. 157].

М. Дьяченко та Л. Кандибович розглядають кілька етапів у процесі адаптації, зокрема: пізнавальний, який включає в себе навчання новим способам діяльності і поведінки; фазу психологічної переорієнтації; вироблення звичок; і етап внутрішнього прийняття нових завдань і умов діяльності. Наталія Кондратова розрізняє три фази адаптації: початкова фаза, яка відображає психічну реакцію організму на нові умови; друга фаза – перебудова пристосувальних механізмів, динамічного стереотипу і психічних процесів; третя фаза – настання періоду стійкої адаптації, коли формується динамічний стереотип і пристосувальні реакції. Людмила Єгорова виокремлює п'ять рівнів адаптації: дуже низький (негативний), низький (пасивний), середній (активний), високий (активно-продуктивний) і дуже високий (творчий) [27, с. 71].

Р. Мертон розрізняє чотири типи індивідуальної адаптації, які є цікавими для нашого дослідження. Перший тип – конформізм, передбачає узгодженість індивіда із суспільними цілями та схвалюваними способами досягнення цих цілей. Конформісти залежні від громадської думки та соціальних стандартів. Другий тип – інновація, означає пошук нових і суспільно схвалюваних способів досягнення цілей. Третій тип – ритуалізм, пов'язаний з постійним прагненням до успіху та уникненням невдач шляхом дотримання рутинарного порядку та інституційних норм. Четвертий тип –

ретризм, включає в себе ізоляцію від суспільства та відмову від взаємодії з іншими. Останній тип, бунт, характеризується відмовою від прийнятих у суспільстві цілей і засобів досягнення їх, заміною їх новими цілями та засобами, і може мати радикальний характер, проявляючись у внутрішній та зовнішній активності особистості, що часто може приймати руйнівні форми.

Соціальна адаптація виконує важливе соціальне призначення через реалізацію своїх функцій. Згідно з поглядами О. Власової, основна функція соціальної адаптації полягає у відображенні міжособистісних зв'язків та відносин, сприяючи збереженню як особистості, так і оточуючого середовища. Л. Гордон наголошує на мобілізуючій функції адаптації, вказуючи, що цей процес полягає у не лише прийнятті окремих елементів, але й освоєнні мінливого типу цілісної системи суспільних відносин, здатності пережити надзвичайні ситуації.

М. Шабанова вбачає функцію адаптації в тому, що індивід має можливість не лише виживання, але й процвітання, а макросередовище отримує можливість відтворення та переходу до нової стадії у ситуаціях суспільної невизначеності. І. Діскін та Є. Аврамова підкреслюють стимулюючу функцію адаптації, особливо в умовах суспільної невизначеності, що виявляється у здатності людей до орієнтації та створення адекватних моделей соціальної поведінки для реалізації своїх потреб та інтересів [29, с. 41].

Соціальна адаптованість, за поглядами А. Грися [10], передбачає наявність у суб'єкта певних навичок і способів взаємодії. Зокрема, В. Петровський вказує на важливі аспекти такої адаптованості, такі як вільне володіння вербальними і невербальними засобами соціальної взаємодії, усвідомлення діяльнісного середовища (соціального і фізичного), усвідомлення власних потреб і ціннісних орієнтацій, здатність впливати на довкілля для досягнення своїх цілей і задоволення своїх основних потреб, а також здатність усвідомити свої стереотипи в сприйнятті інших людей,

самостійно справлятися зі стресовими ситуаціями, установки на активну взаємодію з соціальним середовищем та прийняття соціальної ролі.

Результатом соціально-психологічної адаптації є адаптованість особистості, яку, за словами А. Налчаджяна, можна характеризувати за наступними особливостями: сприяє безконфліктному та продуктивному виконанню провідної діяльності; дозволяє особистості задовольняти свої соціальні потреби; дозволяє мати конструктивну позицію стосовно соціальних очікувань, які висуваються до неї соціальним середовищем; створює можливість для самореалізації особистості і творчого вираження її особистісного потенціалу.

В. Розов, описуючи адаптивність, робить висновок, що структура адаптивності особистості є змінною і відображає лише певні тенденції, такі як статеві та вікові особливості. Він виділяє три основні компоненти в структурі адаптивності: підсистему особистісних властивостей, підсистему індивідуальних властивостей і суб'єктивні властивості людини, між якими існують незмінні взаємозв'язки [35, с. 298].

А. Маклаков вводить поняття особистісного адаптаційного потенціалу, розглядаючи його як інтегральну характеристику психічного розвитку особистості, яка визначає можливості особистості в адаптації. Структура цього потенціалу має багаторівневий характер і включає такі основні елементи: поведінкову регуляцію і нервово-психічну стійкість, комунікативний потенціал, ступінь орієнтації на загальноприйняті норми поведінки.

А. Маклаков вважає, що адаптивні можливості особистості визначаються рівнем розвитку психологічних характеристик, які грають ключову роль у регуляції процесу адаптації та психічної діяльності. До цих характеристик відносяться самооцінка особистості, рівень розвитку пізнавальних здібностей, рівень орієнтації в загальноприйнятих нормах поведінки, наявність досвіду спілкування, рівень конфліктності, рівень соціальної підтримки та нервово-психічна стійкість.

С. Посохова вводить поняття "стратегії адаптації", пов'язане з "адаптогенними" ознаками середовища. Це включає формальні (новизна, високий темп змін, стрімка іррадіація змін, інформаційна перевантаженість, висока семантична невизначеність) і психологічні ознаки (загострення дефіциту адаптаційного потенціалу, підвищення значущості Я, посилення тривоги і агресивності, розширення спектру адаптаційної поведінки). У зв'язку з цим у людини з'являються необхідні програми активності в різних середовищах, які важливі для підтримки соціального статусу і самооцінності.

Д. Леонтьєв визначає особистісний потенціал як стрижень особистості, базову індивідуальну характеристику, яка якісно характеризує рівень особистісної зрілості, а самодетермінацію особистості розглядає як головну форму прояву цього потенціалу. Ю. Толстих додає, що адаптаційний потенціал є аксіологічним і базується на системі знань і переконань, яка визначає діяльність людини.

А. Богомоллов визначає адаптаційний потенціал як здатність особистості до структурних і рівневих змін, що підвищують її організованість і стійкість. Цей потенціал є інтегральним поняттям, яке включає специфічні ресурси на різних рівнях організації особистості (індивідуальному, особистісному, суб'єктно-діяльнісному).

Структурний підхід, який описує О. Саннікова, розкриває рівні адаптивності особистості в структурі діяльності. Згідно з О. Кузнецовою, адаптивність є властивістю особистості, її здатністю до внутрішніх (психологічних) і зовнішніх (поведінкових) перетворень, спрямованих на збереження рівноважних взаємин особистості з мікро- і макросоціальним середовищем [52, с. 60].

Адаптивність особистості виражається на трьох рівнях:

1. Імперативно-соціальний рівень. Включає якості, що відображають уявлення людини про знання, культуру, норми моралі і суспільства. На цьому рівні враховуються соціокультурні аспекти, які впливають на сприйняття та інтерпретацію світу особистістю.

2. Особистісно-змістовний рівень. Включає особистісні якості, такі як інтереси, мотиваційна сфера та спрямованість особистості. На цьому рівні враховуються внутрішні психічні процеси та орієнтації, що визначають особистісний потенціал.
3. Формально-динамічний рівень. Складається з сукупності якостей, які відображають динаміку перебігу психічних явищ. На цьому рівні розглядаються зміни та динаміка, що відбуваються в психіці особистості.

Отже, аналіз наукових джерел добре розкриває місце і роль психологічної адаптивності особистості в контексті загального процесу соціальної адаптації. Зазначається, що соціальна адаптація – це процес пристосування до установок, цінностей, правил і норм колективу, а також освоєння соціальних ролей.

Також важливо відзначити, що психологічний зміст процесу соціальної адаптації полягає у засвоєнні індивідом норм, традицій, групової культури та входженні до рольової структури групи. Результатом цього процесу є адаптованість, яка визначається відсутністю у суб'єкта тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів, відповідністю рівня і способів діяльності та поведінки мінімальним вимогам і очікуванням з боку професії та колективу.

Зазначенням стану психологічного комфорту і можливостей для самореалізації та самоствердження в нестабільному суспільстві підкреслюється важливість адаптації не лише як пристосування, але й як здатність до ефективної самореалізації в змінюючихся умовах.

1.2 Психологічні фактори адаптованості особистості

Питання про визначення будь-якого процесу завжди пов'язані з проблемою його детермінації. Чинник, що є причиною або рушійною силою процесу чи явища, визначає його характер або окремі риси. Таким чином,

умови та обставини, що визначають темп, рівень і результат адаптації особистості, виступають як чинники.

Передусім вирішимо, який з термінів - "чинник" чи "фактор" - слід використовувати у контексті нашого дослідження. Чинник - поняття, що походить від "чинити", "діяти" або "здійснювати певний вчинок, дію", тобто є тим, що здійснює вплив або діє. Серед синонімів цього поняття - "фактор", що має корінь у латинському слові "facere" ("діяти", "виробляти", "примножувати"). Іноді вважається, що "фактор" є русизмом, але це насправді латинизм, який використовується в українській мові поряд із словом "чинник". Крім того, іноді слово "кореляти" вживається як синонім чинників і факторів - елементи, поняття, співвідносні зі своїми відповідниками.

Дослідження основних чинників адаптації особистості визначено багатьма вченими у галузі зарубіжної і вітчизняної психології, такими як З. Фройд, А. Фройд, Г. Гартман, Е. Еріксон, С. Рубінштейн, К. Абульханова-Славська.

Згідно з психоаналітичним напрямком (З. Фройд, А. Фройд, Г. Гартман), адаптація визначається конфліктами у розвитку особистості та функціонуванням захисних механізмів. Ці механізми вирішують конфлікти і впливають на психічну рівновагу особистості.

Гуманістичний підхід (А. Маслоу, К. Роджерс, Е. Фромм) визначає основними умовами адаптації індивідуальні особливості, самоактуалізація особистості, конгруентність "Реального Я" і "Ідеального Я", а також ціннісні орієнтації у суспільстві.

Представники біхевіористського напрямку (Б. Ф. Скіннер, А. Бандура) вважають, що головним джерелом розвитку особистості є середовище, а основними умовами адаптації є зовнішні умови виховання.

Інтераціоналістський підхід (Л. Філіпс) враховує вплив як внутрішньопсихічних, так і середовищних чинників на адаптацію.

Когнітивний підхід (Ж. Піаже, Л. Фестінгер) розглядає роль інтелекту у властивостях адаптації, визначаючи, що розвинені інтелектуальні здібності можуть бути умовою успішної адаптації.

Діяльнісний підхід (С. Рубінштейн, О. Леонт'єв, К. Абульханова-Славська) підкреслює роль діяльності як основної умови адаптації, розглядаючи її як складну динамічну систему взаємодії суб'єкта зі світом, впливаючи на формування властивостей особистості.

Соціальна адаптація складається з трьох основних компонентів: суб'єктів, чинників (факторів) і об'єктів. Реальним істинним суб'єктом адаптації є індивід, хоча виділення інших суб'єктів адаптації (сукупність індивідів, організацій і соціальних інститутів) є досить умовним, за словами А. Брушлинського [19].

Фактори адаптації представляють собою умови, які визначають значення показника адаптації. Іншими словами, вони стають важливими не самі по собі, а лише в контексті актуалізованих потреб особистості. Значимість цих факторів визначається актуалізацією відповідної потреби.

Об'єкт адаптації - це фрагмент реальності, який має пряме відношення до реалізації потреби суб'єкта адаптації. Це можуть бути види діяльності, її умови і результат, а також індивід і сукупність індивідів.

І. Георгієва розрізняє зовнішні та внутрішні чинники адаптації. До внутрішніх чинників вона включає соціально-демографічні характеристики особистості, такі як стать, вік, сімейний стан, наявність дітей, ціннісні орієнтації та уявлення про себе, а також ряд психологічних і психофізіологічних властивостей. Зовнішні чинники охоплюють весь комплекс параметрів, пов'язаних з видами діяльності індивідів [27].

Подібну класифікацію чинників адаптації пропонує І. Вершиніна, яка виділяє особистісні, виробничі та чинники, що не безпосередньо стосуються виробництва. Особистісні чинники включають демографічні характеристики, стаж, тривалість проживання в місті, життєвий досвід, психологічні та соціально-професійні аспекти. Виробничі чинники враховують умови праці,

організацію праці, заробітну плату та інші фактори виробничого оточення. Третя група чинників, які не стосуються безпосередньо виробництва, охоплює систему профорієнтації та профвідбору, систему підготовки і розподілу кадрів, рівень розвитку соціально-побутової інфраструктури регіону [23].

Така класифікація враховує важливість як внутрішніх особистісних характеристик, так і зовнішніх умов праці та соціального середовища для успішної адаптації в професійній діяльності.

У своїй структурі адаптації Л. Шпак розрізняє кілька ключових компонентів. Серед них важливі такі елементи, як адаптивні потреби, мета, установка, очікування, домагання, мотиви, адаптивні здібності, рольові позиції і практичні дії. Адаптивна установка, за словами Л. Шпак, об'єднує всі структурні елементи соціокультурної адаптації в органічне ціле [47].

Для більш глибокого вивчення факторів адаптації деякі дослідники визначають зв'язок адаптації з окремими параметрами індивідуальності. Наприклад, О. Леонт'єв відзначав, що ставлення суб'єкта до об'єктивної ситуації залежить від особистісних смислів, які визначають його поведінку [43]. Дослідження М. Шабанової вказують на те, що особи з вираженою свободою вибору легше адаптуються, ніж ті, для кого ця свобода не є пріоритетною цінністю [13].

Ще однією важливою умовою успішної адаптації є попередній досвід людини. П. Кузнецов визначає сім комплексних чинників, які впливають на успішність адаптації. Серед них економічний (матеріальний), самозбереження, регулятивний, відтворювальний, комунікативний, когнітивний і самореалізації [65]. Ці чинники включають аспекти економічної безпеки, самозбереження, відтворення сім'ї, спілкування, освіти та самореалізації. Підходи до адаптації розглядаються в контексті основних потреб людини, де нижчі потреби втрачають актуальність при їх задоволенні, а вищі потреби викликають стійке відчуття радості.

Такий системно-комплексний підхід до розуміння соціально-психологічної адаптації відзначається тим, що фактори адаптації розглядаються не ізольовано, а в контексті основних потреб і цінностей людини.

Аналіз сучасних досліджень [5; 11; 42; 49; 58; 62] вказує на розмаїття підходів та чинників, які вивчаються в контексті соціальної адаптації, зокрема в екстремальних професіях. Деякі ключові чинники та концепції виявляються в різних дослідженнях і традиціях.

Задоволеність життям. Оцінка власного життя і рівень задоволеності є важливим показником соціальної адаптації. Дослідження Н. Бредберна, Е. Дінера, Р. Шаміонова, Є. Балацького, Л. Кулікової вказують на важливість цього аспекту.

Суб'єктивне благополуччя. Дослідження Е. Дінера, К. Ріффа, Р.Т. Costa, R.R. McCrae визначають суб'єктивне благополуччя як ключовий показник соціальної адаптації.

Психологічне благополуччя. Роботи Арістотеля, В. Франкла, М. Ягоди, С. Райффа, М. Селігмана враховують психологічний аспект благополуччя та його вплив на адаптацію.

Резилентність. Концепція резилентності (гнучкість та стійкість в умовах стресу) вивчається в роботах G. A. Bonanno, M. Westphal, A. D. Mancini, I. R. Galatzer-Levy, G. E. Richardson, J. A. Lyons, M. Rutter, F. Luthans, P. B. Lester.

Копінг-стратегії. Дослідження Ф. Березіна, Т. Крюкової, С. Нартової-Бочавер, С. Фолкман, Р. Лазарус, С. S. Carver, J. A. Parker, N. S. Endler, A. G. Billings, R. H. Moos, J. A. Schaefer розглядають різні стратегії подолання стресу та їх вплив на адаптацію.

Посттравматичне зростання. Роботи R. Tedeschi, L. Calhoun, L. Simons, J. Ducette, K. C. Kirby, G. Stahler, Jr. T. E. Shipley, C. L. Park досліджують явище посттравматичного зростання як аспект адаптації після стресових ситуацій.

Життестійкість. Концепція життестійкості, розвинута Д. Леонтьєвим, О. Рассказовою, С. Мадді, S. C. Kobasa, P. T. Bartone, B. Johnsen, A. M. Sandvik,

A. Morken, вивчає властивості та ресурси, які дозволяють людині виживати і пристосовуватися в умовах стресу.

Загальний підхід полягає в тому, що соціальна адаптація визначається комплексом факторів, включаючи емоційний стан, копінг-стратегії, внутрішні та зовнішні ресурси особистості.

Слід відзначити різноманіття термінів, які використовуються для опису подібних понять, таких як "задоволеність життям", "щастя", "благополуччя", "суб'єктивне благополуччя", "якість життя" та "суб'єктивна якість життя". Це свідчить про важливість та складність самого поняття задоволеності життям, а також різних підходів і точок зору, які існують у науковому співтоваристві.

Різноманіття термінів може бути визначене різними трактуваннями та акцентами, які роблять вчені в своїх дослідженнях. Деякі можуть підкреслювати емоційні аспекти, інші — соціальні, економічні, чи фізичне здоров'я. Це може залежати від конкретного контексту дослідження, наукового напрямку та методології.

Важливо також враховувати, що різні культури та соціальні групи можуть мати власні уявлення та вагомість тих чи інших аспектів, що стосуються задоволеності життям. Таким чином, розуміння та вимірювання цього поняття залишається важливим викликом для соціальних наук.

