

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Бондаренко-Берегович Валерія Валентинівна

УДК 159.98

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО ТА
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра
Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело

_____В. В. Бондаренко-Берегович

Керівник роботи:
Журавльова Лариса Петрівна
завідувач кафедри психології,
д. психол. н., професор

Житомир – 2023

АНОТАЦІЯ

Бондаренко-Берегович В. В. Психологічні особливості адаптації учасників АТО та учасників бойових дій. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеню магістра за спеціальністю 053 «Психологія», ОПП «Практична психологія» – Поліський національний університет, Житомир, 2022.

У 2022 році на території України змінюються основні соціальні тенденції: починають згуртовуватися небайдужі спеціалісти із різних областей для спільної допомоги військовим, з'являються волонтери, триває процес налагодження взаємозв'язків між різними категоріями населення, починається перекваліфікація спеціалістів різних сфер для допомоги армії.

В роботі досліджується роль емпатії як один із чинників процесу адаптації військовослужбовців до соціуму.

Структура роботи. Перший розділ присвячено теоретичним та методологічним питанням проблем соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій. Психопатологічні стани у військовослужбовців виникають не тільки під час виконання бойових завдань, але й після повернення до цивільного життя. Другий розділ містить емпіричне дослідження особливостей чинників соціально-психологічної адаптації учасників військових дій, зокрема їх рівня емпатійності, аналіз особливостей проявів симптомів ПТСР у двох групах (АТО і БД), визначення особливостей динаміки особистісного зростання респондентів. В третьому розділі надані психологічні рекомендації щодо становлення позитивної соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій. Кваліфікаційна робота підсумована загальними висновками.

Психологічні рекомендації охоплюють основні три фактори, що впливають на процес соціально-психологічної адаптації: соціальні відносини (самореалізація в професійній сфері, питання матеріального забезпечення);

питання психологічної адаптації (взаємини з оточенням, емоційний баланс, розвиток емпатійності); проблеми відновлення свого фізичного стану (здоровий спосіб життя, фізичні навантаження, зміна звичок, режим дня).

Спільними чинниками соціально-психологічної адаптації для учасників АТО та БД є: наявність позитивного чи негативного ескапізму; прояв форм та рівня розвитку інтегральної емпатії; специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації учасників для АТО є: питання духовності; наявність альтруїзму; прийняття інших, доброзичливе ставлення; позитивний ескапізм. Специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації для учасників БД є наступні: підозра на наявність ПСТР, прагнення до домінування; негативний ескапізм, наявність емоційного комфорту, вік.

Ключові слова: соціально-психологічна адаптація, чинники адаптації, емпатія, учасники АТО, учасники бойових дій, психологічна травма.

SUMMARY

Bondarenko-Berehovych V.V. Psychological features of adaptation of ATO participants and combatants. – Qualification work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 «Psychology», OPP «Practical Psychology» - Polish National University, Zhytomyr, 2022.

In 2022, the main social trends on the territory of Ukraine will change: caring specialists from various fields will begin to unite for joint assistance to the military, volunteers will appear, the process of establishing relationships between different categories of the population will continue, and retraining of specialists from various fields to help the army will begin.

The work examines the role of empathy as one of the factors in the process of adaptation of military personnel to society.

Structure of work. The first chapter is devoted to theoretical and methodological issues of social and psychological adaptation of combatants. Psychopathological conditions in military personnel occur not only during combat missions, but also after returning to civilian life. The second section contains an empirical study of the features of the factors of social and psychological adaptation of participants in military operations, in particular their level of empathy, analysis of the features of the manifestations of PTSD symptoms in two groups (ATO and CO), determination of the features of the dynamics of personal growth of respondents. In the third section, psychological recommendations are provided for the formation of positive social and psychological adaptation of the participants in hostilities. The qualification work is summarized with general conclusions.

Psychological recommendations cover the main three factors affecting the process of social and psychological adaptation: social relations (self-realization in the professional sphere, issues of material support); issues of psychological adaptation (relationships with the environment, emotional balance, development of

empathy); problems of restoring one's physical condition (healthy lifestyle, physical activity, change of habits, daily routine).

Common factors of socio-psychological adaptation for participants of ATO and CO are: the presence of positive or negative escapism; manifestation of the forms and level of development of integral empathy; specific socio-psychological factors of participants' adaptation to ATO are: issues of spirituality; presence of altruism; acceptance of others, benevolent attitude; positive escapism. Specific socio-psychological factors of adaptation for CO participants are the following: suspicion of the presence of PTSD, striving for dominance; negative escapism, presence of emotional comfort, age.

Key words: socio-psychological adaptation, adaptation factors, empathy, ATO participants, combatants, psychological trauma.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	13
1.1. Проблеми соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.....	13
1.2. Роль емпатії в питаннях адаптації військовослужбовців до соціуму.....	17
Висновки до розділу 1.....	20
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ДЕТЕРМІНАНТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО ТА БОЙОВИХ ДІЙ В УМОВАХ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ	23
2.1. Методи дослідження учасників бойових дій.....	23
2.2. Особливості соціально-психологічної адаптації учасників АТО та бойових дій.....	30
2.3. Особливості функціонування чинників соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.....	32
2.3.1. Емпатійність учасників бойових дій.....	37
2.3.2. Особливості проявів симптомів ПТСР учасників бойових дій.....	47
2.3.3. Особливості динаміки особистісного зростання учасників бойових дій.....	54
Висновки до розділу 2.....	59
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВИТКУ ПОЗИТИВНОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	64
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	81

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТО – антитерористична операція;
БД – бойові дії;
БНМ – бачення нових можливостей;
ДЦ – духовні цінності;
ООС – операція об’єднаних сил;
ПЗ – посттравматичне зростання;
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад;
СІ – ставлення до інших;
СО – сила особистості;
УБД – учасники бойових дій;
ЦЖ – цінність життя.

ВСТУП

Актуальність дослідження. У зв'язку із подіями 2022 року в Україні настає процес формування нового типу особистості, що характеризується потребою в єдності зі своїми співвітчизниками, вираженими рисами патріотизму, сильною волею, здатністю до боротьби із ворогом, зміною життєвих пріоритетів, розвитком емпатійних рис характеру. На території України змінюються основні соціальні тенденції: починають згуртовуватися небайдужі спеціалісти із різних областей для спільної допомоги військовим, з'являються волонтери, триває процес налагодження взаємозв'язків між різними категоріями населення, починається перекваліфікація спеціалістів різних сфер для допомоги армії.

В науковому просторі основні зміни стосуються сфери інституту психологічної допомоги в питаннях екстреної психологічної допомоги постраждалим в результаті війни, в тому числі і військовослужбовцям. Методи, що застосовувалися при дестабілізації психічних станів в учасників АТО, в ситуації військового стану, не завжди мають такі ж показники ефективного впливу на соціально-психологічну адаптацію, як раніше. Тому настає гостра потреба у створенні нових методів діагностики, інструментів психологічного аналізу, методів корекційної роботи щодо військових, які були мобілізовані в 2022 році, оскільки за відсутності попередньої військової та психологічної підготовки зростає ризик отримання ними сильної психологічної травми, розвитку симптомів ПТСР, проблем із наступною адаптацією до соціального життя.

Для сприяння покращенню соціально-психологічної адаптації виникає необхідність в додатковому дослідженні основних детермінант, що впливають на процеси соціально-психологічної адаптації у військових. Дослідження та аналіз відмінностей учасників АТО та учасників бойових дій 2022 року дозволить визначити загальну динаміку процесу психологічної адаптації в учасників АТО та БД. Порівняльний аналіз показників

інтегральної емпатії, показників посттравматичного зростання, ПТСР та рівня соціально-психологічної адаптації дозволяє встановити кореляційні взаємозв'язки критеріїв, що є детермінантами успішної адаптації військовослужбовців.

Одним із важливих факторів в питаннях адаптації та дезадаптації після проходження бойового досвіду особистості, крім рівня військової підготовки та тривалості стресової ситуації, важливу роль відіграють ще й вікові особливості учасників бойових дій. Додаткове дослідження вікової динаміки учасників АТО та БД може сприяти більш глибокому вивченню чинників, що є важливими в питаннях адаптації військових. Проблемами теоретичного аналізу процесів адаптації займалися такі вчені як Б.Г. Ананьєв, О.М Леонтьєв, Ж. Піаже, Г.О. Балл, Л. Практичні дослідження в цій царині проводилися Ф.Е. Василюком, Н.А.Агаєвим, І. Галецькою, О.В. Змановською, І.А. Красильників.

Наукові дослідження щодо психологічних чинників адаптації військовослужбовців та соціальних проблем в процесі реабілітації проводилися такими науковцями як О.І. Богучарова, Д.С. Волков (вивчення психологічних особливостей військової праці комбатантів у Донбасі), Л.П. Журавльова (дослідження феномену емпатії), В.О. Климчук (дослідження чинників посттравматичного зростання), Л.М. Коробка (аналіз соціально-психологічної адаптації спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту), Б.П. Лазоренко (розроблення та дослідження технології парадоксальної трансформації психологічної травми в ресурс соціально-психологічної реабілітації), А.П. Мельник (теоретичний аналіз чинників психологічної реабілітації військовослужбовців), Г.П. Сябренко, Г.М.Колева (аналіз організації медико-психологічної допомоги для ветеранів війни), О.В. Чуйко (проблеми соціальної реабілітації).

Проте, дослідження проблеми соціально-психологічної адаптації військовослужбовців тривають і далі та потребують узагальнених висновків та формування єдиної концепції, яка зможе об'єднати зусилля вчених, що

працюють в даному напрямі, для створення ефективних інструментів допомоги учасникам бойових дій.

Зважаючи на соціальну, соціально-психологічну та наукову актуальність вище описаної проблематики й було обрано тему кваліфікаційного дослідження: «Психологічні особливості адаптації учасників АТО та учасників бойових дій».

Об'єкт дослідження: особливості соціально-психологічної адаптації.

Предмет дослідження: психологічні детермінанти соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.

Мета дослідження полягає у вивченні та аналізі детермінант соціально-психологічної адаптації учасників АТО та учасників бойових дій в умовах повномасштабної російської агресії.

Розглядаються **гіпотези** про те, що учасники АТО та бойових дій в умовах повномасштабного вторгнення Росії в Україну мають спільні та специфічні чинники адаптації; форма та рівень розвитку показників інтегральної емпатії у взаємозв'язку з рівнем посттравматичного зростання за умови відсутності підозри на синдром ПТСР впливають на ефективність соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.

Для цієї роботи використовувались наступні **методи дослідження**:

- теоретичні методи дослідження, що включають в себе: опис, аналіз, синтез, узагальнення, пояснення, систематизація;
- емпіричні методи, що включають в себе: тестування (діагностику), порівняння, вимірювання;
- математико-статистичні методи: групування; графічні методи (гістограми, діаграми; коробковий графік); кореляційні (коефіцієнт кореляції Пірсона); розподілу даних; знаходження t-критерію Стьюдента.

Теоретичні та емпіричні завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових матеріалів та досліджень проблематики соціально-психологічної адаптації учасників АТО та бойових дій.

2. Виокремити та дослідити особливості соціально-психологічної адаптації учасників АТО та учасників бойових дій.

3. Визначити детермінанти процесу соціально-психологічної адаптації учасників АТО та бойових дій.

4. Знайти ефективні методи психологічного впливу на процес соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій для практичного застосування службами психологічної допомоги.

Практичне значення роботи. Результати емпіричного дослідження можуть застосовуватися в практичній діяльності психологів при проведенні психологічного консультування учасників бойових дій щодо ефективної соціально-психологічної адаптації, проведенні психологічної профілактики у роботі з учасниками АТО та учасниками бойових дій в Україні в 2022 році. Дослідження впливу рівня розвитку емпатії на процеси адаптації у військовослужбовців дають можливість в подальшому при розробці інтегральних психологічних методик для покращення адаптації у військових опиратися на результати проведених емпіричних досліджень. Функціонування процесу адаптації учасників бойових дій досліджено в розрізі вікової динаміки, що дає змогу більш глибоко оцінити вплив вікових особливостей учасників бойових дій на адаптаційні процеси після повернення із зони бойових дій.

Виявлення детермінуючих факторів та механізмів покращення адаптаційного процесу забезпечує актуалізацію їх у психопрофілактичній та психокорекційній роботах психологічних служб.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи були оприлюднені на:

- VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя» (28-30 квітня 2022 року, м. Суми);

- 100-річчя Поліського національного університету: здобутки, реалії, перспективи : збірник праць учасників Міжнародної науково-практичної

конференції (1 листопада 2022 р.). Житомир: Поліський національний університет, 2022. 680 с;

- III Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів» (31 жовтня 2022 р.). Київ: Державний науково-дослідний інститут.

Список опублікованих праць за темою кваліфікаційної роботи:

1. Журавльова Л. П, Бондаренко-Берегович В.В. Вікові особливості емпатійності учасників антитерористичної операції та учасників бойових дій. *100-річчя Поліського національного університету: здобутки, реалії, перспективи*: збірник праць учасників Міжнародної науково-практичної конференції, 1 листопада 2022 року, м. Житомир, 2022. С. 355-361.

2. Бондаренко-Берегович В.В. Психологічні рекомендації щодо позитивної соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій, як складова психологічної безпеки військовослужбовця. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів*: III Міжнародна науково-практична конференція, 31 жовтня 2022 року, м. Київ, 2022. С. 180-183.

3. Бондаренко-Берегович В.В., Журавльова Л. П. Емпатія в процесі адаптації учасників АТО та учасників бойових дій (прийнято до друку).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них та додатків. Загальний об'єм праці становить 90 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Проблеми соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій

Поняття адаптації може трактуватися відповідно до конкретного наукового підходу до її вивчення. Перші спроби використання цього терміну у науці були зроблені ще в 1865 році німецьким фізіологом Г. Аубертом як реакція пристосування органів чуття в результаті зміни чутливості аналізаторів у зв'язку із впливом діючих подразників. Згодом це поняття набуло більш широкого значення. В широкому розумінні поняття адаптації трактується як активна взаємодія людини та середовища, що залежить від ступеня активності особистості [3, 11, 12].

Підходи у вивченні адаптації можна поділити на:

- біологічно-фізіологічний підхід;
- психологічний підхід;
- інформаційно-комунікативний підхід.

Зміст біологічно-фізіологічного підходу характерна для науковців, що здійснюють практичні дослідження, залучаючи інститути медичної допомоги Г.П. Сябренко, Г.М. Колєва, В.Д. Кислого, О.О. Теличкіна [7]. Під адаптацією розуміється пристосування будови організму до внутрішніх чи зовнішніх змін, які обумовлені саме впливом хімічних, екологічних, біологічних та фізіологічних критеріїв. В рамках даного підходу досліджуються наступні види адаптації: біологічна, анатомічна, фізіологічна, екологічна, ергономічна та медичинська.

Психологічний підхід до вивчення феномену адаптації розглядає поєднання соціально-психологічних та діяльнісних ставлень суб'єкта адаптації до свого середовища. Досліджуються наступні види адаптації: соціально-психологічна, особистісна, окремо соціальна та психологічна

адаптації, професійна [9, 10].

Інформаційно-комунікативний підхід до поняття адаптації передбачає процеси сприйняття, пошуку та переробки інформації людиною під час контактів із соціальним середовищем. Взаємна адаптація психосемантичних систем є предметом дослідження даного підходу [39, 45].

Відповідно соціальна адаптація як процес налагодження людиною соціально-ролевих зв'язків здійснюється в двох сферах: соціально-психологічній та професійній [44].

Часто при вирішенні питань адаптації учасників бойових дій до мирного життя, спеціалісти державних установ декларують різноманітні соціальні допомоги, вирішують питання правового захисту, інформують про «пільги», призначають грамоти та відзнаки, реалізують соціальні проекти з первинної допомоги та забезпечують підтримку інших важливих аспектів соціального життя військовослужбовця, не виділяючи особливо роль психологічної допомоги. Ситуація дещо покращилася після створення служб психологічної допомоги саме для учасників бойових дій (гарячі лінії, програма соціально-психологічного перезавантаження для ветеранів АТО/ООС, соціальні заходи із забезпечення надання комплексної соціально-психологічної допомоги ветеранам АТО). Для розуміння проблем соціально-психологічної адаптації військових необхідно володіти інформацією про стресові фактори, які впливали на особистість учасника бойових дій.

За визначенням Н.А. Агаєва [2] існує поділ стресорів за категоріями тривалості та інтенсивності. Короткотривалі стреси: такі, що спричиняють страх та тривогу; викликають неприємні фізичні відчуття; навантаження у зв'язку із темпом обробки великого потоку інформації; помилкові дії (прорахунки в тактичних рішеннях) та ін. До тривалих стресів відносяться: монотонна діяльність чи ризикові операції, що викликають втому та виснаження; режим ізоляції (переміщення в район бойових дій, відсутність контакту із близькими); участь у військових діях (бої). Бойові стресори поділяють на специфічні та неспецифічні. Контузії, каліцтва, загибель

товаришів, картини смерті чи людських мук, загроза фізичній цілісності та життю відносяться до специфічних стресорів. Потенційна загроза життю, постійна напружена діяльність, ігнорування основних біологічних потреб, різку умови зміни умов служби, обов'язок виконувати накази керівництва, можливість отримати поранення, ризик потрапляння в полон відносяться до неспецифічних стресорів. Інтенсивність бойового стресу залежить від наступних факторів: характер військових дій, ступінь напруженості, кількість людських втрат, ступінь бойової активності військового, оцінка значущості бойового завдання [2 с. 7-8].

Також на інтенсивність стресу учасників бойових дій впливають і наступні фактори:

- соціальні (негативне чи позитивне ставлення до війни в країні);
- етнічні (етнічна близькість з національністю противника);
- релігійні (ставлення церковних організацій до військових подій, особисті духовні цінності особистості);
- сімейні (наявність родинних стосунків в країні-агресорі);
- інші [2, 9].

За думкою Н.А. Агаєва такі риси як зовнішній самоконтроль та оцінка значущості бойового завдання впливають на реакцію військовослужбовця. Індивідуальні психологічні особливості та особисті якості, ступінь бойової мотивації, професійна підготовка, внутрішнє сприйняття ролі військових дій у житті, психологічна готовність визначають ступінь впливу бойових стресорів на психічний стан учасника бойових дій. Серйозні психічні розлади можуть розвиватися за наявності слабого типу нервової системи [2].

Прояви військового стресу відрізняють за:

- інтенсивністю (від стану патології до підвищеної психічної напруги);
- рівнем прояву (патологічний, психофізіологічний, психологічний);
- рівнем усвідомленості конкретною особистістю учасника бойових дій (не усвідомлює, частково, усвідомлює);
- за сферою прояву (емоційна, мотиваційна, вольова, когнітивна,

поведінкова);

- ступенем самоконтролю проявів (гіпермобілізовано або гіпомобілізований);

- характеристикою типу впливу на оточуючих (колег) під час переживання стресу;

- тривалістю проявів;

- аспектами впливу на виконання службових обов'язків.

Види змінених психічних станів поділяють на :

- бойова стресова реакція – адаптаційна активність особистості в умовах військових дій. Характеризується напругою механізму реактивної саморегуляції;

- бойова втома чи бойова психічна травма – як стан патології центральної нервової системи як результат впливу бойового досвіду на особистість (поведінка підконтрольна патофізіологічним механізмам, можливе виникнення психопатологічних синдромів);

- ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) – відповідь на стресову подію психофізіологічної системи особистості після латентного періоду (не більше 6 місяців) загрозливого характеру;

- реактивний стан – форма бойової психіатричної патології [2, 9].

Психопатологічні стани у військовослужбовців виникають не тільки під час виконання бойових завдань, але й після повернення до цивільного життя. Зловживання спиртними напоями, ігрова залежність, вживання наркотичних засобів, агресивність, депресія, апатія та інші прояви деструктивної поведінки, які спочатку виглядають як прояв негативного ескапізму, можуть бути показниками порушення психічного стану військовослужбовця [31, 25, 30]. Необхідні ефективні інструменти ранньої діагностики постстресових станів, які можуть допомогти виявити військовослужбовців із низьким рівнем соціопсихологічної адаптації та високим рівнем ризику розвитку ПТСР. На нашу думку, такі необхідно розробити інтегральні психологічні методики, які зможуть діагностувати

саме ранні прояви дезадаптаційного процесу в учасників бойових дій. Організація емпіричного дослідження зумовлена пошуком методик, які доповнюючи одна одну, в результаті зможуть покращити ефективність аналізу психічного стану військових, які звертаються за допомогою в психологічні служби чи проходять необхідне тестування у відповідних військових частинах.

