МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ОЛЕСЯ ГОНЧАРА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ОЛЕСЯ ГОНЧАРА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

АЛЕЩЕНКО ОЛЬГА ВАЛЕРІЇВНА

УДК 159.947:355.1:331.5

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Спеціальність 053 Психологія
Галузь знань 053 Психологія
Подається на здобуття ступеня **доктора філософії**

Подані до захисту наукові досягнення є напрацюванням автора, а всі запозичені ідеї, наукові результати, цитати супроводжуються належними посиланнями на їх авторів та джерела опублікування

О.В. Алещенко

Науковий керівник – кандидат психологічних наук, доцент
Ткаченко Ніна Володимирівна

Дніпро – 2026

АНОТАЦІЯ

Алещенко О.В. Особливості впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 05 «Соціальні науки» за спеціальністю 053 «Психологія». Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, Дніпро, 2026.

Дослідження присвячено комплексному аналізу особливостей впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій

Робота має чітко визначену структуру, яка має вступ, три розділи, що складаються з підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

У вступі висвітлено актуальність та ключові проблеми, що стосуються особливостей впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій. Актуальність теми обумовлена необхідністю комплексної психологічної допомоги комбатантам при поверненні до мирного життя, де ключовим чинником реінтеграції є успішне відновлення або зміна професійної траєкторії в умовах пережитого травматичного досвіду та симптомів ПТСР. Окреслено об’єкт і предмет дослідження, сформульовано мету й завдання дослідження, які спрямовані на розкриття зазначеної проблематики в межах дисертаційної роботи. Охарактеризовано методологічну основу, яка забезпечила вибір відповідних методів дослідження. Представлено наукову новизну та окреслено значення отриманих результатів для науки, освітньої практики, методичного забезпечення. Підсумки дослідження відображені у наукових публікаціях та матеріалах апробації, підтверджені Актом впровадження у наукову діяльність.

Розділ 1 присвячено теоретичному аналізу професійного самовизначення, проблемі посттравматичного стресового розладу, психологічним характеристикам комбатантів та бар'єрам їхньої реінтеграції у мирне життя.

У підрозділі 1.1 здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз професійного самовизначення, яке концептуалізовано як складний, динамічний, багатовимірний психосоціальний феномен, що виступає стрижневим компонентом загальної архітектоніки особистості дорослої людини. Установлено, що професійне самовизначення не є одноразовим, ізольованим актом кар'єрного вибору, а функціонує як безперервний процес рефлексії, цілепокладання та реорієнтації, що триває протягом усього життєвого шляху суб'єкта. Доведено, що цей феномен безпосередньо визначає довгострокову життєву стратегію особистості, виступаючи фундаментальним інструментом її професійної та особистісної самореалізації, а також ключовим предикатором успішної інтеграції та адаптації суб'єкта у соціономічний простір мирного життя. Особливу увагу приділено чутливості та пластичності структури професійного самовизначення в період зрілості (дорослого віку) до впливу ненормативних життєвих криз.

У підрозділі 1.2 здійснено системне теоретичне узагальнення провідних підходів сучасних вітчизняних та закордонних науковців до вивчення феноменології посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як складної, багаторівневої психічної деформації, що виникає внаслідок переживання екстремального (бойового) стресу. На основі компаративного аналізу сучасних діагностичних класифікаторів (DSM-5 та МКХ-11) деталізовано внутрішню нозологічну структуру розладу, верифіковано його клініко-психологічну симптоматику та розкрито специфіку системного деструктивного впливу на когнітивну, емоційну, вольову та поведінкову сфери особистості суб'єкта. У ході теоретичного аналізу розлад концептуалізовано не як ізольований набір клінічних проявів, а як стійкий симптомокомплекс, який примусово переформатовує внутрішню картину світу людини..

У підрозділі 1.3 здійснено детальний теоретико-методологічний аналіз психологічних особливостей учасників бойових дій (комбатантів). Особливим акцентом даного етапу дослідження є уникнення спрощеного, суто дефіцитарного підходу, який тотально патологізує ветеранську спільноту.

Сучасна психологічна наука доводить, що бойовий досвід кардинально трансформує особистість, проте ця трансформація далеко не завжди призводить до розвитку клінічних форм посттравматичного стресового розладу (ПТСР) чи депресивних станів. Повернення з фронту розглядається як складний процес нормативної ресоціалізації особистості дорослого віку, де більшість комбатантів зберігають високий адаптаційний потенціал та здатність до конструктивного професіогенезу. З метою наукової диференціації у підрозділі структуровано та описано психологічний профіль ветеранів на двох полярних рівнях реагування на пережитий екстремальний стрес. Для більшості комбатантів характерним є формування специфічних, але адаптивних особистісних новоутворень, які є результатом успішної інтеграції воєнного досвіду. У випадках, коли інтенсивність бойової психічної травми перевищує захисні ресурси психіки, формується посттравматичний стресовий розлад. У цієї категорії ветеранів зафіксовано системну деструкцію особистісної сфери на чотирьох фундаментальних рівнях: когнітивно-перцептивному (сталий феномен гіперпильності, звуження обсягу робочої пам’яті, домінування жорсткого «чорно-білого» мислення); емоційно-вольовому (явища емоційного оніміння, афективна лабільність, низький поріг активації гніву та високий рівень фонової тривожності); соціально-поведінковому (патерни активного уникнення міжособистісних контактів, самоізоляція); екзистенційно-ціннісному (глибока криза ідентичності під час переходу від образу «Воїна» до образу «Цивільного», втрата сенсів цивільної праці). Теоретично обґрунтовано, що у травмованих ветеранів ці дезадаптивні прояви трансформуються у жорсткі «психічні фільтри» (психологічну ригідність та інтолерантність до невизначеності), які примусово деформують їхні кар'єрні прагнення.

У підрозділі 1.4 професійне самовизначення учасників бойових дій концептуалізовано як провідний інтегративний чинник, що визначає успішність їхньої соціокультурної реадаптації та кар'єрної реінтеграції в умови цивільного соціуму. Особливістю теоретико-методологічного аналізу в цьому контексті є залучення інноваційної теорії антикрихкості, згідно з якою екстремальний

воєнний стрес та пережиті особистісні кризи розглядаються не лише як джерело травматизації особистості, а й як потенційний каталізатор її якісного трансформаційного зростання. У ході теоретичного моделювання було обґрунтовано, що кар’єрний шлях ветерана в мирному житті не є однорідним, а розгортається в межах двох полярних траєкторій, інтегрованих в авторську «Диференційну матрицю професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя». Матриця забезпечує системне зіставлення особистісних конструктів комбатантів за такими параметрами порівняння, як провідний статус ідентичності, стратегія взаємодії з невизначеністю, сфери професійних інтересів, кар'єрні орієнтації (якоря кар'єри) та локус контролю. Перший вектор (неадаптивний сценарій): характеризується домінуванням симптомокомплексу ПТСР, затяжною кризою ідентичності (дифузія/мораторій), інтолерантністю до невизначеності та екстернальним локусом контролю. Другий вектор (адаптивний сценарій) відображає закономірності посттравматичного зростання особистості учасника бойових дій. У межах цього сценарію комбатант демонструє когнітивну гнучкість, інтернальний локус контролю «Я» та сформовану досягнуту цивільну ідентичність. Сприймаючи динамічні зміни та невизначеність цивільного ринку праці як виклик для розвитку, а не як загрозу, ветеран виявляє високу готовність до безперервного навчання та проактивної соціальної взаємодії. Розроблена модель свідчить, що адаптація колишніх учасників бойових дій буде успішною, якщо допомогти їм активувати власні внутрішні психологічні ресурси.

У висновках до першого розділу констатовано, що наявність симптомів ПТСР деформує професійні наміри, знижує мотивацію до праці та блокує процеси успішного професійного самовизначення, що потребує цілеспрямованого психологічного втручання.

Розділ 2 містить методологічне обґрунтування гіпотез дослідження та опис валідного психодіагностичного інструментарію для оцінки ПТСР і професійних намірів ветеранів. У підрозділі 2.1 представлено методологічне обґрунтування гіпотез дослідження. Висунуто припущення, що високий рівень ПТСР негативно

корелює з готовністю до професійного самовизначення, знижує рівень професійної автономії та дезорганізує часову перспективу особистості.

У підрозділі 2.2 обґрунтовано вибір та охарактеризовано психодіагностичний інструментарій для оцінки рівнів ПТСР, критеріїв професійного самовизначення та загального стану адаптованості комбатантів.

У висновках до другого розділу сформовано цілісний діагностичний комплекс, здатний забезпечити валідність, надійність та репрезентативність результатів майбутнього емпіричного дослідження.

Розділ 3 присвячено емпіричному вивченню особливостей впливу ПТСР на вибір професії, апробації авторської програми психокорекції та розробці рекомендацій із реінтеграції учасників бойових дій у мирне життя.

У підрозділі 3.1 визначено цілі, конкретні задачі, етапи (констатувальний, формувальний, контрольний) та процедуру організації емпіричного дослідження, описано вибірку піддослідних.

У підрозділі 3.2 У ході аналізу емпіричних даних було доведено безпосередній зв’язок між вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу (інтрузії, уникнення, гіперактивація) та труднощами у професійному самовизначенні учасників бойових дій. Виявлено, що інтенсивність клінічних проявів ПТСР корелює з низкою додаткових психологічних характеристик, які суттєво ускладнюють процес вибору професії та інтеграцію у цивільне середовище. Порушення когнітивних функцій (зниження концентрації уваги, труднощі у прийнятті рішень, ослаблення пам’яті) обмежують здатність ветеранів до ефективного планування та прогнозування професійної траєкторії. Зниження сенсо-життєвих орієнтацій відображає кризу ціннісно-смислової сфери та формує відчуття невідповідності власних ресурсів вимогам соціуму. Інтолерантність до невизначеності проявляється у схильності уникати нових або непередбачуваних професійних ситуацій, що знижує гнучкість у виборі кар’єрних стратегій. Психологічна ригідність (жорсткість мислення, труднощі у зміні звичних моделей поведінки) перешкоджає адаптації до нових умов праці та обмежує можливості професійної переорієнтації.

Показано, що за відсутності сформованого травматичного синдрому поодинокі субклінічні викривлення не мають пресорного впливу на профорієнтацію ветеранів. Натомість у клінічній групі саме ПТСР (а не депресивне безсилля) запускає неадаптивний кар'єрний сценарій, змушуючи ветерана здійснювати «втечу в алгоритм та безпечну нішу» (сфери «Людина–Техніка» та «Людина–Природа») з єдиною метою — уникнути хаотичних соціальних тригерів та зберегти емоційний контроль у мирному житті. Таким чином, комплексний кількісний та якісний аналіз підтверджує, що ПТСР у ветеранів бойових дій не лише обумовлює труднощі у професійному самовизначенні, але й супроводжується системними порушеннями когнітивної, мотиваційної та ціннісно-смислової сфер. Це створює багатовимірний бар’єр для інтеграції у цивільне життя та потребує спеціально розроблених програм психосоціальної підтримки.

У підрозділі 3.3 представлено архітектоніку розробленої комплексної психокорекційної програми, спрямованої на зниження проявів ПТСР, стабілізацію емоційного стану та актуалізацію внутрішніх ресурсів для професійного самовизначення.

У підрозділі 3.4 викладено результати формувального етапу. Математико-статистичний аналіз підтвердив позитивну динаміку у піддослідних експериментальної групи. Зафіксовано зниження проявів депресії та тривожності, що супроводжувалося покращенням когнітивних функцій — зокрема, короткострокової пам’яті, концентрації уваги та комунікативних навичок. Додатково було проаналізовано індекс посттравматичного зростання, який виявився вищим у ветеранів експериментальної групи після завершення формувального етапу. Важливим результатом стало також підвищення рівня професійної ідентичності. Таким чином, на контрольному етапі було підтверджено ефективність розробленої психокорекційної програми.

У підрозділі 3.5 сформульовано практичні рекомендації для військових психологів, центрів реабілітації та служб зайнятості щодо покращення процесів професійної адаптації та реінтеграції комбатантів у цивільне суспільство.

Наукова новизна: вперше комплексно досліджено та математично доведено особливості впливу симптомів ПТСР на структуру професійного самовизначення комбатантів; розширено уявлення про психологічні детермінанти реінтеграції учасників бойових дій.

Практичне значення: розроблено та успішно впроваджено дієву психокорекційну програму, яка може використовуватися у практичній діяльності психологів для супроводу ветеранів.

Ключові слова: учасники бойових дій (комбатанти, ветерани), стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), професійне самовизначення, самореалізація, професійна діяльність, психотравмуючі переживання, негативні емоції, нерво-психічні розлади, посттравматичне зростання, професійна ідентичність, життєстійкість, стресостійкість, життєві цілі.

ABSTRACT

O.V. Aleschenko. Characteristics of the Impact of Post-Traumatic Stress Disorder on the Professional Self-Determination of Combatants. – Qualifying scientific paper in manuscript form.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 05 "Social Sciences," specialty 053 "Psychology." Oles Honchar Dnipro National University, Dnipro, 2026.

This study is devoted to a comprehensive analysis of the specific effects of post-traumatic stress disorder on the career self-determination of combatants

The work has a clearly defined structure, consisting of an introduction, three chapters divided into subsections, conclusions, a list of references, and appendices.

The introduction highlights the relevance and key issues concerning the impact of post-traumatic stress disorder on the career self-determination of combatants. The relevance of the topic stems from the need for comprehensive psychological support for combatants as they return to civilian life, where a key factor in reintegration is the successful resumption or change of a career path in the context of traumatic experiences and PTSD symptoms. The object and subject of the study are defined, and the purpose and objectives of the study are formulated, which are aimed at exploring the aforementioned issues within the scope of the dissertation. The methodological framework that guided the selection of appropriate research methods is described. The scientific novelty is presented, and the significance of the obtained results for science, educational practice, and methodological support is outlined. The findings of the study are reflected in scientific publications and field-testing materials and are confirmed by the Act of Implementation into Scientific Activity.

Chapter 1 is devoted to a theoretical analysis of professional self-determination, the problem of post-traumatic stress disorder, the psychological characteristics of combatants, and the barriers to their reintegration into civilian life.

Subsection 1.1 presents a comprehensive theoretical and methodological analysis of vocational self-determination, which is conceptualized as a complex, dynamic, multidimensional psychosocial phenomenon that serves as a central

component of the overall architecture of an adult's personality. It has been established that professional self-determination is not a one-time, isolated act of career choice, but rather functions as a continuous process of reflection, goal-setting, and reorientation that spans the entire life course of the individual. It has been demonstrated that this phenomenon directly determines an individual's long-term life strategy, serving as a fundamental tool for their professional and personal self-actualization, as well as a key predictor of the individual's successful integration and adaptation into the socio-economic space of peaceful life. Particular attention is paid to the sensitivity and plasticity of the structure of professional self-determination during the period of maturity (adulthood) to the influence of non-normative life crises.

Subsection 1.2 presents a systematic theoretical synthesis of the leading approaches of contemporary domestic and foreign scholars to the study of the phenomenology of post-traumatic stress disorder (PTSD) as a complex, multilevel psychological disturbance arising from exposure to extreme (combat) stress. Based on a comparative analysis of modern diagnostic classifications (DSM-5 and ICD-11), the internal nosological structure of the disorder is detailed, its clinical and psychological symptoms are verified, and the specifics of its systemic destructive impact on the cognitive, emotional, volitional, and behavioral spheres of the subject's personality are revealed. In the course of the theoretical analysis, the disorder was conceptualized not as an isolated set of clinical manifestations, but as a persistent symptom complex that forcibly reshapes a person's internal worldview.

Subsection 1.3 presents a detailed theoretical and methodological analysis of the psychological characteristics of combatants. A particular focus of this stage of the research is to avoid a simplified, purely deficit-based approach that pathologizes the veteran community as a whole. Contemporary psychological science demonstrates that combat experience radically transforms the personality; however, this transformation does not always lead to the development of clinical forms of post-traumatic stress disorder (PTSD) or depressive states. Returning from the front is viewed as a complex process of normative resocialization of adults, in which most combatants retain a high adaptive potential and the capacity for constructive professional development. For the

purpose of scientific differentiation, this section structures and describes the psychological profile of veterans at two polar levels of response to the extreme stress they have experienced. For most combatants, the formation of specific but adaptive personality changes—resulting from the successful integration of their wartime experiences—is characteristic. In cases where the intensity of combat-related psychological trauma exceeds the psyche's defensive resources, post-traumatic stress disorder develops. In this category of veterans, systemic destruction of the personality sphere has been documented at four fundamental levels: cognitive-perceptual (persistent hypervigilance, reduced working memory capacity, and a predominance of rigid "black-and-white" thinking); emotional-volitional (emotional numbness, affective lability, a low anger threshold, and high levels of background anxiety); social-behavioral (patterns of actively avoiding interpersonal contact, self-isolation); existential-value-related (a profound identity crisis during the transition from the "Warrior" role to the "Civilian" role, loss of meaning in civilian work). It has been theoretically substantiated that, in traumatized veterans, these maladaptive manifestations transform into rigid "mental filters" (psychological rigidity and intolerance to uncertainty), which forcibly distort their career aspirations.

In subsection 1.4, the professional self-determination of combatants is conceptualized as the leading integrative factor determining the success of their sociocultural readaptation and career reintegration into civilian society. A distinctive feature of the theoretical and methodological analysis in this context is the incorporation of the innovative theory of anti-fragility, according to which extreme wartime stress and personal crises are viewed not only as a source of psychological trauma but also as a potential catalyst for qualitative transformational growth. Through theoretical modeling, it was demonstrated that a veteran's career path in peacetime is not uniform but unfolds along two polar trajectories, integrated into the author's "Differential Matrix of Professional Self-Determination for Combatants in Peacetime." The matrix provides a systematic comparison of combatants' personality constructs based on the following parameters: dominant identity status, strategy for coping with uncertainty, areas of professional interest, career orientations (career anchors), and

locus of control. The first vector (non-adaptive scenario) is characterized by a predominance of PTSD symptoms, a protracted identity crisis (diffusion/moratorium), intolerance to uncertainty, and an external locus of control. The second vector (adaptive scenario) reflects the patterns of post-traumatic personal growth in combatants. Within this scenario, the combatant demonstrates cognitive flexibility, an internal locus of control ("I"), and a well-established civilian identity. By perceiving the dynamic changes and uncertainty of the civilian labor market as a challenge for growth rather than a threat, the veteran shows a high readiness for continuous learning and proactive social interaction. The developed model indicates that the adaptation of former combatants will be successful if they are helped to activate their own internal psychological resources.

The conclusions of the first chapter state that the presence of PTSD symptoms distorts career intentions, reduces work motivation, and hinders the processes of successful career self-determination, which requires targeted psychological intervention.

Chapter 2 contains the methodological justification of the study's hypotheses and a description of valid psychodiagnostic instruments for assessing PTSD and the career intentions of veterans. Subsection 2.1 presents the methodological justification of the study's hypotheses. It is hypothesized that a high level of PTSD negatively correlates with readiness for career self-determination, reduces the level of career autonomy, and disrupts an individual's temporal perspective.

Subsection 2.2 justifies the selection and characterizes the psychodiagnostic instruments for assessing levels of PTSD, criteria for career self-determination, and the overall state of adaptation among combatants.

The conclusions to Chapter 2 present a comprehensive diagnostic framework capable of ensuring the validity, reliability, and representativeness of the results of the future empirical study.

Subsection 3.1 defines the objectives, specific tasks, stages (baseline, formative, and follow-up), and the procedure for organizing the empirical study, and describes the sample of participants.

In subsection 3.2, an analysis of the empirical data demonstrated a direct link between the severity of post-traumatic stress disorder symptoms (intrusions, avoidance, hyperarousal) and the difficulties combatants face in professional self-determination. It was found that the intensity of clinical manifestations of PTSD correlates with a number of additional psychological characteristics that significantly complicate the process of career choice and integration into civilian life. Cognitive impairments (decreased concentration, difficulty making decisions, memory impairment) limit veterans' ability to effectively plan and forecast their career paths. A decline in life-oriented values reflects a crisis in the sphere of values and meaning and creates a sense that one's own resources do not meet societal demands. Intolerance of uncertainty manifests as a tendency to avoid new or unpredictable professional situations, which reduces flexibility in choosing career strategies. Psychological rigidity (inflexibility of thought, difficulty in changing habitual behavior patterns) hinders adaptation to new working conditions and limits opportunities for professional reorientation. It has been shown that, in the absence of a fully developed traumatic syndrome, isolated subclinical distortions do not exert a negative influence on veterans' career orientation. In contrast, in the clinical group, it is PTSD (rather than depressive helplessness) that triggers a maladaptive career scenario, forcing the veteran to "escape into an algorithm and a safe niche" (the "Human–Technology" and "Human–Nature" spheres) with the sole purpose of avoiding chaotic social triggers and maintaining emotional control in civilian life. Thus, a comprehensive quantitative and qualitative analysis confirms that PTSD in combat veterans not only causes difficulties in professional self-determination but is also accompanied by systemic impairments in the cognitive, motivational, and value-meaning spheres. This creates a multidimensional barrier to integration into civilian life and requires specially designed psychosocial support programs.

Subsection 3.3 presents the structure of the developed comprehensive psychocorrectional program, aimed at reducing PTSD symptoms, stabilizing emotional state, and mobilizing internal resources for career self-determination.

Subsection 3.4 presents the results of the formative phase. Mathematical and statistical analysis confirmed positive trends among the subjects in the experimental group. A reduction in symptoms of depression and anxiety was observed, accompanied by improvements in cognitive functions—specifically, short-term memory, concentration, and communication skills. Additionally, the post-traumatic growth index was analyzed and found to be higher among veterans in the experimental group after the completion of the formative phase. Another important result was an increase in the level of professional identity. Thus, the effectiveness of the developed psychocorrectional program was confirmed during the control phase.

Subsection 3.5 formulates practical recommendations for military psychologists, rehabilitation centers, and employment services regarding the improvement of processes for the professional adaptation and reintegration of combatants into civilian society.

Scientific novelty: For the first time, the specific effects of PTSD symptoms on the structure of combatants' professional self-determination have been comprehensively studied and mathematically proven; our understanding of the psychological determinants of combatants' reintegration has been expanded.

Practical significance: An effective psychocorrectional program has been developed and successfully implemented, which can be used in the practical work of psychologists to support veterans.

Keywords: combatants (veterans), stress, post-traumatic stress disorder (PTSD), vocational self-determination, self-actualization, professional activity, psychotraumatic experiences, negative emotions, neuropsychiatric disorders, post-traumatic growth, professional identity, resilience, stress resilience, life goals.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових виданнях:

1. Алещенко О. В., Ткаченко Н. В. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви. *Journal of Psychology Research*. 2023. Vol. 29, No. 12. С. 63–70. DOI: 10.15421/102909. https://doi.org/10.15421/102909

Алещенко О. В. – визначила структуру та зміст статті, проаналізувала причини й клінічні прояви посттравматичного стресового розладу, підготувала основні інтерпретації результатів дослідження та їх висвітлення в формулюванні наукових висновків

Ткаченко Н. В. – обґрунтувала концептуальні засади дослідження посттравматичного стресового розладу, систематизувала наукові підходи до пояснення його виникнення та розвитку, визначила основні напрями аналізу клінічних проявів і взяла участь у формулюванні теоретичних узагальнень статті.

2. Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual / L. Prisniakova, O. Aharkov, I. Agapova, O. Aleshchenko. *XV International Online Conference "Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration" (IPFA 2023)*. 2023. Volume 452. DOI: 10.1051/e3sconf/202345201009. https://www.researchgate.net/publication/376081077_Environmental_anxiety_and_its_impact_on_the_mental_health_of_the_individual

Алещенко О. В. – здійснила теоретико-методологічний аналіз феномену тривоги, систематизувала прояви екологічної тривожності, охарактеризувала психологічні механізми реагування на несприятливі чинники середовища та підготувала відповідну частину статті англійською мовою.

Прісняков Л. – розробила концептуальну модель дослідження в межах екосистемного підходу, визначила його теоретичні засади та здійснила наукове керівництво підготовкою статті.

Агарков О. – зібрав та проаналізував емпіричні дані щодо взаємозв'язку характеристик середовища й показників психічного здоров'я.

Агапова І. – опрацювала зарубіжні наукові джерела, узагальнила результати літературного огляду та інтегрувала їх до тексту статті.

3. Алещенко О. В. Посттравматичне зростання. *Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін* : колект. монографія / за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2023. С. 131–152. http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/926

4. Гарець Н. О., Варакута М. Л., Алещенко О. В. Теоретичні підходи до розуміння психологічного ресурсу особистості в роботах зарубіжних вчених. *Наукові перспективи*. 2023. № 4(34). С. 527–536. DOI: 10.52058/2708-7530-2023-4(34)-527-536. https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-4(34)-527-536

Гарець Н. О. – визначила теоретичні засади аналізу психологічного ресурсу особистості, узагальнила концептуальні положення зарубіжних досліджень та здійснила наукове редагування статті.

Варакута М. Л. – здійснила добір і систематизацію наукових публікацій, проаналізувала підходи зарубіжних учених до структури та функцій психологічних ресурсів особистості, підготувала відповідну частину рукопису.

Алещенко О. В. – провела порівняльний аналіз зарубіжних теоретичних підходів до розуміння психологічного ресурсу особистості, виокремила їхні спільні та відмінні положення, сформулювала узагальнення щодо значення психологічних ресурсів для адаптації особистості.

5. Алещенко О. В. Копінг-стратегії соціально-психологічної адаптації демобілізованих. *Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація* : колект. монографія / за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2024. С. 57–79. http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/1604

6. Алещенко О. В. Тривожність особистості й копінг-стратегії. *Психологічні ресурси життєстійкості та соціального благополуччя особистості* : колект. монографія / за заг. ред. Т. О. Гальцевої. Дніпро : Пороги, 2024. С. 123–138. https://repository.dnu.dp.ua/file/1126

7. Алещенко О. В., Ткаченко Н. В. Соціальна адаптація й копінг-стратегії демобілізованих комбатантів. *Перспективи та інновації науки (Серія*

«Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2025. № 4(50). С. 1800–1810. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1800-1810

Алещенко О. В. – спланувала дослідження соціальної адаптації демобілізованих комбатантів, здійснила збирання емпіричного матеріалу, узагальнила результати та підготувала основний текст статті.

Ткаченко Н. В. – обґрунтувала теоретичні положення щодо взаємозв'язку копінг-стратегій і соціальної адаптації демобілізованих комбатантів, визначила методологічні підходи до аналізу адаптаційних процесів.

8. Алещенко О. В., Ткаченко Н. В. Психологічні детермінанти професійного самовизначення особистості дорослого віку. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2025. № 4(50). С. 1811–1824. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1811-1823

Алещенко О. В. – розробила концепцію та структуру статті, здійснила теоретико-методологічний аналіз психологічних детермінант професійного самовизначення в дорослому віці, обґрунтувала зв'язок професійного розвитку з життєвими кризами та сформулювала висновки.

Ткаченко Н. В. – изначила концептуальні підходи до дослідження професійного самовизначення в дорослому віці, систематизувала ключові психологічні детермінанти цього процесу, обґрунтувала значення вікових і життєвих чинників.

9. Алещенко О. В. Апробація комплексної психокорекційної програми адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2026. № 4(62). С. 3222–3233. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-4(62)-3222-3233

Тези доповідей на конференціях:

1. Ткаченко Н. В., Алещенко О. В. Вплив посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій. *Психолого-педагогічні передумови успішності функціонування особистості в*

інформаційному просторі : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 25–26 листоп. 2022 р.). Дніпро : ДНУ ім. Олеся Гончара, 2022. С. 126–128. https://www.dnu.dp.ua/view/materialu_konferenchii

2. Алещенко О. В. Використання проективних методик для діагностики посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 груд. 2022 р.). Дніпро : ВНПЗ «ДГУ», 2022. С. 12–15. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/638/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20%d0%9c%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b0%d1%80%d0%be%d0%b4%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d1%96%d1%97%20%d0%b7%d0%b0%20%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b0%d0%ba%d1%86%d1%96%d1%94%d1%8e%20%d0%90.%d0%94.%20%d0%9c%d1%96%d1%80%d0%be%d1%88%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

3. Алещенко О. В. Нервово-психічна нестійкість як маркер розвитку ПТСР у військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 груд. 2022 р.). Дніпро : ВНПЗ «ДГУ», 2022. С. 34–38. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/638/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20%d0%9c%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b0%d1%80%d0%be%d0%b4%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d1%96%d1%97%20%d0%b7%d0%b0%20%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b0%d0%ba%d1%86%d1%96%d1%94%d1%8e%20%d0%90.%d0%94.%20%d0%9c%d1%96%d1%80%d0%be%d1%88%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

4. Алещенко О.В. « Прихована агресія» *Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах*: матер. IV Всеукр. форуму (Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний

університет». С. 11-15. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/965/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20IV%20%d0%92%d1%81%d0%b5%d1%83%d0%ba%d1%80%d0%b0%d1%97%d0%bd%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d1%84%d0%be%d1%80%d1%83%d0%bc%d1%83.pdf

ЗМІСТ

ВСТУП……22
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ…….....35
1.1 Професійне самовизначення особистості як психосоціальний феномен……..35
1.2 Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу в роботах вітчизняних та зарубіжних науковців ……48
1.3 Психологічні особливості учасників бойових дій (комбатантів)……70
1.4 Професійне самовизначення учасників бойових дій як чинник успішної реадаптація та реінтеграції у мирне життя…….83
Висновки до першого розділу…….107
РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ПІДБІР ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ……..110
2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження ……110
2.2. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження особливостей впливу ПТСР на професійне самовизначення учасників бойових дій…….122
Висновки до другого розділу……..134
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ……136
3.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження ……....136
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів констатувального етапу емпіричного дослідження …….138

3.3. Розробка та впровадження психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя…….183
3.4 Аналіз та інтерпретація результатів контрольного етапу емпіричного дослідження……..190
3.5. Рекомендації щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій як складової їхньої успішної реінтеграції у мирне життя…….204
Висновки до третього розділу ……214
ВИСНОВКИ ……220
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ….. ……..231
ДОДАТКИ ……261

ВСТУП

Актуальність теми. Повернення молодих та середнього віку ветеранів до цивільного життя обумовлює необхідність соціально-психологічної реабілітації та психологічної підтримки. Ефективна інтеграція колишніх військовослужбовців є ключовим чинником соціальної стабільності. Дослідження факторів, що впливають на цей процес, дозволить створити ефективні програми адаптації, які допоможуть ветеранам реалізувати свій потенціал у своїх громадах та сім’ях.

Професійне самовизначення ветеранів – це критично важливий процес трансформації військового досвіду в успішну цивільну кар'єру, що є основою їхньої соціальної реінтеграції. Перехід до мирного життя часто вимагає не просто пошуку роботи, а повного переосмислення своїх навичок, цінностей та професійної ідентичності. Професійне самовизначення учасників бойових дій – це не просто «пошук вакансій». Це глибокий процес побудови нової Я-концепції в цивільному житті, переоцінка своїх навичок, формування професійних намірів і пошук сенсу у мирній праці після екстремального бойового досвіду Держава, неурядові організації та бізнес в Україні пропонують комплексну систему підтримки, яка допомагає колишнім військовослужбовцям знайти новий шлях. До головних етапів та інструментів самовизначення учасників бойових дій при поверненні у мирне життя відносяться: трансформація військових навичок, професійна адаптація та перекваліфікація, підтвердження кваліфікацій.

Професійне самовизначення учасників бойових дій у період їхньої реінтеграції до умов мирного життя є не лише фундаментальним психологічним завданням відновлення особистості, а й стратегічним пріоритетом державної політики України. Нормативно-правовим підґрунтям забезпечення цього процесу виступає Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», який декларує право де мобілізованих осіб на професійну адаптацію, підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації за рахунок коштів державного бюджету.

Окрім того, Постанова Кабінету Міністрів України № 432 від 21 червня 2017 року (зі змінами та доповненнями станом на 2024–2026 рр.) [75]. затверджує Порядок організації соціальної та професійної адаптації учасників бойових дій та осіб з інвалідністю внаслідок війни. Цей нормативний акт безпосередньо спрямований на відновлення професійної працездатності ветеранів, підвищення їхньої конкурентоспроможності на цивільному ринку праці та сприяння самозайнятості.

Проте, попри наявність розгалужених державних інструментів, реалізація зазначених законодавчих гарантій стикається із глибокими внутрішньо особистісними бар'єрами, зумовленими деструктивним впливом воєнної травми. Професійне самовизначення у мирному житті вимагає від ветерана повної перебудови колишнього професійного образу «Я». Як доводять у своїх дослідженнях, повернення до цивільної праці є тривалим і нелінійним процесом, де відновлення професійної ідентичності виступає стрижневим фактором подолання загальної соціально-психологічної дезадаптації особистості.

Таким чином, кар’єрна реінтеграція учасників бойових дій має враховувати не лише організаційні та професійні вимоги, а й глибинні психологічні процеси. Адже двосторонній характер адаптації, про який говорить О. О. Дружиніна [32], у випадку ветеранів ускладнюється наслідками травматичного досвіду. Раптові екстремальні події та пережиті стреси можуть порушувати природні механізми психічної адаптації, що нерідко призводить до тривалих станів психоемоційного напруження та розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Саме тому ефективна професійна реалізація ветеранів потребує інтеграції психологічної підтримки з організаційними заходами, щоб забезпечити не лише продуктивність праці, а й відновлення внутрішньої рівноваги та суб’єктивного задоволення від діяльності.

Хоча людська психіка наділена механізмами адаптації до змін, раптові екстремальні події та травматичні переживання можуть спричинити тривале психічне страждання, яке згодом може перерости в посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Науковий аналіз психоемоційних наслідків участі у бойових діях

свідчить про високу ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згідно з даними UNICEF в популяції взагалі (8% та 20%), та серед комбатантів зокрема (20%-25% чоловіків та 30-35% у жінок), у жінок ПТСР виникає частіше ніж у чоловіків [167].

Причиною розладу може бути будь-який надмірний психоемоційний стрес-фактор, що виходить за межі звичайного досвіду. Особливе місце в міждисциплінарних дослідженнях займають військові конфлікти, які традиційно спричиняють глибоке психічне перевантаження, яке в різні епохи називали «воєнною нервозністю», «в'єтнамським синдромом» або «афганським синдромом». Поява та інтенсивність симптомів розладу тісно пов'язані з якістю реінтеграції бійців. Практичний досвід військової психології показує, що швидка соціальна адаптація, постійне місце роботи, підтримка сім'ї та активні заняття у вільний час значно знижують ризик розвитку хронічного ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад супроводжується складними психологічними, соматичними та поведінковими розладами, які ускладнюють соціально-психологічну реінтеграцію та викликають опір щодо стандартної реабілітації. Отже, сучасна прикладна психологія в нашій країні стоїть перед нагальним завданням: пошуком та впровадженням відповідних методів, за допомогою яких можна буде забезпечити психотерапевтичний супровід ветеранів, які пережили серйозні бойові події. Вирішення цієї проблеми вимагає комплексного вивчення особливостей ПТСР у цій категорії осіб, а також розробки теоретичних і методологічних моделей для поступового моделювання та впровадження ефективних психотехнологій, спрямованих на подолання посттравматичних симптомів.

Повномасштабне вторгнення російської армії на територію України призвело до необхідності участі в бойових діях великої кількості молодих працездатних громадян. І, після повернення до мирного життя, багато учасників бойових дій мають суттєві психологічні, а інколи й фізичні проблеми, такі як посттравматичний стресовий розлад, що впливає на соціальну адаптацію та призводять до зміни професійної діяльності. Тож необхідно визначення

особливостей впливу такого психологічного феномену, як посттравматичний стресовий розлад на психолого-соціальний феномен професійного самовизначення учасників бойових дій. Дослідження цього впливу дозволить розробити практичні рекомендації для покращення адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя.

Як іноземні, так і українські вчені досліджували посттравматичний стресовий розлад, зокрема Р. Волошин, В. Корнієнко (механізми, симптоми, стадії та причини розвитку ПТСР); І. Котенєв, В. Лісенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тимченко, С. Яковенко (методи діагностики та лікування тривожних розладів і ПТСР); О. Кокун, Р. Попелюшко (психологічна допомога в кризових ситуаціях) В. Доморацький, Н. Крилов, А. Пускаров (особливості лікування посттравматичного стресового розладу у осіб, які беруть участь у військових операціях); Г. Селіє (теоретичні основи понять ПТСР та загального синдрому адаптації); Ф. Шапіро (психотерапія емоційних травм). Загалом можна сказати, що, з огляду на широкий інтерес до питання ПТСР, комплекс симптомів посттравматичних тривожних розладів у публікаціях називають «серцем солдата», «серцево-судинною неврозою», «бойовою неврозою», «бойовою» або «воєнною виснаженістю», «посттравматичний реактивний стан» (J. Zohar, J. Chochlova), «синдром залізничного спинного мозку» (F. Erichsen), «синдром напруги» (M. Hamilton), «військовий невроз» (A. Oppenheim), «травматичний невроз» (J. Darskevich, E. Bleuler, O. Bumke), «воєнно-травматичні неврози» (A. Kardiner), «невроз тривоги» (E. Kraepelin), «психогенні реакції у воєнний час» (Г. Сухарева), «неврастенічний психоз» (Г. Сухарева), «реактивний психоз» (Н. Фелінський), «посттравматичний реактивний стан» (М. Гуревич), «постреактивний розвиток особистості» (О. Кербіков, К. Іммерманн). Дослідження питання вибору професії, професійного самовизначення особистості та професійної спеціалізації також зустрічається у психологічній фаховій літературі, зокрема у працях зарубіжних авторів (Е. Берн, А. Маслоу, Ф. Парсонс, Д. Супер, Д. Тіндеман тощо). Протягом останніх десятиліть значення психологічного дослідження різних аспектів трудового

життя зросло, і внаслідок цього психологія розвинулася в науку, що займається такими психічними явищами, як мислення, знання, комунікація та діяльність. Ці теми досліджували такі вчені, як Г. С. Костюк, Г. О. Бал, Дж. З. Гілбух, М. О. Федорисин, І. А. Зязун, Дж. Л. Трофімов та В. В. Фіске.

