

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Гончаренко Оксана Миколаївна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

«Психологічні особливості суб'єктивної самотності та ризик виникнення суїцидальних проявів, що пов'язані з Посттравматичним стресовим розладом»

053 «Психологія»

«Екстремальна та кризова психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ О. М. Гончаренко

Науковий керівник (консультант) Живоглядюв Юрій Олексійович

кандидат психологічних наук, доцент

КИЇВ – 2023

Зміст

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ СУБ'ЄКТИВНОЇ САМОТНОСТІ, СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ТА ПТСР.....	7
1.1 Поняття феномену суб'єктивної самотності, філософські та соціально-психологічні чинники появи даного відчуття.....	7
1.2 Психологічна характеристика поняття суїцидальних проявів. Проблема суїцидальних проявів в армійському середовищі.....	14
1.3 Психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців з бойовим досвідом.....	23
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ТА СУБ'ЄКТИВНОЇ САМОТНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ЇХ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПТСР.....	34
2.1 Організація та методики проведення емпіричного дослідження.....	34
2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	38
2.3 Порівняльний аналіз отриманих даних досліджуваної вибірки.....	47
Висновки до розділу 2.....	56
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	59
3.1 Психологічна підготовка до майбутніх травмуючих подій.....	59
3.2 Психологічні рекомендації родинам, психологам, командирам та іншим відповідальним особам у роботі з військовослужбовцями з суїцидальними проявами, що пов'язані з ПТСР.....	70
Висновки до розділу 3.....	84
Висновки.....	89
Список використаних джерел.....	95
Додатки.....	105

ВСТУП

Актуальність дослідження обумовлена низкою питань, які постають перед науковцями, психологами, лікарями і всіма тими фахівцями, хто не лишається байдужим до психологічного здоров'я осіб, які пережили травму, побували в стресових ситуаціях і відчули на собі, що таке війна.

Досвід проживання екстремальних ситуацій, породжує ризик отримання психологічних стресів, які можуть призводити до виснаження, як емоційного так і психо-фізіологічного.

Неодноразово, увагу населення, привертала новини про самогубство військовослужбовців у зоні проведення бойових дій, і нерідко коли повертаються додому з чергової ротації, чи по демобілізації.

Посттравматичний стресовий розлад, симптоми якого можуть проявитися вже через один місяць після травмуючої події, стають можливою причиною завершеного суїциду серед постраждалих. Даний розлад виникає як негайна або відстрочена реакція на стресову подію.

Визначення ПТСР у медичних класифікаціях було надано в 70-ті роки минулого століття. Обов'язковою умовою є подія яка носить загрозливий характер для життя людини і має високу напругу. У ті часи військовий досвід оцінювався серед учасників бойових дій у В'єтнамі та серед жертв Голокосту.

Дослідженням можливих причин, форм перебігу та реабілітації постраждалих від екстремальних ситуацій займалися вітчизняні та зарубіжні науковці, серед них І. Введенський, В. Доморацький, Е. Крепелін, З. Фрейд, Р. Лістон, Х. Оппенгейм та інші.

Питання «Чому людина йде з життя, таким не природнім способом, як суїцид?» залишається відкритим і вимагає дослідження. Над цим питанням замислювалися і досліджували в свою чергу науковці – А. Амбрумова, В. Бехтерев, Г. Гордон, Н. Конончук, Л. Прозоров, В. Сулицький, Е. Фромм та інші.

Феномен суб'єктивної самотності - явище особистісне і для кожного по-своєму набуває значення. Сама того не помічаючи, людина часто лишається сама, на самоті, почувається самотньо. Дослідженням феномену займалися такі науковці, як М. Бердяєв, А. Камю, Дж. Зілберг, К. Мустакас, Е. Пепло, Ф. Райс, Д. Рассел, К. Роджерс, Ф. Слейтер, Ю. Швалб та багато інших.

У дослідженні феномену існує принципова різниця двох понять: відчуття самотності коли відбувається фізична або соціальна ізоляції особистості та явища суб'єктивної самотності, що на відміну від першого не визначається кількістю соціальних зв'язків, їх глибиною та рівнем задоволення потреби в них.

Можна припустити, що при діагностованому ПТСР або наявності суб'єктивної самотності у респондентів, ми зможемо спостерігати деструктивний вплив на свідомість індивіда і вважати дані чинники, ймовірними причинами суїцидальних проявів.

Наразі гостро постала проблема суїцидальних проявів серед військовослужбовців та ветеранів, і тих хто знову повернувся до виконання завдань за призначенням – це і військовослужбовці Збройних Сил України, Національної Гвардії, Територіальної оборони, та інших силових структур

Питанням психологічного супроводження та адаптації, до умов служби, займаються Головне Управління Морально-Психологічного забезпечення ЗСУ, Головний військовий клінічний шпиталь, психологи при військових частинах, командири підрозділів, сержантський та офіцерський склад.

Об'єкт дослідження – особистісні та психоемоційні характеристики військовослужбовців з бойовим досвідом.

Предмет дослідження – психологічні особливості суб'єктивної самотності та можливість виникнення суїцидальних проявів, що пов'язані з Посттравматичним стресовим розладом.

Мета: дослідити зв'язок Посттравматичного стресового розладу з психологічними особливостями суб'єктивної самотності та суїцидальними проявами визначеної категорії військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз понять "Посттравматичний стресовий розлад", "суїцидальні прояви" та "суб'єктивна самотність".
2. Організувати та провести емпіричне дослідження зв'язку між Посттравматичним стресовим розладом, суїцидальними проявами та суб'єктивною самотністю.
3. Провести аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.
4. Надати психологічні рекомендації, що стануть у нагоді психологам військових частин, родинам учасників бойових дій та практичним психологам, які надають допомогу військовим з Посттравматичним стресовим розладом у цивільному житті.

Методи дослідження. Для досягнення мети та реалізації завдань було використано комплекс теретичних методів – аналіз, синтез, систематизація, структурування, для розкриття сутності базових понять психологічних особливостей суб'єктивної самотності та можливості виникнення суїцидальних проявів, що пов'зані з Посттравматичним стесовим розладом.

З емпіричних методів були використані лонгітюдне спостереження, анкетування, опитування, психодіагностичні методики «Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон», «Тест смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонт'єв», «Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)», «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: CP-45 в модифікації (П. І. Юнацкевіч)», «Графічний тест «Ваші думки про смерть» (Л. Б. Шнейдер)», власне розроблена анкета.

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою статистичних методів у психології.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в уточненні особистісних та психоемоційних характеристик військовослужбовців, які

безпосередньо актуалізуються в умовах війни та участі в бойових діях і являють собою психологічні передумови виникнення суб'єктивної самотності та суїцидальних проявів військовослужбовців, що пов'язані з їх особливостями ПТСР.

Практичне значення результатів дослідження полягає у використанні на практиці військовими психологами, командирами, членами сімей військовослужбовців, які мають бойовий досвід, а також практичних психологів, які надають психологічні послуги військовим з ПТСР у цивільному житті, розроблених психологічних рекомендацій щодо роботи з військовослужбовцями з суїцидальними проявами. Які включають в себе: на робочому місці – це розмова у невимушеній обстановці; під час розмови зменшити відстань «начальник-підлеглий», тим самим створити атмосферу довіри та комфорту; з боку начальника варто навести приклади з власної біографії про пошук рішень проблемних питань тощо. Поза робочий час, дома чи в колі знайомих, обов'язково необхідно враховувати настрій і бажання, про щось розповідати учасником воєнного конфлікту, не розпитувати і не створювати тиск на військового. Отримані результати нашого дослідження можуть бути корисними у розробці методичних рекомендацій «Робота з особовим складом з ознаками ПТСР, психоедукація основних понять».

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (90 найменувань) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 121 сторінка, основний обсяг – 92 сторінки.

Робота містить 5 таблиць, 11 рисунків, додатки (на 16 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ СУБ'ЄКТИВНОЇ САМОТНОСТІ, СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ТА ПТСР

1.1. Поняття феномену суб'єктивної самотності, філософські та соціально-психологічні чинники появи даного відчуття

У давні часи людей піддавали випробовуванням самотністю – було прийнято рахувати, що в такий спосіб приходить осмислення і усвідомлення себе, коли добровільно усамітнювалися або призначали покарання самотністю, теж рахували, що така форма дає поштовх і є тією самою силою для саморозвитку.

В різних дослідженнях, науковці розглядають переживання самотності по-різному, в одних це явище позитивне, в інших негативне. Науковці, психологи, філософи, такі як М. Бердяєв, А. Камю, Дж. Зілберг, К. Мустакас, Е. Пепло, Ф. Райс, Д. Рассел, К. Роджерс, Ф. Слейтер, Ю. Швалб та багато інших присвятили свій труд вивченню даного феномену. Дослідження феномену суб'єктивної самотності викликало інтерес у багатьох науковців, і це передувало визначенню підходів, для систематизації кількості таких досліджень. Найбільш розповсюдженою вважається модель, яку запропонували Д. Рассел, М. Фергюсон та Л. Пеплов, згідно якої центральним критерієм є школа психології.

Підходи, що розглядають самотність, поділяють на дві групи. Це теорія, що базується на клінічній практиці і теорія, що базується на теоретичній основі. Візьмемо до розгляду теорії, що базується на клінічній практиці, та які включають в себе такі підходи: психодинамічний, феноменологічний, екзистенціальний.

З. Фрейд, Г. Зілбург, яскраві представники психодинамічного підходу вважають, що відчуття самотності є результатом формування у дитини таких особистісних рис як нарцизм і егоцентричність, і відповідно зароджується це відчуття у дитинстві [65, с. 14].

Феноменологічний підхід. Представником якого є К. Роджерс, вважає, що при виникненні конфлікту між особистістю і прийнятті нормами поведінки, виникає дане відчуття.

К. Мустакас є представником екзистенціального підходу, і в своїх дослідженнях виділяє два типи самотності: тривожна самотність та істинна самотність [65, с. 20].

Наступна група підходів, що застосовується в теорії та базується на виключно її основі.

Когнітивний підхід. Є. Пепло та інші представники когнітивного підходу, наголошують на тому, що самотність приходить тоді, коли людина бачить невідповідність між бажаним, і тим, яких рівнів власних соціальних контактів вона досягнула.

Екзистенціальний підхід. Представником якого є К. Мустакас схиляється до думки, що дане відчуття, є позитивне.

Соціальний підхід. Представники даного підходу визначають самотність, як нормативний показник який характеризує саме суспільство, і не є нормальним чи не нормальним явищем [65, с. 15-17].

В залежності від того, в якій психологічній парадигмі досліджувати переживання суб'єктивної самотності вона може набувати того чи іншого значення для надання людині психологічної допомоги.

Поняття феномену суб'єктивної самотності має багато граней і не просте у вивченні, так як існує розмежування самотності, як суб'єктивного відчуття і перебування на самоті, з власної ініціативи чи недобровільно. Таке розрізнення потребує детального аналізу і вивчення. Особливо в період коли суспільство створює штучні кола для свого життя і приймає рішення кого впускати, а хто не підходить для членства. Можемо припустити, що людина постійно перебуває в пошуках свого ідеального «Я».

Як ми раніше вже зазначали, дослідження даного феномену цікавилися з давніх часів психологів, філософи, літератори, науковці, і в наш час до обговорення і вивчення цього питання долучилися і фахівці освітньо-

культурної сфери, журналісти, блогери. У кожного представника дослідницької сфери є своя думка, здавалося індивідуальна та все ж дуже схожа на думку колег по дослідженню.

Філософи були одними із перших хто звернув увагу на стан переживання самотності.

С. К'єркегора датський теолог і філософ, говорить про самотність, як про замкнений світ самосвідомості особистості, і ніхто о крім Бога не в змозі його розімкнути, адже лише у молитві до Всевишнього людина відкривається. Внутрішня ізольованість слугує для особистості захисним механізмом від об'єктивного світу [65, с. 11].

У своїй роботі Л. Ю. Айвазян спирається на дослідження науковця, професора І. М. Слободчикова, який поділив вивчення феномену самотності на чотири періоди.

У першому періоді зазначається, що початок вивчення даного відчуття йде від моменту існування людини до публікацій філософів екзистенціального напрямку. Згадування про феномен не є загальним, а лише у теологічній і художній літературі. Тільки Й. Цимерман своєю працею, зробив чіткий опис даного явища [3, с.14].

Другий період припадає на XIX початок XX сторіччя. В цей період відбувається формування філософського вивчення феномену.

30-ті – середина 80-х років XX століття, окреслюють третій період, в якому інтерес до феномену самотності виникає і у психологів. Даний період називають фундаментальним у дослідженні психології самотності.

З'являються підстави для феноменологічного дослідження. Художня література збагачується творами на тему самотності. Яскравим представником періоду став Зілбург, який у 1938р. опублікував перший психологічний аналіз відчуття самотності. У своєму дослідженні розглядав самотність та усамітнення, і дав чіткі визначення.

За твердженнями Гусейнова «Усамітнення – це стан, що виникає в результаті відсутності конкретного «когось». Самотність – це нездоланне постійне відчуття самотності» [22, с.18].

Четвертий період розпочинається з другої половини 80-х років минулого століття і триває по сьогодні. В даний період розвиваються приватні теорії та практики [3, с.14].

Науковці минулого століття говорять про самотність, як про явище не постійне і яке має різні відтінки, постійно рухається і змінює свої полюси.

Тим самим наголошують, що чіткого визначення поняття самотності дати не можливо.

Так у своїй роботі «Теоретичні аспекти самотності як суб'єктивного переживання» О. В. Помазова зазначає тези, дослідника М. Є. Покровського, на його думку «самотність – результат дефіциту соціальних зв'язків і спілкування; самотність – внутрішній, суб'єктивний досвід, який зовсім не тотожний об'єктивній соціальній ізоляції; самотність не є приємною і бажаною та супроводжується стресовим станом психіки» [59, с.11].

Довбій Т. Ю у своїй статті «Проблема самотності в Західній психологічній науці» висвітлює думку Р. Вейса, представника інтеракціоністського підходу. Самотність виступає епізодичним явищем, коли людина прагне до дружніх відносин, і якщо не задовольняє своїх прагнень, це в свою чергу викликає відчуття неспокою. Дане відчуття розглядається, як результат нестачі соціальної взаємодії особистості.

Такий умовивід дав підстави науковцю виділити соціальну та емоційну самотність, які не мають виразної відмінності і одна з часом переходить в іншу.

Перша характеризується відсутністю відчуття суспільної значимості, друга емоційного зв'язку з певною особою, призводить до дискомфорту в середині чуттєвої сфери людини, тривога, стурбованість [23, с. 86].

Ларс Фр. Свендсен у своїй книзі «Філософія самотності» говорить про форми самотності, поділяє її на хронічну, ситуативну і минущу. «...хронічна

самотність – це стан, коли суб'єкт переживає постійний біль через недостатній зв'язок з іншими. Ситуативна самотність виникає внаслідок змін у житті особи – коли помирає близький друг або член родини, коли добігають кінця любовні стосунки, коли діти залишають дім тощо...минуща самотність може прийти до нас будь-якої миті – коли ми на вечірці в оточенні багатьох інших людей чи на самоті вдома» [68, с. 41].

Аналізуючи такі форми ми розуміємо, що ситуативна самотність характерна для якихось подій в нашому житті, тобто ситуації в якій опиняється особистість, і вона мине як тільки буде вирішена та чи інша проблема. Хронічна самотність, на відміну від ситуативної має корені всередині людини, і зміни які відбуваються навколо людини не дуже впливають на відчуття. І тут автор говорить про ендогенність та екзогенність самотності.

Ендогенна категорія людей – це ті людини, котрі мають і міцні сімейні зв'язки, і велике коло спілкування, та все ж почуваються самотніми. Особи які відчули на собі соціальну ізоляцію відносять до екзогенної категорії.

Але залежно від індивідуальності особистості, її особливостей, сприйняття реальності може бути викривленим і не об'єктивним. Так самотнім часто притаманна неадекватна оцінка ситуацій, що складаються навколо неї.

Самотність можна передбачити, спостерігаючи за людиною, за її вдоволенням від соціальних зв'язків та наявністю прив'язаності до іншої людини. Розчарування, ще один провісник відчуття самотності. Самотні, в складних життєвих ситуаціях менше за не самотніх звертаються за допомогою, частіше лишають свої проблеми на власне вирішення. У спілкуванні з іншими часто багато говорять про себе і мало запитують.

Кожна особистість по – своєму реагує на стан самотності, тому вченими запропонована класифікація даного явища за такими критеріями наприклад, як пасивність – реакція особистості, що відповідає даному стану; активне відокремлення – в даному випадку людина не сприймає свою

самотність, як щось негативне, навпаки вона займається тим, що їй до вподоби, не лишає без уваги улюблених справ; гроші допомагають подолати відчуття – витрачаючи кошти на купівлю речей, на відвідування різних місць, таким чином намагаються позбутися або зменшити відчуття самотності; відновлення давніх зв'язків, пошук нових знайомств, часті розмови телефоном і в соцмережах [79].

«Стан самотності людини в сучасному світі в жодному разі не дорівнює фізичному стану ізольованості людини, який є об'єктивним та зовні зумовленим. Відокремлюючись від свого «Я», своїх почуттів, очікувань, людина починає більш орієнтуватись на інших людей. Унаслідок цього в неї з'являються потреби в увазі до себе, співчутті, розумінні з боку інших людей, які ніколи цілковито не задовольняються, що і породжує відчуття самотності» [79, с. 95].

Довіра до людей є також значним показником у вимірі почуття самотності. Потрібно зазначити, що чим вищий рівень довіри, тим менший рівень почуття самотності. І відповідно навпаки, високий рівень недовіри прямо пропорційний величині самотності. Навколишній світ сприймається загрозливо і тому думка про надійних людей, яким можна довіряти зменшується, тим самим людина обмежує себе у спілкуванні, зменшує соціальні зв'язки – посилюється відчуття самотності. Демонстрація власної довіри, робить суб'єкта вразливим. Довіряючи комусь свої думки, втрачаєш контроль над потоком інформації яку тримаєш у своїй свідомості. У разі негативних вчинків по відношенню до себе, які призводять до стресових ситуацій з негативним відтінком, як до суб'єкта взаємної комунікації, рівень довіри зменшується. Від так недовіра призводить до утруднення підтримки та становлення нових соціальних зв'язків. Лишаючи інших назовні, людина усвідомлено огорожує себе від реальності, замикається в собі. Замкненість з великою ймовірністю можна назвати – самотністю.

В своїх роботах Є. М. Заворотних виділяє три рівні суб'єктивного переживання самотності і називає чинники якими вона характеризується.

Для низького рівня переживання відносить негативну самотність; до середнього рівня – комфортну самотність; до високого рівня деструктивну самотність. Відчуття суб'єктивної самотності може бути охарактеризоване такими чинниками, як емоційна зрілість, осмисленість життя, контроль за власним життям.

Існує ще й така гіпотеза, яка здатна пояснити феномен самотності – у тому випадку якщо є місце не відповідності між трьома «Я», тобто «Я» реальне у порівнянні з «Я» бажаним, і сприйняття іншими мого «Я».

Варто також зазначити, що люди часто оцінюють себе і відношення до себе не об'єктивно і це стає причиною виникнення саме суб'єктивного відчуття самотності. За низької самооцінки, особистість вважає, що і оточуючі люди так само низько оцінюють і її. Такі люди обережні і не сприймають компліментів у свою адресу, якщо піддати критиці дії таких людей, то можна отримати результат у вигляді думок, які підтверджують їх некомпетентність. Також небажання людини опинитися в ситуації за якої вона переживе відмову у встановленні стосунків, відчує некомфортні для себе почуття – виступає ще одним чинником, що може посприяти у виникненні самотності. Також не останнє місце серед чинників виникнення відчуття самотності можуть стати овдовіння, болісне розлучення, що спричиняє страждання, розрив важливих для особистості взаємовідносин.

«Сором і страх спільними зусиллями перетворюють самотність на стан, який може тривати вічно, запускаючи самокритику, яка своєю чергою знижує самооцінку і віддохочує нас від того, щоб звернутися за допомогою. З часом це зачароване коло переконує нас, що ми взагалі ні для кого не важливі і не заслуговуємо на любов. І це заганяє нас усе далі й далі, в середину самих себе, геть від тих стосунків, які нам найбільше потрібні» М. Вівек [54, с.28].

Реалії сьогодення спонукають до обговорення питання самотності навіть на рівні держав, так у своїй статті доцент англійської мови, коледжу Амхерст, Амелія С. Ворслі зазначає, що прем'єр – міністр Британії, для

боротьби із самотністю, призначила міністра самотності. Також існує філантропія під назвою «Кампанія по припиненню самотності».

Автор статті порівнює відчуття самотності в середині нас, з пустелею. На її думку людині не обов'язково бути на самоті при даному відчутті, вона говорить про те, що навіть перебуваючи поряд із життєво значимими для себе людьми, ми можемо почуватися самотньо. Ліків від самотності не існує, проте потрібно боротися із даним відчуттям, шукати способи його зменшення, дивитися без остраху на свій стан і шукати схожих людей, які зіштовхнулися з таким явищем [84].

Блогер П. К. Слейтер у статті «Особистий ріст» наводить твердження «...ви не самотні, якщо приділяєте хвилинку в дзеркалі, щоб насупитись на асиметрію своїх рис, різницю між ямочками або те, як одне око опускається більше, ніж інше. Якщо ви ненавидите себе за те, що вас катували деталі, непомітні для когось іншого...ви не самотні, якщо прокинетесь, і це повториться» [89].

На сьогодні, позитивна та негативна складова переживання самотності є головною причиною суперечностей у вивченні феномену суб'єктивної самотності.

1.2. Психологічна характеристика поняття суїцидальних проявів. Проблема суїцидальних проявів в армійському середовищі

Суїцид...саме слово змушує задуматися про цінність людського життя і про причини, які можуть слугувати проявам даного феномену.

Серед людей віри, акт самогубства вважається великим гріхом, серед науковців, лікарів, та й загалом суспільства, суїцид є проявом глибокого душевного відчаю, і навіть психічного захворювання, симптомом якого він і являється.

Поява перших випадків суїциду викликала неоднозначну їх оцінку. Наприклад в стародавні часи, принести себе в жертву богам мало величезну цінність і приймалось за честь. Ритуальне самогубство і в наш час досить

часто зустрічається. В Японії протягом багатьох століть характері викликало шанобливе ставлення до самогубця, адже вважалося, що відбувся ритуал очищення.

Філософи античності у своїх роботах по-різному описували своє ставлення до суїциду і загалом до його проявів.

Платон був проти такого способу вирішення проблем. Він стверджував, що самогубство – не вихід, і не спосіб.

Арістотель називав самогубство актом прояву малодушності і боягузництва. Порівнює самовбивцю із солдатом, який покинув свій пост, з дезертирством [33, с 10].

Одним із перших церковних отців, хто засудив суїцид, був Августин Блаженний. Самогубець – це душоуб.

Фома Аквінат назвав самогубство потрійним гріхом. Проте позиція церкви не була однозначною і на це звернув увагу Ф. Ніцше. Часто місіонерська діяльність була пов'язана із смертельною небезпекою, і таку поведінку сучасники могли б трактувати, як аутодеструктивну.

Мислителі Нового часу, також неоднозначно ставилися до феномену самогубства.

І. Кант називав самогубство егоїстичним і парадоксальним, суб'єкт шляхом саморуйнування хотів покращити своє буття.

Л. Феєрбах, говорить про тих хто чинить самогубство, як про людей чия воля до життя розчавлена, бажання жити переборено. І через таку форму, людина проявляє свою любов до життя.

Представники екзистенціалізму А. Камю і М. Бердяєв, виступають непримиримими противниками суїциду. М. Бердяєв описував суїцидента, як людину, якій властивий крайній прояв егоцентризму і почуття безнадійності.

Е. Шнейдеман об'єднав наукові погляди у великі групи: соціологічну і психологічну. Також дані погляди піддалися диференціації на концепції: соціологічну, психологічну, психопатологічну та інтегративну [33, с 16-17].

Розглянемо погляди представників психологічної концепції.

Першим хто намагався пояснити причини і механізми суїцидальної поведінки, був З. Фрейд. Він вважав, що від болю втрати дорогої людини, потенційний суїцидент інтерналізує образ втраченої людини і як результат він стає частиною його власного Его. Потім образ трансформується в самоосуд. Сягнувши критичного рівня, такі почуття можуть призвести до самогубства. Розмірковуючи про самогубство, суїцидент перебуває у суперечливому стані, невротичні прояви, що виходять з «Воно» і «Над-Я». Надалі З. Фрейд розглядав аутодеструктивні дії, як боротьбу між «Еросом» і «Танатосом» в людській психіці. На його думку, кожна людина налаштована на самогубство, думки і переживання, що несуть загрозу життю, розміщуються у підсвідомості, підтримуються енергією лібідо. В такому випадку сили «Танатоса» витісняють силу «Ероса» [33, с. 27].

Г. Зілбург, розвиваючи думку З. Фрейда, говорив про переживання страху, втечу із травмуючої ситуації, і називав це психологічним фактором, що призводить до суїциду.

К. Менінгер представляє інстинкти життя і смерті як конструктивні і деструктивні тенденції особистості. Він зазначає, що комплекс конструктивних і деструктивних факторів, закладений в людині від її народження. Виділяє три форми самогубства: хронічне, локальне, органічне. При хронічному самогубстві в основі лежить внутрішня потреба жертвувати собою. І якщо на перший погляд це має вигляд бажання лишити своє ім'я в історії людства, то насправді це прихований вплив деструктивних сил. Локальне самогубство характеризується навмисним нещасними випадками, імпотенція, фригідність – природна біологічна роль приносить в жертву збоченим нахилам, підсвідомим страхам і ненависті, з'являється прагнення до самопокарання. Органічне самогубство знаходить себе у хворобах носіях руйнівного характеру. До таких хвороб Менінгер відносить алкоголізм і наркоманію.

Науковець виділяє три частини суїцидальної поведінки – бажання вбити, бажання бути вбитим, бажання померти.

К. Г. Юнг не поділяв поглядів З. Фрейда і вважав, що бажання померти відбиває точку зору свідомості, а не підсвідомості. На його думку, люди квапляться у лоно матері, і чим швидше це станеться, тим швидше вони віднайдуть відчуття безпеки. Тобто таким чином актуалізується архетип колективного несвідомого, яке може набувати різних форм (реінкарнація, воскресіння, переродження та ін.) [33, с. 32].

Великий внесок, у дослідження проблематики суїцидальних проявів, зробив Е. Шнейдман, виділив десять спільних рис властивих будь-якому суїцидальному акту – «загальною метою для суїциду є пошук рішення; загальним завданням суїциду є припинення свідомості; загальним стимулом суїциду є нестерпний психічний біль; загальним стресором є фрустровані психологічні потреби; загальною суїцидальною емоцією є безпорадність, безнадія; загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність; загальним станом психіки під час суїциду є звуження когнітивної сфери; загальною дією під час суїциду є втеча; загальною комунікативною дією під час суїциду є повідомлення про свій намір; загальною закономірністю є закономірність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки протягом життя» [33, с. 39].

Ще одним із провідних науковців, який зробив значний внесок у дослідження даного питання був, Н. Фарбероу. Його заслуга в тому, що він розробив проблему самотності у формуванні суїцидальної поведінки. Вважав цей фактор найважливішим в предикації суїциду. Виділив ознаки самотності як психологічного феномену. Висловив ідею з приводу непрямого саморуйнування, як одного із виду непрямого суїциду. На його думку головна відмінність між непрямим саморуйнуванням і прямим є те, що наслідки першого не усвідомлюються і є більш затяжним у часі.

На рахунок самотності свою думку висловив К. Роджерс, який вважав, що основа життя полягає в актуалізації збереження й посилення «Я», яке формується в свою чергу, в соціальній сфері. За умови, що структура «Я» стає ригідною і особистий досвід відчужується, тоді людина втрачає зв'язок з

реальністю, перестає довіряти собі, і це передує приходу до повної самотності [33, с 40-41].