Авторським визначенням соціально-психологічної адаптації є процес відновлення людиною соціальних ролей, що включає в себе прояв емпатійності, підвищення рівня емоційного комфорту в процесі спілкування та реінтегрування в соціум та включає широкий спектр (іноді невиражених) внутрішніх почуттів щодо суб'єктів оточення.

1.2. Роль емпатії в питаннях адаптації військовослужбовців до соціуму

Після повернення із зони бойових дій під час взаємодії військовослужбовців із соціальними процесами в особистості відбуваються різноманітні переживання різної складності та різного типу й рівня. Задіяні психофізіологічний, психічний, соціопсихологічний та духовний аспекти особистості під час процесу адаптації. Так як природа емпатії є біопсихосоціодуховним утворенням (Л.П. Журавльова [27]) із базовим психологічним механізмом емоційного перемикавання (переключення з емоцій об'єкта на емоції її суб'єкта), то вивчення динаміки різномодального реагування суб'єкта на емпатогенну ситуацію є необхідною умовою розуміння процесів, що відбуваються під час взаємодії людини із соціумом, особливо процесу адаптації, так як біполярний розвиток емпатійності буде впливати на напрямок поведінки суб'єкта: від асоціальної до просоціальної поведінки. Емпатійні ставлення (представлені в тесті на емпатії за Л.П. Журавльовою) демонструють функціональні характеристики емпатії в соціальній взаємодії особистості [15, 17, 9].

Емпатійний розвиток особистості відбувається протягом всього життя. Однією із характеристик такого розвитку є поступове ускладнення структурних і функціональних характеристик емпатійних проявів, інтегрованість в інші системи, гендерна різниця, дискретні характеристики, біфуркаційні параметри (перехід в інший тип функціонування за певних умов), вплив соціальних та культурних факторів. Система детермінант для розвитку емпатійності включає в себе: психофізіологічні, індивідуально-психологічні, типологічні та соціокультурні параметри. Так як відомі основні чинники, що впливають на розвиток емпатійності, можна стверджувати, що емпатія підлягає розвивальному і психокорекційному впливу. Відповідно актуалізація та розвиток системної взаємодії показників адаптивності та характеристик емпатійності особистості сприяє покращенню процесів реінтеграції військових до мирного життя [17, 46, 47].

Психологічні моделі різних видів емпатії розроблених Л.П. Журавльовою [16, 27] дають змогу на першому етапі діагностики емпатійності респондентів розділити «психоемпатійні типи» особистості на такі, що мають дуже високий, високий, середній, низький та дуже низький рівень емпатійності. Такий розподіл дає змогу співставити «психо-емпатійні тип» особистості із показниками рівня адаптивності чи дезадаптивності, а також із іншими визначеними характеристиками адаптаційних процесів.

Емпатія як інтегральна характеристика людини має різні рівні розвитку:

- психофізіологічний (натуральна емпатія);
- психічний (елементарна емпатія);
- соціопсихологічний (особистісно-смилова емпатія);
- трансцендентний (трансфінітна емпатія).

Переживання визначається, як одиниця емпатійного процесу [17 с. 59-60].

Особистісно-смилова емпатія розвивається на базі елементарної (включає її) та є попереднім рівнем для досягнення трансфінітної емпатії. Чотири виміри емпатії поділяються на:

- 1) структурний (рівні відображення емпатогенної ситуації);
- 2) динамічний (механізми емпатії);
- 3) функціональні (емпатійні ставлення);
- 4) хронологічний (просторово-часовий);

Кумулятивна закономірність розвитку емпатії приводиться в дію за допомогою специфічних генетично-пов'язаних механізмів як реакція на емпатогенну ситуацію, що має різні рівні відображення емпатії особистістю. Спіралевидний неперервно-дискретний розвиток емпатії людини відбувається шляхом емоційного перемикавання (перемикавання із переживань об'єкта емпатії на переживання її суб'єкта та включенням механізму регресії як перцептивної відповіді на встановлений зв'язок із об'єктом), закладеною емпатійною установкою, біполярністю соціально-чуттєвого механізму та системою пошуку активації, ведучою для даного типу нервової системи [58].

Під час процесу адаптації в учасників бойових дій функціонування рефлексорних та особистісних механізмів забезпечують прояв елементарної емпатії (індиферентність, співпереживання) та особистісно-смислової (створення моделі поведінки, реальна поведінка стосовно емпата: сприяння чи протидія). Біполярний механізм соціально-перцептивної функції особистості забезпечує перехід від психічного рівня емпатійного реагування до соціально-психологічного. Такий біполярний механізм спрацьовує завжди при переході від первинних типів емпатії (нижчі форми) до більш вищих, які стосуються переживань щодо почуттів об'єкта емпатії. Консонантна емпатія відображає вищі форми прояву емпатійності (позитивні емоції у об'єкта провокують такі ж у суб'єкта), а дисонансна емпатія функціонує навпаки: позитивні переживання у об'єкта викликають негативні у суб'єкта.

Прояв трансфінітної емпатії може свідчити як про консонантну динаміку розвитку емпатію, так і дисонансну. Присутні в особистості асоціальні механізми поведінки часто можуть бути прихованими під гіпертрофічними проявами доброти, виявом занадто помітної доброзичливості, турботливості. Для підтвердження чи заперечення такого

припущення доречно провести дослідження щодо взаємозв'язку синдромів ПТСР, рівня дезадаптації та рівня альтруїзму.

Отже, кожен рівень емпатії містить в собі попередній. Розвиток емпатійності проходить протягом всього життя людини. Ускладнення емпатійних реакцій проходить через психологічний розвиток людини із урахуванням її вікових особливостей. Тобто на кожному віковому періоді формуються нові емпатійні ставлення. На розвиток емпатії впливають не тільки вікові кризи, але й переживання стресових подій людиною. Дослідження рівня емпатії у військовослужбовців в розрізі вікової динаміки, дозволить встановити взаємозв'язок між функціонуванням механізму адаптаційного процесу та розвитком емпатії у різних вікових категоріях.

Висновки до розділу 1

1. Соціально-психологічна адаптація – це процес налагодження людиною в соціально-ролевих зв'язків та відносини, розуміння соціальних норм поведінки, відповідність цінностям, що прийняті у суспільстві, оволодіння соціальним досвідом. Існує три види підходів до вивчення поняття адаптації: біологічно-фізіологічний підхід; психологічний підхід; інформаційно-комунікативний підхід. Виходячи із поняття соціально-психологічної адаптації як процесу отримання людиною певного соціального статусу та оволодіння соціально-психологічними ролевими функціями, дослідження рівня адаптивності особистості в соціумі є вимірювальним показником успішності процесу соціалізації. Адаптивність може виражатися як внутрішній процес (виявляється у формі перебудови її функціональних структур і систем особи при певній трансформації і середовища її життя і діяльності) та зовнішній (зміна поведінки).

Авторським визначенням соціально-психологічної адаптації є процес відновлення людиною соціальних ролей, що включає в себе прояв емпатійності, підвищення рівня емоційного комфорту в процесі спілкування

та реінтегрування в соціум та включає широкий спектр (іноді невиражених) внутрішніх почуттів щодо суб'єктів оточення.

2. Проаналізувавши проблеми соціально-психологічної адаптації військовослужбовців можна умовно розділити їх на наступні групи:

- проблеми соціального характеру: пошук самореалізації в сфері роботи, вирішення побутових проблем, оформлення правової та матеріальної допомоги;

- проблеми психологічного характеру: налагодження теплих стосунків із близьким оточенням, встановлення емоційних контактів із оточуючими, відновлення внутрішнього балансу психологічних реакцій на середовище, можливість отримання психологічної допомоги конфіденційно та на безоплатній основі (у віддалених регіонах країни може виникати проблема доступу до таких ресурсів), формування прийнятних та комфортних відносин із колом друзів;

- проблеми фізичного характеру: відновлення свого фізичного здоров'я (спортивні навантаження, здоровий спосіб життя), проходження лікування у відповідних закладах, доступ до необхідних медикаментів та лікарської допомоги.

3. Чинниками соціально-психологічної адаптації військовослужбовців є дві групи чинників: суб'єктивні фактори та фактори середовища. До першої групи належить вік, стать, фізіологічні й психологічні характеристики людини; до другої - умови праці, режим і характер діяльності, особливості соціального середовища. Виділяють чотири підходи до аналізу факторів адаптації. Це аналіз:

- 1) одного конкретного фактора;
- 2) декількох факторів (без об'єднання їх у окремі групи);
- 3) групи визначених факторів;
- 4) системний підхід до аналізу факторів.

Саме системний підхід до аналізу факторів передбачає вивчення взаємного впливу одного фактору на інший та дозволяє зробити більш

детальний аналіз.

До категорій дослідження суб'єктивних факторів відносяться: вік, психологічні характеристики, такі як: рівень адаптивності, емпатійності, наявність чи відсутність синдрому ПТСР, рівень посттравматичного зростання та інші. Проведення дослідження взаємозв'язків чинників, що впливають на психологічно-соціальну адаптацію у військовослужбовців, дозволить визначити ефективність впливу кожного критерію.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ДЕТЕРМІНАНТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО ТА БОЙОВИХ ДІЙ В УМОВАХ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ

2.1. Методи дослідження учасників бойових дій

Для ефективного вирішення психологічних проблем учасників бойових дій, дослідниками розроблено типові тести на визначення рівня дезадаптації, підозри на синдром ПТСР. Активно розробляються програми постстресового відновлення. Часто психологи використовують в роботі готові уніфіковані розробки різноманітного психодіагностичного інструментарію зарубіжних авторів, ефективність яких доведена в окремих країнах (часто саме в країнах авторів цих методик) [33, 38, 40]. Для використання в Україні таких методів діагностики використовуються адаптивні варіанти проведення. Але діагностичні опитувальники часто не враховують культурологічний аспект притаманний саме даному регіону. Прикладом такого використання можуть бути неадаптовані методики дослідження ПТСР, які не враховують стилі реагування людей окремої культури. Тобто, зміст окремого питання може інтерпретуватися людьми, вихованими у різних культурних традиціях, не однаково. Тому, на нашу думку, особливу цінність мають саме методики, які розроблені сучасними вітчизняними науковцями та не потребують додаткової адаптації. Тест на емпатію, розроблений Л.П. Журавльовою відповідає сучасним вимогам:

- 1) актуальність (твердження описують актуальні реальні ситуації);
- 2) широкий діапазон значень (вісім шкал), що забезпечує «flexible approach» щодо остаточних висновків;
- 3) часову компактність (всього 15 питань);
- 4) функція пошуку психологічних «anchor» (може бути використаний як інструмент пошуку травматичних ситуацій для подальшої

психокорекції);

5) безпечність (відсутність психотравмуючих тверджень, що можуть призвести до погіршення психічного стану респондента).

Застосування в роботі тесту на емпатію поряд із іншими методиками, що направлені на вимірювання таких адаптаційних критеріїв як посттравматичне зростання, рівень ескапізму, дезадаптації та рівень синдрому ПТСР зможе розширити інструментарій засобів допомоги, що застосовуються психологічними службами під час психологічної допомоги військовим. Дослідження рівня емпатійності та вивчення типів емпатії характерних для учасників бойових дій направлене на покращення інтегрованих методик, направлених на ефективну соціально-психологічну адаптацію військових.

Як було визначено, методики поділяються на три критерії, розділені по часовим характеристикам: етап підготовки до виконання бойових завдань; етап виконання військових завдань; етап реінтеграції до цивільного життя, а також етап реабілітаційного процесу [13, 20, 36]. В роботі приділено увагу саме методикам, що використовуються на етапі відновлення, повернення до мирного життя.

Методики, спрямовані на виявлення негативних станів у військовослужбовців повинні відповідати, на думку Н.А. Агаєва, правильним підбором інформативного діагностичного інструментарію та ефективною організацією діагностичних досліджень, що зможуть діагностувати всі фази динамічного розвитку негативних психічних станів різного типу та рівней прояву, які виникають у військовослужбовців. Н. А. Агаєв, О.М. Кокун,, І.О. Пішко [2] та інші пропонують до 20 різних методик діагностики військовослужбовців, що поділяються на три категорії відповідно до часу використання:

- 1) на етапі підготовки до виконання бойових завдань;
- 2) під час виконання військових завдань;
- 3) на етапі повернення до цивільного життя чи на етапі

реабілітаційного процесу [2].

Методики, що застосовуються на етапі підготовки призначені для вивчення психологічних характеристик військовослужбовця, що характеризують особливості адаптаційних якостей особистості, поведінкову регуляцію, комунікативний потенціал, морально-етичну нормативність, схильність до девіантних форм поведінки, військово-професійну спрямованість, схильність до здійснення суїциду (багаторівневий особистісний опитувальник) «Адаптивність-200», шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна, методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна та інші). За результатами тестів визначається рівень стійкості до бойового стресу за відповідними шкалами (ключами до тестів).

Під час виконання військових завдань можна використовувати методики, що визначають рівень агресивності, діагностують наявність депресивних станів, вплив стрес-факторів на учасників бойових дій (опитувальник рівня агресивності А. Басса, А. Даркі, диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова, первинний скринінг посттравматичного стресового розладу).

На етапі реабілітації, після повернення з району бойових дій рекомендується застосовувати методики, які характеризують рівень травматичного стресу, рівень підозри на ПТСР та характеризують динаміку різних психічних станів військовослужбовців для відстеження критичних станів. (опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова, опитувальник PCL-M (військова версія), методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової), опитувальник посттравматичного зростання, тест на емпатію (Л.П. Журавльова), опитувальники рівня адаптації) [18].

Ознаками ефективної соціально-психологічної адаптації військовослужбовця можна вважати:

- самоконтроль (уміння контролювати свої емоції, соціально

прийнятна поведінка);

- будування здорових відносин із оточенням (розуміння особистих кордонів, повага до почуттів інших, критичне мислення у випадках неочікуваних ситуацій, розвиток емпатійності);

- відповідальність (одна із ознак психічної зрілості, що характеризує особистість відповідальну за якість свого життя);

- прийняття себе та інших (адекватність у питаннях недоліків чи переваг інших людей, так і своїх);

- здатність звернутися за допомогою та сприйняти конструктивну критику (готовність сприймати правду, аналізувати факти, робити висновки та зміни у своєму сприйнятті реальності).

Часто для військовослужбовця важливою частиною життя стає спілкування із такими ж товаришами по службі. Особливо на етапі реінтегрування до мирного життя для військового важливо відчувати себе не самотнім. Соціальна підтримка військовослужбовця після повернення із зони бойових дій здатна вплинути на його подальшу адаптацію та стати фундаментом для подальших позитивних змін.

Використання методики посттравматичного зростання дозволяє зафіксувати позитивні психологічні зміни, які виникають як результат подолання стресових життєвих обставин. Якісна трансформація функціонування військовослужбовця в соціумі може розглядатися як позитивний сигнал успішного адаптаційного процесу. Для продукування стійких до психотравм та життєвих негараздів якостей характеру необхідна саме така когнітивна перебудова.

Д.С. Зубовський виділяє три типи детермінант особистісного зростання:

- 1) ситуаційно-демографічні детермінанти (віковий період, статус в соціумі, інтенсивність впливу стресової події);

- 2) індивідуально-психологічні (основні якості особистості, оптимізм);

- 3) соціально-психологічні (правова, професійна, психологічна

підтримки) [21 с. 3].

На сьогодні існують три концепції, які пояснюють феномен посттравматичного зростання:

- 1) функціонально-описова модель Р. Тедескі та Л. Калхоуна;
- 2) біо-психо-соціальна модель М. Крістофера;
- 3) особистісно-центрована модель С. Джозефа [21 с. 54].

Функціонально-описова модель пояснює феномен ПЗ як результат когнітивного переосмислення базових уявлень людини про навколишній світ та реконструкцію їх у нову модель світогляду. Когнітивна обробка досвіду починається із автоматичного пригадування стресових подій, яка згодом змінюється рефлексивним переосмисленням травматичного досвіду та знаходженню змісту подальшого життя, створенням нових життєвих принципів. Біо-психо-соціальна модель М. Крістофера розглядає феномен ПЗ у біологічному, психологічному та соціальному аспектах. Біологічна реакція на стрес може сформуватися у ПТСР або у форму посттравматичного зростання. Також важливі ролі відіграють взаємодія із середовищем (соціальні відносини) та емоційні контакти із близькими. Особистісно-центрована модель включає когнітивну обробку стресових подій у напрямі акомодатії та пошуком змісту.

В результаті може бути три психологічні стани:

- 1) асиміляція досвіду та регресія у минулий світогляд із наявністю психологічної травми;
- 2) акомодатія досвіду у негативному напрямі, в результаті спостерігається поглиблення стресу та розвиток психопатології;
- 3) акомодатія в позитивному напрямі, що призводить до особистісного зростання.

У роботі використані методи письмового опитування, що дозволяє охопити велику кількість людей за порівняно невеликий час (100 респондентів). Емпіричне дослідження чинників соціально-психологічної адаптації військових поділено на три етапи:

- підбір методик, що відповідають цілям та завданням дослідження;
- проведення анонімного опитування серед військовослужбовців щодо ступеню проявів різних видів стресу в повсякденному житті (за допомогою Google платформи);
- обробка, аналіз та інтерпретація результатів тестування (підрахунок балів згідно ключів, аналіз результатів);
- визначення чинників соціально-психологічної адаптації військових.

За допомогою тесту на емпатію, розробленого Л. П. Журавльовою, було проведено психодіагностику емпатійності. Тестом передбачено визначення інтегральної емпатії, антиемпатії та виокремлення її 6 форм: індиферентність, співпереживання, співчуття, внутрішнє сприяння (моделювання поведінки, намір, пасивна емпатія), реальне сприяння не на шкоду собі (просоціальна поведінка), реальне сприяння на шкоду собі (альтруїзм). Всього 8 шкал. I шкала: антиемпатія – за кожну відповідь нараховується (-2) бали; II шкала: індиферентність – за кожну відповідь нараховується (-1) бал; III шкала: співпереживання – 1 бал; IV шкала: співчуття – 2 бали; V шкала: внутрішнє сприяння (моделювання поведінки, намір, пасивна емпатія) – 3 бали; VI шкала: реальне сприяння не на шкоду собі (просоціальна поведінка) – 4 бали; VII шкала: реальне сприяння на шкоду собі (альтруїзм) – 5 балів;

Інтегральна емпатія: сума балів за I – VII шкалами. Оцінка рівнів емпатії визначається за наступними показниками: дуже високий рівень – 66-75 балів; високий – 51-65 балів; середній – 25-50 балів; низький – 10-24 бали; дуже низький рівень емпатії – (-7)-9 балів; антиемпатія (дисонансна емпатія) – (-30)-(-8) балів. Дослідження визначає рівень емпатійності учасників АТО та БД.

На другому етапі проведено дослідження за допомогою тесту PCL-M. Дана шкала самооцінки ґрунтується на критеріях DSM-IV та включає 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому

впродовж минулого місяця. Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL-M – це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL-S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту. Діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Одна із стратегій підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні «3» одне із питань діапазону 1-5, не менш як «3» серед питань 6-12, і мінімум «2» серед питань 13-17. Пропонується граничний бал 3 або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу. В твердженнях перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

Опитувальник посттравматичного зростання має п'ять шкал: ставлення до інших (СІ); бачення нових можливостей (НМ); сила особистості (СО); духовні пріоритети (ДП); підвищення цінності життя (ПЦЖ). Для визначення посттравматичного зростання в межах зазначених шкал використовують спеціальний ключ: СІ – 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21 (7 тверджень); НМ – 3, 7, 11, 14, 17 (5 тверджень); СО – 4, 10, 12, 19 (4 твердження); ДП – 5, 18 (2 твердження); ПЦЖ – 1, 2, 13 (3 твердження). Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою визначається шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка здійснюється за «сирими» балами. Потім за допомогою нормативної таблиці визначаються індекс та інтенсивність посттравматичного зростання за кожним фактором. Норми для підрахунку балів за шкалами використані згідно методики М. Ш. Магомед-Емінова.