Питання соціальної інтеграції та підтримки ветеранів в Україні перебуває в центрі уваги дослідників та наукових установ. Ю. Мальований аналізує роль державних програм у процесах реінтеграції ветеранів, тоді як Т. Семігіна та Т. Столярик у своїх працях звертають увагу на ті аспекти соціальної політики, які впливають на адаптацію. О. Гончаренко досліджує виклики переходу від військового до цивільного життя, І. Саранча та В. Стасюк — соціально-психологічні чинники адаптації, Ю. Бондаренко та Н. Левицька — можливі ризики цього процесу, а В. Курило — проблеми професійної інтеграції. З. Кісарчук пропонує методи психотерапевтичної допомоги для тих, хто страждає на симптоми посттравматичного стресового розладу. Закони України: «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про психіатричну допомогу», «Про охорону психічного здоров'я» (2023) визначають, що: ПТСР у ветеранів проявляється неоднорідно, потреби учасників бойових дій у професійній адаптації залежать від індивідуальних особливостей перебігу ПТСР, реабілітаційні та професійні програми мають враховувати специфічні характеристики психічного стану, а не лише сам факт діагнозу. Отже, законодавство прямо підкреслює неоднорідність впливу ПТСР.

Міжнародний досвід висвітлюють у своїх працях М. Робінсон, Д. Флемінг та К. Гудман, Марді Горовіц, Смашна О. та К. Горишна.

Мета дослідження: теоретично та емпірично дослідити особливості впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані такі **завдання:**

1) теоретично обґрунтувати поняття «професійне самовизначення» в роботах сучасних науковців;

2) теоретично проаналізувати поняття «посттравматичний стресовий розлад» в роботах вітчизняних та закордонних психологів;

3) обґрунтувати гіпотези емпіричного дослідження;

4) підібрати й обґрунтувати психодіагностичний інструментарій роботи;

5) організувати та провести емпіричне дослідження щодо впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій;

6) здійснити аналіз та інтерпретацію отриманих результатів констатувального етапу емпіричного дослідження;

7) розробити та впровадити комплексну психокорекційну програму;

8) здійснити порівняльний аналіз результатів констатувального та контрольного етапів емпіричного дослідження;

9) розробити практичні рекомендації щодо покращення адаптації учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом до умов мирного життя;

10) встановити подальші перспективи досліджень.

Об'єкт дослідження: професійне самовизначення учасників бойових дій.

Предмет дослідження: особливості впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій.

Методи й методики дослідження. Для досягнення поставленої мети в роботі використано наступні методи: *теоретичні:* узагальнення, аналіз, синтез, порівняння – для інтерпретації та узагальнення опрацьованих матеріалів й формулювання висновків; *емпіричні*: авторська анкета, яка дозволяє визначити соціально-демографічні показники учасників дослідження (вік, стать, соціально-професійний статус), суб'єктивне сприйняття власних комунікативних навичок та плани на професійну діяльність у мирному житті; опитування, яке реалізувалося за допомогою таких психодіагностичних методик: 1) методика PCL-5 (National Center for PTSD, адаптація В. Безшейко) – для визначення симптомів ПТСР; 2) Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS, Е.С. Зігмонд, Р.П. Снайт, адаптація Кутіков О. та Нікішкова І. М.) – для визначення супутніх станів тривоги й депресії. Для визначення конітивних функцій – тест

Мюнстерберга, Вісконсинський тест сортування карток (WCST, Е. Берг а Д.Грант, Р. Хітон, адаптація Н. Марути), Методика «10 слів» (за О. Лурія, адаптація Андрейченко Д.). Для визначення професійної спрямованості – опитувальник професійної готовності (за Л. Кабардовою, в адаптації В. Доротюк), тест «Якір кар'єри» (Е. Шейн в адаптації А. А. Жданович та Е. А. Могилевкина). Для діагностикі ціннісних орієнтацій комбатантів була обрана методика «Сенсожиттєві орієнтації» (Д. Леонтьєв, в адаптації К. Горишної). Для визначення адаптаційних можливостей – методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд, адаптація Александров Д.О., Давидова О.В.), шкала психологічної гнучкості (Acceptance and Action Questionnaire-IIAAQ-II) в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук, шкала інтолерантності до невизначеності, Р.Н. Карлетон в адаптації Г. Громової. Для оцінки ефективності розробленої психокорекційної програми додатково був використаний опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна в адаптації Д. Зубовського та «Методологія дослідження професійної ідентичності» Л.Б. Шнайдер в адаптації К. Малофейкіної.

Математико-статистичні методи: описова статистика, t-критерій Стьюдента та U-Манна- Уітні – для виявлення статистично значущих відмінностей між незалежними групами, *T*-критерій Вілкоксона при зіставленні показників, отриманих на одній і тій же групі випробовуваних в двох різних умовах (на констатувальному та контрольному етапах), кореляційний аналіз ρ-Спірмена – для встановлення взаємозв'язків між показниками, аналіз частотних розподілів за критерієм $\boldsymbol{\chi^2}$Пірсона, регресійний факторний аналіз – для виявлення впливу факторних показників посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій; експлораторний факторний аналіз (ЕФА) методом головних компонентів із застосуванням процедури ортогонального обертання факторної матриці Варімакс (Varimax with Kaiser Normalization) з метою мінімізації міжфакторного перекриття та досягнення простої структури навантажень», коефіцієнт α -Кронбаха — для перевірки внутрішньої узгодженості психодіагностичного інструментарію.

Математико-статистична обробка емпіричних даних, отриманих у ході констатувального та формувального етапів дослідження, здійснювалася із застосуванням спеціалізованого пакета програм комп'ютерного моделювання IBM SPSS Statistics (Version 26.0). Первинна систематизація даних, табулювання результатів психодиагностики та візуалізація графічних профілів виконувалися в середовищі табличного процесора Microsoft Excel.

Наукова новизна отриманих результатів:

вперше:

1) теоретико-емпірично доведено існування двох диференційних сценаріїв професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя: неадаптивного сценарію, із жорстко алгоритмізованими, ізольованими сферами праці («Людина–Техніка», «Людина–Природа»); та адаптивного сценарію з високодинамічними, комунікативними та лідерськими сферами діяльності («Людина–Людина»);

2) деталізовано архітектуру блокових деформацій кар'єрного розвитку учасників бойових дій під впливом ПТСР, що лежать в основі регресивного кар'єрного вибору: у когнітивному вимірі доведено, що поєднання дефіциту робочої пам’яті, труднощів концентрації уваги та ригідності формує інтелектуальний бар'єр, який призводить до відмови від навчання та кар’єрних досягнень; в емоційно-вольовому вимірі обґрунтовано, що хронічна тривожність, спалахи гніву, апатія й депресивні стани лінійно детермінують міжособистісну конфліктність та швидке емоційне вигорання на робочому місці; у соціальному вимірі верифіковано патерни самоізоляції та гіперпильності, які викликають звуження професійного вибору й вимушену згоду на низькокваліфіковану роботу; в екзистенційному вимірі: визначено екзистенційно-адаптаційну кризу (руйнування цілей, нищівне самоприйняття), яка виступає першопричиною глобальної професійної дезорієнтації та втрати мотивації до цивільної праці;

3) розроблено, теоретично обґрунтовано та емпірично верифіковано структурно-функціональну модель та диференційну матрицю професійного

самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя, які дозволили концептуалізувати процес професійного самовизначення учасників бойових дій як складну динамічну систему, де траєкторія кар'єрного вибору визначається взаємодією трьох ієрархічних рівнів: первинних деструктивних предикторів (психопатологічні симптоми), психічних фільтрів (когнітивно-особистісні властивості) та ціннісно-мотиваційного ядра особистості.

4) розроблено та впроваджено комплексну психокорекційну програму щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя з урахуванням когнітивних, психологічних та соціальних особливостей учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом;

узагальнено:

1) теоретико-методологічні підходи до дослідження професійного самовизначення особистості дорослого віку, яке концептуалізовано як безперервний, динамічний та ціннісно-смисловий процес рефлексії й перебудови кар'єрного шляху під впливом нормативних та ненормативних (зокрема травматичних) життєвих криз;

2) структуру професійного самовизначення учасників бойових дій, що дозволило порівняти їхню готовність до праці та кар'єрні цінності з урахуванням чинника травматизації особистості;

уточнено наукові уявлення про:

1) базові дефініції професійного самовизначення учасників бойових дій як нелінійного, динамічного процесу безперервного переформатування кар'єрного шляху у взаємозв'язку з проявами посттравматичного стресового розладу;

2) суть впливу ПТСР на кар'єрний шлях учасників бойових дій. Установлено, що посттравматичний стресовий розлад запускає кризу професійного розвитку: через страхи, нав'язливі думки та втрату життєвих орієнтирів він змушує ветерана обирати роботу не за покликанням, а заради психологічного захисту та самоізоляції

Концептуальна гіпотеза дослідження: припускається, що посттравматичний стресовий розлад є деструктивним чинником професійного самовизначення учасників бойових дій.

Емпіричні гіпотези:

1. Припускається, що наявність клінічно вираженої симптоматики ПТСР в учасників бойових дій виступає первинним предиктором когнітивної дезадаптації, що виражається у тотальному зниженні показників пам'яті (короткочасної та довгострокової) й уваги (вибірковості та стійкості), а також у формуванні вираженої когнітивної ригідності, яка блокує гнучкість поведінки в умовах мирного життя.

2. Припускається, що вираженість таких симптомів ПТСР як інтрузії, уникнення та когнітивні викривлення в учасників бойових дій мають зворотній кореляційний зв’язок з сенсо-життєвими орієнтаціями, зокрема, посилення психологічної травматизації послаблює локус контролю «Я», а когнітивні викривлення мають зворотний зв’язок із цілепокладанням, задоволеністю результатами життя та загальним локусом контролю «Життя».

3. В учасників бойових дій з ПТСР буде частіше проявлятися екзистенційна криза, на відміну від учасників бойових дій без ПТСР.

4. Рівень соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій з ПТСР (прийняття себе й інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування) обумовлює вибір професійних сфер «Людина-Техніка» і «Людина-Природа», на відміну від учасників бойових дій без ПТСР, які обирають такі сфери, як «Людина-Людина», «Людина- Знакова система» та «Людина- Художній образ».

5. Зростання психологічної ригідності в учасників бойових дій детермінує деструктивний вплив на їхню адаптацію та професійне самовизначення, зокрема, посилює симптоматику ПТСР, тривожність та когнітивні викривлення; руйнує смисложиттєві орієнтири, знижує локус контролю «Я» та самоприйняття; зумовлює захисний вибір ізольованих сфер («Людина-Природа», Людина – Техніка»).

6. Припускається, що чим вище рівень інтолерантності до невизначеності в учасників бойових дій, то вищі показники симптомів ПТСР, тривожності і психологічної ригідності, також тим нижчі показники сенсо-життєвих орієнтацій та самоприйняття, що й обумовлює вибір «безпечних», ізольованих сфер професійної діяльності («Людина-Природа», «Людина-Техніка») замість комунікативної сфери «Людина-Людина».

Практичне значення роботи полягає в розробці та впровадженні психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя. Результати можуть бути використані в роботі психологів, соціальних працівників й учасниками бойових дій при реінтеграції у мирне життя. Також були сформульовані практичні рекомендації щодо покращення професійного самовизначення, як чинника успішної реадаптації та реінтеграції учасників бойових дій у мирне життя, які можуть бути використані як самими ветеранами, так й впроваджені в корпоративну політику підприємств та компаній. Крім того, отримані результати можуть бути використані при викладанні таких дисциплін: «Психологія бойової психічної травми», «Реабілітація учасників бойових дій», «Клінічна психологія», «Військова психологія», «Психологія праці», «Нейропсихологія».

Організація і база проведення емпіричної роботи.

Емпіричне дослідження проводилось в два етапи. Перший, констатувальний етап проводився протягом 2022-2025 років на базі діючих бойових підрозділів: полку поліції особливого призначення « Дніпро- 1», який у січні 2023 було доєднано до «Об'єднаної штурмової бригади Національної поліції України «Лють», також, на базі військової частини А7406, та Центрів реабілітації для поранених військових RECOVERY м. Дніпро та Рівне. У дослідженні взяли участь 276 учасників бойових дій віком від 20 до 55 років, середній вік- 36,2 років, 25% жінок та 75% чоловіків, 54%-представники солдатсько-сержантського складу, 46%-офіцери.

Всі респонденти мають підтверджений статус «Учасник бойових дій», бойовий досвід від 1 до 11 років. Всі учасники обов’язково проходили військо-

лікарську комісію та щорічні медичні огляди з обов'язковим висновком психіатра про відсутність психічних розладів та придатність до військової служби й дозвіл на використання вогнепальної зброї. При скринінговому дослідженні, якщо було виявлено наявність ПТСР, респонденти обов'язково спрямовувалися на консультацію до психіатра.

Другий, формувальний етап, який проходив у 2025-2026 роках полягав у розробці, апробації та оцінці ефективності психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя та проводився на базі реабілітаційних центрів Дніпропетровської області: КП "Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни" Дніпропетровської обласної ради", Реабілітаційний центр "RECOVERY" та в «Санаторії- курорті «Орлівщина». На другому етапі дослідження взяли участь 65 учасників бойових дій, які проходили реабілітацію у вищезазначених центрах Дніпропетровської області й приймали участь в констатувальному етапі. Серед учасників було 20 жінок (30,4%) й 45 чоловіків (69,6%), віком від 25 до 58 років, середній вік- 37,3 роки. З моменту перебування в зоні бойових дій пройшло від 6-ти місяців до 3-х років; учасники формувального етапу за станом здоров'я або через інші причини були демобілізовані.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною, завершеною науковою працею. Сформульовані в ній положення, узагальнення, висновки обґрунтовано на підставі самостійно проведених досліджень. Із наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використано виключно ті наукові положення, ідеї та результати, які отримані здобувачкою особисто та становлять її самостійний внесок у відповідні дослідження.

Дисертаційна робота виконана відповідно до науково-дослідних робіт кафедри загальної та соціальної психології Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара «Соціальне благополуччя суб'єкта життєдіяльності як передумова якості його життя» (шифр 0122U001778 від 05.01.2022р.) (внесок здобувача полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричній верифікації детермінант поствоєнного професійного самовизначення

учасників бойових дій.) та «Соціально-психологічні чинники та психологічні ресурси посттравматичного зростання особистості» (реєстраційний номер НДР № 0125U002376 від 29.04.2025 р.) (внесок здобувача полягає в теоретичній концептуалізації та експериментальній верифікації психологічних ресурсів і соціально-психологічних чинників, що обумовлюють або блокують процеси посттравматичного зростання учасників бойових дій у процесі їхнього професійного самовизначення в умовах мирного життя; емпірично доведено характер каскадного деструктивного впливу інтолерантності до невизначеності, емоційної дисрегуляції та когнітивної ригідності як чинників, що перешкоджають особистісному зростанню ветеранів; експліковано внутрішні ресурси антикрихкості особистості (інтернальність, самоефективність, когнітивну гнучкість), які детермінують вибір адаптивного кар'єрного сценарію).

Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні Вченої ради Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара (протокол № 4 від 01.12.2022 р.).

Апробація результатів дослідження представлено у вигляді 6 наукових публікацій у виданнях категорії В та індексованих міжнародних виданнях, 3-х підрозділів у колективних монографіях, 4-х тез доповідей на Всеукраїнських та міжнародних науко-практичних конференціях (див. список літератури).

Структура роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел, який складається із 225 джерел (116 з яких англійською мовою), додатків. Робота містить 31 таблицю і 11 рисунків. Загальний обсяг роботи становить 309 сторінок, основний зміст викладено на 208 сторінках.

У роботі використовувалися такі інструменти штучного інтелекту: Gemini. Вони застосовувалися для перекладу або адаптації цитат з іноземних джерел, отримання від ШІ коментарів до власного тексту: граматика, логіка, структура. Всі розділи, при написанні яких використовувався ШІ, перевірені та відредаговані автором особисто. Наукові положення, висновки та результати є власним інтелектуальним внеском автора.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Професійне самовизначення особистості як психосоціальний феномен

Придатність до певної професійної діяльності має динамічний характер, що зумовлено постійним розвитком як самої діяльності, так і особистості фахівця. Професійна кар’єра супроводжується періодичними та частковими змінами вимог до діяльності, що пов’язано з удосконаленням засобів праці, появою нових робочих завдань, виникненням екстремальних умов, а також можливими помилками в організації діяльності тощо. Водночас зростає кількість професій, які постійно розвиваються, є досить комплексними та динамічними, вимагають ретельної підготовки та висувають високі вимоги до особистості та фізичних здібностей працівника. У зв’язку з цим оцінка та формування професійної придатності до таких видів діяльності становить важливу соціально-економічну й особистісну проблему, що визначає її наукову та практичну значущість. Зміна професійної кар’єри передбачає перехід до нової професійної діяльності, яка не є безпосереднім продовженням попереднього кар’єрного розвитку. Це може бути зміна професійної позиції в межах іншої професійної категорії або сфери діяльності, що потребує нової підготовки, унаслідок чого попередні навички та професійні обов’язки значною мірою втрачають свою актуальність. Професійна придатність розглядається як сукупність індивідуальних характеристик людини, які впливають на те, наскільки добре вона навчається, виконує робочі завдання та ефективність їх реалізації. Вона відображає фактичний рівень розвитку якостей, що мають відношення до даної діяльності, які розвиваються і проявляються протягом життя і кар'єри. До структури професійної придатності належать рівень освіти та професійної підготовки, професійна готовність, психологічна структура особистості, стан здоров’я і фізіологічні функції, а також показники фізичного розвитку, що

визначаються вимогами конкретної професії. Професійна компетентність також визначається ступенем задоволеності трудовими процесами і результатами праці.

Виникнення професійного самовизначення зазвичай пов’язують зі старшим шкільним віком, проте цьому процесу передують певні етапи професійного становлення. Одним із них є первинний вибір професії, характерний для учнів молодшого шкільного віку. На цьому етапі у дітей формуються ще недостатньо диференційовані уявлення про світ професій, спостерігається ситуативне розуміння власних ресурсів, необхідних для здійснення певної діяльності, а також нестійкість професійних намірів. У старшому шкільному віці відбувається власне етап професійного самовизначення, коли виникають і поступово формуються професійні наміри, а також здійснюється початкове орієнтування в різних сферах трудової діяльності. Подальший професійний розвиток може включати низку взаємопов’язаних процесів, серед яких: професійне навчання, що здійснюється після завершення шкільної освіти з метою опанування обраної професії; професійну адаптацію, яка передбачає формування індивідуального стилю діяльності та включення особистості у систему виробничих і соціальних відносин; а також самореалізацію у професійній діяльності, що проявляється у відповідності або невідповідності результатів праці очікуванням, пов’язаним з обраною професією.

Уявлення, яке людина формує про свою майбутню професію, є складною когнітивною конструкцією, що поєднує емоційні та когнітивні структури. Раціональність та реалістичність вибору кар'єри забезпечуються тим, що емоційна та ціннісна позиція суб'єкта перебуває у гармонії з суттєвими характеристиками професійної діяльності. Водночас необхідною передумовою для свідомого самовизначення є рівновага між конкретними вимогами професії та індивідуальними можливостями особистості. Дисгармонія в цьому плані призводить до накопичення руйнівних життєвих досвідів у структурі самосвідомості, що викликає розвиток регресивних стратегій подолання, зокрема порушення або уникнення проблемних ситуацій. У контексті практики

професійної орієнтації Г. С. Костюк та П. А. Шавір підкреслюють важливість підходу, що фокусується на особистості, виокремлюючи індивідуальні особливості, мотивацію та інтереси людини як основні чинники вибору. Однак теоретичний та методологічний аналіз джерел показує, що, незважаючи на те, що дослідники вже давно приділяють увагу феномену професійної самоідентифікації, у науковій літературі все ще відсутня концептуальна єдність поглядів щодо визначення змісту цього поняття та закономірностей самого процесу.

Структурні складові особистості, які виступають безпосередніми психологічними визначальними факторами професійного вибору, відрізняються між собою за своїми функціональними характеристиками. Доцільно класифікувати сукупність відповідних особистісних передумов для професійного вибору за такими двома основними напрямками:

1. Психічні якості, які містять інструменти для успішного вирішення проблеми професійної орієнтації, але які не мотивують безпосередньо професійну діяльність. До цієї категорії належать сила волі, працьовитість, розвинута практика життя та праці, а також загальний рівень особистої зрілості людини.

2. Елементи орієнтації особистості на сенс, мотивацію та цінності, які забезпечують динаміку процесу самовизначення та визначають вибірковість поведінкових реакцій. Цей блок включає актуальну потребу у виборі кар’єри, пізнавальні та професійні інтереси, настрої, ціннісні орієнтації та життєві ідеали. Завдяки когнітивно-мотиваційній взаємодії елементи другої групи виконують функцію визначення цілей, окреслюючи конкретну, якомога більш комплексну сферу майбутньої діяльності особистості.

Структурно-компонентний аналіз змісту професійної самоідентифікації представлено у наукових працях О. В. Падалко, яка розглядає когнітивні, емоційні та поведінкові чинники як основні визначальні фактори цього процесу. Розширюючи термінологію особистісних характеристик професійного становлення, Ю. Приходько та Є. Кучеренко зосереджують свою увагу на

компоненті мотивації, основним елементом якого є формування професійного «самоуявлення». На переконання дослідників, саме цей компонент забезпечує систематичну інтеграцію інших інтрапсихічних структур, які можна віднести до таких категорій: змістовні (дихотомія «справжнє я – ідеальне я»), ціннісно-цільові (вектори професійного розвитку майбутнього фахівця) та регулюючо-поведінкові (діяльність, спрямована на самоосвіту, та реальні, професійно орієнтовані дії) [38].

У мінливих умовах ринку праці ефективне професійне орієнтування робить дедалі нагальнішою необхідність формування на високому рівні ставлення учнів раннього підліткового віку до професійного орієнтування. Якість цієї психологічної підготовки проявляється в тому, що людина має когнітивне уявлення про різні типи кар'єри та попередньо готова самостійно визначати свій професійний шлях. У цьому контексті класичні положення Д. Узнадзе підкреслюють цілісну психологічну готовність особистості до задоволення поточних потреб у конкретних умовах. Дослідник задокументував закони, що регулюють формування цієї готовності як результат постійного повторення ситуацій, пов'язаних із домінуючими мотивами суб'єкта. Загалом, пошук кар'єри, самовизначення, професійний розвиток та подальша самореалізація на робочому місці розглядаються як складна та динамічна система. Емпірично доведено, що цей багатогранний процес включає чотири послідовні етапи, кожен з яких визначається конкретним психологічним критерієм [30].

Зміна кар'єри розглядається як перехід особистості до нової професійної діяльності, яка не пов'язана з традиційним просуванням у межах попереднього кар'єрного шляху. Такий перехід може передбачати зміну посади в іншій професійній категорії або навіть у зовсім іншій сфері діяльності, що зазвичай потребує додаткової підготовки та опанування нових знань і навичок. Унаслідок цього попередній професійний досвід, компетентності та обов'язки можуть частково або значною мірою втрачати свою актуальність. Поняття ""готовності"" у цьому контексті розглядається як певний рівень зрілості особистості, що формується на основі набутого навчального та професійного досвіду і забезпечує

здатність ефективно виконувати різні види діяльності. Готовність виступає важливим ресурсом професійної активності людини, оскільки саме вона сприяє досягненню високих результатів у діяльності та є одним із ключових чинників, що стимулюють ініціативність працівника у прийнятті рішень щодо можливих змін у професійній сфері. Під поняттям «кар'єра» зазвичай розуміють послідовність трудової діяльності людини, яка розгортається протягом її професійного життя та відображає розвиток професійного досвіду і соціально-професійного статусу. Такий розвиток може включати зміну професійної сфери, перехід до іншого роботодавця або зайняття нової посади в межах тієї самої галузі діяльності. Зміна кар'єри може відбуватися як з ініціативи самої особистості, наприклад, у випадку добровільного рішення змінити професійну сферу, так і під впливом зовнішніх обставин, зокрема у ситуації втрати роботи чи інших вимушених змін. У будь-якому разі такий перехід зазвичай виходить за межі стандартної траєкторії кар'єрного розвитку. За результатами нещодавнього дослідження, проведеного компанією Indeed, близько 49% працівників у різних галузях змінювали свою кар'єру, переходячи до нових професійних напрямів діяльності [87].

Однією з характерних рис сучасної кар'єри є досить часта зміна місця роботи. Це пов'язано з динамічністю умов ринку праці, розвитком ринкової економіки, а також особистими рішеннями людини щодо професійних змін. У сучасних умовах професійний шлях нерідко передбачає неодноразовий перегляд кар'єрних орієнтирів та пошук нових можливостей професійної реалізації.

Зміна кар'єрного напряму може бути особливо актуальною для працівників старшого віку, які або свідомо прагнуть професійних змін, або опиняються перед необхідністю їх здійснення через втрату роботи чи інші обставини. Дослідження показують, що працівники віком від 45 років, які приймають рішення змінити кар'єру, нерідко досягають успіху завдяки використанню знань, досвіду та навичок, здобутих у попередній професійній діяльності. Водночас для все більшості людей робота стає важливим і навіть головним життєвим інтересом, що впливає на прийняття кар'єрних рішень, формування особистих цілей та

реалізацію завдань, значущих як для самої людини, так і для її родини та соціального оточення. "Готовність до змін" можна розглядати як прагнення особистості досягти вищого рівня професійної реалізації, що відповідає її очікуванням і внутрішнім потребам. Часто йдеться про наміри, які тривалий час залишалися на рівні планів, але з різних причин не були реалізовані. "Готовність до кар'єри" виступає своєрідним мотиваційним ресурсом у процесі професійної діяльності. Вона проявляється у здатності людини адаптуватися до умов робочого середовища, планувати власний професійний розвиток, визначати внутрішні цілі, прагнути до покращення майбутніх можливостей та оцінювати власні компетентності для досягнення поставлених цілей.

Готовність до професійних змін включає оцінку власних можливостей і визначає ступінь підготовленості людини до прийняття кар'єрного рішення. Готовність до переходу часто розглядається через такі характеристики, як самоефективність і здатність особистості долати можливі труднощі та невдачі.

Професійна придатність – це характеристика метасистеми «людина - професія» («людина - діяльність», «суб'єкт - об'єкт»), у межах якої проявляються властивості особистості, сформовані в процесі реалізації себе у професійній діяльності (поряд із такими як працездатність, надійність, готовність до праці тощо). Водночас вона відображає і властивості самої діяльності, які пов'язані зі структурно-функціональними особливостями організму та психіки людини, що проявляються у змісті, засобах і умовах виконання професійних завдань. Сутність категорії професійної придатності полягає в тому, що вона відображає:

- вибір виду діяльності (професії), який найбільшою мірою відповідає здібностям, нахилам та індивідуальним можливостям особистості

- задоволення інтересу до обраної професії, а також задоволеність процесом і результатами трудової діяльності,

- ступінь ефективності, надійності та безпеки виконання трудових функцій, індивідуальна міра результативності праці,

- один із проявів соціального (професійного) самовизначення, самоствердження, самореалізації та самовдосконалення людини у професійній діяльності,

- розвиток «Я-сприйняття», формування образу «Я - професіонал» та прагнення фахівця досягти рівня професійного еталону.

Професійна компетентність, насамперед, розглядається як сукупність якостей і характеристик особистості, що зумовлюють успішність формування здатності до певного виду діяльності або кількох видів діяльності. По-друге, її трактують як систему вже сформованих професійних знань, умінь і навичок, а також психологічних, фізіологічних та інших індивідуальних характеристик, які забезпечують ефективне виконання професійних обов'язків. З цієї позиції рівень професійної компетентності залежить як від початкових характеристик людини, що визначають можливість її включення в діяльність, так і від тих якостей, які формуються та розвиваються впродовж професійної кар'єри безпосередньо у процесі професійної діяльності. Важливу роль у цьому процесі, зокрема, у вивченні індивідуальних передумов трудової компетентності та детермінації становлення професіонала на більш пізніх етапах професіоналізації, відіграють психологічні характеристики особистості, зокрема, вплив структурних і динамічних рис особистості на формування та розвиток трудової компетентності. Інший підхід до розгляду цієї проблеми пов'язує професійну придатність із двома взаємопов'язаними, але різними за змістом процесами. Перший із них стосується визначення придатності, її оцінювання, тестування та експертного аналізу. Другий пов'язаний із формуванням професійної придатності, розвитком професійно значущих якостей і властивостей людини на різних етапах професійної кар'єри – у період професійного навчання, адаптації фахівця та подальшої професійної діяльності. Окрім аналізу теоретичних і експериментальних досліджень, присвячених проблемам формування компетентності, розвитку особистості та професійної діяльності, значна увага приділяється також теоретичним, методичним і практичним аспектам визначення компетентності. Це має важливе значення для вирішення завдань психологічного

відбору фахівців, їх професійного розподілу, оцінювання психологічної сумісності членів малих груп, а також проведення психологічної експертизи осіб із функціональними порушеннями.

Важливо зазначити, що проблема професійної придатності у своїй основі пов'язана з процесом взаємного пристосування людини і діяльності. З одного боку, йдеться про забезпечення придатності самої діяльності для людини – її засобів, змісту, умов і організації (антропоцентричний підхід). З іншого – про оцінювання та формування придатності людини до конкретного виду або групи видів діяльності (професіоцентричний підхід). Перший підхід передбачає використання ергономічних рішень, спрямованих на оптимізацію продуктивності праці, тоді як другий орієнтований на психологічну, фізіологічну, медичну та інші форми підтримки професійного розвитку працівника.

Професійна придатність визначається як сукупність індивідуальних характеристик людини, що впливають на успішність її професійного навчання, виконання трудових завдань та ефективність професійної діяльності загалом. Вона відображає фактичний рівень розвитку якостей, що мають значення для певної діяльності та формуються і проявляються впродовж життя і професійної кар'єри. До таких характеристик належать рівень освіти і професійної підготовки, професійна готовність, психологічна структура особистості, стан здоров'я і фізіологічних функцій, а також фізичний розвиток, які визначаються вимогами конкретної професії.

Професійна компетентність також пов'язана зі ступенем задоволеності людини процесом праці та її результатами. У сучасному суспільстві задоволеність трудовою діяльністю залежить не лише від самого змісту роботи, а й від низки зовнішніх чинників. До них належать умови праці, соціально-психологічний клімат у колективі, рівень економічної захищеності, престижність професії та інші соціальні фактори. Водночас важливу роль відіграють можливості самоствердження особистості, її самооцінка та прагнення до саморозвитку.

У зв’язку з цим термін «професійна компетентність» використовується для характеристики людини з точки зору того, як вона відповідає вимогам професійної діяльності У процесі виконання певної роботи формується і проявляється системна якість, яка відображає здатність людини реалізовувати професійні функції на необхідному рівні ефективності, надійності та безпеки протягом тривалого часу. Така якість розглядається як невід’ємна характеристика суб’єкта праці. У деяких випадках термін «компетентність» застосовується для опису ситуативних завдань, однак у подібних ситуаціях його нерідко ототожнюють із поняттям «здатність», яке є більш доречним у цьому контексті [63].

Професії та вимоги, які вони висувають до індивідуальних якостей людини, можуть значно відрізнятися. Водночас людські якості, особливо ті, що мають природну основу, відзначаються відносною стабільністю. Деякі з них залишаються майже незмінними протягом життя, наприклад особливості нервової системи чи темперамент. Інші змінюються поступово і протягом тривалого часу – це, зокрема, здібності, окремі особистісні характеристики та емоційна сфера. Третя група якостей є більш гнучкою і піддається змінам – до неї належать когнітивні процеси, психомоторні характеристики та вольові прояви. Проте навіть ці якості мають певну відносну стабільність, підпорядковуються певним закономірностям розвитку і можуть бути частково прогнозованими та скоригованими. До внутрішніх чинників формування професійного самовизначення належать, зокрема, компетентність і спрямованість особистості. Саме вони допомагають людині успішніше реалізовувати себе в певному виді діяльності, знаходити ефективні способи розв’язання професійних завдань та формують стійкий інтерес до виконуваної роботи [47].

Додатковим вагомим чинником є самооцінка людини, яка демонструє рівень її самоповаги, внутрішньої гідності та позитивного сприйняття себе. Вона безпосередньо впливає на віру у власні сили (самоефективність), яка формується на базі вольових рис характеру та емоційної стійкості. Поруч із цим важливу роль

відіграє рівень домагань. Він показує, як саме людина оцінює свій потенціал, які внутрішні установки має та які цінності вважає головними для себе на сучасному життєвому етапі. Варто зазначити, що кожен життєвий вибір формується не лише під впливом особистих переконань, а й під дією різних зовнішніх факторів [154].

Чоловіки та жінки загалом подібним чином визначають прийнятні та неприйнятні життєві позиції, однак структура їхніх життєвих пріоритетів може дещо відрізнятися залежно від статі та обраної професійної сфери. Порівняння особистісних характеристик старшокласників, які обрали стереотипно «жіночі» напрями (наприклад, психологію чи соціальну роботу) або більш «чоловічі» спеціальності (IT чи економіку), свідчить про наявність певного зв'язку між особистісними рисами та професійними уподобаннями. Більшість молодих людей обирають професії, які відповідають традиційним уявленням про їхні ґендерні ролі [122].

У процесі особистісного розвитку рефлексивність проявляється на різних рівнях і в різних формах. Як риса особистості рефлексивність – це не лише здатність до рефлексії власного образу, а й до розуміння сутності взаємодії з іншими людьми. У міжособистісних відносинах рефлексивність є важливим елементом етики поведінки. Опанування рефлексії як здатності до критичного самоаналізу розширює уявлення людини про саму себе. Спостерігаючи за власною поведінкою в різних ситуаціях, оцінюючи свої здібності та інтереси, а також порівнюючи себе зі значущими іншими, людина поступово краще усвідомлює свої сильні та слабкі сторони. Такий досвід самопізнання сприяє формуванню більш реалістичного образу «Я» та допомагає ставити життєві й професійні цілі, що відповідають власним можливостям [106].

Індивідуальний стиль діяльності – це сукупність навичок, способів, прийомів і методів розв'язання завдань у межах певної діяльності, які є характерними для конкретної людини та забезпечують більш або менш успішне її виконання. Сукупність індивідуальних якостей особистості лише частково може відповідати вимогам певної професійної діяльності. У зв'язку з цим людина свідомо або несвідомо активізує ті власні якості, які є найбільш значущими для

роботи, водночас формуючи своєрідні компенсаторні механізми для нейтралізації якостей, що є недостатньо розвиненими або перешкоджають досягненню успіху. Саме через процес виявлення сприятливих і несприятливих для себе видів діяльності формується особистісна ідентичність фахівця. Вона виступає своєрідною «картою» або орієнтиром щодо використання професійного потенціалу людини. Знання індивідуального стилю діяльності і дає можливість прогнозувати, наскільки людина буде успішною в певній професійній сфері, за конкретних умов праці та способів організації діяльності Відповідність між здібностями людини та вимогами діяльності є визначальним чинником професійної ефективності й продуктивності праці. Наприклад, особи з рухливим типом нервової системи краще адаптуються до роботи в динамічному й емоційно напруженому середовищі, оскільки здатні швидко переключати увагу, прискорювати темп діяльності та оперативно реагувати на численні зовнішні стимули. Натомість представники інертного типу нервової системи більш ефективні в організовуванні завдань, ретельного опрацювання інформації та зосередженості на обмеженій кількості завдань [110].

Необхідно зважати на те, що індивідуальний стиль діяльності не є шаблоном для всіх ситуацій. Його не можна категорично та однозначно таврувати як «ефективний» чи «неефективний». Кожен такий стиль є унікальним інструментом пристосування людини до вимог навколишнього середовища. Найбільш ефективним є усвідомлення власного стилю та його цілеспрямоване використання у професійній діяльності. Система навчання й професійного консультування має сприяти формуванню в людини здатності аналізувати власні навички, розуміти індивідуальні мотиваційні ресурси та визначати особисті професійні переваги. У межах дослідження індивідуального стилю діяльності Є. Клімов і В. Мерлін розглядали поняття «стиль» як цілісну психологічну систему, що охоплює індивідуальні особливості людини. ІСД формується як результат поєднання психофізіологічних характеристик особистості та особливостей об’єкта діяльності. Зміна будь-якого з цих компонентів – індивідуального розвитку людини або умов діяльності – зумовлює трансформацію стилю.

Водночас суб’єкт діяльності може впливати на її умови, унаслідок чого окремі індивідуальні властивості посилюються або, навпаки, виявляються менш виражено. Клімов на основі своїх досліджень професійної спрямованості розробив класифікацію професій відповідно до особливостей суб'єкта, умов і засобів діяльності. Вчений виділив п'ять схем професійної діяльності: «людина - природа»; «людина - техніка»; «людина – знак»; «людина – образ»; «людина – людина» [12]. Виникнення професії зумовлюється соціальним замовленням, тобто наявністю усвідомленої потреби суспільства у певному виді професійної діяльності. Суттєве значення має те, наскільки суспільство на рівні громад, окремих громадян та органів державної влади розуміє реальну потребу у фахівцях тієї чи іншої сфери. Цей соціально-економічний запит безпосередньо впливає на профорієнтаційні установки індивідів, допомагаючи їм узгоджувати власні кар'єрні плани з об'єктивними вимогами та дефіцитами ринку праці.

Під психологічною готовністю до виконання професійної діяльності розуміють позитивне ставлення особистості до значущості та цінності професійної ролі, яку вона виконує, а також усвідомлене прийняття власних здібностей і можливостей.

Потреби, інтереси, ставлення та інші фундаментальні риси особистості, що виникають протягом кар'єри, є компонентами професійної ідентичності. Відповідні навички та знання, що гарантують виконання діяльності, спрямованої на досягнення професійної ідентичності, є засобами досягнення професійної ідентичності. Зосередимося на етапах, що входять до створення професійної ідентичності. На думку Е. Еріксона, етапи формування професійної ідентичності подібні до етапів соціалізації: довіра, автономія, ініціатива, досягнення, ідентичність, близькість, креативність та інтеграція. Ритуалізоване спілкування має вирішальне значення для розвитку професійних ідентичностей (наприклад, процесу захисту дисертації), що є вирішальним для «Я» кожного учасника взаємодії. Професійна ідентичність набуває більш-менш остаточної форми лише тоді, коли її основні компоненти, найважливішим з яких є персоналізація, взаємно узгоджені. Вивчення психологічних основ розвитку професійної

ідентичності як ознаки підтримки психічного здоров'я особистості визначається інтегративним характером її змісту (Е. Еріксон, К. Горні); здатністю до самоактуалізації (А. Маслоу, Г. О. Болл); відчуття емоційного стану власного персонажа (Е. Фромм); стратегії контролю власного психологічного та соціального простору (Т. М. Титаренко, Е. Еріксон). Значна увага приділяється вивченню питання професійної ідентичності у підготовці фахівців у системі державної освіти, формуванні та переформатуванні педагогів у системі дошкільної освіти, мистецтвознавчих дисциплін тощо.