Р. Шаміонов розглядає задоволеність життям як складне соціально-психологічне утворення, що постійно змінюється. Він визначає його як соціально-психологічне утворення, що базується на поєднанні пізнавальних і емоційно-вольових процесів. Основні характеристики цього явища включають суб'єктивне емоційно-оцінне ставлення та спонукальну до дії силу.

Вимірювання задоволеності життям нерідко включає кілька чинників, які можуть детально характеризувати це поняття. Ось деякі з них, які Р. Шаміонов вказав відчуття суб'єктивної безпеки сім'ї; матеріальне благополуччя; сімейне благополуччя; можливість досягнення поставлених цілей, що проявляється в суспільній і політичній свободі та можливостях для

реалізації соціального потенціалу; можливості творчої самореалізації; наявність вільного часу і його продуктивне використання; гарні кліматичні умови проживання; суб'єктивна оцінка соціального статусу як гідного; ефективні неформальні соціальні контакти (дружба, секс, взаєморозуміння, спілкування); соціальна стабільність; комфортне середовище проживання; гарне здоров'я [27].

Дані чинники представляють собою різні аспекти життя, які можуть впливати на загальний стан задоволеності життям і визначати якість і комфорт життя людини.

Л. Куліков розглядає поняття "задоволеність життям" як показник, який відображає систему ставлення особистості до свого життя. Це включає схвалення його змісту, комфорт і стан психологічного благополуччя. Чинники, що впливають на задоволеність життям, включають:

1. Низький рівень нейротизму. Тривожність та емоційна нестійкість можуть впливати на загальний рівень задоволеності життям.
2. Висока адекватна самооцінка. Важливо мати реалістичну і позитивну оцінку себе.
3. Оптимізм. Позитивний настрій та очікування кращого можуть сприяти задоволеності життям.
4. Вік. Спостерігається, що старші люди частіше відчувають задоволеність життям, особливо після 40 років.
5. Насиченість життя та життєвий досвід. Багатий життєвий досвід і насиченість різними враженнями можуть впливати на задоволеність.
6. Перевага духовних цінностей. Задоволеність може бути пов'язана із високими духовними цінностями порівняно з матеріальними.
7. Приналежність до індивідуалістичних культур. Культури, які підкреслюють незалежність і автономію, можуть сприяти більшій задоволеності життям.

8. Задоволеність сімейним і професійним життям. Успішна і задовільна сімейна та професійна сфери можуть позитивно впливати на загальну задоволеність життям [43, 157].

Автономія в психологічному благополуччі. Психологічне благополуччя пов'язане із здатністю протистояти соціальному тиску та самооцінкою за самостійно обраними критеріями.

Отже, задоволеність життям розглядається як складова суб'єктивного благополуччя людини, оцінка її життєвого шляху та нинішньої ситуації. Психологічне благополуччя, зокрема, пов'язане з автономією та здатністю до самооцінки за власними критеріями.

Суб'єктивне благополуччя (SWB) представляє собою комплексний конструкт, який включає три основних компоненти: емоційні та почуттєві аспекти (охоплює радість, ейфорію, задоволення, гордість, кохання, щастя та насолоду як позитивні емоції, а також сором, провину, смуток, тривогу, злість, роздратування і страх як негативні емоції).

Когнітивна оцінка задоволеності життям. Визначається особистою оцінкою того, наскільки задоволена особа своїм життям в цілому.

Основна сфера життя. Включає в себе сферу, від якої людина отримує найбільше задоволення. Це може бути робота, родина, здоров'я, дозвілля та фінанси.

Суб'єктивне благополуччя іноді в повсякденному обігу називають "щастям". Оцінка суб'єктивного благополуччя може включати задоволеність актуальною життєвою ситуацією, ставлення до минулого, оптимістичний погляд на майбутнє, бажання змінюватися та самовдосконалюватися.

Основними сферами суб'єктивного благополуччя вважають роботу, родину, здоров'я, дозвілля та фінанси. Ці аспекти сприяють загальному позитивному ставленню до власного життя.

Емоційне благополуччя (EW) розглядається як окремий конструкт, що включає афективні аспекти повсякденного досвіду людини. Дослідники, такі як D. Kahneman та A. Deaton, визначають емоційне благополуччя як

афективну характеристику, яка враховує частоту та інтенсивність переживань різних емоцій, таких як сум, радість, інтерес, гнів, провина і гордість. Ці переживання формують враження людини про те, наскільки її життя є приємним або неприємним [68, с. 379].

Терміни "гедоністичне благополуччя" та "переживання щастя" є синонімами для емоційного благополуччя. Отже, емоційне благополуччя враховує емоційний аспект і може бути розглянуте окремо або як частина загального конструкту суб'єктивного благополуччя (SWB).

Психологічне благополуччя, як складова позитивного функціонування, визначається різними аспектами. За поглядами деяких дослідників, таких як А. С. McKennell та F. M. Andrews, це включає позитивні стосунки з іншими, самоприйняття, автономію, зрілість та інші аспекти. С. D. Ryff та С. L. M. Keyes вказують на те, що психологічне благополуччя охоплює такі аспекти, як самоприйняття, вміння створювати позитивні стосунки, автономія, наявність життєвих цілей та особистісне зростання.

Відзначено, що психологічне благополуччя співвідноситься з екзистенційним переживанням людиною ставлення до власного життя. Це поняття існує у свідомості особи та є суб'єктивною реальністю, що характеризується цілісністю та базується на інтегральній оцінці людиною власного буття.

Говорячи про результати успішної адаптації, відзначається, що вони проявляються у відчутті суб'єктивного та психологічного благополуччя. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя включають гедоністичний (спрямований на досягнення приємних відчуттів) та евдемонічний (акцент на самореалізації та осмисленні життя) підходи.

Перші дослідження щастя, проведені W. R. Wilson, показали, що відчуття задоволеності життям корелює з різними особистісними та демографічними чинниками. Зокрема, виявлено, що найбільш щасливими є молоді чоловіки з гарним фізичним здоров'ям, оптимістами, екстравертами, матеріально забезпеченими, релігійними, одруженими, з високою

самооцінкою, задоволеними роботою та регулярним статевим життям [69, 578].

Однак інші дослідження, проведені А. Campbell, Р. Е. Converse, W. L. Rodgers, вказують на те, що деякі демографічні чинники, такі як вік, освіта та походження, не мають визначального впливу на відчуття задоволеності життям. Вони підтверджують думку N. Bradburn, що щастя може бути спричинене перевагою позитивних емоцій над негативними.

В подальшому, дослідження Е. Diener та інших вчених вказують на те, що вік і стать практично не впливають на якість життя, і більшість людей взагалі є помірно щасливими та задоволеними своїм життям.

У зарубіжній психології [58; 62; 65; 67; 68] часто відзначається розмежування між поняттями психологічного та суб'єктивного благополуччя, тоді як у вітчизняній і пострадянській психології вони використовуються як синоніми. Словесно може використовуватися термін "психологічне здоров'я" як оптимальне функціонування психічних структур для поточної життєдіяльності та інтегрованість структурних компонентів особистості, яка визначає продуктивність соціального функціонування.

У світовій психології переважають дослідження суб'єктивного благополуччя, яке розглядається як комплексний конструкт, що включає емоційне та когнітивне відношення до життя. Емоційне благополуччя зазвичай розглядається як частина суб'єктивного благополуччя, включаючи різні позитивні та негативні емоції. Обидва концепти пов'язані із різними властивостями особистості та аспектами життя. Наприклад, психологічне благополуччя корелює з базовими якостями особистості, які включають екстраверсію та низький рівень нейротизму, якість міжособистісних стосунків, осмисленість життя. З іншого боку, суб'єктивне благополуччя корелює з емоційною спрямованістю, життєвими настановами та ціннісно-смісловою сферою.

Отже, психологічне та суб'єктивне благополуччя можна розглядати як окремі конструкти, або в концептуальній єдності, в залежності від досліджуваної проблематики та підходу.

Механізми психологічного захисту та стратегії копінгу вивчаються у контексті стресоподолання та опрацювання негативних переживань. Два основних напрямки у цьому вивченні — це психологічний захист і стратегії допінгу [14, с. 441].

Психологічний захист представляє собою неусвідомлювані психічні процеси, спрямовані на захист психіки від негативних впливів, як внутрішніх, так і зовнішніх. Зокрема, виділяються механізми психологічного захисту, такі як витіснення, регресія, реактивне утворення, ізоляція, анулювання, проєкція, інтроєкція, самоушкодження, альтруїстична капітуляція, сублимація.

Стратегії копінгу — це усвідомлені спроби особистості впоратися зі стресом та негативними ситуаціями. Вони можуть бути спрямовані на зміну ситуації, контроль емоцій, переосмислення подій чи шукання соціальної підтримки.

Важливо враховувати, що психологічний захист може бути розглядатися як засіб мінімізації впливу емоційної напруги та оберігання психіки від травм, або як непродуктивна форма розв'язання внутрішньоособистісних конфліктів, залежно від психологічної парадигми.

Один із підходів до класифікації механізмів психологічного захисту полягає у їх поділі на патологічні, незрілі, невротичні та зрілі, залежно від рівня розвитку особистості. Класифікація може включати механізми, такі як заперечення, фантазії, раціоналізація, регресія, ізоляція, проєкція і зміщення.

Вивчення цих механізмів та стратегій сприяє розумінню того, як люди впорядковують та опрацьовують власні емоційні реакції та стресові ситуації.

Згідно з поглядами Ф. Березіна, механізми психологічного захисту виконують ряд функцій, спрямованих на регуляцію та спрямованість

поведінки, а також зниження тривоги та емоційного напруження. Він виділив чотири групи таких механізмів:

1. Захисти, що перешкоджають усвідомленню чинників, що викликають тривогу. Наприклад, витіснення та заперечення. Ці механізми призначені для того, щоб убезпечити особу від усвідомлення або сприйняття чинників, що викликають тривогу.
2. Захисти, які дозволяють фіксувати тривогу на певних стимулах. Наприклад, перенесення та деякі форми ізоляції. Тривога фіксується на конкретних об'єктах чи ситуаціях, а не на їхніх вихідних причинах.
3. Захисти, які знецінюють вихідні потреби. Тривога зменшується через регресію та гіперкомпенсацію. Це означає, що особа може відмовлятися від своїх вихідних потреб або спробувати їх компенсувати через підсилення інших аспектів.
4. Модифікація тривоги шляхом формування стійких концепцій. Тут використовуються ідеаторне опрацювання тривоги, формуються уявлення, що направляють поведінку особи. Прикладами можуть бути проекція та раціоналізація.

Ф. Березін вважав, що у ситуаціях невизначеності відбувається інтенсифікація пошуку найбільш адекватних форм поведінки, що виражається у збільшенні пошукової активності. В цілому, він вважав, що механізми психологічного захисту сприяють адаптивності поведінки в умовах стресу та невизначеності.

Три основних підходи до вивчення копінгових стратегій включають психодинамічний, диспозиційний та ситуаційний (когнітивно-поведінковий) підходи:

1. Психодинамічний підхід. Представники цього підходу базуються на психоаналітичних уявленнях про природу психологічних захистів. Наприклад, Н. Хаан створила ієрархію механізмів адаптації, класифікуючи їх за ступенем усвідомленості. За цим підходом виділяють три види дій: подолання, захист та уникнення.

- Подолання. Свідомі, гнучкі, цілеспрямовані дії, що допускають прояви емоцій.
- Захист. Вимушені, ригідні дії, спрямовані на подолання тривоги.
- Уникнення. Автоматизовані і ритуалізовані ірраціональні дії [21, с. 99].

Особливості психодинамічного підходу полягають в тому, що копінги розглядаються як свідомі Его-процеси, спрямовані на продуктивну адаптацію особистості.

2. Диспозиційний підхід. Прихильники цього підходу (такі як Г. Олпорт, Д. Роттер, А. G. Billings, R. H. Moos) визначають копінги як відносно стабільні риси особистості або стиль її поведінки, тенденцію реагувати на стресові події певним чином. Риси характеру визначають спосіб, яким люди реагують на життєві події.
3. Ситуаційний підхід (когнітивно-поведінковий). Згідно з цим підходом, копінг – це динамічний процес, що визначається не лише ситуацією, але й стадією розвитку конфлікту. Копінг розглядається як сума когнітивних і поведінкових зусиль, необхідних для зменшення впливу стресу. Цей підхід виділяє два види копіngu: спрямований на емоції та спрямований на проблему. Фокусовані на оцінці, фокусовані на проблемі та фокусовані на емоціях – це стратегії, які можна використовувати для подолання стресу.

Оптимізм, як відчуття впевненості щодо досягнення життєвих цілей, є важливою копінговою стратегією в умовах стресу та викликів. Дослідження, проведені S.C. Segerstrom, C.S. Carver, M.F. Scheier, свідчать про те, що оптимістична настанова може впливати на спосіб, яким людина реагує на труднощі та перешкоди.

Оптимізм виступає як захисна реакція, особливо в контексті проблемно-фокусованого копіngu. Коли людина вірить у результативність своїх дій, вона здатна подолувати труднощі та продовжувати діяти, навіть у важких

обставинах. Це може включати концентрацію на досягненні цілей та розв'язанні проблем.

Також важливо зазначити, що оптимізм є стабільною копінговою тенденцією, проявляючись, переважно, у кризових ситуаціях. В порівнянні з повсякденними неприємностями, де частіше можуть виникати песимістичні реакції, оптимізм демонструє свою силу, сприяючи адаптації до важливих викликів.

Оптимізм також впливає на розвиток соціальних ресурсів. Люди з оптимістичним поглядом на життя можуть легше формувати міцні соціальні зв'язки та отримувати підтримку від інших. Це, в свою чергу, може сприяти подоланню стресу та створенню позитивних аспектів життя. У випадку військових, наприклад, дружба та соціальна підтримка в підрозділі можуть бути важливими факторами для подолання викликів військового життя та подолання стресу [18; 29; 41].

Таким чином, оптимізм виступає як важливий ресурс для копінгу, який сприяє як проблемно-фокусованій стратегії, так і розвитку соціальних мереж і підтримки.

Теорія життєстійкості (*hardiness*), розроблена С. Мадді, становить собою комплексну концепцію, що об'єднує різні аспекти особистісного розвитку та стресового регулювання. Згідно з цією теорією, життєстійкість визначається трьома основними складовими: залученість (*commitment*), контроль та прийняття ризиків.

Залученість. Висока ступінь включення особистості в ситуацію. Залученість проявляється у здатності сильно і плідно взаємодіяти з навколишнім середовищем і не відступати легко при зіткненні з труднощами.

Контроль. Переконаність у можливості впливати на власне життя. Люди з високим рівнем життєстійкості вірять, що вони мають контроль над ходом подій та можуть впливати на свою долю.

Прийняття ризиків. Впевненість у тому, що зміни у житті є можливістю для особистісного зростання, а не лише перешкодою. Люди з високим рівнем

життєстійкості сприймають ризик як частину життя та можливість для особистісного розвитку.

Поняття життєстійкості визначається не лише атитюдами, але й базовими цінностями, такими як кооперація, довіра і креативність. Важливо відзначити, що життєстійкість не збігається з копінг-стратегіями. Вона є рисою особистості, орієнтованою на виживання, і не тотожна вже сформованим прийомам подолання труднощів.

Дослідження [7; 34; 37; 42; 49; 58] показують, що життєстійкість може впливати на збереження психічного та фізичного здоров'я в стресових ситуаціях, а особистості з високим рівнем цієї якості можуть ефективніше протистояти стресовим розладам, зберігаючи фізичне та психічне здоров'я. Тренінгові програми можуть бути використані для розвитку життєстійкості, сприяючи формуванню адаптивних копінг-стратегій та підтримці міжособистісних стосунків.

Резилієнтність (резилієнтність) і життєстійкість є схожими концепціями, але вони мають свої відмінності. Обидві характеризують здатність особистості справлятися з труднощами та стресовими ситуаціями, але акценти розташовані трошки інакше.

Резилієнтність визначається як здатність витримувати стреси і відновлюватися в складних обставинах. У резилієнтності акцент зрівняний на здатність до відновлення та адаптації після травматичних подій. Включає в себе позитивну адаптацію до травматичних подій, що виявляється у психологічній стійкості та усвідомленні нових можливостей, які з'явилися завдяки психотравмі.

Життєстійкість характеризується трьома основними складовими: залученість, контроль та прийняття ризиків. Це є рисою особистості, що орієнтована на виживання. Життєстійкість орієнтована на збереження психічного та фізичного здоров'я в стресових ситуаціях та розвиток особистості під час подолання труднощів. Включає в себе атитюди

залученості, контролю та прийняття ризиків як засоби для виживання і розвитку.

Хоча ці терміни можуть використовуватися як синоніми у певних контекстах, їх використання може залежати від конкретного дослідження чи теоретичної парадигми. У психології обидві концепції є важливими для розуміння та розвитку людської адаптації до стресових ситуацій.

Аналіз сучасних досліджень [11; 19; 25; 34; 41; 44; 51] дозволяє виділити чотири типи траєкторій реакцій на потенційну травму, кожен із яких має свої характеристики і відмінності:

1. Резилієнтна траєкторія. Частіше спостерігається у цивільних осіб, які постраждали від ДТП та учасників бойових дій. Не призводить до гострого стресу (ПТСР), але може негативно впливати на психологічне благополуччя. Травмійна подія часто є раптовою, знаходить відображення в критерії А+ за DSM-5.
2. Хронічна траєкторія. Зазвичай спостерігається у постраждалих від ДТП і менше у військових, які брали безпосередню участь у бойових діях. Призводить до ПТСР і депресії. Травмійна подія часто є раптовою, одноразовою, і відображається в критерії А+ за DSM-5.
3. Траєкторія відновлення. Характерна для осіб, які зазнали впливу як гострої, так і хронічної психотравми. Спостерігається учасникам бойових дій і тих, хто отримав легкі тілесні ушкодження від ДТП. Призводить до порушення психологічного функціонування, збільшує тривожність, але не завжди викликає ПТСР і симптоми депресії.
4. Відтермінова траєкторія. Властива хворим на інфаркт, ЧМТ та інші хвороби з відтермінованими наслідками. Може спостерігатися у військових з серйозними пораненнями, що перебували в комі або мали ретро і антероградну амнезію. Симптоми депресії та підвищеної тривожності виникають, навіть якщо критерій А+ за DSM-5 може бути відсутнім.