Н. М. Бугайова у своїй роботі «Особливості розвитку суїцидальної поведінки у період вікових криз», говорить про те, що суїцидальні прояви залежать не лише від типу особистості і кризової ситуації, але і від вікових особливостей суїцидента. Для осіб підліткового віку характерні суїциди, які не мають на меті смерть. Це лише форма шантажу і маніпуляцій. Основою суїцидальної поведінки у осіб раннього віку, є емоційна нестійкість, підвищена чуттєвість, незавершеність психологічного формування особистості. Також ідеалізація почуттів стосовно друзів, рідних, коханих. Об'єктивність світосприйняття, також на стадії становлення. Фрустрація за таких обставин, сприяє виникненню депресивних реакцій, самозвинувачення і як наслідок – виникнення аутодеструктивної та суїцидальної поведінки [11].

А. Лічко і В. Кондрашенко підкреслюють наявність зв'язку між суїцидальними проявами та типами акцентуацій характеру. Так за даними спостереження і досліджень, науковці говорять, що в половині випадків прояви демонстративної суїцидальної поведінки характерні підліткам з істероїдним, істероїдно-нестійким та гіпертимно-істероїдним типом. Третину відводять акцентуаціям характеру епілептичним та епілептоїдно-істеричним, і незначну частину іншим типам. В той час, суїцидальні спроби притаманні особистостям із сенсетивним та циклоїдним типом акцентуацій характеру.

В. Кондрашенко виділяє більше шизоїдні риси характеру. Володільці психостенії ретельно продумують свої кроки і не розраховують на глядача, як наприклад особистості із сенсетивним типом.

Істероїдні суїциденти, як правило пишуть передсмертні записки та зазначають свої умови за яких вони будуть продовжувати жити.

На думку науковця емоційно-лабільний тип характеризується раптовістю і швидкістю реалізації суїцидальних думок, а для гіпертимних підлітків суїцидальна поведінка не характерна [45, с. 209].

Отже, суїцидальні прояви – висловлювання, натяки, думки, які не супроводжуються якими-небудь діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

Поняття, що включає в себе суїцидальні прояви – суїцидальна поведінка.

У своїй роботі «Суїцид як психологічний феномен», В. Д. Кислий дає визначення «Суїцидальні прояви містять суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, серед яких можна виділити задуми і наміри» [34, с.61].

Про такий перехід говорить Федосєєва І. В у своїй роботі «Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків». Вона говорить, про те, що суїцидальна поведінка має зовнішній і внутрішній план, які в свою чергу в поєднанні утворюють стійку, цілісну структуру, яка відображає індивідуальність суїцидента, тип його психо-емоційної особистісної кризи. Також розділяє структуру суїцидальної поведінки на мотиваційний, афективний, орієнтовний, виконавчий компонент [76].

Розглядаючи поняття суїцид, підкреслимо його синонімічність з поняттям самогубство.

«Суїцид – усвідомлений акт відходу з життя під впливом психотравмуючих подій, за якого власне життя як найвища цінність втрачає сенс для даного індивіда в силу особистісних психічних деформацій, соціально-економічних і морально дестабілізуючих факторів» [47, с. 7].

Гаркуша І. В та Кайко В.І у своїй статті «Формування компонентів психологічної готовності кандидатів до служби в Збройних Силах України», висвітлюють думку Ю. Голованова, який вважає готовність до військової служби, станом психіки особистості, яка включає такі особливості людини, як когнітивна, індивідуальна, емоційно-вольова. Шляхом власних досліджень довів, що успішність діяльності залежить від рівня сформованості основних компонентів психологічної готовності – це мотиваційний, вольовий, когнітивний тощо.

На етапі відбору поповнення, військові психологи проводять опитування та тестування претендентів на військову службу, застосовуючи у своїй роботі різні методики, спрямовані на визначення професійної компетентності, оцінюються адаптаційні здібності, нервово-психічна стійкість, проводиться діагностика девіантних форм поведінки, в тому числі суїцидальних проявів у майбутніх військовослужбовців [17, с. 80].

По прибуттю до військових частин у складі поповнення, для кожного новобранця, окремо і загалом, розпочинається процес адаптації. Велику роль в даному процесі відіграють інші військовослужбовці та командири підрозділів. Офіцери-психологи провадять свою діяльність протягом всієї служби і забезпечують психологічну підтримку кожному. Від так, первинне психодіагностичне обстеження проводять з перших днів адаптації. Нажаль відсутність загальноприйнятого психодіагностичного пакету методик, призводить до частих випадків недостовірності даних досліджень, які проводять в центрах комплектування, тому для достовірності, кожен новоприбулий військовослужбовець має бути протестований встановленими методиками, які дозволяють діагностувати на ранніх етапах відхилення поведінки та інші психологічні особливості особистості, що не відповідають нормам. Це допоможе скоригувати роботу командирів з такими військовослужбовцями, для досягнення ефективного і вчасного виконання поставлених завдань, а також попередити порушення військової дисципліни та інших законодавчих норм і законів.

У своїй роботі «Вивчення структурної організації особистості військовослужбовців в рамках психологічного супроводу на етапі їх адаптації», В. І. Мозговий висвітлює питання важливості психологічної підтримки, яка спрямована на підвищення рівня нервово-психічної стійкості військовослужбовців, і яка дозволить подолати вплив стресових чинників пов'язаних зі службою, покращити особистісну ідентифікацію з новим образом та діяльністю. Така підтримка здатна зменшити кількість осіб, які були виявлені і віднесені до групи посиленої психологічної уваги, а також

зменшити прояви нервово-психічних розладів. Вплив екстремальних умов військової діяльності, на психічний стан військовослужбовця дуже великий. І на кожному етапі адаптації він проявляється по-різному [52, с. 39].

Однією із вагомих причин, включення військовослужбовців до групи посиленої уваги, є наявність, за результатами психологічних досліджень, суїцидальних проявів. Робота з даними військовослужбовцями вимагає від посадових осіб професіоналізму і компетентності в даному питанні.

Свого часу Т. Глушкова у своїй роботі «Профілактика суїцидів у військових частинах», зробила висновки про кваліфікацію конфліктних ситуацій, що спонукають до суїцидів. Наприклад це конфлікти викликані військово-професійною діяльністю, індивідуальною адаптацією, міжособистісними конфліктами з військовослужбовцями різних періодів служби. Конфлікти зумовлені сімейними взаємостосунками військовослужбовців, переживаннями через розлучення з коханою людиною, самотністю, переживання через важку хворобу близької людини, смерть близьких. Також сюди відносять конфлікти пов'язані із порушенням статутних взаємовідносин. Конфлікти через фізичні вади військовослужбовців, психічні захворювання тощо [18, с. 106-107].

Зважаючи на вище вказане, при діагностиці причин і мотивів суїциду та вибору засобів корекції, слід брати до уваги готовність суб'єкта до переходу від внутрішніх до зовнішніх форм суїцидальної поведінки.

А. Моховиков виділяє кілька типів особистісних стилів суїцидентів. Імпульсивний – особистостям з таким типом притаманне спонтанне прийняття драматичного рішення, чи то під час виникнення проблеми, чи стресової ситуації, також присутність труднощів у словесному виразі емоційних переживань. Компульсивний – при якому, прагнення перфекціонізму переважає, і будь-яка зміна в гірший бік може призвести до суїциду. Ризикуючий – балансування на межі життя і смерті приносить задоволення. Регресивний – зниження психологічної адаптації, незрілість і виразний примітивізм. Залежний – цьому типу притаманні безпорадність,

безнадійність, пошук постійної підтримки. Амбівалентний – одночасні спонукання до життя і смерті. Заперечуючий – ризик суїциду збільшується за рахунок превалювання магічного мислення, яке знижує контроль над вольовим спонуканням. Гнівний – відчуття гніву до самого себе, труднощі щодо вираження гніву по відношенню до значущих осіб. Утікаючий суїцид, як вихід із складної життєвої ситуації. Звинувачуючий – винні всі і у всьому. Нечутливий – емоційні переживання притуплені. Покинутий – відчуття порожнечі, самотності, сум і переживання. Творчий – сприйняття самовбивства на рівні чогось нового і вдалого для виходу із критичної ситуації [20, с. 108].

Автор підручника для військових психологів Зоран Комар, описує інтерперсональну теорію самогубства Ва Орден, який відокремлює бажання від готовності до самогубства. Вважає, що бажання покінчити життя самогубством, з'являється під впливом двох чинників – відчуття втраченої приналежності і уявленням про себе як про тягар для інших. Потреба у приналежності, і задоволення цієї потреби проявляється в успішності виконання поставлених завдань, у злагодженості військового колективу і усвідомленості, що ти є членом цього колективу. За умови не задоволення цієї потреби, виникає відчуття, що особистість є тягарем і не є боєздатною одиницею. Відчуття відсутності приналежності проявляється у самотності та відсутності взаємної підтримки та допомоги [30].

У роботі «Психологічний аналіз проблеми суїцидальної поведінки військовослужбовців», автори статті С. Семенов, Д. Слурденко, В. Шевченко висловлюють думку, що «Загальним стимулом при суїциді виступає нестерпний психічний біль, від якого людина намагається втекти раз і назавжди. Загальним стресором при суїциді є незадоволені психологічні потреби. Загальною суїцидальною емоцією виступає безпорадність, безнадійність» [74, с.121].

Меган Майерс, керівник бюро Пентагону в Military Times, в своєму інтерв'ю говорить про те, що Міністерство оборони США, також пов'язують

самогубство серед військовослужбовців і з пандемією Covid-19, так як обмеження в пересуванні, а також в провадженні своєї діяльності, досить травматично відбивається на психо-емоційному стані військових.

Також вона наводить результати досліджень, які вказують на компульсивний характер самогубства, тобто проходить менше десяти хвилин між думкою про суїцид і реалізацією задуманого. Такій швидкості сприяє наявність засобу здійснення самогубства. У більшості військових армії США є дозвіл на зберігання і використання вогнепальної зброї [88].

1.3 Психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців з бойовим досвідом

Важкі часи для кожного із нас принесла війна. Жоден з нас не може лишатися байдужим і бути осторонь того як наслідки воєнних дій руйнують життя людей, всієї нації. Не можна заховатися чи втекти від дійсності – ми читаємо новини, слухаємо радіо, дивимося телевізор і якщо навіть ми не беремо участі в активних бойових діях, то опосередковано все ж піддаємося стресу. Воєнні дії, які ми спостерігаємо останні вісім років, та фаза повномасштабного вторгнення противника на територію нашої держави, призводять до значної психо-емоційної та фізіологічної напруги, що може сприяти виникненню посттравматичного стресового розладу, як у цивільного населення та і у військовослужбовців.

Фактори війни мають надзвичайно широкий діапазон впливу на людину. При цьому більшого масштабу набувають відстрочені наслідки, які впливають на психофізичне здоров'я військових, на їх світогляд, ціннісні орієнтації, врешті психологічну врівноваженість тощо. Часто в розмовах військових медиків, можна чути терміни, які відображають клінічну картину це «бойова психічна травма», «бойове стомлення», а також синдроми – «в'єтнамський», «афганський», «чеченський».

Загалом багато робіт почали з'являтися після воєнних конфліктів. Важливі дослідження проводилися і по закінченню Першої світової війни,

тут науковці показали, що травматичний невроз після важких психічних травм може перетікати в розлади, які будуть посилюватися з часом.

Перша згадка про розлади з'явилася в роботі Джонатана Еріксена, англійського хірурга, який вперше систематизував симптоматику психічних розладів після аварії на залізниці і запропонував дати назву «залізничний спинний мозок». Через деякий час Х. Оппенгеім, німецький вчений невролог, запропонував назву «травматичний невроз», що містить в собі комплекс симптомів сучасного ПТСР.

Пізніше у Франції науковці розділили поняття і визначили відмінності між неврологічним розладом «контузія від вибуху снаряду» і «снарядний шок». Контузія від розриву розглядалася, як неврологічний стан, а снарядний шок, як психічний стан, який викликаний сильним стресом.

В ході Другої світової війни, широких досліджень набули реакції, зумовлені участю у бойових діях. У різних авторів, це явище називалося по-різному, наприклад «бойове виснаження», «військова втома», «військовий невроз», «посттравматичний невроз» та інші.

У роботі «Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів» автори Самойлова О. В та Міщенко О. М описують перші систематизовані дослідження, які провів А. Кардинер і назвав це явище «хронічним військовим неврозом». На його думку невроз має як фізіологічну так і психологічну природу. «...він вперше дав опис симптомокомплексу ПТСР:

- 1) збудливість і дратівливість;
- 2) нестримний тип реагування на раптові подразники;
- 3) фіксація на обставинах травмуючої події;
- 4) відхід від реальності;
- 5) схильність до некерованих агресивних реакцій» [67, с. 64].

Інтерес до цієї проблеми, у сучасній науці, пов'язують із військовими конфліктами, природними і техногенними катастрофами. Отже, можна стверджувати, що ПТСР виникає на тлі травматичних подій, які викликають

певні реакції суб'єктивного характеру, які можуть викликати загальний дистрес у кожної людини.

В умовах ведення бойових дій стрес-фактори, які мають вплив на військового, породжують у його свідомості різного роду страхи. Коливання дії таких подразників часто перевищує індивідуальні психічні та фізичні можливості військовослужбовця, що в свою чергу може нанести не аби яку шкоду військовослужбовцю. Таку шкоду позначають терміном «бойова психічна травма». Якщо за таких умов, військовослужбовцю не надати своєчасної психологічної допомоги, це може призвести до виникнення хворобливого стану, який почали називати «посттравматичним стресовим розладом».

Беручи до уваги бажання чіткого розуміння визначення вище зазначених синдромів, звернемо увагу на монографію Стасюка В. В. «Страх і паніка на війні», в якій він описує визначення Вікіпедії «ПТСР – це психологічний стан, який виникає в результаті психотравмуючих ситуацій, що виходять за межі звичайного людського досвіду, за умов загрози фізичній цілісності суб'єкта або інших людей» [73, с. 204]. На думку автора, синдром проявляється в період від шести місяців до десяти років і навіть більше, за умови одноразової чи повторюваної психологічної травми, також має пролонгований вплив і латентний період. При цьому психологічна травма є важкою та викликає переживання страху високої інтенсивності, безпорадність та жах.

Національні дослідження, які проводилися у США наприкінці минулого століття, показують статистичні дані, які свідчать, що у третини американців, які брали участь у в'єтнамській війні, спостерігалися ПТСР, у п'ятій частині досліджуваних часткові ПТСР, і у трохи більшій половині, які мали ПТСР, було діагностовано граничні нервово-психічні розлади. За таких результатів, впливають і інші дані, які говорять, що ризик втратити роботу у таких постраждалих у п'ять разів більша, у порівнянні з іншими, розлучення сталися у більшій половині, а третина зазнала проблем із батьківством,

відстороненість і ворожість відчували близько сорока відсотків. Також мали місце акти насильства з подальшим арештом та потраплянням до в'язниць. Також спостерігалися самогубства ветеранами війни у В'єтнамі, які перевищили загальну кількість загиблих, майже у два рази.

На території СНД, також проводилися дослідження по визначенню показника ПТСР. Професори Ушаков І. Б і Бубнєв Ю. О наводять дані, які свідчать, що більша половина комбатантів, які брали участь у війні, страждають на ПТСР.

Відповідно до сучасних наукових досліджень, етіологія ПТСР має поліфакторний характер. В основі лежать надпотужні життєво-небезпечні стресори, їх інтенсивність, також соціальне оточення постраждалих, їх особистісні особливості та біологічна схильність. Соціальна допомога й соціальна підтримка, відіграють не аби яку роль у розвитку й тривалості ПТСР. Раніше ми згадували про стрес-фактори, які мають вплив на військовослужбовців під час перебування на полі бою. Розглянемо їх детально: усвідомлення загрози для власного життя, страх перед пораненням, болем та смерті; загибель товариша на власних очах, необхідність вбивати, незважаючи на той факт, що це противник; бойова обстановка, змушує діяти швидко та якісно, обмеженість в часовому просторі, невизначеність, раптовість; складні погодні умови, порушення звичного графіку життя; фізіологічна реакція організму на зміни клімату і рельєфу [73, с. 205].

Виникненню ПТСР сприяють фактори, які наукова спільнота розподілила в кілька груп: біологічної, психологічної й соціальної природи. До групи біологічних факторів відносять психічну травму, яка здатна викликати важкий стрес який в свою чергу має екстраординарний, надмірний вплив на особистість і супроводжується страхом, безпорадністю. Підсилюють таку психотравму безпосередня летальна загроза, ототожнення себе із загиблим, втрата або обмеженість соціальних зв'язків. Виражена реакція на стрес, фізичне виснаження, важкі форми травми й каліцтва тощо.

До етіологічних факторів психологічної природи належать преморбідні особливості особистості, обтяженість психотравми – це емоційна нестабільність, тривожність, інфантильність, наявність акцентуацій характеру, які сприяють розвитку ПТСР. Дитяча психотравма й конфліктні умови виховання, підвищують схильність до розладу. При цьому формування стресостійкості визначається роллю матері, її методом виховання.

До факторів соціальної природи відносять обсяг і форми соціальної допомоги, підтримку потерпілих в умовах ведення бойових дій, також ставлення держави до проблем військовослужбовців по завершенні бойових дій. ПТСР частіше розвивається у самотніх, розлучених, у тих що мають проблеми із матеріальним забезпеченням або соціально ізольовані.

Наявність різних поглядів і принципів методологічних підходів значно утруднюють визначення патогенних механізмів ПТСР. Також в ході аналізу процесу адаптації потерпілих до умов нормального життя, були розроблені наступні моделі: психодинамічні, когнітивні й психосоціальні. Спостерігається тісний зв'язок між застосованими способами виходу із кризових ситуацій і тими способами, які спрямовані на подолання стану в наслідок посттравматичного стресу.

Поєднання двох патогенних аспектів – психологічного і біологічного, в комплексний підхід є найбільш перспективним. Тут варто зазначити важливу роль «нейропсихологічної гіпотези», яка узагальнює дослідження психофізіологічні й біохімічні. Дані дослідження показують, що наслідком стимулюючого впливу є зміна в нейронах. Найбільшому впливу піддаються ті зони мозку, які відповідають за контроль над агресивністю й циклами сну. Існує ряд концепцій, які свідчать про те, що єдиної патогенної концепції, яка б змогла пояснити природу ПТСР, ще не розроблено [73, с. 207].

Цікавим залишається той факт, що ізоляція хворого на період переживання травми, збільшує ризик ПТСР.

Під час діагностики розладу, необхідно враховувати певні критерії, які зазначені у класифікаторі DSM-IV-TR, адаптований А. І. Колчевим.

Також при діагностуванні розладу, необхідно враховувати його підвиди:

1. Гострий ПТСР – симптоми зберігаються не довше шести місяців, прогноз хороший;
2. Хронічний ПТСР – симптоматика зберігається більше шести місяців;
3. Відстрочений ПТСР – симптоми проявляються через певний період часу (місяці, роки).

ПТСР виділили як особливу рубрику в МКХ-10, що стало передумовою для діагностики в учасників бойових дій, та сприяє розробці необхідних програм для надання допомоги постраждалим.

На даному етапі ми можемо спостерігати диференціацію з урахуванням анамнезу розладу. Розлад поділяють на:

Тривожний тип ПТСР. Протягом доби спостерігаються напади не вмотивованої тривоги з уявленнями про травмуючу ситуацію. Присутній внутрішній дискомфорт, дратівливість, напруженість. Також відзначаються труднощі при засипанні, тривожать думки про якість і тривалість сну, присутній страх перед сновидіннями тощо;

Астенічний тип ПТСР. Характеризується переважанням почуттям млявості і слабкості. Спостерігається апатія до речей, людей і стан справ, які раніше були значимими в житті постраждалого. Поведінка пасивна, присутнє переживання втрати задоволеності від життя. Протягом тижня з'являються епізодичні уявлення про травмуючу ситуацію. Наявність гіперсомнії.

Дисфоричний тип ПТСР. Спостерігаються постійні переживання роздратування і власного невдоволення, спалахи гніву і люті, настроїв переважно похмурий. Такі клієнти перебувають у пошуках інших на кому можна зігнати свою лють, демонструють при цьому високий рівень агресивності. У своїй свідомості часто продукують думки про уявні бійки з агресивним поведінням і негативними наслідками. На деякий час це зумовлює зниження агресії і змушує таких людей сторонитися інших.

Соматоморфний тип ПТСР. Характеризується розладами роботи певних систем організму. Симптоми проявляються через шість місяців після травмуючої події, і такі випадки відносять до відстроченого виду. За даним типом характерним є унікаюча поведінка на фоні панічних атак. Велика увага приділяється тілесним змінам [6, 29, с. 39, 73, с. 208-209, 211-213].

До числа травматичних ситуацій, Ігнатенко К. В у своїй статті «Ознаки та наслідки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та шляхи його подолання», відносить такі події:

- «загрожують життю людини або можуть призвести до фізичної травми чи поранення;
- пов'язані зі сприйняттям страхітливих картин смерті і поранень інших людей, стосуються насильницької смерті інших людей;
- пов'язані з насильством, або отриманням інформації про це, почуттям провини за смерть чи важку травму іншої людини;
- переміщення з місця, де людина почувалася в безпеці, та страх й безпорадність перед обставинами, що викликають почуття безсилля, втрата впевненості у можливості позитивного результату і безпеки» [32, с. 193].

Виходячи з вище зазначеного можна сказати, що весь спектр травмуючих ситуацій відчувають на собі військові, які приймали чи приймають участь в бойових діях, чи ті, що вже повернулися додому, в повній мірі.

Також автор наводить психоемоційні ознаки за допомогою яких фахівці соціальної роботи можуть діагностувати у клієнтів травматичний досвід. До таких ознак відносить: різкі зміни настрою; замкнутість, ізольованість; зовнішнє життя відзначається зниженням активності, а внутрішній світ закривається для оточуючих; побудова цілей на майбутнє припиняється, присутній безпідставний страх, тривога, безпорадність, людина страшиється і очікує повторення травмуючої ситуації; зневіра в людях і можливості отримання допомоги призводить до того, що людина відчувається самотньою і не потрібною; процес ідентифікації порушено.

За фізичними ознаками можемо спостерігати: безсоння, нічні кошмари, нерідко флеш-беки; дискомфорт, неспокій; підвищений тиск, прискорений пульс; присутній гострий або хронічний біль, який часто турбує; знижена працездатність, млявість; підвищений тонус м'язів, защемлення [32].

Боженко М. І у своїй роботі «ПТСР-що день прийдешній нам готує?» дає визначення «...Посттравматичний стресовий розлад – віддалена та затяжна реакція на стресову подію, виключно загрозливого та катастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожної людини» [6, с. 45].

Добре коли так все і закінчується, бо не завжди людина здатна самотійно подолати стрес, в результаті чого може виникати ПТСР. Однак при аналізі виникнення даного синдрому, варто брати до уваги наступний ряд факторів: особливості особистості, якого значення людина надає ситуації; біологічних та психічних особливостей індивіда; досвід перебування в ситуації; наявність психічних травм, різного роду залежностей, наявність або відсутність підтримки значимих осіб. Жінки, у порівнянні з чоловіками, частіше піддаються розвитку розладу, а чоловіки частіше зловживають алкоголем, що згодом може стати причиною алкогольної чи наркотичної залежності. Особи, віком сорок п'ять і більше років, мають більший відсоток опинитися в групі ризику розвитку посттравматичного стресового розладу [6].

Висновки до розділу 1

В першому розділі «Теоретичне дослідження феномену суб'єктивної самотності, суїцидальних проявів та ПТСР» були розглянуті питання та з'ясовано наступне.

Феномен суб'єктивної самотності варто розмежовувати із поняттям ізольованості вимушеної чи самоусвідомленої, даний феномен містить негативні та позитивні сторони. Негативна сторона характеризується як деструктивна складова особистості, яка сприймається особистістю

суб'єктивно і призводить до викривлення сприймання дійсності оточуючого середовища, пригнічує емоційний стан людини, вносить корективи у поведінку, на думку особистості самотність у неї така як ні у кого іншого, і ніхто не в змозі її зрозуміти.

Позитивна сторона проявляється, у просторі де зароджується можливість активувати свої здібності до саморозвитку, самоактуалізуватися для якісного становлення особистості, можливість переосмислення свого буття і розширення світогляду, переоцінка важливих аспектів життя для особистості. Самотності не варто боятися, з точки зору гуманістичної психології – ми маємо з добром приймати все, що до нас приходить. Так і самотність, яка має свої грані усамітнення, відлюдництва, ототожнення, виникає з багатьох причин, чи то негативне світосприйняття в цілому, і себе в ньому чи то особистий пошук усамітнення.

Поява перших випадків суїциду викликала неоднозначну їх оцінку. Ряд науковців, філософів, психологів Античності і Нового Часу займалися дослідженням даного феномену. І як результат одностайно дійшли висновку, що феномен є мультидисциплінарним і потребує вивчення з різних ракурсів.

Часто в літературі можна зустріти думку про те, що в давні часи самогубство вважалося справою особисто кожного, і на це ніхто не звертав увагу, проте з часом проблема суїцидальних проявів, а в подальшому і завершеному суїциду стала гострою проблемою. Тривалість пресуїцидального стану, правильність вибору, наявність психопатологічних симптомів, а також соціокультурне становище впливає на вибір способу самогубства.

Отже, суїцидальні прояви – висловлювання, натяки, думки, які не супроводжуються якими-небудь діями, спрямованими на позбавлення себе життя. Поняття, що включає в себе суїцидальні прояви – суїцидальна поведінка.

Для армійського середовища, проблема суїцидальних проявів є досить гострою. Це зумовлено і тим, що наша держава переживає важкий період,

через повномасштабне вторгнення держави агресора на територію нашої держави. І це призвело також до підвищення інтересу щодо психологічної готовності проходження військової служби всіма військовозобов'язаними громадянами у ЗСУ. Висока динамічність, фізична навантаженість, перебудова власної свідомості і переоцінка цінностей, носять не аби який стресовий характер для військових. Відтак велика увага приділяється військовослужбовцям, які не мають досвіду служби в армії, а також тим хто вже побував у зоні бойових дій.

Первинне психологічне обстеження проводять з перших днів адаптації. Кожен новоприбулий військовослужбовець має бути протестований визначеними методиками, які дозволяють діагностувати на ранніх етапах девіантну поведінку та інші психологічні особливості особистості, що не відповідають нормам. Це допоможе скоригувати роботу командирів з такими військовослужбовцями, для досягнення ефективного і вчасного виконання поставлених завдань, а також попередити порушення військової дисципліни та інших законодавчих норм і законів.

Військова практика, нажаль показує різноманітні спроби суїциду: самоповішання, самостріли, порізи кінцівок, отруєння та інші.

Вчасне виявлення глибинної структури внутрішніх і зовнішніх форм не завжди під силу і досвідченим спеціалістам, а відтак це унеможливорює вчасну профілактику суїцидальних проявів серед військовослужбовців.

Важливим моментом в діагностиці є вміння розпізнати істинні ризики від демонстративно-шантажної форми, через дрібні самокаліцтва, військовослужбовці таким чином намагаються вирішити проблемне питання на свою користь.

До істинного ризику суїцидальних проявів можна віднести також ПТРС, який містить в собі один із симптомів важкого ПТСР, суїцидальні наміри. Та все ж варто пам'ятати про різні етапи прояву самого розладу та його підвиди.

Історія виникнення і постановки даного розладу, сягає часів війни в різних куточках світу.

Відтак перша згадка про розлад з'являється в роботах англійського хірурга Джонатана Еріксена, якого назвав «залізничний спинний мозок» і вже на той час який містив симптоми сучасного ПТСР. Згодом після Першої світової війни науковці дали йому поняття травматичний невроз. В ході довготривалих досліджень також він мав назву «в'єтнамський», «афганський», «чеченський синдром».