Діагностика соціально-психологічної адаптації (К.Роджерс, Р.Даймонд) [51] вивчає особливості соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з

цим якостей особистості. Всього опитувальник має 101 твердження. Отримані бали сумуються та переводяться в показники адаптованості, дезадаптованості та субшкали, згідно з ключем.

Обрані методики відповідають поставленим завданням дослідження:

- визначити роль показника інтегральної емпатії учасників бойових дій в процесі їх психологічної соціалізації соціально-психологічної адаптації;
- дослідити особливості проявів симптомів ПТСР в учасників АТО та бойових дій;
- провести аналіз динаміки особистісного зростання учасників бойових дій;
- дослідити взаємозв'язки вікової динаміки групи респондентів із показником рівня соціальної адаптації;
- вивести аналітичні залежності досліджуваних показників для можливості раціонального використання в розробці нових моделей надання психологічної допомоги військовим;
- встановити та проаналізувати відмінності чинників, що впливають на соціологічно-психологічний процес адаптації учасників АТО та бойових дій;
- дослідити перспективи подальшого лонгітюдного дослідження питань психологічної соціалізації військовослужбовців.

2.2. Особливості соціально-психологічної адаптації учасників АТО та бойових дій

Під час участі у бойових діях особистість може отримати не тільки фізичні травми, а й тяжкі психологічні наслідки, пов'язані із пережитим стресом. Емоційно-психологічний стан військовослужбовця потребує іноді тривалого часу для соціально-психологічної адаптації до цивільного життя. На першому етапі бойових дій, психіка спочатку адаптується до функціонування в умовах військових дій, а після повернення до мирного життя починається складний процес соціальної адаптації особистості.

Соціальне життя ставить ряд питань перед військовослужбовцем після повернення із зони бойових дій, які потребують вирішення. Це і професійна сфера (ким працювати, де себе реалізувати, які можливості є для підтримання матеріального становища), правова (статус учасника бойових дій, участь в проведенні різних заходів, підтримка товаришів по військовому досвіду через вступ у спілки ветеранів АТО та БД) та психологічна (як адаптуватися до соціального життя, де та як можна отримати безоплатну психологічну підтримку, як налагодити стосунки із своїм близьким оточенням, яке не завжди може зрозуміти негативні реакції як наслідок пережитої психотравми).

На адаптацію впливають як умови зовнішнього середовища та фізичні процеси, так і психологічні характеристики особистості військовослужбовця. Два типи факторів, виділених вченими мають вплив на процес адаптації: перші – це такі, які допомагають особистості адаптуватися, позитивно впливаючи на процес соціально-психологічної адаптації (посттравматичне зростання, високий рівень адаптованості, позитивний емоційний стан, позитивне ставлення до себе та до інших (емпатійність), відсутність негативних проявів: ескапізм та таких, що перешкоджають процесу ефективної (позитивної) адаптації (песимізм, симптоми ПТСР, високий рівень дезадаптованості [39].

Одним із факторів, що впливає на соціально-психологічну адаптацію є показник рівня адаптованості особистості. Визначення рівня адаптованості включає в себе не тільки проведення тестування з рівня адаптації (тест Роджерса-Даймонд), але й врахування інших чинників, що мають прямий та непрямий вплив на процес адаптації (наявність чи відсутність синдрому ПТСР, рівень емпатійності, рівень посттравматичного зростання особистості, рівень присутньої агресії та інші [10].

2.3. Особливості функціонування чинників соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій

Отже, визначимо основні чинники соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій, які, на нашу думку, можуть мати комплексний вплив на психологічно-соціальну адаптацію:

1. Рівень розвитку інтегральної емпатії, її окремих форм та антиемпатії.
2. Наявність чи відсутність симптому ПТСР.
3. Рівень посттравматичного зростання та розвинутість його окремих складників.

За наявності необхідного рівня адаптації особистість з досвідом бойових дій легше встановлює контакти із оточенням, сприймає себе позитивно, має достатній рівень емоційного самоконтролю, розуміє та адекватно сприймає свої можливості, має віру в своє майбутнє, спроможність змінити своє життя в бажаному напрямку.

Емпатійність – одна із необхідних рис характеру для успішної соціально-психологічної адаптації. Залежно від проявленого типу та рівня емпатії, вибудовуються емпатійні зв'язки із оточенням. В основі нижчих рівнів особистісно-сміслової емпатії лежать безумовні та умовні рефлексії, інстинктивна поведінка. Вищі рівні особистісно-сміслової емпатії розвиваються в результаті чуттєвого і розумового відображення дійсності [17, с. 95]. Але динаміка трансфінітної емпатії (надчуттєве проникнення суб'єктів) вважається вченими результатом функціонування доволі складної системи механізмів та ще не остаточно вивчена [17, с. 105]. Тому граничні стани шкали емпатійності (антиемпатія та альтруїзм) можуть бути сигніфікаторами певних відхилень психіки від нормального функціонування. Для перевірки припущення доречно провести дослідження в розрізі взаємозв'язку емпатійних ставлень (типу емпатії) до наявності синдрому ПТСР, рівня адаптованості, рівня посттравматичного зростання. Відомо, що

розвиток емпатії в онтогенезі людини є нерівномірний та найрізкіші зміни в розвитку емпатії відбуваються в періоди вікових криз [17, с. 264]. Також наявність стресу у особистості може впливати на її емпатійні ставлення, розвивати в конкретному напрямку її емпатійність. Для визначення фактору впливу емпатійності на особистість військовослужбовця доречно провести дослідження щодо визначення домінуючих форм емпатії для військовослужбовців.

Наявність синдрому ПТСР відмічений психологами як негативний потужний фактор, що впливає на адаптацію особистості. Особливо учасники бойових дій підпадають під категорію ризику проявлення хронічного стресового розладу. Специфіка професії військовослужбовця вимагає високого рівня самодисципліни, вимог до зберігання певної інформації (нерозголошення), необхідність виконувати доручення вищого службового складу (виражена ієрархічність) та вимоги витримувати значні фізичні та психологічні навантаження. До проявлених симптомів ПТСР входять наступні реакції: постійне відчуття загрози (невмотивована пильність), деяка втрата гостроти емоцій (притупленість у виразі емоцій) або навпаки різкий сплеск агресивних вибухів, складність у встановлення теплих відносин із близьким оточенням, агресивність (застосування фізичної сили для вирішення конфліктів), порушення концентрації уваги, симптоми вираженої депресії (апатія, відчай, відчуття відсутності цінності життя), високий рівень тривожності, вживання наркотичних чи алкогольних препаратів, флешбеки минулих неприємних подій. Такі симптоми мають відчутний вплив на сприйняття дійсності та погіршують процес адаптації у військовослужбовців.

За Д.С. Зубовським існує три траєкторії розвитку наслідків переживання психологічної травми: погіршення, відновлення та посттравматичне зростання [21 с 48]. Деякі теоретичні підходи розглядають феномен посттравматичного зростання як процес подолання стресу, інші підходи - як результат боротьби людини із травмою. Процес та результат посттравматичного зростання мають різну адаптивну роль та є різними

модусами цього феномену. Існує адаптована методика М.Ш. Магомед-Емінова для вимірювання показників посттравматичного зростання. Це п'ять факторів та інтегральний показник посттравматичного зростання:

1. Ставлення до інших.
2. Бачення можливостей.
3. Сила особистості.
4. Духовні цінності (духовні пріоритети).
5. Цінування життя».
6. Посттравматичне зростання (інтегральний показник).

Для кожного фактору визначені норми значень: низькі, середні, високі. Критерій «ставлення до інших» представлений як позитивні зміни у ставленні до інших та зростанні емоційної експресивності. Критерій «бачення можливостей» представляє силу змін особистості щодо нових форм поведінки, прийнятті важливих рішень, готовність до прояви ініціативи у соціальних зв'язках. Критерій «сила особистості» демонструє усвідомлення людиною власної сили та персональних «уразливих» аспектів в житті, рівень відчуття себе сильним, впевненим, здатним побороти життєві негаразди. Критерій духовні цінності (духовні пріоритети) характеризує зміни у світогляді та відчуття себе більш релігійною особистістю. Критерій «цінування життя» фіксує зміни у життєвих пріоритетах, ставлення до свого життя, зміни у взаєминах із рідними людьми. Показник «посттравматичне зростання» - це інтегральне значення усіх шкал, тобто загальний результат.

Рівень посттравматичного зростання характеризує такий фактор у розвитку особистості як перехід людини в режим більш оптимального сприйняття свого життя. Поняття «акме» широко відомий у віковій психології по ставленню до людини як носія унікальних ресурсів: ціннісно-смыслових, статусно-рольових, духовних. Впродовж свого життя, стикаючись із стресами різного типу та рівня впливу, особистість розвиває свою здатність до оволодіння навиками контролю своїх реакцій на стресові події, тренує свої соціопсихологічні характеристики [22, 23, 28]. Всі аспекти

зрілості пов'язані між собою: фізична, психічна та особистісна. Але їх активний розвиток зазвичай відбувається в різний період життя людини. Фізичний рівень підготовки людини може не співпадати із її психічним та особистісним рівнем розвитку [13]. Звертаючи увагу в роботі на такий критерій як вік учасника бойових дій, емпіричне дослідження охоплює акмеїчні характеристики людини (прагнення розкрити себе по-новому, реалізація через креативність та творче самовираження).

Для досягнення ефекту демонстрації посттравматичного зростання військовослужбовцю необхідний набір особистісних якостей: працьовитість, креативність, захопленість своєю творчою справою, особиста значимість загальнолюдських цінностей, упевненість у своїй меті. Шляхом кількох років досліджень Л. П. Журавльовою [27] доведено взаємозв'язок емпатії та особистісного зростання (емпатія та особистісне зростання). Протягом акмеогенезу серед критеріїв особистісного зростання емпатія займає важливе місце як механізм подолання соціальної ізоляції та реалізуватися як успішна особистість в соціумі. Розвинені емпатійні якості мають безумовний вплив на проявлення особистості в соціальному житті, відповідно і на процес адаптації. Особливо гостро така проблема стоїть для учасників бойових дій, на яких зазвичай покладається у багатьох життєвих питаннях його близьке оточення, сприймаючи таку особистість як людину із великою силою внутрішньої волі, самостійну, досвідчену, незламну, готову до сильних фізичних та психічних навантажень, що іноді стає перешкодою для усвідомлення такою особистістю необхідності себе реабілітувати, надати собі можливість перепочити, відновитися морально, фізично, психічно та реінтегруватися знову до соціального життя. Бойовий досвід має вплив на внутрішні якості особистості, що можуть відображатися на зміні соціальної ролі, особливо у професійному аспекті. Дослідження Л. П. Журавльовою [15] впливу рівня емпатії на усвідомлення свого професіоналізму людиною зафіксувало залежність між рівнем розвитку емпатійних ставлень особистості та успіхами у професійній діяльності. Для успіху в професійній

діяльності за умови визнання загальнолюдських цінностей, особистості необхідно мати розвинену емпатійність (не низьку).

У дослідженні багато уваги приділено саме порівняльним характеристикам між рівнем посттравматичного зростання та рівнем емпатійності, що є однією із характеристик значимості для особистості загальнолюдських цінностей (альтруїзм, просоціальна поведінка, співчуття, внутрішнє сприяння).

Рівень посттравматичного зростання являється позитивним фактором в процесі соціально-психологічної адаптації військовослужбовців. Після пережитого стресу деякі показники рівня життя особистості можуть покращитися. Наприклад, людина більше цінує життя та близьких людей, може стати більш релігійною, сприймати себе як сильну особистість, здатну вирішувати свої питання в соціумі ефективно. Згідно Р.Тадескі феномен посттравматичного зростання хоч і позитивною зміною після травми, проте таке зростання не є сигналом припинення страждання чи відчуття душевного болю для людини. Фактор посттравматичного зростання може виникати саме у разі напруженої боротьби людини із наслідками зазнаної психотравми. Цей фактор необхідний для повноцінної оцінки стану адаптованості у військовослужбовців.

Дане дослідження присвячене вивченню психологічних особливостей адаптації у військовослужбовців. Виділено дві категорії військових: учасники АТО та учасники бойових дій (БД). У дослідженні взяли участь дві групи респондентів віком від 20 до 60 років: 50 осіб учасників АТО (2014-2021 рр) та 50 респондентів (2022 р) – учасники БД в Україні. Емпіричне дослідження проводилося анонімно на платформі Google Form (ідентифікатори-логіни для усіх учасників однакові при проходженні усіх видів тестування). Особлива увага приділена порівняльним характеристикам двох груп. Особливістю даного дослідження адаптації учасників АТО та БД є дослідження вікової динаміки.

2.3.1. Емпатійність учасників бойових дій

Дослідження емпатійності учасників бойових дій включає в себе декілька етапів:

1. Порівняння рівня емпатії учасників АТО та БД.
2. Аналіз значень інтегральної емпатії для двох груп.
3. Дослідження лінійної кореляції між показниками опитувальника посттравматичного зростання та тесту на емпатію (коефіцієнт Пірсона).
4. Дослідження лінійної кореляції за Пірсоном між показниками тесту PCL-M та тесту на емпатію.
5. Дослідження лінійної кореляції між показниками опитувальника Роджерса-Даймонд та тесту на емпатію.
6. Аналіз результатів показника t-критерію Стьюдента для двох груп.
7. Дослідження вікової динаміки для двох груп (у трьох вікових категоріях).

1). На першому етапі дослідження рівня емпатійності в учасників бойових дій порівнюємо рівень емпатійності у двох групах. Розглянемо графік рівня емпатійності у двох групах (у відсотках).

В представлених результатах зафіксовано відсутність дуже високого рівня емпатії та антиемпатії. Для групи БД присутній високий рівень емпатійності в 2% респондентів, для АТО – відсутній. Для 48 % досліджуваних для всієї вибірки груп характерний середній рівень емпатії. Низький рівень емпатії мають 44% учасників БД та 48% учасників АТО. У 6% респондентів у всій вибірці групах зафіксовано низький рівень емпатійності. Можна зробити висновок щодо подібності виявлення типу та рівня емпатії для двох груп. Учасники БД відрізняються дещо більшим діапазоном вираження емоційного відклику до різноманітних ситуацій. Для виявлення більш конкретних даних щодо типу проявленої емпатії проведемо дослідження типів емпатії для двох груп.

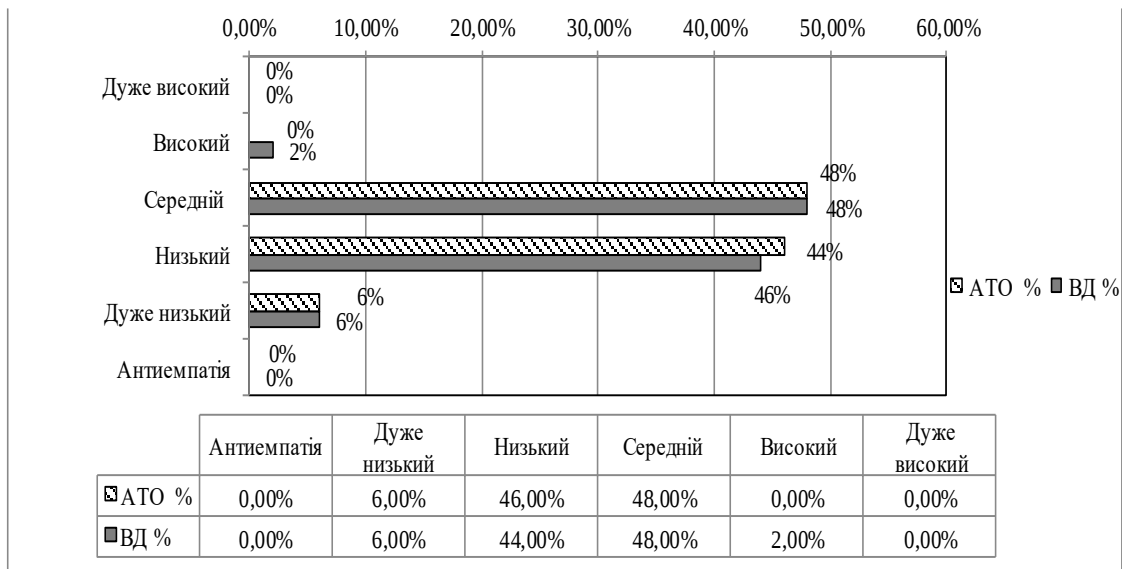


Рис. 2.1. Рівень емпатії учасників АТО та БД, %

В Додатку Б відображені результати тестування. Діапазон даних розміщений між мінімальним значенням в -12 балів (показник антиемпатії для 2 учасників АТО та 3 учасників БД) та максимальним в 32 бали (показник просоціальної поведінки для 3 учасників БД). Діапазон значень інтегральної емпатії становить від мінімального в -2 бали (для 1 учасника АТО та 1 БД) до максимального в 52 бали (для учасника БД). За результатами тесту на емпатію різниця балів показника інтегральної емпатії встановлена на рівні 54 балів. Такий розмах значень дорівнює 51,4% загального діапазону балів тесту на емпатію, встановленого на рівні 105 балів, та є значимим і потребує подальшого дослідження виділених категорій військовослужбовців.

2). Розглянемо інформацію про описову статистику двох груп, що міститься в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Інтегральна емпатія учасників АТО та бойових дій

Показник інтегр. емпатії	Кількість респондентів	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартне відхилення	Дисперсія вибірки	Асиметричність	Мін	Макс
БД	50	23,08	1,36242281	24,5	9,633784091	92,809796	-0,07564	-2	52
АТО	50	24,86	1,34164383	24,0	9,486854493	90,000408	-0,39415	-2	45

Для оцінки відповідності даних закону нормального розподілу порівнюємо показники середнього арифметичного значення та медіани для кожної групи. Для групи БД різниця середніх значень становить 1,42 та для групи АТО 0,86. Різниця медіан дорівнює 0,05. Тобто відмінність є незначною, враховуючи варіативність даних: для БД $\min=-2$, $\max=52$, для АТО $\min=-2$, $\max=45$. Kurtosis excess (ексцес) для БД = 0,99, АТО= 1,03. Асиметрія та ексцес перебувають у значеннях в близьких межах від +1 до -1, що є показником нормальності розподілу даних.

3). Для вимірювання ступеня лінійної залежності між двома категоріями учасників бойових дій доречно використати показник коефіцієнту кореляції Пірсона. Коефіцієнт кореляції встановлюється на рівні від -1 до 1. Якщо залежність між категоріями є лінійною, то показник кореляції може набувати значень до +1 (кількісна міра кореляційного зв'язку) за якої спостерігається зростання значень для 1 групи досліджуваних (АТО) при зростанні значень для 2 групи досліджуваних (БД) і є вказівником на існування прямого зв'язку. Якщо коефіцієнт набуває від'ємного значення (до -1), це означає зменшення показників 1 групи при зростанні показників 2 групи, тобто підтверджує існування зворотного зв'язку). Лінійна кореляція може бути відсутня, якщо коефіцієнт кореляції Пірсона = 0. Інтенсивність зв'язку (слабкий, помірний, суттєвий, сильний) оцінюється за абсолютним значенням коефіцієнтів кореляції Пірсона. Дуже слабка кореляція вважається до 0,2 (значення по модулю), слабка кореляція до 0,5, середня до 0,7, висока – до 0,9, дуже висока – більше 0,9.

За розрахунками критичне значення по Пірсону для вибірки (всього 100 респондентів) дорівнює 0,275, $p = 0,05$, число ступенів свободи $n=98$. Якщо емпіричне значення коефіцієнту досягає критичного показника чи його перевищує, то нульова гіпотеза відхиляється (щодо випадковості), а таке значення може вважатися значущим зв'язком між досліджуваними показниками.