Професійна ідентичність– це інтегративне поняття, яке виражає зв'язок між індивідуальними рисами, що пропонують орієнтир у сфері професій, дають змогу повніше реалізувати особистісний потенціал у професійній діяльності, а також прогнозують потенційні результати професійного вибору. Можна стверджувати, що професійна ідентичність є інтегративним показником особистості, що синтезує (більшою чи меншою мірою) як фактичні навички, так і конкретні наміри, які за певних умов можуть стати реальною структурою. Не просто так Л. В. Шнайдер [76] розрізняє екзистенційну та функціональну відповідність між особистістю та її професією з точки зору професійної ідентичності. Потреби, інтереси, ставлення, переконання та інші структурні риси особистості, що застосовуються в процесі становлення професіонала, є компонентами професійної ідентичності. Розгортання когнітивних, мотиваційних та ціннісних механізмів формує професійну ідентичність, яка є системним утворенням.

Процес перетворення людини на професіонала розглядається як предмет професійного розвитку. Основою адаптації особистості на робочому місці є інтегративний характер професійної ідентичності. Комунікативні навички, розвиток емоційно-вольової сфери, діалогічність, акмеологічна спрямованість особистості, цілеспрямованість та рішучість є частиною структури професійної ідентичності, окрім професіоналізму, навичок та здібностей. У структурі професійної ідентичності відокремлені когнітивний, мотиваційний та ціннісний компоненти. Когнітивний компонент систематично поєднується з мотиваційним,

оскільки професійна особистість повинна спочатку засвоїти норми певної професійної групи, перш ніж застосовувати їх на практиці у взаємодії. Професійна Я-концепція формується через професійну самоідентифікацію. Вона також є результатом професійного зростання спеціаліста. Тому що ставлення людини до себе є найефективнішим фактором, коли йдеться про вибір кар'єри. З одного боку, професійна ідентичність є результатом засвоєння особистістю нових функціональних та професійних ролей; з іншого боку, вона є передумовою успішної професійної діяльності.

1.2. Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу в роботах вітчізняних та зарубіжних науковців

Психічне захворювання, відоме як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), може виникнути після впливу надзвичайно небезпечних або травматичних ситуацій. Однак значний відсоток людей демонструє психологічну стійкість та здатність відновлюватися після травматичного досвіду. Як одноразова травматична подія, так і тривалий вплив травматичних факторів, зокрема бойових дій, можуть спричинити цей розлад. Важко передбачити ймовірність розвитку (див. рис. 1.1).

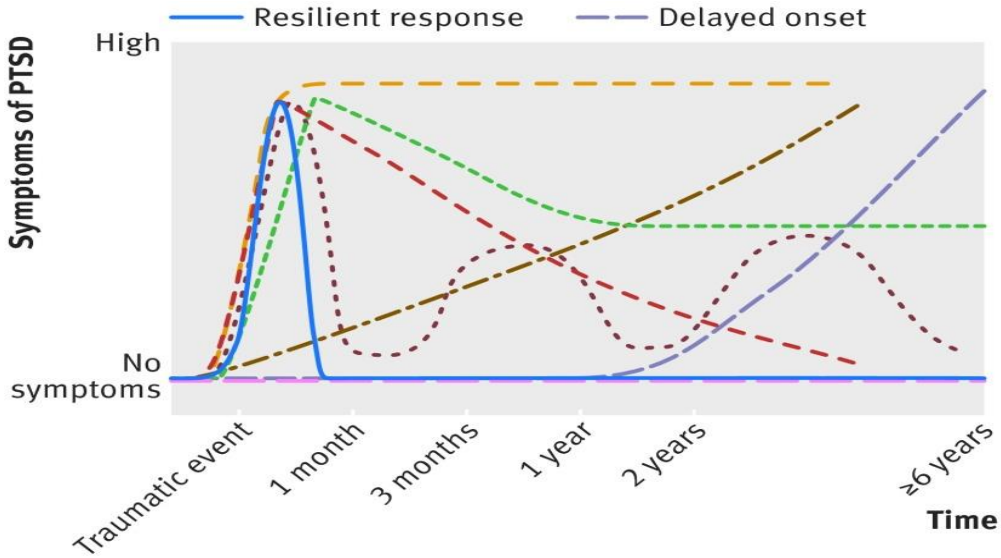


Рис 1.1. Імовірність виникнення симптомів ПТСР. Джерело [120]

DSM-5 (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання) перераховує наступне як основні ознаки посттравматичного стресового розладу: 1. «Нав'язливі симптоми» включають дисоціативні реакції (особливо флешбеки), нав'язливі сновидіння, зміст яких пов'язаний з травмою або її емоційним переживанням, та повторювані, мимовільні та надзвичайно тривожні спогади про травматичну подію, що змушує людину діяти або відчувати себе так, ніби травматична подія відбувається знову; сильний або тривалий психологічний дистрес; та помітні фізіологічні реакції у відповідь на сигнали, які можуть бути пов'язані з травматичною подією.

2. Уникнення: наполегливі зусилля триматися подалі від тривожних спогадів, думок або емоцій, пов'язаних з травматичною подією; уникнення зовнішніх нагадувань про травму, таких як люди, місця, розмови, дії, предмети або обставини. 3. Негативні когнітивні та емоційні зміни включають: стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших людей або світу загалом (наприклад, A. g. стійкий негативний емоційний стан (наприклад, «Я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ абсолютно небезпечний»); стійкі, спотворені уявлення про причини або наслідки події, що призводять до самозвинувачення або звинувачення інших. «g». страх, жах, гнів, провина та сором); помітно знижений інтерес до участі у значущих заходах; відчуття відчуження або відстороненості від інших; та хронічна нездатність відчувати радість, задоволення або любов.

3. Зміни збудження та реакційної активності включають підвищену дратівливість та спалахи гніву навіть за відсутності провокації, необачну або саморуйнівну поведінку, гіперпильність та постійну пильність, перебільшену реакцію переляку, проблеми з концентрацією уваги та порушення сну [3]. Ці симптоми також включають наступне, згідно з МКХ-11: постійне відчуття підвищеної поточної загрози, яке проявляється як гіперпильність або посилена реакція переляку на різкі подразники (наприклад, несподівані шуми); важка та поширена дисрегуляція афективних реакцій; стійкі переконання у власній нікчемності, неповноцінності або поразці, поєднані з інтенсивними та тривалими

почуттями сорому, провини або невдачі, пов'язаними з травматичною подією; постійні труднощі у підтримці міжособистісних стосунків та відчутті емоційної близькості з іншими [5].

Існує дві ключові особливості, які відрізняють ПТСР від звичайного стресу. Перша полягає в тому, що навіть після того, як стресор усунуто, і людина, яка раніше була травмована, веде спокійне та нормальне життя, психологічні, фізіологічні та соціально-психологічні розлади все ще існують. Друга характеристика полягає в тому, що ПТСР може проявлятися через місяці або навіть роки після травми, і на той момент стресор, який спричинив травму, мав би вщухнути. Як наслідок, ПТСР є затримкою, непсихотичною реакцією на травматичний стрес.

Люди з посттравматичним стресовим розладом психологічно характеризуються зниженою здатністю інтегрувати травматичний досвід з іншими життєвими подіями [2]. Коли людина з ПТСР перебуває у стані збудження або піддається впливу стимулів чи ситуацій, що нагадують їй про травму (повторне переживання, перегляд минулого), її травматичні спогади актуалізуються як інтенсивні емоції та соматосенсорні елементи, а не існують як зв'язні історії. Жертви залишаються «замороженими» в травмі, як і в реальному досвіді, оскільки травматичні спогади не залишаються вкоріненими в когнітивній схемі людини та суттєво не змінюються з часом. Початкові нав'язливі думки можуть з часом спотворитися реакціями людини на різні стимули, що посилює селективне домінування мереж травматичної пам'яті. З часом тригери стійких травматичних спогадів можуть ставати більш складними та поширеними, аж до того, що непов'язані стимули можуть викликати травматичні спогади. Травматична подія провокується навіть найпоширенішими спогадами, безпосередньо пов'язаними з травмою.

Люди, які страждають на ПТСР, фізично реагують на конкретні емоційні та фізичні стимули так, ніби вони все ще перебувають у серйозній небезпеці. Люди, які пережили травму, часто демонструють гіперпильність, перебільшені реакції на непередбачені подразники та нездатність розслабитися. Вегетативна нервова

система надмірно стимулюється у людей з ПТСР у відповідь на подразники, пов'язані з травмою. Узагальнення сприйнятої загрози є одним із наслідків надмірної стимуляції. Подібно до нейтральних подразників навколишнього середовища, звичайні фізіологічні відчуття можуть набувати нового, небезпечного значення. Страх виникає через власну фізіологічну активність людини. Люди, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, намагаються розрізняти доречні та нерелевантні подразники, ігнорують незначні деталі та відокремлюють важливе від контексту. В результаті вони стають менш залученими до повсякденної діяльності та фіксуються на травмі. Втрата здатності швидко реагувати на змінні вимоги навколишнього середовища спричиняє проблеми в соціальних ситуаціях. Крім того, людина постійно докладає зусиль, щоб триматися подалі від подразників, які можуть викликати нагадування про травматичну подію. До трьох категорій симптомів ПТСР – «повторне переживання», «уникнення» та «відчуття загрози, перебільшення» – додаються три додаткові категорії симптомів: емоційна дисрегуляція, негативне самосприйняття та проблеми у стосунках. Термін «самоорганізація» стосується цих додаткових симптомів. «Негативні зміни в когнітивних функціях та настрої» тепер є одним із критеріїв ПТСР. Крім того, було введено «дисоціативний» підтип ПТСР з переважанням дисоціативних симптомів, особливо деперсоналізації та десенсибілізації.

При посттравматичному стресовому розладі зазвичай присутні три основні категорії симптомів. Підвищена вегетативна активність, включаючи підвищену боязкість (рефлекс переляку), різкий біль, постійні нагадування про травматичну подію, спроби уникнути подразників, що нагадують про травму, занурення в минуле та багаторазове переживання події так, ніби вона щойно сталася (також відоме як «флешбеки»). Неприємні спогади, складні сни та посилені фізіологічні, психологічні та емоційні реакції на подразники, які якимось чином пов'язані з подією, що спричинила психологічну травму, – це інші способи, якими можуть проявлятися деякі переживання [1, с. 67].

Дисоціативні симптоми можуть виникати в результаті посттравматичного стресового розладу. Слово «дисоціація» стосується захисного механізму (або його результату), в якому цілісний набір моделей поведінки, ідей, зв'язків або почуттів ізольований від загальної психіки людини та діє самостійно. У цій ситуації можуть співіснувати два або більше психічних процесів, не перешкоджаючи один одному. Одним із наслідків цього захисного механізму є те, що пацієнт стає менш чутливим до болю, якщо він переходить у стан дисоціації. Більшість людей, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), не виявляють помітних дисоціативних симптомів. Дослідження показують, що їхня наявність пов'язана з травматичним досвідом дитинства. Крім того, дисоціативні симптоми пов'язані з підвищеним ризиком самогубства у пацієнтів з ПТСР. Нездатність запам'ятовувати будь-яку інформацію без проблем з пам'яттю відома як дисоціативна амнезія. Дисоціативна фуга (походить від латинського fuga, що означає «втеча») проявляється як рухове збудження в контексті сутінкового стану (роздягання, біг та інші подібні дії). Хоча час, проведений у сутінковому стані, зазвичай короткий, він може тривати кілька годин і зазвичай забувається людиною. У певних випадках людина може переміститися, забути своє попереднє існування та вважати себе кимось іншим.

Дереалізація виникає, коли людина сприймає те, що з нею відбувається, як дивне, надприродне або навіть нереальне. Цей стан може тривати різний час. Він може бути надзвичайно страшним і зазвичай трапляється, коли є великий стрес. Дереалізація змушує людину об'єктивно сприймати реальність, нічого не відчуваючи. Але втрата відчуття реальності може бути настільки жахливим досвідом, що викликає у людини почуття тривоги. Подібно до дереалізації, деперсоналізація стосується внутрішнього світу людини, а не зовнішнього. Втрата самоідентичності – один зі способів її прояву. Людина згадує речі, які з нею сталися, але не відчуває себе частиною цього. Іноді вона відчуває себе вигаданим персонажем у фільмі або насправді не існує. Людина також може вважати, що вона безсила перед своїми діями та словами. Вона може бути менш чутливою фізично та емоційно до зовнішніх подразників. Подібно до

дереалізації, цей досвід може бути лякаючим і призвести до того, що людина більше відсторониться від себе. Старіння, зменшення пам'яті про події, пов'язані з травмою, емоційне притуплення, дереалізація та відчуття безнадії є подальшими характеристиками ПТСР. Крім того, спостерігається посилення інстинкту самозбереження, що призводить до надмірної реакції на подразники, подібні до травматичної події (наприклад, солдат може впасти на землю та закрити голову руками, почувши гучний шум, людина може впасти, щоб уникнути катастрофи, яку вона пережила або спостерігала в реальному часі тощо). Важливо пам'ятати, що ознаки інших небезпечних ситуацій призводять до належної уваги та реакцій, тоді як «надмірна реакція» або гіперзбудження на психоемоційному чи фізіологічному рівні може бути викликане лише подразниками, безпосередньо пов'язаними з подією, яка якимось чином спричинила травму.

Симптоми посттравматичного стресового розладу проявляються на різних етапах життя (психічного, емоційного та фізичного). ПТСР пов'язаний з підвищеним артеріальним тиском, початком або загостренням психосоматичних розладів, таких як бронхіальна астма, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, дискінезія жовчовивідних шляхів та дуже високою частотою різних інфекцій, включаючи інфекції сечостатевої системи. Люди намагаються уникати ситуацій, які хоч трохи нагадують травму, що суттєво впливає на якість їхнього життя, а також на їхню соціальну та громадську інтеграцію та активність. Численні інфекції мають дуже високу частоту. Чоловіки мають проблеми з потенцією, тоді як жінки борються з вагітністю та нерегулярними менструаціями. Ламкість нігтів, випадіння волосся, поколювання в долонях та підошвах ніг, спорадичне серцебиття та інші симптоми є поширеними у людей з посттравматичним стресовим розладом.

Час після травматичної події часто є вирішальним для розвитку ПТСР. У цей момент безпосередня загроза зникає. Людина усвідомлює, що сталося, і її страх та симптоми дисоціації зменшуються. Це може бути додатковим джерелом травми, особливо якщо немає гарантії, що небезпечна обставина не повториться.

Зокрема, на тяжкість ПТСР можуть впливати такі умови: ступінь, до якої соціальна ізоляція людини є результатом наслідків події; усвідомлення шкоди, завданої мережі підтримки жертви або громаді, до якої вона належить; масштаби катастрофи; провал рятувальних операцій; нездатність отримати необхідну інформацію; присутні вторинні травматичні фактори: зміни незворотні, і більше немає жодної надії на відновлення втраченого; проблеми у прийнятті моральних рішень, коли потрібно зробити вирішальний вибір; як людина оцінює свої дії під час події ретроспективно; втрата статусу та соціальної ролі; стигматизація, яку може відчути жертва насильства; жертва повинна адаптуватися до нових обставин через порушення свого типового соціального середовища; руйнування споруд, призначених для порятунку та захисту людей; переривання послуг, що надаються громадою (таких як водопостачання, електроенергія, транспорт, зв'язок, поховання померлих тощо).

Згідно з теорією руйнації так званих базових ілюзій особистості (концепція когнітивних ілюзій Роні Джанофф-Бульман), крах яких під впливом психотравми є головною причиною маніфестації глибокої екзистенційної кризи [152].

По-перше, однією з фундаментальних опор психічного здоров'я є манія власного безсмертя (також відома як «заперечення смерті»), яка виникає, коли людина підсвідомо відкидає ідею про те, що їй коли-небудь доведеться померти. Цей когнітивний буфер дозволяє особистості впевнено проектувати майбутнє та формулювати довгострокові життєві цілі. Однак світосприйняття людини може кардинально змінитися, коли вона відчуває безпосередню загрозу своєму життю в зоні бойових зіткнень; воно починає здаватися хаотичним, непередбачуваним і небезпечним. Руйнація ілюзії безсмертя занурює ветерана у стан екзистенційної тривоги та інтолерантності до невизначеності.

По-друге, онтогенетично в індивіда формується підсвідоме переконання, що все у світі справедливе, розумне та впорядковане (тобто «кожен отримує те, що заслуговує»). Ця когнітивна модель раціоналізує буття та мінімізує страх перед випадковістю. Це переконання повністю руйнується травмою (загибеллю побратимів, хаотичністю артобстрілів), і жертву мучать болісні думки про

несправедливість того, що з нею сталося, або нав'язливі питання про те, що пішло не так і чому. Неможливість знайти раціональну відповідь на питання «чому саме я?» продукує глибокий смисловий вакуум та деформацію сенсожиттєвих орієнтацій.

По-третє, екзистенційний вимір кризи посилюється крахом такої настанови, як манія власної непогрішності. Спочатку людина вважає себе сильною, автономною та здатною діяти морально в будь-який час, повністю контролюючи власну поведінку. Проте, переживши травматичну подію (ситуацію непереборного страху, неможливості врятувати пораненого або необхідність прийняття жорстоких бойових рішень), вона впадає в депресію та критикує себе за те, що не може діяти належним чином. Крах ілюзії власної досконалості активує перманентні негативні емоції — хронічне почуття провини, сорому та аутоагресію, що остаточно дезорганізує нервово-психічну стійкість комбатанта.

Таким чином, причини екзистенційної кризи при ПТСР полягають не просто у фіксації на жахах війни, а у тотальній деструкції смислової матриці особистості. Одночасне заперечення безсмертя, руйнація віри у справедливість світу та втрата почуття власної непогрішності позбавляють ветерана когнітивних опор, перетворюючи його життєвий шлях на фрагментований та позбавлений сенсу наратив.

Щоб зменшити тяжкість посттравматичних симптомів, людина з ПТСР поступово починає використовувати різноманітні свідомі та несвідомі механізми подолання. Серед усіх цих тактик лише поведінка, спрямована на вирішення проблем, є адаптивною. Наведені нижче тактики лише погіршують стан пацієнта та викликають появу нових симптомів:

1. Регресія – це перенесення відповідальності на інших та повернення до дитячої поведінки. Такий вид реакції на виклики включає деякі форми алкоголізму та наркоманії.

2. Пасивність, яка ґрунтується на ідеї про відсутність шансів знайти рішення. Люди, які страждають від депресії або тривожно-недовірливі, схильні демонструвати таку реакцію.

3. Спалахи гніву є найпоширенішим типом афективних реакцій, хоча вони іноді можуть включати агресивну поведінку [62].

4. Контроль симптомів ПТСР – це спроба. Цей підхід ґрунтується на переконанні пацієнта, що якщо він дозволить думкам та почуттям, пов'язаним з травмою, проникнути в його свідомість, він може, наприклад, збожеволіти, стати агресивним або розвинути фізичне захворювання.

5. Заперечення проблеми або уникнення роздумів про все, що пов'язано з травмою, є прикладом такої тактики. Однак результат парадоксальний: неприємні спогади про інцидент починають виникати набагато частіше. Іноді пацієнт намагається утримати себе від думок про травму, постійно щось роблячи. Однак ці методи заважають пацієнту повністю реконструювати та зрозуміти травматичну подію, а потім пов'язати її з іншими автобіографічними спогадами. Крім того, вони не дають пацієнту усвідомити хибність своїх страхів (наприклад, уявлення про те, що сталося, я збожеволію). Крім того, спроби контролювати свої емоції можуть призвести до емоційного оніміння, тобто нездатності відчувати себе щасливим.

Поведінка, тісно пов'язана з переконанням, що якщо не вжити запобіжних заходів, травматична подія повториться. Людина постійно обмірковує кожну деталь травматичної події, розмірковуючи, що потрібно зробити, щоб запобігти повторній небезпеці. У найгіршому випадку все це може проявлятися як нав'язливі ідеї.

6. Постійні думки про те, щоб помститися. Ця тактика зосереджується на найшкідливіших елементах травматичного досвіду, зберігаючи при цьому постійний негативний емоційний фон. Крім того, твердження «те, що сталося, назавжди зруйнувало моє життя» підтверджує похмуру оцінку наслідків травми.

7. Використання ліків та алкоголю для лікування симптомів тривоги та депресії. Ця тактика може посилити переконання пацієнта, що нервовий зрив може статися, якщо він перестане керувати своїми емоціями таким чином. Уникнення спілкування з друзями або участі в багатьох раніше улюблених заняттях, щоб запобігти стресу, непорозумінням або критиці. «Люди засудять

мене, якщо дізнаються, що зі мною сталося, або подумають, що я слабкий, бо не можу впоратися зі своїми емоціями», або «якщо я буду піддаватися стресу, у мене може статися серцевий напад» – приклади песимістичних переконань, які ця стратегія не дає змінити.

Розвиток ПТСР можна пояснити структурними та змістовними аспектами історій про травматичний досвід. Структура наративу суттєво не корелювала з ПТСР або іншими реакціями, пов'язаними з травмою, після врахування стилю наративу та опису дистресу. З іншого боку, менше симптомів було пов'язано зі змістом травматичних наративів, що включало меншу зосередженість на собі, вищий рівень когнітивної обробки та більше слів, що виражають як позитивні, так і негативні емоції. У поєднанні зміст травматичних наративів може розкрити більше про інтенсивну емоційну обробку травматичної пам'яті – або її відсутність – ніж граматична структура наративу. Виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та іншої стійкої психопатології, пов'язаної з травмою, може бути пов'язане як зі структурними, так і зі змістовними елементами травматичних наративів, переказаних тими, хто вижив. Структурні характеристики (наприклад, безлад та фрагментація) травматичних наративів, такі як нечіткий часовий порядок, проблеми з пошуком важливої інформації та/або використання лінгвістичних наповнювачів та повторень, можуть вказувати на порушення в кодуванні або обробці самих травматичних спогадів. Змістовні елементи травматичної наративу, такі як оцінка інциденту, жертви та інших людей, також можуть допомогти диференціювати людей, які страждають на ПТСР, від людей, які не страждають на ПТСР. В результаті, описуючи травматичну подію, люди з ПТСР можуть мати травматичні наративи, які відрізняються від наративів людей без ПТСР як за структурою, так і за змістом.

Література, що зараз публікується, суперечлива щодо значення структури наративу про травму. Хоча деякі дослідники виявили сильну кореляцію між фрагментацією наративу про травму та ПТСР, інші не змогли підтвердити ці висновки. Варіабельність методології та відсутність контролю потенційно

змішуючих факторів, таких як стиль наратії, дистрес та загальні когнітивні здібності, можуть сприяти цим суперечливим результатам.

Зокрема, те, як часто певні слова з'являються в історіях, такі як емоційні слова, такі як «боюся», займенники, такі як «я» або «ми», та слова когнітивної обробки, такі як «Як і очікувалося». Люди з ПТСР часто використовують більше емоційних слів у травматичних наративах, ніж травмовані люди без ПТСР, а травматичні наративи часто містять більше емоційних слів та з більшою інтенсивністю, ніж автобіографічні наративи людей з ПТСР, які не пов'язані з травмою. Згідно з результатами психолінгвістичного аналізу травматичного наративу, розробленого в межах комп'ютерного текстового аналізу (зокрема, з використанням системи *LIWC — Linguistic Inquiry and Word Count*) командами вчених під керівництвом Джеймса Пеннебейкера та Анке Кляйм , структура займенників та специфіка використання когнітивних слів у спогадах є точними предикторами динаміки ПТСР [165].

Хоча ПТСР був у центрі уваги більшості останніх досліджень структури та змісту травматичних наративів, інші реакції, пов'язані зі стресом, такі як депресія, тривога, дисоціація, гнів та почуття провини, часто виникають після травми. Однак зв'язку між структурою та змістом травматичних наративів та іншими реакціями, які пояснюють значні потенційні реакції, такі як вербальні або когнітивні здібності та тривога чи дистрес під час розповіді, що може впливати на структуру та зміст травматичних наративів, приділялося дуже мало уваги. Конструювання та інтеграція спогадів про травматичні події з іншими автобіографічними спогадами є основним напрямком досліджень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (наприклад, спогади про «день мого весілля» або «мій випускний іспит»). Ступінь, до якої травматичне уявлення було успішно асимільоване та зіставлене з попередньою автобіографічною інформацією, основними припущеннями або попередніми схемами про світ та себе, визначає виникнення психологічних симптомів, згідно з когнітивними теоріями посттравматичного стресового розладу. Як наслідок, деякі автори пропонують, що травматичні спогади слід тримати окремо від інших

автобіографічних спогадів [20]. Згідно з цим методом, можна стверджувати, що унікальні процеси, такі як перитравматична дисоціація, задіяні в травматичних спогадах і призводять до помилок обробки.

Сильна тривога під час кодування може призвести до дезорганізованих спогадів, які важко відновити, згідно з Е. Фоа [137]. З нейроанатомічної точки зору, зміни в декларативній пам'яті можуть бути пов'язані з порушеннями в таких областях, як лобова частка та гіпокамп. Однак поширеним аспектом пам'яті при ПТСР є відчуття переживання або спогаду. Яскраві сенсорні деталі переважають у флешбеках, які є мимовільними спогадами, викликаними перцептивними сигналами. Зв'язок між довільними та мимовільними спогадами намагаються пояснити за допомогою теоретичних моделей ПТСР.

К. Бруїн розрізняє дві паралельні системи пам'яті:

а) вербально доступну пам'ять,

б) ситуативно доступну систему пам'яті (ситуативно доступну пам’ять, або *автоматично доступну за допомогою ситуаційних підказок*) [123]. Остання система містить невербальну інформацію, до якої здійснюється автоматичний доступ без часового контексту, тоді як перша складається з довільних спогадів, які інтегровані з іншими автобіографічними спогадами. Отже, ПТСР може призвести до раннього гальмування емоційної обробки, що збільшить кодування робочої пам'яті та зменшить кодування вербальної пам'яті. Елерс та Кларк (2000) дійшли висновку, що обробка інформації під час травми може бути більше керованою даними (знизу вгору), ніж концептуальною (зверху вниз). Погані та розрізнені спогади, в яких домінують сенсорні враження, є результатом обробки, керованої даними. Через ізоляцію травматичних спогадів та нездатність розвинути самореференційну перспективу (тобто точку зору від першої особи) та часову узгодженість. ПТСР часто передбачає розташування подій в історичному контексті.

Наративні дослідження є основним способом доступу до змісту спогадів, оскільки травматичні ситуації неможливо відтворити в лабораторії. О'Кірні та Перротт (2006) дослідили дослідження з 1995 по 2004 рік, які використовували

лінгвістичні індекси або самозвіти для вивчення характеристик травматичних наративів при ПТСР. Результати були згруповані за тим, чи були вони представлені: слова, які є концептуальними, когнітивними або сенсорними, перцептивними та емоційними (тобто, слова, що вказують на причинно-наслідкове та проникливе мислення); фрагментація або безладдя оповіді, руйнівний часовий контекст, характеристики самореференції. В розповідях про травму переважають сенсорні, перцептивні та емоційні деталі. Люди з тяжкою дисоціацією та епізодами флешбеків частіше переживали сенсорні аспекти. Людина повинна поступово створювати зв'язну історію, яка пояснює, що сталося. У цьому сенсі очікується, що люди з ПТСР створюватимуть коротші розповіді про травму через можливість несвідомого придушення, яке запобігає формуванню явних асоціацій у пам'яті [198]. Е. Фоа та колеги та додали, що довші розповіді про інцидент можуть бути результатом лікування, що може свідчити про зниження тривожності пацієнта та більшу здатність обробляти травму [137] .

Особливої уваги у контексті вивчення когнітивно-афективної деформації УБД набуває аналіз лексичної структури їхніх спогадів. Результати лонгітюдних та крос-секційних розвідок, проведених Дж. Джонеса. і С. Бредреу, наочно демонструють, що маніфестація та висока тяжкість посттравматичного стресового розладу тісно пов’язані з наявністю більшої кількості сенсорних/перцептивних слів у розповідях про травми [126]. Згідно з висновками С. Бредреу, розповіді про травму містять значно більше чуттєвих слів (соматосенсорних маркерів та деталей негативного тілесного досвіду), ніж історії про позитивні чи нейтральні життєві події. Така надмірна концентрація на перцептивних ознаках виявилася пов’язаною з гіршою психологічною адаптацією та посиленням симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це феноменологічно підтверджує, що когнітивна сфера індивіда з ПТСР залишається заблокованою у "когнітивному тунелі" перцептивного кодування (*data-driven processing*), унеможливлюючи вищу концептуальну переробку бойового досвіду.

Крім того, критичним маркером хронізації розладу та деструкції часової перспективи є наявність дисоціативних компонентів у структурі мовлення. Дослідники встановили, що як одразу після інциденту, так і через три місяці люди з посттравматичним стресовим розладом включили у свої розповіді значно більше дисоціативного контенту. Фіксація дисоціативних елементів у довгостроковій перспективі (через 3 місяці) маркує глибоку фрагментацію автобіографічної пам'яті. Замість формування лінійної історії, індивід репродукує досвід у вигляді відчужених, позбавлених часового контексту перцептивних спалахів, що блокує запуск процесів резільєнтності та реконструювання ветерана у мирному соціумі [126].

Додатковим доказом деструктивного впливу воєнної травми на архітектоніку вищих психічних функцій є результати психолінгвістичного аналізу наративів. Зокрема, Л. Єлінек та співавтори виявили, що в групі пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом фіксується значно менше когнітивних слів, ніж у групі осіб без посттравматичного стресового розладу [135]. Дефіцит когнітивного лексикону (слів на кшталт *"розуміти"*, *"усвідомлювати"*, *"інтегрувати"*) маркує блокаду процесів ментальної елаборації травми, коли індивід виявляється неспроможним перевести хаотичні сенсорні образи у вербальний і хронологізований план автобіографічної пам'яті.

Важливу роль у структуруванні спогадів відіграє характер самого психотравмуючого чинника та хронологія його виникнення. Так, дослідницька група під керівництвом М. Фріра зафіксувала, що розповіді про травму раннього життя та хронічну травму характеризуються значно вищим емоційним тоном. У таких наративах ступінь, до якого учасник використовує емоції, щоб вказати значення події чи винести оціночне судження, є домінуючим, що часто маскує дефіцит логіко-послідовного аналізу і підживлює перманентні негативні емоції у ветеранів [139].

Екзистенційний та когнітивний вимір уникнення детально розкрито у працях К. Ліндблома і М. Грея [154]. Вчені довели, що характер інтенційності загрози безпосередньо впливає на збереженість біографічного матеріалу.

Зокрема, було встановлено, що ті особи, які зазнали навмисної травми (спрямованого насильства, бойових дій з боку противника), схильні демонструвати вищий рівень захисного забування або витіснення: вони швидше забудуть деталі події, ніж ті, хто зазнав випадкової травми (наприклад, стихійного лиха чи техногенної аварії). Це виступає проявом глибокого когнітивного уникнення, спрямованого на зниження тривоги та захист дефіцитарних ресурсів стресостійкості.

Підвищена тривожність може бути результатом когнітивного дефіциту, тому цей зв'язок є взаємним. І навпаки, тривога – це особиста якість, якою володіє кожна людина. Це схильність людини відчувати тривогу. Наприклад, А. Адлер розглядає тривогу як характеристику особистості, яка зберігається від раннього дитинства до старості. Вчений зауважив, що тривога серйозно руйнує його життя, заважає йому взаємодіяти з іншими та руйнує його мрію про мирне життя та обмін результатами своєї наполегливої праці зі світом. Страх може впливати на кожен аспект людської діяльності [2].

За словами К. Ізарда, тривога – це стан страху, поєднаний з однією або кількома іншими емоціями, такими як гнів, провина, сором або цікавість, а не ізольоване явище [8]. На відміну від таких емоцій, як провина та співчуття, тривога часто сприймається як негативна, автономна та спрямована на майбутнє емоція. За словами дослідника, тривога суб'єктивно проявляється як напруга, неспокій, нервозність, відчуття невпевненості, втома, труднощі у прийнятті рішень, невизначеність, самотність, страх майбутньої невдачі тощо. Тривога характеризується відчуттям небезпеки та емоційного дискомфорту, пов'язаного з очікуванням хвороби. Після огляду психологічної та педагогічної літератури з цього питання ми дійшли висновку, що тривога – це стан людини, що характеризується підвищеною схильністю до переживання тривоги, страху та занепокоєння.

Існує багато різних способів прояву тривоги, але найбільш типовими з них є неспокій, безсоння, дратівливість, труднощі зосередження та задишка. Було продемонстровано, що стрес, спричинений генералізованою тривогою, може

призвести до шкідливих для здоров’я та психосоціальних наслідків, таких як зловживання психоактивними речовинами, серцево-судинні захворювання та погане соціальне функціонування. Крім того, з гіршими результатами кар’єри пов’язана тривога в найширшому сенсі. Тривожні працівники, наприклад, часто менш продуктивні, особливо на роботах, які вимагають командної роботи. Симптоми тривоги впливають на стосунки співробітників із колегами та керівництвом, як і на рівень їхньої роботи. Згідно з дослідженнями, хвилювання, викликане тривогою, було пов’язане з нижчою ефективністю завдань, що вимагають короткочасної пам’яті або високого рівня концентрації. Крім того, вони виявили, що тривога особливо шкідлива для одночасних завдань, таких як безпека та продуктивність.

Відповідно до теорії контролю уваги М. Айзенка [12], тривога знижує когнітивні функції, надаючи сильніший вплив на систему уваги, яка керується стимулами (знизу вгору). Порушення, викликані тривогою, зростають з її рівнем. Подальші дослідження теорії контролю уваги вказують на те, що тривога може впливати лише на виконавчий аспект робочої пам’яті: у дослідженні тривоги з подвійним завданням результативність людей із високим рівнем тривоги при виконанні основного завдання робочої пам’яті була знижена лише тоді, коли другорядне завдання потребувало виконавчого контролю; тривога також пов'язана з поганим оновленням робочої пам'яті.

Тривога впливає на поведінку, змінюючи як ранні процеси сприйняття, так і більш пізні когнітивні процеси вищого порядку. Тривога змінює ранні сенсорно-перцептивні процеси в зоровій і слуховій системах, що може допомогти виявити загрози (наприклад, виявлення слухового тону або візуальних сигналів), і ця мобілізація ресурсів охоплює поведінкові прояви когнітивно-афективних упереджень. Дослідження, які показують, що негативно валентні стимули обробляються швидше в ситуаціях, пов’язаних із тривогою, є прикладами цього [25]. Однак інша цілеспрямована поведінка, не пов’язана із загрозою, може постраждати в результаті цього упередження. У результаті може погіршитися

ефективність виконання завдань, які вимагають зосередженості, пам’яті та швидкого чуттєвого сприйняття.

Уникнення є основним компонентом проблем, пов'язаних з тривожними розладами, і страх зазвичай провокує уникнення, щоб зменшити відчуття небезпеки. Страх і огида пов'язані з тривожними характеристиками, оскільки огида, ймовірно, має подібну захисну функцію. Страх і огида - це дві емоції, на які ми зможемо впливати в майбутньому під час лікування тривожних розладів, що є вирішальним з клінічної точки зору.

Люди з високим рівнем тривожності демонструють такі риси, коли займаються діяльністю, яка має допомогти їм досягти успіху.

Повідомлення про невдачу викликають сильніші емоційні реакції у тих, хто має високий рівень тривожності, ніж у тих, хто має низький рівень тривожності.

Люди з високим рівнем тривожності менш здатні, ніж ті, хто має низький рівень тривожності, працювати під тиском або коли не вистачає часу на виконання завдання [186].

Люди з високим рівнем тривожності характеризуються страхом невдачі. Їхнє прагнення до успіху затьмарюється цим страхом. Для тих, хто має низький рівень тривожності, мотивація успіху є першочерговою. Повідомлення про успіх є більш стимулюючими, ніж повідомлення про невдачу для людей з високим рівнем тривожності. Повідомлення про невдачу більше стимулюють людей з низьким рівнем тривожності. Людина з особистою тривожністю частіше розглядає та оцінює багато ситуацій, які об'єктивно є безпечними, як небезпечні. На поведінку людини в певних обставинах впливає ситуативна тривожність, яка розвивається під впливом обставин, окрім самої ситуації та існування чи відсутності особистої тривожності. На когнітивну оцінку людиною ситуації впливають сама ситуація, її власні потреби, почуття та думки, а також те, що робить стрес особистим. Вегетативна нервова система активується, ситуативна тривожність підвищується, і в результаті цієї оцінки очікується невдача. Механізми нейронного зворотного зв'язку передають інформацію про все це до кори головного мозку, де вона впливає на потреби, почуття та думки людини.

Реакція організму на загрозливі подразники одночасно та автоматично запускається цією ж когнітивною оцінкою ситуації, що призводить до відповідних реакцій та контрзаходів, спрямованих на зменшення ситуативного стресу. Виконувана діяльність є прямим відображенням цього результату. Ця діяльність безпосередньо залежить від рівня стресу, який неможливо пом'якшити шляхом відповідної когнітивної оцінки ситуації або за допомогою реагування та контрзаходів [10]. Таким чином, ступінь ситуативного стресу та ефективність контрзаходів безпосередньо впливають на поведінку людини в стресовій ситуації.

Фундаментальний рівень та основа всіх інших форм когнітивної обробки – це сенсорно-перцептивна обробка. Важливим аспектом розуміння патогенезу ПТСР в учасників бойових дій є вивчення змін на початкових етапах обробки когнітивної інформації. У межах загальної психології сенсорно-перцептивні процеси описані як початкові (тобто обробка та виявлення стимулів навколишнього середовища (наприклад, найшвидших за часом, різні візуальні сигнали або слухові тони) [56]. Саме ці механізми забезпечують первинний контакт суб'єкта з дійсністю та відповідають за миттєву селекцію інформації за критерієм безпеки/загрози. Зокрема, профіль адаптивних ефектів тривоги можна уточнити, дослідивши, як тривожні розлади та загроза шоку впливають на ці процеси [157].