Етіологія ПТСР має поліфакторний характер. В основі лежать надпотужні життєво-небезпечні стресори, їх інтенсивність, також соціальне оточення постраждалих, їх особистісні особливості та біологічна схильність.

ПТСР виділили як особливу рубрику в МКХ-10 і поділяють на такі типи, як: *Тривожний тип ПТСР* – протягом доби спостерігаються напади не вмотивованої тривоги з уявленнями про травмуючу ситуацію; *Астенічний тип ПТСР* – характеризується переважанням почуттям млявості і слабкості. Спостерігається апатія до речей, людей і стан справ, які раніше були значимими в житті постраждалого; *Дисфоричний тип ПТСР* – спостерігаються постійні переживання роздратування і власного невдоволення, спалахи гніву і люті, настрої переважно похмурий; *Соматоморфний тип ПТСР* – Характеризується розладами роботи певних систем організму. Симптоми проявляються через шість місяців після травмуючої події, і такі випадки відносять до відстроченого виду.

Перебіг ПТСР характеризується нав'язливими відтвореннями у свідомості жертви, травмуючих подій, які супроводжуються флеш-беками та тригерами. До тригерів відносяться події, які викликають флеш-бек, це можуть бути звуки пострілів, шум двигуна вертольота, стук дверима, звук від падаючої каски на підлогу...в таких випадках постраждалі із ПТСР, намагаються уникати зустрічей із тригерами, щоб не повторювалися напади.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ТА СУБ'ЄКТИВНОЇ САМОТНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ЇХ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПТСР

2.1. Організація та методи проведення емпіричного дослідження

Для проведення емпіричного дослідження було створено вибірку із 50 військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій і перебувають на умовно мирній території більше одного місяця, але не більше двох місяців, також було проведено розподіл на дві групи за віковими категоріями.

До 1 групи увійшли 28 осіб віком 18-29 років, до 2 групи – увійшли респонденти в кількості 22 особи віком 30 років і старше.

Першим етапом проведення емпіричного дослідження є первинна постановка проблеми, в межах якої необхідно визначити актуальність даного дослідження, об'єкт, предмет, мету, завдання. Підібрати та провести теоретичний аналіз літератури за обраною темою. Скласти план та графік написання кваліфікаційної роботи. Разом із актуальністю даного дослідження подати керівнику на розгляд (затвердження).

Наступним етапом є постановка гіпотези – якщо у респондентів виявлено ознаки ПТСР, суб'єктивну самотність, та суїцидальні прояви, то чи можна прослідити зв'язок між ними.

Важливим кроком у проведенні емпіричного дослідження є підбір інструментарію та погодження доцільності його використання із науковим керівником. Визначення вибірки дослідження, погодження підібраних методик та їх застосування з керівництвом на робочому місці.

Після проходження етапу збору інформації, яка задовольнить мету дослідження, визначення зазначених критеріїв, ще одним етапом є складання програми дослідження.

По закінченню процедури погодження етапів дослідження, наступним кроком є його реалізація.

На етапі визначення кількості респондентів, під-час тривалого спостереження за військовослужбовцями які повернулися із зони бойових дій було помічено, що у де-кого пригнічений настрій, емоційний фон забарвлений хвилюванням та сумом, спостерігається відстороненість від товаришів, присутні висловлювання власної провини, у розмові з вищим керівництвом проявляється напруженість та замкнутість.

Також є і такі військові, які часто звертаються до медичної служби, навіть за найменших признаков захворювання. Де-які проявляють відкриту агресію по відношенні до товаришів по службі.

Можемо припустити, що причиною такої поведінки є бойовий стрес та пов'язані з ним переживання.

Перехід до наступного етапу обумовлює повторну адаптацію. Потрапивши на мирну територію для подальшого несення служби, військовослужбовці проживають не аби який стрес, він може бути пов'язаний із суб'єктивним уявленням ставлення соціуму до війни, баченні свого майбутнього, і не рідко буває так, що реальний стан справ не відповідає очікуванням військовослужбовця, що може призводити до фрустрацій, апатій, втраті інтересу до своєї персони загалом. Ще одним з вагомих факторів стресу є усвідомлення свого місця і ролі на найближчий час. Для деяких військовослужбовців у даному питанні виникають труднощі.

Отже, в результаті спостереження було прийнято рішення – для проведення емпіричного дослідження із загальної кількості військовослужбовців з бойовим досвідом, обрати вибірку із 50 осіб та провести розподіл за наступними критеріями: вік та сімейний стан. Таким чином ми отримали дві вікові групи 18-29 років, 30 років і більше, які в свою чергу поділяються на одружених та однаків.

Опитування носить анонімний характер. Кожному учаснику дослідження надано окремо сформований пакет бланків тестування, час на відповіді. Особистий простір та інформаційна підтримка.

Спираючись на первинну інформацію, яку було зібрано за допомогою власно розробленої анкети, специфіку несення служби, задачі, які ставляться перед солдатами, вікову категорію та сімейний стан, для емпіричного дослідження було обрано наступні методики «Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон»; «Тест смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонтьєв»; «Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)»; «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: CP-45 в модифікації (П. І. Юнацкевіч)»; «Графічний тест «Ваші думки про смерть» (Л. Б. Шнейдер)».

Отже, збір інформації, про зв'язок психологічних особливостей феномену суб'єктивної самотності, суїцидальних проявів та ПТСР серед військовослужбовців, розпочато за допомогою власно розробленої анкети (додаток А).

Ця анкета спрямована на ознайомлення респондентів з тематикою дослідження та отримання попередньої інформації щодо наявного стану, можливих причин суїцидальних настроїв, думок.

Використання у дослідженні «Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон» дозволяє визначити рівень суб'єктивної самотності особистості. Як раніше вже з'ясовано феномен суб'єктивної самотності є індивідуальним і унікальним переживанням. Почуття самотності наділене елементом пізнання для особистості, можливості знайти себе в житті. Та нажаль для багатьох представників суспільства, почуття самотності сприймається, як болюче, негативне переживання, яке призводить до змін психологічного простору особистості (додаток Б).

«Тест смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонтьєв» (надалі СЖО) дозволяє оцінити джерело сенсу життя особистості, який може бути

знайдений людиною в суб'єктивному майбутньому, теперішньому або навіть в минулому. Тест СЖО Д. А. Леонтєва, являє собою адаптовану версію тесту «Ціль в житті», яку запропонували свого часу Джеймс Крамбо і Леонардо Махолік. Методика була розроблена на основі теорії спрямованості до сенсу життя і логотерапії відомого науковця Віктора Франкла і мала за мету валідизувати ряд, що представлений в даній теорії.

На ряду із загальним показником вагомих життєвих орієнтацій, в цій методиці розглядається три субшкали: цілі в житті, насиченість життя та самореалізації, і два аспекти локус контролю – локус контролю – Я, локус контролю – Життя.

Виходячи з умов даного тесту, життя наповнене сенсом при наявності цілей та задоволення від досягнення і впевненості у власних здібностях ставити собі нові цілі. Важливим є співвідношення з майбутнім емоційним наповненням, теперішнім насиченням та наявним задоволенням від досягнення мети.

З бланком тесту можна ознайомитися на прикінці роботи (додаток В).

«Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)» питання стосуються «травматичного військового досвіду» оцінюється кожний пункт, для визначення ступеню проявів визначеного симптому впродовж минулого місяця. Така методика не є інструментом для постановки діагнозу ПТСР але представляє собою чудовий діагностичний інструмент для можливої постановки даного діагнозу (додаток Г).

«Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій SP-45 в модифікації П. І. Юнацкевич». Мета даної методики виявити схильність респондента до суїцидальних реакцій. Питання методики є адекватними суїцидальним проявам. Використання даної методики дозволяє виявити військовослужбовців з суїцидальними проявами та внести їх до списків групи посиленої психологічної уваги. Ця методика має шкалу «неправди», яка дозволяє оцінити правдивість та адекватність відповідей на запропоновані твердження. Адже враховуючи специфічність питань,

респонденти часто прикрашають власну значимість чи правильність дій, вчинків. Зразок бланку опитувальника наведено в додатку Д.

Графічний тест «Ваші думки про смерть» Л. Б. Шнейдера. За допомогою даної методики ми можемо з'ясувати ставлення респондента до смерті, зацікавленість, страх, глибину філософських роздумів (додаток Ж).

Для з'ясування наявності кореляційного зв'язку між ознаками ПТСР, суб'єктивною самотністю та суїцидальними проявами, використано коефіцієнт кореляції Брава-Пірсона.

Після завершення процедури опитування, слідуючим кроком є розгляд отриманих даних, інтерпретація результатів, додаткові статистичні розрахунки та порівняльний аналіз отриманих результатів двох груп. Виходячи з отриманих даних необхідно виявити наявність або відсутність зв'язку між ознаками ПТСР, феноменом суб'єктивної самотності, суїцидальними проявами комбатантів.

Використовуючи в дослідженні загальнонаукові методи, як аспект науково-пізнавальної діяльності, варто дотримуватися загально-наукових підходів.

До них належать: системний і структурно-функціональний підхід, кібернетичний, імовірнісний, моделювання, формалізація та інші.

Щоб пояснити суїцидальну поведінку, основні концепції умовно поділяють на: соціологічну, психопатологічну, соціально-психологічну.

Також істотним є сімейний вплив, наявність в родині самогубств збільшує ризик виникнення суїцидальних настроїв у досліджуваних.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Розглянемо загальні результати дослідження та проведемо кореляційний аналіз для респондентів першої групи.

Для загального знайомства та пізнання респондентів, стосовно їх особистісного ставлення до ситуацій пов'язаних із відчуттям самотності та суїцидальними проявами, було використано власне розроблену анкету.

Під час проведення дослідження у де-яких досліджуваних, спостерігалися скритність та відсутність бажання йти на контакт.

Тож важливим інструментом в роботі стали спостереження за респондентами, прояви уваги, розуміння та турботи.

Слідуючи меті наукової роботи, першими до розгляду візьмемо результати дослідження групи військовослужбовців отримані за методикою «Шкала самооцінки PCL – M (військова версія)», методика містить 17 пунктів проявів ознак ПТСР. Цифрові показники проявів ПТСР для даної групи ми можемо переглянути в таблиці додаток М.

Графічно результати зобразимо за допомогою діаграми (рис. 2.1).



«Рис. 2.1 Діагностовані ознаки ПТСР респондентів першої групи».

Як ми бачимо на діаграмі виявлені ознаки ПТСР у 6 осіб, 22 особи, ознак ПТСР не виявлено. Хоча у де-яких респондентів спостерігається помірне та часте повторення певних реакцій щодо минулих, стресових подій.

При обрахунку результатів варто брати до уваги рекомендації щодо інтерпретації, якщо у респондента кількість балів 50 і більше, проте для простоти інтерпретації варто звертати увагу на наявність відмічених респондентом ознак з 1-5 пункт на рівні «помірно» хоча б один пункт, з 6-12

пункт не менше трьох відміток на рівні «помірно», «часто» або «дуже часто» мінімум дві серед питань 13-17.

Для цієї категорії досліджуваних середнє значення показників ознаки ПТСР складає 31,01 і не перевищує рекомендовану величину у 50 балів для діагностування ознак ПТСР для першої групи.

Проте варто взяти до уваги той факт, що носіями ознак розладу із цієї групи є 6 осіб із 28. І це потребує додаткового спостереження за досліджуваними.

Згідно інструкції до опитувальника «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона», респондентам надається перелік тверджень і за умови своєї згоди, військовослужбовець повинен зробити відмітки у тій чи іншій колонці. З отриманими результатами можна ознайомитися в таблиці додаток К.

Учасники групи, під час анкетування зазначали свій соціальний статус, Всі учасники групи перебувають у шлюбі або мають постійного партнера. Можемо припустити, що даний факт може слугувати вагомим фактором для відсутності або для зменшення проявів даного феномену в психологічному просторі особистості. За допомогою діаграми відобразимо рівні прояву суб'єктивної самотності військовослужбовців першої групи (рис. 2.2).



«Рис. 2.2 Рівні прояву суб'єктивної самотності респондентів першої групи».

Для даної категорії військовослужбовців результати дослідження суб'єктивної самотності на рівні високого показника не спостерігається, на середньому рівні діагностовано у 4 осіб, низький рівень проявляється у 24 військовослужбовців.

За допомогою статистичних методів у психології, а саме коефіцієнт кореляції Брава-Пірсона (r) з'ясуємо чи є кореляційний зв'язок між показниками ПТСР та суб'єктивною самотністю для групи військовослужбовців даної вибірки (додаток П).

Для цієї формули визначимо незалежну змінну X та залежну змінну Y . До незалежної змінної ми віднесемо отримані результати дослідження ознак ПТСР, відповідно залежною змінною Y , Y_1 , Y_2 виступають показники суб'єктивного відчуття самотності, СЖО та суїцидальні прояви респондентів.

Також відобразимо середнє та стандартне відхилення зазначених показників.

Таблиця 2.1

Середнє та стандартне відхилення показників першої групи

Найменування показника	Середнє відхилення	Стандартне відхилення
ПТСР	247,96	15,75
Суб'єктивна самотність	81,14	9,01
СЖО	368,85	19,21
Суїцидальні реакції	0,25	0,5

Для ознак ПТСР та суб'єктивної самотності вибірки першої групи рівень кореляції $r=0,6$. Показник має позитивне значення і прямує до одиниці. Можна говорити про неповну позитивну кореляцію, але і про досить сильний зв'язок.

Розглянемо отримані результати цієї групи за методикою СЖО, та визначимо зв'язок між двома змінними. В даному випадку життєві орієнтації

виступають в якості залежної змінної (Y1). Розрахуємо додаткові статистичні величини.

Пригадаємо – оцінка результатів тестування за методикою «Смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонтєва» проводиться за шкалою: Цілі в житті, Процес життя, Результат життя, Локус контролю-Я, Локус контролю-Життя, загальний показник СЖО. Кожна шкала відображає певні критерії, налаштованість особистості на майбутнє, теперішнє, та відображає задоволеність минулим.

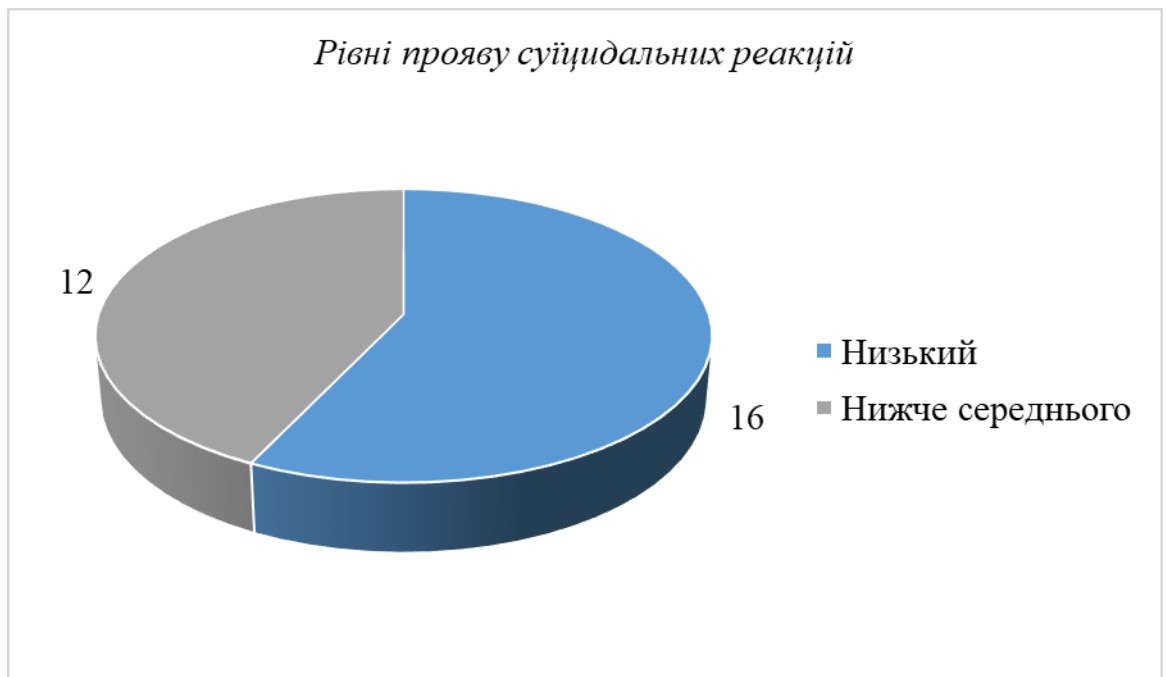
Згідно інструкції до опитувальника, респондентам надано бланк із твердженнями, які розміщені по двом шкалам: зростаюча та спадаюча. Отримані результати внесені до таблиці додаток Л.

Середнє значення СЖО для цієї групи становить 107,53 при максимальній величині в 140 балів. Такий результат може свідчити в більшості випадків, про здорове ставлення до свого життя, своїх цілей на майбутнє, до рівня задоволеності минулим, результатом життя і наповненості теперішнього.

Отже для ПТСР та СЖО першої групи кореляційний зв'язок знаходиться на рівні $r=-0,1$ має від'ємне значення і прямує до нуля.

Слідуюча методика – «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій СР-45 в модифікації П. І. Юнацкевич», результати внесені до таблиці (додаток Н) та зображено на діаграмі (рис. 2.3).

Як раніше ми вже говорили, метою методики є виявлення схильностей респондента до суїцидальних реакцій. Питання методики є адекватними суїцидальним проявам. Використання даної методики дозволяє виявити військовослужбовців з суїцидальними проявами. Методика має шкалу «неправди», яка дозволяє оцінити правдивість та достовірність відповідей на запропоновані твердження. Респондентам надано інструкцію та бланки для проходження опитування.



«Рис. 2.3 Оцінка рівня схильності до суїцидальних реакцій респондентів першої групи».

Як ми можемо побачити на діаграмі, з низьким рівнем суїцидальних реакцій є шістнадцять військовослужбовців їх показники в межах Sr 0,01 - 0,23, що відповідає оцінці реакцій – 5, дванадцять військовослужбовців знаходяться на рівні нижче середнього, при якому Sr 0,24 - 0,38 і відповідає оцінці – 4.

Розрахуємо додаткові статистичні дані, і з'ясуємо наявність кореляційного зв'язку між двома змінними.

Для першої групи кореляційний зв'язок між показником ПТСР та суїцидальними реакціями є від'ємним і становить $r=-0.5$, що свідчить про відсутність зв'язку.

За допомогою статистичних методів у психології, проведемо відповідні розрахунки отриманих результатів, для другої групи військовослужбовців загальної вибірки, відобразимо середнє та стандартне відхилення досліджуваних показників. Показники відхилень беремо до уваги при розрахунку коефіцієнта кореляції.

До другої групи увійшли 22 особи, віком 30 років і старше.

Таблиця 2.2

Середнє та стандартне відхилення показників другої групи

Найменування показника	Середнє відхилення	Стандартне відхилення
ПТСР	98,07	9,9
Суб'єктивна самотність	94,94	9,74
СЖО	379,39	19,48
Суїцидальні реакції	0,53	0,7

За аналогією до першої групи всі респонденти на початку дослідження заповнили анкети в яких вказували свій вік і сімейний стан. Перший показник – це показники наявності ПТСР для другої групи. Відповідні результати дослідження занесені до таблиці (додаток Т). Отримані результати також зобразимо за допомогою діаграми (рис. 2.4).



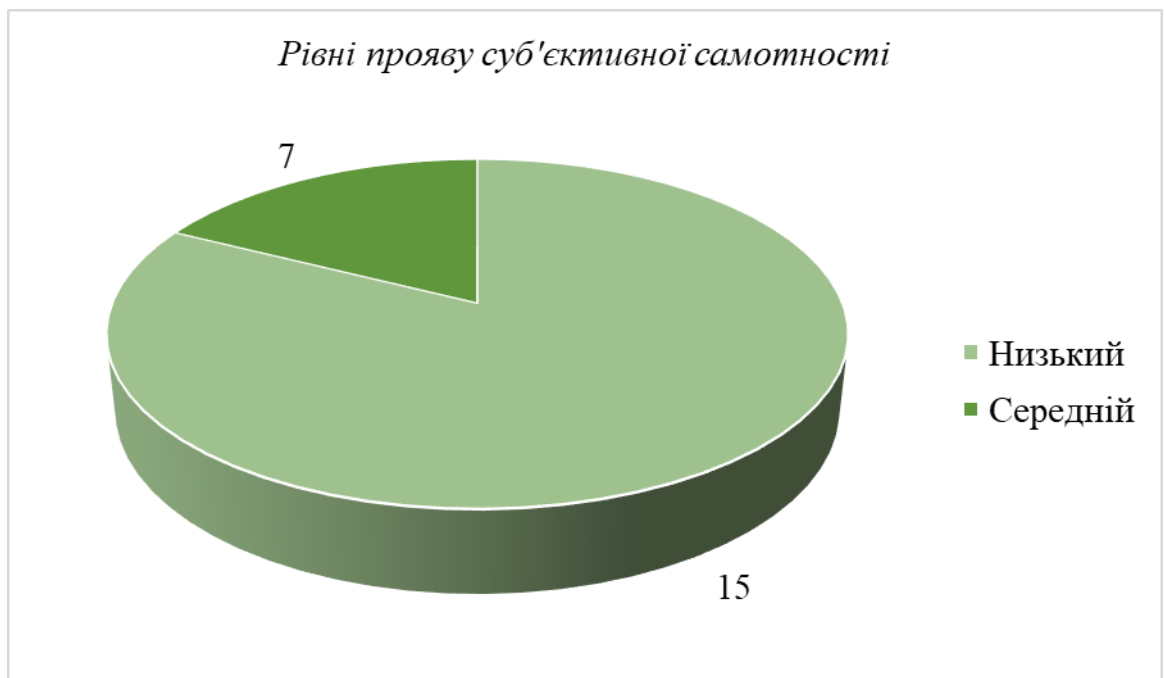
«Рис. 2.4 Діагностовані ознаки ПТСР респондентів другої групи».

Як ми бачимо, на вище зображеній діаграмі, у двох осіб із групи діагностовані ознаки ПТСР, також варто підкреслити, що один із респондентів набрав 48 балів, та незважаючи на таку кількість має відмічені

ознаки на рівні «помірно» у діапазоні питань від 1 – 5; 6 – 12; 13 – 17, відповідно до вимог інтерпретації результатів.

Наступна методика, результати якої ми беремо до уваги – це «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона». Як і для попередньої групи респондентів, досліджуваним другої групи надаються бланки, згідно інструкції в яких, досліджувані відзначають інтенсивність прояву даного феномену перебуваючи у тій чи іншій ситуації. Отримані результати занесені до таблиці (додаток Р).

З отриманих результатів ми бачимо, що 7 осіб відчувають самотність на середньому рівні, що знаходиться в діапазоні 20 – 40 балів, 15 учасників дослідження відмічають самотність на низькому рівні від 0 – 20 (рис. 2.5).



«Рис. 2.5 Рівні прояву суб'єктивної самотності респондентів другої групи».

Проведемо додаткові статистичні розрахунки для даної групи, щоб з'ясувати наявність кореляції між двома змінними, відповідно ознаками ПТСР (X1) та прояви суб'єктивної самотності (Y3).

Результатом обчислення є наявність позитивного кореляційного зв'язку між двома змінними на рівні $r=0,5$.

Наступним кроком буде розрахунок кореляційного зв'язку між змінними ПТСР (X1) та СЖО (Y4). Вказана залежна змінна відповідає

показникам отриманих за методикою СЖО у респондентів другої групи, з якими можна ознайомитися в додатку С.

Пригадаємо, за отриманими результатами по використаній методиці ми можемо спостерігати задоволеність або невдоволеність респондентів своїм минулим, теперішнім та спрямованість у майбутнє, а також самооцінку особи у вирії подій.

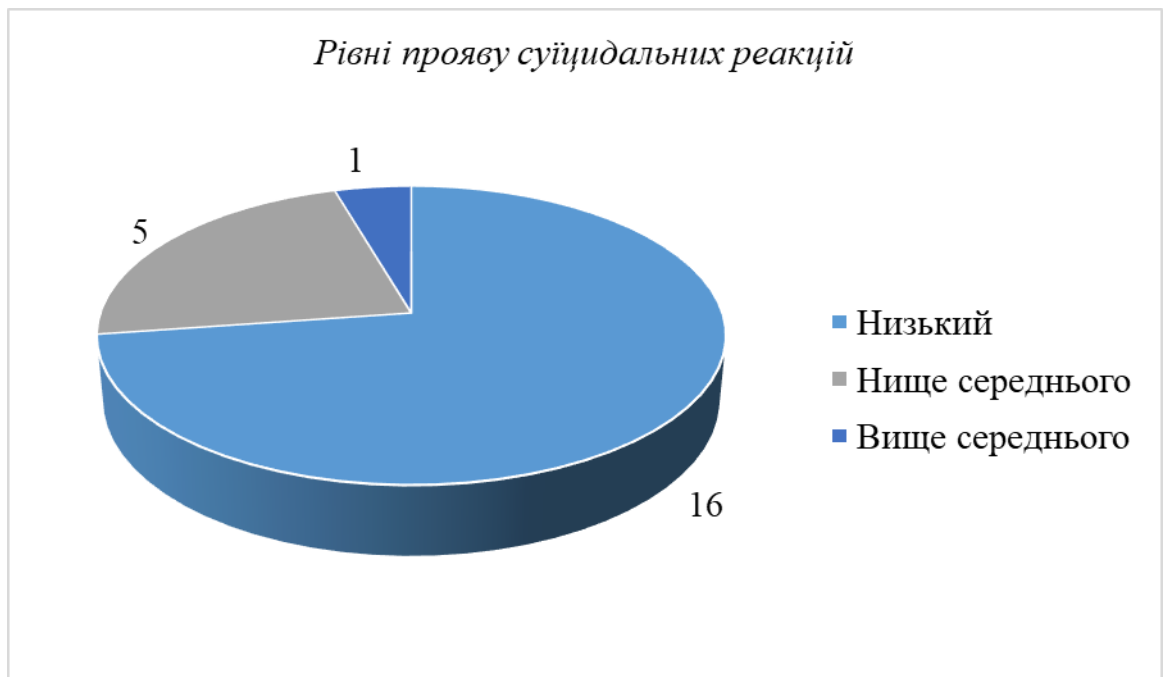
Провівши необхідні розрахунки з'ясовано – кореляційний зв'язок має від'ємний характер $r=-0,67$.

Наступна методика, результати якої беруть участь у розрахунку кореляційного зв'язку з ознаками ПТСР – це «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 (П. І. Юнацкевич)». Отримані дані можна переглянути наприкінці роботи (додаток У).

Пам'ятаємо, що така методика дозволяє виявити початкову схильність до самогубства на момент обстеження особистості на початковому етапі, та спланувати подальшу роботу з респондентами чиї результати свідчать про певний рівень суїцидальних реакцій. Так як наприклад у одного респондента даної вибірки ми можемо спостерігати рівень суїцидальних реакцій вище середнього.

Респонденти, які мають такий результат належать до групи суїцидального ризику. Можуть відчувати труднощі у військово-професійній адаптації, також можуть спробувати здійснити суїцид або будуть провадити саморуйнівну поведінку (алкоголізм, вживання інших психотропних речовин, агресивна поведінка, що може провокувати бійки тощо).

За допомогою діаграми відобразимо отримані результати графічно (рис. 2.6). Тут ми можемо спостерігати, при середньому значенні суїцидальних реакцій 4,64 для даної вибірки, що наближається до низького показника – один респондент має рівень проявів вище середнього, п'ять досліджуваних мають рівень нижче середнього і шістьнадцять респондентів показують низький рівень суїцидальних проявів.



«Рис. 2.6 Оцінка рівня схильності до суїцидальних реакцій респондентів другої групи».