Розглянемо дані результатів дослідження лінійної кореляції між

показниками опитувальника посттравматичного зростання та тесту на емпатію. За результатами дослідження лінійної кореляції Пірсона із даних таблиці лінійної кореляції між показниками опитувальника посттравматичного зростання та тесту на емпатію (Додаток В) можна зробити висновки про існування негативної кореляції між показниками антиемпатії та СІ (ставлення до інших) на рівні $-0,291$, ДП (духовні пріоритети) на рівні $-0,310$, ПЦЖ (підвищення цінності життя) на рівні $-0,304$ та інтегрального показника посттравматичного зростання на рівні $-0,298$ для групи АТО. В групі БД показники антиемпатії також мають негативний зворотній зв'язок, але сила зв'язку значно нижче (СІ= $-0,188$; ДП= $-0,260$; ПЦЖ= $-0,162$; ПЗ інтегральний $=-0,202$). Можна зробити висновок, що за наявності високого рівня антиемпатії (від'ємний показник) ставлення особистості до інших людей («розраховую на людей у скрутну хвилину», «відчуваю велику близькість з оточуючими», «охоче висловлюю свої емоції», «з'явилося більше співчуття до людей») та до цінності свого життя («змінилися життєві пріоритети», «можу більше цінувати кожен день свого життя») стає гіршим. Тобто, чим менше рівень емпатійності (при зниженні показника), тим більше рівень взаєморозуміння із оточенням, краще ставлення до себе, більше відповідальності у своєму житті, що є результатом сприймання його як цінності. Кореляційні зв'язки відчутно проявлені у групі АТО. Для БД зафіксована така ж обернена кореляція, але зв'язки дуже слабкі. Це може свідчити про більш визначену позицію для групи АТО щодо сприйняття свого оточення, своєї ролі в соціумі та ціннісних орієнтирів у своєму житті.

Показник співпереживання має негативну обернену кореляцію до показника НМ (бачення нових можливостей) на рівні $-0,350$, СО (сила особистості) $=-0,278$, ПЦЖ (підвищення цінності життя) на рівні $-0,290$ та інтегрального показника посттравматичного зростання (ПЗ) на рівні $-0,304$ в групі АТО. Для групи БД присутній показник рівня співпереживання негативно корелює із тими ж показниками тесту ПЗ, але зв'язок значно

слабший ($HM=-0,142$; $CO=-0,225$; $ПЦЖ=-0,047$; $ПЗ=-0,304$). Можна зробити припущення щодо наявності прихованих емоцій так як, співпереживання часто проявляється як внутрішній діалог, заборона собі проявити лагідність чи тепле ставлення прилюдно, за умови присутності сторонніх. Чим більше показник «бачення нових можливостей», «сила своєї особистості», «цінність життя», бачення позитивної сторони життя (інтегральний показник ПЗ), тим менше буде прихованості в проявленні емоцій. Для групи АТО такі обернені зв'язки сильніше, ніж у групі БД. Для підтвердження чи відхилення припущення щодо страху проявляти свої емоції у соціумі, необхідні додаткові дослідження.

Показник рівня співчуття позитивно корелює із показником СІ (ставлення до інших), на рівні 0,281 для групи АТО. Для групи БД навпаки, цей показник має негативну кореляцію та слабкий зв'язок, на рівні -0,067. Тобто, чим більше співчуття в особистості, тим краще ставлення до інших. Такий результат має підтверджуватися оберненою негативною кореляцією між показником рівня антиемпатії до показника «ставлення до інших» для групи АТО. Негативний кореляційний зв'язок у групі БД є дуже слабким (-0,067), тому не є вагомим статистичним фактором для подальшого дослідження цього феномену.

Показник інтегральної емпатії БД негативно корелює із показником зміни духовних пріоритетів (-0,295), що може свідчити про відсутність змін в питаннях релігійності за умови наявності в особистості високого рівня емпатійності.

4). Розглянемо дані результатів дослідження лінійної кореляції між показниками тесту PCL-M та тесту на емпатію. Із таблиці лінійної кореляції між показниками тесту PCL-M та тесту на емпатію можна зробити висновок про наявність позитивної кореляції в учасників АТО між альтруїзмом та підозрою на ПТСР. Це може пояснюватися граничними станами психічної діяльності особистості, коли за одних умов спостерігається активна соціальна діяльність (навіть направлена на шкоду собі), що в тесті на емпатію за

Л.П. Журавльовою [58] так і характеризується- «альтруїзм - реальне сприяння на шкоду собі», а за інших умов – проявленням нестабільного емоційного сприйняття реальності, різкою зміною настрою, «замиканням емоцій» на своїх внутрішніх переживаннях, гнівною поведінкою, що саме і є одним із показників підозри на наявність синдрому ПТСР. Тобто, чим більше проявлений граничний стан емоційного прояву емпатійності (альтруїзм), тим може бути більше граничний стан емоційного гніву, розпачу, присутньої психологічної травми та інших ознак синдрому ПТСР. Для групи БД спостерігається позитивна кореляція між показником «індиферентності» та підозрою на синдром ПТСР. Можна зробити припущення, що за наявності присутнього посттравматичного синдрому, особистість має також схильність до «байдужості» в питаннях прояву емоцій. Тобто проявляється одна із форм «елементарної емпатії» індиферентність (споглядання чи внутрішнє сприймання рефлексорне сприймання емпатогенної ситуації). Тобто емпатія особистості проявляється в «пасивному, нестійкому індиферентному ставленні до об'єкта емпатогенної ситуації» [17 с. 92], що може свідчити про присутність травми.

Таблиця 2.2

Лінійна кореляція між показниками тесту PCL-M та тесту на емпатію

	Антиемпатія	Індиферентність	Співпереживання	Співчуття	Внутрішнє сприяння	Просоціальна поведінка	Альтруїзм	Показник інтегральної емпатії
Інтегральний показник ПТСР АТО	0,029	0,017	0,160	-0,157	-0,057	-0,250	0,303**	0,055
Інтегральний показник ПТСР БД	0,216*	-0,335**	0,217	-0,113	-0,059	-0,075	-0,179	-0,190

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки;
*-p ≤ 0,10, **-p ≤ 0,05, ***-p ≤ 0,01.

5). Розглянемо дані результатів дослідження лінійної кореляції між показниками опитувальника Роджерса-Даймонд та тесту на емпатію (Додаток Д). Із результатів емпіричного дослідження виявлена негативна обернена кореляція для групи БД між показником рівня співчуття та рівнем адаптації (-0,285), самосприйняттям (-0,285), прийняттям інших (-0,284), емоційним комфортом (-0,285), інтернальністю (відпривень власної відповідальності за результати, -0,287) та прагненням до домінування (-0,281). Всі показники мають майже однаковий діапазон значень кореляції. Для групи АТО теж присутня негативна кореляція, але зв'язки слабші. Також показник внутрішнього сприяння для групи АТО негативно корелює із рівнем адаптації (-0,416), самосприйняттям (-0,416), прийняттям інших (-0,419), емоційним комфортом (-0,416), інтернальністю (-0,409) та прагненням до домінування (-0,426). Для групи БД теж присутній негативний зв'язок, але на значно нижчому рівні (в середньому на рівні -0,156). Тобто, всі фактори успішної соціальної адаптації (позитивне самосприйняття, прийняття оточення, емоційна стабільність, відповідальність за свої вчинки) має обернену кореляцію із показником рівня співчуття в групі БД та рівнем внутрішнього сприяння в групі АТО. Із результатів представлених даних спостерігаємо наявність позитивного кореляційного зв'язку із факторами успішної соціальної адаптації та просоціальної поведінки: адаптація, самосприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, прагнення до домінування на рівні 0,283. Можна зробити припущення, що для успішної соціальної адаптації необхідною умовою є наявність необхідного типу емпатії, а саме просоціальної поведінки (сприяння не на шкоду собі). Присутній рівень співчуття чи внутрішнього сприяння в особистості є недостатнім фактором для ефективної соціально-психологічної адаптації. Також граничний рівень проявлення емпатійності (альтруїзм) не є показником успішної соціалізації особистості.

6). Наступний етап дослідження включає перевірку гіпотези щодо рівності середніх значень в двох вибірках. За допомогою критерія Стюдента

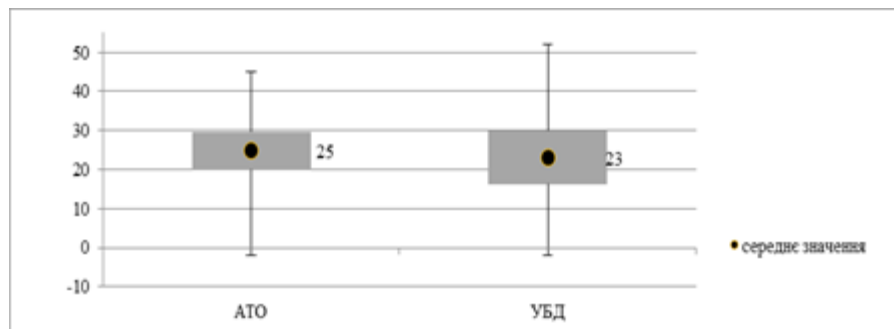


Рис. 2.2. Коробковий графік для двох груп за показником t-критерію Стюдента

7). Розглянемо таблицю та графік вікової динаміки для двох груп. Аналіз показників рівнів інтегральної емпатії виявив деякі відмінності в її проявах учасниками АТО та БД. Так, різниця між середніми значеннями інтегральної емпатії респондентів з різних груп в ранньому дорослому віці, становить 6 балів (учасники АТО мають вищий середній бал). Основний діапазон балів для цієї вікової групи в учасників АТО знаходиться між показниками 20,5 та 30 балів, а в учасників БД – 14 та 27 балів. Мінімальне значення у віковій групі 20-30 років зафіксовано в учасника АТО на рівні 10 балів (низький рівень), а в учасника БД – на рівні -2 балів (дуже низький рівень емпатії). Максимальне значення учасника АТО 37 балів (середній рівень) та 31 бал (середній рівень) в учасника БД. Дисперсія $\sigma_1 = 53,314$ для учасників АТО в даній віковій категорії та $\sigma_2 = 84,9523$ для учасників БД Існує достовірна різниця рівнів інтегральної емпатії між двома групами цієї вікової категорії на рівні $t = 0,0825$, $p \leq 0,05$. Різниця між середніми значеннями інтегральної емпатії респондентів з різних груп в середньому дорослому віці (31-45 років) складає 1 бал. Число ступеня свободи $df = 51$. Основний діапазон балів для цієї вікової групи в учасників АТО знаходиться між показниками 18 та 29,5 балів, а в учасників БД – 19,25 та 30 балами. Мінімальне значення у віковій групі 31-45 років становить -2 балів (дуже низький рівень емпатії) в учасника АТ та на рівні 2 балів(дуже низький рівень) в учасника бойових дій. Максимальне значення учасника АТО для цієї вікової категорії 44 балів (середній рівень) та 52 балів (високий рівень)

для БД. Дисперсія $\sigma^2 = 116,045$ для учасників АТО в даній віковій категорії та $\sigma^2 = 93,515$ для учасників БД. t-критерій Стьюдента $t=2,007$, $p \leq 0,05$. Тобто значимої різниці між показниками вікової категорії 31-45 років немає.

Таблиця 2.4

Вікова динаміка інтегральної емпатії для всієї вибірки

	20-30 р АТО	20-30 р БД	31-45 р АТО	31-45 р БД	46-60 р АТО	46-60 р БД
Кількість респондентів, %	30%	30%	54%	52%	16%	9%
Середнє значення	25	19	24	25	29	25
Похибка	7,302	9,217	10,772	9,670	8,379	9,484
Мінімум	10	-2	-2	2	22	10
Медіана	25	17	24	25,5	25	27
Максимум	37	31	44	52	45	35
Нижня межа	20,5	14	18	19,25	23	16

Різниця між середніми значеннями інтегральної емпатії респондентів з різних груп в старшому дорослому віці складає 4 бали. Основний діапазон балів для цієї вікової групи в учасників АТО знаходиться між показниками 23 та 31,25 балів, а в учасників БД – 16 та 32 балами. Мінімальне значення у віковій групі 31-45 років становить 22 бали (низький рівень емпатії) в учасника АТО та на рівні 10 балів (низький рівень) в учасника бойових дій. Максимальне значення учасника АТО для цієї вікової категорії 45 балів (середній рівень) та 35 балів (високий рівень) для БД. Дисперсія $\sigma^2 = 70,214$ для учасників АТО в даній віковій категорії та $\sigma^2 = 89,944$ для учасників БД. t-критерій Стьюдента $t=0,377$, $p \leq 0,05$.

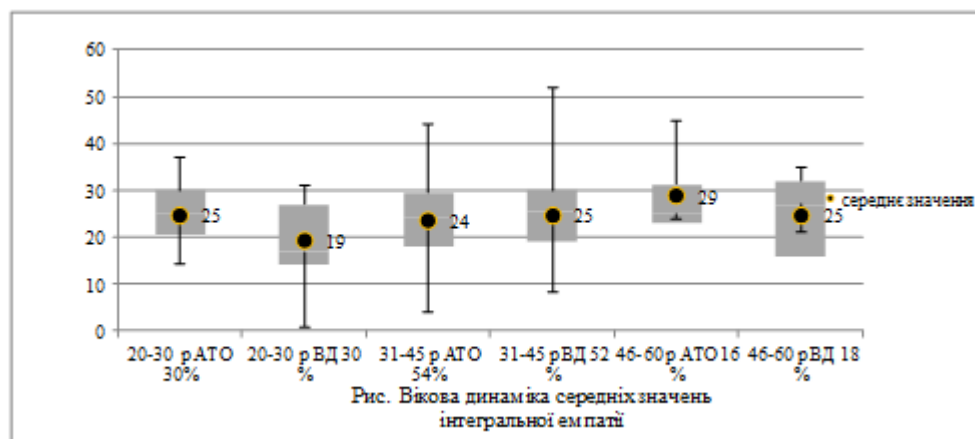


Рис. 2.3. Вікова динаміка середніх значень інтегральної емпатії

Проведемо порівняльний аналіз вікової динаміки середніх значень інтегральної емпатії АТО та БД між трьома віковими групами. Найбільше середнє значення на рівні 29 балів мають учасники бойових дій у віковій категорії 46-60 років. Найнижчий середній бал зафіксовано в учасника БД на рівні 19 балів у віковій категорії 20-30 років. Найбільш тотожні значення показників для двох груп знаходяться в діапазоні від 18 до 30 балів у віковій групі 31-45 років, що може свідчити про схожість у реагуванні на емпатогенні ситуації, сформовані погляди на життя, конкретну оцінку подій, стабільність у проявах рис емпатійності для даної вікової категорії. Найбільша різниця середніх значень: у 4 бали для вікової категорії 46-60 років та у 6 балів у віковій категорії 20-30 років, свідчить про знайдені відмінності для двох груп. Особливо проявляється показник нижньої границі у -2 бали для учасника БД для вікової категорії 20-30 років, що може свідчити про наявність сильної травми після участі у бойових діях. Фактично, для даного респондента типова негативна оцінка для різноманітних ситуацій: індиферентність зафіксована на рівні -8 балів, співпереживання та співчуття – на рівні 4 балів для кожної шкали.

2.3.2. Особливості проявів симптомів ПТСР учасників бойових дій

Дослідження особливостей проявів симптомів ПТСР учасників бойових дій включає в себе декілька етапів:

1. Проведення тесту PCL-M та аналіз результатів для двох груп.
2. Аналіз значень інтегрального показника симптомів ПТСР для двох груп.
3. Проведення лінійного кореляційного аналізу за Пірсоном для інтегрального показника ПТСР та ПЗ для двох груп.
4. Проведення лінійного кореляційного аналізу по Пірсону показників опитувальника Роджерса-Даймонд та показників тесту РСМ-L у двох групах респондентів.

5. Визначення коефіцієнту t-критерію Стьюдента для груп АТО та БД.

6. Аналіз вікової динаміки проявів симптомів ПТСР (розподіл респондентів за показником підозри на ПТСР у відсотках).

1). Розглянемо результати тесту PCL-M для двох груп у вигляді порівняльної таблиці із графіком (рис. 2.4). Відсутність симптомів ПТСР зафіксована у 98% учасників АТО та у 44% учасників БД.

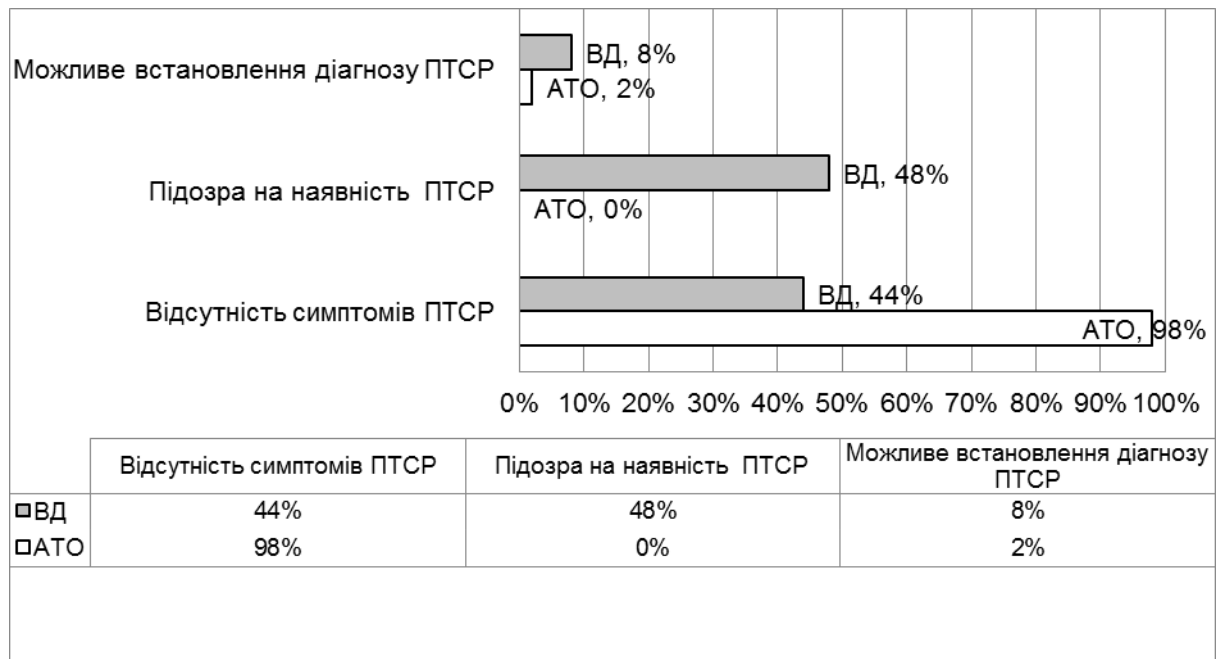


Рис. 2.4. Показники симптомів підозри на ПТСР всієї вибірки, %

Підозра на наявність ПТСР спостерігається тільки у 48% респондентів групи БД. Можливе встановлення діагнозу ПТСР (показник синдрому ПТСР більше 50 балів) присутня у 2% БД та 8% АТО. Виходячи із отриманих даних, можна дійти висновку про високий рівень підозри на наявність ПТСР саме у групі БД (майже половина респондентів) та присутність симптомів ПТСР (майже десята частина учасників). Щодо групи АТО, то тільки в 2% респондентів є симптоми ПТСР, а інші учасники АТО взагалі не мають виражених симптомів ПТСР. Доречно доповнити дане дослідження аналізом значень інтегрального показника симптомів ПТСР для двох груп.

2) Розглянемо порівняльну таблицю показника симптомів підозри на ПТСР для двох груп (табл.2.5).

Порівняльна таблиця показника симптомів підозри на ПТСР для всієї вибірки

Інтегральний показник ПТСР	Середнє	Стандартна похибка	Медіана	Стандартное отклонение	Дисперсія	Kurtosis excess (ексцес)	Асиметричність	Інтервал	Мінімум	Максимум	Сума	Вибірка
АТО	23,6	1,099	21	7,770	60,374	5,692	2,206	35	17	52	1178	50
БД	35,0	1,237	34	8,748	76,531	0,931	1,020	41	18	59	1750	50

Для оцінки відповідності даних закону нормального розподілу порівняємо показники середнього арифметичного значення та медіани для кожної групи. Для групи БД різниця становить 1,5 та для групи АТО 2,6. Тобто відмінність показника для кожної групи є незначною, враховуючи варіативність даних: для БД min=18, max=59, для АТО min=17, max=52. Дисперсії для всієї вибірки мають різницю у 16,2. Також присутня різниця в значеннях медіан: для АТО цей показник становить 21, для БД 34. Це вказує на необхідність подальшого аналізу у зв'язку із виявленою різницею в значеннях. Kurtosis excess (ексцес) для БД 0,93, АТО= 5,69. Асиметрія для БД=1,02, для АТО=2,20. Асиметрія та ексцес перебувають у значеннях більше, ніж від +1 до -1, що є показником можливої наявності незначної кількості аномальних значень, тобто значень які підпадають під категорію «викидів» (outliers).