За умов нормотипового функціонування, стан ситуативної тривоги чи очікування потенційного стресора (експериментальна "загроза шоку" / *threat of shock*) має чіткий адаптивний ефект: він тимчасово загострює сенсорну чутливість, знижує поріг виявлення найшвидших за часом візуальних чи слухових сигналів та мобілізує ресурси стресостійкості для швидкої відповіді на небезпеку. Проте у пацієнтів із маніфестованим ПТСР та супутніми нервово-психічними розладами цей перцептивний алгоритм зазнає стійкої патологічної деформації [157].

Хронічна інтолерантність до невизначеності та гіперфункція дорсальної передньої поясної кори (за даними М. Мілада) змушують мозок ветерана

сприймати будь-який цивільний контекст як перманентну "загрозу шоку". Наслідком цього є викривлення початкових сенсорно-перцептивних процесів: виникає надвисока селективність уваги, орієнтована виключно на загрожуючі [76]. Цей "когнітивний тунель" перцептивної обробки блокує вищі концептуальні рівні психіки: мозок миттєво запускає вегетативну реакцію страху до того, як префронтальна кора встигає раціонально оцінити реальну безпечність цивільного подразника [138]. Таким чином, вивчення деформації початкових сенсорних процесів під впливом тривоги дозволяє обґрунтувати, чому ветерани з ПТСР демонструють низьку емоційну гнучкість, фіксацію на негативних емоціях та труднощі у формуванні нових сенсожиттєвих орієнтацій, оскільки їхнє первинне сприйняття світу залишається заблокованим у викривленому воєнному контексті.

В межах дослідження патогенетичних механізмів розвитку та хронізації посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у комбатантів особливої ваги набуває аналіз метакогнітивних та диспозиційних характеристик особистості, серед яких провідне місце посідає інтолерантність (непереносимість) до невизначеності. Під цим феноменом у психологічній науці розуміють стійку схильність індивіда сприймати будь-які когнітивно неструктуровані, нові, амбівалентні чи непередбачувані життєві обставини як джерело безпосередньої психологічної загрози, незалежно від реального рівня їхньої небезпеки. У контексті реадаптації учасників бойових дій, інтолерантність до невизначеності виступає когнітивним предиктором, що суттєво обтяжує перебіг ПТСР, депресивних станів та дезадаптивних вегетативних розладів [143].

Формування високого рівня інтолерантності до невизначеності у комбатантів має чітку військово-професійну детермінацію. Перебування в зоні бойових дій апріорі є ситуацією екстремальної невизначеності. Задля виживання психіка воїна адаптується через механізми гіперконтролю та гіпернастороженості. У бою невизначеність дорівнює смертельній небезпеці, тому прагнення тотального контролю над обстановкою є функціональним та життєво необхідним. Проте, після повернення до цивільного життя, цей механізм

трансформується у дезадаптивну ознаку ПТСР. Мирне середовище за своєю природою є варіативним, гнучким і не піддається лінійному армійському контролю. Комбатант із вираженими проявами ПТСР виявляється неспроможним когнітивно переробляти мінливість соціуму. Будь-яка побутова чи соціальна ситуація, що позбавлена чіткого алгоритму дій (наприклад, працевлаштування, бюрократичні процедури, міжособистісні конфлікти), викликає у нього гострий когнітивний дисонанс, суб'єктивне відчуття безпорадності та афективні спалахи гніву. Інтолерантність до невизначеності тісно корелює та підживлює ядерні кластери симптомів ПТСР (відповідно до критеріїв DSM-5):

1. Гіперзбудження та надпильність: нездатність змиритися з непередбачуваністю майбутнього змушує нервову систему ветерана перебувати у стані постійної бойової мобілізації. Психіка працює у режимі «сканування загрози», намагаючись прорахувати всі гіпотетичні негативні сценарії, що призводить до хронічного виснаження та розладів сну.

2. Симптоми уникнення: прагнучи мінімізувати дискомфорт від ситуацій невизначеності, учасники бойових дій вдаються до поведінкового та ментального уникнення соціальних контактів, нових видів діяльності чи місць скупчення людей, що звужує їхнє життєве поле до безпечних, штучно контрольованих мікропросторів.

3. Негативні зміни в когнітивній сфері: інтолерентність до невизначеності посилює формування когнітивних упереджень катастрофізації («Якщо я не знаю, що буде далі, обов’язково станеться щось жахливе») та генералізованої недовіри до світу.

Сучасні емпіричні дослідження (зокрема, праці А. В. Топчило,) підтверджують, що поранених військовослужбовців характеризують суттєво вищі показники інтолерантності до невизначеності порівняно з представниками інших екстремальних професій (наприклад, рятувальниками), що безпосередньо інтегрується у структуру їхньої депресивної та посттравматичної симптоматики [87]. Окрім цього, міжнародні лонгітюдні дослідження травми військового часу доводять, що інтолерантність до невизначеності виступає потужним

модератором, який посилює інтенсивність проявів ПТСР при переживанні досвіду втрати контролю [173].

Отже, інтолерантність до невизначеності є патогномонічною ознакою когнітивної архітектоніки ПТСР у комбатантів, яка блокує процеси психологічної пружності (резільєнтності) та гнучкої реадаптації. Оскільки ветеран прагне застосувати фронтові паттерни тотального контролю до цивільного життя, виникає перманентний дезадаптивний конфлікт із соціумом.

Для військовослужбовців без ознак хронічних психічних розладів війна стає хоч і важким, але інтегрованим етапом біографії. Натомість розвиток ПТСР деформує саму здатність особистості асимілювати військовий досвід. Психологічна травма блокує природний плин індивідуального часу [82].

Через специфічні симптоми ПТСР (інтрузії, флешбеки, кошмари) війна перестає бути подією минулого – вона перманентно «проривається» у теперішнє, детермінуючи поведінку, емоційні реакції та мислення ветерана. Життєвий шлях особистості втрачає свою лінійність і безперервність: індивід опиняється у пастці «зациклено часу», де бойова обстановка залишається домінуючою психічною реальністю.

Вплив ПТСР на структуру та спрямованість життєвого шляху учасника бойвих дійфіксується нами через три ключові деформації:

1. Звуження та деструкція життєвих планів (руйнація майбутнього): хронічна гіпернастороженість та когнітивно-емоційне уникнення призводять до виникнення відчуття «скороченого майбутнього». Ветеран втрачає здатність до довгострокового цілепокладання, професійного планування та побудови тривалих інтерперсональних стосунків, що обмежує життєвий шлях особистості до стратегій короткострокового виживання.

2. Смисловий вакуум та девальвація цивільного досвіду: ціннісно-мотиваційна сфера, яка до війни структурувала життєві орієнтири, зазнає глибокої кризи. Колишні професійні чи сімейні смисли починають сприйматися як «дріб'язкові» порівняно з екзистенційним досвідом межі життя і смерті на

фронті. Без фахового супроводу цей вакуум заповнюється дезадаптивними патернами поведінки. [128]

3. Фіксація на травматичному наративі: війна стає ядерною точкою особистісної ідентичності. Замість того, щоб бути одним із епізодів біографії, вона підпорядковує собі весь подальший сценарій життя. Особистість починає оцінювати себе виключно через призму статусу «постраждалого» чи «незрозумілого суспільством воїна», що ізолює її від соціального оточення. [5]

Важливим аспекти деструктивного впливу бойової психічної травми на життєвий шлях особистості комбатанта є глибока трансформація його внутрішньої смислової вертикалі. Провідними конструктами, що визначають спрямованість і цілісність поствоєнного буття ветерана, виступають його життєві цілі та сенсожиттєві орієнтації. У межах нормотипового розвитку сенсожиттєві орієнтації функціонують як вища когнітивно-аттитюдна система, яка структурує індивідуальне майбутнє, надає цінності теперішньому досвіду та дозволяє формулювати довгострокові, реалістичні життєві цілі. Проте хронічні психотравмуючі переживання та маніфестація ПТСР призводять до дезорганізації цієї системи. Коли війна деформує плин індивідуального часу, базові сенсожиттєві орієнтації комбатанта зазнають ціннісної девальвації. Цивільні смисли (професійне зростання, побутові досягнення, матеріальне благополуччя), які домінували до залучення у бойові дії, починають сприйматися крізь призму воєнного досвіду як «дріб'язкові» або неавтентичні. Повертаючись у мирне середовище, ветеран опиняється у стані екзистенційного вакууму, де колишні орієнтири втрачено, а нові ще не сформовано. Ця смислова деструкція безпосередньо блокує здатність УБД проектувати власне майбутнє, що виявляється через такі патопсихологічні ознаки: фрагментація та звуження життєвих цілей:

а) замість побудови багатовимірних, стратегічних планів особистість з ПТСР обмежується тактичними завданнями короткострокового виживання;

б) блокування цілепокладання під впливом інтолерантності до невизначеності: оскільки майбутнє сприймається як непередбачуване та

загрозливе, ветеран свідомо відмовляється від формулювання чітких життєвих цілей, щоб уникнути потенційного досвіду втрати контролю [86];

в) дисбаланс у структурі локусу контролю: знижується віра в індивідуальну спроможність керувати власним життям (субконструкту «Локус контролю-Я»), що трансформує сенсожиттєві орієнтації у бік фаталізму та пасивного переживання теперішнього.

Розуміння того, як саме війна деформує життєвий шлях особистості з ПТСР, визначає нову парадигму психологічної допомоги. Реабілітаційний процес має бути спрямований не просто на редукцію окремих клінічних симптомів (покращення сну, зменшення тривоги), а на реконструювання біографічного наративу та відновлення цілісності життєвого шляху. Основним завданням терапії стає допомога учаснику бойових дій переосмислити війну як завершений, інтегрований етап біографії, що відкриває простір для проектування майбутнього цивільного життя (посттравматичного зростання). Успішна реадаптація та подолання супутніх нервово-психічних розладів у комбатантів неможливі без реструктуризації їхньої смислової сфери. Психологічний супровід УБД має бути орієнтований на трансформацію травматичного досвіду війни у нові сенсожиттєві орієнтації, які дозволять ветерану відновити континуум життєвого шляху та сформулювати конструктивні, адаптивні життєві цілі у цивільному соціумі.

1.3. Психологічні особливості учасників бойових дій

Збройні сили функціонують як специфічний соціокультурний інститут, що здійснює глибокий і системний вплив на особистість військовослужбовця, зумовлюючи формування та трансформацію його ідентичності. Попри зростання наукового інтересу до проблеми військової ідентичності, у сучасних дослідженнях зберігаються труднощі її теоретичного осмислення, зокрема щодо механізмів формування, ступеня впливу військової культури на особистісний розвиток та наслідків цього впливу для психічного здоров’я.

Військова культура постає як динамічна система колективних переконань, цінностей, норм поведінки, символів і практик, які визначають світогляд, соціальні взаємодії та ідентифікаційні процеси особового складу. Через регламентовані традиції, ритуали, ціннісні орієнтири, професійну лексику, зовнішні атрибути, особливості підготовки та умов служби військова культура структурує соціальну взаємодію та сприяє поступовому переходу особистості від цивільної до військової ідентичності. Така трансформація є усвідомленим і необхідним етапом адаптації до вимог військового середовища [2].

Сформована в межах цього культурного контексту військова ідентичність підтримується соціальними механізмами групової належності, інтегрується з іншими особистісними ідентичностями та забезпечує відчуття позиціонування й приналежності у військовому соціумі. Водночас процес ідентифікації не обмежується зовнішніми ознаками, такими як форма одягу чи ієрархічна структура. Він має глибокий психологічний характер, охоплюючи самосприйняття, систему норм і цінностей, емоційні реакції, переконання та поведінкові стратегії. У ситуаціях, коли різні ідентичності вступають у суперечність між собою, виникає внутрішній конфлікт, що може стати чинником погіршення психічного здоров’я [24].

Проходження військової служби істотно впливає на формування самосвідомості військовослужбовців, їхній світогляд, психологічне благополуччя та емоційний стан. Окремі складові військової ідентичності мають адаптивний потенціал, зокрема сильна центральність ветеранської ідентичності, яка може підтримувати психологічну стійкість і знижувати рівень суїцидальних проявів. Водночас надмірна ідентифікація з військовою роллю, сприйняття армії як єдиного джерела соціальної підтримки або «замінника сім’ї» асоціюється з підвищеним ризиком депресивних станів, розвитку ПТСР та негативного афекту. Особливістю військової ідентичності є її орієнтація на діяльність і результат, що може негативно позначатися на психічному стані у випадках втрати функціональної спроможності, обмежень у виконанні завдань під час реабілітації чи переходу до цивільного життя [42].

Психологічний дистрес, пов’язаний із конфліктом між військовою та цивільною ідентичностями, нерідко проявляється у формі моральної травми, що свідчить про визначальну роль напруження ідентичності у виникненні психічних розладів, а не лише факту пережитої травматизації. Моральна травма розглядається як чинник, що сприяє розвитку несприятливих психічних наслідків і виникає внаслідок дій або переживань, які суперечать глибинним особистісним цінностям. Несумісність військових і цивільних моральних орієнтирів може зумовлювати кризу ідентичності, що супроводжується інтенсивними негативними емоціями, зокрема почуттям провини, сорому, тривоги та схильністю до самоосуду.

М. Бер’єссон. зазначає, що перебування військовослужбовців в екстремальних умовах, пов’язаних із постійною загрозою здоров’ю та життю, є невід’ємною складовою бойового розгортання. У таких обставинах практично кожен військовий стикається з проявами бойового стресу. Його вплив розпочинається задовго до безпосереднього зіткнення з противником і зберігається аж до моменту залишення зони активних бойових дій. Безперервна небезпека для життя, швидкі зміни оперативної обстановки, надмірні та тривалі психоемоційні навантаження, що перевищують адаптаційні можливості людини, переживання втрати побратимів, а також зіткнення з жорстокими проявами насильства з боку ворога справляють глибокий деструктивний вплив на психічний стан і особистісну структуру комбатантів [93].

Результати одного з емпіричних досліджень засвідчили, що протягом першого року бойових дій на сході України у 75–80 % військовослужбовців спостерігалися короткотривалі гострі стресові реакції, які нерідко супроводжувалися частковою або повною втратою боєздатності. Водночас варто зауважити, що професійна діяльність військових не обмежується виключно екстремальними ситуаціями. Вона включає два взаємопов’язані компоненти: підтримання належного рівня бойової готовності в умовах повсякденної, небойової діяльності та виконання службових обов’язків під час бойових дій і військових навчань. Провідним завданням повсякденної військово-професійної

діяльності є системна підготовка особового складу до ефективних дій в умовах реального бойового зіткнення [127].

Особливості службової діяльності військовослужбовців під час формування підрозділів вимагають постійної готовності для ефективного виконання бойових завдань, за умови, що необхідно обов'язково забезпечити життя, фізичне та психічне здоров'я особового складу, а також матеріальні та технічні ресурси. Варто зазначити, що до 2014 року стратегічний напрям реформи Збройних сил України (ЗСУ) був спрямований на поступове скорочення та систематичне зменшення чисельності, озброєння та оснащення. Як наслідок, початок бойових дій на сході України, де підрозділи ЗСУ та Національної гвардії України (НГУ) зіткнулися з гібридною агресією сепаратистських угруповань, підтримуваних Російською Федерацією, поставив низку системних викликів. На початковому етапі збройного конфлікту переважна більшість українських бійців не мала реального бойового досвіду, оскільки після Другої світової війни на території суверенної України не проводилися масштабні військові операції. Досвід перших років війни вказав на розбіжність між рівнем військово-фахової та психологічної підготовки на той час та об'єктивними вимогами щодо проведення високоінтенсивних, нестандартних та асиметричних бойових дій [25].

За даними О. Блінова, у 80–90 % українських комбатантів спостерігалися ознаки бойової стресової реакції, у близько 25 % учасників бойових дій у подальшому сформувався посттравматичний стресовий розлад різного ступеня вираженості. Крім того, у 20 % військовослужбовців виявлялися окремі симптоми дезадаптаційних реакцій, а у 27 % – підвищений рівень тривожності, депресивні прояви та ворожість [15].

Почуття та емоції солдатів у складних ситуаціях сучасного бою характеризуються високою інтенсивністю, значною різноманітністю та частими переходами від одних емоційних станів до інших. Такі емоційні коливання можуть призводити як до сильної мобілізації сил, так і до тимчасового підвищення фізичних і психічних можливостей військовослужбовця, або ж,

навпаки, до порушення розумових і вольових процесів, що загалом спричиняє дезорганізацію його діяльності. У широкому спектрі емоцій і почуттів солдата особливе значення для ефективності бойової діяльності мають любов до Батьківщини, ненависть до ворога, відповідальність за виконання службового обов'язку, почуття військового товариства, а також домінування цих емоцій над негативними переживаннями, зокрема страхом, сумнівом і невпевненістю [18]. Індивідуальний та колективний ентузіазм, мужність і відданість тісно пов'язані з інтенсивними емоціями, які супроводжують виконання бойових завдань. Особливо інтенсивні емоції та емоційні стани, як позитивного, так і негативного характеру, найчастіше виникають на початковому етапі війни, зокрема під час перших бойових зіткнень. З метою недопущення формування таких емоцій, почуттів і ситуацій, які можуть гальмувати або навіть дезорганізовувати діяльність солдатів, важливого значення набуває завчасна психологічна підготовка, поступове накопичення бойового досвіду, а також розвиток емоційної стійкості й здатності до регуляції власних емоційних станів. Значний науковий інтерес становить динаміка емоцій і емоційних станів військовослужбовця в період безпосередньої підготовки до виконання бойового завдання. Перед виконанням складного бойового завдання солдат, як правило, гостро переживає та усвідомлює події свого попереднього життєвого досвіду. У його свідомості актуалізуються емоційно значущі образи, пов'язані з близькими людьми та місцями, що мають для нього особистісну цінність. Звернення до таких спогадів впливає на мотивацію військовослужбовця та посилює його внутрішню готовність до виконання службового обов'язку [43].

Адаптація військовослужбовців розглядається як процес пристосування до специфічних умов армійського життя, що відбувається на основі змін у психічній сфері особистості. До основних характеристик цього процесу належать необхідність суворого дотримання військових правил, вимог дисципліни та підпорядкування, регламентований розпорядок дня, проживання в казармах і гарнізонах, виконання гарнізонної служби або служби за місцем проживання, обмежені можливості спілкування з рідними та близькими, а також потреба в

опануванні значного обсягу військових знань, навичок і вмінь у стислі терміни, особливо на початковому етапі служби.

Рівень ефективності адаптації значною мірою визначається тим, наскільки адекватно військовослужбовець оцінює власні можливості та соціальні взаємини, здатний співвідносити особисті потреби з реальними умовами служби, а також усвідомлює мотиви власної поведінки. Викривлене або недостатньо сформоване уявлення про себе може зумовлювати розвиток дезадаптації, що проявляється у зростанні конфліктності, погіршенні міжособистісних стосунків, зниженні працездатності та негативних змінах у стані здоров'я. У випадках глибокої дезадаптації можливі серйозні порушення військової дисципліни й правопорядку, поява суїцидальних тенденцій, суттєве зниження професійної ефективності та розвиток соматичних і психічних захворювань.

Під час війни солдати зазнають не лише фізичних ушкоджень. Бойова психологічна травма є типовим наслідком тривалого перебування в зонах конфлікту. Це серйозний психічний розлад, спричинений надзвичайно сильним бойовим стресом. Цей стан вимагає обов'язкової диференціальної діагностики та своєчасного відновлення, оскільки його симптоми часто плутають із симптомами фізичного струсу або соматичних захворювань. Коріння досліджень цієї проблеми сягають часів американської громадянської війни, коли лікар Джейкоб Мендес да Коста вперше описав психосоматичні розлади у солдатів, назвавши їх «військовим серцем». Незважаючи на кардіологічну спрямованість опису, цей стан насправді відображав психологічну травму. Офіційна назва цих розладів з'явилася під час Першої світової війни завдяки британському психіатру Чарльзу Майерсу. Він ввів термін «shellshock» («шок від снаряда»), який став першою постійною назвою для психічних розладів, спричинених жахами великомасштабної індустріальної війни [88].

Під час Другої Світової Війни дослідження таких розладів продовжилося, і в науковий обіг увійшов термін "невроз воєнного часу". У 1952 р. цей стан був офіційно визнаний Американським психіатричним товариством та включений до класифікації DSM 2 під назвою "реакція на сильний емоційний і фізичний стрес".

Поняття «психічна травма» міцно увійшло до понятійного апарату військової психології та психіатрії. Історично першим його системно дослідив З. Фройд у межах психоаналізу, а А. Кардінер і М. Горовіц розвинули цю лінію, описавши синдром «гострого та хронічного воєнного неврозу». Когнітивний підхід [126] запропонував інше бачення: тут бойова травма розглядається як руйнування внутрішньої карти світу людини – її базових когнітивних схем і переконань. Сучасний погляд на природу травми, викладений у роботах Дж. Меріка, Г. Шмельцер та Б. ван дер Колка, дозволив виокремити поняття складної (комплексної) бойової психічної травми. Дослідниці Дж. Герман та Г. Шмельцер детально описали, як така травма паралізує функціонування солдата в бою та які наслідки вона має для його психіки в майбутньому. Крім того, група науковців ґрунтовно дослідила перелік чинників, що безпосередньо запускають механізм бойової травматизації [194].

Еволюція поняття «травма» демонструє перехід від суто медичного до психологічного трактування. Уперше слово «травматичний» згадується в Оксфордському словнику середини XVII століття (1656 р.) виключно як термін, пов'язаний із тілесними ушкодженнями та їхнім загоєнням. Лише наприкінці XIX століття науковці перенесли це поняття у площину психічного здоров'я для опису наслідків сильних емоційних потрясінь, викликаних насильством чи втратами. Сьогодні під травмою розуміють раптовий досвід із реальною загрозою для життя, який залишає по собі стійкий тривожний слід у пам'яті. Джерелом такої травматизації може стати будь-яка екстремальна подія: від побутового чи сексуального насильства, аварій і стихійних лих до невиліковних хвороб, полону, катувань та безпосередньої участі у війнах чи ліквідації терористичних загроз [18].

Усі ці різноманітні події об’єднуються під спільним поняттям “травма” або “психотравма”, попри те, що кожна з них має власне змістове наповнення та причинні атрибути страждання. Травматичні події відрізняються за характером, частотою та тривалістю загрози, а також за рівнем її особистісної значущості, що може змінюватися з часом. Травматичний стрес – це не просто емоційна реакція,

а складна, неспецифічна реакція всього організму, що має глибоке нейробіологічне підґрунтя. Сучасна наука розглядає травму як потрійний процес, який одночасно погіршує фізичне здоров’я, психологічне благополуччя та соціальні стосунки людини. Серйозність наслідків залежить від особистої резистентності, чутливості, балансу адаптивних та неадаптивних реакцій, а також від глибини травматичних спогадів. Окрім вимірів часу та суспільства, травма завжди впливає й на духовну сферу. Вона спричиняє екзистенційний біль, який підриває внутрішні орієнтири: мораль, життєві принципи, переконання та саму ідентичність особистості [41].

Історично слово «травма» означало фізичну рану. Організм сприймає смертельну психологічну небезпеку точно так само, як загрозу фізичної травми. Характерним прикладом цієї неспецифічної захисної реакції є раптове підвищення рівня протромбіну в крові під час гострого стресу – таким чином організм автоматично готується до зупинки можливої кровотечі. Наукові дослідження підтверджують, що такі порушення системи згортання крові спостерігаються не лише в момент небезпеки, а й залишаються хронічним симптомом у осіб, у яких діагностовано ПТСР [22].

Перші теорії щодо природи психічної травми сформувалися в рамках психоаналізу. У своїй праці під назвою «Інша сторона задоволення» З. Фрейд представив енергетичну модель, згідно з якою будь-яка подія, що викликає сильний сором, страх, жах або психічний біль, може спричинити травму душі, а сама подія травматичного досвіду залежить від чутливості людини. Найважливішим результатом цього підходу було розкриття причинно-наслідкових зв'язків військових неврозів, які ґрунтуються на механізмі витіснення.

Наступним кроком у 1941 році став внесок А. Кардінера, який ввів термін «хронічна військова невроза» та детально описав її симптоми: підвищена дратівливість, різкі реакції на несподівані подразники, зациклення на травмі, уникнення реального світу та раптова агресивність. Пізніше аналіз наслідків війни у В'єтнамі спонукав психіатрію відмовитися від терміна «невроз», і в 1980

році з'явилося поняття «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР), який увійшов до класифікації DSM-III, а згодом, у 1995 році, до МКХ-10. Цей розлад було визнано основною формою патології серед військовослужбовців. Когнітивні підходи (засновані на теоріях Р. Лазаруса та А. Бека) пояснюють травму, навпаки, оцінкою ситуації та вибором стратегій подолання, що зосереджуються на проблемі або на емоції. Психічна травма розглядається тут як повний розпад внутрішніх когнітивних схем та основних переконань людини щодо життя.

Когнітивні схеми виступають як інтерпретаційна рамка, що визначає процеси сприйняття навколишнього середовища та формування «самообразу» у структурі самосвідомості. Пріоритет у дослідженні руйнівного впливу психологічної травми на систему глибинних уявлень індивіда про себе, світ та майбутнє належить М. Горовіцу, який довів, що терапевтичне відродження відбувається через реструктуризацію когнітивних мереж. Однак найґрунтовніше пояснення впливу травми на когнітивну сферу подано в концепції когнітивно-емпіричних переконань Р. Янофф-Бульман (модель С. Епштейна). На думку автора, ядро базових переконань містить імпліцитні уявлення про добро, справедливість і контрольованість суспільства, а також цінність власного «я». Ці ціннісні орієнтири слугують екзистенційними опорами та забезпечують когнітивну передбачуваність світу [17].

У бойових умовах ці структури сенсу піддаються одночасному (синхронному) руйнуванню. За відсутності міжособистісної та соціальної підтримки солдат відчуває повну втрату ціннісної орієнтації та дезорієнтацію щодо оточення та власної ідентичності. Водночас зафіксовано прямий зв’язок: чим вищим був рівень «гуманістичного» спрямування в первинних базових переконаннях, тим руйнівнішим є вплив їхнього розпаду, що спричиняє стан гострого паралічу дій. Подовження цього стану призводить до феномену «психічної поразки» (*mental defeat*), що характеризується втратою віри в особисту вольову саморегуляцію, відчуттям деперсоналізації («безжиттєвості»), внутрішнім розпадом та екзистенційною апатією. Зі свого боку, поведінкова

перспектива спирається на двофакторну модель травми та інтерпретує розвиток захворювання через механізми класичного та оперантного обумовлення [84].

Класичне обумовлення проявляється у формуванні реакції страху на будь-які зовнішні стимули, які асоціативно пов'язані з травматичною подією або нагадують її окремі елементи.

Оперантне обумовлення виявляється у прагненні суб'єкта уникати або "вимикати" всі стимули, що провокують переживання страху. Таке уникнення тимчасово знижує тривогу, однак водночас закріплює патологічну поведінкову модель реагування. Поняття травми є ширшим за гострий стресовий розлад (Acute Stress Disorder, ASD) або посттравматичний стресовий розлад (PTSD) [73].

У ситуації травматичного досвіду індивід часто намагається «вимкнути» надмірно інтенсивні переживання, приглушити або притупити емоційні реакції, досягти стану оніміння (numbing). Однак таке пригнічення афективної сфери призводить не лише до зменшення болісних відчуттів, а й до втрати здатності повноцінно переживати власну життєвість [135].

Парадокс полягає в тому, що травмовані військовослужбовці нерідко почуваються по-справжньому живими лише в умовах повторної екстремальної ситуації (бойових умовах), де активізуються знайомі механізми психофізіологічної мобілізації. Попри негативне ставлення до пережитого досвіду, у них може виникати внутрішнє прагнення до відтворення подібних обставин, оскільки саме в них відновлюється відчуття інтенсивності та повноти буття. Травмований військовослужбовець зазвичай переживає стан заціпеніння, внутрішнього "застигання", емоційного оніміння, втрачає здатність отримувати задоволення від життя і повноцінно відчувати себе живим. Це відчуття повертається лише в ситуації, подібній до тієї, що колись викликала цей жах і психічне потрясіння. Зазначений феномен отримав назву травматичного перегравання (traumatic re-enactment) [93].

Бойова психічна травма визначається як стан, при якому психіка військовослужбовця втрачає здатність справлятися з надзвичайно складними викликами бойової ситуації. Це супроводжується розпадом внутрішньої

саморегуляції, руйнуванням системи цінностей, втратою орієнтації у світі та у власній особистості, що призводить до втрати бойової спроможності особи. Дійсно, незважаючи на відсутність фізичних травм, отруєнь або струсів мозку, солдат стає нездатним до бою. Залежно від способу прояву та тривалості, БПТ поділяється на два типи. Перший тип – це гострі реакції, що виникають негайно у відповідь на надзвичайно сильний психологічний шок. Другий тип – це хронічні стани, що поступово накопичуються під впливом менш інтенсивних, але постійних щоденних факторів стресу під час війни [85].

На бойову психічну травму людина може реагувати у двох основних формах: загальмованістю або надмірною збудженістю. БПТ проявляється на фізіологічному, психічному та поведінковому рівнях. Чи призведуть травматичні переживання до формування бойової психічної травми, залежить від низки чинників, зокрема від умов бойової обстановки, організації профілактики бойового стресу, особливостей керівництва та лідерства, попереднього досвіду військовослужбовця, його оцінки бойової ситуації та характеру реагування на бойовий стрес. Здатність переносити бойовий стрес також визначається взаємодією трьох груп чинників: біологічних (наприклад, генетична схильність), психологічних (зокрема стратегії подолання) та міжособистісних (зокрема рівень соціальної підтримки) [74].

Реакція військовослужбовця на бойовий стрес залежить від того, як він сприймає небезпеку та які стратегії подолання застосовує. Водночас ризик розвитку хронічного ПТСР безпосередньо пов’язаний з інтенсивністю пережитого шоку та тривалістю перебування на фронті.

Оскільки українські військові воюють вже багато років, для них надзвичайно характерний синдром повторної травми, коли ветерани знову і знову повертаються на фронт. У випадку окремої психотравми симптоми, за допомогою яких організм намагається захиститися, мають тимчасовий характер і вважаються захисним станом. Однак якщо травматичний досвід стає регулярним, спосіб виживання перетворюється на постійну захисну рису особистості. У цьому випадку реакція на стрес вже не є лише відповіддю на ситуацію, а

вбудовується в характер солдата і стає його визначальною рисою. Замкнені у своїй травмі, ці люди втрачають інтерес до колишніх хобі та роботи, емоційно ізолюються від оточення та розривають соціальні зв'язки. Їхнє повсякденне життя характеризується дратівливістю, тривогою, порушеннями сну, серйозним погіршенням пам'яті та концентрації, тоді як усе їхнє теперішнє життя повністю обертається навколо пережитого ними жаху [26].

Дослідники зазначають, що спогади про війну та її жорстокості, які не дають спокою, є спробою психіки опрацювати важкі переживання та звикнути до них через постійне повторення. Натомість емоційна байдужість та ізоляція від інших є симптомами, що мають на меті захистити від болю. Це створює гостру дилему у людини: з одного боку, ветеран хоче позбутися тих жорстокостей, які він пережив, з іншого боку, травма поступово стає центром його внутрішнього світу та висмоктує всю його енергію та інтерес [32].

Однак травма – це не лише руйнування, а й особлива трансформація особистості солдата. З часом боротьба з наслідками кризи перестає бути лише руйнівною, а відкриває шлях до позитивних змін особистості. Цей процес називається «посттравматичним зростанням». Сьогодні фокус уваги дослідників у військовій психології помітно зміщується від вивчення самого розладу ПТСР та його симптомів до дослідження внутрішньої стійкості (психологічного імунітету) та здатності людини до розвитку після катастрофи, що дозволяє компенсувати негативні наслідки лікування розладу [143].

Той факт, що у значної частини військовослужбовців, які пережили екстремальні бойові ситуації, не сформувалися розлади на кшталт ПТСР, зумовив науковий інтерес до феномену стійкості. Упродовж останніх років ця концепція активно використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці. Стійкість розглядається в психології як динамічний процес, який дозволяє людині успішно й позитивно адаптуватися до життєвих обставин навіть під час переживання важких потрясінь. Разом з тим, серед дослідників немає єдиного погляду на цей феномен. Різне розуміння стійкості зумовлює існування кількох

концептуальних моделей – від трактування її як вродженої риси характеру до визначення як динамічної навички, що розвивається впродовж життя [34].

Стійкість інтерпретується як якість, особистісна риса, процес або як результат адаптації. Частина дослідників визначає її як багаторазово детермінований процес розвитку, що має відносно стабільний характер, інші — як індивідуальну властивість особистості. Водночас слід зазначити, що своєчасно надана екстрена психологічна допомога здатна запобігти розвитку психічної травми та ПТСР, сприяючи збереженню психічного здоров'я і професійного довголіття військовослужбовців.

Після завершення бойових дій дослідники дійшли висновку, що найбільш ефективною формою допомоги психотравмованим військовослужбовцям є комплексна медико-психологічна реабілітація. Одним із її ключових компонентів виступає психотерапія. Психотерапевтична робота спрямована на відновлення довіри у постраждалого, формування впевненості у власних силах, зміцнення волі, зменшення або усунення патологічних афективних станів, корекцію дезадаптивних психічних зв'язків та подолання патологічного самонавіювання.

Серед методів психотерапії, що демонструють відносно найшвидший терапевтичний ефект, виділяють когнітивну терапію, когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та тілесно орієнтовану терапію. Проте, найтриваліший і стійкий результат, навіть при відтермінованому зверненні по допомогу до психотерапевта, має логотерапія.

Найкращим показником травма-терапії є відновлення здатності того, хто вижив, отримувати задоволення від життя. ("The best indices of resolution are the survivor's restored capacity to take pleasure in her life") [111]. Цим висловом Юдіт Герман окреслила орієнтир подальшого розвитку травма-фокусованої психотерапії.

Не кожна стресова подія є травматичною, і не кожна людина, яка пережила війну, катастрофу чи терористичний акт, зазнає психічної травми. Надмірне розширення цього поняття може створювати ризик надмірної медикалізації допомоги постраждалим та недооцінки їхньої здатності до самостійного

відновлення й адаптації. У зв'язку з цим, особливої актуальності для України набуває здатність травмованого військовослужбовця не лише продовжувати військову службу, але й повертатися до звичного способу життя без стійких наслідків травми. Для збереження психічного здоров'я військовослужбовців необхідним є розроблення профілактичних підходів до роботи з травмою та розширення застосування різних форм психологічного втручання. Це, у свою чергу, дозволяє усвідомити, що ефективна допомога при психічній травмі неможлива без створення відповідної системи реабілітації, внутрішньої готовності самого військовослужбовця до відновлення, а також залучення суспільства до підтримки цього процесу.

1.4. Професійне самовизначення учасників бойових дій як чинник успішної реадаптація та реінтеграції у мирне життя

Глибоке розуміння проблем соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, звільнених зі служби, є необхідним для сучасного суспільства. Різкий відхід ветеранів від їхнього звичного способу життя після звільнення в запас погіршив цю проблему. Поглиблений аналіз основних причин проблем адаптації необхідний через відсутність своєчасної психологічної підготовки до політичних реалій та різкої зміни навколишнього середовища. Сьогодні в Україні вкрай важливо забезпечити, щоб ветерани могли без труднощів повернутися до цивільного життя. Демобілізовані військовослужбовці стикаються з численними викликами в результаті сучасних соціальних змін, які вимагають наукового дослідження і є важливими для розробки соціальних, психологічних програм, які можуть покращити фізичний та ментальний добробут військовослужбовців та їхніх сімей, враховуючи високу динаміку глобальних змін.

Реадаптація учасників бойових дій – це комплексний соціально-психологічний, медичний та професійний процес повторного пристосування

ветеранів до умов, норм, цінностей та вимог мирного цивільного життя після повернення із зони бойових дій.

На відміну від первинної адаптації (коли людина звикає до чогось нового), префікс «ре-» вказує на те, що особистість має пройти через декомпресію – трансформувати набутий військовий досвід і перебудувати свою психіку та поведінку під цивільні реалії [191].

У контексті дисертаційного дослідження цей феномен доцільно розглядати через чотири взаємопов'язані рівні:

1. Ключові рівні реадаптації учасників бойових дій до умов мирного життя:

- Психологічна реадаптація – це керований процес перебудови когнітивної, емоційної та поведінкової сфер особистості з метою переходу від «моделі виживання» (актуальної на війні) до «моделі життєдіяльності в мирний час» [191]. Згідно з сучасними дослідженнями, цей рівень складається з трьох ключових блоків: -когнітивний блок (подолання жорсткості схем): воєнний досвід формує жорсткі, чорно-білі когнітивні конструктури (поділ світ на «безпечно/небезпечно», «свій/ворог»). У мирному житті це проявляється як психологічна ригідність. Реадаптація на цьому рівні передбачає розвиток когнітивної гнучкості та когнітивне переструктурування травматичного досвіду. [196]
- Емоційний блок (зниження тривожності). Бойовий стрес переводить нервову систему в режим постійної гіперактивації, що породжує інтрузії, уникнення, прогностичну та гнітючу тривогу (інтолерантність до невизначеності). Успішна реадаптація означає подолання емоційного оніміння та відновлення здатності отримувати емоційний комфорт. [98]
- Ціннісно-смисловий блок (подолання екзистенційної кризи). Руйнація колишніх уявлень про світ викликає кризу смисложиттєвих орієнтирів (СЖО). Психологічна реадаптація спрямована на повернення життєвих цілей, стабілізацію локусу контролю «Я» та самоприйняття особистості. [177]
- Соціально-рольовий: подолання кризи ідентичності. Ветеран має інтегрувати суперсильну військову ідентичність («Я – воїн, захисник») у нові

цивільні ролі («Я – сім'янин, громадянин, колега»), уникаючи почуття відчуження («чужий серед своїх»).

- Професійний (Кар'єрний): формування нової професійної самоідентичності. Ветерану необхідно перекласти свої військові навички (лідерство, стресостійкість, роботу в команді) на мову цивільних компетенцій і знайти роботу, що поверне йому відчуття самоефективності.
- Фізіологічний: відновлення біоритмів, нервової системи, лікування соматичних захворювань та наслідків контузій (акубаротравм).