Кореляційний зв'язок для респондентів даної категорії військовослужбовців, між ознаками ПТСР та суїцидальними реакціями має від'ємне значення $r = -0,6$ і прямує до -1 , тобто має негативне значення що в свою чергу говорить про відсутність кореляції. Також можна говорити про незалежне існування суїцидальних реакцій, які не пов'язані із ознаками ПТСР. А тому для респондентів даної вибірки, необхідні додаткові дослідження з використанням методик спрямованих на дослідження суїцидальних проявів.

2.3. Порівняльний аналіз отриманих даних досліджуваної вибірки

Слідуючи меті нашої роботи, емпіричне дослідження проводилося, як раніше ми вже зазначали, за участю військовослужбовців з бойовим досвідом, які перебувають на мирній території більше одного місяця але не більше двох.

Незважаючи на те, що більшість науковців схиляються до думки, що ознаки ПТСР мають тенденцію проявлятися у комбатантів через шість

місяців, наше дослідження все ж показує у певної кількості військових первинні ознаки ПТСР.

Пригадаємо, дослідження первинних ознак ПТСР у військовослужбовців, загальна чисельність досліджуваних 50 осіб, здійснювалося за допомогою «Шкала самооцінки PCL -М (військова версія за DSM-IV)», яка містить 17 пунктів ознак ПТСР.

В наведеній нижче таблиці ми бачимо кількість військовослужбовців, у яких виявлено ознаки ПТСР, і відповідно в яких не виявлено. Можемо припустити про високу ймовірність замаскованих проявів під виглядом гострого бойового стресу, труднощами адаптації, уникненням спогадів про стресову ситуацію тощо.

Припущення щодо уникнення і не бажання говорити про травмуючі події, підсилюється результатами анкетування. На питання «Як на Вашу думку, коли людина почувається пригніченою і її щось турбує, їй варто про це говорити з кимось?» та питання «Якщо у Вас виникне подібна ситуація, чи звернетесь Ви за допомогою?» 13 (26%) осіб загальної вибірки відповіли – ні.

Така відповідь може з різних боків характеризувати особистість і працюючи в напрямку реабілітації та адаптації, з такими клієнтами, доведеться проявляти більше терпіння та розуміння, адже жоден тиск в таких ситуаціях не припустимий і вважається помилкою, коли можемо спостерігати за настановами і порадами зі сторони, без прямого запиту від респондента.

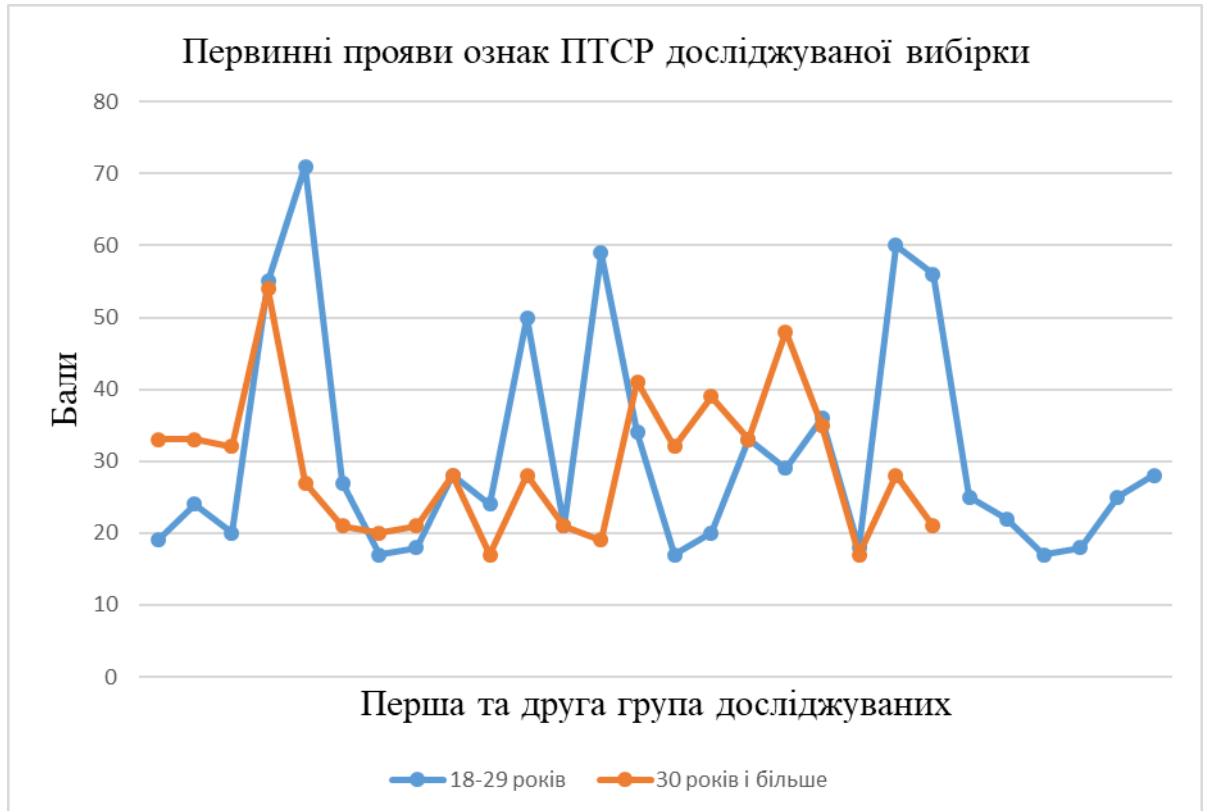
Таблиця 2.3

Виявлені ознаки ПТСР обраної вибірки

Прояви ознак ПТСР	Кількість осіб	
	n=50	n (%)
Виявлено	8	16
не виявлено	42	84

Отже, як ми бачимо 8 (16%) осіб із загальної чисельності, мають сформовані первинні ознаки ПТСР, 42 (84%) військовослужбовці таких ознак

не мають. Для порівняння та аналізу отриманих результатів показників першої і другої групи, використаємо графічне зображення (рис. 2.7). задавши необхідні параметри ми можемо чітко побачити точки, які відповідають кількості балів більше п'ятдесяти, тобто умови, за якими ознаки ПТСР вважаються виявленими, задовольняються.



«Рис. 2.7 Порівняння ознак ПТСР першої та другої групи військовослужбовців».

Виходячи із даного графіка ми можемо припустити, що для вікової категорії до 30 років, стресостійкість та опірність психіки, вміння долати психологічні бар'єри та адаптуватися до умов сучасного бою є не високою. Також життєвий шлях ще досить короткий, сподівання на майбутнє зникає під впливом бойових дій, страху смерті чи отримання поранення. Адже, як раніше ми вже згадували обстановка на війні постійно змінюється і наповнена психологічною і фізичною напругою. Військовослужбовці з низьким рівнем психологічної підготовки мають ризик розвитку ПТСР в рази

більше, а ніж ті котрі вже стикалися на навчаннях з обстановкою максимально наближеною до бойової.

Наступний показник, який ми проаналізуємо за результатами дослідження вибірки – це рівні суб'єктивної самотності. Згадаємо, що даний феномен є для кожного особистісним і по різному сприймається особистістю.

Таблиця 2.4

Рівні суб'єктивної самотності у військовослужбовців з бойовим досвідом

Рівні самотності	К-сть респондентів (n=50)	К-сть респондентів (n=%)
Високий	-	-
Середній	11	22
Низький	37	74

З наведених даних у таблиці ми бачимо, що з усієї кількості досліджуваних 11 (22%) військовослужбовці відчують самотність на середньому рівні, низький рівень відчуття, присутній у 37 (74%) військовослужбовців, на високому рівні суб'єктивна самотність не діагностовано, два військовослужбовці не відмічають у себе даного відчуття взагалі.

Пригадаємо, для оцінки рівня самотності на рівні «низький» кількість відповідей у сумі має складе від 0 до 20 балів, середній рівень діагностується в межах від 20 до 40 балів, і високий рівень в межах від 40 до 60 балів.

За допомогою графіка порівняємо рівні самотності двох груп (рис 2.8).

Для другої групи відчуття самотності є більш вираженим і проявилось у більшій кількості військовослужбовців. Перша група також характеризується проявами самотності на середньому рівні, проте у меншій кількості.



«Рис. 2.8 Порівняння рівнів суб'єктивної самотності першої та другої групи військовослужбовців».

Зазначимо, що загальний рівень кореляції для двох показників – ПТСР та суб'єктивна самотність, для загальної вибірки, становить $r=0,46$ що говорить про досить сильний позитивний зв'язок між двома показниками.

Мабуть не знайдеться здорової людини, яка хоча б раз не зверталася до свого життя, не аналізувала свого минулого, не задавалась питанням теперішнього і не зазірала у майбутнє, у своїх прагненнях досягнути бажаного.

У нашому дослідженні «Тест смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонтьєва» відображає інформацію про ставлення досліджуваних до власного життєвого сценарію. Тобто дані, які отримані в результаті дослідження, показують рівень задоволеності життям і його результатами в цілому, постановкою цілей.

Беручи до уваги середні та стандартні відхилення показників СЖО, які навів у своїх дослідженнях Д. А. Леонтьєв, при вибірці $n=200$ осіб, для чоловіків віком 18-29 років середній показник СЖО рівний $103,10 \pm 15,03$.

Для першої групи досліджуваних середнє значення показника СЖО складає 107,53 і перебуває в межах вище зазначеного середнього рівня СЖО.

За даними дослідників О. Петрової та О. Шестакова при кількості досліджуваних $n=75$ осіб віком від 30 до 55 років, середнє значення показника СЖО становить $120,36\pm 10,21$.

Для другої групи учасників нашого дослідження, вікова категорія 30 років і старше, середнє значення показника СЖО становить 103,18. Такий показник є меншим з урахуванням відхилень, проте не значим. Також варто звернути увагу на показники респондентів, які значно менше середнього значення для відповідної вікової категорії.

Таблиця 2.5

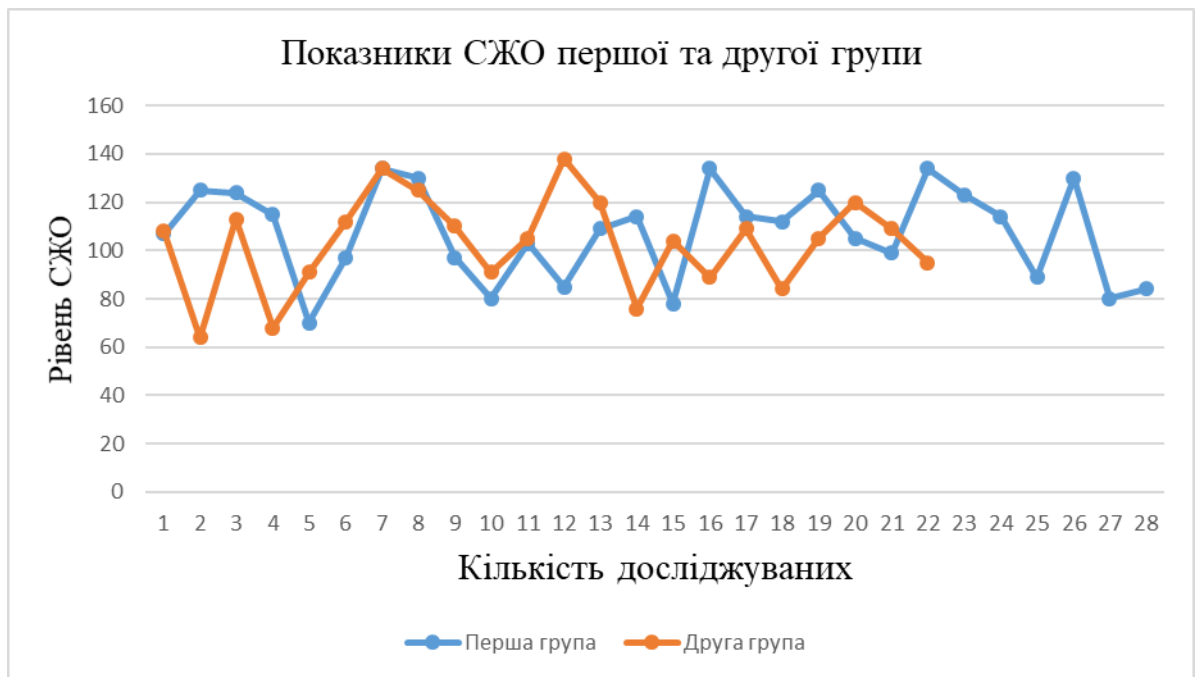
Показники СЖО першої та другої групи

Група (вікова категорія)	К-сть респондентів перша група (n=28)	К-сть респондентів друга група (n=22)
Вище середнього	9	2
В межах середнього	13	5
Нижче середнього	6	15

Провівши більш детальний аналіз показників нижче середнього для першої та другої групи, було з'ясовано наступне – показниками нижче середнього у розрізі є «Результати життя», «Локус контролю-Я», «Локус контролю-життя», рідше «Процеси життя». Враховуючи час, обставини, обстановку за яких проводилося дослідження, бойовий досвід досліджуваних, можемо припустити, що усвідомлення власного безсилля і неможливості керувати своїм життям, породжене не буденними справами цивільного життя, а видозмінено внаслідок участі в бойових діях і переосмисленні ситуації загалом.

Спостерігаючи за учасниками дослідження, неодноразово доводилося чути вислови – «...наше життя, нам не належить».

Графічно результати дослідження мають такий вигляд (рис. 2.9)



«Рис. 2.9 Порівняння показників СЖО першої та другої групи військовослужбовців».

Рівень кореляції для загальної вибірки двох змінних, ознак ПТСР та СЖО, є негативним $r=-0,3$.

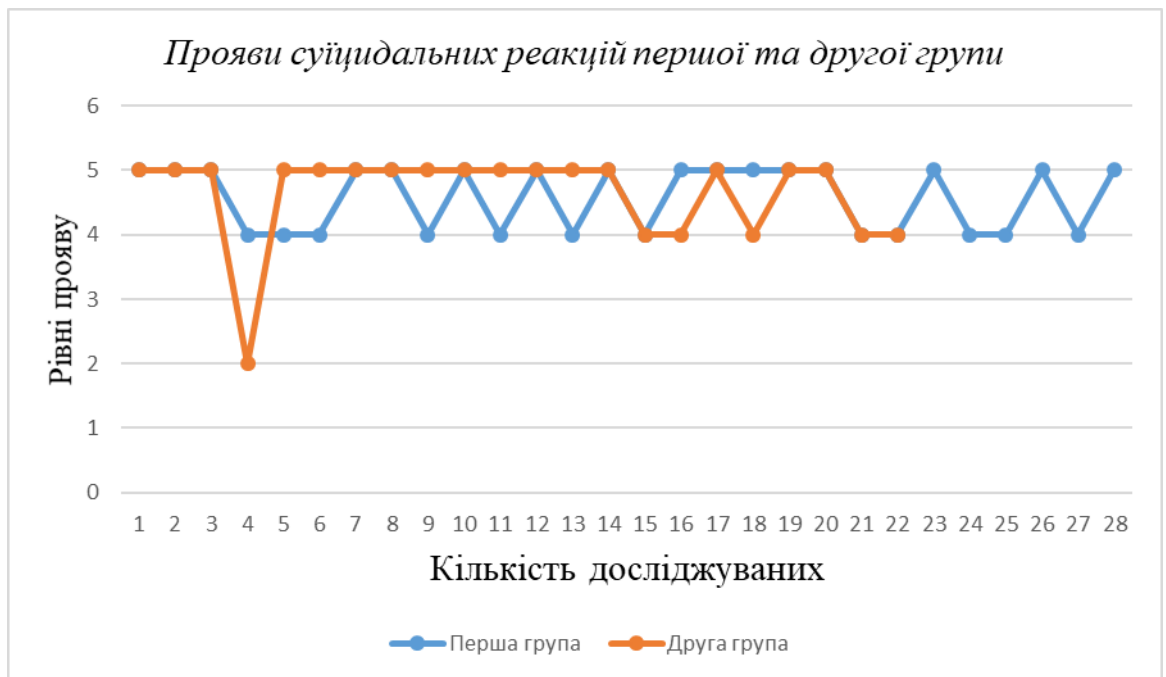
Наступний показник, який ми проаналізуємо – це суїцидальні прояви. Дослідження проводилося за допомогою «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 (П. І. Юнацкевіч)». Вцілому показники суїцидальних реакцій для загального числа вибірки, на низькому рівні, рідше нижче середнього і один випадок - це результати дослідження одного респондента, за якими він перебуває в групі ризику високої ймовірності скоєння суїциду.

Для даного респондента також присутній рівень суб'єктивної самотності на середньому рівні, ознаки ПТСР, СЖО нижче середнього для своєї групи.

Піддавши аналізу отримані результати графічного тесту «Ваші думки про смерть» (Л. Б. Шнейдера), можна говорити про те, що в більшості випадків присутнє здорове ставлення учасників до смерті, її не бояться, поважають про те не думають про неї і женуть такі думки якомога далі. Але також є респонденти, які промальовували зображення таким чином, що це

варто інтерпретувати, як одержимість питанням смерті. Для таких респондентів вона є загадковою і цікавою, про те поки респондент перебуває на етапі філософських роздумів, це ніяк йому не нашкодить, доти поки учасник не почне експериментувати з варіантами скоєння суїциду.

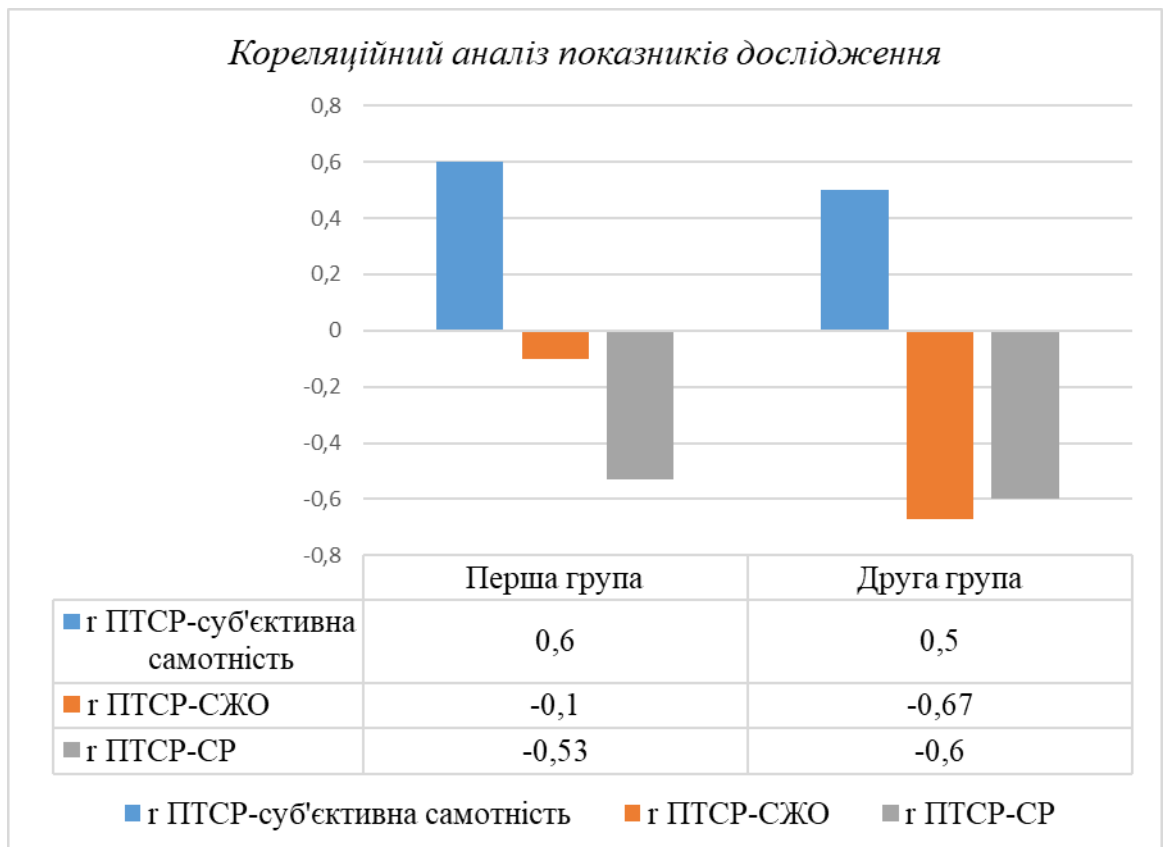
Порівняємо отримані результати суїцидальних реакцій між двома групами і зобразимо їх графічно (рис. 2.10).



«Рис. 2. 10 Порівняння рівні прояву суїцидальних реакцій першої та другої групи військовослужбовців».

Кореляційний зв'язок, для створеної вибірки, між ознаками ПТСР та суїцидальними реакціями має від'ємне значення $r=-0,5$. Такі результати свідчать про відсутність зв'язку. Тобто суїцидальні реакції у психологічному просторі досліджуваних не пов'язані з їх ознаками ПТСР. А тому потребують пошуку і з'ясування першопричин.

Для кращого сприйняття і розуміння цілісної картини яка склалася за результатами дослідження, за допомогою діаграми відобразимо рівні кореляції між показниками, які були отримані після підрахунку результатів. Рівні кореляції показників для першої та другої групи респондентів зображені на малюнку (рис 2. 11).



«Рис. 2. 11 Порівняння рівня кореляції досліджуваних показників першої та другої групи військовослужбовців».

Отже, як ми бачимо, результатом нашого дослідження є встановлення кореляційного зв'язку між наявними ознаками ПТСР та відчуттям суб'єктивної самотності, для обох груп. Натомість зв'язку між ознаками ПТСР, СЖО та суїцидальними реакціями респондентів не виявлено.

Такий результат нашою виходить нас на проблематику, яка постає перед кожним хто повертається із зони бойових дій, а також їх рідних, що проходять адаптацію разом із своїми героями. Тут починається кропітка праця, адже ми можемо припустити, що людина зав'язне у своїх переживаннях, нею може опанувати страх того, що її не зрозуміють, страх розповісти про побачене, пережите тощо. І відтак людина відчувається самотньою, виникає бажання бути на самоті, відсторонитися, усамітнитися. Часто у комбатантів по поверненні додому можна спостерігати девіантну поведінку, яка не є притаманною для них. Тут ми можемо говорити про зловживання спиртними напоями, наркотичними речовинами, як засіб

уникнення спогадів можуть виступати азартні або комп'ютерні ігри. Часто такі зловживання призводять до залежності і тим самим загострюють присутні симптоми розладу.

Висновки до розділу 2

В другому розділі «Емпіричне дослідження психологічних передумов суїцидальних проявів та суб'єктивної самотності військовослужбовців, що пов'язані з їх психологічними особливостями ПТСР» були розглянуті питання щодо етапів проведення емпіричного дослідження, а також дотримання і використання загально-наукових методів та підібраних методик. Також після завершення етапу погодження доцільності використання обраного інструментарію з науковим керівником та керівництвом на робочому місці, було проведено емпіричне дослідження з респондентами обраної вибірки чисельністю 50 осіб. В дослідженні брали участь комбатанти, які не перебувають в зоні бойових дій більше одного місяця.

Спираючись на первинну інформацію, яку було зібрано за допомогою власно розробленої анкети, специфіку несення служби, задачі, які ставляться перед солдатами, вікову категорію та сімейний стан, для емпіричного дослідження було обрано методики «Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон»; «Тест смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонт'єв»; «Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)»; «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: CP-45 в модифікації (П. І. Юнацкевіч)»; «Графічний тест «Ваші думки про смерть» (Л. Б. Шнейдер)».

Обрану вибірку для дослідження було поділено на дві групи. До 1 групи увійшли 28 осіб віком 18-29 років, до 2 групи – увійшли респонденти в кількості 22 особи віком 30 років і старше.

За «Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)» результатами дослідження є такі показники. Для першої групи респондентів

чисельністю 28 осіб, ознаки ПТСР діагностовано у 6 осіб, 22 особи ПТСР не виявлено. Середнє значення показника для групи 31,01 не сягає рекомендованого рівня для підозри ПТСР всій групі. Проте у де-яких випадках при дослідженні, діагностовані ознаки, і цього виявилось достатнім щоб кореляційний зв'язок між двома змінними, ПТСР та відчуття суб'єктивної самотності, набув позитивного значення $r=0,6$. Для першої групи встановлено, що у 4 осіб рівень прояву самотності на середньому рівні, 24 особи відчувають самотність на низькому рівні.

Показники СЖО першої групи знаходяться в межах середнього та стандартного відхилення на рівні 107,53. Такий результат може свідчити в більшості випадків, про здорове ставлення до свого життя, своїх цілей на майбутнє, до рівня задоволеності минулим, результатом життя і наповненості теперішнього.

Кореляційний зв'язок між показниками ПТСР та СЖО для першої групи знаходиться на рівні $r=-0,1$ має від'ємне значення і прямує до нуля.

Результати дослідження за «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій СР-45 в модифікації П. І. Юнацкевич», з низьким рівнем суїцидальних реакцій 16 військовослужбовців, 12 військовослужбовців знаходяться на рівні нижче середнього.

Для даної групи кореляційний зв'язок між двома змінними є від'ємним і становить $r=-0,5$, що свідчить про відсутність зв'язку.

Для другої групи досліджуваних, показники за обраними методиками є такими. У двох осіб із групи діагностовано ознаки ПТСР, один респондент набрав 48 балів, незважаючи на таку кількість балів має відмічені ознаки на рівні «помірно» у діапазоні питань від 1 – 5; 6 – 12; 13 – 17, відповідно до вимог інтерпретації результатів.

За результатами «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М Фергюсона» 7 осіб відчувають самотність на середньому рівні, 15 учасників дослідження відмічають самотність на

низькому рівні. Присутній позитивний кореляційний зв'язок між двома змінними на рівні $r=0,5$.

Наступним кроком було проведення необхідних розрахунків щодо кореляційного зв'язку між ПТСР та СЖО для другої групи. З'ясовано, що даний зв'язок має від'ємний характер $r=-0,67$.

Результатом опитування за «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 (П. І. Юнацкевич)» наступні – один респондент має рівень проявів вище середнього, п'ять досліджуваних мають рівень нижче середнього і шістнадцять респондентів показують низький рівень суїцидальних проявів. Кореляційний зв'язок для респондентів даної категорії військовослужбовців, між ознаками ПТСР та суїцидальними реакціями має від'ємне значення $r=-0,6$

Аналізуючи кореляційний зв'язок показників обох груп, ми бачимо, що для першої групи зв'язок між ПТСР і суб'єктивною самотністю є сильнішим, так і у випадку зв'язку ПТСР і СЖО показник кореляції наближений до одиниці, для другої групи від набирає протилежного значення. У випадку порівняння суїцидальних реакцій, для двох груп можна говорити про незалежність існування двох явищ.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕСІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.

3.1 Психологічна підготовка до майбутніх травмуючих подій

Надзвичайно болісним і травматичним є досвід бойових дій для його учасників, які пережили травму фізичну чи психологічну, відчували небезпеку для власного життя і здоров'я, втратили побратимів, чи були свідками смерті інших і не змогли запобігти їй.

Сучасний бій і використання нової зброї вимагають високої моральної і психологічної готовності комбатантів. Існує велика різниця між тим коли людина перебуває в зоні бойових дій, а коли бере безпосередню участь у бойовому зіткненні. Військовослужбовець, який бере участь у бою, відчуває на собі більший вплив травмуючої події. За таких умов не всі військовослужбовці здатні подолати наслідки таких подій самотійно, де-які потребують допомоги психолога та інших спеціалістів. Проте у випадках коли поряд не має необхідного спеціаліста, в нагоді стануть методи психологічної самодопомоги, мова про які буде йти далі в роботі.

Життя людини найбільша цінність і його захист стає сенсом буття для тих, хто свідомо обрав таку професію серед інших. Вагоме місце у формуванні стресостійкості учасників бойових дій, посідає професійна підготовка. Вона включає в себе не тільки знання і навички з військових дисциплін, а й психологічну їхню складову, яка в процесі навчання стає ближчою до опановувачів військової спеціальності. Як показує практика, мінімальні знання про можливі психологічні явища, з якими може стикатися військовослужбовець в небезпечній ситуації, сприяє тому, щоб більш глибоко сягнути таких знань.