Таблиця 2.6

Лінійна кореляція Пірсона інтегрального показника ПТСР та ПЗ для всієї вибірки

Група	СІ	НМ	СО	ДП	ПЦЖ	ПЗ АТО
АТО	-0,184	-0,135	-0,203	-0,262*	-0,115	-0,189
БД	0,100	0,205	0,180	0,141	0,180	0,183

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки;
*- $p \leq 0,10$, **- $p \leq 0,05$, ***- $p \leq 0,01$.

3). Проведення лінійного кореляційного аналізу по Пірсону для двох груп респондентів. Розглянемо таблицю лінійної кореляції Пірсона

інтегрального показника ПТСР та ПЗ для двох груп (табл.2.6). Критичне значення по Пірсону для вибірки (всього 100 респондентів) дорівнює 0,275, $p = 0,05$. Із таблиці можна зробити висновки про відсутність сильних кореляційних зв'язків між інтегральним показником симптому ПТСР та показниками тесту посттравматичного зростання. Звертає на себе увагу, що присутні зв'язки є прямі для групи БД та обернені для групи АТО. Тобто, можна зробити припущення, що для групи БД характерна тенденція при наявності підозри на синдром ПТСР займати активну соціальну позицію, намагатися вийти із стресу через бачення нових можливостей у своєму житті та спроби опиратися на силу своєї особистості. Це може підтверджуватися схожими тенденціями показників прямої кореляції між показником рівня альтруїзму БД та НМ ($r=0,233$) та СО ($r=0,254$).

4) Проведемо лінійний кореляційний аналіз по Пірсону показників опитувальника Роджерса-Даймонд та показників тесту PCL-M у двох групах респондентів. На табл. 2.7. встановлено низький рівень кореляційного зв'язку між показниками, крім показника емоційної комфортності та синдромом ПТСР в групі БД ($r=0,291$).

Таблиця 2.7

Лінійна кореляція показників синдрому ПТСР та показниками адаптивності

	АТО	БД
Інтегральний показник адаптації	-0,120	0,069
Емоційна комфортність	-0,167	0,291**
Емоційний дискомфорт	0,091	-0,078
Ескапізм	0,145	-0,115
Інтегральний показник емоційної комфортності	-0,120	0,069
Інтегральний показник прагнення до домінування	-0,122	0,071

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки;

*- $p \leq 0,10$, **- $p \leq 0,05$, ***- $p \leq 0,01$.

Відомо, що коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона чутливий до аномальних значень (викидів). Проаналізувавши додатково порівняльну таблицю кореляційних зв'язків показника синдрому ПТСР та показників тесту Роджерса-Даймонд для групи БД (Додаток Е) спостерігаємо наявність у 18% респондентів середньої сили кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування.

5) Для оцінки достовірності зв'язку визначимо коефіцієнт t-критерія Стьюдента для груп АТО та БД. Розглянемо статистичні дані для двох груп (табл. 2.7) та коробковий графік (рис. 2.5).

Таблиця 2.7

Статистичні дані інтегрального показника ПТСР для всієї вибірки

Інтегральний показник ПТСР	Середнє значення	Дисперсія	Вибірка	Загальна дисперсія	Гіпотетична різниця середніх	df	t-статистика	P(t) одностороннє	t критичне одностороннє	P(t) двохстороннє	t критичне двохстороннє
АТО	23,56	60,37	50	68,452	0	98	-6,914	2,422	1,661	4,844	1,984
БД	35	76,53	50								

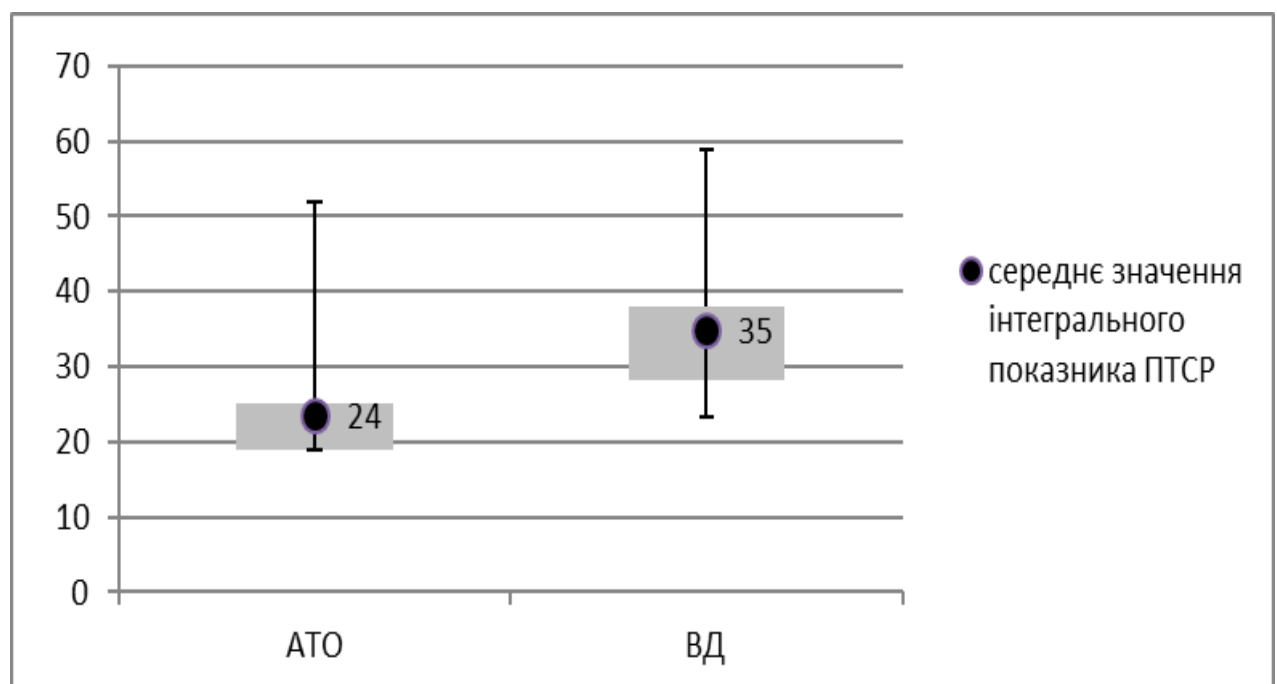


Рис. 2.5. Коробковий графік порівняння діапазону значень симптому ПТСР

Число ступенів свободи для двох груп $d.f=98$. Середнє значення для групи АТО дорівнює $M_1=24$ бали, для групи БД $M_2=35$ балів. Дисперсія для групи АТО на рівні $\sigma_1= 60,37$, для групи БД $\sigma_2=76,53$. Існує різниця між показниками середніх значень на рівні 11 балів. Це підтверджується високим коефіцієнтом Стьюдента $t=-6,914$. Із графіка видно, що діапазон основних значень для кожної групи суттєво відрізняється. Для АТО цей показник знаходиться в межах 19-25 , для БД – в межах 28,25-38. Максимальне значення для АТО дорівнює 52 бали, для БД = 59 балів. Мінімальні значення схожі для двох груп і знаходяться на рівні: 17 балів для АТО та 18 балів для БД. Можна дійти висновку, що різниця є статистично значимою.

б) Розглянемо аналіз вікової динаміки проявів симптомів ПТСР (розподіл респондентів за показником підозри на ПТСР у відсотках). В Додатку Ж представлені результати для двох груп в розрізі вікової динаміки підозри на ПТСР. Розглянемо графік розподілу респондентів за показником підозри на ПТСР у відсотках.

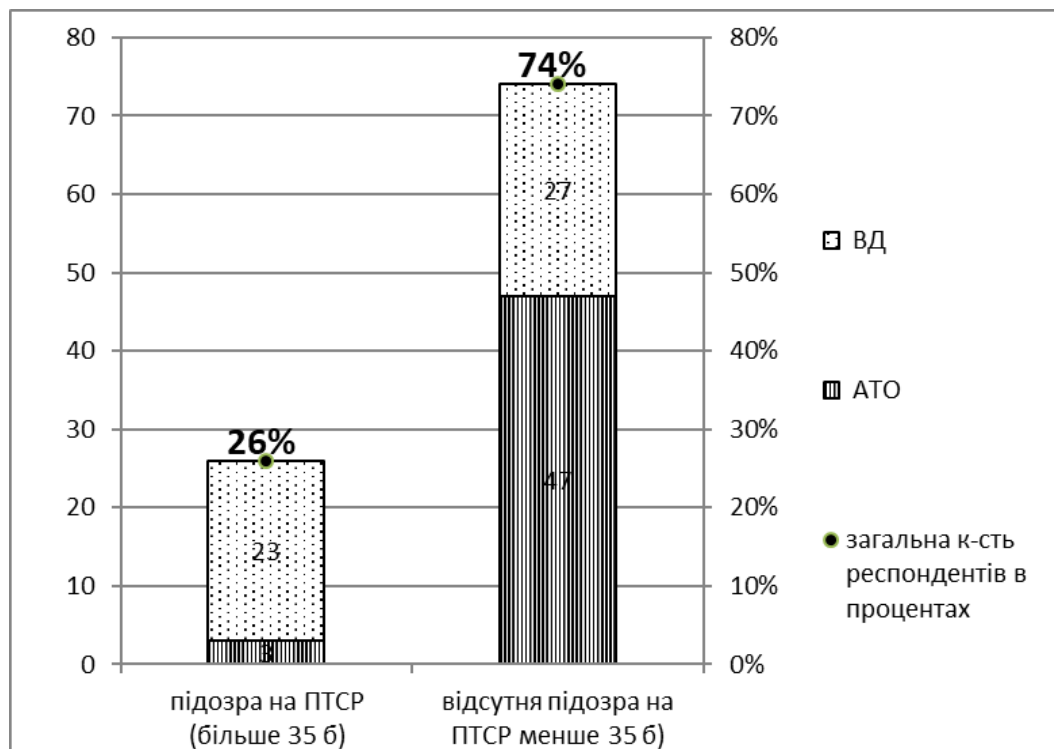


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за показником підозри на ПТСР, %

У 74 % усіх учасників відсутня підозра на наявність синдрому ПТСР, із них у 47% АТО та 27% БД (менше 35 балів). У 26% усіх респондентів

присутня підозра на ПТСР, із них у 3% АТО та 23% БД. Тобто в групі БД майже в третини учасників спостерігається наявність підозри на ПТСР.

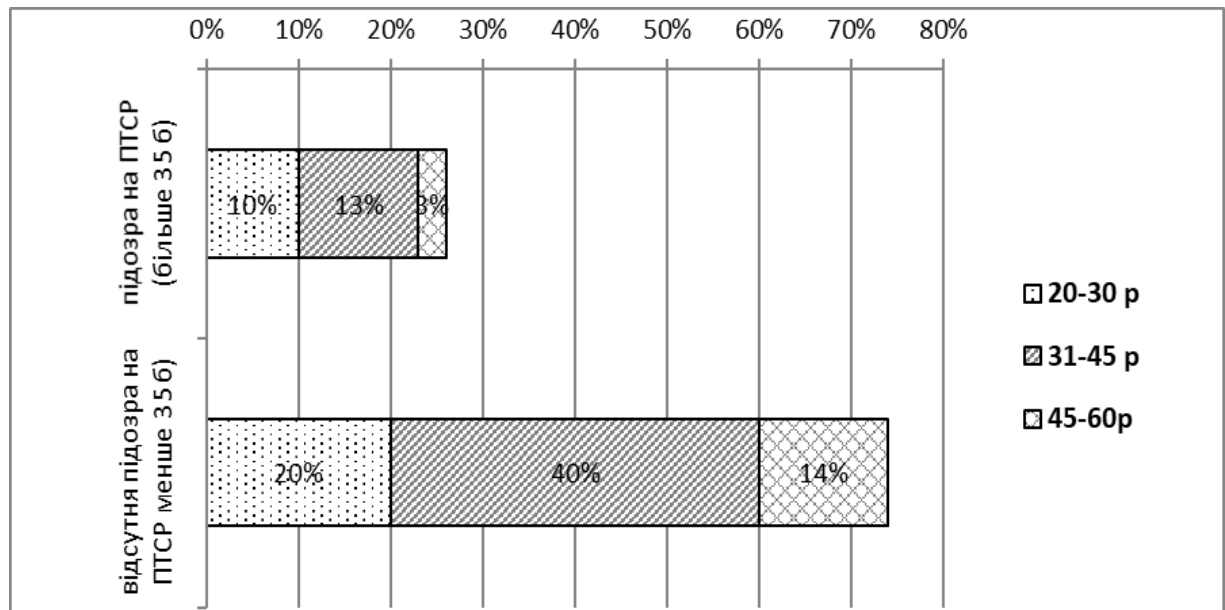


Рис. 2.7. Вікова динаміка підозри на ПТСР для всієї вибірки, %

Розглянемо графік вікової динаміки підозри на ПТСР для двох груп. Найбільший відсоток респондентів із підозрою на ПТСР виявлено у віковій групі 31-45 років (13%) та у групі 20-30 років (10% від усіх учасників).

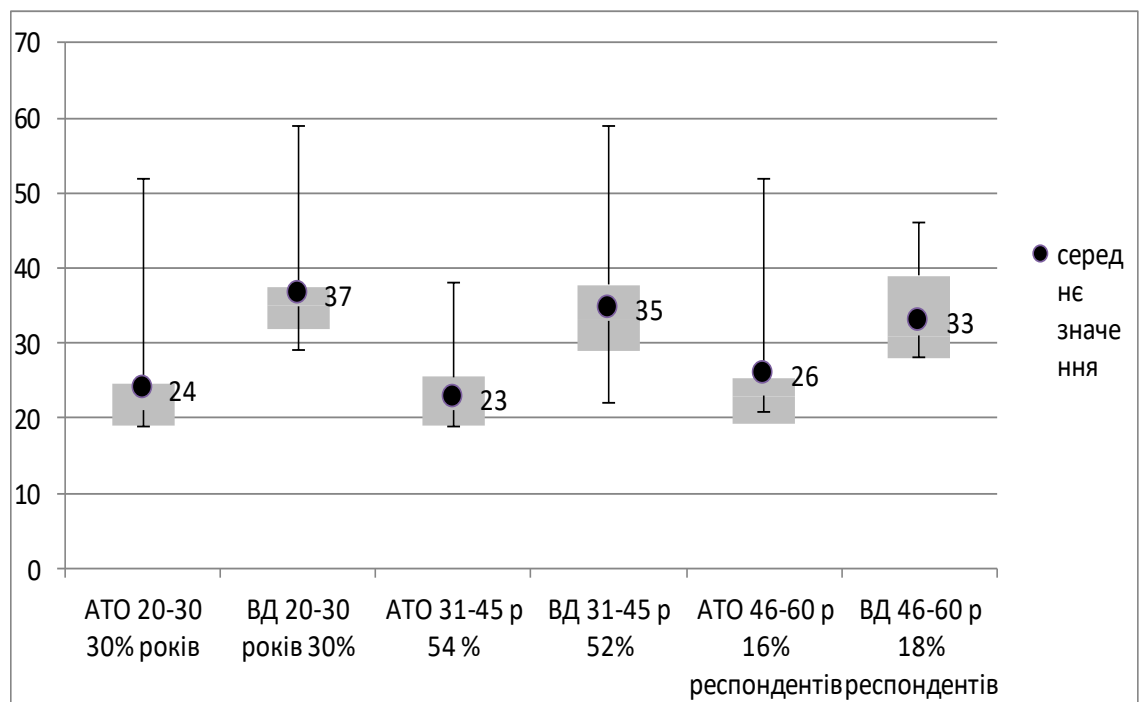


Рис. 2.9. Вікова динаміка показника синдрому ПТСР для учасників АТО та учасників бойових дій

Розглянемо графік вікової динаміки показника синдрому ПТСР для учасників АТО та учасників бойових дій. Середнє значення для групи АТО в усіх вікових категоріях знаходиться нижче (від 23 до 26 балів), ніж у групи БД (від 33 до 37 балів). Мінімальне значення для групи АТО знаходиться на рівні 17 балів для усіх вікових категорій; у БД мінімальне значення у 18 балів зафіксовано у віковій категорії 31-45 років, для 20-30 років цей показник 26 балів, для 46-60 років дорівнює 25 балів. Максимальне значення (52 бали) для групи АТО виявлене в групі 20-30 років та 46-60 років. Максимальне значення (59 балів) для групи БД виявлене в групі 20-30 років та 31-45 років. Можна зробити висновки, що в групі учасників БД існує більший ризик прояву синдрому ПТСР в усіх вікових категоріях, ніж в групі АТО. Найбільша вікова група ризику прояву ПТСР у групі БД є 20-30 років (найбільше середнє значення у 37 балів, найбільший мінімальний показник у 26 балів, найбільший рівень медіани $m = 35$).

2.3.3. Особливості динаміки особистісного зростання учасників бойових дій

Дослідження динаміки особистісного зростання учасників бойових дій поділено на декілька етапів:

1. Проведення тесту та аналіз результатів для двох груп.
 2. Проведення лінійного кореляційного аналізу по Пірсону показників опитувальника Роджерса-Даймонд та показників тесту у двох групах респондентів.
 3. Визначення коефіцієнту t-критерію Стьюдента для груп АТО та БД.
 4. Аналіз вікової динаміки особистісного зростання в (у відсотках).
- 1). В Додатку 3 представлені результати тесту ПЗ. Для оцінки відповідності даних закону нормального розподілу порівнюємо показники середнього арифметичного значення та медіани для кожної групи. Із таблиці в Додатку К спостерігаємо різницю середніх в 1,8 балів між показниками

інтегральних значень ПЗ (для БД показник вище). Різниця медіан встановлена на рівні 5,5 балів. Різниця між максимальними значеннями становить 8 балів. Відмінність є значною. Kurtosis excess (ексцес) для БД = -1,07, АТО = -1,2. Асиметрія та ексцес перебувають за межами від +1 до -1, що є показником можливої наявності викидів (outliers).

Таблиця 2.8

Результати тестування ПЗ

Індекс показника посттравматично го зростання	Респонденти , %		Сума балів		Середнє		Максималь не значення		Мінімальне значення	
	АТО	БД	АТО	БД	АТО	БД	АТО	БД	АТО	БД
Учасники бойових дій										
Низькі значення	4	2	32	91	5	2	0	1		
Середні значення	4	6	15	104	8	8	2	2	3	3
Високі значення	2	2	26	66	5	0	4	6	5	4

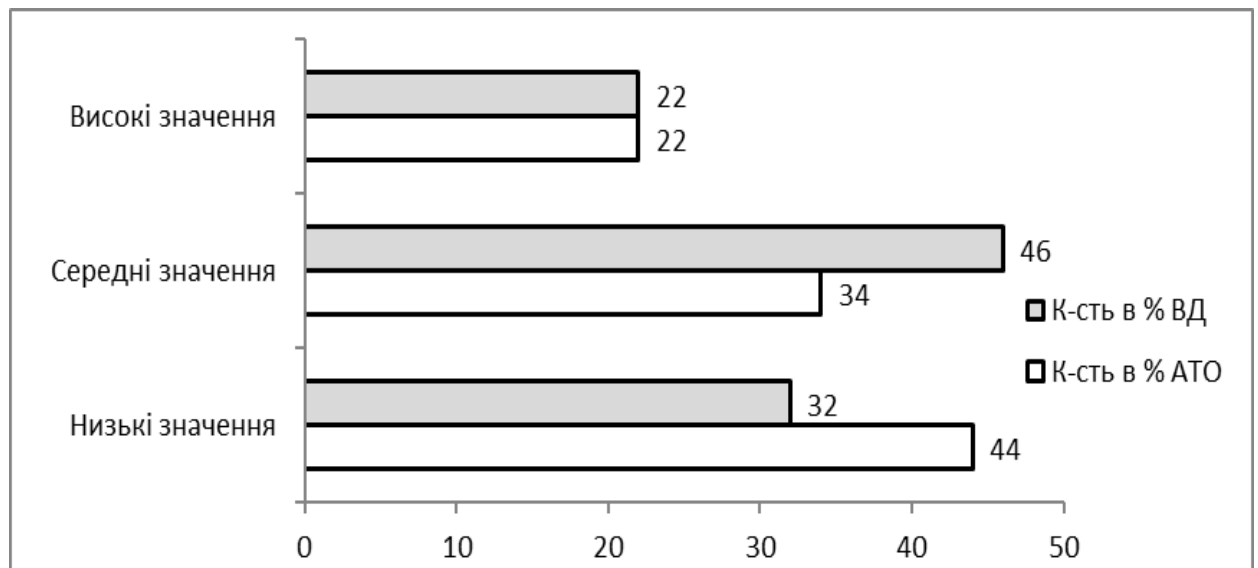


Рис. 2.9. Динаміка індексу показника ПЗ для всієї вибірки, %

Із графіка видно, що високі значення показника ПЗ присутні у 22% респондентів у всій вибірці. Середні значення спостерігаються в 46% БД та 34% АТО. Низькі значення зафіксовано для 32% учасників БД та 44% учасників АТО. Тобто в групі БД на 12% респондентів більше мають вищий бал ПЗ, ніж в групі АТО. Максимальні та мінімальні значення балів у двох групах не мають значимої різниці.