Цей аналіз враховує не тільки характер травматичної події, але і взаємодію із психологічним і фізичним станом особи, дозволяючи розуміти різні реакції на стрес та травму.

Посттравматичне зростання, введене Р. Тедескі та Л. Калгуном, представляє собою концепцію, яка зосереджується на позитивних змінах, які можуть виникнути в особистості після зіткнення з кризовими життєвими ситуаціями. Воно визначається досвідом позитивних перетворень, які можуть статися у результаті травматичного впливу. Декілька ключових аспектів цього поняття варто враховувати.

Вдновлення до вищого рівня функціонування. Посттравматичне зростання визначається поверненням до вищого рівня функціонування порівняно із дотравматичним станом. Основна ознака полягає в тому, що людина, замість того, щоб залишатися в стані травматичного переживання, проявляє психологічну пружність та стійкість.

Позитивні зміни. Посттравматичне зростання включає різноманітні позитивні зміни в особистості, такі як усвідомлення цінностей життя, зміцнення міжособистісних стосунків, підвищення відчуття власної сили тощо.

Трансформація особистості. Важливою особливістю є те, що посттравматичне зростання не обмежується простим поверненням до стану до травматичної події. Для деяких людей цей процес стає досвідом самовдосконалення, призводячи до якісних змін і трансформації особистості.

Відмінності від інших теорій відновлення. Відмінність посттравматичного зростання полягає у фокусі на позитивних аспектах післятравматичного досвіду, на відміну від інших теорій, які можуть акцентувати на стійкості, оптимізмі та витривалості.

Висновок про посттравматичне зростання є точним, оскільки чітко висвітлює основні концепції цієї теорії. Важливо підкреслити декілька ключових аспектів.

Різноманітність виявлення. Посттравматичне зростання може виявлятися різними способами, такими як розуміння цінностей життя, зміцнення взаємосприйняття, збільшення впевненості в своїх силах, переосмислення життєвих пріоритетів та поглиблення духовних аспектів.

Основна відмінність від інших теорій. Важливою рисою є акцент на позитивних трансформаціях після травматичного досвіду, а не просто на відновленні попереднього рівня функціонування. Посттравматичне зростання наголошує на можливості самовдосконалення та якісних змін під час особистісного розвитку в умовах стресових ситуацій.

Дана концепція вказує на те, що травматичні події можуть викликати не лише відновлення, але й позитивний розвиток та перетворення, сприяючи особистісному зростанню в умовах викликів та стресу.

Необхідно розрізняти посттравматичне зростання від таких понять, як резиліентність, оптимізм, життєстійкість та внутрішня узгодженість (згідно з L. G. Calhoun та R. G. Tedeschi) [62]. M. Westphal і G. A. Bonanno [23] вказують на відмінність між резиліентністю та посттравматичним зростанням. Посттравматичне зростання не є необхідним наслідком травматичного досвіду, і тому не завжди впливає на адаптацію особистості. Зокрема, посттравматичне зростання, на відміну від резиліентності, не завдає запобігання дезадаптації людини, яка пережила травматичну подію. Також, на відміну від резиліентності, оптимізму та внутрішньої узгодженості, посттравматичне зростання відноситься до тих змін, які можуть виникнути у будь-яких стресових ситуаціях, незалежно від їхнього травмуючого впливу. На основі досліджень M. Brooks, N. Graham-Kevan, M. Lowe, S. Robinson [61] виявлено, що існує зв'язок між характеристиками травми та посттравматичним зростанням, який обумовлений наявністю у людини конкретних стратегій уникнення, інтрузивних думок і соціального оточення, що сприяє позитивним змінам. У свою чергу, R. Tedeschi та L. Calhoun вказують на важливість чіткого розрізнення концепції посттравматичного зростання особистості від механізмів психологічного захисту, спрямованих

на редукцію стресу через спотворення реальності, і стратегій копінгу, орієнтованих на адаптацію до зовнішньої реальності та збереження психологічного "статус-кво". Посттравматичне зростання особистості, навпаки, виникає в умовах, коли неможливо адаптуватися до ситуації, уникнути змін і стресу, пов'язаного із ними [22].

Отже, існуючі в психології підходи, що розглядають психотравмуючі події виключно як джерело негативних наслідків для особистості, не відповідають вимогам сучасної реальності, де постійні соціальні, економічні, та геополітичні кризи та конфлікти роблять потенційно травматичні ситуації неодмінною частиною життя людей і соціальних груп. Це вимагає вивчення способів реалізації конструктивних, розвиваючих потенціалів кризових та травматичних ситуацій.

Поняття життєстійкості, резилієнтності та копінг-стратегій для психологічного благополуччя входять у склад ресурсного підходу в дослідженні соціальної адаптації. Цей підхід орієнтований на пошук можливостей і умов подолання кризових ситуацій. Врахування об'єктивних та суб'єктивних факторів адаптації, а також її психологічних корелятивів, є важливим для розробки програм, спрямованих на покращення адаптивності різних категорій клієнтів, зокрема військових, які брали участь у бойових діях в Україні.

1.3 Особливості адаптації військовослужбовців до умов мирного життя

У зв'язку із поточними подіями в Україні росте зацікавленість у чинниках адаптації сімей військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. Поза кордонами України також виникає значний інтерес до аспектів психологічної та соціальної адаптації, оскільки в інших країнах може бути присутня військова агресія, загострення локальних та

міжрегіональних конфліктів, що призводить до збільшення кількості військовослужбовців та їх сімей.

Психологічне напруження та психологічні бар'єри, які можуть виникати у військовослужбовців, обумовлені специфікою їхньої діяльності, а також індивідуальними особливостями, що разом впливають на характер переживань під час адаптації.

Багато авторів звернули увагу на проблематику адаптації військовослужбовців, включаючи Р. Абдурахманова, Л. Вакуленка, Т. Добровольську, М. Зеленову, О. Карояна, Л. Китаєва-Смика, П. Корчемного, В. Маслюка, Є. Миска, В. Попова, Є. Снедкова, С. Сєдіна, І. Соловійова, Н. Тарабріной, С. Харченка, А. Єна, Л. Яковлева. Українські науковці, такі як В. Алещенко, О. Караман, В. Леськов, М. Маслова, Н. Олексюк, Н. Пономаренко, О. Савченко, В. Турбан, О. Хміляр, також досліджують цю тему. Загальні теоретичні підходи вивчено в роботах закордонних авторів, таких як С. Вільямс, Дж. Вілсон, Л. Калхун, В. Холл, Д. Кишбог, Р. Лауфер, Р. Скурфілд і інші.

Деякі вчені, такі як В. Андрєєв, Я. Безугла, Н. Болотіна, А. Єгоров, досліджували правовий аспект реабілітації людей із інвалідністю. Психологічний аспект впливу перебування у зоні бойових дій був розкритий у працях О. Блінова, О. Бойка, О. Бондаренко, А. Бородія, О. Буковської, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, М. Мушкевича, А. Романишина.

На тему соціально-психологічної адаптації працювали Г. Андрєєв, Ю. Бохонков, А. Вейн, І. Дроговоз, Н. Завацька, О. Зотов, С. Зражевський, Т. Кабаченко, Н. Киселів, В. Кислий, Ю. Клейберг, І. Кон, І. Кряжева, І. Милославова, А. Налчаджан, Б. Паригін, А. Петровський, Ж. Піаже, О. Самохвалов, О. Сафін, О. Ткачишина, О. Урбановіч, М. Ярошевський.

Останнім часом увага до питань реадaptaції учасників АТО зросла, і дослідженням цієї теми займаються такі вчені, як С. Басараб, О. Буковська, С. Васильєв, В. Гічун, О. Друзь, Л. Жаліло, А. Караян, В. Князевич, М.

Кравченко, Л. Кудрик, А. Кучер, М. Локтев, І. Лубківський, І. Мульована, М. Мушкевич, О. Напрєєнко, І. Сиромятніков, О. Сироп'ятов, В. Синишина, Ю. Смелов, Ю. Сурмяк, О. Тополь, Р. Торговицький, О. Філатова, А. Чаплигін і інші.

В загальному розумінні, соціальна адаптація означає формування найбільш адекватних стереотипів поведінки в умовах змінюваного мікросоціального середовища [1, с. 60]. Під адаптацією військовослужбовців розуміється процес пристосування особистості до нових умов соціального середовища через оволодіння нормами поведінки та пристосування до вимог суспільства. Це означає узгодження розбіжностей між вимогами і очікуваннями соціуму відносно людини та її реальною поведінкою, а також між можливостями людини та реаліями соціального середовища, в якому вона перебуває.

Час адаптації можна умовно розділити на кілька етапів:

1. Підготовчий етап. Перед звільненням з військової служби особа готується до змін у соціальному середовищі.
2. Етап психологічного напруження перед звільненням. Особа відчуває психологічний стрес перед переходом до цивільного життя.
3. Етап гострих психічних реакцій під час переходу до цивільного життя. Особа може досвіджувати інтенсивні емоційні реакції під час адаптації до нового середовища.
4. Етап гострих психічних реакцій виходу з військового життя. Особа стикається з викликами, пов'язаними з виходом з військового оточення.
5. Етап перегляду колишніх стереотипів і набуття нових умінь та навичок. Особа переосмислює свої попередні уявлення та здобуває нові навички для ефективного функціонування у цивільному житті [4, с. 19].

В процесі адаптації до нових умов життя військовослужбовець може стикатися з психологічними труднощами, обумовленими значущими змінами у його діяльності, що викликають стрес. В результаті ряду досліджень автори

прийшли до висновку, що приблизно 25-30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, можуть переживати хронічні посттравматичні стани, викликані впливом стресових факторів [5].

За "Дослідницькими діагностичними критеріями", посттравматичний стресовий розлад характеризується як відстрочена або тривала реакція на стресогенну подію чи ситуацію, яка має загрозливий або катастрофічний характер, і може викликати у людини дистрес. Цей розлад вважається межовим психічним розладом, тобто тим, що характеризується не різко вираженими порушеннями, але може виникати невротичні реакції. Посттравматичний стресовий розлад також відомий як "хронічний військовий невроз" і проявляється збудливістю, дратівливістю, та нестримним реагуванням на подразники, а також схильністю до неконтрольованих агресивних реакцій [8, с. 39].

Фактори, які визначають посттравматичний стресовий розлад, включають психотравму, отриману від екстремальних впливів, особливості роботи людської психіки і вплив соціального середовища. Екстремальні стресові події можуть впливати на всі рівні організму і викликати зміни як у психічному, так і соматичному характері [8, с. 39].

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при реакціях на важкий стрес та розладах адаптації, посттравматичний стресовий розлад може проявлятися наступними симптомами:

1. Повторне переживання (нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі як підвищене потовиділення, прискорене серцебиття та паніка при нагадуванні про травматичну подію).
2. Уникнення і емоційне заціпеніння (уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; відчуття відстороненості від інших).

3. Надмірне збудження (безсоння; дратівливість; труднощі з концентрацією уваги; надмірна настороженість; надмірний старт-рефлекс [10, с. 10].

Якщо військовослужбовець переживає посттравматичний стресовий розлад, то ймовірно, у нього виявляється один із цих типів симптомів, які характеризують розлад.

Колектив дослідників М. Мушкевича, Р. Федоренка та А. Мельника, аналізуючи діагностику та симптоматику посттравматичного стресового розладу, виділив наступні характеристики: повторні нав'язливі спогади про події (включають думки або відчуття), часта повторюваність спогадів (викликає значне занепокоєння), наявність дій або відчуттів, що створюють враження ніби подія сталась знову, сильний психологічний дистрес (під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про аспекти травмуючої події), фізіологічна реактивність (під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про аспекти психотравмуючої події (почервоніння, збліднення, тремтіння, підвищене серцебиття), флешбеки, постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою (загальне заціпеніння, втрата активності), гіперактивність (дратівливість або вибухи гніву, труднощі під час засинання та порушення тривалості сну, труднощі концентрації уваги, над пильність, посилену реакцію на сильні сигнали) [9, с. 12].

Дослідниця Л. Музичко визначає клінічні симптоми, які можуть проявлятися у військовослужбовців:

1. Невмотивована пильність. Людина уважно слідкує за всім, що відбувається навколо. Має постійне відчуття загрози. Реагує вибухово. У певних ситуаціях робить стрімкі рухи.
2. Притупленість емоцій. Людина повністю або частково втрачає емоційні прояви. Переживає важкість у встановленні близьких та дружбі з оточуючими. Недоступними стають емоції радості, кохання, творчого підйому, грайливості.

3. Агресивність. Прагнення вирішувати свої проблеми з допомогою грубої сили. Переважно фізична, емоційна, вербальна.
4. Порухення пам'яті та концентрації уваги. Виникнення труднощів в ситуаціях, коли потрібно зосередитися або щось згадати.
5. Депресія. Відчай та почуття безглуздості життя. Супроводжується нервовим виснаженням та апатією.
6. Загальна тривожність. На фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунку, головні болі). На рівні психіки (постійне хвилювання, "параноїдальні" явища). В емоційних хвилюваннях (постійне почуття жаху, невпевненості, комплекс провини).
7. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. З метою зниження інтенсивності посттравматичних синдромів ветерани зловживають наркотиками, алкоголем та іншими токсичними препаратами.
8. Непрохані спогади. Являють собою важливий симптом посттравматичного стресового розладу [7, с. 292–293].

Розуміння етапів переживання адаптації у військовослужбовців є важливим для надання психологічної допомоги. Дослідниця Л. Матвієць визначає кілька етапів, які можуть виникнути під час адаптації після травмуючих подій [6].

Перший етап – фаза заперечення або шоку. Настає одразу після дії травматичного фактору. Короткотривалий етап, характеризується тим, що людина не може прийняти на емоційному рівні подію, яка відбулася. Психіка захищається від деструктивної дії травматичної ситуації через заперечення або несприйняттям.

Другий етап – фаза агресії і провини. Людина починає переживати травмуючу подію, може намагатися зрозуміти причини події, шукати винних, переживати провину, направляти агресію на себе.

Третій етап – фаза депресії. Усвідомлення того, що обставини виявилися сильнішими. Супроводжується почуттям безпорадності, безпомічності,

самотності, власної непотрібності. Може викликати депресію, втрату інтересу до спілкування та інші симптоми.

Четвертий етап – фаза зцілення. Сприйняття пережитих травмуючих подій. Усвідомлення та прийняття минулого. Набуття нового сенсу існування.

Психологічна допомога учасникам бойових дій може включати діагностику особливостей адаптації, психоемоційного стану та інше. Також можуть проводитися консультування, психокорекційна робота, тренінги з метою поліпшення адаптивності та особистісного розвитку, а також допомога в професійному самовизначенні та перенавчанні [5, с. 70].

Комплексна допомога військовослужбовцям, які повертаються із зони бойових дій і опиняються в складному психологічному стані, реалізується через психологічну реабілітацію. Цей процес включає чотири ключові етапи [2, с. 138].

Діагностичний етап. На цьому етапі проводиться вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем. Оцінюється ступінь впливу цих проблем на їх психічне здоров'я. Визначаються завдання, такі як виявлення негативних психологічних наслідків бойового стресу, з'ясування причин їх виникнення та проявів рецидивів, встановлення ефективності способів справляння з негативними наслідками, визначення доцільності використання конкретних методів психологічної допомоги.

Психологічний етап. На цьому етапі застосовуються конкретні методи впливу на психіку військовослужбовців. Можливі напрямки роботи включають індивідуальні консультації, групові сесії, психотерапію та інші психологічні підходи для полегшення процесу адаптації та відновлення психічного здоров'я.

Реадаптаційний етап. Здійснюється переважно під час проведення специфічної реабілітації. Може включати практичні тренінги, які спрямовані на покращення адаптації до нових умов життя та роботи.

Етап супроводу. Включає в себе спостереження за військовослужбовцями після завершення етапу психологічної реабілітації. Забезпечує консультування та, в разі потреби, надання додаткової психологічної допомоги після завершення офіційного процесу реабілітації.

Дані етапи спрямовані на відновлення психічного стану військовослужбовців та їх успішну адаптацію до мирного життя після військових дій.

Коли військовослужбовець звертається до центру соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, йому може бути надана різностороння фахова допомога та сприяння, орієнтована на вирішення різних аспектів його життя та адаптації після повернення із зони конфлікту.

Завдання центру може включати:

1. Медична реабілітація. Забезпечення військовослужбовців, зокрема інвалідів, медичною підтримкою та реабілітацією. Впровадження заходів для фізичного і психологічного відновлення.
2. Соціально-психологічна адаптація. Індивідуальна та групова психологічна та психотерапевтична допомога. Організація тренінгів та сесій, спрямованих на соціально-психологічну адаптацію військовослужбовців та їх сімей.
3. Соціально-психологічна підтримка. Робота кімнати психологічного розвантаження в рамках центру. Забезпечення військовослужбовців та їх родин соціально-психологічною підтримкою.
4. Освітня діяльність. Надання професійних консультацій. Організація первинної або додаткової професійної освіти, підвищення кваліфікації.
5. Сприяння в працевлаштуванні. Створення банку вакансій на ринку праці. Підтримка зв'язків із роботодавцями для полегшення процесу працевлаштування військовослужбовців.
6. Соціально-правовий захист. Координація дій центру із військкоматами, військовими частинами та іншими органами. Юридичне

консультування та підтримка в справах соціального захисту. Реалізація системи соціального захисту, включаючи підтримку підприємництва.