Важливим патогномонічним маркером деструкції когнітивно-афективної сфери індивіда в поствоєнному періоді є стійкі негативні емоції, які в структурі ПТСР набувають хронічного, генералізованого характеру. Згідно з сучасними клініко-психологічними класифікаціями (зокрема, за кластером негативних змін у когніціях та настрої опитувальника PCL-5), комбатанти стикаються не просто з епізодичними проявами дезадаптивного афекту, а з глибокою емоційною дисрегуляцією. Первинні психотравмуючі переживання військового часу (страх, жах, безпорадність) у цивільному житті трансформуються у стійкий спектр вторинних негативних емоцій: хронічну ворожість та гнів щодо соціуму; глибоке почуття провини («провина вцілілого»); сором та відчуженість Нездатність ветерана переносити непередбачуваність цивільного середовища породжує перманентну когнітивну оцінку середовища як ворожого kpt-center.com.ua. Це запускає патологічне «коло афекту»: намагання проконтролювати варіативні соціальні процеси зазнає невдачі, що миттєво актуалізує інтенсивні негативні емоції (дратівливість, агресію, гнів) як реакцію на уявну втрату безпеки. Більше того, перманентні негативні емоції виконують руйнівну функцію щодо екзистенційного потенціалу особистості учасника бойвих дій. Вони тотально блокують розвиток позитивного афекту (виникає ангедонія) та викривляють сенсожиттєві орієнтації.

Переважання негативного емоційного тла над раціональним аналізом дійсності призводить до того, що індивід починає сприймати свій життєвий шлях виключно через призму травми та несправедливості lib.iitta.gov.ua,

phd.znu.edu.ua. За таких умов формування нових, адаптивних життєвих цілей стає неможливим, оскільки емоційне виснаження нівелює мотиваційну готовність до саморозвитку та інтеграції в соціум. Таким чином, негативні емоції виступають не лише симптомом, а й динамічним чинником хронізації коморбідних нервово-психічних розладів. Психокорекційна робота з ветеранами має передбачати десенсибілізацію застряглих афективних станів (наприклад, засобами арттерапії чи когнітивно-поведінкових технік) з метою зниження аллостатичного навантаження та відновлення емоційної гнучкості

Процес реадаптації безпосередньо залежить від тих психологічних маркерів:

1. Неадаптивна (крихка) реадаптація: якщо в УБД спостерігається високий рівень ПТСР та інтолерантності до невизначеності, його психіка діє захисно. Через страх перед хаосом цивільного життя ветеран демонструє захисну ізоляцію – уникає комунікативної сфери («Людина-Людина») та обирає закриті предметні ніші («Людина-Техніка», «Людина-Природа»), прагнучи лише автономії та штучної стабільності.

2. Антикрихка реадаптація (посттравматичне зростання): завдяки успішному психологічному супроводу інтолерантність та ригідність знижуються. Пережита травма перетворюється на внутрішній ресурс особистості. Актуалізується локус контролю «Я», з'являються нові цілі в житті, що дозволяє ветерану сформувати зрілу професійну самоідентичність у сферах менеджменту, підприємництва та активної соціальної взаємодії.

Реінтеграція учасників бойових дій – це масштабніший, дворівневий процес, який включає не лише пристосування самого ветерана (що є реадаптацією), а й зустрічну готовність цивільного суспільства, держави та громад прийняти його як повноцінного, авторитетного та успішного члена.

У науковому дискурсі психології та соціології важливо розрізняти ці два поняття: реадаптація – це внутрішній психофізіологічний процес ветерана, а реінтеграція – це загальносоціальний процес відновлення зв'язків особистості з усіма сферами цивільного життя.

У контексті нашого дослідження реінтеграцію комбатантів доцільно розглядати через систему її головних вимірів:

1. Основні виміри реінтеграції учасників бойових дій:

А. Інституційний (державний): наявність чітких законодавчих механізмів, медичних гарантій, доступність якісного психологічного супроводу (комплексних програм, подібних до вашої) та програм перекваліфікації ветеранів.

Б. Соціально-комунікативний: готовність цивільного оточення (сім'ї, друзів, колег, працедавців) взаємодіяти з ветераном без стигматизації, жалю чи надмірної героїзації. Це побудова взаємної довіри у спільній комунікативній площині.

В. Економічний (професійний): повернення ветерана на ринок праці не просто на будь-яку вакансію, а на посаду, що відповідає його потенціалу. Економічна реінтеграція вважається завершеною, коли комбатант набуває стабільної професійної самоідентичності й почувається фінансово самостійним суб'єктом.

Реінтеграція може відбуватися за двома протилежними сценаріями:

1.Деструктивна (крихка) реінтеграція: через високий рівень ПТСР, когнітивну ригідність та інтолерантність до невизначеності ветеран сприймає цивільний світ як хаотичний та ворожий. Оскільки цивільні не мають його унікального бойового досвіду, виникає синдром *«чужого серед своїх»*. Замість інтеграції відбувається соціальне відчуження та захисна професійна ізоляція. Ветеран свідомо витісняє себе у закриті об'єктні сфери («Людина-Техніка», «Людина-Природа»), де мінімізовано комунікацію з соціумом.

2.Конструктивна (антикрихка) реінтеграція: психіка ветерана стабілізується. Зниження прогностичної та гнітючої тривоги, а також відновлення здатності отримувати задоволення від життя (за Дж. Герман) трансформують його воєнний досвід у внутрішній ресурс – антикрихкість. Людина виходить зі стану професійного мораторію, актуалізує локус контролю «Я» та успішно реінтегрується у відкритий соціономічний простір – сферу «Людина-Людина», менеджмент та підприємницьку діяльність.

Бойові операції характеризуються постійним, інтенсивним стресом та напругою, спричиненими виконанням військових та бойових завдань. Стан макросоціальної невизначеності, збільшення економічного дефіциту та міжособистісні розбіжності в сімейній системі супроводжують подальший перехід до громадянського суспільства. Ці фактори зазвичай призводять до генералізації негативних емоцій та психофізіологічної втоми. Психопатологічні розлади та деформація структури особистості можуть бути результатом спільної дії цих шкідливих факторів. Ветерани є дуже вразливими в результаті цього стану як у міжособистісних стосунках, так і в самосвідомості, що проявляється у вигляді шкідливих моделей поведінки (залежність, самоагресія та гетероагресія).

Зміна соціального та професійного середовища є вирішальною життєвою подією, яка визначає межу онтогенетичного розгалуження та часто супроводжується значними змінами особистості. Окрім когнітивної адаптації на рівні ставлення, цей процес вимагає базової реорганізації системи соціальних установок, ціннісного ядра та мотиваційної сфери особистості. Ці модифікації змінюють внутрішньопсихічне середовище людини та створюють нові моделі поведінки, які повністю визначають, як військовослужбовці, які були звільнені у відставку або переведені в запас, будуть адаптуватися соціально-психологічно.

Ця група процесів адаптації людей вивчається міждисциплінарним шляхом з використанням різноманітних наукових парадигм. Етимологічно термін «адаптація» походить з біологічних наук, де він позначає процес адаптації живих організмів до змін у навколишньому середовищі. Фаза демобілізації є особливим перехідним етапом у розвитку військовослужбовців. Вона характеризується значною індивідуальною мінливістю та для більшості супроводжується критичними явищами. Необхідність адаптації до нетерпимого цивільного суспільства, реорганізації кар'єрного шляху та пошуку рішень питань виживання стає реальною завдяки звільненню зі служби та виходу з військової структури. Проактивна адаптація ветеранів до нових соціальних та професійних обставин пояснює їхню соціально-психологічну адаптацію після звільнення. Здатність солдата адаптуватися на особистісному рівні, його готовність

адаптуватися до нового робочого середовища та ступінь успішної реінтеграції в нову систему соціальних ситуацій та ролей впливають на ефективність цього процесу. Мотиваційні фактори, обставини деактивації (звільнення) зі служби та комплекс об'єктивних умов життя, включаючи професійні, побутові та просторово-територіальні вектори, є основними детермінантами, що моделюють динаміку та ефективність соціально-психологічної реадаптації. Психологічний локус суб'єктивного благополуччя (самопочуття) ветерана в період адаптації є особливо значущим, оскільки він відіграє вирішальну роль у визначенні ефективності його операційної та міжособистісної взаємодії з навколишнім середовищем у всіх сферах його життєдіяльності.

Доцільно визначити систему відповідних критеріїв успіху на основі структурно-функціональної моделі процесу адаптації:

1. Професійна конкурентоспроможність – це здатність підтримувати відповідні вакансії та ефективно позиціонувати себе на ринку праці.

2. Стабільна внутрішня схильність до віри у власні внутрішньопсихічні ресурси та здібності відома як самоефективність або впевненість у собі.

3. Ефективна зайнятість – це здатність знаходити, поєднувати та адаптуватися до стабільного робочого середовища.

4. Гармонія та стабільність сімейної системи – підтримка позитивних, мирних та стабільних мікросоціальних відносин у сім'ї.

5. Валідність професійної підготовки – це ступінь, до якої професійні знання, освітні документи та практичні навички відповідають вимогам сучасної зайнятості.

6. Міжособистісна інтеграція – це ступінь соціальної підтримки з боку громади та суб'єктивне задоволення якістю міжособистісної взаємодії.

7. Відповідність між трудовою діяльністю суб'єкта, характером роботи та ступенем матеріальної винагороди відома як професійне та економічне задоволення [23].

Збалансований, гомеостатичний зв'язок між системою внутрішніх потреб індивіда та об'єктивними вимогами мікро- та макросоціального середовища

забезпечує конструктивну соціально-психологічну адаптацію. Емоційна узгодженість, гармонія та синергія між процесами самореалізації та самоконтролю є характеристиками людини з високим адаптивним потенціалом, що гарантують відповідність її моделей поведінки соціальним нормам.

В результаті, процес реадаптації демобілізованих військовослужбовців, здається, відіграє важливу роль у їхньому майбутньому життєвому шляху, визначаючи необхідність самоаналізу, а також інтелектуальних та вольових спроб організувати нові реалії цивільного життя. Загалом, успішна соціально-психологічна інтеграція ветеранів відіграє значну роль у збереженні макросоціальної стабільності та соціальної гармонії, виходячи за рамки простого вирішення практичних проблем, з якими стикаються солдати на індивідуальній основі. Ми можемо створити основу для успішних методологічних підходів та прикладних технологій психосоціальної підтримки ветеранів на етапі їхньої кар'єрної переорієнтації та соціальної ресоціалізації, проводячи систематичний аналіз факторів, що моделюють цю динаміку. Створюючи умови, необхідні для повноцінного та безперебійного життя ветеранів у мирному суспільстві, ця робота має на меті полегшити їхній процес адаптації [37]. Постійні поведінкові та психічні зусилля людини, спрямовані на подолання внутрішніх або зовнішніх навантажень, які вона сприймає як стресові або такі, що виходять за межі її звичайних можливостей, відомі як механізми подолання. Слово «подолання» історично використовувалося для опису дій, які показують, що людина готова справлятися з життєвими викликами та що вона опанувала методи управління кризами. Людина може успішно захистити свій внутрішній світ від руйнівного впливу стресорів, обравши превентивний курс дій. Ефективність цього рішення тісно корелює з самооцінкою, емпатією, фокусом на контролі та факторами навколишнього середовища. Стратегії подолання класифікуються як успішні або невдалі залежно від того, наскільки конструктивними є дії, і людина може поєднувати кілька варіантів захисної поведінки в одній ситуації [115].

Виділяють такі неадаптивні стратегії поведінки, які пов'язані з обмеженою здатністю до адаптації:

1. Поведінкове уникнення та пасивна покірність (також відома як «відмова діяти»): цей патерн є результатом вивченої безпорадності, що виникла за обставин, коли початковий стресор був значною мірою неминучим, а події відбувалися поза суб'єктивним контролем людини. Ризик самогубства для людини значно зростає при постійному використанні цієї тактики (тривале використання). Люди, які пережили травму за обставин, коли життєві функції повністю зупинилися (неминучість загрози), демонструють найважчі, дезадаптивні наслідки цього патерну. Нейрохімічне виснаження мозку, зокрема брак адреналіну та інших нейромедіаторів, необхідних для підтримки гедоністичного потенціалу (почуття радості та щастя), визначається постійною слабкістю та пасивністю (К. Кроуфорд).

2. Гетеро- та аутоагресивні реакції: вони характеризуються руйнуванням соціальних зв'язків та придушенням емоційного стресу через акти фізичного або словесного насильства. У цьому випадку нападник розглядає катарсис – тимчасове зниження психічного стресу – як суб'єктивну перевагу. Оцінюючи довгострокові наслідки бойової психічної травми, особливу увагу слід приділити трансформації поведінкового компонента життєвого шляху ветерана. За висновками С. Ватена та його колег, існують послідовні та статистично надійні кореляції між шкідливими моделями поведінки та хронічним погіршенням соматичного здоров'я особистості, що за силою ефекту та лінійною залежністю подібні до класичної епідеміологічної кореляції між курінням та раком легень [212]. У контексті нашого дослідження, дезадаптивні поведінкові патерни в учасників бойових дій з ПТСР (уникнення, ізоляція, деструктивний копінг, спалахи гніву) виступають не просто поведінковими симптомами, а хронічними руйнівними чинниками, які виснажують ресурсний складник стресостійкості та провокують маніфестацію важких коморбідних нервово-психічних розладів. Нездатність когнітивно переробити інтолерантність до невизначеності цивільного життя змушує ветерана використовувати шкідливі компенсаторні моделі, які системно погіршують якість його життєдіяльності в довгостроковій перспективі

Десенсибілізація, спричинена агресивними медіа, яка спотворює самооцінку людини та викликає імпульсивні негативні реакції, є одним із факторів, що сприяють зростанню насильства. Численні експериментальні дослідження, що використовують надійні лабораторні моделі та репрезентативні вибірки, надають переконливі докази того, що вплив насильницького медіаконтенту, особливо у відеоіграх, не має катарсичного (очисного) ефекту, а радше посилює та зміцнює агресивні тенденції людини (К. Кроуфорд) [98].

3. Механізми психологічного захисту: операціоналізація внутрішньопсихічних утворень, таких як інтелектуалізація, заперечення та фантазія, постулюється психодинамічною концепцією уникнення З. Фрейда. Ці механізми виконують захисну функцію захисту структури его від шкідливих емоційних станів, насамперед на несвідомому рівні.

4. Поведінкові деструкції та моделі залежності: хімічні залежності (надмірне вживання психоактивних речовин/наркотиків), аліментарні розлади (компульсивне переїдання) та фінансово деструктивна поведінка (витрати) є прикладами інших дезадаптивних механізмів подолання, що реалізуються через компульсивну та адиктивну поведінку.

5. Аутоагресивні когнітивні стратегії: самозвинувачення – це окремий вектор, який включає когнітивні спотворення у формі деструктивної, надмірно критичної інтроспекції та катастрофізації.

6. Депривація екрану та цифрова залежність: асиметричне використання цифрових пристроїв (комп'ютерів, телевізорів, мобільних телефонів) як сурогатного механізму подолання стресу зрештою посилює генералізацію вторинних стресорів, що призводить до соціального відчуження, розладу сімейної системи (розлучення) та соматопсихічної інволюції (погіршення здоров'я) [27].

Також визначають конструктивні механізми подолання стресу [154], а саме:

1. Оцінка подолання (когнітивне переосмислення). Ґрунтуючись на раціоналізації когнітивної моделі Альберта Елліса, суб'єкт не враховує

прихований вплив власних переконань та ставлень ("B") та неправильно інтерпретує лінійну залежність між подією-тригером ("A") та почуттям, що виникає як кінцевий результат ("C"). Катастрофічне мислення є результатом цього когнітивного спотворення. Важливою ілюстрацією цього є одержимість ЗМІ терористичними атаками та значними стихійними лихами, які ігнорують об'єктивно вищі статистичні ризики смерті від хронічних соматичних захворювань або дорожньо-транспортних пригод, водночас провокуючи ірраціональний фобічний страх, пов'язаний з малоймовірними загрозами. використання комедії як механізму подолання. Це відбувається через створення позитивних почуттів, позитивне переформулювання та інтерпретацію позитивних аспектів явищ. Було продемонстровано, що включення гумору в рамки управління стресом сприяє як посттравматичному, так і особистісному розвитку після кризових переживань. Проблемно-орієнтоване подолання включає цілеспрямовану поведінкову та розумову діяльність з метою безпосереднього вирішення стресового завдання та позбавлення від основної причини дистрессу, залучення ресурсів часу та людей. Управління часом та проактивне використання соціальної підтримки є ключовими стратегіями в цьому векторі. Використання професійних ресурсів (психотерапія, консультування або психіатрична підтримка) та мікросоціальних ресурсів (сім'я, близькі друзі) здається дуже успішним механізмом подолання. У межах вивчення психосоматичних наслідків бойової психічної травми та хронізації супутніх нервово-психічних розладів, особливого значення набуває аналіз інтерперсональних ресурсів суб'єкта. Сучасні епідеміологічні розвідки доводять, що інтеграція ветерана у соціум має не лише психотерапевтичний, а й виражений біологічний, протективний ефект [207].

Емоційне подолання з усвідомленням. включає здатність розпізнавати, описувати, розрізняти та контролювати емоційні стани за допомогою логічних оцінок. Групи підтримки, терапевтичне письмо, вправи на прощення, помірні фізичні вправи та сомато-вегетативна медитація – все це відповідні інструменти. Коли людина усвідомлює психофізіологічні показники стресу, вона може

швидко проаналізувати соматичні зміни в опорно-руховій системі, особливо м'язову напругу, та використовувати техніки дихання та релаксації, щоб зупинити цикл стресу на ранніх стадіях. Ідея емоційного інтелекту є одним із конкретних інструментів у цій галузі. (Клод Штайнер, 2008), який вимагає високого ступеня перцептивної дискримінації емоцій, надає чіткі алгоритми для картографування емоційного ландшафту кожної людини, а потім деконструктивного розуміння (обговорення) його в міжособистісному просторі [117].

2. За даними Дж. Джусіла, фізична активність у будь-якій формі служить надійним предиктором зниження стресу, що, своєю чергою, заохочує до занять спортом [133]. Дана закономірність описує механізм адаптивної «висхідної спіралі» в афективно-поведінковій сфері: регулярне виконання дозованих фізичних навантажень стимулює нейропластичність гіпокампу (що, за даними М. Мілада, є критичним для відновлення пам'яті згасання страху) та знижує рівень аллостатичного навантаження на серцево-судинну систему [133]. Зменшення симптомів гіперзбудження ПТСР та загального рівня тривоги, яке досягається завдяки фізичній активності, суб'єктивно сприймається ветераном як повернення контролю над власним тілом та емоційним станом. Це підвищує його особистісну самоефективність, створює позитивне емоційне тло (актуалізуючи ефекти розширення мислення за Б. Фредріксон) і формує стійку внутрішню мотивацію, яка заохочує до занять спортом та подальшого зміцнення адаптивної мобільності у конкурентному цивільному середовищі [133]. Таким чином, соматично-орієнтовані методики, що базуються на фізичній культурі, виступають дієвим предиктором відновлення стресостійкості та успішної реадаптації учасників бойових дій на їхньому життєвому шляху

3. Методи глибокої релаксації: незалежно від конкретного підходу, метою вправ на релаксацію є досягнення стану глибокої релаксації, який визначається когнітивною відстороненістю від повсякденних подразників та фізичним спокоєм. Часта 15-20-хвилинна щоденна релаксація сприяє стійкому стану внутрішнього спокою та врівноважує психічну та фізичну напругу. На

соматовегетативному рівні нормалізація артеріального тиску, оптимізація інших клінічних та фізіологічних параметрів та значне регулювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) пов'язані з досягненням глибокої релаксації.

4. Психосоматичні практики (йога): використання технік йоги було показано як один з найуспішніших терапевтичних підходів до управління стресом, оскільки певний набір дихальних та фізичних вправ безпосередньо покращує процеси нейропсихічної регуляції.

5. Когнітивне прийняття та емоційна емпатія: критичною передумовою для ефективного подолання дискомфорту є логічне розуміння меж власного суб'єктивного контролю. Катарсис, механізм психологічного вивільнення, який зменшує емоційне перевантаження, запускається екологічним вираженням та вербалізацією почуттів, страхів чи розчарувань у міжособистісному просторі (у присутності інших людей).

6. Ідея гнучкості подолання підкреслюється сучасним науковим парадигматичним напрямком. Гнучкість подолання визначається як рішуча здатність індивіда адаптувати та змінювати стратегії подолання відповідно до змінних обставин контексту ситуації [129].

Здатність керувати своїми емоціями є одним з найважливіших маркерів ефективної внутрішньої регуляції. Особи, які більш вправно контролюють свої емоції та часто почуваються добре, набагато частіше шукають та використовують корисні механізми подолання. Теорія розширення та конструювання Барбари Фредріксон, стверджує, що позитивні емоції, такі як радість, мають силу розширювати обсяг наших думок та уваги. Вони дозволяють людині бачити загальну картину подій, а не зосереджуватися на дрібних деталях, і бути відкритою до нових можливостей. Б. Фредріксон та М. Тугаде у своїх дослідженнях довели, що таке розширення уваги сприяє розвитку практичних особистісних ресурсів, головним чином адаптивних методів управління стресом. Завдяки цьому люди, які перебувають у позитивному емоційному стані, мислять ширше, ніж ті, хто вузько зосереджений, що дозволяє їм отримати доступ до різноманітних корисних стратегій зниження стресу [177]. І навпаки,

використання конструктивної тактики підвищує відчуття контролю людини над ситуацією, покращує її здатність регулювати свої реакції та прискорює її здатність адаптуватися до викликів. В результаті людина отримує ще більшу майстерність у контролі над своїми почуттями. За словами Б. Фредріксон [122], наука повинна враховувати обидва напрямки (двостороннє спілкування). Вона зазначає, що позитивні емоції розширюють можливості подолання стресу, тоді як успішне подолання, у свою чергу, приносить нові позитивні емоції, створюючи таким чином замкнене коло успіху.

Дослідники досі розходяться в думках щодо того, як визначити та оцінити стійкість до стресу. Його можна широко розуміти як здатність підтримувати належну продуктивність перед обличчям великих катастроф або як здатність позитивно адаптуватися до складних життєвих обставин [30]. Посттравматичне зростання – це термін, що використовується для опису позитивних психологічних змін, що відбуваються в людині після вирішення надзвичайно складних та кризових ситуацій. Початкові концепції щодо цього розвитку були деталізовані та розширені до п'яти основних напрямків: «відчуття особистої сили», «покращені стосунки з іншими», «глибша вдячність за життя», «відкритість до нових можливостей» та «духовні зміни» завдяки створенню відомого «Індексу посттравматичного зростання» [50].

Розбір укоріненого світогляду людини або «припущень про світ» лежить в основі посттравматичного зростання. Внутрішній розвиток, який є результатом повної реорганізації внутрішнього світу, може бути ініційований лише тривалим процесом емоційного контролю та самоаналізу. Однак вчені продовжують розходитися в думках щодо характеру зв'язку між цими психічними процесами. Наприклад, Р. Тедескі та Л.Калхун наголошують, що переживання трагедій є більш інтенсивним, коли присутній посттравматичний стресовий розлад. Це свідчить про значні якісні зрушення в психіці, які виходять далеко за межі типової здатності людини справлятися з травматичними ситуаціями. Однак інші дослідження показують сильну кореляцію між ступенем стійкості та інтенсивністю симптомів посттравматичного стресового розладу. Поведінка

подолання є важливим фактором у визначенні психологічного майбутнього людини після травми. Це сукупність корисних (адаптивних) або шкідливих (дезадаптивних) ідей та моделей поведінки, що використовуються для управління стресом [158].

Згідно з теорією соціальної ідентичності [156], приналежність до групи є визначальним аспектом нашого повсякденного існування. Однак медико-психологічний аспект цієї теорії демонструє, як психологічна стійкість та фізичне здоров'я людини залежать від її приналежності до групи. Простіше кажучи, оскільки значні життєві події нерівномірно розподілені в суспільстві, різні спільноти піддаються різним ризикам катастроф. Це пояснює, чому члени різних груп по-різному реагують на труднощі, з якими вони стикаються.

Феноменологія психологічної травми в учасників бойових дій виходить за межі суто клінічного симптомокомплексу ПТСР і розгортається у кількох взаємопов'язаних вимірах особистісного функціонування:

1. Когнітивно-диспозиційний вимір: перенесена психологічна травма виступає первинним тригером формування інтолерантності до невизначеності. Руйнуючи базове переконання у справедливості та передбачуваності світу, травма змушує психіку ветерана функціонувати в режимі тотальної гіпернастороженості. Прагнення жорсткого фронтового контролю трансформується у цивільному житті на хронічний страх перед невідомим, за якого будь-яка невизначеність інтерпретується як смертельна загроза [15].

2. Екзистенційно-біографічний вимір: травматичний досвід війни блокує природний плин індивідуального часу. Через симптоми вторгнення (інтрузії, флешбеки) психологічна травма перманентно актуалізує минуле у теперішньому часі, зумовлюючи "зацикленість" біографічного наративу. Внаслідок цього зазнають деструкції сенсожиттєві орієнтації комбатанта: колишні життєві цілі девальвуються, виникає екзистенційний вакуум, а проектування майбутнього стає неможливим через відчуття його скороченості [56].

3. Афективно-ресурсний вимір: травма виснажує ресурсний складник стресостійкості, знижуючи поріг чутливості до фрустрації. Замість когнітивної гнучкості та здатності до розширення мислення (що за умов норми забезпечується позитивним афектом), психологічна травма фіксує особистість у "когнітивному тунелі" стійких негативних емоцій (гніву, провини, відчуження), що призводить до соматизації стресу та маніфестації супутніх нервово-психічних розладів [42].

Таким чином, психологічна травма військового часу діє як системний деструктор, який фрагментує життєвий шлях особистості та підпорядковує поствоєнне буття ветерана логіці пережитого психотравмуючого досвіду. З огляду на це, психотерапевтичний супровід учасників бойових дій не може обмежуватися лише редукцією окремих симптомів, а має бути спрямований на інтеграцію психологічної травми як завершеного біографічного епізоду, що є передумовою відновлення психологічної пружності (резільєнтності) та запуску процесів посттравматичного зростання особистості

Як зазначено в World Mental Health Survey Initiative, однією з найпоширеніших проблем психічного здоров'я сьогодення є соціальний тривожний розлад, також відомий як соціальна фобія, який діагностується, коли тривога під час міжособистісного спілкування досягає точки крайнього дистресу. Його хронічна та гальмівна форма демонструє високу стабільність: від 4 до 12 відсотків людей переживають його в певний момент свого життя, і існує 60-відсоткова ймовірність того, що він рецидивуватиме [187]. Негативне ставлення інших найчастіше пов'язане з розвитком соціальної тривожності. Цей неприємний досвід трансформується в хронічну психотравму, що призводить до тривалих психічних розладів та соціальної ізоляції, шляхом використання хибних когнітивних схем для оцінки соціальних ситуацій (і себе в них) та постійного уникнення справжнього спілкування. З цієї причини, хоча ці інциденти формально не підпадають під критерій "А" (загроза смерті або каліцтва) класифікації DSM-5, люди із соціальною фобією часто згадують випадки публічного приниження, цькування або різкої критики як реальні

травматичні події [73]. Розлади настрою, емоційне оніміння, втеча від "небезпечних" контактів та постійна емоційна напруга пов'язані з сильно травмованими стосунками з суспільством. Згідно з критеріями DSM-5, пацієнти можуть відчувати нав'язливі асоціації та спогади, які точно імітують симптоми нав'язливих дій, типових для посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Особливої уваги при аналізі деструкції інтерперсональної сфери комбатантів набуває вивчення коморбідних станів. Як зазначає О. Аврамчук, досвід психологічної травми має опосередкований (медіативний) вплив на міжособистісні стосунки індивіда через очікування соціального відторгнення та генералізовану недовіру до соціуму [1].

У межах дослідження психологічного супроводу та реабілітації комбатантів особливого значення набуває розмежування дефініцій, що описують адаптаційний потенціал особистості в екстремальних умовах. У сучасній науковій дискусії поняття «життєстійкість» (hardiness) та «резільєнтність» (resilience) нерідко застосовуються як синонімічні. Проте для розробки ефективних програм психологічної підготовки та постреабілітації учасників бойових дій концептуально важливим є диференціація цих феноменів за критеріями їхнього походження, структури та функціонального навантаження.

Життєстійкість у контексті військово-професійної діяльності розглядається нами як екзистенційно-типологічна структура особистості, що виступає внутрішнім превентивним ресурсом (щитом) проти деструктивного впливу бойового стресу. Спираючись на концепцію С. Мадді [156], стосовно учасників бойових дій, Сидоренко І.В. визначає життєстійкість через специфічну систему настанов, що інтегрує три базові компоненти:

- Залученість (Commitment): когнітивно-емоційна установка, що забезпечує високий рівень мотивації військовослужбовця, усвідомлення смисложиттєвих орієнтирів («цінність військового братерства», «виконання обов’язку»), що заважає виникненню відчуття відчуженості під час перебування в зоні бойових дій.

- Контроль (Control): переконання індивіда в здатності впливати на перебіг подій та результати власної діяльності навіть в умовах крайньої невизначеності й загрози життю, що є засадничим фактором протидії феномену набутої безпорадності.
- Прийняття ризику (Challenge): когнітивна оцінка стресових та травмуючих подій військової обстановки не як непереборної загрози, а як екстремального виклику, що стимулює мобілізацію внутрішніх ресурсів та інтеграцію нового досвіду [83].

Таким чином, життєстійкість учасників бойових дій є стабільною *особистісною диспозицією*, яка визначає початкову стійкість індивіда на полі бою та нівелює первинну трансформацію стресу в дистрес.

На противагу статичності життєстійкості, резільєнтність, на думку О. Кокуна, визначається як динамічний, багаторівневий процес психологічної пружності та гнучкості, що забезпечує здатність психіки комбатанта відновлювати гомеостаз (рівновагу) після перенесеної гострої чи хронічної бойової психічної травми [83].

У контексті життєдіяльності учасника бойових дій резільєнтність інтегрує не лише інтрапсихічні характеристики, а й інтерперсональні та середовищні ресурси (підтримка референтної групи, мікросоціуму, ветеранських інституцій). Феноменологічно резільєнтність ветерана проявляється у двох вимірах:

1. Регенеративному: швидкість та повнота психофізіологічного відновлення після виходу із зони бойового зіткнення.
2. Трансформаційному: здатність до подолання кризових станів цивільної реадаптації, що веде до *посттравматичного зростання* особистості, а не до розвитку хронічних форм ПТСР.

У контексті комплексного вивчення адаптаційного потенціалу особистості в поствоєнному періоді виникає теоретико-методологічна необхідність розмежування категорії «стресостійкість» з іншими суміжними конструктами. Якщо життєстійкість (*hardiness*) відображає систему світоглядних переконань особистості, а резільєнтність (*resilience*) — динамічний процес

постреабілітаційного відновлення, то стресостійкість розглядається нами як комплексна індивідуально-психологічна та психофізіологічна здатність індивіда ефективно виконувати завдання в екстремальних умовах без деструктивних наслідків для психічного здоров'я chiz.nangu.edu.ua.

У межах військово-професійної діяльності стресостійкість воїна спирається на інтеграцію внутрішніх (когнітивних, вольових, емоційних) та зовнішніх (підтримка побратимів, якість командування) ресурсів chiz.nangu.edu.ua. На початкових етапах бойового залучення саме високий рівень стресостійкості мінімізує ризик розвитку бойових психічних травм mspsss.org.ua, en.wikipedia.org. Проте тривалий за часом вплив надінтенсивних психотравмуючих чинників призводить до розвитку загального адаптаційного синдрому, фаза резистентності якого виснажує нервово-психічні резерви особистості, трансформуючи початкову адаптацію у хронічне психофізіологічне виснаження.

Професійна самоідентичність (або професійна ідентичність), за визначенням Л. Шнайдер, – це складний психологічний феномен, який відображає усвідомлення людиною своєї належності до певної професійної спільноти, а також прийняття її цінностей, норм, традицій та специфіки діяльності. Простіше кажучи, це внутрішня відповідь фахівця на питання: «Хто я у професійному світі, яким я є фахівцем і яке моє місце серед колег?» [104].
Структурні компоненти професійної самоідентичності:

1. Когнітивний: знання про зміст професії, її вимоги, а також реалістичне уявлення про власні професійні якості, сильні та слабкі сторони («Я-реальне» та «Я-ідеальне» як професіонала).

2. Емоційно-оцінний: ставлення до своєї професії, рівень задоволеності нею, гордість за приналежність до фахової спільноти, самоповага та почуття професійної гідності.

3. Поведінковий (мотиваційний): готовність діяти відповідно до професійних стандартів, прагнення до самовдосконеннння, професійного розвитку та побудови кар'єри.

Професійна самоідентичність не є статичною. Вона проходить шлях від первинного вибору (профорієнтація під час навчання) та кризи входу в професію (перші роки роботи) до стабільної ідентичності (сформований образ себе як майстра) або професійного вигорання/кризи, що вимагає переформатування цього образу. Для учасників бойових дій поняття професійної самоідентичності має критичне значення через явище військової ідентичності. Під час війни у комбатантів формується надсильна військова професійна ідентичність («Я – воїн, захисник»). При поверненні до мирного життя виникає криза професійної самоідентичності, оскільки колишній образ «Я» втрачає актуальність, а новий цивільний образ («Я – інженер», «Я – агроном») ще не сформований або відкидається через симптоми ПТСР, ригідність та інтолерантність до невизначеності. Вибір ізольованих сфер («Людина-Техніка», «Людина-Природа») та прагнення автономії є спробою побудувати таку нову професійну самоідентичність, яка б мінімально травмувала вразливу психіку. Професійна самоідентичність ветеранів виступає не просто одним із елементів, а фундаментальним стрижнем та маркером успішності загальної соціально-психологічної адаптації до умов мирного життя.

У психології переходу від військової служби до цивільної кар'єри цей процес розглядається як глибока трансформація особистості, що супроводжується такими специфічними кризами та захисними механізмами:

1. Феномен «військової ідентичності» як початкова точка. Під час перебування у зоні бойових дій у комбатанта формується надзвичайно потужна, монолітна військова ідентичність. Вона базується на трьох психологічних опорах: надчіткі сенси: «Я – захисник, воїн, від мене залежить життя побратимів та існування країни»; прозора ієрархія та правила: зрозуміла система наказів, ролей, критеріїв успіху та однозначний поділ світу на «свій – чужий»; максимальна самоефективність: учасник бойових дій звик почуватися компетентним у екстремальних умовах, де його рішення мають миттєву вагу.

Коли військовий повертається додому, ця ідентичність стикається із хаотичним, амбівалентним та непередбачуваним цивільним ринком праці. Виникає гострий внутрішній конфлікт самовизначення.

2. Професійна ідентичність як міст адаптації до мирного життя – це процес адаптації через професійну сферу, що проходить через подолання кількох критичних психологічних етапів та бар'єрів.

А. Деконструкція старої та дефіцит нової ідентичності. Ветеран більше не може функціонувати виключно в ролі воїна, але ще не відчуває себе умовним «менеджером», «водієм» чи «айтівцем». Якщо цивільна робота здається дрібною, позбавленою вищого сенсу або занадто рутинною порівняно з екстремальним досвідом, виникає статус дифузії (за Л. Шнейдер, [95]) або глибока екзистенційна криза.

Б. Трансформація військових навичок (Military Skills Translating). Головний психологічний виклик — перекласти свій військовий досвід на мову цивільних компетенцій. Лідерство, здатність приймати рішення в умовах дефіциту часу, стресостійкість та вміння працювати в команді мають бути інтегровані у структуру нового професійного «Я». Успішність цієї інтеграції маркує перехід системи від крихкості до антикрихкості.

В. Професійне середовище як заміна «Військового братерства». Для ветерана критично важливо знайти у цивільній професії спільноту, яка транслює повагу, безпеку та взаємовиручку. Якщо цивільний колектив демонструє нерозуміння або стигматизацію, ветеран замикається у собі. Залежно від наявності психотравматичних симптомів, процес формування професійної ідентичності розгалужується на два кардинально різні сценарії [102].

На основі теоретичного аналізу нами було розроблено диференційну матрицю професійного самовизначення учасників бойових дій (див. табл. 1.1). Запропонована модель інтегрує підходи до вивчення ідентичності Дж. Марсіа [142], інтолерантності до невизначеності Р. Карлетона [123], сфери професійних інтересів, що спирається на класифікацію типів професій [35], кар'єрних інтенцій Е. Шейна [185] та суб'єктивного контролю особистості Дж. Роттера

[153]. Як зазначають Н. Афанасьєва, наявність хронічного симптомокомплексу ПТСР блокує вихід у соціономічне середовище, змушуючи обирати ізольовані автономні траєкторії діяльності ("Людина-Техніка") для зниження тривоги [15].

Таблиця. 1.1

Диференційна матриця професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя

Параметри порівняння	**Неадаптивний сценарій (з вираженим ПТСР)**	**Адаптивний сценарій (посттравматичне зростання / антикрихкість)**
Провідний статус ідентичності	Дифузія або мораторій (затяжна криза, деструкція цілей).	Досягнута позитивна ідентичність (усвідомлений цивільний образ «Я»).
Стратегія взаємодії з невизначеністю	Захисна ізоляція. Уникнення соціономічного середовища через інтолерантність до невизначеності й тривогу.	Когнітивна гнучкість. Сприйняття змін як виклику для розвитку, здатність до безперервного навчання.
Сфери професійних інтересів	«Людина-Техніка», «Людина-Природа». Робота в ізольованому просторі з алгоритмізованими об'єктами діяльності.	«Людина-Людина», «Знакова система», «Художній образ». Готовність до активної соціальної взаємодії.
Кар'єрні орієнтації (Якоря Шейна)	Стабільність та Автономія. Потреба мінімізувати стрес, тригери та зовнішній контроль.	Менеджмент, Підприємництво, Виклик. Прагнення керувати процесами, створювати власну справу.
Локус контролю	Екстернальний. Відчуття втрати контролю над власним життям (Локус «Життя» знижений).	Інтернальний (Локус «Я»). Переконаність у здатності самостійно керувати кар'єрою та долею.