Таблиця 2.9

**Порівняльна характеристика рівня адаптивності та показника
посттравматичного зростання**

	АТО	БД
Адаптивність	0,313**	0,352**
Прийняття себе	0,302**	0,332**
Прийняття інших	0,280**	0,140
Емоційна комфортність	0,171	0,311**
Внутрішній контроль	0,381***	0,345**
Зовнішній контроль	0,287**	0,286**

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки;
*-p ≤ 0,10, **-p ≤ 0,05, ***-p ≤ 0,01.

2) Проведемо дослідження лінійного кореляційного зв'язку коефіцієнта Пірсона показників опитувальника Роджерса-Даймонд та показників тесту ПЗ у двох групах респондентів. Із табл. 2.9 видно позитивний прямий зв'язок середньої щільності між інтегральним показником ПЗ та адаптивністю, прийняттям себе та інших, внутрішнім та зовнішнім контролем для учасників АТО та учасників бойових дій.

Таблиця 2.10

Порівняльна характеристика рівня адаптивності та показника тесту ПЗ

Адаптивність	АТО	БД
СІ	0,233	0,291**
БНМ	0,275**	0,351**
ССО	0,390***	0,367***
ДП	0,177	0,158
ЦЖ	0,359**	0,289**
Інтегральний показник ПЗ	0,313**	0,352**

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки; *-p ≤ 0,10, **-p ≤ 0,05, ***-p ≤ 0,01.

Для групи АТО характерний зв'язок із показником ПЗ та прийняттям інших (r=0,280). Для групи БД зафіксований зв'язок між показником ПЗ та

емоційною комфортністю.

Із табл. 2.10 можна зробити висновок про існування кореляційного зв'язку між показником адаптивності та показниками посттравматичного зростання на рівні середньої щільності. Лише показник ПЦЖ (підвищення цінності життя) має дещо нижчий показник коефіцієнту кореляції.

3). Визначимо коефіцієнт t-критерію Стьюдента для груп АТО та БД та розглянемо коробковий графік (рис. 2.10, табл. 2.11).

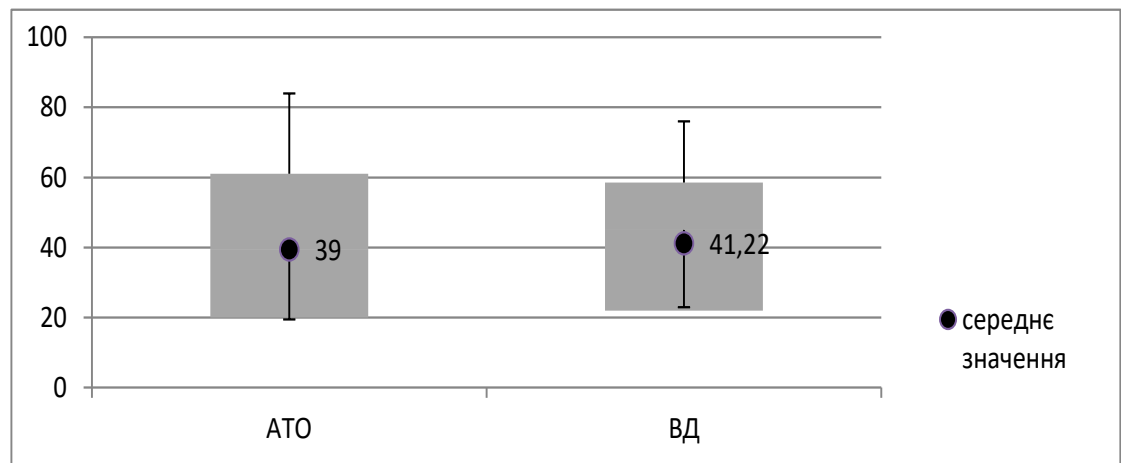


Рис. 2.10. Динаміка діапазону основних та середніх значень показника ПЗ для всієї вибірки

Таблиця 2.11

Статистичні дані інтегрального показника ПТСР для учасників АТО та БД

Інтегральний показник ПЗ	Середнє значення	Дисперсія	Вибірка	Загальна дисперсія	Гіпотетична різниця середніх	df	t-статистика	P(t) одностороннє	t критичне одностороннє	P(t) двохстороннє	t критичне двохстороннє
АТО	39,46	656,661	50	603,785	0,05	98	-0,368	0,3567	1,661	0,7134	1,984
БД	41,22	550,909	50								

Число ступенів свободи для двох груп $d.f=98$. Середнє значення для групи АТО дорівнює $M_1=39,5$ балів, для групи БД $M_2=41,2$ бали. Дисперсія для групи АТО на рівні $\sigma_1= 656,66$, для групи БД $\sigma_2= 550,91$. Різниця між

показниками середніх значень на рівні 1,22 бали. Коефіцієнт t-критерія Стьюдента $t=-0,368$, t критичне=1,66. Зв'язок вважається істотним та надійним, якщо коефіцієнт Стьюдента $t \geq 1,98$ при $d.f = 98$, $p=0,05$. тобто фактор рівня інтегрального показника ПЗ не залежить від поділу на представлені категорії. Із рис. 2.10 видно, що діапазон основних значень для кожної групи суттєво не відрізняється. Можна дійти висновку, що різниця є статистично не значимою. В зв'язку із тим, що аналітична перевірка показала відсутність значимої різниці середніх значень між двома групами, доречно провести дослідження в розрізі вікової динаміки для двох груп.

4) Проведемо аналіз вікової динаміки особистісного зростання (у відсотках).

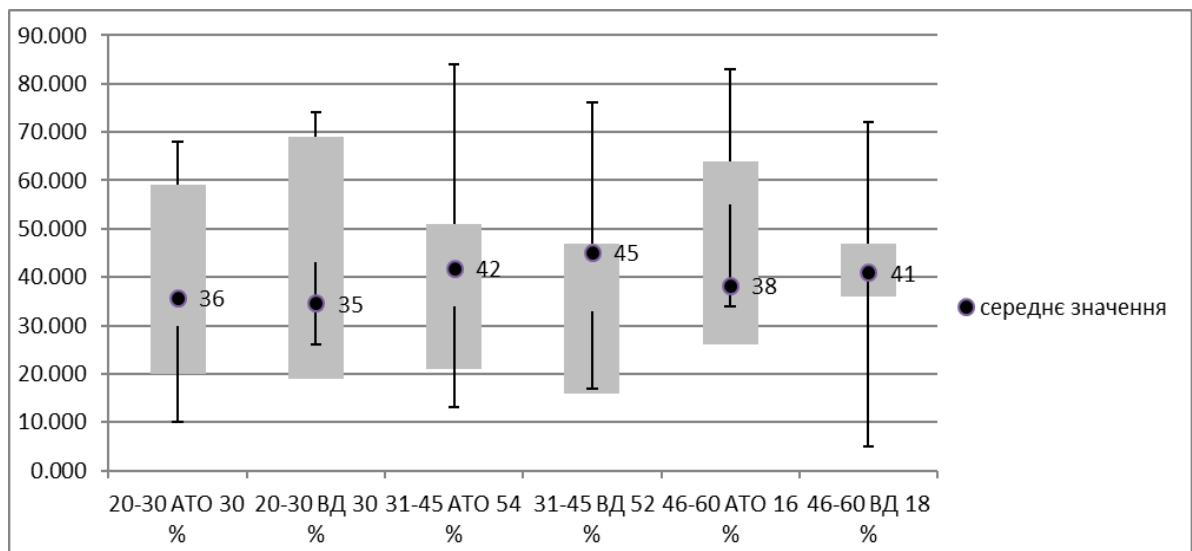


Рис. 2.11. Вікова динаміка показника ПЗ для всієї вибірки

Середнє значення показника ПЗ не має сильних відхилень в жодній групі. Різниця спостерігається тільки між групами 20-30 років (в АТО 36 балів і в ВД 35 балів) та групою 31-45 років (в АТО 42 бали і ВД 45 балів). Тобто показник посттравматичного зростання найвищий для вікової групи 31-45 років для АТО і ВД. Аналіз динаміки показників посттравматичного зростання (Додаток Л) свідчить про наявність позитивних змін для вікової групи 31-45 років в наступних сферах:

1. Ставлення до інших (АТО: 28% балів від усіх балів у даній категорії; ВД: 27% балів);

2. Бачення нових можливостей (АТО: 25% балів від усіх балів у даній категорії; БД: 26% балів);

3. Сила особистості (АТО: 21% балів від усіх балів у даній категорії; БД: 21% балів);

В інших вікових категоріях спостерігається така ж динаміка, але менша сила прояву. Найменші зміни стосуються сфери зміни духовних пріоритетів для усіх вікових категорій.

Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних детермінант прояву посттравматичного зростання учасників бойових дій дало можливість встановити залежність (позитивний кореляційний зв'язок) між рівнем адаптивності та такими функціональними характеристиками вираження показників посттравматичного зростання як «бачення нових можливостей», «сила особистості» та «підвищення цінності життя».

Висновки до розділу 2

Метою емпіричного дослідження соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій різного віку було виявлення основних детермінант, що впливають на процес адаптації. Дослідження дозволило виявити значущі відмінності за показниками вікових характеристик між групами учасників АТО та БД з різним рівнем емпатії, показником посттравматичного зростання та наявності підозри на ПТСР. Викладений матеріал дозволяє зробити наступні висновки:

1. Загальними соціально-психологічними чинниками адаптації для учасників АТО та БД є:

- доброзичливе ставлення особистості до інших людей знижується за присутності антиемпатії (негативна кореляція);

- наявність ескапізму може свідчити про позитивний процес соціально-психологічної адаптації, якщо одночасно присутні доброзичливе ставлення до інших, людина звернена до духовних цінностей, розуміє цінність життя

(існує взаємозв'язок між проявом посттравматичного зростання та рівнем адаптивності і ескапізмом).

2. Специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації учасників для АТО є:

- наявність значної кількості прихованих емоцій (наприклад, співпереживання часто проявляється як внутрішній діалог, заборона собі проявити лагідність чи тепле ставлення прилюдно, за умови присутності сторонніх);

- ескапізм для учасників АТО може свідчити про успішний повільний процес адаптації (зафіксовано позитивний прямий зв'язок між рівнем ПЗ та ескапізмом);

- питаннях релігійності стають важливі під час процесу адаптації (присутні зміни);

- за наявності підозри на синдром ПТСР може проявлятися виражений альтруїзм (позитивна кореляція між альтруїзмом та підозрою на ПТСР);

- наявність такої психологічної характеристики як прийняття інших для учасників АТО сприяє покращенню процесу адаптації.

3. Специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації для учасників БД є:

- за умови наявності в особистості високого рівня емпатійності відсутні зміни в питаннях релігійності;

- наявність «байдужості» в питаннях прояву емоцій може свідчити про присутність психотравми в людини (позитивна кореляція між показником «індиферентності» та підозрою на синдром ПТСР).

- підозра на наявність ПСТР негативно впливає на процес адаптації (спостерігається у 48% респондентів групи БД. Для АТО цей показник дорівнює 0);

- активна соціальна позиція без попередньої психологічної роботи не призводить до швидкої соціалізації (позитивний кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування);

-рівень емоційного комфорту впливає на покращення процесу адаптації в соціумі (для групи БД зафіксований зв'язок між показником посттравматичного зростання та емоційною комфортністю);

- найбільша вікова група ризику прояву ПТСР для учасників БД є 20-30 років (виникає необхідність невідкладної потреби у психологічній допомозі).

4. За впливом рівня та типу емпатійності на адаптаційні показники у військовослужбовців. Переважна більшість респондентів, а саме 48% усіх досліджуваних мають середній рівень та 44% низький рівень емпатійності. Учасники АТО та учасники БД мають приблизно однакові показники рівнів розвитку інтегральної емпатії. Коефіцієнт рівня антиемпатії в групі АТО негативно корелює із показником ставлення особистості до інших людей. Для БД така тенденція зберігається, але є менш вираженою. Для групи БД спостерігається позитивна кореляція між показником «індиферентності» та підозрою на синдром ПТСР. Тобто проявляється одна із форм «елементарної емпатії» - індиферентність. Тобто емпатія особистості проявляється в «пасивному, нестійкому індиферентному ставленні до об'єкта емпатогенної ситуації», що може свідчити про присутність психотравми. Для групи АТО такий зв'язок не виявлений.

Тобто, для успішної соціальної адаптації необхідною умовою є наявність необхідного типу емпатії, а саме просоціальної поведінки (сприяння не на шкоду собі). Присутній рівень співчуття чи внутрішнього сприяння в особистості є недостатнім фактором для ефективної соціально-психологічної адаптації. Також граничний рівень проявлення емпатійності (альтруїзм) не є показником успішної соціалізації особистості, а навпаки може свідчити про приховану динаміку до неадекватних моделей поведінки (синдром ПТСР).

5. За впливом підозри наявності синдрому ПТСР на критерії адаптивності. Прояв синдромів ПТСР (можливе встановлення діагнозу ПТСР) проявляється більше у групі БД (8%), ніж в групі АТО (2%).

Для групи БД характерна тенденція при наявності підозри на синдром ПТСР займати активну соціальну позицію, намагатися вийти із стресу через бачення нових можливостей у своєму житті та спроби опиратися на силу своєї особистості. Це може підтверджуватися схожими тенденціями показників прямої кореляції між показником рівня альтруїзму БД та НМ. Для групи АТО така тенденція відсутня. Для групи БД спостерігається наявність у 18% респондентів середньої сили позитивний кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування. Для АТО такої особливості не виявлено. В групі БД майже в третини учасників спостерігається наявність підозри на ПТСР. Для групи АТО цей показник значно нижче (3%).

6. За впливом показника рівня ПЗ на показники критеріїв адаптаційних механізмів в учасників бойових дій. Середній рівень показника ПЗ вищий у групі БД, ніж у групі АТО. Майже для половини учасників АТО (44%) присутній низький рівень показника ПЗ, тоді як для БД - тільки у третини (32%). Існує взаємозв'язок між проявом посттравматичного зростання та рівнем адаптивності і ескапізмом. Визначено позитивний прямий зв'язок між інтегральним показником ПЗ та адаптивністю (для АТО $r=0,313$, $p \leq 0,01$, для БД $r=0,352$, $p \leq 0,01$), прийняттям себе та інших, внутрішнім та зовнішнім контролем для всієї вибірки. Зафіксовано позитивний прямий зв'язок між рівнем ПЗ та ескапізмом (для АТО $r=0,454$: $p \leq 0,05$, для БД $r=0,272$: $p \leq 0,05$). Можна припустити, що наявність позитивних змін в особистості після стресу та позитивна динаміка процесу адаптивності можуть бути присутні на фоні проявленого ескапізму. Однією із задач подальших досліджень є визначення напрямлення проявленого ескапізму (позитивний чи деструктивний). Для групи АТО характерний зв'язок із показником ПЗ та прийняттям інших. Для БД зв'язок набагато слабший. Для групи БД зафіксований зв'язок між показником ПЗ та емоційною комфортністю. Для АТО зв'язок слабший. Можна зробити висновок про існування кореляційного зв'язку між показником адаптивності та показниками посттравматичного зростання для

двох груп. Лише показник ЦЖ (цінності життя) має дещо нижчий показник коефіцієнту кореляції.

7. За впливом вікових характеристик на адаптаційні процеси у військовослужбовців. Існує достовірна відмінність між показниками інтегральної емпатії респондентів раннього дорослого віку (20-30 років): учасники АТО проявляють більший рівень емпатії, порівняно з учасниками БД. Діапазон показників інтегральної емпатії респондентів пізнього дорослого віку (46-60 років) в учасників БД дещо ширший, порівняно з учасниками АТО. Існує достовірна різниця рівнів інтегральної емпатії між двома групами вікової категорії 20-30 років та 46-60 років. Для групи АТО цей показник вище, ніж групи БД. Значимої різниці між показниками інтегральної емпатії для вікової категорії 31-45 років у двох групах не виявлено. Найбільший відсоток респондентів із підозрою на ПТСР виявлено у віковій групі 31-45 років (13%) та у групі 20-30 років (10% від усіх респондентів). Можна зробити висновки, що в групі учасників БД існує більший ризик прояву синдрому ПТСР в усіх вікових категоріях, ніж в групі АТО. Найбільша вікова група ризику прояву ПТСР у групі БД є 20-30 років. Показник посттравматичного зростання найвищий для вікової групи 31-45 років для АТО і БД.

Загальними чинниками соціально-психологічної адаптації для учасників АТО та БД є:

- наявність позитивного чи негативного ескапізму;
- прояв виду та рівня емпатії;

Специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації учасників для АТО є: питання духовності, наявність альтруїзму, прийняття інших, доброзичливе ставлення, позитивний ескапізм.

Специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації для учасників БД є: підозра на наявність ПСТР, домінування, негативний ескапізм, наявність емоційного комфорту та вік.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВИТКУ ПОЗИТИВНОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

За результатами дослідження загальний показник дезадаптивності у групі АТО є вищим, ніж у групі БД. Така ж динаміка типова і для показника ескапізму. Такі результати свідчать про необхідність покращення відповідного методологічного інструментарію в питаннях надання психологічної допомоги учасникам бойових дій. Тобто, відповідно із 2014 року учасники АТО отримували необхідну медичну та психологічну допомогу. За період із 2014 до 2022 року психологічні служби отримували все новий досвід співпраці із ветеранами АТО у питаннях соціально-психологічної адаптації. Дані проведеного дослідження можуть доповнити існуючі психологічні рекомендації щодо позитивної соціально-психологічної адаптації.

1. Відновлення психологічного здоров'я в учасників бойових дій пов'язано із емоційною комфортністю особистості. Тому перед початком проведення будь-яких психокорекційних заходів необхідно відновити відчуття емоційної безпеки для клієнта та побудувати дистанцію довіри.

2. Рівень недовіри, постійної напруженості є характерні для учасників бойових дій. Розуміння використовуваних під час терапії понять та термінології покращить взаєморозуміння між клієнтом та психологом. Психологу необхідно домовитися про використання прийнятних для клієнта вокабулярних кліше, які будуть описувати поняття, зрозумілі для усіх учасників терапії.

3. На початку терапії основну увагу звертати на три критерія, що є, як правило, сильними місцями для клієнта: це його прагнення до налагодження стосунків із іншими (ставлення до інших), бажання змін (бачення нових можливостей) та віра в свої можливості (сила своєї особистості). За даними

дослідження саме ці три критерія є найважливішими при посттравматичному зростанні.

4. Обов'язково обговорити із клієнтом поняття «синдрому ПТСР», надати конкретні відповіді, забезпечити конфіденційність таких досліджень, чітко визначити допустимі межі дозволених клієнтом терапевтичного втручання в процеси його реінтеграції до соціуму.

5. Визначити основні механізми розвитку емпатійності у суб'єкта (функціональність його біполярного оператора соціально-перцептивного зв'язку). За допомогою консультування зафіксувати вікові характеристики та стресові події, які мали вплив на розвиток емпатійності клієнта. Це дасть змогу відслідкувати динаміку розвитку емпатійних ставлень особистості та застосувати дану інформацію при психологічній реабілітації.

6. Визначити рівень проявленого ескапізму та його направленість (позитивна чи негативна). Як було виявлено у дослідженні високий рівень ескапізму пов'язаний як із підозрою на синдром ПТСР, так і з показником посттравматичного зростання. Це може пояснюватися саме направленістю даного критерія.

7. Психолог повинен володіти необхідним досвідом та мати набір відповідних професійних навичок, які дозволяють об'єктивно оцінювати результати як тестування, так і робити досвідчені висновки після особистого спілкування. За результатами дослідження встановлено, що наявність високого рівня емпатії (альтруїзму), що характеризується проявом поведінки на шкоду собі, вираженням надтурботливості до оточення може говорити про наявність синдрому ПТСР. Тобто, основне заключення щодо динаміки процесів адаптації у військовослужбовців може бути зробленим після проведення декількох методів дослідження.