Заходи, які вживаються на цих етапах, мають на меті забезпечити повноцінну соціальну та психологічну реабілітацію військовослужбовців, допомагаючи їм успішно інтегруватися в цивільне життя після перебування в зоні бойових дій.

Отже, процес адаптації військовослужбовців до умов мирного життя є складним і вимагає комплексного підходу та супроводу фахівців різних напрямків. Адаптація може включати багато викликів і потребує врахування психологічних, медичних, правових та соціальних аспектів. Важливим елементом є розпізнавання можливих бар'єрів, стресових реакцій та можливостей посттравматичного стресового розладу.

Комплексний підхід, що включає психологічну підтримку, медичну реабілітацію, правову підтримку, соціальний захист та допомогу в працевлаштуванні, сприяє успішній адаптації військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій. Фахівці з різних галузей можуть працювати разом, щоб забезпечити повноцінну підтримку та допомогу в цьому важливому періоді після повернення [34].

Найважливішими факторами є підтримка, співпраця і сприйняття військовослужбовців як осіб, які можуть потребувати різних форм допомоги для успішної інтеграції в цивільне життя.

В рамках нашого дослідження доцільно розглянути і особливості дезадаптації. Насамперед це стосується посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і психоастенічних реакцій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається як відкладена або тривала реакція на стресову подію, яка може бути короткою або тривалою, виключно загрозливого або катастрофічного характеру, і викликати глибокий стрес майже у будь-якої людини. Негативні фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або історія нервових захворювань,

можуть підвищити ризик розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але вони ніколи не є обов'язковими або достатніми для пояснення його появи.

Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння. Також може виникнути емоційна загальмованість, відчуженість від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай спостерігається перебудження, виражена настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. Ці симптоми часто викликають тривожність і депресію, а іноді можуть виникнути ідеї самогубства. Поява симптомів передує латентному періоду після травми, який може тривати від декількох тижнів до декількох місяців. Хоча перебіг розладу різний, більшість людей одужують. Проте у деяких випадках стан може набути хронічного характеру на декілька років, іноді переходячи в стійку зміну особистості (F62.0) [56]

Критика щодо діагнозу Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) включає в себе зауваження про широке поєднання різних кластерів симптомів, низький діагностичний поріг та високий рівень коморбідності. Також вказується на недоліки критеріїв DSM-IV, оскільки понад 10 тисяч різних комбінацій з 17 симптомів можуть призводити до постановки цього діагнозу.

Основні симптоми ПТСР за МКХ-11 включають труднощі у регуляції емоцій, відчуття себе приниженою, переможеною, відчуття власної безцільності та труднощі у підтримці міжособистісних стосунків. Також розглядається введення нової діагностичної категорії "комплексний ПТСР", яка замінює категорію F62.0 за МКХ-10, "Стійка зміна особистості після переживання катастрофи". Остання не зазнала широких наукових досліджень і не враховувала розлади, спричинені тривалим стресом у ранньому дитинстві. Вказується, що така симптоматика може виникнути як наслідок одного травматичного стресора, але частіше розвивається після

продовженого стресу або повторюваних травматичних подій, від уникнення яких було неможливо.

У п'ятій редакції Класифікатора діагностичних та статистичних розладів розширили підходи до діагностики стресових розладів. Зокрема, гострий стресовий і посттравматичний стресовий розлад були виведені з групи тривожних розладів і включені в новий клас "Trauma and Stressor-related Disorders" (розлади, пов'язані з травмою та стрессором). В DSM-5 виділено варіант ПТСР для дітей 6 років і молодше, а також підтип із дисоціативними симптомами.

Три основні ознаки ПТСР стали чотири в DSM-5, критерій С (уникнення і емоційне заціпеніння) розділено на два окремі критерії: С (уникнення) і D (негативні зміни в настрої та когнітивних процесах). Постановка діагнозу ПТСР повинна включати як мінімум одну з ознак уникнення. Крім того, критерії гострого стресового розладу повторюють симптоми ПТСР в DSM-5.

Важливо зауважити, що DSM-5 так само, як і раніше, не виділяє категорію гострої реакції на стрес (F43.0 в МКХ-10), яка розвивається протягом декількох хвилин після впливу дистресора і триває до 2-3 днів. Опис ПТСР в DSM-5 залишається лінійним та не враховує культурні відмінності переживання стресу.

В дослідженні А. Маклакова встановлено, що військовослужбовці, які захворіли під час первинної адаптації до умов військової служби, незалежно від конкретного захворювання, а також серед тих, хто виявив низьку ефективність професійної діяльності, часто виявляли низький рівень нервово-психічної стійкості. Такі особи мали підвищену конфліктність, порушену орієнтацію на існуючі норми поведінки, а також проблеми з адекватністю самооцінок. Також виявлено високий рівень особистісної тривожності та психічного напруження, а також відсутність стійкої мотивації до майбутньої діяльності.

За дослідженням, чим більше емоційне навантаження, викликане психогенними факторами умов діяльності, тим більш диференційовані зміни

функціонального стану організму в залежності від особистісних особливостей. Найбільш значні емоційні навантаження та виражені зміни функціонального стану організму були виявлені в умовах реальної загрози життю. У більшості військовослужбовців рівень задовільної адаптації до впливу чинників загрози життю не досягався, а ефективність виконання обов'язків визначалася рівнем психічних і фізіологічних резервів. Це призводило до виснаження функціональних резервів організму, великої астенизації і психопатизації особистості військового.

За результатами дослідження особливостей перебігу Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів війни у В'єтнамі, М. М. Steenkamp та його колеги виділили різні типи ПТСР в залежності від вираженості симптомів.

Виражений ПТСР характеризується сильним психологічним дистресом, частими інтрузивними спогадами, флешбеками, дратівливістю, бажанням уникати думок про травмівну подію, емоційною анестезією, гіперзбудливістю та інсомнією.

Для помірно вираженого ПТСР характерні такі симптоми, як гіперзбудливість, інтрузивні спогади, відсутність бачення перспектив власного майбутнього, роздратованість, проблеми зі сном, іноді - нічні жахи.

Легкий ПТСР виявляється важкими сновидіннями, іноді - нічними жахами, униканням діяльності, яка нагадує про травмівну подію, бажанням забути все, що було на війні (як погане, так і гарне), відчуттям самотності, емоційною порожнечею, незрозумілістю іншими.

Перитравматична дисоціація, також відома як вторинна дисоціація, є важливим показником розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це явище визначається дисоціацією в самий момент переживання особою психотравмівної події [51].

Факторами ризику перитравматичної дисоціації є емоційна дисрегуляція (нездатність ефективно впливати на свої емоційні переживання), відсутність

відчуття безпеки в міжособистісній взаємодії, базуючись на негативному дитячому досвіді, а також вираженість посттравматичних симптомів.

Зв'язок між перитравматичною дисоціацією і ПТСР може бути опосередкований високим рівнем тривоги, викликаній страхом смерті і втратою контролю. Під час травматичної ситуації дисоціація може бути адаптивним процесом, дозволяючи уникнути неприємних думок і емоцій. Проте, на етапах відновлення після травми, дисоціація може стати дезадаптивною, особливо коли людина зосереджується на травматичних подіях, уникає розмов про них і втрачає контроль над своїми емоціями.

J.I. Bisson виділяє три основні фактори, що сприяють розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР): дотравматичні, безпосередньо пов'язані з травматичною подією та посттравматичні [61].

Дотравматичні фактори включають такі аспекти як психічні хвороби в анамнезі, стать (жінки мають більше схильності до формування симптомів ПТСР, ніж чоловіки), екстернальний локус контролю (сприйняття подій як залежних від зовнішніх факторів), низький соціоекономічний статус, відсутність вищої освіти, психічні травми в анамнезі, психічні хвороби у членів сім'ї.

Фактори, безпосередньо пов'язані із травматичною подією, включають такі аспекти як важкість травми, загроза життю, емоції під час травматичної події, травмівна дисоціація, що включає переживання травмівної ситуації як окремих звукових, візуальних та інших соматосенсорних елементів.

Посттравматичні фактори включають такі аспекти як відчуття браку соціальної підтримки, повсякденні неприємності та стреси.

Х. Ахмедова виділяє три групи посттравматичних особистісних змін, які виникають внаслідок психічних травм військової етіології.

Власне ПТСР - означає посттравматичний стресовий розлад, який характеризується повторюваними переживаннями травматичної події, уникненням та гіперзбудженістю.

Розлади адаптації - зміни в особистості виникають внаслідок важкостей у власній адаптації до післятравматичного життя. Це може включати труднощі у встановленні нормальних міжособистісних стосунків та інші адаптаційні виклики.

ПТСР у поєднанні з розладами адаптації – дана група вказує на те, що ПТСР може супроводжуватися різними розладами адаптації, поглиблюючи складність ситуації.

Щодо особливостей варіантів особистісних змін при ПТСР, Х. Ахмедова виділяє фанатичний, сенситивний та егоцентричний варіанти.

Фанатичний варіант. Характеризується відчуженістю, замкнутістю, підозрілістю, жорсткістю, прямолінійністю та авторитарністю. Властивий найбільше молодим військовослужбовцям.

Сенситивний варіант. Включає в себе виражені зовнішні форми агресії, орієнтовані на макросоціум, і надцінну ідею помсти.

Егоцентричний варіант. Виявляється в високому рівні зовнішньо спрямованих форм агресії разом із схильністю до самоагресії, що може призводити до соціальної дезадаптації та бути характерним для ветеранів передпенсійного віку.

Отже, травматичний бойовий стрес може значно змінити психологічний ландшафт особистості, руйнуючи довоєнні уявлення та системи захисту. Переживання травми часто поділяє життя на "до" та "після," і впливає на весь життєвий шлях. Якщо особистість не має адекватних засобів адаптації та підтримки, це може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших негативних наслідків.

Згадування про те, що кожен учасник бойових дій проходить життєвий шлях, переповнений кризами та психічними травмами, важливо для розуміння контексту. Також, ваше наголошення на тому, що реакція на травму і подальша динаміка можуть бути різними для кожної особистості, підкреслює індивідуальний підхід у роботі з учасниками бойових дій та наданні їм підтримки.

Резилієнтність і здатність до посттравматичного зростання є важливими поняттями в цьому контексті. Особистість може розвивати конструктивну динаміку та знаходити в собі сили для реінтеграції в суспільство. Це також свідчить про потенційні можливості для психологічного відновлення та підтримки учасників бойових дій.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ

2.1 Огляд традиційних психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення особливостей адаптації

Наше емпіричного дослідження має добру структуру та чіткість.

Підготовчий етап.

- 1) Підбір психодіагностичного інструментарію.
- 2) Визначення експериментальної бази дослідження.

Діагностичний етап.

- 1) Збір психодіагностичного матеріалу.
- 2) Статистична обробка.

Аналітичний етап.

- 1) Аналіз отриманих результатів.
- 2) Створення емпіричної моделі.

Експериментальною базою нашого дослідження є Військовий шпиталь м. Ізмаїл, 1 Болградська Аеромобільна дивізія (А-0220), Ізмаїльська Військова частина (А 2372). Дослідженням охоплено 50 учасників бойових дій.

Таблиця 2.1

Вибірка респондентів

Вік	Кількість респондентів	%
20-30 років	16	32
31-45 років	25	50
46-60 років	9	18

Опитувальники симптомів ПТСР PCL-M (Weathers, Ford, 1996) та PCL-5 (Weathers, Litz, Keane, 2013) використовувались для діагностики та оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед

учасників бойових дій. Обидва методи використовуються для моніторингу симптомів у процесі медико-психологічної реабілітації та дозволяють проводити попередню діагностику ПТСР.

Опитувальник PCL-M складається з 17 пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, визначаючи частоту виявлення симптомів за останній місяць (від 0 – ніколи до 4 – дуже часто) [25].

Опитувальник PCL-5 має 20 пунктів і також оцінюється за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто. Він використовується для оцінки загального показника ПТСР, а також вираженості симптомів за кожним із кластерів згідно з DSM-5.

Зазначено, що обидва опитувальники дозволяють оцінити вираженість симптомів ПТСР та їх динаміку впродовж останнього місяця серед учасників бойових дій.

Дослідниці Н. Євдокимова, В. Зливкова та С. Лукомська вважають, що опитувальник PCL-5 є зручним інструментом для використання в діагностичній роботі з учасниками бойових дій [41]. Однак вказують, що на той момент нормативні показники за методикою PCL-5 для учасників бойових дій на Сході України були відсутні.

Наше дослідження спрямоване на оцінку симптомів ПТСР серед учасників бойових дій, і ви орієнтуєтесь на нормативні дані, які були отримані А. L. Voal на вибірці англійських та французьких студентів, що зазнали впливу травмивних подій [178]. Це може бути прийнятним підходом, оскільки відсутність конкретних нормативів для учасників бойових дій на Сході України може вимагати використання альтернативних даних для порівняння та оцінки результатів вашого дослідження.

В нашому дослідженні також була використана Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу для діагностики симптомів ПТСР та вивчення впливу бойового досвіду на соціальну адаптацію. Цей опитувальник-самозвіт був розроблений Т. М. Keane та співавторами у 1987

році для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які пережили зону бойових дій [253].

Міссісіпська шкала складається з 35 питань, на які досліджувані відповідають за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта. Підраховується лише один підсумковий коефіцієнт, який визначає вираженість симптомів ПТСР, яка коливається від 35 до 175 балів. Деякі питання мають обернені значення, що дозволяє знизити тривожність досліджуваного чи запобігти заповненню бланка в строго визначеному порядку [41].

За допомогою Міссісіпської шкали ми оцінювали рівень адаптації учасників бойових дій, визначаючи достатній рівень, порушення адаптації або посттравматичний стресовий розлад. Це дозволяє нам аналізувати вплив бойового досвіду на психологічний стан і соціальну адаптацію учасників дослідження.

Методика Е. Хейма і опитувальник С. Нормана використовується для діагностики копінг-стратегій як чинника адаптації учасників бойових дій. Методика Е. Хейма дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу, які розподілені на три основні сфери психічної діяльності: когнітивні, емоційні і поведінкові. Кожна з цих сфер може включати адаптивні, відносно адаптивні та дезадаптивні копінг-механізми.

Наприклад, до адаптивних копінг-механізмів належать проблемний аналіз, встановлення власної цінності, збереження самовладання (когнітивні), протест і оптимізм (емоційні), альтруїзм, співпраця, звернення (поведінкові). До відносно адаптивних копінг-механізмів відносяться відносність, релігійність, надання сенсу (когнітивні), емоційна розрядка, пасивна кооперація (емоційні), відволікання, компенсація, конструктивна активність (поведінкові). До неадаптивних копінг-механізмів відносяться покора, дисимуляція, ігнорування, розгубленість (когнітивні), придушення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність (емоційні), активне уникнення, відступ (поведінкові) [20].

Наш психодіагностичний комплекс складався з 3 методик, що дозволило нам емпірично перевірити відмінності в адаптованості учасників бойових дій різного віку. Більше того, ми змогли розробити структурну модель адаптації, враховуючи всі проаналізовані в теоретико-емпіричному дослідженні чинники. Цей підхід дозволяє нам глибше розуміти та пояснювати психологічні процеси адаптації учасників бойових дій та їх вікові особливості.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Перший етап нашого дослідження охоплює важливий аспект вивчення особливостей симптомів ПТСР. Використання опитувальника PCL-M (згідно з DSM-IV, військова версія) для діагностики вираженості ПТСР та аналізу трьох його критеріїв (інтрузія, уникнення і збудження) є добре структурованим підходом.

Таблиця 2.2

Сумарні показники симптомів ПТСР
(за методикою PCL-M)

Сума балів	Кількість і відсоток респондентів
До 30	8 (16%)
30-45	9 (18%)
36-44	30 (60%)
Більше 45	3 (6%)

Для якісного аналізу представимо результати дослідження в графічному вигляді (Рис. 2.1).

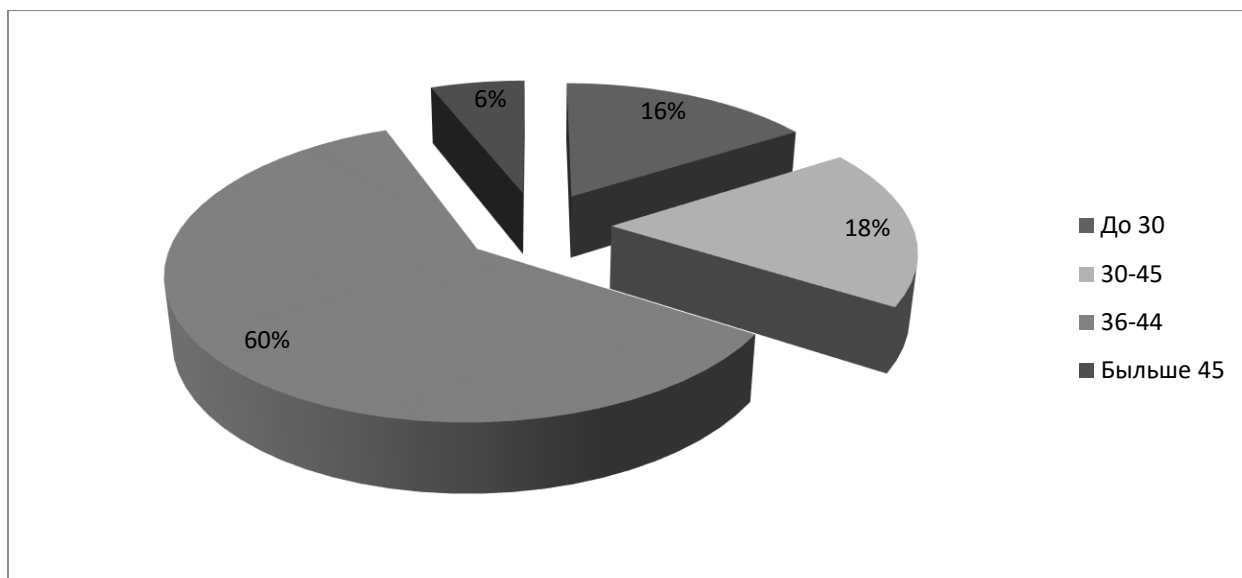


Рис. 2.1 Сумарні показники симптомів ПТСР (за методикою PCL-M)

Мінімальна кількість балів, яку може отримати об'єкт за даною методикою, складає 17, тоді як максимальна – 85. Середній можливий бал за опитувальником PCL-M дорівнює 34. Діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) встановлюється при наявності 45 балів і більше.