Таким чином, професійна самоідентичність виступає базовим медіатором та інтеграційним майданчиком соціально-психологічної адаптації ветеранів. Якщо відновлення професійного «Я» відбувається в умовах хронічного ПТСР,

когнітивної ригідності та інтолерантності до невизначеності, психіка ветерана реалізує захисно-компенсаторні стратегії "крихкого" типу, звужуючи вибір до автономних предметних сфер («Техніка», «Природа») задля збереження емоційного комфорту. На противагу цьому, подолання наслідків травматизації (відновлення здатності отримувати задоволення від життя за Дж. Герман) трансформує професійну ідентичність за принципом "антикрихкості", що виражається у посттравматичному зростанні, високій самоефективності та успішній інтеграції у динамічні соціономічні сфери, менеджмент та підприємництво.

Теорія антикрихкості (Antifragility), сформульована американським філософом, математиком і трейдером ліванського походження Нассімом Ніколасом Талебом у 2012 році, є революційною концепцією для розуміння того, як складні системи (від економіки та біологічних організмів до людської психіки) взаємодіють зі стресом, хаосом та невизначеністю. У контексті дослідження ветеранів ця теорія дозволяє повністю переосмислити процес адаптації, змістивши фокус із клінічного «лікування симптомів» (дефіцитарний підхід) на концепцію посттравматичного зростання та психологічного самовідновлення.

Н. Талеб стверджує, що всесвіт не ділиться на «крихке» та «міцне». Існує третя, раніше не названа категорія. Він розділив усі явища, об'єкти та психічні стани на тріаду: крихке, міцне та антікрихке

Щоб система була антикрихкою, вона має функціонувати за певними правилами, які Н.Талеб вивів математично та філософськими методами:

1. Гормезис (Hormesis): це біологічний ефект, за якого мала доза отрути чи стресу робить організм сильнішим (наприклад, вакцинація або підняття ваги в спортзалі). Для психіки комбатанта помірне або успішно подолане випробування є «щепленням», що розширює когнітивний та адаптаційний ресурс.

2. Опуклість проти увігнутості (Convexity vs Concavity): антикрихкі системи мають *опуклу* характеристику – коли за правильних умов потенційний виграш від невизначеності значно перевищує можливі втрати. Увігнуті системи (крихкі) під час кризи втрачають усе, а виграють мізер.

3. Перекомпенсація (Overcompensation): антикрихка система після удару не просто заліковує рану, вона будує додатковий захист із запасом (як кістка, що в місці перелому стає товщою та міцнішою).

У психології травми теорія Н. Талеба створює чітку координаційну сітку для аналізу стану учасників бойових дій (див. рис. 1.2)

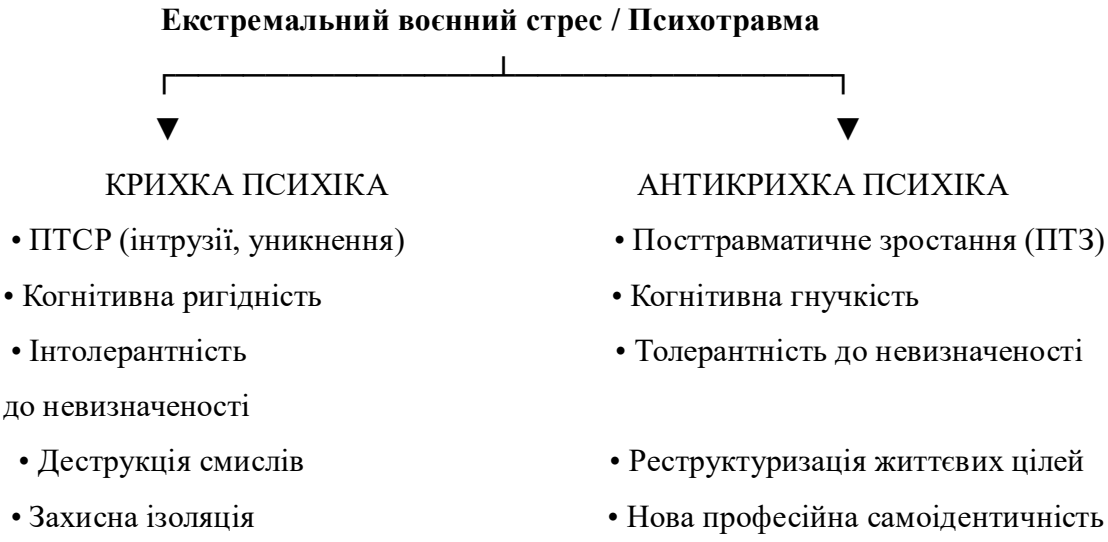


Рис. 1.2 Схема аналізу стану учасників бойових дій на основі теорії Н. Талеба [85]

Таким чином, можна зробити висновок, що:

1. Крихкість психіки (вектор ПТСР). Якщо психіка ветерана функціонує як крихка система, екстремальний воєнний стрес ламає її структуру: розвивається ПТСР (інтрузії, уникнення), зростає тривожність та когнітивні викривлення. Оскільки крихке «боїться» будь-якої невизначеності мирного життя (інтолерантність), вмикається захисний механізм. Ветеран прагне штучної, ізольованої «стабільності» й «автономії», звужуючи свій професійний вибір до об'єктних сфер, де немає непередбачуваного людського чинника.

2. Міцність психіки (вектор резілієнсу / стійкості). Ветеран повертається з війни, успішно долає стрес і стає точно таким самим, яким був до мобілізації. Його цінності, когнітивні функції та професійні інтереси не змінилися. Він повернувся у початкову точку («відновився»).

3. Антикрихкість психіки (вектор посттравматичного зростання). Це феномен, за якого пережитий жах війни, загроза смерті та втрати інтегруються особистістю і трансформуються у надпотужний психологічний ресурс. Травма стає точкою переходу до нової, вищої якості життя. Людина відкриває в собі нові сили (зростає локус контролю «Я», самоефективність). Відбувається переоцінка цінностей (глибокі смисложиттєві орієнтири) та відновлюється здатність отримувати задоволення від життя (за Джудіт Герман). Формується гнучка, адаптивна професійна самоідентичність. Ветерани відчувають готовність до виправданого ризику, безперервного навчання новому, свідомо обирають складні соціономічні сфери діяльності успішно реалізують себе в менеджменті та підприємництві, оскільки хаос ринку їх більше не лякає. Вони навчилися керувати хаосом на фронті.

Застосування теорії антикрихкості Н. Талеба до аналізу реінтеграції учасників бойових дій дозволяє диференціювати дві протилежні стратегії їхнього професійного самовизначення. Перша стратегія маркує "крихкість" психічної системи: наявність ПТСР, когнітивної ригідності та інтолерантності до невизначеності змушує ветерана реалізувати захисно-уникаючу поведінку, звужуючи професійний вибір до ізольованих об'єктних сфер ("Техніка", "Природа") задля збереження емоційного комфорту. Друга стратегія відображає формування "антикрихкості" особистості у формі посттравматичного зростання. За цієї умови перенесений екстремальний досвід інтегрується у нову професійну самоідентичність, актуалізує локус контролю "Я" та самоефективність, що дозволяє ветерану успішно адаптуватися до мінливих умов цивільного життя через вибір динамічних сфер діяльності – менеджменту, підприємництва та соціономічних професій.

Висновки до першого розділу

У першому розділі здійснено цілісний теоретико-методологічний аналіз професійного самовизначення особистості як психосоціального феномену, а

також визначено особливості його деформації в учасників бойових дій під впливом посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Проведене теоретичне узагальнення дозволило сформулювати такі наукові висновки:

1. Концептуалізовано професійне самовизначення особистості як складний, багаторівневий психосоціальний феномен, що віддзеркалює безперервний процес формування суб'єктом праці власного ставлення до професійного середовища та спосіб його самореалізації впродовж усього життєвого шляху. Встановлено, що психологічна сутність цього явища полягає в узгодженні інтрапсихічних чинників (сенсожиттєвих орієнтацій, локусу контролю, самоефективності) з інтерперсональним контекстом соціуму. В умовах поствоєнної реадаптації професійне самовизначення виходить за межі суто працевлаштування, набуваючи статусу провідного психосоціального механізму відновлення особистісної цілісності комбатанта.

2. Визначено теоретико-методологічні основи дослідження ПТСР у працях сучасних науковців, де зазначений розлад інтерпретується не як ізольований набір симптомів, а як системний деструктор когнітивно-афективної та смислової сфери особистості. На основі когнітивно-наративного, нейробіологічного та екзистенційного підходів доведено, що ПТСР блокує природний плин індивідуального часу, зациклює психіку на травматичному досвіді війни та руйнує базові когнітивні ілюзії справедливості світу й власної непогрішності, занурюючи ветерана у стан хронічного екзистенційного вакууму.

3. Обґрунтовано психологічні особливості комбатантів у посткубатантному періоді, де характер поствоєнної реінтеграції безпосередньо моделюється станом їхнього ментального здоров'я. Виявлено, що наявність ПТСР виступає головним патогенним модератором, який трансформує первинну бойову стресостійкість у виражену інтолерантність до невизначеності й хронічну емоційну дисрегуляцію. Доведено, що коморбідний перебіг ПТСР та соціального тривожного розладу посилює стратегії захисного уникнення, веде до соматизації дистресу (кардіоваскулярних ризиків) та катастрофічного зниження якості життя з високою ймовірністю суїцидальних намірів.

4. Експліковано диференційні сценарії поствоєнного професійного самовизначення УБД. Доведено, що особи без ознак ПТСР орієнтовані на адаптивний сценарій (посттравматичне зростання, високу самоефективність, адаптивну мобільність та соціальне домінування в конкурентному середовищі). Натомість наявність ПТСР детермінує неадаптивний сценарій професійного самовизначення, який через високу інтолерантність до невизначеності виявляється у прагненні ветеранів до жорсткої професійної стабільності, автономії та вибору ізольованих сфер діяльності («Людина-Техніка»), що виконує компенсаторну функцію захисту виснаженого емоційного стану від непередбачуваних викликів цивільного соціуму.

Сформульовані за результатами теоретичного аналізу положення, а також розроблена диференційна матриця поствоєнного професійного самовизначення учасників бойових дій потребують глибокої та різнобічної емпіричної верифікації. Складний, системний характер взаємозв’язків між клінічними проявами бойової психічної травми, когнітивно-диспозиційними характеристиками, когнітивно-лінгвістичними маркерами наративів, смисложиттєвими орієнтирами та кар'єрними прагненнями ветеранів зумовлює необхідність переходу від теоретичного моделювання до практичного етапу дослідження.

З огляду на це, наступний розділ дисертаційного дослідження присвячено обґрунтуванню загальної методологічної стратегії, визначенню етапів та критеріїв формування репрезентативної вибірки комбатантів, а також ретельному підбору психодіагностичного інструментарію. Формування цілісної, взаємодоповнюючої батареї валідизованих методик (клінічних, когнітивних, екзистенційних та професійно-мотиваційних) є базовою передумовою для збору надійних емпіричних даних та їхнього подальшого математично-статистичного аналізу з метою верифікації висунутих у роботі гіпотез.

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ П НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ПІДБІР ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ

2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження

Здатність мозку змінювати свої дії та процеси мислення у відповідь на нові або ситуації, що розвиваються, відома як когнітивна гнучкість. Цей процес серйозно порушується при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) і перетворюється на когнітивну ригідність, або прихильність до певних ідей чи ситуацій. Як зазначав О. Кокун, ступінь «симптомів нав'язливого мислення» (обсесивних спогадів), які проявлялися як зниження показників зорово-моторної координації, зокрема в розподілі уваги та її довільному контролі, когнітивній гнучкості, навичках візуального планування тощо, пов'язаний зі О. Смашною, динамічними параметрами уваги та ригідністю когнітивного контролю, а також зі зниженням виконавчої та короткочасної пам'яті [67]. Іншими словами, ветерани, які постраждали від ПТСР, мають труднощі з переходом між завданнями, що проявляється як одержимість і може призвести до тривоги та ворожості, коли завдання змінюються. Швидка зміна поведінки стає можливою завдяки когнітивній гнучкості, але у комбатантів з ПТСР моделі поведінки, пов'язані з бойовими діями, зберігаються навіть тоді, коли вони не пов'язані з робочим місцем. ПТСР призводить до бінарного, «чорно-білого» мислення, яке перешкоджає співпраці та компромісу. Песимістичні кар'єрні очікування та нижчий рівень професійного розвитку пов'язані зі зниженою гнучкістю. Зниження когнітивної гнучкості часто призводить до «когнітивного злиття», яке відбувається, коли ветеран не в змозі думати про альтернативні кар'єрні шляхи, оскільки він твердо вірить у свої негативні сприйняття («Я ні на що не годен», «працювати в приватному секторі не має сенсу»). Згідно з дослідженнями, військовослужбовці з ПТСР демонструють найменший рівень психологічної гнучкості порівняно з контрольною групою [134]. Крім того, до 80% когнітивних

ресурсів використовується для постійної гіперпильності або пошуку загроз. Для виконання професійних завдань залишається мінімальна кількість енергії. Роботодавці часто розглядають це як «лінь» або «некомпетентність», що підриває почуття професійної гідності ветерана.

Зниження контролю над префронтальною корою та порушення регуляції мигдалини (центру страху) безпосередньо відповідають за психологічну та емоційну нестабільність, що спостерігається при ПТСР. В результаті у ветерана розвивається своєрідний «емоційний фільтр», через який він дивиться на робоче місце. Спалахи гніву та дратівливості часто розвиваються як захисна реакція на відчуття вразливості. Як наслідок, будь-який коментар керівника або помилка колеги можуть бути інтерпретовані як особиста образа або погроза, що може призвести до конфронтації та репутації «складної людини».

Людина з ПТСР не може зосередитися на своїх професійних обов'язках через постійну «готовність» до потенційної небезпеки, що не лише призводить до низької ефективності роботи, але й швидко спричиняє професійне вигорання. Відсутність мотивації спричинена пригніченим настроєм та нездатністю насолоджуватися досягненням цілей. Амбітні цілі здаються безглуздими порівняно з екзистенційним досвідом бойових дій. Учасник бойових дій з ПТСР мінімізує соціальну взаємодію, щоб запобігти черговому спалаху гніву або спалаху гніву [138]. В результаті вони не можуть будувати стосунки, проходити професійну підготовку або використовувати кар'єрні можливості. Ветерани часто обирають «соціальну девальвацію», тобто влаштовуються на роботу, яка значно нижча за їхні інтелектуальні здібності, лише тому, що вона вимагає мало відповідальності чи соціальної взаємодії. Для тих, хто страждає на ПТСР, підтримувати роботу може бути надзвичайно важко. Часті прогули, проблеми з дотриманням термінів та напружені стосунки з колегами та керівництвом можуть бути наслідком непередбачуваного характеру симптомів. Деякі робочі місця іноді можуть погіршувати симптоми, роблячи практично неможливим належне функціонування.

Дані про безробіття, спричинене ПТСР, не є обнадійливими. Люди, які страждають на ПТСР, частіше, ніж населення загалом, страждають бути безробітним або частково зайнятим, згідно з дослідженнями. Симптоми ПТСР пов'язані з на 150% вищим ризиком втрати роботи, згідно з дослідженням, опублікованим у журналі «Журнал травматичного стресу». Крім того, навіть на робочому місці люди з ПТСР часто мають нижчу заробітну плату та більшу нестабільність роботи, ніж ті, хто не має цього розладу [98]. Безробіття, пов'язане з ПТСР, має більший вплив на деякі галузі, ніж на інші. Правоохоронні органи, служби екстреної допомоги та охорона здоров'я є прикладами професій з високим рівнем стресу, які особливо піддаються ризику. Працівники цих секторів частіше переживають травматичні події, що підвищує ризик розвитку ПТСР. Крім того, робота, що вимагає великої зосередженості, соціальної взаємодії або впливу можливих тригерів, може бути надзвичайно складною для людей з ПТСР. Існує багато різних та складних перешкод для працевлаштування людей з ПТСР. Стигма та дискримінація, пов'язані з проблемами психічного здоров'я на робочому місці, є однією з найбільших перешкод. Навіть за більшої обізнаності багато колег та роботодавців все ще дотримуються хибних переконань щодо ПТСР, що призводить до несправедливого ставлення до людей з цим розладом та обмежених можливостей. Від прихованого виключення до відкритої дискримінації при прийнятті рішень про найм та просування по службі, ця стигма може приймати багато різних форм. Люди з ПТСР можуть особливо ускладнювати пошук роботи та співбесіди. Ефективно представити себе потенційним роботодавцям може бути складно, коли стрес від самого процесу пошуку роботи посилює симптоми. Крім того, прогалини в трудовій історії кандидата, пов'язані з ПТСР, можуть викликати питання під час співбесіди, що ускладнює їм рішення про те, чи розкривати свій стан. Для людей з ПТСР адаптація до робочого місця створює додаткові труднощі. Ефективно працювати може бути складно, коли симптоми викликаються відкритими офісами, переповненими місцями або обставинами, що вимагають високого рівня концентрації. Крім того, багатьом людям з ПТСР потрібна рутина та стабільність,

щоб керувати своїми симптомами, що може суперечити непередбачуваному характеру деяких робочих середовищ. Окрім того, що це хороша ділова практика, допомога працівникам, які страждають від ПТСР, також є морально необхідною. Щоб допомогти людям з ПТСР досягти успіху в роботі, адаптація робочого місця може бути надзвичайно важливою. Гнучкий графік роботи, зміни в робочих завданнях або коригування фізичного робочого простору – це лише кілька прикладів таких адаптацій. Тихе робоче місце, часті перерви або використання навушників із шумопоглинанням – це лише кілька прикладів розумних адаптацій для ПТСР. ПТСР сильно впливає як на людей, так і на суспільство. Згідно з новими Згідно з дослідженнями, ПТСР є одним із станів, які найбільш тісно пов'язані із суїцидальними думками та діями [116]. Численні перехресні та поздовжні дослідження надають докази на користь цього висновку. Люди, які страждають на ПТСР, також мають труднощі у стосунках та вихованні дітей.

Обґрунтування концептуальної гіпотези: *припущення про те, що посттравматичний стресовий розлад виступає деструктивним чинником професійного самовизначення учасників бойових дій,* спирається на розуміння ПТСР як системного дезорганізатора когнітивно-афективної та смислової архітектоніки особистості суб'єкта праці. Патогенний вплив розладу виявляється у тотальному зламі базової когнітивної матриці переконань індивіда, фіксації його психіки у пастці "зацикленого часового континууму" та маніфестації гострого екзистенційного вакууму, що девальвує початкові сенсожиттєві орієнтації та блокує процеси побудови стратегічних життєвих цілей. Під впливом вираженої інтолерантності до невизначеності цивільного середовища та виснаження ресурсів стресостійкості, у травмованого ветерана формується стійкий когнітивно-перцептивний дефіцит і домінування негативних емоцій, що унеможливлює прояв адаптивної мобільності та самоефективності у конкурентному середовищі. Наслідком зазначеної деформації стає підпорядкування професійного самовизначення УБД логіці захисного уникнення: прагнення мінімізувати дистрес детермінує жорстку орієнтацію на кар'єрні якорі стабільності й автономії та вибір штучно обмежених, ізольованих

сфер діяльності ("Людина-Техніка"). Таким чином, ПТСР виступає провідним патогенним предиктором, який трансформує проактивний, лідерський потенціал учасника бойових дій у регресивний, неадаптивний сценарій професійної дезадаптації та соціальної ізоляції. З метою глибокої експериментальної верифікації зазначеного теоретичного конструкту та здійснення точного математично-статистичного аналізу виокремлених взаємозв’язків, виникла методологічна необхідність декомпозиції генеральної презумпції. Операціоналізація концептуального рівня дозволила сформулювати низку приватних емпіричних гіпотез, кожна з яких спрямована на перевірку конкретного виміру професійної та особистісної дезадаптації комбатантів і підлягає емпіричній перевірці за допомогою залученої психодіагностичної батареї методик

7. ***Емпірична гіпотеза 1:*** *Припускається, що наявність клінічно вираженої симптоматики ПТСР в учасників бойових дій виступає первинним предиктором когнітивної дезадаптації, що виражається у тотальному зниженні показників пам'яті (короткочасної та довгострокової) й уваги (вибірковості та стійкості), а також у формуванні вираженої когнітивної ригідності, яка блокує гнучкість поведінки в умовах мирного життя*. Висунуте припущення базується на сучасних положеннях клінічної та когнітивної психології щодо системного впливу бойової психічної травми на когнітивну архітектоніку особистості. Як зазначають М. Уддо та Дж. Вастерлінг **[**197**]**, висока інтенсивність психотравмуючих переживань та маніфестація ПТСР провокують когнітивну дисфункцію, яка виявляється у фрагментації довгострокової пам'яті та виснаженні аттенційних ресурсів у структурі загального адаптаційного синдрому. Хронічний стан гіперактивації (hyperarousal), притаманний ПТСР, та постійна готовність до відбиття загрози (гіперпильність) змушують психіку учасника бойових дій безперервно витрачати значний обсяг адаптаційної енергії на сканування навколишнього середовища. Внаслідок цього виникає виражений дефіцит вільних когнітивних ресурсів. Мозок фізично не здатний забезпечувати оптимальні показники вибірковості та

стійкості уваги на мирних, цивільних завданнях, оскільки увага мимовільно фіксується лише на потенційних тригерах небезпеки. Постійне переживання інтрузій (нав'язливих спогадів) та високий рівень тривоги призводять до хронічного викиду гормонів стресу (кортизолу та адреналіну), що деструктивно впливає на структури головного мозку (зокрема, гіпокамп та префронтальну кору), відповідальні за консолідацію пам'яті. Це пояснює тотальне зниження як короткочасної вербальної пам'яті (складнощі з утриманням та оперативною обробкою поточної інформації), так і довгострокової вербальної пам'яті (проблеми із довготривалим збереженням та довільним відтворенням цивільних знань і професійних алгоритмів). В умовах мирного життя, яке характеризується високим рівнем соціальної невизначеності, психіка учасника бойових дій із ПТСР намагається захистити себе від когнітивного перевантаження та ретравматизації. Це призводить до активації когнітивної ригідності – жорсткої фіксації на раніше засвоєних (переважно екстремальних, військових) паттернах мислення та поведінки. Ригідність стає ментальним «панцирем», який блокує гнучкість поведінки, перешкоджає швидкому переключенню між різними соціальними ролями та заважає учаснику бойових дій адаптуватися до мінливих вимог мирного професійного середовища.

*Припущення про наявність негативного (зворотного) кореляційного зв'язку між інтенсивністю симптомів ПТСР (інтрузій, уникнення, когнітивних викривлень) та показниками сенсожиттєвих орієнтацій учасників бойових, зокрема, посилення психологічної травматизації послаблює локус контролю «Я», дій базується, тобто**, емпірична гіпотеза 3*** на концепції травматичного розриву біографічного континууму особистості. Посилення психологічної травматизації виступає провідним патогенним чинником, що руйнує Я-концепцію учасника бойових дій, викликаючи дефіцит самоефективності та кризу автономії, що математично виражається у послабленні інтернального локусу контролю "Я" [15]. Водночас хронічні когнітивні викривлення, які формуються як наслідок високої інтолерантності до невизначеності цивільного середовища, заганяють мислення ветерана у "когнітивний тунель" загрози та

фаталізму. Це блокує процеси поствоєнного цілепокладання через виникнення відчуття скороченого майбутнього, нівелює задоволеність результатами поточної самореалізації на тлі екзистенційного вакууму та редукує загальний локус контролю "Життя" до рівня екстернальної безпорадності **[114, 123]**. Таким чином, виявлення зазначених зворотних кореляцій дозволить емпірично підтвердити, що симптомокомплекс ПТСР діє як системний деструктор смислової сфери індивіда, перешкоджаючи успішному конструюванню адаптивного сценарію його професійного самовизначення».

Висунення ***емпіричної гіпотези 4***, *яка полягає в припущенні, що в учасників бойових дій з ПТСР буде частіше проявлятися екзистенційна криза, на відміну від учасників бойових дій без ПТСР* базується на розумінні ПТСР як системного деструктора когнітивно-смислової сфери особистості. Розвиток ПТСР маркує неспроможність психіки до лінійної асиміляції бойового досвіду, що призводить до повного колапсу базових когнітивних настанов (ілюзій безсмертя, справедливості світу та власної непогрішності) **[**Janoff-Bulman, 1992**]**. Через перманентну актуалізацію травматичних наративів у структурі інтрузивних симптомів, індивідуальний час ветерана блокується, позбавляючи його можливості проектувати майбутнє та формулювати довгострокові життєві цілі **[**Блінов, 2022; Сеник, 2015**]**. Натомість учасники бойових дій без ознак ПТСР демонструють збережену когнітивну гнучкість та вищу толерантність до невизначеності соціуму, що дозволяє їм інтегрувати воєнний досвід як завершений біографічний епізод без руйнації сенсожиттєвих орієнтацій. Таким чином, ПТСР виступає головним патогенним модератором, який трансформує первинний бойовий стрес у хронічний екзистенційний вакуум та дезадаптацію особистості.

Обґрунтування ***емпіричної гіпотези 5***. *Рівень соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій з ПТСР (прийняття себе й інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування) обумовлює вибір професійних сфер «Людина-Техніка» і «Людина-Природа», на відміну від учасників бойових дій без*

ПТСР, які обирають такі сфери, як «Людина-Людина», «Людина- Знакова система» та « Людина- Художній образ».

Наявність симптомокомплексу ПТСР обумовлює критичне зниження емоційного комфорту, деструкцію інтернальності та виникнення кризи прийняття себе й інших на тлі хронічної інтолерантності до невизначеності [67,93,156]. За таких умов вибір техноекономічних та натуроекономічних сфер діяльності виконує компенсаторну функцію захисного уникнення: робота в ізольованому просторі з алгоритмізованими об'єктами мінімізує міжособистісні контакти та знижує ризик афективної декомпенсації індивіда [1, 34,78]. Натомість у групі учасників бойових дій без ознак ПТСР збережений рівень самоефективності, високий емоційний комфорт та прагнення до соціального домінування виступають індикаторами посттравматичного зростання особистості. Це дозволяє ветеранам виявляти високу адаптивну мобільність у конкурентному середовищі соціоекономічних професій, успішно реалізуючи лідерський потенціал у процесах довгострокового цілепокладання та кар'єрного менеджменту **[**12, 177].

Емпірична гіпотеза 6: *зростання психологічної ригідності в учасників бойових дій детермінує деструктивний вплив на їхню адаптацію та професійне самовизначення, зокрема, посилює симптоматику ПТСР, тривожність та когнітивні викривлення; руйнує смисложиттєві орієнтири, знижує локус контролю «Я» та самоприйняття; зумовлює захисний вибір ізольованих сфер («Людина-Природа», Людина –Техніка»)* базується на розумінні ригідності як наскрізного когнітивно-диспозиційного блокіратора процесів поствоєнної реінтеграції особистості. У структурі ПТСР психологічна ригідність виступає патогенним чинником, що консервує фронтові патерни тотального контролю, ампліфікує хронічну тривожність та когнітивні викривлення в умовах інтолерантності до невизначеності цивільного середовища [43,125,167]. Наслідком цієї когнітивної ригідності є блокада реконструювання біографічного наративу, що фрагментує індивідуальний час ветерана, девальвує його сенсожиттєві орієнтації, нівелює самоприйняття та руйнує віру у власну самоефективність (локус контролю "Я") [108]. Мотиваційно-професійне

вираження зазначеної деструкції підпорядковується логіці захисного уникнення: прагнення мінімізувати емоційне навантаження зумовлює вибір штучно обмежених, ізольованих сфер діяльності ("Людина-Техніка", "Людина-Природа"), де чітка алгоритмізація праці компенсує дефіцит психологічної гнучкості суб'єкта [18]. Таким чином, верифікація цієї гіпотези дозволить довести, що психологічна ригідність є інтегральним деструктивним предиктором, який трансформує проактивний потенціал комбатанта у регресивний, неадаптивний сценарій професійної та соціальної ізоляції

Обґрунтування ***емпіричної гіпотези 7*: *припускається, що чим вище рівень інтолерантності до невизначеності в учасників бойових дій, тим вищі показники симптомів ПТСР, тривожності і психологічної ригідності, також тим нижчі показники сенсо-життєвих орієнтацій та самоприйняття. Що й обумовлює вибір «безпечних», ізольованих сфер професійної діяльності («Людина-Природа», «Людина-Техніка») замість комунікативної сфери «Людина-Людина».** Наявність високої інтолерантності до невизначеності за умов поствоєнної реадаптації перетворює варіативне цивільне середовище на зону ментальної загрози, що ампліфікує симптоми гіперзбудження ПТСР, генералізовану тривогу та фіксує мислення у "когнітивному тунелі" психологічної ригідності [57,69,135,172]. Ця когнітивна блокада унеможливлює реконструювання біографічного наративу, викликаючи фрагментацію психологічного часу, девальвацію сенсожиттєвих орієнтацій та гостру кризу самоприйняття на тлі екзистенційного вакууму [105, 142]. На поведінковому рівні професійного самовизначення зазначений дефіцит компенсується за допомогою стратегій захисного уникнення: непередбачуваність соціономічної сфери ("Людина-Людина") змушує ветерана орієнтуватися на кар'єрні якорі стабільності й автономії та обирати жорстко алгоритмізовані, автономні сфери діяльності, де взаємодія з технічними чи природними об'єктами забезпечує суб'єктивне відновлення ментального контролю та нівелює ризик афективних зривів у цивільному соціумі.

Висунуті концептуальна та емпіричні гіпотези унаочнюють, що деструктивний вплив посттравматичного стресового розладу не обмежується ізольованими психічними реєстрами, а має тотальний, інтерсистемний характер.

Прагнення об’єднати висунуті припущення у цілісну теоретичну систему зумовило необхідність розробки структурно-функціональної моделі деформації професійного самовизначення учасників бойових дій під впливом ПТСР (див. Рис. 2.1). Запропонована модель виступає графічним та концептуальним відображенням сформульованих емпіричних гіпотез, унаочнюючи каскадні механізми, за допомогою яких когнітивний, емоційно-вольовий, соціальний та екзистенційний блоки особистісного дефіциту конвертуються у дезадаптивні поведінкові й кар'єрні траєкторії ветеранів у цивільному соціумі.

Це обґрунтовує концептуальну гіпотезу нашого дослідження та доводить, що переведення ветерана з неадаптивного сценарію ізоляції до адаптивного сценарію посттравматичного зростання вимагає системних, синхронних інтервенцій у кожен із зазначених чотирьох психологічних блоків.



Рис.2.1 *Теоретична модель деформації професійного шляху учасників бойових дій під впливом ПТСР*

Представлена структурно-функціональна модель (див. Рис. 2.1) відображає інтегральний механізм системного деструктивного впливу посттравматичного стресового розладу на процес поствоєнного професійного самовизначення учасників бойових дій. Модель унаочнює, що патогенна дія ПТСР не є лінійним актом, а розгортається як каскадний процес, що охоплює чотири взаємопов'язані психологічні блоки (виміри) особистісного функціонування суб'єкта праці: когнітивний, емоційно-вольовий, соціальний та екзистенційний. Кожен блок містить специфічні симптомокомплекси, які інтегруються у кінцеві дезадаптивні поведінкові й кар'єрні результати. Когнітивний вимір деформації віддзеркалює порушення архітектоніки вищих психічних функцій комбатанта, викликане хронічним бойовим дистресом. Цей блок структурується через три ядерні дефіцитарні ознаки: дефіцит робочої пам'яті: клінічний наслідок травматизації, що обмежує оперативне утримання та опрацювання інформаційних масивів; труднощі концентрації: аттенційне виснаження, спричинене постійною фіксацією уваги на внутрішніх інтрузивних тригерах; когнітивна ригідність: диспозиційна нездатність індивіда гнучко коригувати патерни мислення та поведінки відповідно до мінливих вимог цивільного середовища. У системній взаємодії зазначені когнітивні порушення призводять до єдиного дезадаптивного результату – відмови від навчання та кар'єрних досягнень. Ригідність та дефіцит уваги блокують можливість опанування нових професійних ролей, знижуючи самоефективність ветерана на ринку праці.

Емоційно-вольовий блок моделі фіксує глибоку афективну дисрегуляцію, яка виснажує внутрішні ресурси стресостійкості учасника бойових дій. Він включає такі симптоми: спалахи гніву, дратівливість: експлозивні реакції, що формуються як наслідок хронічного бойового навантаження; хронічна тривожність: перманентний стан психофізіологічної мобілізації (надпильності); апатія й депресія: фаза виснаження адаптаційного синдрому, обумовлена неможливістю ментального контролю над ситуацією. Модель демонструє складну траєкторію впливу цього блоку. Апатія й депресія безпосередньо підживлюють кінцевий негативний стан — професійну дезорієнтацію та втрату

мотивації. Водночас хронічна тривожність та спалахи гніву спрямовують свій деструктивний вектор донизу, детермінуючи конфліктність та швидке емоційне вигорання у трудовому колективі.

Соціальний вимір моделі описує деформацію міжособистісної взаємодії ветерана з цивільним соціумом і базується на кластері симптомів уникнення. Блок диференціюється на: самоізоляцію та уникнення: захисні поведінкові паттерни, спрямовані на штучне обмеження контактів з метою превенції емоційних зривів та міжособистісного приниження; гіперпильність: постійне сканування соціономічного простору на наявність гіпотетичних загроз в умовах інтолерантності до невизначеності. Наслідком тривалого функціонування індивіда в межах соціального блоку є звуження вибору та орієнтація на низькокваліфіковану роботу. Прагнення безпеки змушує ветерана обирати ізольовані, жорстко алгоритмізовані сфери праці («Людина-Техніка», «Людина-Природа»), що виключають тригерну комунікацію, але водночас блокують його лідерський і кар'єрний потенціал.

Екзистенційний вимір відображає глибинний смисловий колапс особистості (колапс базових ілюзій за Р. Джанофф-Бульман). Він структурується через два взаємопов'язані феномени: кризу ідентичності: біографічний розрив часового континууму, неможливість інтегрувати воєнний образ «Я» у мирне сьогодення; втрату сенсу цивільної праці: ціннісну девальвацію мирних професійних орієнтирів, які починають сприйматися як неавтентичні порівняно з екзистенційним досвідом фронту. Екзистенційна криза та втрата смислу безпосередньо зумовлюють фінальний деструктивний ефект – професійну дезорієнтацію та тотальну втрату мотивації. Більше того, модель фіксує перехресний зв'язок: втрата сенсу праці підсилює апатію й депресію (емоційно-вольовий блок), що замикає патологічне «порочне коло» психотравми.

Модель є динамічною. Вона не просто перераховує симптоми, а показує механізм, за допомогою якого клінічна нейробіологія ПТСР через психологічні блоки руйнує соціальне життя та кар'єру учасника бойових дій.

Таким чином, представлена модель доводить наукову доцільність та необхідність комплексного, системного підходу до психореабілітації УБД. Терапевтичні інтервенції не можуть обмежуватися лише редукцією емоційних симптомів, а мають одночасно коригувати когнітивні викривлення, відновлювати соціальну інтеграцію та реконструювати сенсожиттєві орієнтації ветерана, трансформуючи його професійний шлях із неадаптивного сценарію ізоляції до адаптивного сценарію самоефективності й посттравматичного зростання.

2.2. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження особливостей впливу ПТСР на професійне самовизначення учасників бойових дій

Представлена нами диференційна матриця (див. таблицю 1.1) дозволяє здійснити цілісний системно-структурний аналіз поствоєнного професійного самовизначення учасників бойових дій, розподіляючи траєкторії їхньої реадаптації на два полярні сценарії: неадаптивний (патогенний) та адаптивний (трансформаційний). В основі цього розподілу лежить розуміння того, що наявність або відсутність симптомокомплексу ПТСР виступає головним модератором, який трансформує не лише емоційну сферу, а й вищі когнітивно-мотиваційні структури суб’єкта праці.

Теоретичний аналіз деструктивного впливу воєнної травми на особистісний та професійний життєвий шлях комбатантів актуалізує завдання емпіричного вимірювання зафіксованих деформацій. Задля об’єктивної верифікації висунутих гіпотез та математично-статистичного підтвердження розробленої нами диференційної матриці, було сформовано цілісну психодіагностичну батарею методик.

Підбір інструментарію здійснювався за принципом системності, що дозволило поєднати клінічні шкали оцінки ПТСР із методиками дослідження когнітивно-афективної сфери (інтолерантності до невизначеності), екзистенційних орієнтирів (осмисленості життя) та суто професійних прагнень

(кар’єрних якорів) суб’єкта праці. Детальний опис та методологічне обґрунтування залучених психодіагностичних методів представлено нижче

PCL-5 (PTSD Checklist) **в адаптації В. Безшейко** (Додаток 2). Опитувальник для оцінки 20 симптомів ПТСР. допомагає зрозуміти ступінь когнітивних змін, уникнення та гіперзбудження. Для визначення наявності симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та їх тяжкості використовується 20-пунктний тест під назвою Діагностичний опитувальник PCL-5. Критерії ПТСР за DSM-5 відповідають шкалам PCL-5. PCL-5 виконує низку функцій, таких як вимірювання симптомів та їх відстеження з часом, скринінг людей на ПТСР та допомога у встановленні попереднього діагнозу. Як окремий діагностичний інструмент, PCL-5 не слід використовувати. Клініцист повинен завжди використовувати свої методи клінічного інтерв'ювання та структуроване інтерв'ю, рекомендоване для діагностики (наприклад, QuickSCID тощо). PCL-5 – це анкета самозвіту, яку можна заповнити по телефону, особисто або онлайн. На її заповнення потрібно від п'яти до десяти хвилин. Самостійне заповнення питань PCL-5 є надзвичайно важливим. За 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 до 4 респондентів просять вказати, наскільки кожен із 20 пунктів турбував їх протягом попереднього місяця. Загальний бал тяжкості. (0–80 балів) розраховується шляхом додавання відповідей респондентів. Згідно з останніми психометричними дослідженнями, використання порогового значення 31–33 та суми 20 пунктів (шкала 0–80) має сенс. Діагностичні критерії DSM-5 вимагають принаймні одного твердження з критерію B (питання 1–5), одного твердження з критерію C (питання 6–7), двох тверджень з критерію D (питання 8–14) та двох тверджень з критерію E (питання 15–20), щоб кожне твердження з оцінкою 2 («помірний») або вище вважалося підтвердженим симптомом. Порівняно з діагностичними критеріями DSM-5, цей поріг зазвичай дає більш достовірні результати. Якщо один з Хоча вищезгадані методи дають попередній діагноз пацієнту, для підтвердження діагнозу ПТСР необхідне подальше тестування (наприклад, QuickSCID). PCL-5 ще не має рівнів тяжкості, які були б емпірично визначені. Високі бали в кластері D (8–14) свідчать про серйозні проблеми з

пам'яттю та концентрацією, а також про негативне самосприйняття («Я нікчемний»), яке безпосередньо перешкоджає кар'єрним можливостям. Високі бали в кластері Е (15–20) свідчать про гіперпильність та дратівливість, що робить роботу в офісі або в натовпі практично неможливою без реабілітації.