8. Психологу необхідно дотримуватися етичних правил поведінки, особливо у питаннях особистого характеру. У зв'язку із специфікою роботи військовослужбовця деякі питання не можуть бути розкриті чи обговорені під час психологічної роботи.

9. Створити план поступової соціальної адаптації, яка включає в себе можливість зміни професійної направленості, підвищення кваліфікації. Така діяльність сприяє знаходженню свого місця в соціальному просторі, знаходження та підтримання нових зв'язків.

10. Проаналізувати оточення, з точки зору впливу на емоційний стан особистості. Для процесу адаптації військових дуже важливо підтримувати достатній рівень емоційної комфортності.

11. У психотерапевта повинні бути присутні такі характеристики як вміння слухати та практичні навички емоційної підтримки (особливо на перших етапах психологічної роботи);

12. Проаналізувати можливість прийнятних фізичних навантажень для психологічного розвантаження особистості (допомогти розширити варіанти (тренування в спортивному залі, йога, танцювальні напрями);

13. Обов'язково запровадити режим дня та контроль за харчуванням. Відновлення психологічного здоров'я неодмінно повинно супроводжуватися покращенням фізичного самопочуття, так як для будь-якої психологічної корекційної роботи необхідні сили.

14. Під час заключної частини терапії, особливо після завершення психологічної роботи над особливо гострими питаннями, необхідно рекомендувати техніки для тренування пам'яті (мислення повинно працювати, поступово відновлюючи свої функції). Резерви свідомості досить великі і повинні працювати в новому напрямі. Якщо особистість не використовує свій потенціал, починаються процеси деградації.

15. Під час активної стадії роботи з психологом необхідно підібрати техніки релаксації конкретно для клієнта, які він зможе застосовувати самостійно, щоб попередити розвиток гострої стадії синдрому ПТСР та справитися з емоціями не нашкодивши своєму оточенню.

16. Після закінчення терапії рекомендується провести повторну діагностику на наявність синдрому ПТСР та рівня адаптації. Такі повторні тести необхідно пройти через деякий період після психологічної реабілітації

(через місяць, півроку, через рік). Це дозволить визначити психологічний стан військового та рівень його адаптації в соціумі, дозволить попередити розвиток постстресових розладів та оцінити ефективність роботи психологічної служби.

17. Психологічні рекомендації мають охоплювати основні три умовні фактори, що впливають на процес соціально-психологічної адаптації: соціальні відносини (самореалізація в професійній сфері, питання матеріального забезпечення), питання психологічної адаптації (відносини із оточенням, емоційний баланс, розвиток емпатійності) та проблеми відновлення свого фізичного стану (здоровий спосіб життя, фізичні навантаження, зміна звичок, режим дня). Під час корекційної психологічної роботи психолог не може виокремлювати тільки психологічний аспект у питаннях адаптації. Всі процеси життєдіяльності людини пов'язані між собою. Тому для ефективної психологічної допомоги необхідно вміти бачити «картину світу» свого клієнта, не відмовляючи йому у його потребі обговорювати різноманітні питання свого життя.

18. Спеціалісту із психологічної роботи рекомендується особливу увагу звертати саме на розвиток емпатійних ставлень у клієнта в процесі його онтогенезу. Це допоможе визначити типову динаміку його емпатійності та визначити вплив стресу на рівень та тип емпатії. Як було відмічено Л.П. Журавльовою емпатія розвиваються протягом усього життя та має необхідні характеристики для можливості її корекції, що в свою чергу впливає розвиток відносин із оточуючими та загальний рівень психосоціальної адаптації.

Висновки до розділу 3

1. Виявлено основні детермінанти соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій. Одним із важливих чинників успішного адаптаційного процесу можна вважати наявність достатнього рівня емпатії, яка проявляється в просоціальній поведінці. Нижчі форми вираження емпатійності (індиферентність, співпереживання, співчуття) повинні бути розвинені у більш вищі для ефективної адаптації військослужбовців. Було виявлено, що наявність трансфінітної емпатії пов'язана із ризиком наявності синдрому ПТСР в учасників бойових дій. Саме така тенденція спостерігається в учасників АТО. Також наявність значного рівня антиемпатії свідчить про дезадаптивні процеси в особистості, проблеми зі спілкуванням з іншими людьми.

2. В процесі дослідження виявлено, що майже половина всіх респондентів (як для групи АТО, так і для групи БД) проявляє середній рівень інтегральної емпатії. Дослідження зафіксувало наявність високого рівня емпатійності для групи БД. Для груп АТО під час процесів адаптації важливо розвивати духовні аспекти своєї особистості.

3. Визначено основні характеристики особистості учасника бойових дій, які сприяють розвитку феномену посттравматичного зростання: сила особистості, бачення нових можливостей та прагнення до спілкування з іншими людьми (налагодження стосунків). Однією з важливих тенденцій, що зафіксувало дослідження, є вияв позитивного кореляційного взаємозв'язку між проявом посттравматичного зростання та рівнем адаптивності (для групи АТО $r=0,313; p \leq 0,05$; для групи БД $0,352; p \leq 0,05$) і ескапізмом (для групи АТО $r=0,454; p \leq 0,001$; для групи БД $0,272; p \leq 0,10$). Також у двох групах виявлено зв'язок між рівнем ескапізму та синдромом ПТСР. Це може свідчити про наявність позитивного чи негативного ескапізму.

4. В групі учасників ВД існує більший ризик прояву синдрому ПТСР в усіх вікових категоріях, ніж в групі АТО. Учасники бойових дій віком від 20

до 30 років є найбільш схильними до проявів ПТСР. Це може свідчити про необхідність додаткової психологічної допомоги саме даній віковій категорії військовослужбовців саме до етапу участі у бойових діях.

5. Статистично значущими детермінантами адаптаційного процесу, як показало дослідження є:

- форма та рівень інтегральної емпатії (наявність реального сприяння не на шкоду собі забезпечує достатній рівень позитивної динаміки адаптаційного процесу);
- рівень бачення нових можливостей, відчуття сили особистості та рівень ставлення до інших пов'язані із процесами адаптації у військових;
- наявність синдрому ПТСР спостерігається приблизно у 26% учасників військових дій (23% в групі ВД, 3 % у групі АТО) та може проявлятися на фоні вираженої альтруїстичної поведінки;
- вік учасників бойових дій.

6. Проаналізувавши різноманітні види підходів до вивчення поняття соціально-психологічної адаптації, встановлено авторське визначення соціально-психологічної адаптації, як процесу відновлення людиною соціальних ролей, що включає в себе прояв емпатійності, підвищення рівня емоційного комфорту в процесі спілкування та реінтегрування в соціум та включає широкий спектр (іноді невиражених) внутрішніх почуттів щодо суб'єктів оточення.

7. Дослідження індивідуально-психологічних детермінант прояву посттравматичного зростання учасників бойових дій дало можливість встановити залежність (позитивний кореляційний зв'язок) між рівнем адаптивності та такими функціональними характеристиками вираження показників посттравматичного зростання як «бачення нових можливостей», «сила особистості» та «підвищення цінності життя».

ВИСНОВКИ

1. Виходячи із поняття соціально-психологічної адаптації як процесу отримання людиною певного соціального статусу та оволодіння соціально-психологічними рольовими функціями, дослідження рівня адаптивності особистості в соціумі є вимірювальним показником успішності процесу соціалізації. Авторським визначенням соціально-психологічної адаптації є процес відновлення особистістю соціальних ролей, що передбачає прояв емпатійності, підвищення рівня емоційного комфорту в процесі спілкування та реінтеграції в соціум та містить широкий спектр (іноді невиражених) внутрішніх почуттів щодо суб'єктів оточення.

2. Рівень адаптивності особистості в соціумі є вимірювальним показником успішності процесу її соціалізації. Соціально-психологічна адаптація є процесом відновлення особистістю соціальних ролей, що передбачає прояв емпатійності, підвищення рівня емоційного комфорту в процесі спілкування й реінтеграції в соціум та містить широкий спектр (іноді невиражених) внутрішніх почуттів щодо суб'єктів оточення.

3. Доведено, що після повернення військовослужбовців із зони бойових дій в процесі їх адаптації задіяні психофізіологічний, психічний, соціопсихологічний та духовний аспекти особистості.

4. Учасники антитерористичної операції та бойових дій в умовах повномасштабного вторгнення Росії в Україну мають спільні та специфічні чинники адаптації. Загальними соціально-психологічними чинниками адаптації для учасників АТО та БД є прояв інтегральної емпатії, рівень доброзичливого ставлення особистості до інших людей та наявність позитивного чи негативного ескапізму в особистості. Специфічними соціально-психологічними чинниками адаптації учасників АТО є звернення до питань духовності, прояв відповідних форм емпатії до оточуючих (внутрішнє сприяння, реальне сприяння на шкоду собі), рівень прийняття інших, наявність позитивного ескапізму. Специфічними соціально-

психологічними чинниками адаптації учасників БД є готовність та спрямованість на взяття відповідальності за актуальну діяльність (прагнення до домінування), синдром ПСТР (присутні в дослідженні кореляційні зв'язки інтегрального показника ПТСР з рівнем індивідуальності для групи БД свідчить, що якщо в учасника БД є синдром ПТСР, то його процес соціалізації супроводжується індивідуальними проявами в поведінці (тобто, людина внутрішньо відсторонена від інших оточуючих, їй важко проявити співчуття, хоча ставлення до оточення може бути досить ввічливе). Для учасників БД може бути характерна тенденція при наявності підозри на синдром ПТСР займати активну соціальну позицію, але при цьому не відчувати глибоке співчуття чи жаль до оточуючих (чим сильніше синдроми ПТСР, тим більше проявлена така форма емпатії як індивідуальність), ескапізм (виявлені в дослідженні кореляційні зв'язки інтегрального показника ескапізму та неприйняття себе, тобто чим вище ескапізм в учасника БД, тим більше він не сприймає себе, свої почуття. Це підтверджується і взаємозв'язком показника ескапізму та рівня дезадаптації, тобто чим вище ескапізм (втеча від реальності) в учасника БД, тим повільніші процеси соціально-психологічної адаптації. Отже характер такого прояву ескапізму є негативний, деструктивний так як не сприяє налагодженню контактів із оточенням), наявність емоційного комфорту, вікові характеристики (група ризику отримання психологічної травми під час воєнних дій, що проявляється у наявності посттравматичного синдрому, 20-30 років. Тобто, найбільший стрес в результаті участі у військових діях отримали учасники БД віком від 20 до 35 років). Для учасників БД при наявності підозри на синдром ПТСР є характерною тенденція займати активну соціальну позицію, намагатися вийти із стресу через бачення нових можливостей у своєму житті та спроби опиратися на силу власної особистості.

5. Досліджено динаміку різномодального реагування суб'єкта на емпатогенну ситуацію, що розкриває розуміння процесів, які відбуваються

під час взаємодії військового з соціумом в процесі соціально-психологічної адаптації. Доведено вплив емпатії як інтегральної властивості особистості на напрямок її поведінки (від асоціальної до просоціальної) в процесі соціально-психологічної адаптації. Інтегральна емпатія та її форми є чинниками як позитивної, так і негативної соціально-психологічної адаптації військовослужбовців до соціуму. Внутрішнє сприяння, співчуття та рівень розвитку показників інтегральної емпатії у взаємозв'язку із рівнем посттравматичного зростання за умови відсутності підозри на синдром ПТСР позитивно впливають на ефективність соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій.

6. Дослідження основних характеристик соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій доповнює існуючі психологічні рекомендації щодо ефективної адаптації військовослужбовців, а саме: рекомендація звернення особливої уваги на високу сенситивність військовослужбовців до відчуття емоційної безпеки та довіри під час проведення будь-яких психокорекційних заходів; важливість уникнення психологом вокабулярних кліше, незрозумілих для учасника терапії; необхідність звернення уваги спеціалістів психологічних служб на три критерії, що є, як правило, сильними місцями для клієнта - його прагнення до налагодження стосунків із іншими (ставлення до інших), бажання змін (бачення нових можливостей) та віра в свої можливості (сила своєї особистості); порада не лише відслідковувати динаміку емпатійних ставлень особистості, а й актуалізувати та розвивати основні механізми функціонування інтегральної емпатії у військовослужбовців.

7. Дослідження основних характеристик соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій доповнює існуючі психологічні рекомендації щодо ефективної адаптації військовослужбовців, а саме: рекомендація звернення особливої уваги на високу сенситивність військовослужбовців до відчуття емоційної безпеки та довіри під час проведення будь-яких психокорекційних заходів; важливість уникнення психологом вокабулярних

кліше, незрозумілих для учасника терапії; необхідність звернення уваги спеціалістів психологічних служб на три критерії, що є, як правило, сильними місцями для клієнта - його прагнення до налагодження стосунків із іншими (ставлення до інших), бажання змін (бачення нових можливостей) та віра в свої можливості (сила своєї особистості); порада відслідковувати динаміку розвитку емпатійних ставлень особистості та застосовувати отриману інформацію під час психологічної реабілітації.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки нових інтегрованих сучасних методів дослідження процесів адаптації в учасників військових дій. Оптимізація інструментів соціально-психологічної адаптації учасників військових дій є однією із найважливіших завдань сьогодення для збереження української нації, культури та майбутнього нашої країни.

Перспективи дослідження. Подальші дослідження можуть бути проведені у вивченні впливу рівня розвитку та форм емпатії на прояв ескапізму (негативного чи позитивного). Доречно проаналізувати прояви негативного чи позитивного типу ескапізму в учасників бойових дій як елементу соціально-психологічно процесу адаптації, що пов'язаний із динамікою розвитку консонантної чи дисонансної емпатії. Знаходження детермінант альтруїзму, демонстрації надмірної доброзичливості, як можливого сигніфікатора присутності в особистості механізмів асоціальної поведінки можуть бути предметом подальших досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А. Еволюція поглядів на проблему бойової психічної травми. *Збірник наукових статей Київського міжнародного університету. Серія: Психологічні науки*. Випуск 5.–К.: КиМУ, 2004. С. 3-9.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Адлер А. Практика та теорія індивідуальної психології: пер. с англ. К.: Академічний проект, 2011. 240 с.
4. Ананьев В.А., Малыхина Я.В., Васильев М.А. Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения. Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. 171 с.
5. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека (3-е изд., испр. и доп.). К.: Смысл, 2007. 528 с.
6. Бандура А. Теория социального научения: пер. с англ. К.: СПб. Евразия, 2000. 320 с.
7. Братусь Б.С. Аномалии личности. К.: Мысль, 1988. 301 с.
8. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций К.: Моск. ун-та, 1984. 200 с.
9. Выготский Л.С. Проблемы развития психики. Собрание сочинений. К.: Педагогика, 1983. 368 с.
10. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. Соціогуманітарні проблеми людини, 2005. № 1. С. 91-100.
11. Гошовський Я.О. Вікова психологія: методичні рекомендації до практичних занять. Луцьк, 2020. 122 с.
12. Дильтей В. Описательная психология. К.: Современный гуманитарный университет ООО МБА-Сервис, 2001. 138 с.
13. Дьоміна Г.А. Вікова та педагогічна психологія: Методичні рекомендації для практичних занять, самостійної роботи та модульного

контролю знань студентів. 2-е вид., випр. і доп. К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. 56 с.

14. Журавльова Л.П. Емпатійні ставлення та їх класифікація. *Соціальна психологія*. 2008. № 5 (31). С. 39-46.

15. Журавльова Л.П. Емпатія та особистісне зростання в акмеогенезі. *Наука і освіта*. 2014. № 5. С. 134-141. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2014_5_26.

16. Журавльова Л.П. Психологія емпатії. К: ЖДУ ім. І.Франка, 2007. 328 с.

17. Журавльова Л.П. Психологічні основи розвитку емпатії людини: дис. докт. психол. наук. Південноукраїнський державний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського. Одеса, 2008. 469 с.

18. Журавльова Л.П. Методичні засади дослідження емпатії людини. *Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки*. 2008. С. 151-154.

19. Журавльова Л., Кротюк К. Особливості ціннісно-сміслової сфери військовослужбовців з різним досвідом участі в бойових діях. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки. Випуск 10 (55). 2020. С. 26-36. URL: <https://sj.npu.edu.ua/index.php/pn/article/view/909>.

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

21. Зубовський Д.С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період: дис. на здоб. наук. ступеня д.п.н. Міністерство оборони України імені Івана Черняхівського. Київ, 2019. 285 с.

22. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. К.: СПб. Речь, 2004. 70 с.

23. Келли Дж. Теория личности: психология личных конструктов. К.: СПб. Речь, 2000. 249 с.

24. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання:

монографія. К.: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

25. Кон И.С. Психология ранней юности. К.: Просвещение, 1989. 256 с.

26. Красильников И.А., Константинов В.В. Социально-психологическая адаптация личности и стратегии разрешения внутренних конфликтов. *Известия Самарского научного центра Российской Академии Наук*. Т. 11. №4 (4). 2009. С. 932-937.

27. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: монографія. К.: ЖДУ ім. І.Франка, 2007. 328 с.

28. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). К.: Смысл, 1992. 16 с.

29. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. К.: Наука, 1999. 350 с.

30. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы: Пер. с англ. К.: Альпина Нон-фикшн, 2011. 496 с.

31. Мясищев В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии. *Психология личности в трудах отечественных психологов*. К.: Питер, 2009. С. 34-39.

32. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии). К.: Ереван: АН Армянской ССР, 1988. 263 с.

33. Олпорт Г. Становление личности: избранные труды. К.: Смысл, 2002. 462 с.

34. Панченко Л.Ф., Адаменко Е.В. Компьютерные технологии анализа данных: метод. указания к лабораторному практикуму. К.: ЛНУ имени Тараса Шевченко, 2009. 178 с.

35. Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України: метод. посіб. Колесніченко О.С. та ін.; за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків: НАНГУ, 2020. 388 с.

36. Психологическая диагностика. Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. К.: Изд-во УРАО, 2001. С. 232-280.

37. Психология: Словарь. Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. К.: Политиздат, 1990. 494с.
38. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа К.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995. 288 с.
39. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. К.: Медицинская пресса, 2002. 352 с.
40. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение. К.: Институт психотерапии, 2007. 560 с.
41. Соціальна робота: навчальний посібник. Книга II. К.: ДЦССМ, 2002. 440 с.
42. Філіпс Л. Адаптація та її різновиди К.: Наука, 1979. 80 с.
43. Хегенхан Б., Олсон М. Теории научения. К.: Питер, 2004. 472с.
44. Чуйко О.В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу. К.: КНУ ім. Тараса Шевченка. 2016. С. 20.
45. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. К.: Римис, 2008. 608 с.
46. Яницкий М.С. Ценностная регуляция поведения личности и ее нарушение при различных формах социальных девиаций. *Вестник КРАУНЦ*. № 2 (18). 2011. С. 119-131.
47. Яницкий, М.С., Серый А.В. Ценностно-смысловая парадигма как методологическая основа оценки и прогнозирования развития личности. *Личностное развитие: прогностические модели, факторы, вариативность*. К.: ТГПУ, 2008. С. 71-93.
48. Berkowitz L. Aggression: Its causes, consequences, and control. Leonard Berkowitz. New York, McGraw-Hill, 1993. 485 p.
49. Coke, J.S., Batson, C.D., McDavis K. Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36(7), PP 752-766.
50. Dimitrova, S., Terziev, V. The social adaptation of the military, discharged from military servicenecessary or by request, 11-th International Academic Conference, 24-27 June 2014, Reykjavik, PP. 58-80.