Більшість учасників бойових дій у віці від 20 до 60 років отримали бали в діапазоні 36-44 за методикою PCL-M. Згідно з орієнтовними граничними значеннями симптомів ПТСР, це свідчить про необхідність отримання допомоги, включаючи психологічну, зокрема у центрах первинної медичної допомоги для ветеранів (наприклад, Госпіталі для ветеранів війни). Приблизно 60 % досліджуваних можуть отримувати допомогу щодо подолання наслідків психотравматичних ситуацій в рамках центрів первинної медичної допомоги для цивільних (наприклад, амбулаторії сімейної медицини). Лише 6 % досліджуваних виявили потребу в спеціалізованій допомозі на базі психіатричних відділень або амбулаторної консультації лікаря-психіатра. Вікові особливості сумарного показника методики PCL-M представлено в таблиці 2.3

Таблиця 2.3

Вікові показники симптомів ПТСР
(за методикою PCL-M)

Сума балів	Учасники бойових дій до 30 років %	Учасники бойових дій 35-45 років %	Учасники бойових дій старші за 45 років %
До 30 балів	31	28	11
30-35 балів	56	25	33
36-44 балів	13	40	56
Більше 45 балів	0	8	0

Учасники дослідження віком до 30 років в середньому отримали 30-35 балів (56 %), що свідчить про низький рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Дана категорія може отримати медико-психологічну допомогу в амбулаторії сімейної медицини, і ніхто з них не потребує спеціалізованої психіатричної допомоги.

Серед учасників бойових дій віком від 31 до 45 років найбільший відсоток (40 %) потребує медико-психологічної допомоги ветеранських госпіталів і лише 8 % потребують спеціалізованої психіатричної допомоги. Зазначено, що відсоток тих, хто потребує консультації психіатра, вищий серед вікової групи 31-45 років через їхню активну участь в бойових діях.

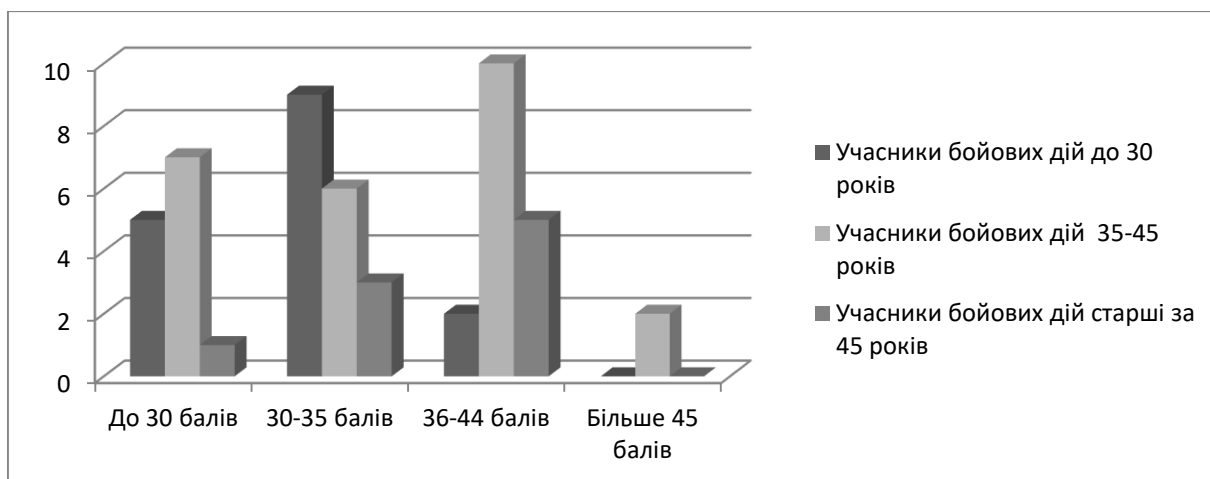


Рис. 2.2 Вікові показники симптомів ПТСР (за методикою PCL-M)

Учасники дослідження старші за 45 років із балами вище за 45 за методикою PCL-M в 56 % випадках потребують медико-психологічної допомоги ветеранських госпіталів, майже 33 % можуть отримувати таку допомогу в амбулаторіях сімейної медицини. Це свідчить про необхідність допомоги внаслідок симптомів ПТСР або інших проблем у мирному житті, що суттєво впливають на психічний стан. Середні значення за методикою PCL-M для всіх вікових груп та окремих шкал подано у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Середні показники за шкалами
(за методикою PCL-M)

Вік учасників бойових дій	Критерій В (інтрузії)	Критерій С (уникнення)	Критерій D (збудження)	Загальний показник
До 30 років	4,55±1,0	0,75±0,65	1,65±1,35	35,0±2,84
31-45 років	1,57±1,45	3,35±2,24	1,80±1,50	37,25±6,15
Старші 45 років	1,89±2,06	2,42±0,91	1,62±1,36	36,42±6,15
Всього	1,94±1,75	2,69±1,96	1,51±1,22	36,33±7,17

Згідно з таблицею 2.4, виявлено, що інтрузії (нав'язливі відомості чи пам'ять) найчастіше виражені у досліджуваних до 30 років. З іншого боку, учасники бойових дій віком від 31 до 45 років проявляють найбільш виражені ознаки уникнення (старання уникнути неприємних думок чи вражень) та збудження (гостра реакція на зовнішні подразники). Важливо відзначити, що серед усіх критеріїв саме критерій "С" (унікальний для уникнення) є найбільш вираженим учасників бойових дій. З наших спостережень випливає, що цей критерій часто є вирішальним при діагностуванні військових, що стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Отже, можна зробити висновок, що учасники бойових дій віком до 30 років переважно потребують медико-психологічної допомоги на базі

амбулаторій сімейної медицини за місцем проживання. З іншого боку, особи старші за 30 років, зокрема у віковій групі від 31 до 45 років, проявляють виражену потребу у медико-психологічній реабілітації, яка здійснюється на базі госпіталів для ветеранів війни.

Щодо посттравматичного синдрому, його можна припустити у 6,7% досліджуваних старших за 30 років, які були направлені на консультацію до психіатра для подальшої діагностики. Аналіз результатів за критеріями методики PCL-M представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Показники симптомів ПТСР
(за методикою PCL-M)

Критерії/симптоми	Невиражений	Виражений
В/Інтрुзії	63%	37%
С/уникнення	56%	44%
Д/збудження	75%	25%

Так, згідно з аналізом результатів, найбільше вираженими є симптоми уникнення у 44 % досліджуваних, за ними йдуть симптоми інтрुзій, виявлені у 37 % осіб, і симптоми збудження, присутні у 25 %. Однак загалом у більшості досліджуваних симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за критеріями DSM-IV не є вираженими. Це підтверджує наше припущення про доцільність надання медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій на базі амбулаторій сімейної медицини, госпіталів ветеранів війни чи реабілітаційних центрів.

Для вивчення особливостей адаптованості учасників бойових дій ми використали методику Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу. Результати наведено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Показники адаптованості учасників бойових дій

Вік учасників бойових дій	Достатній рівень адаптації, %	Виражене порушення адаптації, %	Адаптація значно порушено, ПТСР, %
Всього	69	29	2
До 30 років	68	32	0
31-45 років	78	20	2
Старші 45 років	50	45	0

Таким чином, 69 % учасників бойових дій виявили достатній рівень адаптованості, в той час як у 29 % виявлено порушення адаптації, вимагаючи медико-психологічного супроводу в медичних закладах непсихіатричного профілю. Лише 2 % потребують консультації лікаря-психіатра для підтвердження діагнозу ПТСР та лікування. Серед учасників дослідження у віці від 31 до 45 років 2 % військовослужбовців мають симптоми ПТСР та значні порушення адаптації за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу, потребуючи спеціалізованої медико-психологічної допомоги. Загалом, понад 50 % учасників дослідження мають достатній рівень адаптації, але практично половина учасників бойових дій старше 45 років виявила виражені порушення адаптації, що важливо враховувати при наданні допомоги цій віковій групі.

Отже, учасники бойових дій, яких досліджували, переважно мають достатній рівень соціальної адаптованості. Проте серед осіб старших за 45 років частіше виявляються порушення адаптації, які можуть бути пов'язані з вживанням алкоголю та віковими змінами. У віковій групі 31-45 років, незважаючи на загально високий рівень адаптованості, існують учасники бойових дій з вираженими порушеннями адаптації.

Для вивчення копінг-стратегій у учасників бойових дій ми використовували методику Е. Хейма (Табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Показники копінг-стратегій учасників бойових дій до 30 років
(за методикою Е. Хейма)

Рівень адаптивності	Когнітивні копінг-стратегії, %	Емоційні копінг-стратегії, %	Поведінкові копінг-стратегії, %
Адаптивний рівень	3	64	33
Відносно адаптивний рівень	40	33	3
Неадаптивний рівень	57	3	53

Отже, учасники бойових дій віком від 20 до 30 років використовують адаптивні емоційні копінг-стратегії (Рис. 2.3). Однак, щодо когнітивних стратегій, лише 3 % з них використовують адаптивні копінг-стратегії, 40 % - відносно адаптивні, а 57 % - неадаптивні. У сфері емоцій, 64 % учасників використовують адаптивні стратегії, 33 % - відносно адаптивні, і тільки 3 % - неадаптивні.

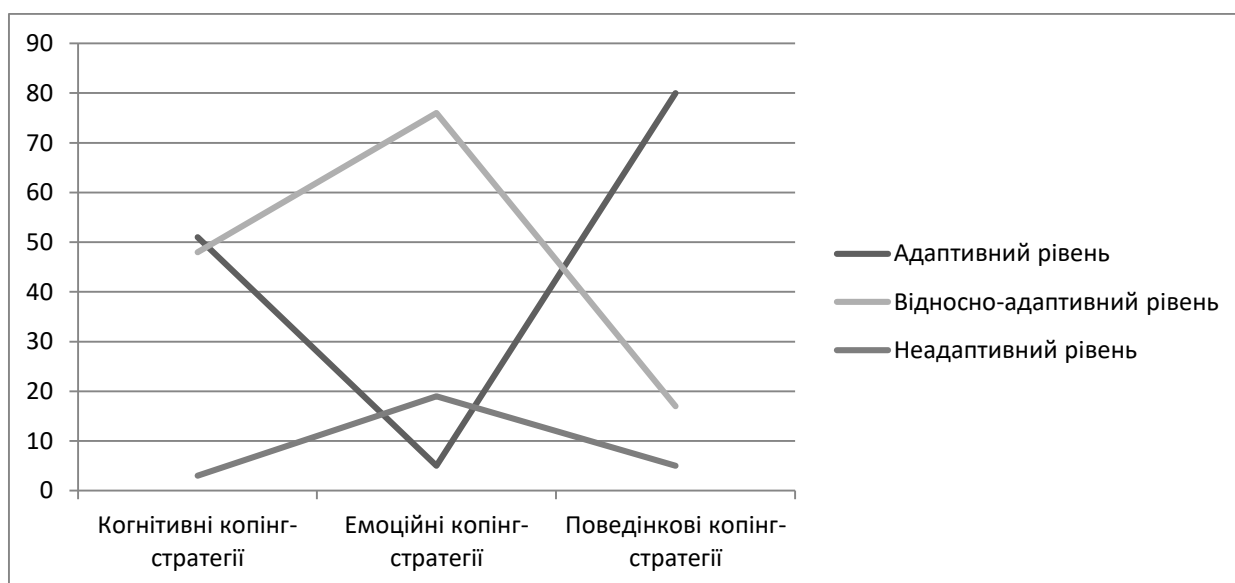


Рис. 2.3 Показники копінг-стратегій учасників бойових дій до 30 років (за методикою Е. Хейма)

Щодо поведінкових стратегій, 33 % мають адаптивні копінг-стратегії, % - відносно адаптивні, а 53 % - неадаптивні. Важливо враховувати різноманіття використовуваних стратегій в різних сферах адаптації для кращого розуміння потреб та підтримки учасників бойових дій.

Отже, всі досліджувані учасники бойових дій віком до 30 років виявились володарями адаптивних копінг-стратегій. Найбільш виражені серед них були емоційні та поведінкові стратегії, відносно адаптивні більше представлені когнітивними та емоційними, тоді як неадаптивні стратегії переважають у когнітивній сфері. Усі опитані мають позитивний копінг-ресурс, який сприяє їх успішній адаптації, особливо виражений у формі оптимізму – впевненості у можливості знайти вихід з будь-яких ситуацій, що відзначається як адаптивний емоційний копінг. Також виявлено, що учасники бойових дій до 30 років виявляють виражені копінг-відносності та покори. Відносність виявляється у порівнянні власного травматичного досвіду з іншими складнішими ситуаціями, а покора полягає в бажанні слідувати за порадами інших осіб, що може мати адаптивну функцію в умовах бойових дій, сприяючи збереженню життя при реальній загрозі.

Учасники дослідження віком від 31 до 45 років майже не використовують такі когнітивні копінг-стратегії, як ігнорування, релігійність, розгубленість, надання сенсу та установка власної цінності. Щодо емоційних стратегій, вони слабо використовують протест, емоційну розрядку, покірність, самозвинувачення та агресивність. У поведінковій сфері, вони значно менше використовують конструктивну активність.

Профіль копінг-стратегій у цієї вікової групи характеризується переважанням адаптивних стратегій. Зокрема, високі показники зафіксовані для оптимізму (74 %), збереження самовладання (70 %), проблемного аналізу (68 %) і співпраці (70%). Спостерігається баланс між когнітивними, емоційними та поведінковими стратегіями, що може свідчити про ефективний підхід до розв'язання стресових ситуацій у цій віковій групі.

Таблиця 2.8

Показники копінг-стратегій учасників бойових дій
віком від 31 до 45 років
(за методикою Е. Хейма)

Рівень адаптивності	Когнітивні копінг-стратегії, %	Емоційні копінг-стратегії, %	Поведінкові копінг-стратегії, %
Адаптивний рівень	68	74	70
Відносно адаптивний рівень	28	9	26
Неадаптивний рівень	5	17	6

Учасники бойових дій віком від 31 до 45 років переважно використовують адаптивні копінг-стратегії. У когнітивній сфері 68 % виявили адаптивні, 28 % - відносно адаптивні і 5 % - неадаптивні стратегії. Це свідчить про їхню здатність зосереджуватися на пошуку конструктивних можливостей подолання труднощів, високу самооцінку та самоконтроль, а також віру у власні сили при подоланні складних ситуацій.

У емоційній сфері 74 % виявили адаптивні, 9 % - відносно адаптивні і 17 % - неадаптивні копінг-стратегії. Емоційні копінг-стратегії домінують оптимізм і подавлення емоцій. Хоча подавлення емоцій вважається неадаптивним, у військовому контексті це може бути необхідним для збереження психологічного здоров'я та, в багатьох випадках, навіть життя військових.

У поведінковій сфері 69,4% виявили адаптивні, 26 % - відносно адаптивні і 6 % - неадаптивні копінг-стратегії. Високі показники за критерієм співпраці свідчать про спрямованість учасників на конструктивну взаємодію з іншими та взаємодопомогу задля досягнення спільних результатів (Рис. 2.4).

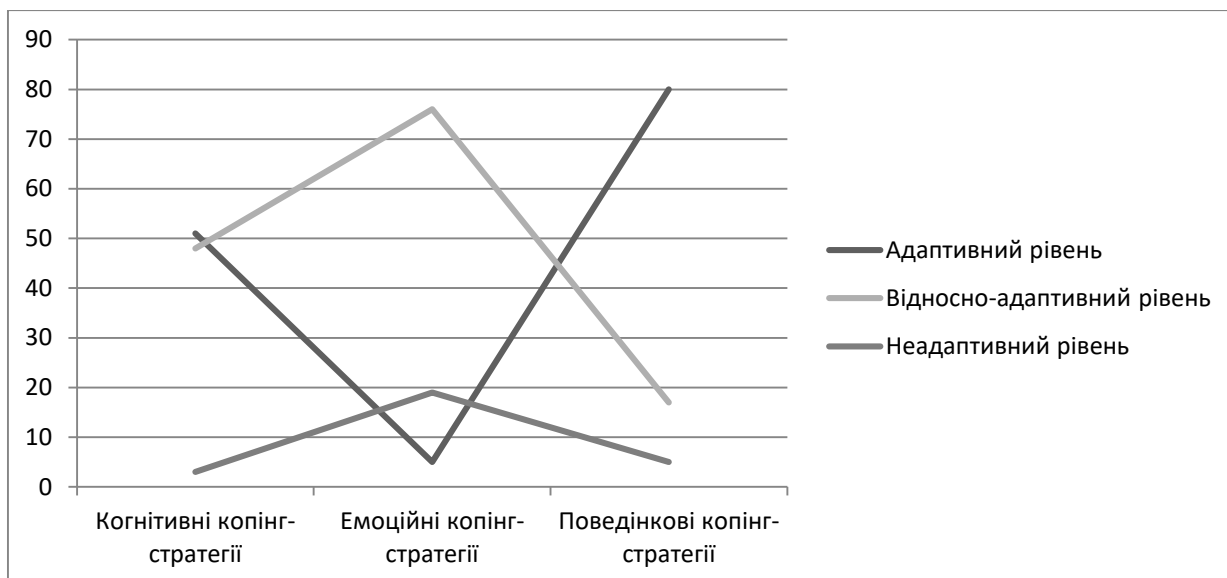


Рис. 2.4 Показники копінг-стратегій учасників бойових дій віком від 31 до 45 років (за методикою Е. Хейма)

Отже, всі опитані виявили адаптивні копінг-стратегії, причому відносно адаптивні в основному є когнітивними та поведінковими, тоді як неадаптивні стратегії переважно представлені емоційним копінгом. Основними копінгамі для даної вікової групи є збереження самовладання, проблемний аналіз і співпраця.