Так як в період воєнного часу, учасники бойових дій стикаються з численними ризиками, можемо говорити про зниження адаптаційних

можливостей особистості, і як наслідок підвищується ризик виникнення психосоматичних захворювань, розладів психічної діяльності. Таким ризикам піддаються особливо ті комбатанти, які не мають відповідної підготовки.

Автори статті «Психологія страху на війні» вказують на дані, вітчизняного військового психолога Полянського В. М, який зазначив «...перемога і поразка в бою є величини суто психологічні і що достатньо вивести з ладу 17-20 % особового складу, щоб змусити вцілілих бійців відмовитися від продовження бойових дій» [70, с. 55].

Досліджуючи дане питання, у нас може зародитися думка, на що саме має бути спрямована психологічна підготовка особового складу. Відтак на шляху до виконання поставленого завдання перед військовослужбовцями, окрім ворожих солдатів та техніки, постає ще кілька ворогів – стрес, страх, жах, паніка яка має тенденцію переростати в групову паніку, переляк, тривога, втома, стомлення.

Діяльність військовослужбовців, у бойовій обстановці, пронизана емоційними переживаннями, що призводить до емоційної напруги, яка в свою чергу являє собою характерну рису військової праці. Вище перераховані фактори здійснюють досить сильний негативний вплив на психіку людини.

Так у роботі «Страх і паніка на війні», Стасюк В. В зазначає наступне «Одним із несприятливих факторів, що впливають на ступінь готовності військовослужбовців до бойових дій, є біологічний страх» [73, с. 75]. Також автор говорить про біологічний страх, як про джерело численних фобій, нав'язливих станів, пасивно-агресивної поведінки. Відносно організму ця емоція не проходить непоміченою, а залишає по собі емоційне страждання у вигляді стресу.

Познайомимося зі значенням стрес-факторів детальніше. За словами Ганса Сельє, який свого часу сказав: «...стресом є неспецифічна (однотипна, незалежно від стресора) відповідь організму на будь-який виклик, і власне вона допомагає так чи інакше впоратися з ускладненням» [64, с.20].

Стрес може мати свою тривалість і відповідно по різному впливає на психіку людини. Відтак помірний стрес сприяє мобілізації фізичних і психічних властивостей, захисних механізмів, а тривалий стрес, його називають дистрес, виникає від безсилля, безпорадності чи безнадії, і супроводжується порушенням нормального перебігу психічних процесів.

Страх – це негативне переживання в стресовому стані, суб'єктивне реагування людей на смерть, біль, поранення тощо. Реакція на страх залежить від функціональності нервової системи та від рівня психологічної підготовленості воїна

Переляк розглядається, як миттєва реакція збереження організму під впливом загрози. Тривога проявляється у випадках невизначеності небезпеки, в очікуванні несприятливих подій. Жах відносять до афективного страху і вбачають в ньому найсильніший ступінь страху. Групова паніка вважається особливо небезпечною реакцією, має тенденцію до поширення від однієї групи військовослужбовців до всього підрозділу з ймовірною інтенсивністю до втрати боєготовності особового складу. Бойова обстановка часто слугує основою для її поширення.

Також науковці відзначають чутки, як особливий чинник виникнення і поширення паніки в колективі. Як ми знаємо із різних трактувань, чутки це не завжди достовірна і правдива інформація, яка відповідає дійсності, і часто ми можемо спостерігати про маніпулятивний вплив з боку одних опонентів на інших з метою їх деморалізації, дезадаптації та налаштуванні проти когось. А також це може слугувати методом управління масою людей у власних інтересах.

Спостерігаючи за воїном який відчуває страх, можна спостерігати його психосоматичні ознаки. Так до психічних ознак відносять: порушення сну та концентрації, дратівливість, внутрішня напруга та інші. До соматичних належать ознаки: діарея, часте сечовипускання, прискорене серцебиття, пітливість та м'язова напруга, фізична слабкість, запаморочення тощо.

Звідси витікає, що психологічна підготовка має бути спрямована в тому числі і на прийняття, розуміння, зменшення інтенсивності впливу на психіку військовослужбовця, часткового чи повного подолання, даних факторів.

При виявленні страху, тривоги – доцільно використовувати метод самодопомоги, а саме виконання певних вправ допоможе приборкати ці емоції. Наприклад щоб попередити страх, необхідно подумати про майбутні свої дії, як буде побудована взаємодія з товаришами на полі бою, виявити що саме викликає страх і проговорити його в голос, так він стане меншим, робота над диханням також допоможе. При тривозі також необхідно визначити, що саме тривожить і тим самим перевести тривогу в страх, для послаблення напруження можна зробити кілька фізичних вправ, складні розумові операції сприяють зниженню нервової напруги і тривоги водночас.

Коли ми бачимо, що військовослужбовець піддається паніці, можемо рекомендувати застосовувати «Метод сповільненого дихання», «Метод паперового пакету». У нагоді також стане знання методів відволікання: «Метод гумової стрічки», «Метод рахунку», «Метод уяви» тощо. Підбір методу робить сам військовослужбовець залежно від власних відчуттів.

Моральна готовність кожного хто бере участь в бойових діях, проявляється в першу чергу, в прагненні за допомогою своїх вольових зусиль впливати на свій страх, керувати інстинктом самозбереження, переглядати свою поведінку і установки стосовно виконання поставленого завдання. Підготовлений військовослужбовець характеризується наявністю сили волі, відповідальності та самосвідомості [73, с. 75].

«Психологи підкреслюють: щоб психологічно підготувати майбутніх вояків до бойової обстановки, треба чесно, відверто, правдиво й діловито ознайомити воїнів з їхньою майбутньою діяльністю та відповідними обставинами. Вони повинні добре зятати, що війна – не урочиста прогулянка, а безперервний тягар похідної, сторожової служби, а також труднощі, хвороби і втрати» [64, с. 82].

Досвід бойових дій в тому числі і на сході нашої держави, а тепер і по всій Україні, вказує на те, що військовослужбовці мають володіти навичкам і вмінням виживати у будь-яких екстремальних умовах і зберігати свою боєздатність. Виживати в екстремальних умовах означає: будувати житло із підручних засобів, добувати їжу, воду та вміти її знезаражувати, готувати їжу із сухого пайка, організовувати відпочинок і сон за самонаказом. Особливо важливим є навчитися облаштувати свій побут так, щоб забезпечити тепло і можливість просушувати мокрий одяг, не менш важливим є підтримка гігієни, тобто миття особового складу

Бувають ситуації коли продовжувати виконання завдання не є можливим і можливості приєднатися до свого підрозділу також не має. Для подібних ситуацій використовують методику вправ цільової психологічної підготовки особового складу, щодо ухилення від противника і виживання. Комплексна вправа «Ухилення від зіткнення з противником і виживання» характеризується процесом моделювання психотравмуючих факторів бою. Основними методами у такій вправі є вербальні і моделювання психологічних факторів бою. В межах вправи «Виживання» проводять наступні заняття:

- Тренування особового складу в орієнтуванні;
- Тренування особового складу у здобуванні води (очищення, пустелі, дистилятор води);
- Тренування особового складу у виборі рослинної їжі;
- Тренування особового складу у здобуванні та вживанні тваринної їжі;
- Тренування особового складу в обладнанні укриття;
- Тренування з розведення вогню [64 с. 73, 72 с. 9-10].

Ситуація на полі бою може швидко змінюватися і обов'язково військовослужбовці мають бути готовими до того, що вони можуть потрапити в полон. І це найгірший результат бойових дій, адже іноді потрапити в полон може бути гірше смерті. Полон є стресовою ситуацією і

кожен військовослужбовець повинен знати психологічні закономірності та відповідні стадії.

Перша стадія – бажання зберегти власне життя диктує умови всім іншим діям, відбувається звуження свідомості, змінюються моральні норми і обмеження, поведінка далека від раціональної;

Друга стадія – стадія високого психоемоційного шоку, яка триває до п'яти годин. Гранична мобілізація психофізіологічних процесів за якої відбувається загострення сприйняття і збільшення швидкості розумових процесів. Поведінка підпорядкована ідеї порятунку близьких та друзів. Можливі прояви панічних реакцій.

Третя – стадія психологічної демобілізації. Відбувається процес усвідомлення. Самопочуття, психоемоційний стан погіршується, присутнє почуття розгубленості, панічні реакції. Відхід свідомості у бік депресії, порушуються функції уваги і пам'яті.

Четверта стадія характеризується зниженим проте стабільним емоційним фоном, стабілізується настрій і самопочуття, знижується інтонація мови, рухи сповільнені;

П'ята стадія – на цій стадії відновлюється психофізіологічний стан, поживається міжособистісне спілкування;

Шоста стадія показує порушення в роботі як психоемоційній сфері так і в фізіологічній. Одночасно відбувається зростання внутрішньої і зовнішньої конфліктності.

Враховуючи всі стадії, від військовослужбовця вимагається мобілізація своїх сил і вмінь. Уваги і комунікативних навичок. Встановлення первинного контакту з ворогом, щоб зберегти своє життя. Досвід багатьох армій показує, що психологічна підготовка спрямована на приборкання небажаних емоцій і станів та на подальшу спробу втечі [64 с. 138-139].

У своїй роботі з психологічної підготовки особового складу, командири повинні керуватися нормативними документами, інструкціями, методичними рекомендаціями, які розроблені відповідними службами з

морально-психологічного забезпечення ЗСУ, а також іншими джерелами, які допоможуть забезпечити психологічну підготовку та постійно підвищувати морально-психологічний стан особового складу підрозділу.

Періодичні польові виходи частин і підрозділів сприяють психологічній підготовці воїнів та при звичають їх до воєнно-польового побуту.

«Психологічна підготовка особового складу – це система цілеспрямованих дій командирів (начальників), що має за мету сформувати і закріпити у воїнів психологічну готовність та стійкість до психотравмуючих факторів, переважно на основі самоудосконалення особистісних і розвитку професійно важливих якостей, набуття досвіду успішних дій у змодельованих умовах бойової обстановки» [56, с. 8].

Метою такої підготовки є завчасне формування, до початку бойового зіткнення, психічної стійкості у військовослужбовців, тобто формування таких якостей за допомогою яких можна долати труднощі і успішно виконувати завдання, які будуть поставлені перед військовослужбовцями. До таких якостей можна віднести знання труднощів, які можуть виникати в різних ситуаціях і способи управління власної поведінки; знання тактики дій своїх сил і можливих дій противника; стійкі навички керувати власними психічними станами тощо.

З вище зазначеного випливає, що якості, які складають психічну стійкість можна розвинути в ході моделювання майбутньої бойової обстановки, яка дозволить також оцінити і теоретичні знання воїнів і їх практичну підготовку щодо подолання різних стрес-факторів викликаних бойовою обстановкою. Для цього використовують прийоми:

1. Прийоми моделювання психологічних факторів (чинників) бою з використанням тренажерів, озброєння і військової техніки, макетів, властивостей місцевості. В межах даного прийому виконують такі вправи, наприклад «Формування психологічної стійкості під час ведення вогню зі стрілецької зброї», «Дії військовослужбовця на тренажерах в умовах

функціональних обмежень», «Дії під час ведення вогню (ведення бою в приміщенні, на кораблі)», «Психологічний фактор бою при обкатці танками особового складу», «Завал на дорозі», «Евакуація із підбитої машини» та багато інших

2. *Прийоми психологічної підготовки на водоймах.* Виконуються вправи «Подолання перешкод на водоймах», «Використання підручних засобів для подолання водної перешкоди», «Евакуація військовослужбовця із затопленої техніки. Подолання перешкод на водоймах», «Дії під водою» та інші.

3. *Прийоми моделювання психологічних факторів бойової обстановки.* Тут використовують вправи «Дії особового складу під час виконання бойового завдання», «Захоплення «язика»», «Створення ділянок задимлення, імітація дій ДРГ противника на маршрутах висування», «Звукова імітація голосом» тощо.

4. *Прийоми психологічної підготовки під час службової діяльності.* Даний прийом містить в собі вправи – «Формування психологічної готовності до швидкої зміни дій», «Стрибки з висоти на землю», «Подолання зруйнованого моста двома військовослужбовцями назустріч один одному», «Використання вогнища відкритого вогню».

5. *Прийоми для тренування психомоторної сфери* включають в себе такі вправи – «Підготовка зорового аналізатора», «Зняття втоми очей», «Концентрація на об'єкті місцевості» та інші.

6. *Прийоми для тренування комунікативної сфери.* До них відносять вправи «Сніговий ком», «Дзеркало», «Взаємна презентація», «Потискання руками», «Квадрат» тощо.

7. *Прийоми загальної концентрації та зняття напруги.* В межах цього прийому відпрацьовують вправи «Концентрація з використанням слова», «Регулювання психоемоційного стану за допомогою дихання», «Зняття напруги за допомогою дихання», «Енергетичний самомасаж» та інші.

8. *Прийоми оцінки психофізіологічного стану.* До них відносять вправи: «Проба Руф'є», «Степ-тест», «Проба з затримкою дихання під час вдиху (проба Штанге) і на видих (проба Генча)» і ще багато інших [56, 72].

Рівень сформованості психічної стійкості воїна, обумовлює формування у нього психологічної готовності до майбутніх стресових подій. Яку в свою чергу можна поділити на особистісну та функціональну готовність.

До особистісної можна віднести: моральну готовність, усвідомлення свого обов'язку, відповідальності, сміливості та рішучості, готовності до ризику та небезпеки для власного життя тощо.

До функціональної готовності відносять: відданість військовій службі та мотиваційну готовність; потребу в самовдосконаленні та в успіху при виконанні завдань за призначенням, відчуття потреби своєї військової професії; креативність мислення та швидкість реагування; знання тонкощів військової служби та інше [37 с. 13].

До основних завдань психологічної підготовки відносять наступне: навчити виявляти ознаки отримання психологічної травми, методам попередження психотравми, вмінню надавати першу психологічну допомогу; навчити адаптуватися військовослужбовців відповідно бойовій обстановці та основним способам самозахисту тощо.

Як зазначають Волков Д. С та Абатурова О. А у статті «Особливості психічного здоров'я учасників бойових дій ЗС України» у дослідженнях проявів ПТСР, які проводили Боярська З. О та Пінчук Р. С, за зверненням учасників ООС, було діагностовано страх, демонстративність поведінки, агресивність, підозрілість, зловживання алкоголем і наркотичними засобами, з усього числа досліджуваних більша половина не мала достатньої інформації про те, які кроки мають бути зроблені під час стресу та психічних розладів [15, с. 41].

Важливим елементом психологічної підготовки є інформування особового складу на рахунок реакції організму на стрес.

«Бій – це тяжке випробовування на міцність усіх психічних і фізичних можливостей солдата. Кожен може постати перед тим, чого не розуміє, відчути те, чого доти ніколи не відчував» [64, с. 7].

Під час тривожного очікування, перед боєм, можуть спостерігатися такі реакції, як метушливість, балакучість, занепокоєння і часте куріння. Настрій часто змінюється. Потік різних думок в голові стає просто безперервним, знижується рівень уваги і здатність концентруватися на конкретних об'єктах, цілях. Емоційна сфера може забарвлюватися напруженістю, очікуванням чогось важкого. З боку фізіологічних проявів можуть бути присутні – прискорення серцебиття, частота дихання помітно збільшується, температура тіла може також підвищуватися. Також можуть спостерігатися – стан завмирання, недостатній рівень повітря, жар або холод, відчутне тремтіння в усьому тілі або в окремих його частинах.

Реакція на страх – нудота, блювання, нетримання сечі і навіть випорожнення в штани.

Як пояснює керівник ГО «Український центр військового лідерства» Олег Бойко у своїх репортажах «Страх в бою: Як його приборкати?», такі реакції організму є природними і являють собою захисні механізми. В таких випадках організм «скидає» все зайве для мобілізації необхідних сил, щоб «бити», «тікати», «бути мертвим» і наголошує на тому, що це є нормальною реакцією на не нормальні обставини.

Наряду зі стресом від усвідомлення прямого зіткнення з противником, варто пам'ятати про значущість інформаційного впливу з боку противника на військовослужбовців нашої армії. Такий вплив здійснюється за допомогою інформаційних спецоперацій, диверсій, використання засобів, що мають вплив на колективну свідомість і призводять до відчуття розпачу, зневіри, знижують рівень бажання продовжувати боротьбу і прийняти сторону ворога.

Військовослужбовці повинні бути готові протистояти інформаційно-психологічним атакам ворога. Так російські війська спотворюють та завдання

та мету операції, фальсифікують події і тим самим поширюють неправдиву інформацію, як серед громадян своєї держави так і світової спільноти. Кожен воїн має знати і вміти застосовувати фільтри інформаційних вкидів агресора.

Основними формами інформаційного впливу є: пропаганда (друкована, усна), радіо та телепропаганда, інтернет [73, с. 150].

Як приклад, ми можемо спостерігати, як на території окремих областей України переважали канали теле та радіомовлення держави агресора. Як наслідок, можемо припустити, це стало однією із причин переходу населення цих областей на сторону ворога.

На даному етапі можна говорити про необхідність державного контролю за медіа простором, а також проведення профілактичних заходів, роз'яснювальних робіт як з населенням всіх регіонів так і безпосередньо військовослужбовців, які беруть участь в обороні нашої держави.

Не менш важливою психологічна підготовка особового складу є для попередження девіантної поведінки серед військовослужбовців. Як ми раніше вже зазначали, реакція на стрес у кожного може проявлятися по різному. Так в екстремальних умовах девіантна поведінка може проявлятися у вигляді асоціальної – військовослужбовець не дотримується правових, моральних та культурних норм, але при цьому не порушує закон; антисоціальної – за якої дій особи спрямовані проти суспільства та його інтересів; делінквентна характеризує порушення закону з боку військовослужбовця. Варто також розрізняти аномальну поведінку від девіантної, так як аномальна пов'язана із порушенням психічного здоров'я і людина не усвідомлює наслідків своїх вчинків, противагою є девіант, який усвідомлює наслідки проте продовжує чинити злочин.

Девіантна поведінка може бути спрямована на отримання власної вигоди у вигляді зради, боягузництва, мародерства, добровільної здачі в полон; спрямована на ухилення від бойових дій шляхом самокаліцтва, дезертирства, симуляції, зловживання активними психотропними

речовинами; спрямовані на агресію проти командира або товаришів по службі, агресивна поведінка стосовно цивільного населення [64, с. 99].

Важливим елементом у профілактиці девіантної поведінки також є роз'яснення техніки опанування страху. Свідоме опанування страху веде до героїчних вчинків, а подавляючий вплив даного феномену на свідомість воїна, до боягузництва, що в свою чергу може поставити під загрозу життя і здоров'я побратимів, а також спонукати до дезертирства.

Психологічну підготовку поділяють на : загальну, спеціальну, цільову.

Загальна підготовка спрямована на формування єдиних для всіх військовослужбовців психологічних якостей стосовно вимог актуальної обстановки; *спеціальна* призначається в ситуаціях де перед військовослужбовцем ставиться вимога розвинутих специфічних якостей відповідного роду військ; *цільова психологічна підготовка* проводиться в межах конкретного бойового завдання.

На початку роботи, по психологічній підготовці, необхідно скласти певний план, який включає в себе певні етапи. Так до першого можна віднести оцінку рівня готовності особового складу підрозділу до ведення бою. Наступним етапом є саме визначення завдань, які ставить перед собою процедура психологічної підготовки в системі знань бойової підготовки. Також важливим етапом є підбір методів психологічної підготовки згідно з темами предметів з бойової підготовки та інші. Варто зауважити, що для успішного планування психологічної підготовки особового складу під час навчань, командир підрозділу повинен дотриматися певного алгоритму і стандартів. Не секретом є те, що психологічна готовність до бою одного військовослужбовця, є одним із основних компонентів готовності всього підрозділу. Тому варто приділяти увагу кожному представнику підрозділу, починаючи з командира і закінчуючи солдатом [56, с. 10].

3.2 Психологічні рекомендації родинам, психологам, командирам та іншим відповідальним особам у роботі з військовослужбовцями з суїцидальними проявами, що пов'язані з ПТСР

Несвоєчасне виявлення та не надання допомоги особам з ПТСР, може призвести до непоправних наслідків – патологічних змін фізичного здоров'я та порушення в психо-емоційній сфері людини. Не рідким явищем стають також і порушення соціальних зв'язків та руйнування сімей.

Нерідко ми дізнаємося через засоби масової інформації про вчинки, які були скоєні військовослужбовцями, що повернулися із зони бойових дій і не знаходили схвалення у соціумі. Як приклад агресивна поведінка, яка мала місце після вживання алкогольних напоїв, вживання наркотичних засобів, побиття членів родини, самогубство тощо.

Недостатній рівень знань та поінформованість призводить до непорозуміннь та нездатності суспільства надати адекватну допомогу в складних життєвих ситуаціях учасникам бойових дій.

Питанням психологічного супроводу та адаптації військовослужбовців, до умов служби, займаються Головне Управління Морально-Психологічного забезпечення ЗСУ, психологи при військових частинах, командири підрозділів, сержантський склад. Психологічний супровід на етапі адаптації не закінчується, а продовжується протягом всього періоду служби і в де-яких випадках навіть після виходу військовослужбовця в запас, співпраця не припиняється.

Після звільнення з військової служби питанням адаптації до умов цивільного життя, пошуку роботи, отримання нових знань і реабілітації колишніх комбатантів, займаються фахівці соціальних структур, члени родини, а також інші соціальні установи.

Повертаючись до роботи психолога, можемо стверджувати, що плідна праця психолога, у військовій частині, з особовим складом залежить від таких факторів: психологічних особливостей особистості військовослужбовця, терміну перебування його в зоні бойових дій, вік, рід

заняття до служби, регіон проживання і загально людські якості. Не останнє місце у такій співпраці займають доброзичливість та психологічні особливості особистості психолога, його професіоналізм, рівень професійної підготовки та запас методів для емпіричного дослідження є визначальним у співпраці та рівні довіри до фахівця.

Повернувшись із зони бойових дій, погляд і відповідно реакція на цивільне життя у комбатантів може бути різною і не завжди носить позитивний характер, до цього варто бути готовим. По переду етап адаптації до мирного життя, усвідомлення та переоцінка минулих подій, погляд на своє місце в соціумі.

Як показує практика хтось спокійно починає працювати на роботі, активно проводить час з друзями і родиною, але трапляються випадки коли страхіття війни не відпускають і продовжують проявлятися в свідомості колишнього військовослужбовця у вигляді тілесних реакцій на подразник, спалахи в пам'яті стресових подій, тривожні стани, напади агресії тощо.

В таких життєвих сценаріях мова йде про не нав'язливе спостереження і підтримку. За небажання звертатися за допомогою до спеціалістів з психологічної допомоги, членам родини рекомендується самим звертатися за консультацією для правильної постановки подальшого життя з ветераном.

Беручи до уваги результати нашого дослідження, в загальній вибірці досліджуваних, ми виявили кількох військовослужбовців з ознаки ПТСР.

Постає питання, як діяти військовому психологу в таких ситуаціях.

На даному етапі можна розглядати рекомендації, які виголосила Мормонська А. П, Волинець Н. В у статті «Особливості діяльності психолога з посттравматичними стресами» «...у сфері профілактики посттравматичних стресових розладів та формування стрессостійкості військовослужбовців ЗСУ визначається комплексом заходів, спрямованих на спеціальний розвиток, удосконалення й оптимізацію систем психічного регулювання функцій організму та поведінки військовослужбовців» [53, с.147].

Також доцільно дотримуватися певного терапевтичного алгоритму який складається з етапів. Наприклад на першому етапі провадиться психоедукація стосовно наслідків травми. Сюди також відносять консультації з різних питань в галузі медицини, юриспруденції тощо. На даному етапі проводять психодіагностичну оцінку травматичного досвіду з визначенням ресурсів, потреб психіки, а також оцінка наслідків досвіду травматизації, формується терапевтичне середовище.

Наступним етапом терапевтичного алгоритму є робота з травмою та спостереження змін стану клієнта в процесі психотерапії. Завдяки індивідуальному комплексу психотерапевтичних програм, підвищується рівень психологічної, соціальної адаптації.

Завершальним етапом є уточнення та аналіз здобутих знань, результатів в процесі терапевтичного втручання. Як показують дослідження, якщо дотримуватися умов алгоритму, то можна спостерігати регрес симптомів посттравматичного розладу та суїцидальних реакцій у військовослужбовців [24, с. 46].

Т. М. Титаренко вважає, що підготовка до реабілітаційної роботи має проходити певні фази. На першій фазі надважливим є процес знайомства. Невимушена розмова, яка повинна стати основою подальшої співпраці між психологом і клієнтом. На думку науковця, психологу варто бути готовим до того, що людина яка пережила стресову подію не відразу піде на контакт. Досить часто люди ще довгий час при знайомстві лишаються осторонь. Також не варто сподіватися, що клієнт проявить люб'язність і щиросердечність. Та не зважаючи на все це, все ж варто приділяти клієнтам, які пережили травмуючі події, увагу, проявляти терплячість і тактовність, не змушувати їх насильно повертатись у своїх спогадах в ті події, адже це може призвести до ретравматизації клієнта з відповідними наслідками.

Другою фазою у підготовці до реабілітації є поглиблення довірчих стосунків. Часто в ході спілкування виникають певні суперечності, так ось успішне подолання таких і являє собою другу фазу. До таких суперечностей

відносять ситуації коли людина з одного боку хоче щоб її зрозуміли, а з іншого починає сумніватися, що це можливо. Або людина бажає поділитися самим найпотаємнішим, але при цьому не знає як приховати власний страх.

Первинна діагностика в свою чергу представляє третю фазу підготовки до реабілітації.

Мета підготовчого процесу полягає у тому, щоб якомога більше зацікавити людину співпрацювати з психологом. Для цього застосовують певні технології, такі наприклад, як:

- «технологія подолання недостатньої мотивації щодо власного життя;
- технологія пошуку ефективних мотиваторів;
- технологія активізації сліпих зон уваги» [71, с. 39].

Беручи до уваги результати нашого дослідження, пригадаємо наступне, для першої групи досліджуваних показник СЖО був не на високому рівні, і в даному випадку ми можемо рекомендувати застосування технології пошуку ефективних мотиваторів, яка включає в себе такі техніки: техніка мрій і фантазій про бажане майбутнє; техніка створення кіносценарію, казки, розповіді; техніка подолання перешкод; техніка активізації підтримки оточення.

Проте варто пам'ятати, що в нашій вибірці досліджуваних, також трапляються випадки з ознаками ПТСР, а тому дані техніки варто використовувати після процедури декомпресії особового складу. І тут також можна застосовувати техніки, які пропонує Т. М. Титаренко, у своєму посібнику «Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій», в межах технологій інтеграції травматичного досвіду, технологія вироблення ставлення до травми як до ресурсу, технологія покращення середовища життєдіяльності.

Як приклад розглянемо техніку психоедукації, яка дозволяє познайомити військового з причинами, процесами, наслідками травми і

відкрити можливості посттравматичного зростання. І тут можна використовувати і інші техніки.

Так як у нас рівень суїцидальних реакцій в одиночному випадку сягнув вище середнього, а решта знаходяться на низькому чи нижче середнього, для відновлення таких особистостей доречно використовувати техніки, які вміщуються в технологію подолання недостатньої мотивації [71, с. 40].

Саржевський С. Н у своєму посібнику по суїцидології, говорить про те, що жоден клініцист, який обстежує пацієнта із суїцидальними думками, не може спрогнозувати, що станеться з пацієнтом, тому до уваги варто брати конкретну оцінку ситуації і визначення ризику [66, с. 62].

Психологам варто приділяти щодо таких військових посилену увагу та пильність, проводити додаткові роз'яснювальні бесіди виховного характеру, адже не відомо, який чинник може стати «спусковим механізмом» у здійсненні суїциду.