Для виявлення супутніх станів, що блокують професійну мотивацію було обрано ***Шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Е.С. Зігмонд, Р.П. Снайт, в адаптації О.Кутікова та І. Нікішкової;*** Додаток 3)**.** У 1983 році два автори створили Шкалу тривожності та клінічної депресії (HADS) (Зігмонд А., Фор С. та Снейт Рдот П.) для розпізнавання та оцінки ступеня симптомів тривоги та депресії в загальній медицині. Переваги шкали HADS включають обробку даних та простоту використання, що робить її придатною для попереднього скринінгу на депресію та тривогу. 14 тверджень, що складають шкалу, поділені на дві підшкали. Кожне твердження має чотири можливі відповіді, які вказують на ступінь прояву симптомів або оцінку тяжкості симптомів. Ці відповіді кодуються від 0 (відсутність) до 4 (найвища тяжкість). Непарні числа 1, 3, 5, 7, 9, 11 та 13 за шкалою А представляють «тривогу», тоді як парні числа 2, 4, 6, 8, 10, 12 та 14 за шкалою D представляють «депресію». Результати інтерпретуються наступним чином (окремо для кожної підшкали): 0–7 балів вказують на норму (відсутність помітних симптомів); 8–10 балів вказують на субклінічно виражену тривогу або депресію (потрібний нагляд); а 11 балів або вище вказують на клінічно виражену тривогу або депресію (потрібна професійна допомога). Будь-які спроби консультування з питань кар'єри будуть неефективними, якщо бал за субшкалою депресії перевищує 11, оскільки система винагороди людини «вимкнена». Перш ніж вибрати кар'єру, необхідно спочатку стабілізувати свій емоційний стан.

Тест Мюнстерберга (в адаптації фахівців Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України за редакцією О. М. Кокуна; Додаток 4***)*** **–** це методика оцінки стійкості до зовнішніх подразників, вибірковості та концентрації. Це визначальна ознака для ветеранів із ПТСР, оскільки «бойовий туман» або когнітивна втома часто ускладнює їм зосередження на робочих

завданнях у галасливому середовищі або з величезною кількістю інформації. Суб'єкту подають безперервний текст, що складається з літер, які приховують назви предметів (іменників). Мета полягає в тому, щоб якомога швидше знайти ці слова та підкреслити їх. Час виконання: рівно дві хвилини. Кількість знайдених слів і кількість помилок – це два показники, що використовуються для оцінки результату. Рівень успіху (кількість знайдених слів за дві хвилини): 20–25 слів: високий рівень (виняткова концентрація); 15–19 слів: середній рівень (нормальний); менше 15 слів: низький рівень (швидка втома, розсіяна увага). 2. Оцінка якості (помилки): втома або значний вплив нав'язливих симптомів (коли внутрішні спогади «заважають» зовнішній інформації) вказуються, якщо людина підкреслює або пропускає слова. Згідно з даними метааналізу, 10 досліджень (20,4%) виявили, що вищі рівні дефіциту уваги були предикторами погіршення симптомів ПТСР, а 30 з 49 досліджень (61,2%) виявили значну кореляцію між симптомами ПТСР та дефіцитом уваги. Крім того, різні можливі нейробіологічні шляхи, включаючи (пре)фронтальні мережі уваги, були виявлені за результатами нейровізуалізації з шести досліджень фМРТ та трьох досліджень ЕЕГ. У поєднанні ці результати означають, що люди, які страждають на ПТСР, часто відчувають дефіцит уваги в умовах з емоційно нейтральними стимулами [121].

Вісконський тест сортування карток (WCST, Е. Берг а Д.Грант, Р. Хітон, адаптація Н. Марути; Додаток 5*)*. Традиційний підхід до оцінки когнітивної ригідності та навичок перемикання завдань. Він має вирішальне значення для ветеранів, оскільки показує ригідність мислення та схильність діяти відповідно до застарілих моделей (наприклад, бойових дій), навіть коли обставини змінилися на цивільні. Респонденту дають три різні картки: кольору, форми та кількості фігур. Не знаючи правила, людина повинна їх відсортувати. Все, що експериментатор називає «правильним» або «неправильним». Коли респондент виявляє правило, воно різко та несподівано змінюється. Були відзначені персеверативні помилки (найбільш значущий показник). У цих випадках правило змінилося, але людина все ще сортує відповідно до попереднього принципу, незважаючи на коментар «неправильний». Висока

частота цих помилок свідчить про погану здатність до адаптації до змін. Це проявляється на практиці як: 1) кількість виконаних категорій, яка вказує на те, скільки разів респондент зміг розв’язати нове правило (максимум 6 категорій; норма – 4-6 показників); 2) нездатність підтримувати установку, яка виникає, коли хтось розуміє правило, але потім помиляється (відволікається). Це показник нестабільної уваги. Висока ригідність (багато наполегливості): оскільки гнучкі сфери (маркетинг, креативність, менеджмент) створюватимуть для нього надмірний стрес, ветеран несвідомо шукатиме роботу зі суворим, незмінним графіком та чіткими статутами (безпека, державна служба). Бути підприємцем, де потрібно постійно пристосовуватися до ринку, може бути ускладнено відсутністю гнучкості. До таких висновків у своєму дослідженні дійшла О. Смашна [29].

Тест «10 слів» (за О. Лурія, адаптація Д. Андрейченка; Додаток 6). використовується для діагностики вербальної пам'яті, втоми та концентрації уваги. Десять простих, не пов'язаних між собою слів, таких як ліс, хліб, вікно, гриб, голка, лялька, пісок, книга, річка та мед, зачитуються дослідником уголос. Респондент повинен відтворити їх у будь-якому порядку. Процес виконується п'ять разів поспіль, а потім знову (відкладене відтворення) через шістдесят хвилин. Інтерпретація результатів (аналіз кривої запам'ятовування): 1) Об'єм короткочасної пам'яті: нормальний, починаючи з того моменту, коли доросла людина може відтворити від п'яти до семи слів. Низький початок (3–4 слова) часто спостерігається при ПТСР через початкові проблеми з концентрацією («туман війни»); 2) динаміка (крива навчання): «здорова крива» (5, 7, 9, 10, 10 (поступове зростання); «плато» (людина зупиняється на 6–7 словах і не може зробити більше). 3) затримка відтворення (після години): нормальна: 8–10 слів; зигзагоподібна крива (наприклад, 5, 8, 6, 9) – явна ознака нестабільної уваги та емоційної нестабільності; та обмежений когнітивний ресурс для вивчення нових професійних навичок.

Тест професійної готовності **(за Л. Кабардової,** ***адаптації В. Доротюк;*** Додаток 7) є вдосконаленою формою традиційного тесту Клімова (ДДО). Це

стандартизований психодіагностичний інструментарій, який використовується для комплексного вивчення професійних інтересів, нахилів, здібностей та ступеня сформованості реальної готовності особистості до різних сфер трудової діяльності. Людина-природа (біологія, сільське господарство, екологія); людина-технології (ремонт, будівництво, водіння); людина-людина (викладання, торгівля, медицина, сервіс, управління); людина-знакова система (числа, коди, тексти, малюнки); та людина-художній образ (дизайн, мистецтво, копірайтинг) – це п'ять категорій професій, для яких анкета перевіряє готовність. Використовуючи 3-бальну систему оцінювання, респондент оцінює твердження з точки зору здібностей та бажання. Людина з високою готовністю (більше 12 балів) впевнена. Це часто є сферою «людина-технологія» або «людина-природа» для комбатантів, оскільки вони пропонують ясність та менше соціального навантаження. Низька готовність (менше п'яти балів): сфери, які призводять до опору або почуття неадекватності.

Тест «Кар'єрний якір» (Е. Шейн в адаптації А. А. Жданович та Е. А. Могилевкина; Додаток 8) визначає ціннісні орієнтації, від яких людина не бажає відмовитися, навіть стикаючись зі складними рішеннями. Для ветерана «якір» часто перетворюється на джерело підтримки, яке допомагає знайти нову мету в цивільному житті, або навпаки може свідчити про внутрішню боротьбу. 1. Первинні «якірі» (субшкали). Професійна компетентність – це прагнення стати експертом у своїй галузі. 2. Прагнення брати на себе відповідальність та керувати іншими відоме як управління. 3. Автономія (незалежність) – це бажання не бути обмеженим законами та правилами. 4. Стабільність (місце роботи або проживання): вимога безпеки та послідовності. 5. Служіння – це бажання покращувати світ та допомагати іншим. 5. Виклик: бажання долати бар'єри та виконувати складні завдання. 7. Інтеграція способу життя: бажання, щоб робота не суперечила сім'ї та особистісному зростанню. 8. Бути підприємцем означає починати щось нове. За шкалою від 1 до 10 респондент оцінює 41 твердження. Середній бал для кожного «якоря» визначається наступним чином: 8–10 балів за провідний якір (домінуюче значення), 5–8 балів за другорядні орієнтири та

менше 5 балів за незначні фактори. З О. За словами Ігнатовича, дослідження «якорів» дозволяє нам визначити, чи шукає ветеран спосіб переосмислити свій минулий досвід (Служба, Професійна компетентність), заміну війни у своїй кар'єрі (Виклик, Подолання) чи притулок від неї (Стабільність, Автономія) [54].

Методика «Сенсо-життєві орієнтації» Д. Леонтьєва в адаптації К. Горшиної (Додаток 9) є адаптацією тесту Джеймса Крамбо та Леонарда Махоліка «Мета життя». П'ять субшкал методу такі: 1. Життєві цілі та плани на майбутнє. Низький бал свідчить про те, що ветеран не бачить можливостей у цивільній кар'єрі та живе лише «тут і зараз» або минулим. 2. Процес життя, інтерес та емоційна насиченість, сприйняття життя як цікавого та наповненого змістом. Низький бал означає апатію та депресивні стани (ангедонія), коли робота здається безглуздою. 3. Ефективність у житті, оцінка пройденої частини шляху. Четверте. Локус контролю «Я» стосується переконання, що людина може впливати на обставини. Низький бал означає відчуття безсилля перед обличчям негараздів. П'яте. Локус контролю «Життя» - це переконання, що людина має силу керувати життям і робити вибір. Фаталізм та ідея про те, що «все вирішено за нас», відображаються в низькому балі. У підході LFS є 20 пар протилежних тверджень. Респондент вибирає число за шкалою від 1 до 7, яке найточніше описує його стан. Для визначення балів використовується "ключ"; деякі питання включені до кількох шкал, а інші - прямі та зворотні. Істотна риса, яка відображає загальну "сенсовість життя" людини, відома як загальний показник. Загальний показник, який коливається від 20 до 140 балів, розраховується шляхом додавання балів за кожним із 20 пунктів анкети. Високий рівень (більше 115 балів): людина чітко розуміє свої цілі, розглядає життя як цікавий процес і вірить у свою здатність впливати на події. Цей показник показує, що ветерани є дуже стійкими та готовими адаптуватися та реінтегруватися в цивільне життя. Середній рівень (90–115 балів): людина може іноді відчувати невпевненість, але в неї є певні правила. Професійне самовизначення досяжне за допомогою чіткого керівництва та допомоги. Низький рівень (менше 90 балів) вказує на серйозну кризу або «екзистенційний вакуум».

Діагностика соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд, адаптація Д. Александров, О. Давидова; Додаток 10)

Опитувальник особистості, метою якого є виявлення рис особистості досліджуваної особи, а також визначення ступеня соціально-психологічної адаптації, часто в новому середовищі, за нових обставин та за нових правил поведінки. Теоретичною основою методу є теорія особистості К. Роджерса, основні принципи якої були сформовані на основі досліджень ефективності психотерапії, критеріїв психічного здоров'я та психічних розладів: книга «Психотерапія та зміна особистості», видана спільно з Розалінд Даймонд, вважається однією з найважливіших праць Карла Роджерса в галузі психотерапії. З точки зору гуманістичної психології людина за своєю природою прагне до саморозвитку, кращого здоров’я та самореалізації, а також здатна вільно й усвідомлено приймати рішення та брати на себе відповідальність за них. Ці принципи узгоджуються з образом адаптованої людини — яка є активною, стійкою, оптимістичною та приймає рішення з власної ініціативи [19]. Анкета містить 101 анонімне твердження, і досліджувана особа повинна висловити свою згоду або незгоду з ними за 7-бальною шкалою відповідей. У таблиці літера S означає самооцінку, тобто той процес, під час якого людина, як результат самопізнання та порівняння з іншими, звертається до свого внутрішнього світу. Ми виділяємо п’ять основних джерел формування образу себе та інших у комунікативному контексті: 1) формування образу себе та інших через порівняння себе з іншими (ідентифікація, диференціація); 2) формування образу себе через оцінку інших; 3) оцінка себе на основі результатів власної діяльності; 4) безпосередня оцінка власного зовнішнього вигляду; 5) оцінка себе через спостереження за власними внутрішніми станами. Самосприйняття відіграє визначальну роль у формуванні самооцінки, яка є фундаментальним чинником адаптивності людини. Знижена самооцінка призводить до розчарування, страху перед можливими життєвими труднощами, формування емоційних станів, що супроводжуються високим рівнем особистої та реактивної тривоги тощо. Прийняття (або відторгнення) іншими людьми – показник, який відіграє важливу

роль у успішній соціально-психологічній адаптації особи. E – емоційний комфорт – це така риса, яка свідчить про спокійний, врівноважений стан особистості. У стані емоційного спокою людина задоволена всім, перебуває в оптимістичному настрої, відкрито висловлює свої почуття та вільна від страху й тривоги. I – інтерналізація – схильність людини до зосередження на певній формі контролю. Завдяки інтерналізації людина бере на себе повну відповідальність за події, що відбуваються в її житті, і пояснює їх на основі власної поведінки, характеру та здібностей. Високий бал за шкалою означає високий рівень суб'єктивного контролю в усіх важливих ситуаціях. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їхніх власних дій, що вони здатні керувати ними, і тому беруть на себе особисту відповідальність за ці події та загальний хід свого життя. D – потреба в домінуванні – це показник, який характеризує схильність людини контролювати поведінку інших членів соціальної групи та брати на себе провідну роль у соціальних взаємодіях [18]. Після підрахунку бали переводяться у відсотки або порівнюються з середніми нормами. Для більшості шкал- високий рівень (68–100 балів або >70%), свідчить про високу адаптованість, впевненість та психологічну стійкість. Середній рівень (34–67 балів або 40–70%)- стан норми, але з певними зонами напруження (наприклад, тимчасові труднощі у спілкуванні). Низький рівень (0–33 бали або <40%)- ознака дезадаптації.

Шкала психологічної гнучкості (Acceptance and Action Questionnaire-IIAAQ-II) в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук; Додаток 11). За визначенням AAQ-II, психологічна гнучкість - це здатність повністю перебувати в контакті з теперішнім моментом, включаючи всі негативні внутрішні переживання (тобто думки, почуття та фізіологічні відчуття), що містяться в ньому, без зайвих захисних механізмів, а також, залежно від ситуації, проявляти або змінювати поведінку відповідно до цілей і цінностей. Варто зазначити, що в нейрокогнітивній літературі використовуються різні визначення психологічної гнучкості. Психологічна негнучкість вважається визначальним фактором психологічного дистресу та неефективності поведінки. Отже, вищий рівень

психологічної негнучкості пов’язаний із більшим емоційним дистресом (наприклад, вищим рівнем депресії та тривоги) та гіршим функціонуванням у житті (наприклад, більшою кількістю пропусків на роботі) [98]. Низькі бали (7–24) свідчать про високу психологічну гнучкість. Людина приймає свої емоції та продовжує діяти ефективно. Високі бали (25–49): вказують на психологічну ригідність та експерієнтальне уникнення.

Шкала інтолерантності до невизначеності, Р.Н. Карлетон в адаптації Г. Громової; Додаток 12) Прогностична тривога (тривога очікування) концептуально відображає схильність індивіда до когнітивного «закриття» свого оточення, щоб зробити його однозначним і передбачуваним. Цей компонент безпосередньо пов’язаний із високим рівнем загальної тривоги та проявами обсесивно-компульсивних станів. З точки зору змісту шкала прогностичного тривоги фіксує когнітивний аспект сприйняття нетерпимості до невизначеності, а саме занепокоєння суб’єкта щодо майбутніх подій та його когнітивні установки. На противагу цьому, депресивна тривога представляє емоційне та фізичне збудження, діючи як тілесний та сенсорний еквівалент відторгнення невідомого через узагальнення негативних переживань. У рамках вищезазначених моделей поведінкова активність індивіда як реакція на зустріч із новими або неоднозначними подразниками може бути інтерпретована як певний результат сприйняття ситуації, її внутрішнього розуміння та конкретної емоційної реакції. Як зазначає авторка україномовної адаптації цієї методики А. Громова, невизначеність і нетерплячість відіграють роль у формуванні схильності до негативних емоційних станів [12]. Загальний результат коливається від 12 до 60 балів. 12–28 балів -низький рівень. Людина добре переносить невизначеність, спокійно ставиться до змін та відсутності чітких планів. 29–44 бали- середній рівень, помірна тривожність. Невизначеність викликає дискомфорт, але не паралізує діяльність. 45–60 балів - високий рівень, виражена інтолерантність.

Для оцінки ефективності розробленої психокорекційної програми додатково був використаний ***опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна в адаптації Д. Зубовського*** (Додаток 15).

Методика призначена для вимірювання позитивних психологічних змін, які відбуваються в особистості внаслідок подолання надінтенсивних життєвих криз та психотравмуючих переживань. Опитувальник містить 21 твердження, які відображають різні аспекти позитивних біографічних змін. Досліджуваний оцінює ступінь вираженості цих змін у своєму теперішньому цивільному житті за 6-бальною шкалою лікертівського типу (від 0 – «жодних змін» до 5 – «дуже значні зміни»). Парціальні субшкали (фактори), що підлягають математично-статистичному аналізу:

1. Відносини з іншими (Relating to Others): фіксує зростання цінності міжособистісних контактів, поглиблення військового братерства та здатність приймати підтримку референтних груп.

2. Нові можливості (New Possibilities): відображає розширення когнітивного фокусу мислення, готовність до зміни траєкторії життєвого шляху особистості та формулювання нових цивільних життєвих цілей.

3. Особиста сила (Personal Strength): вимірює суб'єктивне зростання самоефективності, впевненості у власних силах та відновлення ресурсного складника стресостійкості.

4. Духовні зміни (Spiritual Change): описує трансформацію світоглядної парадигми та глибинне переосмислення екзистенційного контексту буття.

5. Цінність життя (Appreciation of Life): відображає подолання екзистенційного вакууму та реструктуризацію загального локусу контролю «Життя».

6. ***«Методологія дослідження професійної ідентичності» Л.Б. Шнайдер в*** **адаптації К. Малофейкіної** (Додаток 14). Ця методологія спрямована на визначення одного з п’яти можливих станів (типів) професійної ідентичності: передчасної, розмитої, позитивної (досягнутої) або ідентичності в стані невизначеності. Процедура базується на принципах тесту асоціацій. Респонденту пропонують 76 слів, які він повинен прочитати та підкреслити ті, що, на його думку, стосуються його самого або його професійного життя. Потім, використовуючи ключ, підраховується кількість підкреслених слів у категоріях

«професійні» та «непрофесійні»; потім кількість самоописових слів, що стосуються його як професіонала, слід розділити на кількість самоописових слів, що стосуються його як непрофесіонала. Отриманий коефіцієнт відповідає одному з типів професійної ідентичності згідно з наступною схемою: 0–1,0 – передчасна ідентичність; 1,0–2,0 – розмита ідентичність; 2,0–3,0 – призупинення; 3,0–4,0 – досягнута позитивна ідентичність; 4,0 і вище – псевдопозитивна ідентичність або псевдоідентичність (постійне заперечення унікальності особистості або амбітний акцент на ній, що призводить до формування стереотипів, до негнучкості самосприйняття, до порушення механізмів ідентифікації та відчуження аж до гіпертрофії, до низької рефлексивності та патологічного сприйняття критики, спрямованої на себе).

Математико-статистична обробка емпіричних даних, отриманих у ході констатувального та формувального етапів дослідження, здійснювалася із застосуванням спеціалізованого пакета програм комп'ютерного моделювання IBM SPSS Statistics (Version 26.0). Первинна систематизація даних, табулювання результатів психодиагностики та візуалізація графічних профілів виконувалися в середовищі табличного процесора Microsoft Excel. Математико-статистичні методи: описова статистика, t-критерій Стьюдента та U-Манна- Уітні – для виявлення статистично значущих відмінностей між незалежними групами, *T*-критерій Вілкоксона при зіставленні показників, отриманих на одній і тій же групі випробовуваних в двох різних умовах (на констатувальному та контрольному етапах), кореляційний аналіз ρ- Спірмена – для встановлення взаємозв’язків між показниками, аналіз частотних розподілів за критерієм χ^2Пірсона, регресійний факторний аналіз – для виявлення впливу факторних показників посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій; експлораторний факторний аналіз (ЕФА) методом головних компонентів із застосуванням процедури ортогонального обертання факторної матриці Варімакс (Varimax with Kaiser Normalization) з метою мінімізації міжфакторного перекриття та досягнення

простої структури навантажень», коефіцієнт α -Кронбаха – для перевірки внутрішньої узгодженості психодіагностичного інструментарію.

Висновки до другого розділу

У другому розділі здійснено комплексне методологічне обґрунтування програми емпіричного дослідження, визначено його етапи, принципи формування репрезентативної вибірки та сформовано цілісну, взаємодоповнюючу батарею психодіагностичного інструментарію. Проведене науково-практичне проектування дозволило сформулювати такі висновки:

1. Розроблено та обґрунтовано загальну методологічну стратегію емпіричного дослідження, яка базується на системно-деяльнісному, когнітивно-поведінковому та екзистенційно-біографічному підходах до аналізу суб’єкта праці.

2. Концептуалізовано та представлено динамічну структурно-функціональну модель деформації професійного самовизначення учасників бойових дій під впливом ПТСР. Модель графічно й теоретично унаочнює каскадні механізми переходу клінічної симптоматики у деструктивні кар'єрні траєкторії ветеранів через чотири автономні виміри особистісного дефіциту (когнітивний, емоційно-вольовий, соціальний та екзистенційний). Експліковано внутрішні паттерни та петлі зворотного зв'язку моделі, які доводять, що наявність ПТСР блокує вихід у соціономічне середовище, змушуючи ветерана обирати неадаптивний сценарій «безпечної ізоляції» та жорсткої автономії праці.

Сформовано та валідизовано цілісну психодіагностичну батарею методик, спрямовану на ретельне кількісне та якісне вимірювання кожного з виокремлених блоків розробленої моделі. методика PCL-5 (National Center for PTSD, адаптація В. Безшейко) – для визначення симптомів ПТСР; 2) Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS, Е.С. Зігмонд, Р.П. Снайт, адаптація Кутіков О. та Нікішкова І. М.) – для визначення супутніх станів тривоги й депресії. Для визначення конітивних функцій – тест Мюнстерберга,

Вісконсинський тест сортування карток (WCST, Е. Берг а Д.Грант, Р. Хітон, адаптація Н. Марути), Методика «10 слів» (за О. Лурія, адаптація Д. Андрейченка). Для визначення професійної спрямованості – опитувальник професійної готовності (за Л. Кабардовою, в адаптації В. Доротюк), тест «Якір кар'єри» (Е. Шейн в адаптації А. А. Жданович та Е. А. Могилевкина). Для діагностикі ціннісних орієнтацій комбатантів була обрана методика «Сенсожиттєві орієнтації» (Д. Леонтьєв, в адаптації В. Іванової). Для визначення адаптаційних можливостей – методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд, адаптація Александров Д.О., Давидова О.В.), шкала психологічної гнучкості (Acceptance and Action Questionnaire-IIAAQ-II) в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук, шкала інтолерантності до невизначеності, Р.Н. Карлетон в адаптації Г. Громової; «Методологія дослідження професійної ідентичності» Л.Б. Шнайдер в адаптації К. Малофейкіної визначення одного з п'яти можливих станів (типів) професійної ідентичності особистості.

3. Визначено діагностичні критерії оцінки ефективності розробленої психокорекційної програми в межах формувального експерименту. Доведено методологічну доцільність залучення Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна *(в адаптації Д. Зубовського)* та Методологія дослідження професійної ідентичності» Л.Б. Шнайдер в адаптації К. Малофейкіної.

4. Обґрунтовано комплекс методів математико-статистичної обробки емпіричних даних. Для верифікації висунутих гіпотез визначено процедури порівняльного аналізу за допомогою *t-критерію Стьюдента* та *U-критерію Манна-Вітні*, аналізу частотних розподілів за критерієм, а також кореляційного, регресійного та факторного аналізу, що забезпечує високий рівень надійності, репрезентативності та фактологічної точності майбутніх результатів дослідження.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИСНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

Після опрацювання теоретичного матеріалу та підбору психодіагностичного інструментарію було проведено емпіричне дослідження впливу ПТСР на професійне самовизначення учасників бойових дій.

Мета дослідження: Емпірично дослідити особливості впливу симптомів ПТСР на процес професійного самовизначення учасників бойових дій та апробувати комплексну психокорекційну програму, спрямовану на підвищення рівня їхньої соціально-психологічної адаптації, психологічної гнучкості та стимулювання посттравматичного зростання в умовах реінтеграції до мирного життя.

Завдання дослідження:

1. Сформувати репрезентативну вибірку
2. Підтвердити чи спростувати гіпотези, які були попередньо висунуті:

Концептуальна гіпотеза дослідження: припускається, що посттравматичний стресовий розлад є деструктивним чинником професійного самовизначення учасників бойових дій.

Емпіричні гіпотези:

1. Припускається, що наявність клінічно вираженої симптоматики ПТСР в учасників бойових дій виступає первинним предиктором когнітивної дезадаптації, що виражається у тотальному зниженні показників пам'яті (короткочасної та довгострокової) й уваги (вибірковості та стійкості), а також у формуванні вираженої когнітивної ригідності, яка блокує гнучкість поведінки в умовах мирного життя.

2. Припускається, що вираженість таких симптомів ПТСР як інтрузії, уникнення та когнітивні викривлення в учасників бойових дій мають зворотній кореляційний зв'язок з сенсо-життєвими орієнтаціями, зокрема, посилення

психологічної травматизації послаблює локус контролю «Я», а когнітивні викривлення мають зворотний зв'язок із цілепокладанням, задоволеністю результатами життя та загальним локусом контролю «Життя».

3. В учасників бойових дій з ПТСР буде частіше проявлятися екзистенційна криза, на відміну від учасників бойових дій без ПТСР.

4. Рівень соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій з ПТСР (прийняття себе й інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування) обумовлює вибір професійних сфер «Людина-Техніка» і «Людина-Природа», на відміну від учасників бойових дій без ПТСР, які обирають такі сфери, як «Людина-Людина», «Людина- Знакова система» та «Людина- Художній образ».

5. Зростання психологічної ригідності в учасників бойових дій детермінує деструктивний вплив на їхню адаптацію та професійне самовизначення, зокрема, посилює симптоматику ПТСР, тривожність та когнітивні викривлення; руйнує смисложиттєві орієнтири, знижує локус контролю «Я» та самоприйняття; зумовлює захисний вибір ізольованих сфер («Людина-Природа», Людина –Техніка»).

6. Припускається, що чим вище рівень інтолерантності до невизначеності в учасників бойових дій, тим вищі показники симптомів ПТСР, тривожності і психологічної ригідності, також тим нижчі показники сенсо-життєвих орієнтацій та самоприйняття. Що й обумовлює вибір «безпечних», ізольованих сфер професійної діяльності («Людина-Природа», «Людина-Техніка») замість комунікативної сфери «Людина-Людина».

3. Провести констатувальний етап дослідження з метою виявлення взаємозв'язку між симптомами ПТСР (інтрузії, уникнення, когнітивні викривлення, збудливість) та показниками когнітивних функцій, таких як пам'ять та увага, адаптаційними можливостями, готовністю до професійної діяльності в різних сферах, цінностями при виборі професії, сенсорно-життєвими орієнтаціями, соціально- психологічної адаптації, психологічною гнучкістю та здатністю витримувати невизначеність. Також проаналізувати ті ж самі показники в учасників бойових дій без ПТСР та порівняти результати.

4. Проаналізувати та обґрунтувати отримані результати з метою визначення особливостей впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій.

5. Розробити та впровадити психокорекційну програму щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя

6. Емпірично перевірити ефективність розробленої психокорекційної програми (контрольний етап дослідження).

7. Розробити практичні рекомендації щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій як складової їхньої успішної реінтеграції у мирне життя.

3.2 Аналіз та інтерпретація результатів констатувального етапу емпіричного дослідження

Дослідження проводилось протягом 2022-2024 років на базі діючих бойових підрозділів Полку поліції особливого призначення « Дніпро- 1», який у січні 2023 було доєднано до «Об'єднаної штурмової бригади Національної поліції України «Лють», також, на базі військової частини А7406, Комунального підприємства «Ветеранський простір» та Центру реабілітації для поранених військових RECOVERY м. Дніпро та Рівне.

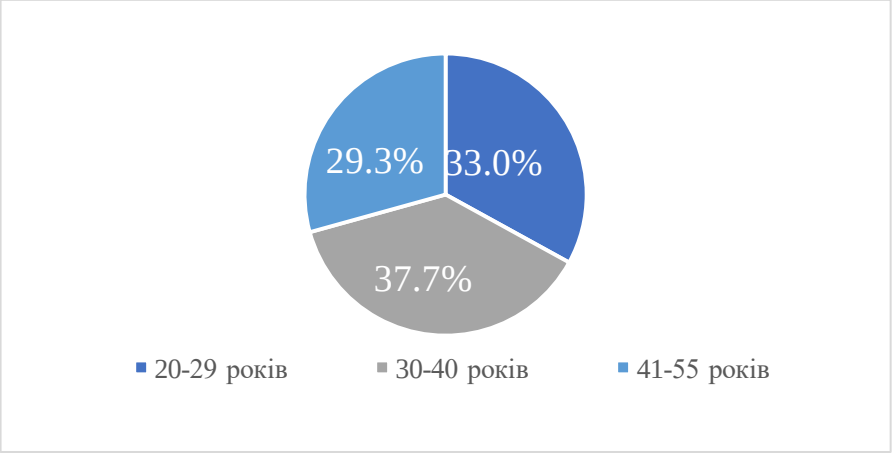


Рис. 3.1 *Розподіл учасників дослідження за віком*

У дослідженні прийняли участь 276 учасників бойових дій віком від 20 до 55 років, середній вік- 36,2 років. Серед учасників емпіричного 33% становлять

учасники бойових дій віком 20-29 років, 37,7%-учасники віком 30-40 років, й 29,3%- учасники бойових дій віком 41-55 років.

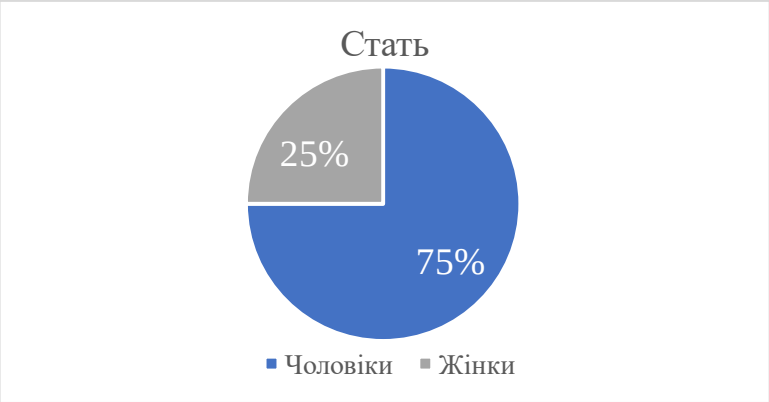


Рис. 3.2 Розподіл *учасників емпіричного дослідження за статтю*

В дослідженні прийняли участь 69 жінок й 207 чоловіків (25% й 75% відповідно), що відповідає останнім статистичним даним, згідно з якими після початку повномасштабного військового вторгнення у підрозділах, які приймають участь у бойових діях жінки складають від 18% до 30%.

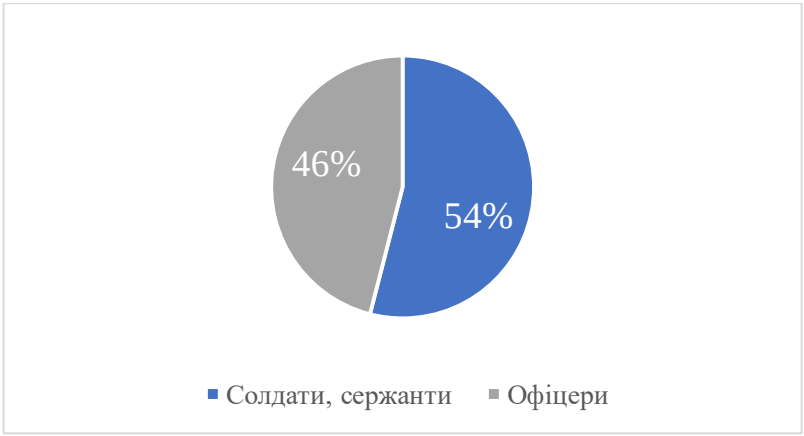


Рис. 3.3. *Розподіл учасників емпіричного дослідження за професійно-соціальним складом*

В дослідженні взяли участь офіцери-127учасників, 46% й представники солдатсько-сержантського складу- 149 учасників, 54%.

Всі респонденти мають підтверджений статус «Учасник бойових дій», бойовий досвід від 1 до 11 років. Всі учасники обов'язково проходили військово-лікарську комісію та щорічні медичні огляди з обов'язковим висновком психіатра

про відсутність психічних розладів та придатність до військової служби та дозвіл на використання вогнепальної зброї.

За допомогою методики PSL-5 було визначено наявність та інтенсивність симптомів ПТСР. У 90 учасників (32,6%) наявні виражені посттравматичні реакції. Далі учасники були розділені на дві групи-90 учасників, у яких діагностовано посттравматичний стресовий розлад (група 1) й 186 учасників, в яких не виявлено ПТСР (група 2)

ПТСР діагностовано у 32 жінок (35,5%) та 58 чоловіків (64,5%). Згідно з даними UNICEF в популяції взагалі (8% та 20%), та серед комбатантів зокрема (20%-25% чоловіків та 30-35% у жінок), у жінок ПТСР виникає частіше ніж у чоловіків [167].

Якщо під час скрінінгового дослідження було виявлено наявність ПТСР та\або депресії респонденти обов'язково спрямовувалися на консультацію до психіатра.

Таблиця 3.1

Описова статистика симптомів ПТСР учасників емпіричного дослідження за методикою PSL-5, в адаптації В. Безшейко, n=90

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Інтрузії	12,97	2,03	20	7
Уникнення	7,49	0,5	8	5
Когніції	21,27	3,35	28	16
Збудливість	19,91	2,02	24	16

Максимальні значення показників симптомів відповідають максимально можливим, однак результати емпіричного дослідження засвідчили наявність певної варіативності. Середнє відхилення у межах від 0,5 до 3,35 свідчить про те, що симптоми інтрузії, уникнення, когнітивних спотворень та збудливості не є однаково вираженими у всіх учасників вибірки. Це означає, що хоча окремі респонденти демонструють високий рівень інтенсивності симптомів, у інших вони проявляються значно слабше. Така різнорівнева вираженість відображає

індивідуальні відмінності у переживанні травматичного досвіду та його інтеграції у життєву історію. З методологічної точки зору, виявлена варіативність підтверджує необхідність застосування диференційованих підходів до психосоціальної підтримки ветеранів. В нашому дослідженні не виявлено статистично значущих відмінностей між інтенсивністю проявів симптомів та статтю й віком та соціально-професійної приналежністю учасників, що було перевірено за допомогою t-критерія Стьюдента ($p>0,1$)

Таблиця 3.2

Описова статистика показників тривоги й депресії в учасників дослідження за методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS, адаптація О. Кутікова та І.Нікішкової.), n=276

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Максимальне значення	Мінімальне значення
Тривога, група 1	7,51	1,42	14	5
Тривога, група 2	6,62	1,85	12	0
Депресія, група 1	7,97	2,17	14	3
Депресія, група 2	6,83	1,25	14	2

*Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186

Визначено, що в групі 1 середній показник тривоги 7,51±1,42, а в другій-6,62±1,85, що відповідає показникам відсутності чи субклінічних проявів, мінімальний показник-0-відсутня тривога, максимальний-14- клінічно значна тривога. Отже, в групі 1 показники тривоги статистично достовірно вище ($p<0,05$), наявність мінімальних (5 та 0 відповідно) та максимальних (14 й 12 відповідно) показників говорить про значну індивідуальну різницю відчуття тривоги всередині обох груп. В нашому дослідженні не було виявлено відмінностей між показниками тривоги у чоловіків та жінок. З віком показник тривоги в обох групах знижується (від 7,79±1,53 у віці20-29років до 7,23±1,47 у віці 41-55 років в першій групі й від 7,03±1,62 до 6,38±1,73 відповідно у другій групі), що може бути обумовлено набуттям кращих навичок опоро стресу,

наявністю стабільніших соціальних зв'язків. У представників офіцерського складу рівень тривоги достовірно вище (8,17±1,53 в першій групі та 7,03±1,44 в другій) ніж у представників солдатсько-сержантського складу (7,37±1,46 6,23±1,55). Офіцер несе не лише персональну відповідальність, а й колективну. Необхідність приймати рішення в умовах дефіциту часу та небезпеки, де ціна помилки — життя інших людей, формує стан хронічного інтелектуального та емоційного напруження. Поєднання симптомів ПТСР (інтрузій) з необхідністю зберігати високу концентрацію призводить до вторинної тривоги й страху не впоратися з інтелектуальними завданнями [23, с.134].