Збереження самовладання визначається вираженим самоконтролем, здатністю стримувати власні емоції та діяти раціонально в екстремальних ситуаціях. Проблемний аналіз є конструктивною стратегією, яка передбачає інтелектуальний та логічний аналіз ситуації для пошуку виходу та прогнозування можливих наслідків рішень. Співпраця включає активну взаємодію з іншими, спрямовану на пошук оптимального розв'язання проблемної ситуації.

Крім того, спостереження показують, що ця вікова група характеризується використанням копіngu дисимуляції, що виражається у свідомому приховуванні симптомів соматичних і психологічних проблем, і великих зусиль для продовження виконання діяльності на тому ж рівні, що й до травматичної події.

Отже, досліджуваним віком від 45 до 60 років притаманні такі адаптивні копінг-стратегії як покора, відносність, розгубленість, оптимізм, емоційна розрядка, альтруїзм та конструктивна активність. За результатами дослідження виявлено дві адаптивні стратегії - оптимізм та альтруїзм, які є ресурсами для цієї вікової групи і сприяють адаптації як в умовах бойових дій, так і після них у повоєнному житті. Також зазначено три відносно адаптивні та дві неадаптивні копінг-стратегії.

Таблиця 2.9

Показники копінг-стратегій учасників бойових дій віком від 45 до 60 років

(за методикою Е. Хейма)

Рівень адаптивності	Когнітивні копінг-стратегії, %	Емоційні копінг-стратегії, %	Поведінкові копінг-стратегії, %
Адаптивний рівень	51	5	80
Відносно адаптивний рівень	48	76	17
Неадаптивний рівень	3	19	5

Учасники бойових дій віком від 45 до 60 років характеризуються адаптивними поведінковими та відносно адаптивними емоційними і когнітивними копінг-стратегіями. У когнітивній сфері 50,6% виявили адаптивні, 47,1% - відносно адаптивні і 2,3% неадаптивні копінг-стратегії. Це свідчить про те, що їхня поведінка переважно спрямована на раціональний аналіз труднощів та шляхів їх подолання, а також на віру у власні сили при розв'язанні проблем.

У поведінковій сфері 80 % виявлено адаптивні, 16,7 % - відносно адаптивні і 5 % - неадаптивні копінг-стратегії, що свідчить про їхню спрямованість на співпрацю і взаємодопомогу.

В емоційній сфері адаптивний копінг спостерігається у 5 %, відносно адаптивний - у 76 %, а неадаптивний - у 19 % досліджуваних. Властива їм поведінка спрямована на зняття напруги шляхом придушення емоцій, "емоційної анестезії" в екстремальних умовах при вираженій надії на покращення життєвої ситуації (Рис. 2.5).

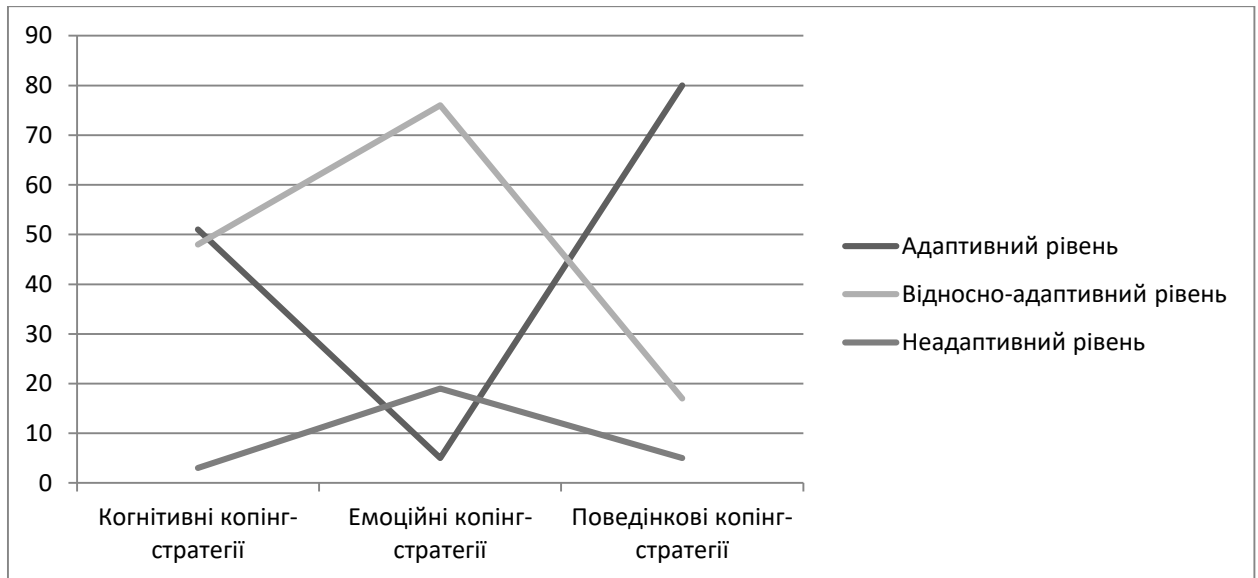


Рис. 2.5 Показники копінг-стратегій учасників бойових дій віком від 45 до 60 років (за методикою Е. Хейма)

Отже, всі опитані учасники бойових дій виявили адаптивні копінг-стратегії на 100%. Ці стратегії переважно були поведінковими, а когнітивні проявлялися у меншій мірі. Водночас виявлено високі показники за неадаптивним емоційним копінгом. Учасники бойових дій у віці від 46 до 60 років мають ресурси для успішного життя після демобілізації, зокрема, збереження самовладання та відносності.

Важливо зазначити, що емоційна розрядка, характерна для даної вікової групи, проявляється через можливість виражати емоції через крик і плач. Однак стереотип "чоловіки не плачуть", особливо актуальний для представників екстремальних професій, може призводити до придушення емоцій, що в свою чергу може впливати на ризик виникнення серцево-судинних хвороб або алкоголізації.

За нашими спостереженнями, виявлено, що алкоголізація є характерною проблемою серед представників даної вікової групи учасників бойових дій. Однак, використовуючи психокорекцію, можливе трансформування цього негативного явища в інші конструктивні види активності.

Також відзначено, що розгубленість, розглядана як неадаптивний копінг, особливо актуальна у контексті необхідності адаптації до мирного життя. Навички, набуті під час участі у бойових діях, часто стають неактуальними, і тому необхідно знаходити шляхи ресоціалізації, при цьому враховуючи або відкидаючи військовий досвід. Зазначено, що саме розгубленість учасників бойових дій у віці від 45 до 60 років часто вказує на проблеми при адаптації до життя після війни.

Узагальнені результати вираженості різних видів копінгів відповідно до рівня їх адаптивності у учасників бойових дій різного віку наведено у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Узагальнені показники копінг-стратегій учасників бойових дій
(за методикою Е. Хейма)

Рівень адаптивності	Когнітивні копінг-стратегії, %			Емоційні копінг-стратегії, %			Поведінкові копінг-стратегії, %		
	20-30	31-45	46-60	20-30	31-45	46-60	20-30	31-45	46-60
Адаптивний рівень	3	68	51	64	74	5	33	70	80
Відносно адаптивний рівень	40	28	48	33	9	76	3	26	17
Неадаптивний рівень	57	5	3	3	17	19	53	6	5

Так, з таблиці 2.10 видно, що серед досліджуваних учасників бойових дій найбільше виражені адаптивні копінг-стратегії, зокрема поведінкові, емоційні і когнітивні. Це свідчить про те, що ці учасники виявляють високий

рівень адаптації і здатні використовувати різні стратегії для подолання стресових ситуацій.

З іншого боку, найменше виражені серед досліджуваних є емоційні та поведінкові неадаптивні копінг-стратегії. Це може свідчити про те, що учасники вдаються до менш конструктивних способів подолання стресу чи виявляють низький рівень неадаптивних реакцій на емоційний дисбаланс чи стресові ситуації.

Цікаво, що когнітивні неадаптивні копінг-стратегії виявилися вираженими досить сильно, особливо серед досліджуваних віком від 18 до 30 років. Це може вказувати на те, що у молодших учасників спостерігається значний рівень неадаптивних реакцій у сфері когнітивного копіngu при подоланні стресових ситуацій.

З таблиці 2.10 видно, що адаптивні когнітивні та емоційні копінг-стратегії найбільше виражені серед учасників бойових дій віком від 31 до 45 років. Зауважимо, що адаптивний копінг в цьому віковому діапазоні орієнтований переважно на активну діяльність з метою усунення або зменшення небезпеки. У більш старшому віці, зокрема після 46 років, спостерігається, що поведінкові копінг-стратегії стають найбільше вираженими. Це може свідчити про те, що учасники цього вікового групи активно вживають конкретні дії з метою управління стресовими ситуаціями.

Слід зазначити, що у старшому віці виявлено націленість на турботу про інших і передачу свого досвіду, необхідного для виживання в екстремальних умовах. У той час як учасники бойових дій віком до 31 року характеризуються вираженими адаптивними емоційними копіngами, проте когнітивні стратегії, зокрема раціональний аналіз екстремальних ситуацій та пошук логічних можливостей їх подолання, у них розвинені менше.

Таким чином, вказані вікові різниці вираженості адаптивних копінг-стратегій можуть вказувати на еволюцію підходів до стресових ситуацій і розвиток більш диференційованих стратегій управління ними учасниками бойових дій на різних етапах їх життя.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВИТКУ НАВИЧОК АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ

3.1 Аналіз зарубіжних програм соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій

У міжнародній практиці психологічної підтримки осіб, які брали участь у бойових діях, активно використовуються наступні підходи:

1. Військова реінтеграція. Цей підхід стосується процесу переходу військовослужбовців у цивільне життя після завершення служби. Науковці, такі як N. A. Sayer, P. Frazier, R. J. Orazem та інші, вивчають аспекти цього переходу та розробляють стратегії для полегшення адаптації ветеранів.
2. Розвиток навичок резилієнтності. Резилієнтність вказує на здатність особистості подолати стрес та труднощі. Використання навичок резилієнтності у психологічних програмах допомагає учасникам бойових дій будувати внутрішню міцність та ефективно впоратися з труднощами. Автори, такі як G. E. Richardson, W. Burton, K. I. Pakenham, W. J. Brown, C. E. Loprinzi, K. Prasad та інші, активно досліджують цей напрямок.
3. Тренінг підвищення ефективності допінгів. Підходи, спрямовані на розвиток ефективних стратегій копіngu, допомагають учасникам бойових дій управляти стресом та вирішувати проблеми. Дослідники, такі як S. Folkman, P. Kennedy, J. Duff, M. Evans, A. Beedie та інші, розробляють методик для покращення цих навичок.
4. Тренінг життєстійкості військових.
5. Життєстійкість відображає здатність особистості адаптуватися та пристосовуватися до негативних впливів. Дослідники, такі як С. Мадді, P. T. Bartone, A. Skomorovsky, K. A. Sodom та інші, вивчають та

розвивають підходи для зміцнення життєстійкості серед військовослужбовців.

Тренінг життєстійкості військових, відомий як Hardi-тренінг, ґрунтується на дослідженнях С. Мадді, які вказують, що життєстійкість є набутою якістю, її можна розвивати через спеціальні тренінгові програми. Дані програми включають в себе різноманітні вправи, спрямовані на розвиток адаптивних копінг-стратегій та ефективних міжособистісних відносин, ґрунтованих на підтримці та довірі [31].

Модель життєстійкості за концепцією Мадді включає такі складові:

1. Антитюди. Залученість, контроль та прийняття викликів життя.
2. Копінги. Когнітивні (розуміння ситуації та перспективи) та поведінкові (активні дії в реальному житті).
3. Соціальна підтримка. Асистування та заохочення від значущих осіб.
4. Турбота про соматичне та психічне здоров'я. Вживання лікарських засобів, дієта, релаксація, медитація та фізичні вправи.

Вправи, спрямовані на розвиток харді-копінгів, включають ситуаційну реконструкцію, фокусування та компенсаторне самовдосконалення. Соціальна підтримка включає вправи для розв'язання конфліктів, розвитку комунікативних вправностей та співпраці з іншими.

Тренінг, спрямований на турботу про фізичне та психічне здоров'я, навчає учасників самодіагностики реакцій та стресових ситуацій, а також самопомоги за допомогою медитації, релаксації та інших методів.

Спочатку тренінг розроблено у 2001 році у формі посібника "HardiTraining" та відповідної інтернет-програми. Обидві версії надавали учасникам інформацію про складові життєстійкості, вправи для розвитку та можливість заочного консультування тренерів [24].

Тренінг життєстійкості для військових розроблено з орієнтацією на активну участь військових, включаючи вправи, які вони виконують під час сесій з терапевтом. Після сесій учасники отримують домашні завдання для практичного застосування набутих навичок і діляться своїм досвідом з

тренером, отримуючи зворотній зв'язок та рекомендації для подальшого закріплення вивчених навичок. Зазвичай сесії тривають двічі на тиждень, що дозволяє вивчити навички, закріпити їх удома та обговорити результати із терапевтом.

Дослідження С. Мадді підтверджує, що тренінги життєстійкості сприяють поліпшенню психологічного здоров'я військових, підвищенню ефективності їхньої діяльності, розвитку лідерських якостей і навичок стресостійкості в умовах складних життєвих та професійних ситуацій. Крім того, тренінги життєстійкості є ефективним інструментом для посттравматичної реабілітації, оскільки сприяють пошуку нового сенсу життя, особливо після інвалідизації, стимулюють мотивацію до діяльності і сприяють лікуванню симптомів ПТСР, депресії та панічних нападів.

Зміст тренінгу життєстійкості (Hardi-тренінгу) може бути орієнтовно структурованим так:

1. Перша зустріч. Короткий опис тренінгової програми. Прийняття правил роботи в групі і зобов'язань щодо виконання домашніх завдань. Визначення понять "стрес", "копінг", "ресурси особистості". Виконання вправ на глибоке дихання і релаксацію.
2. Друга зустріч. Визначення думок, які негативно впливають на самопочуття людини. Обговорення копінг-стратегій (адаптивних і неадаптивних). Окреслення можливостей використання адаптивних копінгів у різних ситуаціях. Оволодіння навичками м'язової релаксації.
3. Третя зустріч. Трансформація негативних думок у позитивні. Оволодіння навичками гнучкості у спілкуванні. Розвиток навичок активного слухання.
4. Четверта зустріч. Оволодіння навичками здорового способу життя. Консультації стосовно гігієни сну та відпочинку. Окреслення можливостей ефективного проведення дозвілля. Оволодіння фізичними методами вправлення зі стресом.

5. П'ята зустріч. Оволодіння навичками безпечного виразу емоції гніву. Вміння контролювати свій гнів і запобігати фізичній агресії. Навчання особливостям поведінки із агресивними людьми. Тренування навичок ефективного використання часу.
6. Шоста зустріч. Окреслення важливості соціальної підтримки і комунікації з іншими людьми. Навчання навичкам ділитися своїми сумнівами, тривогами і позитивними емоціями.
7. Сьома зустріч. Тренінг асертивності (впевненої у собі поведінки). Оволодіння навичками емпатії.
8. Восьма зустріч. Підведення підсумків тренінгу.

A. Skomorovsky і K. A. Sudom вказують, що одна тренінгова сесія сама по собі не має значущого впливу на життєстійкість військових. Однак вони зауважують, що ці сесії мають позитивний ефект на суб'єктивне благополуччя учасників, створюючи тим самим передумови для подальшого розвитку життєстійкості [67].

Реінтеграція військових представляє собою процес їхнього повернення до виконання соціальних ролей (професійних і сімейних) протягом перших 30-180 днів після демобілізації (S. L. Currie, A. Day, E. K. Kelloway) [65]. Реінтегративні програми зазвичай орієнтовані на різні сфери функціонування, такі як осмислення сенсу життя, пошук нових життєвих цілей, формування міжособистісних стосунків зі значущими іншими, працевлаштування чи отримання нових професійних навичок, а також турбота про соматичне і психологічне здоров'я. Процес адаптації від воєнного до мирного життя зазвичай поділяють на три фази: повернення, реадаптація та реінтеграція (D. Wild). Перша фаза, повернення, включає зустріч із рідними та друзями після тривалої розлуки, і в цей період найчастіше виникає багато конфліктів, а психологічне благополуччя військових є на найнижчому рівні. Друга фаза, реадаптація, охоплює період усвідомлення змін, які відбулися як із учасником бойових дій, так і з його родиною. У випадку успішного протікання цієї фази, відбувається

формування нових близьких стосунків зі своїми рідними та друзями, це період співпраці та діалогу. Третя фаза, реінтеграція, охоплює повсякденне життя із врахуванням набутого досвіду, стабілізацію стосунків у родині, отримання нової роботи та усвідомлення нових життєвих цілей [64].

У зарубіжних країнах для оцінки якості реінтеграції військових застосовують такі методики, як "Реінтеграційний опитувальник" (Community Integration Questionnaire - CIQ) від B. Willer, M. Rosenthal, J.S. Kreutzer, W.A. Gordon, R. Rempel (1993) [285], "Шкала соціальної реінтеграції" (Community Integration Measure - CIM) від M. A. McColl, D. Davies, P. Carlson, J. Johnston, P. Minnes (2001) [38], "Оцінка порушень соціального функціонування Крайга" (Craig Handicap Assessment and Reporting Tool - CHART) від K. Hall, M. Dijkers, G. Whiteneck, C. A. Brooks, J. S. Krause (1992, 1998) [68], і "Опитувальник об'єктивної та суб'єктивної участі" (Participation Objective, Participation Subjective - POPS) від M. Brown, M. P. Dijkers, W. A. Gordon (2004) [63].