Зазвичай такі військовослужбовці не допускаються до несення служби зі зброєю, і лише через певний час після проходження повторного опитування відбувається перегляд їх стану для висновків, щодо подальшого виконання завдань за призначенням.

Поодинокі – це хороший показник, але і в цьому випадку, ланці командирів варто приділити увагу таким військовим, а саме:

- проста розмова у невимушеній обстановці;
- під час розмови зменшити відстань «начальник-підлеглий», тим самим створити атмосферу довіри та комфорту;
- з боку начальника варто навести приклади з власної біографії про пошук рішень проблемних питань;
- історія з власного життя, значно зменшить напругу і може сприяти відвертій розмові із потенційним суїцидентом;
- голос, погляд, постава, все має бути зтишене і не здаватися таким «загрозливим»;

- думати глобально, широко, далекоглядно. Не допустити маніпулятивних дій з боку військовослужбовця, вміти розрізняти хибний і потенційний замах на власне життя;

- обов'язково висловлювати свою небайдужість до даного військовослужбовця, бути щирим і люб'язним, необхідно завірити солдата, що його проблема не байдужа і її можна вирішити, головне про неї не замовчувати;

- при зверненні військовослужбовця до командира, не нехтувати його проханням, за можливості приділяти час.

Надважливим фактором довіри солдата до свого командира є авторитет. Тому старшим за званням та посадами необхідно постійно працювати над підвищенням власних знань, умінь і практикувати продуктивне спілкування з особовим складом.

Взагалі коли ми говоримо про реабілітацію військовослужбовців, ми маємо окреслити її різновид. Так наприклад В. В. Стасюк у своїй монографії «Страх і паніка на війні», говорить про розрізнення реабілітації на такі: медична, військово-професійна, соціальна, психологічна.

Звернемо свою увагу на різновид – психологічна реабілітація. Представляє собою систему медико-психологічних, соціальних, і педагогічних заходів які спрямовані на корекцію та відновлення тих психічних функцій, станів особистості, які піддалися травматизації.

Одним із найефективніших методів реабілітаційного впливу на психіку особистості є психотерапія, і налічує в собі безліч напрямків. Використання якого залежить від особистісних професійних якостей психолога, психотерапевта, а також від індивідуальності випадку. Серед напрямків найбільш відомими є психоаналіз, психодрама, казкотерапія, клієнт-центрована терапія, арт-терапія, гештальт-терапія та інші [73, с. 226].

Обираючи той чи інший напрямок в психотерапії, варто знову наголосити про індивідуальність та специфічність кожного окремого випадку. Також існує безліч вправ, які спрямовані на самодопомогу.

Як ми з'ясували, для військовослужбовців нашої вибірки присутня також і самотність, яка має досить сильний позитивний зв'язок з ПТСР досліджуваних. І тут на цьому етапі велика відповідальність покладається не тільки на психологів, а й на командирів всіх структурних ланок. А для колишніх комбатантів, така відповідальність поширюється і на їх родини.

Так як сержант завжди знаходиться біля свого особового складу, він має звернути увагу на поведінку солдатів і надати всебічну допомогу у такому не простому середовищі.

Ми вважаємо, кожна людина від природи має свою душевну силу і потенціал. З народження дитині прививаються загальнолюдські цінності, виховується поняття взаємоповаги та взаєморозуміння. Варто говорити про це і з'ясувати чи є в житті респондента люди, які для нього є прикладом і їх присутність в його житті важлива. Адже підтримка рідних, близьких, коханих є потужною зброєю у боротьбі з тими реакціями психіки, які відбуваються у відповідь на стресову подію.

В екстремальних умовах, рівень нервово-психічної стійкості проявляється як найяскравіше. За умови низького рівня, можливі нервові зриви, які схильні порушувати психічну діяльність при появі сильних психічних і фізичних навантаженнях.

У своїй роботі «Психологічні особливості нервово-психічної стійкості та агресивності військовослужбовців» К. В. Борщ говорить про те, що «...велике практичне значення у службовій діяльності військових відіграє нервово-психічна стійкість, яка безпосередньо визначає стан психічного і соматичного здоров'я. Наявність помірного та високого рівня нервово-психічної стійкості дозволяє попередити розвиток особистісних розладів, створює основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, високої працездатності» [8, с.60].

Також рекомендується звертати увагу на поведінку військовослужбовців, в цей момент, спостерігається відстороненість, бажання усамітнитися, байдужість до того, що відбувається навколо,

емоційна загальмованість, неадекватні ситуації дії та висловлювання. Також відмічаються холоднокривність, обачність, агресія тощо. Притаманне також порушення сну, апетиту, працездатності.

Стосовно рекомендацій для командирів підрозділів, які безпосередньо працюють з особовим складом, варто підкреслити важливість проведення постійної психологічної профілактики. Це допоможе виявити на ранніх стадіях військовослужбовців схильних до суїцидальних проявів, і вчасно проводити психокорекційну роботу.

Загалом профілактика суїцидальних проявів носить комплексний характер до якої мають бути залучені медики, психологи, соціальні працівники, командири усіх ступенів, військові капелани.

Важливу роль відіграє робота психологів, які надають необхідну допомогу командиру і сержанту в роботі по керівництву військовим колективом. Реалізація педагогічної підготовки стає основою профілактики суїциду в Збройних Силах України. Так як командири і сержанти знаходяться в постійному контакті зі своїми підлеглими, наукова обізнаність стане їм у нагоді і розширить можливості проведення профілактичної роботи.

Причин і умов, що сприяють самогубству є безліч, тому командирам постійно доводиться вивчати і спостерігати за своїм особовим складом.

Корольчук В. В у своїй роботі «Профілактика суїциду серед військовослужбовців» окреслює напрями роботи:

« 1. Загальна профілактична робота; 2. Профілактична робота з військовослужбовцями, схильними до самогубства; 3. Робота з виявлення й усунення причин досконалого суїциду чи суїцидальних спроб» [40, с. 19].

Даний напрямок має на меті зацікавленість в особистому житті військовослужбовців, стану справ у їх родинах, з'ясуванні наявності різного роду проблем – освітніх, матеріальних чи інших. Сприяти їх вирішенні, надавати всебічну допомогу.

При плануванні бойової підготовки передбачати низку заходів для підвищення психічної стійкості, навчання прийомів психологічної взаємодопомоги.

З боку командирів, важливо провадити постійний контроль за вибіркою досліджуваних, щоб запобігти та унеможливити подальший розвиток вже проявлених ознак досліджуваних феноменів.

В межах своїх прав, командирам та сержантам варто постійно вивчати обстановку та стан справ у підрозділах, покращувати організацію проведення дозвілля, спортивно-масової роботи відповідно інтересам військовослужбовців. При виникненні нештатних ситуацій, припиняти грубість і хамство в колективі, формувати здоровий морально-психологічний клімат серед підлеглих, здійснювати духовну підтримку, заохочувати і шанувати честь і гідність кожного, не допускаючи міжособистісних конфліктів.

Олена Кравченко у роботі «Про профілактичні заходи щодо попередження суїцидальної поведінки у військовослужбовців Національної гвардії України» надає такі рекомендації, які доцільно додати до попередніх, наприклад такі, як «...дотримання гарантій соціальної та правової захищеності військовослужбовців; постійна турбота про особовий склад; оптимальний розподіл навантажень, проведення оздоровчих, лікувальних та медико-реабілітаційних заходів; проведення занять фахівцями-психологами в системі гуманітарної підготовки з особовим складом і керівниками частини (підрозділів) по розпізнаванню симптомів передсуїцидальної поведінки військовослужбовців; просвітницька діяльність, у межах службової підготовки, з метою формування у військовослужбовців готовності до виважених ефективних професійних дій у непередбачуваних, екстремальних ситуаціях та їх прихильності до здорового способу життя тощо» [42, с. 13].

У своїй роботі «Профілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців» Красницька О. В. описує тактику попередження самогубства, яку запропонував В. Сулицький, який описує три напрямки, а

саме ситуації що передують виникненню суїцидальних намірів, ситуації виникнення безпосередньо намірів на замах і ситуації замаху на суїцид.

У Збройних Силах України рекомендує також виконати наступні кроки:

- « - діагностика незвичної для військового поведінки;
- своєчасне виявлення факторів суїцидального ризику;
- передбачення можливих негативних явищ у поведінці військовослужбовців;
- виявлення й усунення причин, що сприяють появі думок про самогубство;
- надання своєчасної психолого-педагогічної підтримки військовослужбовцям;
- прогнозування результатів вирішення проблеми;
- підвищення рівня поінформованості військовослужбовців щодо можливих ознак суїцидального замаху, тобто спостереження та своєчасного виявлення загрози скоєння самогубства серед товаришів по службі тощо» [43, с.91-92].

Також ми вважаємо, щодо напрямів діяльності посадових осіб військової частини, по запобіганні самогубства, варто зазначити наступне – профілактика нестатутних взаємовідносин між військовослужбовцями, надання військовослужбовцям схильним до суїцидальної поведінки, своєчасної медичної, психологічної та іншої допомоги, створення у підрозділах ефективної системи індивідуально-виховної роботи та морально-психологічного забезпечення.

Підходи до профілактики і нагляду мають носити характер цілісності, багатокomпонентності. Так як самогубство одного, впливає на психологічний стан і фізичне здоров'я інших військовослужбовців. У зв'язку із цим, спеціально для військовослужбовців розроблено картки із вказаними чинниками ризику суїциду.

«Турбуйся про товариша. Прибери або сховай всі засоби, які можуть використовуватися для самотравмування. Спокійно контролюй ситуацію, не застосовуй силу. Вислухай товариша, щоб поліпшити його стан.

Укрий товариша від небезпеки. Ніколи не лишай товариша на одинці. Супроводи товариша до старшого за званням, капелана, психолога або лікаря.

Запитай товариша. Май сміливість запитати і зберігай спокій. Постав питання прямо, наприклад: «Ти думаєш про самогубство?»» [50, с. 16].

Також рекомендується на місці дислокації, запроваджувати груповий нагляд. Він складається з двох типів. Перший носить назву «нагляд товариша», за даним типом рекомендується тримати солдата в полі зору від підйому до відбою, протягом п'яти днів, до моменту повторного оцінювання. Такий тип нагляду призначається особам із низьким рівнем проявів. Ще один із варіантів такого нагляду містить управління особами, які словами виражали свої суїцидальні думки або завдали собі травмування у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння і опісля нічого не пам'ятають. Нагляд товариша, в такому випадку мінімізує повторення самотравмування.

Другий тип носить назву «цілодобове спостереження». Нагляд за таким військовослужбовцем відбувається протягом доби, і такий військовий має пройти повторне оцінювання у офіцера з морально-психологічного забезпечення чи психолога. Цілодобовий нагляд, є ефективним щодо військовослужбовців, які мають суїцидальні прояви саме щодо військового оточення та мають чимало чинників ризику.

Для ефективного проведення консультації з потенційним самогубцем, варто дотримуватися певних етапів. Наприклад встановити емоційний контакт, який буде характеризувати високий ступінь довіри, так зване співчутливе партнерство. Встановити послідовність подій, що призвели до кризової ситуації, так з'ясується, що могло вплинути на душевний стан, знімається відчуття безвихідності. Наступним етапом стає планування спільної діяльності в подоланні кризи. Після чого відбувається ухвалення

рішення, надається психологічна підтримка, яка має сформувати у особи відчуття впевненості у собі, в своїх силах і можливостях.

Бесіда з потенційним суїцидентом має бути побудована із дотриманням певних правил таких, як спілкування відбувається на рівних, мова має бути зрозумілою співрозмовнику, потрібно демонструвати свою прихильність, зацікавленість, проявляти щирий інтерес до проблем співрозмовника, уважно слухати про, що розкажує. Також важливим кроком є зниження напруги у співрозмовника. Це досягається шляхом слухання. Розповідь про емоції, які він відчуває. Концентрація уваги на його позитивних, сильних сторонах характеру і здібностей. Під час бесіди необхідно з'ясувати питання, стосовно подій чи обставин які викликати кризу; чи була така криза раптовою; чи може співрозмовник власними силами подолати цю кризу тощо.

Під час бесіди слід аргументовано переконувати військового в тому, що ситуація яка склалася у нього, вже траплялася з іншими і була успішно подолана, і якщо зміг інший, той він зможе. Необхідно запевнити співрозмовника, що все погане вже відбулося і тепер він на шляху відновлення, і він більше не сам у своїй боротьбі.

Якщо заходи, які були вжиті учасниками групового нагляду не дали відповідних позитивних результатів, офіцер-психолог або офіцер з морально-психологічного забезпечення, має надати командирові частини рекомендацію, щодо направлення таких військовослужбовців на консультацію до лікарів з відповідною освітою [50, с. 19].

Досвід армії США в управлінні ризиком суїциду і гоміциду, висвітлює наступне - «процедури групового нагляду використовуються в місцях постійної дислокації та в умовах бойового оточення як інструмент організації безпеки особового складу, коли в ньому присутній солдат із думками про суїцид чи вбивство» [2, с.75].

Так як і в ЗСУ, представники армії США, підкреслюють в армійському середовищі, у порівнянні із цивільним, наявність додаткових ресурсів у вигляді командування і товаришів по службі, які допомагають лікарю-

клініцисту керувати ризиком вбивства та самогубства. Груповий нагляд використовується в умовах бою та в умовах постійного місця дислокації, в основному у випадках з певним ризиком, що викликає занепокоєння.

На думку іноземних колег, госпіталізація необхідна у випадках з високим рівнем суїцидальних проявів але не є найкращим варіантом у вирішенні проблеми. Так як, має значне відторгнення від військового колективу, і може назавжди зашкодити поверненню військового до нормально несення служби. Груповий нагляд вважається чудовим прикладом роботи військових клініцистів, що працюють з командою для задоволення потреб психічного здоров'я військовослужбовця в обмежених умовах. Містить в собі такі якісні характеристики, як: наближеність, негайність, очікування, простота.

Враховуючи психо-емоційне напруження комбатантів в умовах бою, ми можемо зіштовхнутися із таким поняттям, як бойове виснаження, яке може стати причиною втоми, агресії, зневіри, страху та паніки при виконання завдань. Проте задоволення базових людських потреб, хоча б на певному рівні можуть посприяти послабленню інтенсивності напруги або навіть повністю її прибрати.

З індивідуальних бесід з військовими, випливає, що навіть розмова з членами команди є вагомою і корисною. Адже розповісти комусь далекому про свої проблеми не завжди легко, тому з боку командирів та сержантів, варто бути уважними та чуйними до проблем своїх підлеглих, не лишатися осторонь і брати участь у житті свого особового складу [2, с. 77].

Автори проекту «;igуб (I got your б – Я захищаю твій тил)», зазначають, людина яка має схильності до суїциду, має бути почутою.

Ні в якому разі не можна сприймати вислови про самогубство, як жарт чи маніпулювання або спробу привернути до себе увагу. Адже такі прояви можуть бути останньою надією на порятунок.

Не можна лишати таку людину на одинці. Потрібно залишатися на зв'язку з нею, слухати, розмовляти. Порадити зателефонувати на гарячу

лінію, людині стане краще якщо вона спілкуватиметься із спеціалістом, а за відсутності такого, навіть дружня присутність і підтримка будуть важливими. Також варто переконатися, що людина не має доступу до медикаментів, ріжучих предметів, вогнепальної зброї або таких речей, за допомогою яких можна нанести шкоду своєму здоров'ю, життю.

Вислови типу «зберися тряпко», «ти мусиш встати та йти», «ти подумав про своїх дітей?» не надихають, не мотивують, відштовхують.

На думку авторів, потрібно запевнити того хто втратив надію і не має більше ресурсу а ні для себе, а ні для інших, що просити про допомогу не соромно.

«Мені важливо щоб ти жив!» саме такі слова мають звучати для потенційного суїцидента. Вони зігрівають душу, вселяють надію на майбутнє, яке не відчувається. Усвідомлення того, що є люди, яким ти не байдужий. Саме ці слова можуть зупинити в критичну мить, повірити у майбутнє і йти далі [90].

Висновки до розділу 3

В третьому розділі «Особливості діяльності психолога в процесі соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій» ми розглянули два питання.

В першому питанні «Психологічна підготовка до майбутніх травмуючих подій» ми з'ясували, що сучасний бій і використання нової зброї вимагають високої моральної і психологічної готовності комбатантів. Існує різниця між перебуванням в зоні бойових дій і безпосередньої участі у бойовому зіткненні. Військовослужбовець, який бере участь у бою, відчуває на собі більший вплив травмуючої події. За таких умов не всі військовослужбовці здатні подолати наслідки таких подій самостійно, де-які потребують допомоги психолога та інших спеціалістів.

Вагоме місце у формуванні стресостійкості учасників бойових дій, посідає підготовка. Вона включає в себе не тільки знання і навички з

військових дисциплін, а й психологічну складову в процесі навчання. Як показує практика, мінімальні психологічні знання про можливі психологічні явища, з якими може стикатися військовослужбовець в небезпечній обстановці, сприяє такій підготовці. Досліджуючи дане питання, ми можемо зіштовхнутися з думкою, на що саме має бути спрямована психологічна підготовка особового складу. Отже на шляху до виконання поставленого завдання, перед військовослужбовцями постає ще кілька ворогів – стрес, страх, жах, паніка яка має тенденцію переростати в групову паніку, переляк, тривога, втома, стомлення.

Досвід бойових дій вказує на те, що військовослужбовці мають володіти навичкам і вмінням виживати у будь-яких екстремальних умовах і зберігати свою боєздатність. Виживати в екстремальних умовах означає: будувати житло із підручних засобів, добувати їжу, воду та вміти її знезаражувати, готувати їжу із сухого пайка, організовувати відпочинок і сон за самонаказом.

Метою такої підготовки є завчасне формування, до початку бойового зіткнення, психічної стійкості у військовослужбовців, тобто формування таких якостей за допомогою яких можна долати труднощі і успішно виконувати завдання, які будуть поставлені перед військовослужбовцями.

З вище зазначеного випливає, що якості, які складають психічну стійкість можна розвинути в ході моделювання майбутньої бойової обстановки, яка дозволить також оцінити і теоретичні знання воїнів і їх практичну підготовку щодо подолання різних стрес-факторів викликаних бойовою обстановкою.

У своїй роботі з психологічної підготовки особового складу, командири повинні керуватися нормативними документами, інструкціями, методичними рекомендаціями, які розроблені відповідними службами з морально-психологічного забезпечення ЗСУ, а також іншими джерелами, які допоможуть забезпечити психологічну підготовку та постійно підвищувати морально-психологічний стан особового складу підрозділу.

Періодичні польові виходи частин і підрозділів сприяють психологічній підготовці воїнів та при звичають їх до воєнно-польового побуту.

У другому питанні другого розділу, ми говорили про психологічні рекомендації родинам, психологам, командирам та іншим відповідальним особам які можуть бути застосовані у роботі з військовослужбовцями з суїцидальними проявами, що пов'язані з ПТСР.

Керуючись результатами досліджень які проводилися різними науковцями в різні часи, а саме післявоєнних періодів, і результатами нашого дослідження. Ми підібрали та опрацювали низку рекомендацій, щодо подальшої роботи з комбатантами, які мають ознаки ПТСР який корелює із суб'єктивною самотністю респондентів, має слабкий негативний зв'язок із показниками СЖО, і на перший погляд не пов'язаний із суїцидальними проявами комбатантів.

Отже, питанням психологічного супроводу та адаптації військовослужбовців, до умов служби, займаються Головне Управління Морально-Психологічного забезпечення ЗСУ, психологи при військових частинах, командири підрозділів, сержантський склад. Після звільнення з військової служби питанням адаптації до умов цивільного життя, пошуку роботи, отримання нових знань і реабілітації колишніх комбатантів, займаються фахівці соціальних структур, члени родини, а також інші установи.

Повертаючись до роботи психолога, можемо стверджувати, що плідна праця психолога, у військовій частині, з особовим складом залежить від таких факторів: психологічних особливостей особистості військовослужбовця, терміну перебування його в зоні бойових дій, вік, рід заняття до служби, регіон проживання і загально людські якості, такі як комунікабельність, рівень емпатії та інші. Не останнє місце у такій співпраці займають доброзичливість та психологічні особливості особистості психолога, його професіоналізм, рівень професійної підготовки та запас

методів для емпіричного дослідження займає не останнє місце у співпраці та рівні довіри до фахівця.

Повернувшись із зони бойових дій, реакція на цивільне життя у комбатантів може бути різною і до цього варто бути готовим. Адже по переду етап адаптації до мирного життя, усвідомлення минулих подій і себе в соціумі.

Як показує практика хтось спокійно починає працювати на роботі, активно проводить з друзями і родиною час, проте трапляються випадки коли страхіття війни не відпускають і продовжують проявлятися в свідомості колишнього військовослужбовця у вигляді тілесних реакцій на подразник, спалахи в пам'яті стресових подій, тривожні стани, напади агресії тощо.

В таких життєвих сценаріях мова йде про не нав'язливе спостереження і підтримку. За небажання звертатися за допомогою до спеціалістів з психологічної підтримки, рекомендується членам сімей звертатися за консультацією для правильної побудови поведінки і подальшого життя загалом з ветераном.

Коли ми говоримо про допомогу під час реабілітації на рівні сім'ї, то тут великого значення набуває розуміюча не обтяжуюча обстановка. Прояви любові і турботу займають перше місце. Вмикайте активне слухання, не уникайте не приємних розмов, а навпаки проявіть мужність і розуміння, коли рідна людина знаходить сміливість і потребу про це розповісти. У випадках коли спостерігається, що такі розповіді, спогади призводять до афективних станів, варто м'яко запропонувати звернутися до спеціаліста і отримати кваліфіковану допомогу, знизити рівень гостроти тих процесів, які виникли або ще можуть виникнути. Не запитуйте про плани на майбутнє, а живіть з учасником бойових дій тут і зараз, дозвольте прийняти факт того, що вижив, оцінити зовнішню обстановку і поступово повернутися до звичного способу життя.

Якщо стан комбатанта загострюється і він звертається за допомогою, то спеціалісту доцільно дотримуватися певного терапевтичного алгоритму який

складається з етапів. На першому етапі провадиться психоедукація стосовно травми і її наслідків. Сюди також відносять консультації з різних питань в галузі медицини, юриспруденції тощо. На даному етапі проводять психодіагностичну оцінку травматичного досвіду з визначенням ресурсів, потреб психіки, а також оцінку наслідків досвіду травматизації, формується терапевтичне середовище.

Наступним етапом терапевтичного алгоритму є робота з травмою та спостереження змін стану клієнта в процесі психотерапії. Завершальним етапом є уточнення та аналіз здобутих знань, результатів в процесі терапевтичного втручання.

ВИСНОВКИ

В межах кваліфікаційної роботи на тему «Психологічні особливості суб'єктивної самотності та ризик виникнення суїцидальних проявів, що пов'язані з ПТСР», виконано:

1. В результаті психологічного дослідження феномену «ПТСР», «суїцидальні прояви» та «суб'єктивна самотність», було здійснено теоретичний аналіз даних понять та з'ясовано наступне.

Воєнні дії, які ми спостерігаємо останні вісім років, та фаза повномасштабного вторгнення противника на територію України, призводять до значної психо-емоційної та фізіологічної напруги, що може сприяти виникненню посттравматичного стресового розладу, як у цивільного населення та і у військовослужбовців. Відстрочені наслідки такої напруги впливають на психофізичне здоров'я військових, на їх світогляд, ціннісні орієнтації, врешті психологічну врівноваженість.

Першим хто згадує про такі розлади – Джонатан Еріксен, англійський хірург, який вперше систематизував симптоматику психічних розладів після аварії на залізниці і запропонував дати назву «залізничний спинний мозок». Слідом за ним, Х. Оппенгеім, німецький вчений невролог, запропонував назву «травматичний невроз», що містить в собі комплекс симптомів сучасного ПТСР.

У різних авторів, це явище називалося по-різному, наприклад «бойове виснаження», «військова втома», «військовий невроз», «посттравматичний невроз» та інші.

Перші систематизовані дослідження провів А. Кардинер і назвав це явище «хронічним військовим неврозом», висловив свою думку про те, що невроз має як фізіологічну так і психологічну природу, і назвав перші симптоми ПТСР. Включають в себе збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травмуючої

події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій тощо.

Отже, можемо стверджувати, що ПТСР виникає на тлі травматичних подій, які викликають певні реакції суб'єктивного характеру, що у свою чергу викликають загальний дистрес.

Феномен самотності своєю багатогранністю, привів до розмежування на суб'єктивне відчуття і перебування на самоті. Науковці з філософії, психології, соціології дають своє визначення феномену самотності – на думку одних самотність це результат дефіциту соціальних зв'язків і спілкування, внутрішній суб'єктивний досвід, який не тотожний з об'єктивною ізоляцією, має негативний та деструктивний характер для особистості. Інші вважають, що самотність є необхідною передумовою для особистісного розвитку та самоактуалізації, і є позитивною складовою психологічного простору особистості.

Суїцид...саме слово змушує задуматися про цінність людського життя і про причини, які можуть слугувати проявам даного феномену.

Вивчення та аналіз причин самогубства становить проблему широкомасштабну і потребує погляду різних наук.

На думку науковців суїцидальні прояви – висловлювання, натяки, думки, які не супроводжуються якими-небудь діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

На перший погляд, якщо дії не спрямовані на позбавлення себе життя, то можна було б ігнорувати такий стан речей, та все ж варто враховувати, що носій таких проявів це людина, і в процесі свого життя вона змінюється, чи то під впливом зовнішніх обставин, чи внутрішніх особистісних факторів.

2. В ході проведення емпіричного дослідження зв'язку між ПТСР, суїцидальними проявами та суб'єктивною самотністю військовослужбовців були дотримані заплановані етапи та загально-наукові методи.

На першому етапі було здійснено первинну постановку проблеми, в межах якої визначено актуальність даного дослідження, об'єкт, предмет,

мету, завдання. Підбрано та проведено теоретичний аналіз літератури за обраною темою. Також складено план та графік написання кваліфікаційної роботи. Разом із актуальністю даного дослідження подано керівнику на розгляд (затвердження).

Наступним етапом визначено формулювання гіпотези – за умови якщо у респондентів діагностовано ознаки ПТСР, суб'єктивну самотність та суїцидальні прояви, постало питання, чи існує зв'язок між ними.

Щоб знайти відповідь на дане питання, було здійснено підбір методик, створення вибірки дослідження, погодження підібраних методик та їх застосування з керівництвом на робочому місці.

Для проведення емпіричного дослідження обрано вибірку 50 осіб та поділено на групи за віком.

Спираючись на первинну інформацію, яку було зібрано за допомогою власно розробленої анкети, специфіку несення служби, завдання, які ставлять перед військовослужбовцями, вікову категорію та період служби, для емпіричного дослідження було обрано відповідні методики.

Для з'ясування наявності зв'язку між ПТСР, суб'єктивною самотністю та суїцидальними проявами, використано статистичні методи в психології, а саме коефіцієнт кореляції Браує-Пірсона.

Також при дослідженні були використані загальнонаукові методи, як аспект науково-пізнавальної діяльності.

До них належать: системний і структурно-функціональний підхід, кібернетичний, імовірнісний, моделювання, формалізація та інші.

3. Після завершення процедури опитування, проведено інтерпретацію та аналіз отриманих результатів, визначено середнє та стандартне відхилення, а також встановлено наявність (відсутність) кореляційного зв'язку.

З'ясовано, що для створеної вибірки суб'єктивна самотність має позитивний зв'язок з ознаками ПТСР, з суїцидальними проявами кореляційний зв'язок набуває негативного характеру, з показниками СЖО

також кореляційний зв'язок негативний, проте близький до нуля. Респонденти першої групи в загальній сукупності мають показники смисложиттєвих орієнтацій, що знаходяться в межах середнього значення. Проте спостерігається значне зниження у де-яких респондентів за окремою шкалою. Для другої групи, показники СЖО в межах середнього, і в порівнянні з першою групою мають кращі результати. Загальні показники суїцидальних реакцій обраної вибірки на рівні показника – низький та нижче середнього, лише в одного респондента спостерігається рівень вище середнього.