51. Dymond, R.F. Personality and empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 1950. 14(5), PP 343-350.
52. Hafner Livia. *Aggressionspraevention bei Mädchen und Jungen: Ein Unterrichtsprojekt zum Umgang mit Wut und Ärger (German Edition)*. 2011, P 50.
53. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society. Biological Sciences*. 2006, April 29. PP 533-542.
54. Lügen, Lästern, Leiden lassen. *Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen*. Angela Ittel, Maria von Salisch (Herausgeber). Kohlhammer Verlag. 2005, 336 p.
55. Lynn R. Kahle, Pamela M. Homer, and Sharon E. Beatty. *Social Adaptation Theory in Consumer Behavior*, in NA. *Advances in Consumer Research Volume 13*, eds. Richard J. Lutz, Provo, UT: Association for Consumer Research, 1986. 667 p.
56. Matthew K. Nock, Charlene A. Deming, Carol S. Fullerton, Stephen E. Gilman, Matthew Goldenberg, Ronald C. Kessler, James E. McCarroll, Katie A. McLaughlin, Christopher Peterson, Michael Schoenbaum, Barbara Stanley & Robert J. Ursano. *Suicide Among Soldiers: A Review of Psychosocial Risk and Protective Factors*, *Psychiatry*, 2013. PP 97-125.
57. Susan Miller Smedema & Deborah Ebener. *Substance abuse and psychosocial adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions*, *Disability and Rehabilitation*, 2010. PP 1311-1319.
58. Zhuravlova, L., Chebykin, O. *The Development of Empathy: Phenomenology, Structure and Human Nature*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2021. 264 p. URL: <https://doi.org/10.4324/9781003145370>.
59. Steenkamp M.M. Latent classes of PTSD symptoms in Vietnam veterans. *Behavior modification*. 2012. Vol. 36(6). PP. 857-874.
60. Sutherland J. A. Women in substance abuse recovery: measures of resilience and self-differentiation. *Western journal of nursing Research*. 2009. Vol. 31(7). PP. 905-922.

61. Tedeschi R.G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9. PP. 455-471.
62. Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15. PP.18-245.
63. Thrash T.M. Inspiration as a psychological construct. *Journal of personality and social psychology*. 2003. Vol. 84 (4). PP. 871-889.
64. Thomassen A.G. The combined influence of hardiness and cohesion on mental health in a military peacekeeping mission: A prospective study. 2020, P.18.
65. W. Hystad, B.H. Johnsen, G.E. Johnsen, J.C. Laberg, J.Eid. Scandinavian journal of psychology. 2015. Vol. 56(5). PP. 560-566.
66. Thomassen A.G. The effect of hardiness on PTSD symptoms: A prospective mediational approach. *Military Psychology*. 2018. Vol. 30 (2). PP. 142-151.
67. Vaillant G.E. Adaptive Mental Mechanisms: Their Role in a Positive.
68. Psychology. G.E. Vaillant. American Psychologist. 2000. Vol. 55. PP. 89-98.
69. Vaishnavi S. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry research*. 2007. Vol. 152 (2-3). PP. 293-297.
70. Van Etten M.L. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stressdisorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*. 1998. Vol. 5 (3). PP. 126-144.

ДОДАТКИ

Роджерса-Даймонд

[illegible]

**Результати тесту на емпатію для учасників АТО і
учасників БД (в балах)**

Назва методики		Тест на емпатію для дорослих (за Журавльовою Л.П.)								
№	Учасник БД	Вік	Результат інтерв'ю	Результат емпатії	Результат емпатії (-2)	Результат емпатії (-1)	Результат емпатії (0)	Результат емпатії (1)	Результат емпатії (2)	Результат емпатії (3)
1	АТО	31-45	28	-6	-3	1	0	3	8	25
2	АТО	31-45	17	-2	-6	2	2	0	16	5
3	АТО	31-45	19	-4	-5	2	2	0	4	20
4	АТО	31-45	1	-4	-8	1	2	6	4	0
5	АТО	20-30	10	-8	-4	2	2	0	8	10
6	АТО	46-60	24	-6	-3	2	0	3	8	20
7	АТО	46-60	29	-4	-2	2	4	3	16	10
8	АТО	31-45	17	-4	-3	5	2	0	12	5
9	АТО	20-30	29	-6	-3	1	0	0	12	25
10	АТО	31-45	34	0	-3	3	4	3	12	15
11	АТО	31-45	30	-2	-3	4	0	0	16	15
12	АТО	20-30	26	-6	-3	1	0	0	24	10
13	АТО	20-30	31	-4	-1	3	4	3	16	10
14	АТО	31-45	13	-12	-3	0	0	0	8	20
15	АТО	31-45	41	-2	0	4	4	0	20	15
16	АТО	20-30	33	-4	-2	1	4	0	24	10
17	АТО	20-30	19	-6	-3	3	0	0	20	5
18	АТО	20-30	15	-6	-5	1	0	0	20	5
19	АТО	20-30	26	-4	-2	5	0	0	12	15
20	АТО	46-60	38	0	-3	0	6	6	24	5
21	АТО	31-45	33	-6	-2	1	0	3	12	25
22	АТО	20-30	24	-12	0	0	0	6	20	10
23	АТО	31-45	25	-2	-4	3	2	0	16	10
24	АТО	31-45	24	-6	-3	2	0	0	16	15
25	АТО	31-45	20	-4	-4	3	0	0	20	5
26	АТО	46-60	45	0	-4	0	0	0	24	25
27	АТО	20-30	24	-6	-3	1	0	3	24	5
28	АТО	31-45	24	-6	-3	2	0	0	16	15
29	АТО	46-60	23	-8	-2	2	0	0	16	15
30	АТО	20-30	25	-2	-4	2	2	3	24	0
31	АТО	46-60	26	-10	-1	0	0	6	16	15
32	АТО	20-30	33	-4	-1	3	2	3	20	10
33	АТО	31-45	34	-2	-1	5	0	3	24	5
34	АТО	46-60	22	-8	-1	3	2	3	8	15
35	АТО	31-45	9	-10	-4	1	0	3	4	15
36	АТО	46-60	23	-4	-4	2	2	0	12	15
37	АТО	31-45	24	-8	-2	1	2	0	16	15
38	АТО	31-45	28	-4	-2	3	2	0	24	5
39	АТО	31-45	24	-4	-2	2	8	3	12	5
40	АТО	20-30	22	-6	-3	3	0	0	8	20
41	АТО	31-45	26	-2	-4	3	0	3	16	10
42	АТО	20-30	37	-4	-2	1	2	0	20	20
43	АТО	31-45	20	-2	-6	2	0	0	16	10
44	АТО	31-45	44	-2	0	3	4	3	16	20
45	АТО	31-45	-2	-8	-6	1	4	3	4	0
46	АТО	20-30	18	-8	-3	1	2	0	16	10
47	АТО	31-45	24	-6	-3	1	0	6	16	10
48	АТО	31-45	17	-6	-4	2	0	3	12	10
49	АТО	31-45	29	-4	-3	3	0	0	8	25
50	АТО	31-45	38	-2	-3	1	0	6	16	20

51	БД	31-45	33	0	-4	1	2	9	20	5
52	БД	31-45	35	-6	-1	0	4	0	28	10
53	БД	31-45	52	0	0	1	4	15	12	20
54	БД	31-45	2	-6	-7	2	0	0	8	5
55	БД	31-45	28	-2	-3	4	0	0	24	5
56	БД	46-60	25	-4	-2	4	0	3	24	0
57	БД	31-45	30	0	-5	2	2	0	16	15
58	БД	31-45	31	0	-4	3	0	6	16	10
59	БД	31-45	25	-4	-3	3	0	3	16	10
60	БД	46-60	32	-2	-3	3	0	0	24	10
61	БД	20-30	28	-4	-2	4	0	0	20	10
62	БД	20-30	24	-4	-2	2	10	0	8	10
63	БД	46-60	31	-4	-3	1	2	3	12	20
64	БД	20-30	17	-8	-2	2	4	3	8	10
65	БД	31-45	22	-8	-3	1	0	0	12	20
66	БД	31-45	9	-6	-6	1	0	3	12	5
67	БД	20-30	21	-2	-7	0	0	0	20	10
68	БД	31-45	26	-2	-2	5	2	3	20	0
69	БД	46-60	35	-4	-1	2	2	6	20	10
70	БД	31-45	26	-2	-3	2	6	3	20	0
71	БД	31-45	31	0	-4	3	0	0	32	0
72	БД	31-45	29	-4	-2	2	4	3	16	10
73	БД	46-60	16	-4	-4	3	4	0	12	5
74	БД	20-30	26	-4	-3	3	0	3	12	15
75	БД	20-30	17	-6	-3	2	4	3	12	5
76	БД	31-45	19	-8	-2	2	0	6	16	5
77	БД	46-60	27	-8	-1	2	0	6	8	20
78	БД	31-45	34	-6	-1	3	0	0	8	30
79	БД	20-30	31	-6	-1	3	0	0	20	15
80	БД	46-60	34	-2	-3	2	0	0	32	5
81	БД	31-45	17	-12	-1	1	2	0	12	15
82	БД	20-30	15	-6	-5	1	2	0	8	15
83	БД	20-30	13	-8	-3	2	4	0	8	10
84	БД	31-45	23	-2	-4	2	4	6	12	5
85	БД	20-30	16	0	-7	2	2	3	16	0
86	БД	20-30	31	-4	-3	1	0	3	24	10
87	БД	20-30	-2	-2	-8	4	4	0	0	0
88	БД	20-30	11	-6	-6	1	0	3	4	15
89	БД	31-45	13	-12	-2	0	2	3	12	10
90	БД	46-60	12	-4	-6	0	6	0	16	0
91	БД	31-45	23	0	-6	2	2	0	20	5
92	БД	31-45	16	-4	-5	1	4	3	12	5
93	БД	31-45	20	-10	-2	1	0	0	16	15
94	БД	20-30	30	-2	-2	3	4	6	16	5
95	БД	46-60	10	-12	-3	0	0	3	12	10
96	БД	31-45	19	-4	-5	2	0	0	16	10
97	БД	31-45	23	-6	-1	4	0	9	12	5
98	БД	31-45	26	-6	-2	2	2	3	12	15
99	БД	20-30	12	-6	-5	2	2	0	4	15
100	БД	31-45	30	-2	-3	3	0	0	32	0

**Лінійна кореляція між показниками опитувальника
посттравматичного зростання та тесту на емпатію**

	антиемпатія АТО	антиемпатія БД	індиферентність АТО	індиферентність БД	співпереживання АТО	співпереживання БД	співчуття АТО	співчуття БД
СІ	0,291	0,188	0,232	0,206	0,226	0,097	0,281	-0,067
НМ	0,218	0,143	0,033	0,008	0,350	0,142	0,095	-0,228
СО	0,274	0,162	0,060	0,049	0,278	0,225	0,113	-0,164
ДП	0,310	0,260	0,076	0,085	0,250	0,086	0,213	-0,136
ПЦЖ	0,304	0,162	0,072	0,004	0,290	0,047	0,134	-0,146
ПЗ	0,298	0,202	0,096	0,068	0,304	0,145	0,188	-0,169
	внутрішнє сприйняття АТО	внутрішнє сприйняття БД	просоціальна поведінка АТО	просоціальна поведінка БД	альтруїзм АТО	альтруїзм БД	Показник інтегральної емпатії АТО	Показник інтегральної емпатії БД
СІ	0,222	0,213	0,031	0,007	0,154	0,038	0,067	0,052
НМ	0,186	0,002	0,069	0,055	0,090	0,233	0,070	0,003
СО	0,218	0,038	0,004	0,049	0,143	0,254	0,141	0,041
ДП	0,182	0,094	0,002	0,195	0,233	0,054	0,201	-0,295
ПЦЖ	0,053	0,211	0,052	0,056	0,184	0,053	0,272	-0,083
ПЗ	0,200	0,053	0,022	0,041	0,161	0,141	0,137	-0,026

**Лінійна кореляція між показниками опитувальника
Роджерса-Даймонд та тесту на емпатію**

Таблиця лінійної кореляції між показниками опитувальника Роджерса-Даймонд та тесту на емпатію	Адаптація	Самоприйняття	Прийняття інших	Емоційна комфортність	Інтернальність	Прагнення до домінування
антиемпатія АТО	-0,046	-0,046	-0,048	-0,046	-0,041	-0,055
антиемпатія БД	0,181	0,181	0,180	0,181	0,184	0,177
індиферентність АТО	0,135	0,135	0,134	0,135	0,137	0,133
індиферентність БД	-0,072	-0,072	-0,072	-0,072	-0,072	-0,073
співпереживання АТО	0,156	0,156	0,155	0,156	0,157	0,153
співпереживання БД	0,046	0,046	0,047	0,046	0,045	0,049
співчуття АТО	-0,208	-0,208	-0,207	-0,208	-0,210	-0,204
співчуття БД	-0,285	-0,285	-0,284	-0,285	-0,287	-0,281
внутрішнє сприяння АТО	-0,416	-0,416	-0,419	-0,416	-0,409	-0,426
внутрішнє сприяння БД	-0,156	-0,156	-0,159	-0,156	-0,149	-0,166
просоціальна поведінка АТО	0,083	0,083	0,082	0,083	0,085	0,080
просоціальна поведінка БД	0,283	0,283	0,283	0,283	0,282	0,283
альтруїзм АТО	0,224	0,224	0,223	0,224	0,226	0,221
альтруїзм БД	0,048	0,048	0,046	0,048	0,050	0,044
Показник інтегральної емпатії АТО	0,114	0,114	0,111	0,114	0,119	0,104
Показник інтегральної емпатії БД	0,179	0,179	0,177	0,179	0,182	0,172

Порівняльна таблиця кореляційних зв'язків показника синдрому ПТСР та показників тесту Роджерса-Даймонд для групи БД

Порівняльна таблиця кореляційних зв'язків показника синдрому ПТСР та показників тесту Роджерса-Даймонда для групи ВД									
№	Учасник БД	Вік	ескапізм; ПТ СР	домінуванн я: ПТСР	№	Учасник БД	Вік	ескапізм; ПТ СР	домінуванн я: ПТСР
1	ВД	31-45	-0,115	0,071	26	ВД	31-45	-0,138	0,187
2	ВД	31-45	-0,115	0,071	27	ВД	46-60	-0,138	0,202
3	ВД	31-45	-0,133	0,088	28	ВД	31-45	-0,065	0,155
4	ВД	31-45	-0,133	0,090	29	ВД	20-30	-0,047	0,161
5	ВД	31-45	-0,135	0,084	30	ВД	46-60	-0,047	0,163
6	ВД	46-60	-0,143	0,105	31	ВД	31-45	-0,056	0,193
7	ВД	31-45	-0,126	0,084	32	ВД	20-30	-0,021	0,177
8	ВД	31-45	-0,136	0,069	33	ВД	20-30	-0,016	0,190
9	ВД	31-45	-0,137	0,068	34	ВД	31-45	-0,017	0,189
10	ВД	46-60	-0,166	0,088	35	ВД	20-30	-0,062	0,238
11	ВД	20-30	-0,167	0,098	36	ВД	20-30	-0,043	0,191
12	ВД	20-30	-0,179	0,096	37	ВД	20-30	-0,075	0,247
13	ВД	46-60	-0,179	0,111	38	ВД	20-30	-0,073	0,380
14	ВД	20-30	-0,176	0,115	39	ВД	31-45	0,045	0,162
15	ВД	31-45	-0,177	0,134	40	ВД	46-60	0,133	0,093
16	ВД	31-45	-0,140	0,105	41	ВД	31-45	-0,204	0,377
17	ВД	20-30	-0,144	0,153	42	ВД	31-45	-0,181	0,375
18	ВД	31-45	-0,127	0,138	43	ВД	31-45	-0,067	0,339
19	ВД	46-60	-0,127	0,141	44	ВД	20-30	-0,071	0,347
20	ВД	31-45	-0,090	0,107	45	ВД	46-60	0,017	0,383
21	ВД	31-45	-0,076	0,120	46	ВД	31-45	0,480	0,223
22	ВД	31-45	-0,098	0,144	47	ВД	31-45	0,500	0,184
23	ВД	46-60	-0,138	0,177	48	ВД	31-45	0,381	-0,629
24	ВД	20-30	-0,134	0,178	49	ВД	20-30	-0,060	0,034
25	ВД	20-30	-0,138	0,187	50	ВД	31-45	-0,063	0,035

**Розподілу респондентів за показником підозри
на синдром ПТСР у відсотках**

Розподіл респондентів за показником підозри на ПТСР	підозра на ПТСР (більше 35 б)	відсутня підозра на ПТСР менше 35 б)
загальна к-сть респондентів у відсотках	26%	74%
АТО	3	47
БД	23	27
середній бал	43	25
20-30 р	10%	20%
31-45 р	13%	40%
45-60р	3%	14%
Рис.5 Таблиця розподілу респондентів за показником підозри на синдром ПТСР у відсотках		

Таблиця результатів тесту посттравматичного зростання

	СІ	БМ	СО	ДІ	ЖІ	ПЗ		СІ	БМ	СО	ДІ	ЖІ	ПЗ
АТО	0	7	6	0	4	17	ВД	3	0	0	0	1	4
АТО	0	2	1	2	6	11	ВД	19	12	16	0	9	56
АТО	1	8	3	1	8	21	ВД	14	13	11	3	3	44
АТО	21	21	18	7	14	81	ВД	7	6	5	7	12	37
АТО	4	0	0	0	10	14	ВД	18	22	15	6	14	75
АТО	6	4	6	2	8	26	ВД	8	13	10	4	12	47
АТО	15	9	8	4	3	39	ВД	14	16	14	5	10	59
АТО	2	1	0	0	3	6	ВД	19	15	13	6	4	57
АТО	0	0	0	0	0	0	ВД	21	15	12	6	8	62
АТО	11	11	8	6	6	42	ВД	11	10	9	0	11	41
АТО	10	13	12	3	10	48	ВД	16	10	0	1	8	35
АТО	5	1	2	5	7	20	ВД	16	8	8	5	9	46
АТО	15	5	5	5	0	30	ВД	10	11	12	5	5	43
АТО	22	17	14	9	12	74	ВД	6	4	4	0	4	18
АТО	25	16	12	8	11	72	ВД	5	25	20	5	15	70
АТО	14	15	14	4	11	58	ВД	22	18	16	10	10	76
АТО	9	4	6	2	2	23	ВД	23	20	16	4	11	74
АТО	21	20	11	5	11	68	ВД	8	4	3	2	5	22
АТО	7	5	4	2	2	20	ВД	22	16	12	7	11	68
АТО	14	10	8	4	6	42	ВД	18	9	9	3	11	50
АТО	15	25	16	0	9	65	ВД	0	0	0	0	0	0
АТО	19	15	14	6	7	61	ВД	3	6	3	0	0	12
АТО	17	17	13	6	9	62	ВД	0	0	0	0	0	0
АТО	0	0	0	0	0	0	ВД	3	5	3	0	3	14
АТО	13	13	8	3	6	43	ВД	17	11	14	8	7	57
АТО	0	5	0	0	0	5	ВД	18	12	12	6	8	56
АТО	5	15	11	0	9	40	ВД	13	11	8	0	8	40
АТО	28	20	16	8	12	84	ВД	14	15	12	3	11	55
АТО	23	19	15	7	13	77	ВД	4	2	3	1	3	13
АТО	18	15	12	7	9	61	ВД	9	10	9	0	8	36
АТО	27	20	15	9	12	83	ВД	23	17	15	6	11	72
АТО	13	11	9	4	6	43	ВД	9	24	20	2	11	66
АТО	0	0	0	0	4	4	ВД	0	0	0	0	2	2
АТО	9	2	11	3	4	29	ВД	0	1	1	1	4	7
АТО	22	19	15	7	11	74	ВД	6	11	8	0	2	27
АТО	1	2	1	1	0	5	ВД	9	8	7	1	6	31
АТО	25	18	13	7	12	75	ВД	13	13	9	6	7	48
АТО	12	12	14	3	10	51	ВД	11	7	7	3	5	33
АТО	26	16	14	5	12	73	ВД	15	15	10	9	6	55
АТО	6	2	2	4	3	17	ВД	7	5	1	0	9	22
АТО	3	4	1	0	0	8	ВД	0	0	0	0	5	5
АТО	5	6	3	2	6	22	ВД	16	16	12	8	12	64
АТО	5	7	13	2	6	33	ВД	0	0	0	0	0	0
АТО	16	8	4	1	5	34	ВД	13	15	10	0	3	41
АТО	14	9	9	6	8	46	ВД	26	17	12	8	9	72
АТО	17	17	12	3	11	60	ВД	3	19	14	7	8	51
АТО	7	5	4	4	5	25	ВД	24	12	12	7	10	65
АТО	0	0	0	0	2	2	ВД	18	18	13	3	12	64
АТО	9	4	8	0	6	27	ВД	2	6	4	0	2	14
АТО	17	13	11	3	8	52	ВД	15	14	10	6	10	55

[illegible]

**Динаміка показників посттравматичного зростання в учасників
АТО та БД у балах**