Аналіз даних методик показує, що вони в основному спрямовані на військових із черепно-мозковими травмами та травмами спини, які значно впливають на соціальне функціонування через соматичні вади. Однак ці опитувальники не враховують вплив травматичних подій на особистість військових, їхній психологічний стан та зміни у житті, зокрема, пов'язані з ПТСР чи іншими розладами адаптації.

Програма тренінгу резиліентності (протиріччя) Г. Е. Річардсона розрахована на п'ять днів і включає 1,5-годинні сесії. Основний акцент робиться на вивченні вродженої резиліентності. Вона може бути використана не лише для військових, а й для студентів, лікарів, медичного персоналу та хронічно хворих. Ось загальний опис днів тренінгу.

День 1. Вивчення вродженої резиліентності. Визначення поняття резиліентності та аналіз стратегій подолання стресу в дитинстві та підлітковому віці. Акцент на якостях особистості, які допомагають подолати стреси, і обговорення того, які почуття викликають слова, такі як

"сміливість", "совість", "любов", "творчість" і як ці якості можуть сприяти подоланню кризових ситуацій. Учасники відповідають на питання "Хто Я?", описують себе та наголошують на своїх позитивних якостях.

День 2. Шлях до серця. Обґрунтування учасниками своїх життєвих виборів та їх вплив на подальше життя. Визначення засобів самоконтролю емоцій та поведінки під час стресових ситуацій. Роль мрії в житті людини та методи релаксації та медитації.

День 3. Резиліентні навички. Важливість побудови гармонійних стосунків та готовності до змін.

День 4. Гармонійні стосунки. Деструктивні та конструктивні стосунки вдома та на роботі. Резиліентна комунікація та розуміння позитивних і негативних емоцій.

День 5. Резиліентна особистість. Підсумки тренінгу та обговорення отриманих знань. Визначення учасниками резиліентної особистості.

Дана програма призначена для підтримки учасників у розвитку резиліентності та стресостійкості в різних сферах їхнього життя.

Інший приклад - це тренінг психосоціальної повсякденної резиліентності (Resilience and Activity for every Day, READY), розроблений N. W. Burton, K. I. Pakenham та W. J. Brown. Програма складається із 11 модулів, призначених для оволодіння різними резиліентними навичками. Заняття тривають 2-2,5 години протягом 13 тижнів. Зміст програми включає в себе презентацію тренінгу та розгляд ключових компонентів резиліентності, фізичну активність як чинник збереження соматичного та психологічного здоров'я, майндфулнесс (усвідомлення кожного моменту життя), прийняття (усвідомлення неприємних емоцій та негативного досвіду як шляху до мудрості), дифузю (усвідомлення негативних думок та їх трансформацію у позитивні), навички самоспостереження, резиліентні стратегії, соціальну підтримку (мережу соціальних зв'язків), життєві цінності та пріоритети, навички релаксації, планування майбутнього. Перед та після тренінгу проводиться психодіагностика позитивних і негативних емоцій,

особистісного зростання, майндфулнесу, самоприйняття і прийняття інших, рівня стресу, автономії та цінності життя [67, с. 758].

Стрес-менеджмент і тренінг резилієнтності (SMART) - це тренінгова програма, спеціально розроблена для персоналу, який працює з онкохворими, серйозно травмованими пацієнтами та пацієнтами хоспісів. Основна мета тренінгу полягає в підвищенні толерантності до стресу та профілактиці емоційного вигорання (С. Е. Loprinzi, К. Prasad, D. R. Schroeder, А. Sood). Програма розрахована на 8 тижнів і включає по одному двогодинному заняттю щотижня.

Під час тренінгу учасники вивчають, як усвідомлювати свої реакції на стрес, використовують медитативні техніки та методи релаксації. Також надається навчання, як змінити когнітивні патерни та емоційні реакції, перетворюючи стрес-засновану поведінку на резилієнтно-засновану. Учасники отримують інструменти для покращення фізичної активності, нормалізації сну та раціонального харчування [65].

Тренінг розвитку резилієнтності військових (U.S. Army Master Resilience Trainer, MRT), розроблений К. J. Reivich, М. Е. Seligman, S. McBride, спрямований на підвищення рівня резилієнтності офіцерів і навчання їх передавати ці знання солдатам своїх підрозділів [60]. Ця програма триває 10 днів і складається з трьох компонентів: підготовки, підтримки та розвитку можливостей, які включають сім модулів: резилієнтність (2,5 дні), психологічна стійкість (2,5 дні), сильні риси характеру (1 день), зміцнення стосунків (1 день), завершальний модуль компоненту підготовки (0,5 дня), модуль підтримки (1 день) і модуль розвитку можливостей (1 день).

В першому модулі учасники знайомляться з програмою та вивчають базові елементи резилієнтності, такі як самоусвідомлення, саморегуляція, оптимізм, когнітивна гнучкість, позитивні риси характеру та ефективна комунікація. Другий модуль базується на когнітивно-поведінковій терапії та охоплює елементи, такі як формула АВС, "пастки мислення", релаксаційні техніки та 6-крокова модель вирішення проблем. Третій модуль

використовує позитивну психологію та модель лідерства "Будь-Знай-Роби". У четвертому модулі надається навчання ефективній комунікації військових та членів їх родин.

Після завершення п'ятого дня тренінгу настає період "вивчи та залиш на деякий час", коли учасники отримують зворотній зв'язок та спілкуються на теми, що не пов'язані безпосередньо із резилієнтністю. Шостий модуль - це модуль підтримки, що спрямований на закріплення отриманих знань і навичок на практиці, безпосередньо у роботі з підлеглими. Сьомий модуль, модуль розвитку можливостей, базується на психології спорту, де учасники оволодівають основами психологічних знань та навичками, необхідними для компетентного лідера.

Отже, слід наголосити, що поєднання елементів тренінгів для цивільних та військових в контексті розвитку резилієнтності видається важливим і обґрунтованим. Врахування контексту та специфіки служби військовослужбовців є ключовим для ефективності тренінгів.

Поєднання елементів тренінгів для цивільних та військових може забезпечити гнучкість та адаптованість програм до різних життєвих ситуацій військовослужбовців, які можуть переживати унікальні стресові ситуації та виклики. Для демобілізованих військових, тренінг може фокусуватися на переорієнтації в громадському житті та розвитку навичок для успішного адаптування до нових реалій.

З урахуванням планів військовослужбовців щодо повернення до зони бойових дій чи вирішення будувати повоєнне життя вдома, можна адаптувати тренінгові програми для надання конкретної підтримки та розвитку навичок, які будуть корисні у конкретних обставинах.

Важливо також враховувати індивідуальні потреби та особливості кожного учасника, сприяючи особистому розвитку та збільшенню резилієнтності в різних сферах їхнього життя.

Наш аналіз є дуже важливим, особливо в контексті сучасної України, де військовослужбовці мають унікальні виклики та можуть переживати

різноманітні травми та стресові ситуації. Також врахування фаз мобілізації виявляється критичним елементом для успішної адаптації.

Зазначенням важливості не лише програм реінтеграції військовослужбовців, а й тренінгів резиліентності, копінгів та життєстійкості для цивільних осіб, особливо тих, хто стикається з травмами та хронічними хворобами, ви визначаєте широкий спектр потреб і можливостей для підтримки.

Також важливо враховувати вагомий факт, що багато військовослужбовців можуть виражати бажання повернутися на фронт після демобілізації. Це вимагає унікального підходу до розробки тренінгових програм, які допоможуть їм зберігати психічне здоров'я та адаптуватися до нових викликів.

Організація таких програм повинна бути гнучкою та адаптованою до індивідуальних потреб кожного учасника, забезпечуючи засоби для ефективної адаптації та підтримки в різних етапах їхнього життя.

3.2 Метафоричні асоціативні карти як інструмент покращення адаптованості учасників бойових дій

Метафоричні асоціативні карти (МАК) дійсно можуть бути ефективним інструментом для психологічної роботи з людьми, які перебувають у кризовій ситуації. Цей метод використовує візуальні образи для вираження почуттів, думок і переживань, що дозволяє психологу краще розуміти внутрішній світ клієнта та сприяє спільному виявленню та розв'язанню проблем. Основна ідея полягає в тому, що картини і метафори можуть висвітлити аспекти емоцій, які можуть бути важко виразити словами. Крім того, створення або вибір метафоричних карт може допомогти клієнтові відчувати контроль над ситуацією та знайти творчі підходи до розв'язання проблем.

Використання метафоричних асоціативних карт (МАК) може бути вкрай цікавим інструментом в психотерапевтичній практиці. Розглянемо теоретико-методологічні принципи використання МАК, зосереджуючись на концепції синхроністичності за К. Г. Юнгом.

1. Синхронність. Термін "синхроністичність" вказує на несподіване збігання подій, які не мають прямого фізичного зв'язку, але пов'язані з точки зору значущості або смислу. У випадку МАК, картини можуть виражати аспекти внутрішнього стану або проблем, і їх вибір може відбивати синхронічні аспекти життя клієнта.

2. Символіка і Свідомість. Метафоричні картини можуть слугувати символами, які мають значення для психіки клієнта. Юнг вважав, що образи, що виникають в несвідомості, можуть мати важливий смисл і вказувати на ключові аспекти проблеми.

3. Індивідуальний сенс. Кожна карта може мати індивідуальний сенс для клієнта, і тлумачення карт може відбуватися в контексті особистого досвіду та емоційного стану.

4. Творчий принцип. Використання МАК відповідає творчому принципіві універсального упорядкування подій. Метафори та образи можуть слугувати важливими засобами для вираження та розв'язання проблем.

5. Об'єктивні Сенси. К. Юнг розглядав синхроністичність як можливість існування об'єктивних смислів, які переплітаються з психічними подіями. Такий підхід дозволяє враховувати співвідношення внутрішнього та зовнішнього світу [37, с. 185].

Загалом, використання МАК може допомагати розкривати внутрішній світ клієнта, висвітлювати смисли та синхронічні аспекти його життя, що в свою чергу може служити основою для подальшої психотерапевтичної роботи.

Терапевтична метафора в літературі і психології розглядається як засіб вирішення психологічних проблем через застосування термінів із інших галузей. Її функції включають номінативну (присвоєння імені), пізнавальну

(розуміння), образну (створення образів), оцінну (вираження оцінки) і емотивно-оцінну (виклик емоцій). Психологічні механізми, такі як порівняння непорівнюваного та множинна єдність, забезпечують реалізацію функцій метафори. Модель метафоричного процесу включає два або більше плани, що підкреслює складність цього типу мислення та його багат шаровість.

Аналіз зображення на карті та інтерпретація клієнтом може розкрити один із трьох можливих станів: асоційований, дисоційований і бісоційований. У стані асоціації клієнт повністю поглиблюється у картину, ідентифікуючи себе з зображенням і призначаючи йому особисті почуття та емоції. Використовуючи цей стан, консультант може спрямовувати увагу клієнта, задаючи питання вродженості, наприклад: "Представте собі, що зображена на карті людина - це ви. Що вона зараз відчуває?". Дисоційований стан не вимагає повного занурення у карту, і клієнт залишається "самим собою", відповідаючи на питання про зображення та емоції, які викликає ця людина. Бісоційований стан виникає при злитті обох попередніх станів, коли у процесі роботи виникає єдиний біперсональний простір, що об'єднує психічний зміст окремих частин клієнта, що спілкуються між собою або з уявним співрозмовником.

Слід зазначити, що для роботи з психотравмою застосовують класичну колоду «Соре», а для підготовки та адаптації військових використовується колода Л. Петко «Маяк». Остання спеціально розроблена для військових психологів, враховуючи специфіку військової служби. Вона дозволяє вирішувати серйозні внутрішньоособистісні та міжособистісні проблеми, а також проблеми, пов'язані з нестатутними відносинами. Комплект метафоричних асоціативних карт «Маяк» орієнтований на роботу з молодим поповненням в період адаптації до військової служби, але також підходить для всіх категорій військовослужбовців.

Проте, після детального аналізу, ви прийшли до висновку, що колода «Маяк» в основному спрямована на відображення відносин військових у

колективі та створення позитивного соціально-психологічного клімату військового підрозділу, а не на адаптацію до бойових умов чи реабілітацію після бойових психотравм. З цього приводу виникла потреба створення власної української колоди метафорично-асоціативних карт, яка максимально враховувала б потреби українських військових.

Для роботи з психотравмою застосовують класичну колоду «Соре», а для підготовки та адаптації військових використовується колода Л. Петко «Маяк». Остання спеціально розроблена для військових психологів, враховуючи специфіку військової служби. Вона дозволяє вирішувати серйозні внутрішньоособистісні та міжособистісні проблеми, а також проблеми, пов'язані з нестатутними відносинами. Комплект метафоричних асоціативних карт «Маяк» орієнтований на роботу з молодим поповненням в період адаптації до військової служби, але також підходить для всіх категорій військовослужбовців.

Проте, після детального аналізу, ми прийшли до висновку, що колода «Маяк» в основному спрямована на відображення відносин військових у колективі та створення позитивного соціально-психологічного клімату військового підрозділу, а не на адаптацію до бойових умов чи реабілітацію після бойових психотравм. З цього приводу виникла потреба створення власної української колоди метафорично-асоціативних карт, яка максимально враховувала б потреби українських військових.

Тренінгова програма розроблена для учасників бойових дій, індиферентно до їхнього віку, і проводилася у групах розміром 10-12 осіб, щоб рівномірно охопити усі вікові групи, які були представлені у дослідженні. Проведено п'ять циклів, кожен із шести занять тривав 1,5 години. В програмі взяли участь 56 учасників бойових дій різного віку. Обрано шестиденний формат тренінгу, оскільки госпіталь, де проводився тренінг, був основною платформою для його реалізації. Учасники, зокрема, пройшли медико-психологічну реабілітацію протягом 21 дня.

Тренінгова програма включала шість занять, кожне з яких складалося з мотиваційного, психоедукаційного, ресурсного та релаксаційного компонентів. На кожному занятті учасники займалися рефлексією психоемоційного стану, виконували психогімнастичні вправи, отримували психоедукацію та робили ресурсну роботу для опрацювання травматичних переживань. Тренінг був орієнтований на покращення психічного стану учасників та вироблення навичок для ефективного подолання травматичних впливів.

В підготовці тренінгу ми акцентували увагу на аспектах соціальної підтримки, розглядаючи її як ключовий чинник соціальної реінтеграції учасників бойових дій. Запропонована нами рівнево-часова модель сприяння соціальній реінтеграції враховує міжособистісний, інструментальний та соціальний рівні підтримки для демобілізованих бійців.

Міжособистісний рівень включає сім'ю, близьких друзів і родичів, які виступають основними агентами підтримки в гострий адаптаційний період після демобілізації. Інструментальний рівень орієнтується на інформацію про подолання наслідків травми, зокрема від експертів та людей, що пережили схожий досвід. Соціальний рівень підтримки враховує членство в інших соціальних групах, спільна діяльність яких допомагає інтегрувати травматичний досвід та сприяє посттравматичному зростанню.

Ми розподілили періоди після демобілізації на гострий адаптаційний (до півроку), адаптаційний (до двох років) та резилентно-інтеграційний (після двох років) для класифікації етапів адаптації учасників дослідження.

Зазначена модель докладно описує соціальну підтримку в контексті послідовних посттравматичних періодів. Вона відображає еволюцію системи соціальних зв'язків, починаючи з обмежених у гострому адаптаційному періоді, коли близьке оточення виконує практично всі функції підтримки. Поступово ця система зв'язків розширюється і диференціюється, включаючи участь в групах індивідів із спільним травматичним досвідом під час

адаптаційного періоду, а також інші соціальні групи у резилентно-інтеграційний період.

Наша модель відображає варіативність соціальних зв'язків, агентів і форм підтримки в пізні періоди після травми. Це надає індивідам можливість регулювати частоту і якість соціальних контактів так, щоб вони відповідали їхнім особистим потребам у самореалізації, особистісному зростанні, оволодінні адаптивними щоденними практиками та формуванні позитивних уявлень про себе та свою повоєнну ідентичність. Зазначено, що ця модель успішно використовується протягом трьох років у Черкаському обласному госпіталі та має науково обґрунтовану базу, підтверджуючи свою практичну ефективність.

Отже, адаптація учасників бойових дій представляє собою складний і тривалий процес, який складається з трьох фаз: повернення, реадаптації та реінтеграції. Кожна фаза формує окремий адаптаційний період зі своїми завданнями, ризиками, формами соціальної підтримки та психологічної реабілітації.

Фаза повернення (гострий адаптаційний період) – від 0 до 6 місяців. Завдання - відновлення соматичного здоров'я та контактів зі значущими людьми. Психологічна реабілітація - проводиться в індивідуальній формі, включає арт-терапевтичні заняття та психоедукацію для близьких.

Фаза реадаптації (адаптаційний період) – до 2-х років після демобілізації. Завдання - відновлення психологічного благополуччя, формування адаптивних копінг-стратегій. Психологічна реабілітація - в індивідуальній та груповій формі, включає тренінги резилентності та лікування хронічних хвороб.

Фаза реінтеграції (резилентно-реінтеграційний період) – після 2-х років. Завдання - самореалізація у повоєнному житті, створення мережі соціальних контактів. Психологічна реабілітація - може включати роботу в контексті медичної реабілітації та роботу над проблемами, що виникають через два-три

роки після демобілізації. Соціальна підтримка - забезпечується участю у спілках, громадських об'єднаннях та професійних спільнотах.