4. На підставі отриманих результатів дослідження, надані психологічні рекомендації, які можуть бути корисними військовим психологам у роботі з особовим складом, родинам учасників бойових дій та практичним психологам, які надають допомогу військовим з ПТСР у цивільному житті. Зроблено відповідні висновки щодо спільної роботи.

Плідна праця психолога у військовій частині з особовим складом залежить від психологічних особливостей особистості військовослужбовця та особистості психолога, його професіоналізму, рівня професійної підготовки та запасу методів для проведення дослідження визначених ознак.

У своїй роботі з психологічної підготовки особового складу, командири повинні керуватися нормативними документами, інструкціями, методичними рекомендаціями розробленими відповідними службами, а також іншими джерелами, які допоможуть забезпечити психологічну підготовку та постійно підвищувати морально-психологічний стан особового складу підрозділу.

Не своєчасне виявлення та не надання допомоги особам з ПТСР, може призвести до непоправних наслідків – патологічних змін фізичного здоров'я та порушення в психо-емоційній сфері людини. Частими є порушення соціальних зв'язків, вживання алкогольних та інших заборонених психо-активних речовин, руйнування сімей.

Після звільнення з військової служби питанням адаптації до умов цивільного життя, пошуку роботи, отримання нових знань і реабілітації колишніх комбатантів, займаються фахівці соціальних структур, члени родини, а також інші соціальні установи. Повернувшись до мирного життя колишній військовий може гостро переживати споглядання того, як живуть цивільні, і не рідко можна спостерігати девіантну поведінку спровоковану суб'єктивним сприйняттям і усвідомленням не відповідності життя на фронті і в тилу.

В таких життєвих сценаріях мова має йти про не нав'язливе спостереження і підтримку. Якщо колишній комбатант не має бажання звертатися за допомогою до спеціалістів з психологічної допомоги, членам родини рекомендується самим звертатися за консультацією для правильної постановки подальшого життя з ветераном.

Коли мова йде про суїцидальні прояви серед військовослужбовців, до уваги варто брати не тільки результати отримані за допомогою методологічних опитувальників, а й власні спостереження, з подальшим поглибленим вивченням особливостей можливого суїцидента.

З боку командирів, важливо провадити постійний контроль за вибіркою досліджуваних, щоб запобігти та унеможливити подальший розвиток вже проявлених ознак досліджуваних феноменів.

Дотримуючись загальнолюдських норм поведінки і моралі, можна рекомендувати:

- проводити розмову у невимушеній обстановці;
- під час розмови зменшити відстань «начальник-підлегий», тим самим створити атмосферу довіри та комфорту;
- з боку начальника варто навести приклади з власної біографії про пошук рішень проблемних питань;
- історія з власного життя, значно зменшить напругу і може сприяти відвертій розмові із потенційним суїцидентом;

- голос, погляд, постава, все має бути зтишене і не здаватися таким «загрозливим»;
- обов'язково висловлювати свою небайдужість до даного військовослужбовця, бути щирим і люб'язним, необхідно завірити солдата, що його проблема не байдужа і її можна вирішити, головне про неї не замовчувати;
- при зверненні військовослужбовця до командира, не нехтувати його проханням, за можливості приділяти час.

Як відомо, суїцид може носити «демонстративний», «шантажуючий» характер, то при виявленні таких проявів варто відкидати нав'язливі, поспішні висновки про характер феномену, а приступити до детального вивчення і аналізу.

В межах своїх прав, командирам та сержантам варто постійно вивчати обстановку та стан справ у підрозділах, покращувати організацію проведення дозвілля, спортивно-масової роботи відповідно інтересам військовослужбовців. При виникненні нештатних ситуацій, припиняти грубість і хамство в колективі, формувати здоровий морально-психологічний клімат серед підлеглих, здійснювати духовну підтримку, заохочувати і шанувати честь і гідність кожного, не допускаючи міжособистісних конфліктів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абалмасова К. О., Демченко Я. А., Сергієнко О. О., Соціальна відчуженість осіб, які пережили травмуючу подію. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2015. – С. 24-28. Вип. 17.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 156 с.
3. Айвазян Л. Ю. Взаємозв'язок суб'єктивного відчуття самотності і розвитку особистості. Проблеми сучасної психології. 2011. – С. 5-8. Вип. 13.
4. Айвазян Л. Ю. Відмінності та особливості різновидів самотності. Проблеми сучасної психології. 2014. – С. 65-66. Вип. 25.
5. Айвазян Л. Ю. Особливості прояву самотності як психологічного явища – вісник Національного університету оборони України 5 (36)/2013.
6. Боженко М. І ПТСР-що день прийдешній нам готує? Збірник наукових праць Актуальні проблеми профілактичної медицини. Львів 2015. – С. 32-36.
7. Бондарь В. П., Ганжук І. І. Психологічна допомога та соціальна адаптація військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції. Український вісник медико-соціальної експертизи №3-4 (25-26) 2017.
8. Борщ К. В., Чичуга М. М Психологічні особливості нервово-психічної стійкості та агресивності військовослужбовців. Вісник Психологія діяльності в особливих умовах №2, 2017 – С. 87-93.
9. Бочелюк В.Й, Бочелюк В.В. Методика та організація наукових досліджень із психології: Навч. пос — К.: Центр учбової літератури, 2008, 360 с.
10. Бريدников Ю. Л., Реабілітація комбатантів: системна робота фахівців соціальних структур. Українське суспільство в умовах війни:

виклики сьогодення та перспективи миротворення: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 15 червня 2018 р. Маріуполь: ДонДУУ, 2018. 331 с.

11. Бугайова Н. М. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у період вікових криз. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ Актуальні проблеми психології, т. IX, вип.8 2016р.

12. Важинський С.Е., Щербак Т.І. Методика та організація наукових досліджень: Навч. посіб. / С. Е. Важинський, Т.І. Щербак. – Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – 260 с.

13. Віденєєв І. О. Конспект лекцій з навчальної дисципліни Психологія девіантної поведінки Міністерство культури та інформаційної політики України Харківська державна академія культури – Харків 2020 рік.

14. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки:[навчально-методичний посібник] / В. Войтко. – Кропивницький: КЗ «КОШПО імені Василя Сухомлинського», 2016. – 44с.

15. Волков Д. С., Абатурова О. А. Особливості психічного здоров'я учасників бойових дій ЗС України. Current issues of science, prospects and challenges. Volume 3 June 10, 2022 Sydney, Australia Collection of papers «SCIENTIA».

16. Ворона П. В., Участь місцевого самоврядування у соціально-психологічній допомозі учасникам війни, що виникла внаслідок агресії РФ проти України. Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 15 червня 2018 р. Маріуполь: ДонДУУ, 2018. 331 с.

17. Гаркуша І. В., Кайко В. І Формування компонентів психологічної готовності кандидатів до служби в Збройних Силах України - Modern researches in psychology and pedagogy: Collective monograph. Riga: Izdevnieciba "Baltija Publishing", 2020. 428 р.

18. Глушкова Т. О. Профілактика суїцидів у військових частинах/

Практ. Психологія і соц. Робота. – 2000. - №1. – С. 26-30; №2. – С. 27-28.

19. Гришко І. К. Самотність та суїцид – Злочинність у глобалізованому світі: матеріали XVI Всеукр. крм. Конф-я. для студентів, аспірантів та молодих вчених (м. Харків, 12 груд. 2017 р.) / за заг: ред. А. П. Гетьмана і Б. М. Головкина – Харків Право, 2017. – 420 с.

20. Громико О. В., Семенова Д. С. Проблема суїциду і суїцидальної поведінки в армійському середовищі. Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого» №4 (31) 2016.

21. Гура С.О. Психологія суїциду: навч. посіб. / С.О. Гура. – Х.: НУЦЗУ, 2016. - 129 с.

22. Гусейнова Н. О. Самотність як суб'єктивне переживання – Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск 1. 2013.

23. Довбій Т. Ю. Проблеми самотності в західній психологічній науці Проблеми екстремальної та кризової психології. 2011 – С. 9-13. Вип.9.

24. Друзь О. В., Заворотний І. В., Черненко І. О Терапевтичний алгоритм при Посттравматичному стресовому розладі з суїцидальною поведінкою у комбатантів. Український вісник психоневрології. 2022. Том 30, випуск 1 (110).

25. Дудник Ліна Алкоголізм як одна з форм девіантної поведінки в молодіжному середовищі – сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць. Ізмаїл РВВ ІДГУ. 2020. 184с.

26. Еверт О. В. Специфіка негативних психічних станів військовослужбовців, що виникають під впливом екстремальних умов службової діяльності – Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Вип. 14. Т. 6. 2018.

27. Ждан В. М., Катеренчук О. І., Шилкіна Л. М Посттравматичний стресовий розлад учасників військових конфліктів: літературна класика та сьогодення. Медичний форум №14 (14)/2018р.

28. Заяц О. В., Особливості прояву посттравматичного стресового

розладу у ветеранів. Теоретичні та методологічні проблеми практичної психології, її перспективи: Збірник доповідей міжвузівської студентської науково-практичної онлайн конференції, присвяченої 130-річчю з Дні народження К. Левіна. – Кропивницький, 2020. – 381 с.

29. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. К.: Педагогічна думка, 2016.- 219 с.

30. Зоран Комар Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів/ З. Комар. К., 2017. 184с.

31. Іванцев Л. І., Мацалак Ю. В. Негативні та позитивні аспекти феномену самотності як чинника особистісного розвитку – ГО Київська наукова організація педагогіки та психології. 2017.

32. Ігнатенко К. В. Ознаки та наслідки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та шляхи його подолання. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка №8 (322), 2018 – С. 126-129.

33. Каневський В. І Суїцидологія в соціальній роботі: [навчальний посібник] / В. І. Каневський. – Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2014. – 348с.

34. Кислий В. Д. Суїцид як психологічний феномен. Сучасна війна: гуманітарний аспект. Науково – практична конференція ХНУ ПС ім. Кожедуба, 31 травня – 1 червня 2018

35. Кіричевська Е. В., Психологія переживання психотравм війни через релігійну творчість. Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 15 червня 2018 р. Маріуполь: ДонДУУ, 2018. 331 с.

36. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. — 206 с.

37. Кокун О.М., Мороз В. М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Формування

психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до виконання завдань за призначенням під час бойового злагодження: метод. посіб. К.: 7БЦ, 2021. 170 с.

38. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Рекомендації військовим психологам щодо недопущення втрат військовослужбовців з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 15 червня 2018 р. Маріуполь: ДонДУУ, 2018. 331 с.

39. Коломієць Л. І., Григорук Є. В. Психологічний зміст самотності особистості – Психологічний часопис №3 (7) 2017 – С. 17-21.

40. Корольчук В. В. Профілактика суїциду серед військовослужбовців – Психологічний збірник 2016 – С.18-22.

41. Кочарян О. С., Барінова Н. В., Харченко А. О., Особливість структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. Психологічне консультування і психотерапія. Вип 9, 2018 - С. 35-39.

42. Кравченко О., Тробюк Н. Психологія. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2017 – С. 34-38 Випуск1.

43. Красницька О. В Профілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців. Актуальні проблеми психології Том XI Випуск 16, 2016 – С. 43-45.

44. Літнарівч Р. М. Основи математичної статистики у психології. Частина 3. навчальний посібник. – МЕНУ, Рівне, 2006, – 49 с.

45. Лобанова А.С., Калашнікова Л.В. Робота з підлітками-девіантами: соціологічний та психологічний аспекти: підручник для студентів вищих навчальних закладів. - К.: Вид-во «Каравела», 2017. – 470 с.

46. Люта О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. КНП Сумської обласної ради

«Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» 2019р.

47. Лебедєв Д.В., Назаров О.О., Тімченко О.В., Христенко В.Є., Шевченко І.О. П86 Психологія суїцидальної поведінки: Посібник/За заг. ред. проф. О.В.Тімченка – Харків, 2007. – 129 с.

48. Макаренко О. М., Ходос О. С. Феномен самотності та особливості її прояву у солдат призовників в Україні – Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Т.5. Випуск 13. 2013.

49. Матяш М. М., Худенко Л. І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. Укр. Мед. Часопис, 6 (104)-XI/XII 2014

50. Методичні рекомендації дії групи спостереження за суїцидальною поведінкою військовослужбовців. Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України спільно з Головним військовим медичним управлінням. . Затверджено: О. Грунтковський; Погоджено: М. Белінський Червень 2019, 49 с.

51. Методичні рекомендації з психологічної підготовки військовослужбовців Збройних Сил України щодо формування стресостійкості до дій в умовах різкої зміни бойової обстановки. Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України. Січень 2021.

52. Мозговий В.І Вивчення структурної організації особистості військовослужбовців в рамках психологічного супроводу на етапі їх адаптації – Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія», випуск 64, 2018 – С. 62-68.

53. Мормонська А. П., Волинець Н. В Особливості діяльності психолога з посттравматичними стресами. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна», №12/2016.

54. Мурті Вівек Самотність. Сила людських стосунків/ пер. з англ.. Олена Любенко. – К.: лабораторія, 2020. – 304 с.

55. Мусіюк Р.В Посттравматичний синдром як актуальна проблема сучасного суспільства. – Проблеми та перспективи розвитку забезпечення безпеки життєдіяльності. X Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених, курсантів та студентів 2021р.

56. Настанова з психологічної підготовки особового складу підрозділів сухопутних військ: Навчально-методичний посібник / За ред. Г. П. Воробйова. – Львів: АСВ, 2012. – 430 с.

57. Никоненко Ю. В. Теоретичний аналіз дослідження проблеми самотності в сучасній психології – Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Т. 7. Випуск 35. 2014 – С. 177-185.

58. О कोरोков Р.С. Соціально-психологічна дезадаптація та передумови суїцидальної поведінки військовослужбовців Збройних Сил України. Записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 32. 2021 – С. 156-162.

59. Помазова О. В. Теоретичні аспекти самотності як суб'єктивного переживання – Психологія і особистість. 2019 №1 (15) – С. 33-41.

60. Попелюшко Р. П. Емпіричне дослідження психологічних наслідків участі комбатантів у бойових діях. PARADIGM OF KNOWLEDGE №3(23), 2017.

61. Попелюшко Р. П. Психологічні особливості зниження рівня посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск 5. 2015.

62. Приходько І., Мацегора Я., Колесніченко О. Типізація індивідуально-психологічних особливостей у військовослужбовців, схильних до суїцидальної поведінки. Психологічні науки. Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України №1(9) 2018.

63. Прокоф'єва Л. Феномен самотності як ресурс самодостатності. Збірник наукових праць – Психологічні ресурси особистості: соціально

психологічний зміст. Ізмаїл – 2019.

64. Психологія бою/ Грицевич Т. Л., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Неурова А. Б., Романишин А. М.; за ред. А. М. Романишина. 3-тє опрац. вид. Львів: Видавництво «Астролябія», 2022. 336с.

65. Психология одиночества/ Гасанова П. Г., Омарова М. К. Киев. Общество с ограниченной ответственностью «Финансовая рада Украины» (Киев), 2017. – 76 с.

66. Саржевський С. Н. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». – Запоріжжя, 2020. – 87 с.

67. Самойлова О. В., Міщенко О. М. Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів. Актуальні проблеми сучасної медицини. Випуск II, 2018.

68. Свендсен Л. Фр. Г. Філософія самотності/ Ларс Фр. Г. Свендсен; пер. з норвезьк. – Львів: Видавництво: Ніка – Центр, 2017. – 208 с.

69. Синишина В.М. Психологічні чинники суїцидальної поведінки серед військовослужбовців / В. М. Синишина // Матеріали Міжнародної науково- практичної інтернет конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації: Збірник наукових праць. Переяслав, 2021. Вип. 73. – С. 118-121.

70. Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Бодян В. В., Марущенко К. Ю. Психологія страху на війні. Військова медицина України (2. 2019. Том 19).

71. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.]; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с.

72. Стандарт 000А22А ДМ до СТІ 000А.22А Психологічна підготовка. Головне управління Морально-Психологічного забезпечення Збройних Сил України 2019.

73. Стасюк В. В. Страх і паніка на війні.:Монографія. – К.: НУОУ, 2013.- 290 с.

74. Семенов С., Слурденко Д., Шевченко В. Психологічний аналіз суїцидальної поведінки військовослужбовців. Питання психології. Вісник Національного університету оборони України 3 (53) / 2019. – С. 73-81.

75. Тумольська В. «Я так більше не можу». Коли суїцидальні думки стають проблемою. The Village Київ 4 вересня 2021 (<https://www.the-village.com.ua/village/knowledge/simple-words/312249-suyitsidalni-dumki>).

76. Федосєєва І. В Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. «Молодий вчений» №9.1 (36.1) вересень 2016р.

77. Хамітов Н. В. Самотність у людському бутті. Досвід метаантропології. 2ге вид. пер та доп./Н. В. Хамітов. – К.:«КНТ»,2017.-370 с.

78. Чорнобай В. А Богословське осмислення феномена самотності. Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова. Київ – 2020.

79. Шаумян О. Г. Формування цілісності особистості в осіб, які схильні до переживання стану самотності – Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Т.1, випуск. 55 – 2020.

80. Швалб Ю. М., Данчева О. В. Одиночество: социально психологические проблемы. – К.: Из-во. Украина, 1991 – 270 с.

81. Шкурупій К. М. Теоретичний аналіз категорії «Психоедукація» у зарубіжній та вітчизняній психології. Теоретичні та методологічні проблеми практичної психології, її перспективи: Збірник доповідей міжвузівської студентської науково-практичної онлайн конференції, присвяченої 130-річчю з Дні народження К. Левіна. – Кропивницький, 2020. – 381 с.

82. Юденко О., Білошицький В., Бойченко С., Галашевський Г. Корекція стресостійкості засобами спортивних ігор у військовослужбовців із наслідками бойової травми. Військова освіта 1 (43), 2021. – С. 38-48.

83. Як допомогти родині учасника бойових дій : методичний посібник для соціальних працівників і психологів. – Чернігів: Десна Поліграф, 2017.

84. Adler A. B., Forbes D., Ursano R. J.(2022) Sustaining NATO servis member mental health during the crisis in Ukrain. BMJ Military Health.

85. Amelia S. Worsley Loneliness is a much more modern phenomenon than you migт think – World economic forum. 16 Apr 2018. Режим доступу (weforum.org/agenda/2018).

86. Chu, C., Stanley, I. H., Marx, B. P., King, A. J Vogt, D., Gildea, S. M., Hwang, I. H., Sampson, N. A., O'Brien, R., Stein, M. B., (2022.) Associations of vulnerability to stressful life events with suicide attempts after active duty among high-risk soldiers: results from the Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers-longitudinal study (STARRS-LS). Psychological Medicine, 1–11.

87. Claudia Hammond The surprising truth about loneliness – BBC Future. 1 st October 2018. Режим доступу (bbc.com/future/article/201).

88. Meghann Myers. Military suicides up 16 percent in 2020, but officials don't blame pandemic. Military Times. (<https://www.militarytimes.com/news/pentagon-congress/2021/09/30/military-suicides-up-15-percent-in-2020-but-officials-dont-blame-pandemic/>)

89. Slater P. K You`re not alone if: - Personal Growth. Jan 25, 2018. Режим доступу (medium.com/personal – growth).

90. Інтернет ресурс Проект Я захищаю твій тил (<http://www.igy6.com.ua/>).

Всього джерел – 90.

Джерел за останні п'ять років – 60

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 9 (30, 54, 68, 84, 85, 86, 87, 88, 89).

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 51 (2, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 45, 46, 50, 51, 52, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 81, 82, 83).

ДОДАТКИ**Додаток А****Анкета**

ПІБ _____ Вік _____ Період служби _____

1. Як на Вашу думку Ви щаслива людина?
2. Ви ведете активний спосіб життя?
3. Ви маєте хоббі?
4. Вам буває самотньо?
5. У Вас багато друзів?
6. У Вас є кохана людина?
7. Коли Ви перебуваєте на одинці, Вам комфортно?
8. Ви часто спілкуєтеся з тими хто Вам приємний?
9. На Вашу думку, самотня людина може бути щасливою?
10. На Вашу думку, самогубство є рішенням вирішення проблем?
11. Чи мали у Вашому житті місце болісні події, які викликали у Вас думки про смерть?
12. Чи часто Ви відчуваєте розчарування у комусь або в чомусь?
13. Бувають у Вас моменти коли Ви відчуваєте себе безпорадним, у розпачі?
14. Чи бувають у Вас моменти, коли Ви не здатні про щось інше мислити окрім якоїсь проблеми?
15. Виникають у Вас думки, що Вас ніхто не розуміє?
16. Буває так, що Ви хочете відсторонитися від оточуючих?
17. Чи виникають у Вас думки, що померти було б краще аніж жити?
18. Вам часто буває сумно?
19. Ви погоджуєтеся з тим, що життя прекрасне?
20. Як на Вашу думку, коли людина відчувається пригніченою і її щось турбує, їй варто про це говорити з кимось?
21. Якщо у Вас виникне подібна ситуація, чи звернетесь Ви за допомогою?

Опитувальник «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон»

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Розгляньте послідовно кожне з них та оцініть, наскільки часто їх прояви зустрічаються у Вашому житті. Можна вибирати з чотирьох варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи». Варіант, який Ви обрали, відмітьте знаком «+».

№	Твердження	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи
1	Я нещасливий, що займаюсь такою кількістю речей на самоті				
2	Мені нема з ким поговорити				
3	Для мене нестерпно бути таким самотнім				
4	Мені не вистачає спілкування				
5	Я відчуваю, ніби ніхто справді не розуміє мене				
6	Я ловлю себе на тому, що перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені				
7	Немає нікого, до кого я міг би звернутися				
8	Я зараз ні з ким не близький				
9	Ті, хто мене оточує, не поділяють мої ідеї та погляди				
10	Я відчуваю себе покинутим				
11	Я не здатний розкуто спілкуватися з тими, хто мене оточує				
12	Я почуваюся зовсім самотнім				
13	Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі				
14	Мені дуже не вистачає компанії				
15	Ніхто не знає яким я є насправді				
16	Я відчуваю, ніби мене ізольовано від інших людей				
17	Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий				
18	Мені важко знаходити друзів				
19	Я відчуваю, що я виключений із соціуму				
20	Навколо мене є люди, але вони не зі мною				

Додаток В

«Тест смысло-жизненные ориентации (методика СЖО), Д. А. Леонтьев»

		3	2	1	0	1	2	3	
1	Обычно мне очень скучно.								Обычно я полон энергии
2	Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей								Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной
3	В жизни я не имею определенных целей и намерений								В жизни я имею очень ясные цели и намерения
4	Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной								Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
5	Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие								Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.
6	Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться								Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.
7	Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал								Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.
8	Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.								Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.
9	Моя жизнь пуста и неинтересна.								Моя жизнь наполнена интересными делами
10	Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.								Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.
11	Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.								Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас
12	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство.								Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.
13	Я человек очень обязательный.								Я человек совсем не обязательный.
14	Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.								Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.
15	Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.								Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.
16	В жизни я еще не нашел своего призвания и ясных целей.								В жизни я нашел свое призвание и цели.
17	Мои жизненные взгляды еще не определились.								Мои жизненные взгляды вполне определились.
18	Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни.								Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.
19	Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.								Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями.
20	Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение								Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.

Додаток Г

«Шкала самооцінки PCL -М (військова версія)»

Ім'я _____

Вік _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «Х» у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання минулого місяця.

№п/п	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?					
4	Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?					
8	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?					
11	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь?					

Додаток Д

Реєстраційний бланк (СР-45 Юнацкевич)

П.І.Б. (повністю) _____ Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

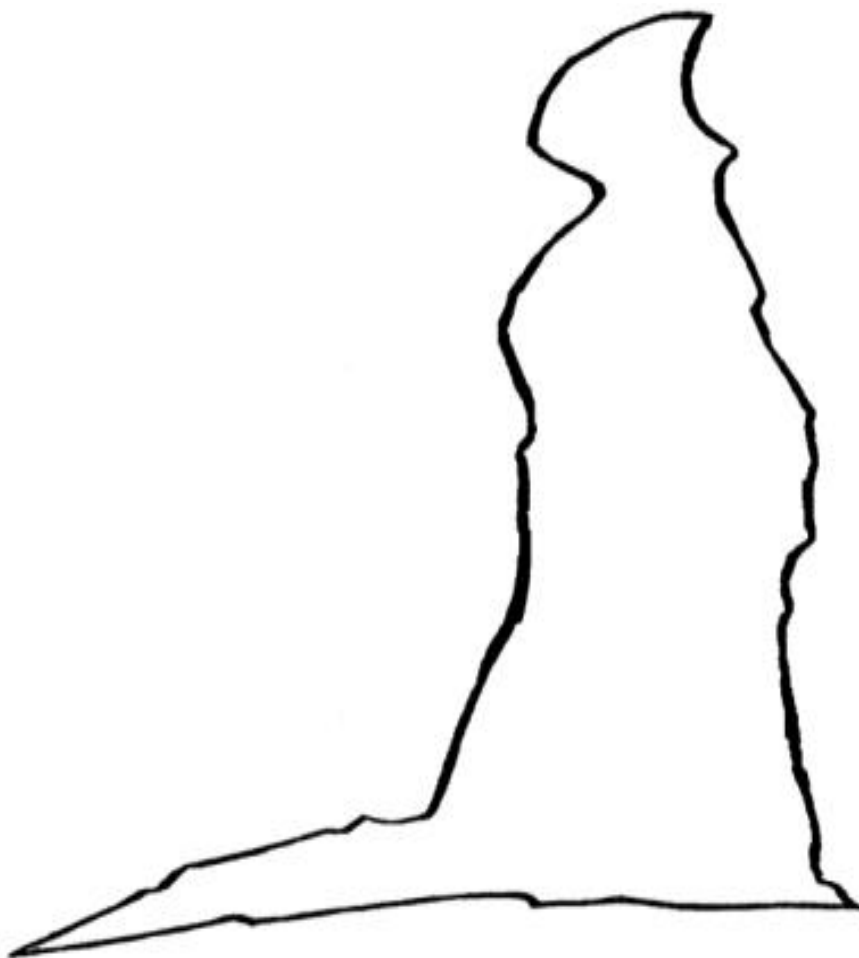
Інструкція: Вам будуть запропоновані твердження, які стосуються Вашого здоров'я та характеру. Якщо Ви згодні з твердженням, поставте знак "+" у графі "Так" в реєстраційному бланку, якщо ні – поставте знак "-" у графі "Ні". Над відповідями намагайтеся довго не замислюватися, правильних або неправильних відповідей немає.

№ Запису	Питання і твердження	Так	Ні
1	Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?		
2	Життя іноді гірше смерті.		
3	У минулому в мене була спроба піти з життя.		
4	Мене багато хто любить, розуміє та цінує.		
5	Можна виправдати безнадійно хворих, що обрали добровільну смерть.		
6	Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.		
7	Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити або не знайти.		
8	Як Ви вважаєте, опинившись у ситуації, коли Вас зрадили близькі та рідні, Ви зможете жити далі?		
9	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.		
10	У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.		
11	Завжди і скрізь намагаюся бути абсолютно чесною людиною.		
12	У мене, в принципі, немає недоліків.		
13	Можливо, далі я жити не зможу.		
14	Дивно, що деякі люди, опинившись у безвихідному становищі, не хочуть покінчити з життям.		
15	Почуття приреченості в підсумку призводить до добровільного позбавлення себе життя.		
16	Якщо буде потрібно, то можна виправдати позбавлення себе життя.		
17	Мені не подобається грати зі смертю наодинці.		
18	Часто перше враження про людину є визначальним.		
19	Я пробував різні способи позбавлення себе життя.		
20	У критичний момент я завжди можу впоратися з собою.		
21	У школі я завжди відрізнявся (відрізнялася) тільки гарною поведінкою		
22	Можу обманювати оточуючих, щоб погіршити своє становище		
23	Навколо мене досить багато нечесних людей.		
24	Одного разу я обирав декілька способів покінчити з життям.		
25	Досить часто мене намагаються обдурити або ввести в оману.		
26	Я б не хотів моментальної смерті після важких переживань.		
27	Я продовжив би жити далі, якби трапилася світова ядерна війна.		
28	Людина вільна чинити зі своїм життям так, як їй хочеться, навіть якщо вона обирає смерть.		