Тренінг як групова форма психологічної реабілітації може бути ефективним в адаптаційному та резилентно-інтеграційному періоді, в той час як в гострому адаптаційному періоді слід віддавати перевагу індивідуальним формам роботи.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення та результати експериментального дослідження, спрямовані на вивчення вікових особливостей адаптації учасників бойових дій. Висвітлено специфіку тренінгу як групової форми психологічної реабілітації, підкреслено, що при врахуванні вікових особливостей учасників бойових дій такий тренінг є ефективним у періодах адаптації та резилентно-інтеграційного процесу демобілізації.

1. Адаптацію визначено як активний процес пристосування особистості до соціального середовища, який відбувається через провідну діяльність на даному етапі її розвитку. Результатом цього процесу є адаптованість, що дозволяє особі задовольняти соціальні потреби та створює можливості для самореалізації в динамічному і змінному світі. Успішна адаптація учасників бойових дій до мирного життя характеризується як резилентна реінтеграція, що проявляється у продуктивності в різних сферах життя, усвідомленні нових можливостей, набутих в результаті бойового досвіду. Чинниками успішної адаптації є психологічне благополуччя, стратегії копінгу, життєстійкість, посттравматичне зростання та резилентність.

2. З'ясовано, що більшість учасників бойових дій у віковому діапазоні від 31 до 45 років демонструють високий рівень адаптації, проявляючи резилентну реінтеграцію. Це виявляється в їхній здатності усвідомлювати цінність позитивного воєнного досвіду та використовувати його у повсякденному цивільному житті. Серед досліджуваних, які молодші за 30 років, спостерігається як успішна адаптація, так і квазіадаптація, ознаки якої виявляються у використанні стратегій уникнення і дисимуляції для підтримки високого рівня психологічного благополуччя. Учасники бойових дій, які перевищують 45 років, характеризуються як квазіадаптовані та дезадаптовані. Це вказує на те, що ці групи не завжди усвідомлюють позитивний вплив воєнного досвіду на свою особистість та можливості

продуктивного функціонування у цивільному житті, демонструючи використання стратегій дисимуляції та уникнення для подолання травматичних спогадів.

3. З'ясовано, що учасники бойових дій у віці від 20 до 30 і від 31 до 45 років відзначаються високим рівнем посттравматичного зростання, резилентності, психологічного благополуччя і життєстійкості. У наймолодших досліджуваних спостерігаються адаптивні емоційні копінг-стратегії та неадаптивні поведінкові, тоді як у тих, хто віком від 31 до 45 років, виявляються адаптивні усі види копінгів. Учасники бойових дій віком від 46 до 60 років вирізняються помірним рівнем посттравматичного зростання, життєстійкості та резилентності, а середнім, на межі з низьким, рівнем психологічного благополуччя. Вони застосовують відносно адаптивні всі види копінг-стратегій. Рівень посттравматичного зростання учасників бойових дій у віці від 31 до 60 років може бути меншим через більший життєвий досвід, порівняно з їхніми молодшими колегами. Проблемно-орієнтована стратегія найбільше властива учасникам бойових дій віком від 31 до 60 років, тоді як емоційно-орієнтована стратегія частіше застосовується досліджуваним віком від 20 до 30 років, а стратегія уникнення - у наймолодших учасників бойових дій. Рівень адаптації визначається копінг-стратегіями (адаптивними, відносно адаптивними та неадаптивними), посттравматичним зростанням, життєстійкістю, резилентністю та, в меншій мірі, психологічним благополуччям.

4. На основі результатів емпіричного дослідження створена структурна модель адаптації учасників бойових дій. Згідно з цією моделлю, адаптовані учасники бойових дій характеризуються вираженою резилентністю, життєстійкістю, адаптивними копінг-стратегіями і помірним психологічним благополуччям. Учасники бойових дій із квазіадаптацією мають помірну резилентність і життєстійкість, відносно адаптивні копінг-стратегії, часто виявляють високий рівень психологічного благополуччя. Учасники бойових дій із дезадаптацією характеризуються низьким рівнем психологічного

благополуччя, резилентності, посттравматичного зростання, помірною або невираженою життєстійкістю. Зазначено, що переважна більшість досліджуваних учасників бойових дій є добре адаптованими. Однак вікова група старших за 45 років частіше потребує психологічної допомоги в адаптації до мирного життя.

5. Враховуючи визначені в емпіричному дослідженні вікові особливості адаптації, була розроблена та протестована ефективна тренінгова програма для учасників бойових дій незалежно від вікової групи. Крім того, розроблена модель соціальної підтримки для учасників бойових дій, яка ґрунтується на послідовних посттравматичних періодах: гострому адаптаційному, адаптаційному та резилентно-інтеграційному. Зазначено, що тренінг, як форма психологічної реабілітації, може успішно використовуватися в адаптаційному та резилентно-інтеграційному періодах, тоді як у гострому адаптаційному слід надавати перевагу індивідуальним формам роботи.

Перспективи майбутніх досліджень включають у себе важливий напрямок, який полягає в докладному вивченні впливу віку на процес адаптації учасників бойових дій до цивільного життя. Дослідження повинні охоплювати тривалий час, щоб розкрити динаміку адаптації на різних етапах життя.

Також, важливим є вивчення того, як учасники бойових дій адаптуються або, навпаки, дезадаптуються при повторних періодах мобілізації. Це може надати інформацію для розробки ефективних стратегій підтримки.

Додатково, дослідження впливу тривалої медико-психологічної реабілітації на повоєнну реінтеграцію може виявитися важливим для визначення ключових аспектів підтримки та реабілітації, що сприятимуть поліпшенню адаптації учасників бойових дій.

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. Випуск 2 (22). С. 259-265.
 2. Акименко Ю., Сила Т. Як допомогти родині учасника бойових дій: методичний посібник для соціальних працівників і психологів. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 144 с
 3. Біла І.М. Творчість: стратегії та тенденції мислинневої діяльності / І.М. Біла // Педагогічний процес: теорія і практика. – 2016. – №3. – С. 41-47.
 4. Біла І.М. Формування адаптивних здібностей дітей в умовах сім'ї / І.М.Біла // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. – К., 2017. – Вип. 15. – С. 17-29.
 5. Бриндіков Ю. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Тернопіл. нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2019. 559 с.
 6. Бурлачук Л. Ф. Управління психічними станами військовослужбовців. Київ: Либідь, 1997. 112 с
 7. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г.Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2015. № 3(44). С. 137–141.
 8. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г. . Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2015. Вип. 2. С. 176–181.
-

9. Грись А. М. Асоціація як засіб трансформації негативного досвіду девіантів / А. М. Грись // Актуальні проблеми психології. – 2015. – Т. 9, Вип. 6. – С. 4-13.
 10. Грись А. М. Особливості роботи психолога із механізмами психологічного захисту клієнтів / А. М. Грись // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. – 2014. – Вип. 45. – С. 74-80.
 11. Євдокимова Н.О. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик / Н.О.Євдокимова, В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.
 12. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5–16.
 13. Зливков В.Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська // Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. – Луганськ. – №4 (38). – 2015. – С. 177–184.
 14. Каськов І. В. Теоретичні аспекти адаптації молодих офіцерів до професійної діяльності / І.В. Каськов // Психологія. Збірник наукових праць. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – 2000. – №11. – С. 439-442.
 15. Клименко В.В. Психофізіологічні механізми праксису людини / В. В. Клименко. - К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 640 с.
 16. Кокурн О., Агаєв Н., Пішко І., Лозінська Н. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с
 17. Кокурн О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти. / О.М. Кокурн // Актуальні проблеми психології. – 2005. – №5. – С. 77-85.
-

18. Коkun О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [монографія] / О.М. Коkun. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
19. Кологривова Е. І. Вплив особистісних прагнень на переживання суб'єктивного благополуччя / Е. І. Кологривова // Соціальна психологія. – 2006. – №5. – С. 179–184.
20. Кондратова Н.О. Проблеми адаптації студентів ВНЗ: зміст, форми, психологічна специфіка / Н.О. Кондратова // Психологія. Зб. наук. праць. – Вип. 2. – К.: НПУ. – 1999. – С. 189–196.
21. Кондрюкова В., Слюсар І. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навч.-метод. посіб. Київ : Гнозис, 2013. 116 с.
22. Корніяка О.М. Психологія розвитку комунікативної компетентності на різних етапах професійного становлення особистості / Корніяка О.М. // Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України / За ред. акад. С.Д. Максименка. – К., 2012. – Вип. 39. – С. 211–223.
23. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності / М.С. Корольчук. – К.: Ельга, Ніка-Центр, 2003. – 400 с.
24. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич ; за заг. ред. І. Я. Коцана. – Луцьк : Вежа, 2011. – 430 с.
25. Кривошей В.М. Формування та реалізація державної політики у сфері соціальнопсихологічної адаптації учасників бойових дій. дис. ... канд. наук з держ управл: 25.00.02 / інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України. Київ, 2020. 272 с.
26. Кузнецова О.В. Задоволеність життям та адаптивність особистості / О.В. Кузнецова, О.А. Ліпінчук: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених та студентів "Індивідуально-психологічні якості особистості майбутніх психологів та їх

- динаміка у період професійної підготовки" (Одеса, 20 травня 2010 р.). – Одеса, СМІЛ, 2010. – С.8-12.
27. Кучеренко С.М., Хоменко Н.М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 21. Харків : НУЦ-ЗУ, 2017. С. 66–74.
28. Лукомська С.О. Посттравматичне зростання: теоретичні підходи, емпіричні методики та методичні рекомендації / С.О. Лукомська // Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: Монографія за ред. С.Д. Максименка, С.Б.Кузікової, В.Л. Зливкова. Книга 2. – Київ-Суми, 2017. – С. 216-237.
29. Лукомська С.О. Світові тенденції розвитку медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій / С.О. Лукомська // Медична психологія: здобутки, розвиток і перспективи. Матеріали Четвертої міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.) / За наук. ред. С.Д. Максименка, Б.С.Божука, К.С. Максименко, Т.А. Тамакової. – К., 2015. – С. 45–46.
30. Матвієць Л.Г. Організація та моніторинг своєчасного надання медико)психологічної допомоги на первинному рівні при гострих та посттравматичних стресових розладах. Семейная медицина. 2017. No 5. С. 6–11.
31. Мельник О.В. Вікові особливості адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя / О.В. Мельник, С.О. Лукомська // Вісник ХДУ. Серія Психологічні науки. – 2019. – Том 2, №.2. – С. 26-31.
32. Мельник О. В. Вікові особливості життестійкості учасників АТО / О. В. Мельник // Проблеми політичної психології: збірник наукових праць / Асоціація політичних психологів України, Інститут соціальної та політичної психології НАПН України;

- [редакційна колегія: Л. А. Найдьонова, Л. Г. Чорна, І. Г. Батраченко та ін.]. – К. : Міленіум, 2016. – Вип. 4 (18). – С. 114-122.
33. Мельник О. В. Вплив копінг-стратегій на соціальну адаптацію учасників АТО / О. В. Мельник // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ-Ніжин, 2017. – С. 323-331.
34. Методологічні закономірності формування автентичності фахівців соціономічних професій: [монографія] / В.Л.Зливков, С.О.Лукомська, С.О. Копилов [та ін.]; за ред.. В.Л. Зливкова. – К., 2017. – 336 с.
35. Музичко Л.Т. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб. наук. праць. Кам'янець-Подільський, ПП «Медобори – 2006», 2017. Вип. 10. С. 289–299.
36. Олексюк Н. Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних Сил України. Проблеми сучасної психології. 2009. Вип. 4. С. 249–258.
37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібник / за заг. ред. Н. Пророк. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.
38. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібник / за заг. ред. Л. Царенко. Т. 2. Київ, 2018. 240 с
39. Павлик Н.В. Психологічна адаптація особистості в екстремальних умовах військової діяльності. Наук.-дослід. центр гуманітарних проблем Зб. сил України. 2005. Т. 8. № 4. С. 37–41.
40. Положення про Міністерство у справах ветеранів України. Затв. постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. № 1175 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 15 квітня 2020 р. № 276). URL: <https://mva.gov.ua/ua/proministerstvo/polozhennay-proministerstvo-u-spravah-veteraniv-ukrainy> (дата звернення: 10.01.2022 р.).
-

- 41.Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: Монографія / Є.М. Потапчук. – Хмельницький, 2004. – 322 с.
- 42.Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій. Методичні рекомендації. Київ. 2014. URL: http://shron2.chtyvo.org.ua/Nevidomyi_Avtor/Pryiomy_psykholohichnoi_samodopomohy_uchasnykam_boiovykh_dii.pdf.
- 43.Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З.Г.Кісарчук, Я.М. Омельченко, І.М. Біла ... Г.П.Лазос ; за ред. З.Г.Кісарчук. – К., 2017. – 232 с.
-
- 44.Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / Мушкевич М.І., Федоренко Р.П., Мельник А.П. та ін. ; за заг. ред. Мушкевич М.І. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
- 45.Розов В. Адаптивні здібності людини в умовах травматичного стресу / В. Розов // Соціальна психологія: наук. журнал / голов. ред. Ю. Ж. Шайгородський. – № 3. – 2008. – С. 108–116.
- 46.Самохвалов О. Б. Труднощі професійної адаптації молодих інспекторів Державної прикордонної служби України / О.Б. Самохвалов // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ, 2006. – Вип. 11. – Ч. 2. – С. 179–189.
- 47.Тавровецька Н. І. Емпіричний аналіз змістових характеристик життєвої
- 48.позиції особистості / Н. І. Тавровецька // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інститут Г. С. Костюка НАПН України / за наук. р ед. : С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський: Аксиома, 2018. – Вип. 41. – С. 345-360.
- 49.Тавровецька Н. І. Конструкти життєвої позиції особистості як опірність кризам життя / Н. І. Тавровецька // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць інституту психології імені Г. С. Костюка

- НАПН України. – Методологія і теорія психології. – Київ-Ніжин : Вид-во "ПП Лисенко М. М. ", 2018. – Вип. 1. – С. 298-310.
- 50.Хмиров І. М. Соціально-психологічна адаптація як чинник формування особистості курсантів МНС України / І. М. Хмиров // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2011. – №10. – С.264-273.
- 51.Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. 2016. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMO_PTZR.pdf
- 52.Чапляк А.П., Романів О.П., Надь Б.А. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій. Україна. Здоров'я нації. 2018. No 3/1(51). С. 59–61.
- 53.Чистяков С. А. Внутрішньоособистісні конфлікти та особливості їх і психокорекції у курсантів вищого військового навчального закладу: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.09 / Чистяков Сергій Аркадійович; Національна академія Прикордонних військ України. – Хмельницький, 2003. – 238 с.
- 54.Шейко А.О. Особливості прояву психічної стійкості особистості в юнацькому віці при подоланні критичних ситуацій: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Шейко Анастасія Олександрівна ; Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. - Харків, 2014. - 20 с.
- 55.Шрагіна Л. Технологія розвитку креативності /Лариса Шрагіна. – К.: Шкільний світ, 2010. – 160 с.
- 56.Юнг К.Г. Аіоп. Нариси щодо символіки самості / К.Г. Юнг; Переклад з нім. К. Котюк. – Львів: Астролябія, 2016. – 432 с.
- 57.Яковенко С.І. Теорія і практика психологічної допомоги потерпілим внаслідок катастроф (на прикладі постчорнобильськлі ситуації): Дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 – К., 1998. – 563 с.
-

58. Adler A.B. Combat exposure and posttraumatic stress symptomatology among U.S. soldiers deployed to the Gulf War / A.B. Adler, M.A. Vaitkus, J. A. Martin // *Military Psychology*. – 1996. – Vol. 8. – P. 1-14
 59. Agaibi C. E. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature / C. E. Agaibi, J. P. Wilson // *Trauma, Violence, & Abuse*. – 2005. – Vol. 6(3). – P. 195-216.
 60. Andersen S. B. Latent trajectories of trauma symptoms and resilience: the 3-year longitudinal prospective USPER study of Danish veterans deployed in Afghanistan / S. B. Andersen, K. I. Karstoft, M. Bertelsen, T. Madsen // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2014. – Vol. 75(9). – P. 1001-1008.
 61. Bailey T. C. Hope and optimism as related to life satisfaction / T. C. Bailey, W.Eng, M. B. Frisch, C. R. Snyder // *The Journal of Positive Psychology*. – 2007. – Vol.2(3). – P. 168-175.
 62. Bartone P. T. Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces / P. T. Bartone // *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. – 1991. – Vol. 51(2). – P. 72-81.
 63. Bisson J. I. Post-traumatic stress disorder / J. I. Bisson // *Occupational medicine*. – Vol. 57(6). – P. 399-403.
 64. Boal A. L. Measurement invariance across administration mode: Examining the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist / A. L. Boal, A. Vaughan, C. S. Sims, J. N. Miles // *Psychological assessment*. – 2017. – Vol. 29(1). – P. 76-88.
 65. Bonanno G. A. Resilience to loss and potential trauma / G. A. Bonanno, M. Westphal, A. D. Mancini // *Annual review of clinical psychology*. – 2011. – Vol. 7. – P. 511-535.
 66. Booth-Kewley S. Predictors of psychiatric disorders in combat veterans / S. Booth-Kewley, E.A. Schmieid, R.M. Highfill-McRoy // *BMC psychiatry*. – 2013. – Vol. 13(1). – P. 130-141.
-

67. Brewin C. R. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults / C. R. Brewin, B. Andrews, J. D. Valentin // Journal of consulting and clinical psychology. – 2000. – Vol. 68(5). – P. 748-766.
68. Emmons R. A. Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life / R. A. Emmons, M. E. McCullough // Journal of personality and social psychology. – 2003. – Vol. 84(2). – P. 377-389.
69. Marx B. P. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology / B. P. Marx, D. M. Sloan // Behaviour research and therapy. – 2005. – Vol. 43. – №. 5. – P. 569-583.
-