29	Якщо людина не вміє подати себе у вигідному ракурсі перед керівництвом, то вона багато чого втрачає.		
30	Нікому й ніколи не писав передсмертну записку.		
31	Одного разу намагався накласти на себе руки.		
32	Ніколи не буває безвихідних ситуацій.		
33	Пробував покінчити з життям таким чином, щоб не відчувати сильного болю.		
34	Треба вміти приховувати свої думки від інших, навіть якщо вони до мене байдужі.		
35	Душа людини напевно відчуває полегшення, якщо сама залишає цей світ.		
36	Можу виправдати будь-який свій вчинок		
37	Якщо я щось роблю, а мені починають заважати, то я все одно буду робити те, що задумав.		
38	Щоб людині позбутися від невиліковної хвороби та перестати мучитися, вона, напевно, повинна сама припинити свої страждання та піти з цього життя добровільно.		
39	Буває, сумніваюся в психічному здоров'ї деяких моїх знайомих		
40	Одного разу наважувався покінчити з життям.		
41	Мене турбує відсутність відчуття щастя.		
42	Я ніколи не йду на порушення закону, навіть у дрібницях.		
43	Іноді мені хочеться заснути й не прокинутися.		
44	Одного разу мені було дуже соромно через те, що хотілося піти з життя.		
45	Навіть у найважчій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.		

Графічний тест «Ваші думки про смерть» (Л. Б. Шнейдер)

Інструкція: перед вами фігура, що несе в собі символічне значення смерті. Це зображення очевидно, що не закінчене, в ньому не вистачає якихось важливих деталей. Домалюйте фрагменти, яких бракує, закінчіть картину смерті.



Додаток К

Дані опитування за «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон» для військовослужбовців вікова категорія 18-29 років

№ п/п	Високий (від 40 до 60 балів)	Середній (від 20 до 40 балів)	Низький (від 0 до 20 балів)
1	-	-	11
2	-	-	3
3	-	-	10
4	-	-	3
5	-	31	-
6	-	-	10
7	-	-	7
8	-	-	2
9	-	-	12
10	-	-	3
11	-	31	-
12	-	-	12
13	-	29	-
14	-	-	0
15	-	20	-
16	-	-	9
17	-	-	6
18	-	-	1
19	-	-	3
20	-	-	8
21	-	-	15
22	-	-	6
23	-	-	2
24	-	-	11
25	-	-	0
26	-	-	1
27	-	-	19
28	-	-	9

Додаток Л

Результати тестування за методикою СЖО Д. А. Леонт'єв
військовослужбовців вікова категорія 18-29 років

№ п/п	Цілі в житті	Процес Життя	Результат життя	Локус Контроля-Я	Локус контролю - життя	Загальний показник СЖО
1	34	36	30	23	27	107
2	40	37	26	27	39	125
3	39	36	32	27	35	124
4	38	36	28	26	34	115
5	20	16	17	14	25	70
6	31	27	26	22	28	97
7	42	36	35	28	42	134
8	41	37	31	27	38	130
9	30	26	28	22	34	97
10	24	24	20	16	24	80
11	28	33	24	18	34	103
12	26	27	20	16	24	85
13	37	28	29	23	36	109
14	32	32	26	21	32	114
15	30	29	26	19	27	78
16	42	36	35	28	42	134
17	37	35	29	24	34	114
18	35	30	34	19	36	112
19	41	30	35	28	42	125
20	35	26	31	26	32	105
21	32	31	27	18	29	99
22	42	36	35	28	42	134
23	39	38	33	25	35	123
24	32	33	25	25	34	114
25	29	25	24	18	31	89
26	40	35	35	27	41	130
27	26	20	15	19	21	80
28	31	23	21	14	26	84

Додаток М

Результати тестування за методикою Шкала самооцінки PCL – М (військова версія) військовослужбовців вікова категорія 18-29 років

№п/п	Результат	Висновок
1	19	не виявлено
2	24	не виявлено
3	20	не виявлено
4	55	виявлено
5	71	виявлено
6	27	не виявлено
7	17	не виявлено
8	18	не виявлено
9	28	не виявлено
10	24	не виявлено
11	50	виявлено
12	21	не виявлено
13	59	виявлено
14	34	не виявлено
15	17	не виявлено
16	20	не виявлено
17	33	не виявлено
18	29	не виявлено
19	36	не виявлено
20	18	не виявлено
21	60	виявлено
22	56	виявлено
23	25	не виявлено
24	22	не виявлено
25	17	не виявлено
26	18	не виявлено
27	25	не виявлено
28	28	не виявлено

Додаток Н

Результати опитування за «Методикою виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 (П. І. Юнацкевіч)» категорія 18-29 років

№ п/п	Оцінка	Рівень прояву
1	5	низький
2	5	низький
3	5	низький
4	4	нижче середнього
5	4	нижче середнього
6	4	нижче середнього
7	5	низький
8	5	низький
9	4	нижче середнього
10	5	низький
11	4	нижче середнього
12	5	низький
13	4	нижче середнього
14	5	низький
15	4	нижче середнього
16	5	низький
17	5	низький
18	5	низький
19	5	низький
20	5	низький
21	4	нижче середнього
22	4	нижче середнього
23	5	низький
24	4	нижче середнього
25	4	нижче середнього
26	5	низький
27	4	нижче середнього
28	5	низький

1. Середня величина \bar{X}

$\bar{X} = \sum X/n$, де $\sum X$ – сума значень дослідження, n – кількість учасників.

2. Дисперсія S^2

$$S^2 = (\sum (X_i - \bar{X})^2) / (n-1)$$

3. Стандартне відхилення X .

$$S = \sqrt{\sum d^2 / (n-1)}$$

5. Коефіцієнт кореляції Браве-Пірсона (r)

$$r = (\sum XY - n\bar{X}\bar{Y}) / ((n-1)S_x S_y), \text{ де}$$

$\sum XY$ – сума добутків даних із кожної пари;

\bar{X} – середня для даних змінних X ;

\bar{Y} – середня для даних змінних Y ;

S_x – стандартне відхилення для розподілу X ;

S_y – стандартне відхилення для розподілу Y .

Додаток Р

Дані опитування за «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон»

для військовослужбовців вікова категорія 30 років і більше

№ п/п	Високий (від 40 до 60 балів)	Середній (від 20 до 40 балів)	Низький (від 0 до 20 балів)
1			2
2			6
3			8
4		24	
5			19
6			2
7			1
8			3
9			10
10		22	
11		20	
12			4
13			5
14		36	
15			3
16			14
17		25	
18		20	
19		22	
20			16
21			5
22			17

Додаток С

Результати тестування за методикою СЖО Д. А. Леонт'єв
військовослужбовців вікова категорія 30 років і більше

№ п/п	Цілі в житті	Процес життя	Результат життя	Локус Контроля- Я	Локус контроля –життя	Загальний показник СЖО
1	34	37	27	24	32	108
2	7	22	12	14	23	64
3	38	30	30	26	34	113
4	30	22	15	14	22	68
5	29	26	26	18	24	91
6	28	29	26	26	22	112
7	42	42	35	22	42	134
8	40	34	33	28	32	125
9	38	30	30	26	22	110
10	29	26	26	18	24	91
11	35	29	23	22	31	105
12	42	41	35	28	40	138
13	39	41	33	21	35	120
14	19	21	14	13	30	76
15	38	33	27	23	29	104
16	29	24	21	20	22	89
17	36	32	23	23	35	109
18	33	29	17	17	18	84
19	35	29	23	22	31	105
20	39	41	33	21	35	120
21	35	34	28	22	22	109
22	27	30	23	19	30	95

Додаток Т

Результати тестування за методикою Шкала самооцінки PCL - М (військова версія) військовослужбовців вікова категорія 30 років і більше

№п/п	Результат	Висновок
1	33	не виявлено
2	33	не виявлено
3	32	не виявлено
4	54	виявлено
5	27	не виявлено
6	21	не виявлено
7	20	не виявлено
8	21	не виявлено
9	28	не виявлено
10	17	не виявлено
11	28	не виявлено
12	21	не виявлено
13	19	не виявлено
14	41	не виявлено
15	32	не виявлено
16	39	не виявлено
17	33	не виявлено
18	48	виявлено
19	35	не виявлено
20	17	не виявлено
21	28	не виявлено
22	21	не виявлено

Результати опитування за
 «Методикою виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45
 (П. І. Юнацкевич)» вікова категорія 30 років і більше.

№ п/п	Оцінка	Рівень прояву
1	5	низький
2	5	низький
3	5	низький
4	2	вище середнього
5	5	низький
6	5	низький
7	5	низький
8	5	низький
9	5	низький
10	5	низький
11	5	низький
12	5	низький
13	5	низький
14	5	низький
15	4	нижче середнього
16	4	нижче середнього
17	5	низький
18	4	нижче середнього
19	5	низький
20	5	низький
21	4	нижче середнього
22	4	нижче середнього

РЕФЕРАТ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОЇ САМОТНОСТІ
ТА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ, ЩО
ПОВ'ЯЗАНІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ»

Виконала: студентка групи ПС19-з

Гончаренко Оксана Миколаївна

Науковий керівник: Живоглядюв Юрій Олексійович

кандидат психологічних наук, доцент

Актуальність даного дослідження обумовлена низкою питань, які постають перед науковцями, психологами, лікарями і всіма тими фахівцями, хто не лишається байдужим до психологічного здоров'я осіб, які пережили травму, побували в стресових ситуаціях і відчували на собі, що таке війна.

Досвід проживання екстремальних ситуацій, породжує ризик отримання психологічних стресів, які можуть призводити до виснаження, як емоційного так і психо-фізіологічного.

Посттравматичний стресовий розлад, симптоми якого можуть проявитися вже через один місяць після травмуючої події, стають можливою причиною завершеного суїциду серед учасників. Даний розлад виникає як негайна або відстрочена реакція на стресову подію.

Можна припустити, що при діагностованому ПТСР або наявності суб'єктивної самотності у респондентів, ми зможемо спостерігати деструктивний вплив на свідомість індивіда і вважати такі чинники, ймовірними причинами суїцидальних проявів.

Мета: дослідити зв'язок Посттравматичного стресового розладу з психологічними особливостями суб'єктивної самотності та суїцидальними проявами визначеної категорії військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз понять "Посттравматичний стресовий розлад", "суїцидальні прояви" та "суб'єктивна самотність".

2. Організувати та провести емпіричне дослідження зв'язку між Посттравматичним стресовим розладом, суїцидальними проявами та суб'єктивною самотністю.

3. Провести аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.

4. Надати психологічні рекомендації, що стануть у нагоді психологам військових частин, родинам учасників бойових дій та практичним психологам, які надають допомогу військовим з Посттравматичним стресовим розладом у цивільному житті.

Об'єкт дослідження – особистісні та психоемоційні характеристики військовослужбовців з бойовим досвідом.

Предмет дослідження – психологічні особливості суб'єктивної самотності та можливість виникнення суїцидальних проявів, що пов'язані з Посттравматичним стресовим розладом.

У вступі обгрунтовано актуальність та практичне значення наукового дослідження, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, наведено відомості

щодо методик за допомогою, яких вони були отримані. Розкрито методологічні та теоретичні засади.

В першому розділі «Теоретичне дослідження феномену суб'єктивної самотності, суїцидальних проявів та ПТСР» були розглянуті питання та з'ясовано наступне.

Феномен суб'єктивної самотності варто розмежовувати із поняттям ізольованості вимушеної чи самоусвідомленої, даний феномен містить негативні та позитивні сторони. Негативна сторона характеризується як деструктивна складова особистості, яка сприймається особистістю суб'єктивно і призводить до викривлення сприймання дійсності оточуючого середовища, пригнічує емоційний стан людини, вносить корективи у поведінку, на думку особистості самотність у неї така як ні у кого іншого, і ніхто не в змозі її зрозуміти.

Позитивна сторона проявляється, у просторі де зароджується можливість активувати свої здібності до саморозвитку, самоактуалізуватися для якісного становлення особистості, можливість переосмислення свого буття і розширення світогляду, переоцінка важливих аспектів життя для особистості. Самотності не варто боятися, з точки зору гуманістичної психології – ми маємо з добром приймати все, що до нас приходить. Так і самотність, яка має свої грані усамітнення, відлюдництва, ототожнення, виникає з багатьох причин, чи то негативне світосприйняття в цілому, і себе в ньому чи то особистий пошук усамітнення.

Суїцидальні прояви – висловлювання, натяки, думки, які не супроводжуються якими-небудь діями, спрямованими на позбавлення себе життя. Поняття, що включає в себе суїцидальні прояви – суїцидальна поведінка.

Для армійського середовища, проблема суїцидальних проявів є досить гострою. Це зумовлено і тим, що наша держава переживає важкий період, через повномасштабне вторгнення держави агресора на територію нашої держави. І це призвело також до підвищення інтересу щодо психологічної готовності проходження військової служби всіма військовозобов'язаними громадянами у ЗСУ. Висока динамічність, фізична навантаженість, перебудова власної свідомості і переоцінка цінностей, носять не аби який стресовий характер для військових. Відтак велика увага приділяється військовослужбовцям, які не мають досвіду служби в армії, а також тим хто вже побував у зоні бойових дій.

Військова практика, нажаль показує різноманітні спроби суїциду: самоповішення, самостріли, порізи кінцівок, отруєння та інші.

Вчасне виявлення глибинної структури внутрішніх і зовнішніх форм не завжди під силу і досвідченим спеціалістам, а відтак це унеможлиблює вчасну профілактику суїцидальних проявів серед військовослужбовців.

До істинного ризику суїцидальних проявів можна віднести також ПТСР, який містить в собі один із симптомів важкого ПТСР, суїцидальні наміри. Та все ж варто пам'ятати про різні етапи прояву самого розладу та його підвиди.

Історія виникнення і постановки даного розладу, сягає часів війни в різних куточках світу.

Етіологія ПТСР має поліфакторний характер. В основі лежать надпотужні життєво-небезпечні стресори, їх інтенсивність, також соціальне оточення постраждалих, їх особистісні особливості та біологічна схильність.

ПТСР виділили як особливу рубрику в МКХ-10 і поділяють на такі типи, як: *Тривожний тип ПТСР*, *Астенічний тип ПТСР*, *Дисфоричний тип*, *Соматоморфний тип*. Симптоми проявляються через шість місяців після травмуючої події, і такі випадки відносять до відстроченого виду.

Перебіг ПТСР характеризується нав'язливими відтвореннями у свідомості жертви, травмуючих подій, які супроводжуються флеш-беками та тригерами.

В другому розділі «Емпіричне дослідження психологічних передумов суїцидальних проявів та суб'єктивної самотності військовослужбовців, що пов'язані з їх психологічними особливостями ПТСР» були розглянуті питання організації та методики проведення емпіричного дослідження, аналізу та інтерпретації отриманих результатів, здійснений порівняльний аналіз отриманих даних досліджуваної вибірки.

Після завершення етапу погодження доцільності використання обраного інструментарію з науковим керівником та керівництвом на робочому місці, було проведено емпіричне дослідження з респондентами створеної вибірки чисельністю 50 осіб. В дослідженні брали участь комбатанти, які не перебувають в зоні бойових дій більше одного місяця.

Спираючись на первинну інформацію, яку було зібрано за допомогою власно розробленої анкети, специфіку несення служби, задачі, які ставляться перед солдатами, вікову категорію та сімейний стан, для емпіричного дослідження було обрано слідуєчі методики: «Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон»; «Тест смисложиттєвих орієнтацій Д. А. Леонтьєв»; «Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)»; «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: CP-45 в модифікації (П. І. Юнацкевіч)»; «Графічний тест «Ваші думки про смерть» (Л. Б. Шнейдер)».

Створену вибірку для дослідження було поділено на дві групи. До 1 групи увійшли 28 осіб віком 18-29 років, до 2 групи – увійшли респонденти в кількості 22 особи віком 30 років і старше.

За «Шкала самооцінки PCL - M (військова версія за DSM-IV)» для першої групи респондентів чисельністю 28 осіб, ознаки ПТСР діагностовано у 6 осіб, 22 особи ПТСР не виявлено. Середнє значення показника для групи 31,01 не сягає рекомендованого рівня для підозри ПТСР по всій групі. Проте у де-яких випадках при дослідженні, діагностовані ознаки, і цього виявилось достатнім щоб кореляційний зв'язок між двома змінними, ПТСР та відчуття суб'єктивної самотності, набув позитивного значення $r=0,6$. Для першої групи встановлено, що у 4 осіб рівень прояву самотності на середньому рівні, 24 особи відчувають самотність на низькому рівні.

Показники СЖО першої групи знаходяться в межах середнього та стандартного відхилення на рівні 107,53. Такий результат може свідчити в більшості випадків, про здорове ставлення до свого життя, своїх цілей на майбутнє, до рівня задоволеності минулим, результатом життя і наповненості теперішнього.

Кореляційний зв'язок між показниками ПТСР та СЖО для першої групи знаходиться на рівні $r=-0,1$ має від'ємне значення і прямує до нуля.

Результати дослідження за «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій СР-45 в модифікації П. І. Юнацкевич», з низьким рівнем суїцидальних реакцій 16 військовослужбовців, 12 військовослужбовців знаходяться на рівні нижче середнього.

Для даної групи кореляційний зв'язок між двома змінними є від'ємним і становить $r=-0,5$, що свідчить про відсутність зв'язку.

Для другої групи досліджуваних у двох осіб із групи діагностовано ознаки ПТСР, один респондент набрав 48 балів, незважаючи на таку кількість балів має відмічені ознаки на рівні «помірно» у діапазоні питань від 1 – 5; 6 – 12; 13 – 17, відповідно до вимог інтерпретації результатів.

За результатами «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона» 7 осіб відчувають самотність на середньому рівні, 15 учасників дослідження відмічають самотність на низькому рівні. Присутній позитивний кореляційний зв'язок між двома змінними на рівні $r=0,5$.

Наступним кроком було проведення необхідних розрахунків щодо кореляційного зв'язку між ПТСР та СЖО для другої групи. З'ясовано, що даний зв'язок має від'ємний характер $r=-0,67$.

Результатом опитування за «Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 (П. І. Юнацкевич)» – один респондент має рівень проявів вище середнього, п'ять досліджуваних мають рівень нижче середнього і шістьнадцять респондентів показують низький рівень суїцидальних проявів. Кореляційний зв'язок для респондентів даної категорії військовослужбовців, між ознаками ПТСР та суїцидальними реакціями має від'ємне значення $r=-0,6$.

Аналізуючи кореляційний зв'язок показників обох груп, ми бачимо, що для першої групи зв'язок між ПТСР і суб'єктивною самотністю є сильнішим, так і у випадку зв'язку ПТСР і СЖО показник кореляції наближений до одиниці, для другої групи він набирає протилежного значення. У випадку порівняння суїцидальних реакцій, для двох груп можна говорити про незалежність існування двох явищ.

В третьому розділі «Особливості діяльності психолога в процесі соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій» ми розглянули два питання.

В першому питанні «Психологічна підготовка до майбутніх травмуючих подій» ми з'ясували, що сучасний бій і використання нової зброї вимагають високої моральної і психологічної готовності комбатантів. Існує різниця між перебуванням в зоні бойових дій і безпосередньої участі у бойовому зіткненні.

Військовослужбовець, який бере участь у бою, відчуває на собі більший вплив травмуючої події. За таких умов не всі військовослужбовці здатні подолати наслідки таких подій самостійно, де-які потребують допомоги психолога та інших спеціалістів.

Вагоме місце у формуванні стресостійкості учасників бойових дій, посідає підготовка. Вона включає в себе не тільки знання і навички з військових дисциплін, а й психологічну складову в процесі навчання. Досвід бойових дій вказує на те, що військовослужбовці мають володіти навичкам і вмінням виживати у будь-яких екстремальних умовах і зберігати свою боєздатність.

Метою такої підготовки є завчасне формування, до початку бойового зіткнення, психічної стійкості у військовослужбовців, тобто формування таких якостей за допомогою яких можна долати труднощі і успішно виконувати завдання, які будуть поставлені перед військовослужбовцями.

З вище зазначеного випливає, що якості, які складають психічну стійкість можна розвинути в ході моделювання майбутньої бойової обстановки, яка дозволить також оцінити і теоретичні знання воїнів і їх практичну підготовку щодо подолання різних стрес-факторів викликаних бойовою обстановкою.

У своїй роботі з психологічної підготовки особового складу, командири повинні керуватися нормативними документами, інструкціями, методичними рекомендаціями, які розроблені відповідними службами з морально-психологічного забезпечення ЗСУ, а також іншими джерелами, які допоможуть забезпечити психологічну підготовку та постійно підвищувати морально-психологічний стан особового складу підрозділу.

У другому питанні третього розділу, ми говорили про психологічні рекомендації родинам, психологам, командирам та іншим відповідальним особам які можуть бути застосовані у роботі з військовослужбовцями з суїцидальними проявами, що пов'язані з ПТСР.

Керуючись результатами досліджень які проводилися різними науковцями в різні часи, а саме післявоєнних періодів, і результатами нашого дослідження, ми підібрали та опрацювали низку рекомендацій, щодо подальшої роботи з комбатантами, які мають ознаки ПТСР, що корелюють із суб'єктивною самотністю респондентів, має слабкий негативний зв'язок із показниками СЖО, і на перший погляд не пов'язаний із суїцидальними проявами комбатантів.

Питанням психологічного супроводу та адаптації військовослужбовців, до умов служби, займаються Головне Управління Морально-Психологічного забезпечення ЗСУ, психологи при військових частинах, командири підрозділів, сержантський склад. Після звільнення з військової служби питанням адаптації до умов цивільного життя, пошуку роботи, отримання нових знань і реабілітації колишніх комбатантів, займаються фахівці соціальних структур, члени родини, а також інші установи.

Повертаючись до роботи психолога, можемо стверджувати, що плідна праця психолога, у військовій частині, з особовим складом залежить від таких

факторів: психологічних особливостей особистості військовослужбовця, терміну перебування його в зоні бойових дій, вік, рід заняття до служби, регіон проживання і загально людські якості, такі як комунікабельність, рівень емпатії та інші. Не останнє місце у такій співпраці займають доброзичливість та психологічні особливості особистості психолога, його професіоналізм, рівень професійної підготовки та запас методів для емпіричного дослідження, рівень довіри до фахівця.

Коли ми говоримо про допомогу під час реабілітації на рівні сім'ї, то тут великого значення набуває розуміюча не обтяжуюча обстановка. Прояви любові і турботи займають перше місце. Вмикайте активне слухання, не уникайте не приємних розмов, а навпаки проявіть мужність і розуміння, коли рідна людина знаходить сміливість і потребу про це розповісти. У випадках коли спостерігається, що такі розповіді, спогади призводять до афективних станів, варто м'яко запропонувати звернутися до спеціаліста і отримати кваліфіковану допомогу, знизити рівень гостроти тих процесів, які виникли або ще можуть виникнути. Не запитуйте про плани на майбутнє, а живіть з учасником бойових дій тут і зараз, дозвольте прийняти факт того, що вижив, оцінити зовнішню обстановку і поступово повернутися до звичного способу життя.

Якщо стан комбатанта загострюється і він звертається за допомогою, то спеціалісту доцільно дотримуватися певного терапевтичного алгоритму який складається з етапів. На першому етапі провадиться психоедукація стосовно травми і її наслідків. Сюди також відносять консультації з різних питань в галузі медицини, юриспруденції тощо. На даному етапі проводять психодіагностичну оцінку травматичного досвіду з визначенням ресурсів, потреб психіки, а також оцінку наслідків досвіду травматизації, формується терапевтичне середовище.

Підсумком дослідження кваліфікаційної роботи є теоретичний аналіз феномену «ПТСР», «суїцидальні прояви» та «суб'єктивна самотність», проведено емпіричне дослідження зв'язку між ПТСР, суїцидальними проявами та суб'єктивною самотністю військовослужбовців, в ході якого було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів. На підставі отриманих даних проведено психологічний, порівняльний аналіз та надані психологічні рекомендації, які можуть бути корисними військовим психологам у роботі з особовим складом, родинам учасників бойових дій та практичним психологам, які надають допомогу військовим з ПТСР у цивільному житті.

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу студентки 4 курсу спеціальності 053 «Психологія»
Університету економіки і права «КРОК»

Гончаренко Оксани Миколаївни, виконану на тему:
**«Психологічні особливості суб'єктивної самотності та ризик виникнення
суїцидальних проявів, що пов'язані з посттравматичним стресовим
розладом»**

Тема кваліфікаційної роботи набирала своєї актуальності з часів коли людство почало звертати увагу на наповненість сенсом відходу від життя не природнім шляхом інших людей, і з'явилися перші думки і спроби пояснити такий вчинок. І в наш час актуальність не втратила своєї гостроти, а навпаки продиктована подіями в Україні починаючи з 2014 року, від початку антитерористичної операції в Україні та анексії півострову Крим. Часи сьогодення диктують зростання уваги до вивчення феноменів в психологічному просторі особистості, що мають місце проявлятися під впливом війни.

Виконання кваліфікаційної роботи проводилося згідно затвердженої теми та поставленим завданням, з чітким дотриманням структурних елементів, які зазначені у змісті та відповідно до вимог виконання кваліфікаційних робіт.

Завдання, які були поставлені, виконані в повному обсязі, підхід до вирішення мав всебічний характер, висунута гіпотеза про взаємозв'язок досліджуваних змінних, була перевірена шляхом обрахунку отриманих результатів за допомогою статистичних методів у психології. Перед проведенням дослідження, з кожним респондентом була проведена роз'яснювальна робота на рахунок теми дослідження, мети та використаних методик. Також була проведена оцінка фізичного та емоційного стану респондентів шляхом опитування, на предмет можливості та згоди на участі у дослідженні.

Новизна проведеного дослідження полягає в уточненні особистісних та психоемоційних характеристик військовослужбовців, які безпосередньо актуалізуються в умовах війни та участі в бойових діях і являють собою психологічні передумови виникнення суб'єктивної самотності та суїцидальних проявів військовослужбовців, що пов'язані з їх особливостями ПТСР.

Дослідження має якісний характер так, як військовослужбовці самостійно власноруч заповнювали бланки з відповідями, не часто зверталися за роз'ясненням до дослідника, тим самим відображали суб'єктивну картину свого стану на момент опитування.

Інтерпретація отриманих результатів та відображення їх графічно, проводилася за допомогою використання комп'ютерних програм Microsoft Office, а також мережі інтернет для пошуку публікацій, періодичних видань тощо. Розрахунки отриманих даних проводилися за допомогою статистичних методів у психології, а саме коефіцієнт кореляції Брауна-Пірсона.

Кваліфікаційна робота відображає не тільки вже отримані відомості багатьма дослідниками, а й власні напрацювання. Результати дослідження отримані в ході опитування військовослужбовців, які брали участь у бойових діях як з часів АТО, ООС так і з моменту повномасштабного вторгнення агресора на територію України в лютому місяці 2022 року.

Психологічні рекомендації, які зустрічаються у роботі, можуть бути використані як з військовими так і з колишніми комбатантами в цивільному житті.

Текст кваліфікаційної роботи має логічну структуру, доречно описує присутні у роботі діаграми, графіки, таблиці у відповідності до вимог державних стандартів.

До виявлених недоліків при написанні кваліфікаційної роботи, можна віднести в деяких аспектах відхід від використання наукового стилю.

Кваліфікаційна робота відповідає вимогам написання роботи та надає можливість присудити випускнику освітнього ступеня бакалавра.

Рецензент:

доктор психол.наук, ст. наук. співр.,
професор кафедри психології
05.06.2023

Петрунько О.В.