При аналізі показників депресії в першій групі середній показник 7,97±2,17, що практично досягає рівня субклінічної депресії, тоді як в другій групі середній показник 6,83±1.25 та знаходиться в межах клінічної норми. В обох групах є учасники з мінімальними (3 й 2 відповідно) та максимально можливими показниками депресії (14), що свідчить про неоднорідність обох груп. Як зазначається в роботах багатьох дослідників, ПТСР часто супроводжує коморбідна депресія, що знайшло підтвердження в нашому дослідженні- показники депресії в групі 1 (учасники бойових дій з ПТСР) статистично достовірно вище ($p<0,05$).

В нашому дослідженні в обох групах не було виявлено статистично значущих відмінностей між показниками депресії у чоловіків та жінок й у комбатантів різного віку. Рівень депресії не залежить від професійно- соціальної приналежності комбатантів.

Порівняння результатів ***тесту Мюнстерберга*** в обох групах представлено на рис 3.4

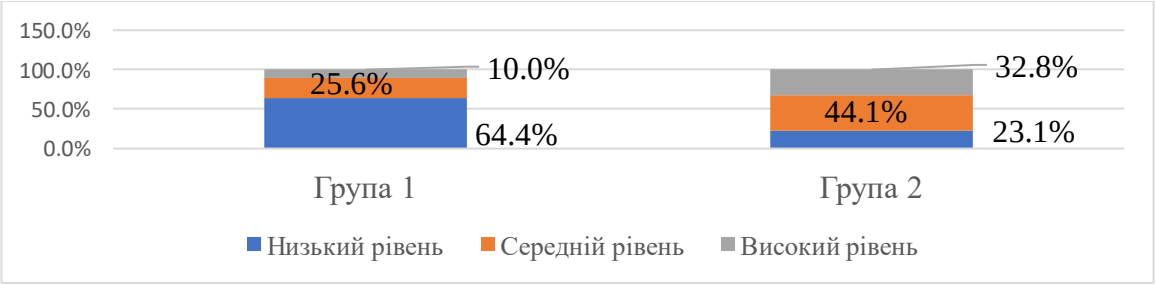


Рис. 3.4 *Рівні показників вибірковості уваги в групі 1 й групі 2*

*Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186

Як можна бачити, в групі 1 більшість учасників дослідження (64,4%) мають низький рівень вибірковості уваги, тобто їм складно виділяти головне, мозок таких людей дуже швидко втомлюється від монотонної роботи з цифрами. Тоді, як в другій групі більшість учасників дослідження мають середній (44,1%) й високий (32,8%) рівень концентрації уваги. Відмінності між показниками статистично достовірні ($p<0,05$). В нашому дослідженні не виявлено статистично значущих відмінностей в показних вибірковості уваги між чоловіками та жінками й у представників різних вікових категорій. Офіцери демонструють трохи вищий рівень вибірковості уваги, проте відмінності між показниками офіцерів та представників солдатсько-сержантського складу не мають статистичної значущості ($p>0,1$).

Показники когнітивної ригідності учасників дослідження, визначені за допомогою ***Вісконсинського тесту сортування карток (WCST, адаптація Н. Марути).*** представлено на рис. 3.8

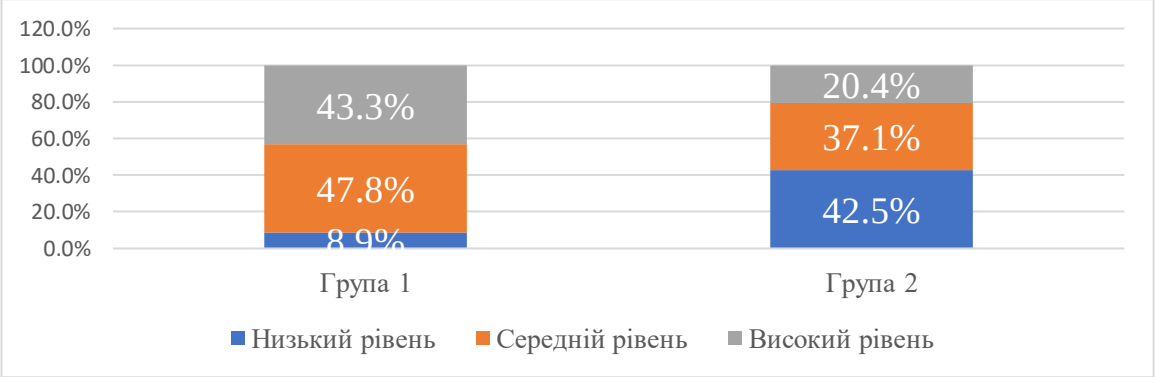


Рис. 3.5 *Показники когнітивної ригідності учасників дослідження*

*Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186

Визначено, що 43,3% учасників бойових дій з ПТСР, які прийняли участь в дослідженні мають високий рівень когнітитвної ригідності, тоді як серед учасників дослідження без ПТСР лише кожен п’ятий респондент (20,4%) має високий рівень, тобто труднощі в зміні мислення, сприйняття чи поведінки відповідно до нових умов чи інформації. Й відповідно, лише 8,9% представників

першої групи та 42,5% представників другої групи мають низький рівень когнітивної ригідності, тобто вміють швидко переналаштовуватися на нові умови й завдання. Відмінності між показниками статистично достовірні (p<0,05).

В нашому дослідженні не було виявлено статистично значущих відмінностей між рівнями когнітивної ригідності в обох групах у чоловіків та жінок, в офіцерів та представників солдатсько -сержантського складу. З віком рівень ригідності статистично достовірно збільшується (p<0,05), що може бути пов'язано з тим, що з віком людина використовує стратегії вирішення задач, які вже довели свою ефективність.

Таблиця 3.3

Результати кореляційного аналізу (ρ) для встановлення зв'язків між показниками концентрації уваги, когнітивною ригідністю та показниками ПТСР

Показники	Інтрузії	Уникнення	Когнітивні викривлення	Збудливість
Вибірковість уваги	**-0,321***	-0,006	0,045	-0,102
Когнітивна ригідність	**0,243***	0,08	**0,207***	0,03

* – зв'язки на рівні значущості p=0,05

За результатами кореляційного аналізу визначено, що рівень когнітивної ригідності має позитивні кореляційні зв'язки з інтрузіями (r=0,243; p=0,02) та когнітивними викривленями (r=0,207; p=0,02), а концентрація уваги знижується при підвищенні рівня інтрузій (r=- 0,321; p=0,03)

За методикою «10 слів» О. Лурія, адаптація Д. Андрейченко визначено, що 74,4% комбатантів з ПТСР, які прийняли участь в дослідженні мають низький рівень короткочасної пам'яті, тоді, як серед учасників дослідження без ПТСР лише кожен 29% респондентів мають низький рівень короткочасної вербальної пам'яті. Й відповідно, лише 25,6% представників першої групи та 71% представників другої групи нормальний рівень короткочасної вербальної пам'яті, тобто вміють швидко переналаштовуватися на нові умови й завдання. Відмінності між показниками статистично достовірні (p<0,05). Короткочасна

вербальна пам'ять – це здатність утримувати та оперативно опрацьовувати мовну інформацію (слова, цифри, інструкції) протягом короткого проміжку часу (до 30 секунд). Зниження короткочасної вербальної пам’яті створює бар'єри для навчання та професійної адаптації. В нашому дослідженні не було виявлено статистично значущих відмінностей між рівнями короткочасної вербальної пам’яті в обох групах у чоловіків та жінок, в офіцерів та представників солдатсько -сержантського складу та у представників різних вікових категорій.

Варто звернути уваги, що визначено зворотній кореляційний зв’язок між показниками короткочасної пам’яті та рівнем когнітивної ригідності (r=- 0,301; p=0,03). Короткочасна (робоча) пам’ять має обмежений об’єм. Когнітивна ригідність змушує мозок витрачати величезну кількість ресурсів на «застрягання» (персеверації) на одній думці, схемі поведінки або травматичному спогаді (інтрузії) [107]. У результаті вільного «місця» для обробки нової цивільної інформації просто не залишається. Для ефективного запам’ятовування мозок має швидко перемикатися між стимулами. Ригідна людина «гальмує» на попередньому етапі завдання. Це призводить до того, що нові дані не встигають зафіксуватися в короткочасній пам’яті, оскільки когнітивний фокус усе ще утримує старий шаблон [107]. S когнітивна гнучкість, і робоча пам’ять локалізовані в префронтальній корі головного мозку. При ПТСР цей відділ часто перебуває в стані пригнічення через гіперактивність амигдали (центру страху). Коли префронтальна кора виснажена, вона втрачає здатність і до гнучкого мислення, і до утримання інформації [115].

За методикою «10 слів» О. Лурія, адаптація Д. Андрейченко визначено, що 70% комбатантів з ПТСР, які прийняли участь в дослідженні мають низький рівень стійкості уваги, тоді, як серед учасників дослідження без ПТСР лише 32,3% респондентів мають низький рівень стійкості уваги. Й відповідно, лише 30% представників першої групи та 67,7% представників другої групи мають нормальний рівень стійкості уваги, тобто здатні максимально сконцентруватися на завданні. Відмінності між показниками статистично достовірні ($p<0,05$). Стійкість уваги у комбатантів є критично важливою когнітивною функцією, яка

безпосередньо впливає на виживання та ефективність виконання бойових завдань. Вона характеризується здатністю тривалий час зосереджуватися на об'єктах діяльності, попри зовнішні подразники. Тривалий або хронічний бойовий стрес чинить деструктивний вплив на психіку та когнітивні процеси військовослужбовців, травматичні події, які перетворюються на ПТСР обумовлюють погіршення стійкості концентрованої уваги, швидкості обробки інформації та здатності до переключення, негативно впливає на префронтальну кору мозку, яка відповідає за планування, контроль емоцій та увагу. Сприйняття ситуації може ставати епізодичним, що ускладнює цілісний контроль над обставинами [113].

В нашому дослідженні не було виявлено статистично значущих відмінностей між рівнями короткочасної вербальної пам’яті в обох групах у чоловіків та жінок, в офіцерів та представників солдатсько -сержантського складу та у представників різних вікових категорій.

За методикою «10 слів» О. Лурія, адаптація Д. Андрейченко визначено, що 72,3% комбатантів з ПТСР, які прийняли участь в дослідженні мають низький рівень довгострокової пам’яті, тоді, як серед учасників дослідження без ПТСР лише 27,7% респондентів мають низький рівень довгострокової пам’яті. Й відповідно, лише 27,9% представників першої групи та 72,1% представників другої групи мають нормальний рівень довгострокової пам’яті. Відмінності між показниками статистично достовірні ($p<0,05$). Довгострокова пам’ять у ветеранів має свої особливості, оскільки вона тісно пов'язана з емоційним станом та роботою гіпокампу – зони мозку, яка найбільше страждає від бойового стресу і може ставати епізодичною, що ускладнює цілісний контроль над обставинами. Часто ветерани, особливо, за наявності ПТСР. стикаються з парадоксом: вони можуть до дрібниць пам’ятати події бою (запахи, звуки, розташування об'єктів), але при цьому забувати важливі побутові події, що сталися рік чи два тому. Довгострокова пам'ять працює у два етапи: запис (короткострокова) та збереження (довгострокова). Якщо учасник бойових дій перебував у стані постійного недосипу або мав контузії, процес передачі інформації в "архів"

порушується. В результаті нові знання або навички, отримані після повернення до цивільного життя, можуть засвоюватися набагато повільніше. Мозок може блокувати доступ до певних частин довгострокової пам'яті як захисну реакцію [107].

Таблиця 3.4

Результати кореляційного аналізу для встановлення зв'язків між показниками (ρ) короткочасної вербальної пам'яті, стійкості уваги, довгострокової пам'яті та показниками ПТСР

Показники	Інтрузії	Уникнення	Когнітивні викривлення	Збудливість
Короткочасна вербальна пам'ять	**- 0,467****	-0,008	**- 0,255***	-0,03
Стійкість уваги	**-0,452****	0,08	**-0,272***	**-0,252***
Довгострокова вербальна пам'ять	**-0,412****	0,05	**-0,315***	-0,101

* – зв'язки на рівні значущості p=0,05; ** – зв'язки на рівні значущості p=0,01

За результатами кореляційного аналізу визначено, що рівень короткочасної вербальної пам'яті найбільше залежить від інтрузій (r=- 0,467; p=0,02) й когнітивні викривлення (r=- 0,255; p=0,02). Визначено, що стійкість уваги найбільше залежить від інтрузій (r=-0,452; p=0,02), когнітивних викривлень (r=-0,272; p=0,03) та проявів збудливості (r=-0,252; p=0,02). Чим вище показники інтрузії та когнітивних викривлень, тим гірше довгострокова пам'ять (r=-0,412; p=0,02 та r=-0,315; p=0,02 відповідно)

Таблиця 3.5

Результати порівняльного аналізу встановлення відмінностей в показниках когнітивних функцій в учасників бойових дій

Показники когнітивних функцій	**Група 1(з ПТСР), n=90**	**Група 2 (без ПТСР), n=186**	**t**
Рівень вибірковості уваги	13,43	20,12	**4,23****
Когнітивна ригідність	3,12	4,67	**4,76****
Короткочасна вербальна пам'ять	4,12	6,23	**5,87****
Стійкість уваги	6,34	9,12	**5,46****
Довгострокова вербальна пам'ять	4,63	8,56	**4,44****

** – відмінності на рівні значущості p<0,01

Отже порівняльний аналіз показників вибірковості та стійкості уваги когнітивної ригідності, короткочасної та довгострокової пам'яті в учасників дослідження, які мають або не мають ПТСР дозволяє зробити висновок, який **повністю підтверджує *емпіричну гіпотезу 1***: *наявність клінічно вираженої симптоматики ПТСР в учасників бойових дій виступає первинним деструктивним предиктором когнітивної дезадаптації, що виражається у тотальному зниженні показників пам'яті (короткочасної та довгострокової) й уваги (вибірковості та стійкості), а також у формуванні вираженої когнітивної ригідності, яка блокує гнучкість поведінки в умовах мирного життя.*

Показники професійної готовності, визначені за допомогою *Опитувальника професійної готовності (за Л. Кабардовою* в адаптації В. Доротюк*)* представлено нижче.

Таблиця 3.6

Описова статистика показників професійної готовності учасників бойових дій з ПТСР за Опитувальником професійної готовності (за Л. Кабардовою, в адаптації В. Доротюк), n=90

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Людина- природа	37,43	5,67	56	6
Людина- людина	18,25	6,15	30	0
Людина- знакова система	19,36	5,22	32	2
Людина- техніка	38,42	5,24	60	5
Людина- художній образ	15,45	6,02	27	1

Превалюють показники професійної готовності до роботі в таких сферах: «Людина–техніка» та «Людина–природа». Середні показники (38,42 ±5,24 та 37,43±5,67) високому рівню готовності. Людина–техніка- традиційно найсильніша сфера для військових. Взаємодія зі зброєю, технологіями та спорядженням протягом служби формує високу впевненість у своїх навичках («Я можу») та

звичку працювати з матеріальними об'єктами. Максимальний бал 60 у цій категорії підтверджує наявність у групі професіоналів. Людина–природа- високий бал може свідчити про пошук емоційного спокою. Робота в цій сфері часто розглядається ветеранами з ПТСР як терапевтична, оскільки вона мінімізує стресові соціальні контакти. Критично низька сфера- «Людина- людина» Середній показник (18,25±6,15) знаходиться на межі між низьким та нижче середнього. Низький інтерес до роботи з людьми часто зумовлений виснаженням від інтенсивних соціальних взаємодій, емоційним виснаженням та втратою довіри. Мінімальне значення 0 вказує на повне відторгнення цієї сфери з боку частини опитаних. Сфери «Людина- знакова система» (19,36±5,22) та «Людина- художній образ» (15,45±6,02)- обидва показники мають низький рівень. Тобто, комбатанти демонструють низьку готовність працювати з цифрами, документами та кодами, що може бути наслідком когнітивної негнучкості та труднощів із концентрацією, про що ми говорили раніше.

Таблиця 3.7

Описова статистика показників професійної готовності учасників бойових дій без ПТСР за Опитувальником професійної готовності (за Л. Кабардовою, в адаптації В. Доротюк), n=186

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Людина- природа	33,43	5,67	56	6
Людина- людина	34,18	6,15	55	0
Людина- знакова система	19,25	5,37	36	2
Людина- техніка	36,53	5,48	60	2
Людина- художній образ	19,38	5,71	35	1

В учасників бойових дій без ПТСР домінантними є такі сфери професійної готовності, як « Людина- Техніка»-36,53±5,48, « Людина- Природа»-33,43±5,67 та «Людина-Людина»- 34,18±6,15. Сфера «Людина-людина» може виступати як збережений соціальний ресурс. Це свідчить про те, що ветерани, які не страждають на ПТСР, мають високий рівень комунікативних навичок. Вони

здатні й готові працювати в секторах, що вимагають комунікації, навчання, керівництва або надання допомоги. Вони потенційно можуть стати ефективними керівниками, наставниками або соціальними працівниками. Значення від 0 до 55 вказують на те, що група є гетерогенною. Хоча більшість є соціально орієнтованою, є особи (мінімум 0), які, навіть не маючи клінічного ПТСР, є глибоко замкнутими або мають настільки своєрідну особистість, що це унеможливлює роботу з людьми. Здатність зберігати інтерес до сфери «людських відносин» навіть після воєнних переживань свідчить про успішну психологічну адаптацію та здатність відокремлювати «військове суспільство» від «цивільного суспільства».

Порівняння показників професійної готовності учасників дослідження представлено на рис.3.6

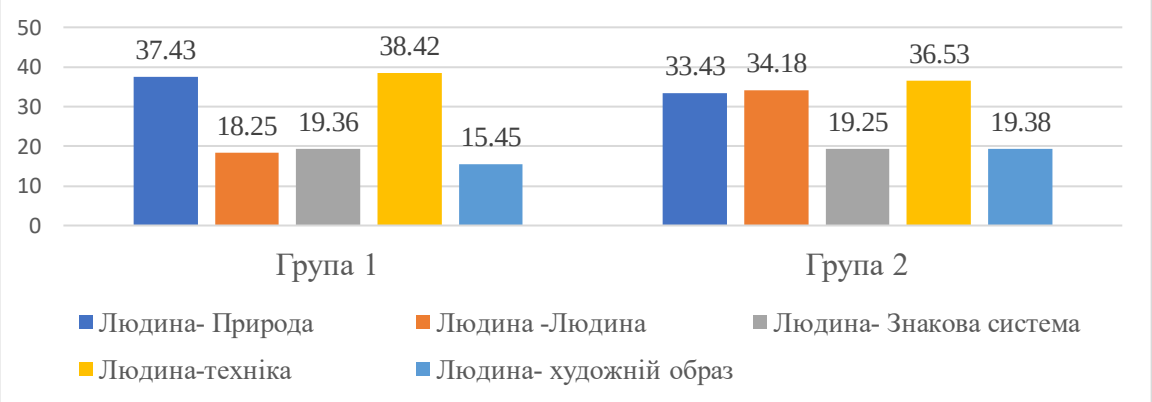


Рис. 3.6 *Показники професійної готовності учасників дослідження з урахуванням наявності чи відсутності ПТСР*

Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186

При порівнянні результатів професійної готовності можна побачити, що в обох групах показник «Людина- природа» є достатньо високим, проте, ветерани з ПТСР мають вищий показник за шкалою «Людина-природа» ніж ті, хто не має симптомів. Тобто, можна зробити висновок, що природне середовище підсвідомо сприймається як безпечне та відновлювальне (ресурсне). саме для тих, хто має травму. В обох групах інтерес до техніки високий, але при ПТСР він стає домінантним. Це свідчить про бажання працювати самостійно, де результат

залежить від власних дій, а не від непередбачуваних емоцій інших людей. Варто наголосити, що для учасників бойових дій, незалежно від наявності чи відсутності симптомів посттравматичного стресового розладу, діяльність, пов'язана зі знаковими системами (робота з текстами, символами, абстрактними моделями), не становить значного інтересу. Крім того, статистично достовірні відмінності між показниками за шкалою «Людина- художній образ» свідчить про суттєве зниження інтересу до творчості у комбатантів з ПТСР.

«Людина- людина» – єдина сфера, яка радикально відрізняється у представників першої та другої групи. У ветеранів без ПТСР вона є однією з провідних (34,18), що свідчить про збережений потенціал до лідерства, навчання та допомоги. При ПТСР цей ресурс фактично блокується.

Таблиця 3.8

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках професійної готовності для груп досліджуваних учасників бойових дій

Показники професійної готовності	**Група 1, з ПТСР, n=90**	**Група 2, без ПТСР, n=186**	**t**	**p**
Людина-Природа	37,43	33,43	**2,48***	0,04
Людина-Людина	18,25	34,18	**5,23****	0,00
Людина – Знакова система	19,36	19,25	**0,45**	0,7
Людина-Техніка	38,42	36,53	**1,73***	0,03
Людина-Художній образ	15,45	19,38	**2,08***	0,02

* – відмінності на рівні значущості $p<0,05$; *** – відмінності на рівні значущості $p<0,001$

Найбільш виражене розходження між досліджуваними вибірками зафіксовано за соціономічною сферою «Людина–Людина» на найвищому рівні статистичної значущості ($M_1 = 18,25$; $M_2 = 34,18$; $t = 5,23$; $p < 0,001$). Отриманий результат наочно ілюструє блокаду комунікативної готовності в учасників бойових дій з ПТСР. Натомість у комбатантів без ПТСР показники цієї сфери є нормативно високими, що відображає збережену комунікативну гнучкість, самоефективність та готовність до активної соціальної інтеграції. На противагу комунікативному регресу, комбатанти з ПТСР продемонстрували статистично вищі показники

готовності до сфер «Людина–Техніка» (M_1 = 38,42; M_2 = 36,53; t = 1,73; p < 0,05) та «Людина–Природа» (M_1 = 37,43; M_2 = 33,43; t = 2,48; p < 0,05). Зниження показників у сфері «Людина–Художній образ» учасників бойових дій з ПТСР порівняно з комбатантами без ПТСР (M_1 = 15,45; M_2 = 19,38); t = 2,08; p < 0,05) маркує редукцію творчого потенціалу, креативності та емоційної експресії під впливом «емоційного оніміння» (ангедонії), притаманного ПТСР. Повна відсутність статистичних розбіжностей зафіксована лише за сферою «Людина–Знакова система» (M_1 = 19,36; M_2 = 19,25; t = 0,45; p > 0,05). Обидві вибірки демонструють однаково помірний рівень готовності до оперування кодами, цифрами, формулами чи документами.

З метою зіставлення внутрішньої архітектоніки психіки ветеранів було проведено сепаратний експлораторний факторний аналіз (ЕФА) методом головних компонентів окремо для двох досліджуваних груп — учасників бойових дій із клінічно підтвердженим ПТСР (n=90) та учасників бойових дій без ознак посттравматичного стресового розладу (n=186). В аналітичні матриці обох груп було одночасно інтегровано клінічні кластери ПТСР (за PCL-5), показники депресій й тривоги (за HADS) та профілі професійної готовності учасників бойових дій (див. додаток 15). Первинні розрахунки підтвердили високу факторизованість та математичну придатність емпіричних даних до процедури лінійного моделювання: у групі 1 (з ПТСР) коефіцієнт адекватності вибірки Кайзера-Маєра-Олкіна склав KMO = 0,862, а критерій сферичності Бартлетта фіксувався на рівні (χ^2= 642,18 при p < 0,001); у групі 2 (учасники бойових дій без ПТСР) матриця також продемонструвала високу надійність (показники KMO та критерію Бартлетта відповідали нормативним вимогам факторизації).

Результати інтегрованого порівняльного факторного аналізу (табл. 3.9.) дозволяють диференціювати деструктивний вплив ПТСР від супутніх проявів депресії та тривоги на професійну готовність учасників бойових дій. Математичним доказом самостійного пресорного впливу ПТСР виступає характер розподілу факторних навантажень у групі 2 (учасники бойових дій без ПТСР), де попри підтверджену наявність субклінічних та клінічних ознак депресії (HADS-D,

29,6% підгрупи) та тривоги (HADS-A, 32,8% підгрупи), показники професійної готовності утворюють ізольований фактор 2. У цій структурі домінуючим залишається проактивний вибір соціономічної сфери "Людина–Людина" (0,784), а технічний та природничий вектори відображають вільні цивільні інтереси особистості, будучи відокремленими від факторів патології.

Натомість у групі 1 (учасники бойових дій з ПТСР) впровадження чинника посттравматичного стресового розладу призводить до повної реструктуризації латентного простору. Сфери "Людина–Техніка" (0,724) та "Людина–Природа" (0,698) інтегруються у Фактор 1, і поєднуються з проявами ПТСР: когнітивними викривленнями (0,865), інтрузіями (0,812) та активним уникненням (0,754), при цьому, комунікативна готовність має вагоме негативне навантаження (-0,742).

Депресія викликає апатію та загальну бездіяльність. ПТСР діє інакше — він активно підштовхує людину до кар'єрного регресу. Показники «якорів кар'єри», визначені за *методикою* Е. Шейн в адаптації А. Жданович та Е. Могилевкиної представлено нижче.

Таблиця 3.9

Описова статистика показників «якорів кар'єри», визначених за методикою Е . Шейн в адаптації А. Жданович та Е. Могилевкиної в учасників бойових дій з ПТСР, n=90

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Максимальне значення	Мінімальне значення
Професійна компетентність	4,46	1,42	8,2	1,2
Менеджмент	3,67	1,02	6	1,3
Автономія	7,97	1,22	10	5,1
Стабільність	7, 61	1,15	10	5
Служіння	6,23	1,16	10	1
Виклик	5,23	1,12	10	1,1
Інтеграція	4,23	1,22	8	1
Підприємництво	4,03	1,31	8,2	1

Отже, для ветеранів з ПТСР домінантними є такі «якорі професії», як автономія та стабільність- найвищі середні показники 7,97±1,22 та 7,61±1,15.

Високий бал «Автономії» свідчить про гостре прагнення ветеранів до незалежності. Це часто є захисною реакцією на ПТСР - бажання самостійно контролювати свій простір, графік та уникати жорсткого ієрархічного тиску, який може бути тригером. Варто звернути увагу, що максимальний показник-10, а мінімальний-5,1, тобто для всіх ветеранів з ПТСР, які прийняли участь в дослідженні автономія є або домінуючою, або другорядною цінністю. Максимальний бал за шкалою стабільність-10, тоді як мінімальний-5, тобто, потреба в передбачуваності та безпеці таж є домінуючою цінністю. Після хаосу війни ветеран шукає соціальні гарантії та стабільне середовище, щоб знизити рівень тривожності. Привертають увагу такі «якорі професій», як «Служіння» й «Виклик» з середніми показниками 6,23±1,16 й 5,23±1,12 й максимальними показниками по 10 балів. Ці показники вище за середній, що є характерним для військових [45]. Це свідчить про збереження потреби бути корисним суспільству та реалізовувати ціннісні орієнтири в роботі. Це важливий ресурс для реабілітації – професія повинна мати сенс, а не лише приносити гроші. Показник «Виклик» у контексті ПТСР та професійного самовизначення УБД- це один із найбільш неоднозначних і цікавих маркерів. Для людей з цим якорем головна мотивація в роботі – це подолання непереборних перешкод, вирішення складних завдань або перемога над сильним суперником. Новизна та ризик для них є ключовими. Бойовий досвід навчив ветеранів долати екстремальні виклики. Звичка до високого рівня адреналіну може підсвідомо змушувати їх шукати складні завдання, щоб знову відчути себе «у своїй тарілці». Але, симптоми ПТСР (виснаження, тривожність, потреба в безпеці) часто гасять це прагнення. Людина може уникати викликів у цивільному житті, бо її «ліміт на ризик» був вичерпаний на війні. Середній бал «Виклику» вказує на те, що, комбатанти з ПТСР не шукають легкої чи рутинної роботи (бал не мінімальний), але вони також не готові до надвисоких навантажень, які пропонує агресивне бізнес-середовище. Існує ризик швидкого вигорання: якщо робота занадто проста, ветеран відчуває апатію; якщо занадто складна – це може спровокувати посилення симптомів ПТСР через стрес.

Поєднання середніх показників за шкалою «Виклик» з високим показником Автономії дозволяє зробити висновок, що учасники бойових дій, попри наявність симптомів ПТСР, готові вирішувати складні завдання, але на своїх умовах, без тиску керівництва та спираючись на себе. Якір «Виклик» на рівні 5,23 підтверджує, що професійне самовизначення ветеранів не є повністю пасивним. Показник професійної компетентності 4,46±1,42 нижче середнього, а максимальний показник 8,2, тобто жоден з ветеранів з ПТСР, які прийняли участь в дослідженні не вважає себе фахівцем в цивільних професіях.

Таблиця 3.10

Коефіцієнти кореляції (ρ) між стійкістю уваги, довгостроковою пам'яттю та показниками професійної компетентності в учасників бойових дій з ПТСР

Показники когнітивних функцій	Професійна компетентність
Догострокова пам'ять	**0,246***
Стійкість уваги	**0,254***

* – зв'язки на рівні значущості p=0,05

Професійна компетентність у цивільному середовищі вимагає від особистості не лише засвоєння нових знань, а й формування стійких оперативних схем, гнучких алгоритмів та фахового досвіду. Виявлений позитивний зв'язок доводить, що довгострокова вербальна пам'ять є безпосереднім сховищем та інструментом актуалізації професійного інструментарію. Зниження мнемічної функції під впливом травматичного стресу позбавляє ветерана можливості швидко й безпомилково оперувати складними поняттями цивільної праці, що прямо знижує рівень його суб'єктивної та об'єктивної професійної компетентності. Через ПТСР довгострокова пам'ять та увага знижені, що безпосередньо впливає на самооцінку компетентності (коефіцієнти кореляції r= 0,246; p=0,03 та r= 0,254; p=0,03 відповідно).

Критично низькі показники за шкалою «Менеджмент» 3,67±1,02 свідчать про те, що комбатанти з ПТСР не прагнуть до управління іншими. Низький бал за шкалою «Підприємництво» 4,03±1,31 вказує на низьку готовність до ризику та

створення чогось нового, при чому, серед представників цієї групи жоден з комбатантів не вважає ані менеджмент, ані підприємництво ключовими якорями своєї майбутньої професійної діяльності (максимальні показники 8,2 й 6 відповідно, притаманні другорядним орієнтаціям). Низький показник інтеграції стилів життя (4,23±1,22) свідчить про труднощі з поєднанням роботи, сім'ї та особистого відновлення.

В нашому дослідженні не було виявлено статистично значущих відмінностей показників «якорів кар'єри» у представників різної статі, різних вікових категорій та різних соціально- демографічних груп.

Результати визначення «якорів кар'єри» в учасників бойових дій, які не мають посттравматичного стресового розладу представлено в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Описова статистика показників «якорів кар'єри», визначених за методикою Е . Шейн в адаптації А. Жданович та Е. Могилевкиної в учасників бойових дій без ПТСР, n=186

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Професійна компетентність	5,36	1,42	10	1
Менеджмент	5,45	1,02	10	1,3
Автономія	6,84	1,42	10	3,1
Стабільність	6, 61	1,37	10	1,3
Служіння	6,03	1,16	10	1
Виклик	6,53	1,23	10	1,4
Інтеграція	5,13	1,22	10	1,5
Підприємництво	7,03	1,25	10	1,3

Профіль кар'єрних орієнтацій учасників бойових дій без ПТСР демонструє значно вищий рівень адаптивності та активності. Домінантний якір- «Підприємництво», середній показник 7,03±1,25.

Показники автономії та стабільності мають помірно високий рівень- середні показники 6,61±1,37 відповідно, що свідчить про здорове прагнення до

незалежності, яке не супроводжується ізоляцією. Стабільність тут сприймається як фундамент для розвитку, а не як «сховище» від зовнішнього світу. Середній показник за шкалою «Виклик»- 6,53±1,23 значно вище, ніж в першій групі. Тож, можна сказати, що бойовий досвід інтегрований як ресурс. Ветерани сприймають складні завдання як можливість проявити себе, а не як джерело ретравматизації. Рівень енергії та внутрішньої мотивації дозволяє їм конкурувати в цивільному середовищі. Середні показники за шкалами «Менеджмент»- 5,45±1,02 та «Професійна компетентність» 5,36±1,42 знаходяться в межах середньої норми, що свідчить про адекватну самооцінку тобто, ветерани без ПТСР тверезо оцінюють свої знання та навички й лідерський потенціал, на відміну від уникаючої моделі, ці респонденти не відкидають можливість управління людьми (Менеджмент вище за Професійну компетентність), що вказує на готовність до соціальної ієрархії та відповідальності. Хоча показник «Інтеграції стилів життя» - 5,13±1,22 не є найвищим, він вищий, ніж у групі з ПТСР. Це вказує на кращу здатність балансувати між роботою, сім'єю та власними інтересами, що є ознакою когнітивної гнучкості.

Таблиця. 3.12

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках «якорів кар'єри» за методикою Е. Шейн в адаптації А. Жданович та Е. Могилевкиної для груп досліджуваних учасників бойових дій

Показники «якорів кар'єри»	**Група 1, з ПТСР, n=90**	**Група 2, без ПТСР, n=186**	**t**	**p**
Професійна компетентність	**4,46**	**5,36**	**2,68****	0,00
Менеджмент	3,67	5,43	**5,02*****	0,00
Автономія	**7,97**	**6,84**	**1,69***	0,04
Стабільність	**7,61**	**6,61**	**1,84***	0,03
Служіння	6,23	6,03	0,65	0,6
Виклик	**5,23**	**6,53**	**2,73***	0,00
Інтеграція	**4,23**	**5,13**	**1,75***	0,03
Підприємництво	**4,03**	**7,03**	**4,53*****	0,00

* – відмінності на рівні значущості $p<0,05$; ** – відмінності на рівні значущості $p<0,01$; *** – відмінності на рівні значущості $p<0,001$

Емпірично доведено, що ПТСР змінює кар'єрний вектор ветеранів, блокуючи орієнтації на лідерство, ризик і конкуренцію, та змушує обирати автономну й передбачувану працю як інструмент відновлення відчуття безпеки.

Таблиця 3.13

Описова статистика показників сенсо-життєвих орієнтацій, учасників бойових дій з ПТСР, визначених за методикою О. Леонтьєва, в адаптації К. Горишиної, n=90

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Цілі життя	24,45	3,57	30	7
Процес життя	25,38	3,02	29	7
Результат життя	27,34	3,48	30	7
Локус контролю «Я»	15, 61	2,37	21	7
Локус контролю- Життя	24,53	3,16	29	8
Загальний показник	88,45	4,23	102	80

Отже, середній показник за шкалою «Цілі життя» 24,45±3,57, що свідчить про відсутність планів та намірів, про дефіцит перспективного планування. Людина живе без чітких життєвих намірів, що може бути пов’язано з відчуттям «скороченого майбутнього» (foreshortened future) - типового симптому травми, коли здається, що ставити довгострокові цілі немає сенсу.

У комбатантів з ПТСР відмічається домінування минулого над теперешнім, середній показник за шкалою «Результат життя» 27,34±3,48 вказує на те, що ветерани з ПТСР схильні сприймати своє життя як таке, яке, що вже відбулося, бо основний сенс залишається в минулому, в бойовому досвіді. Процес життя- середній показник 25,38±3,02, тобто такі люди відчувають своє життя нудним, «прісним», нецікавим та позбавленим емоційної насиченості.

Локус контролю «Я» (15,61±2,37) середній показник нижче норми, що свідчить про втрату віри в себе, як господарів власної долі ветерани, які страждають на ПТСР, втратили віру в те, що вони є господарями своєї долі.

Травматична подія порушила їхнє уявлення про власну автономію; вони відчувають себе об'єктами обставин, а не суб'єктами.

Локус контролю «Життя»- середній показник (24,53±3,16) вище за середній показник локусу контролю «Я», що свідчить про певний ступінь фаталізму. Тож, комбатанти з ПТСР можуть визнавати, що життя має свої закони, але не відчувають, що мають силу впливати на ці закони.

Загальний бал (88,45±4,23), свідчить про наявність екзистенційної кризи в учасників дослідження з ПТСР. Після травматичного досвіду життя втрачає свою цілісність, а цінності, які були раніше, стають предметом сумнівів. Низька дисперсія (±4,23) вказує на те, що ця криза є системною для всієї групи. Мова йде не про поодинокі випадки, а про спільну ситуацію, яка «плаває» між минулим і майбутнім.

Таблиця 3.14

Коефіцієнти кореляції (ρ) між показниками сенсо- життєвих орієнтацій та показниками ПТСР, депресії та когнітивної ригідності

	Інтрузії	**Уникнення**	**Когнітивні викривлення**	**Збудливість**	**Депресія**	**Когнітивна ригідність**
Цілі життя	- 0,067	-0,008	**- 0,255***	-0,03	**-0,265***	**-0,345***
Процес життя	**-0,312***	**-0,285***	-0,06	0,101	**-0,453****	0,07
Результат життя	0,02	0,08	**-0,232***	0,04	**-0,263***	0,05
Локус контролю «Я»	**-0,322***	**-0,314***	**-0,405****	-0,01	**-0,372***	0,07
Локус контролю-Життя	0,08	0,05	**-0,343***	-0,01	**-0,276***	**-0,365***

* – зв'язки на рівні значущості p=0,05; ** – зв'язки на рівні значущості p=0,01

Що вище показники когнітивних викривлень, депресія та когнітивної ригідність то нижче показник «Цілі життя» (виявлені негативні кореляційні зв'язки- (ρ=- 0,318; p=0,03, ρ =- 0,265; p=0,02, r=- 0,345; p=0,03 відповідно). За результатами кореляційного аналізу встановлено, що вищий рівень інтрузії уникнення, депресії то нижче показник «Процес життя» (ρ =- 0,312; p=0,03 та ρ =- 0,285; p=0,02; ρ =- 0,453; p=0,03 відповідно).

За результатами кореляційного аналізу встановлено негативні кореляційні зв'язки між інтрузіями, уникненням, когнітивними викривленнями, та показником «Локус контролю-Я» (ρ =- 0,322; p=0,02 та ρ =- 0,314; p=0,02, ρ =- 0,405; p=0,03 та ρ =- 0,372; p=0,02 відповідно).

За результатами кореляційного аналізу встановлено, що когнітивні викривлення, депресія та когнітивна ригідність мають негативні кореляційні зв'язки з показником «Локус контролю- життя», тобто, підвищують фаталізм (ρ =- 0,343; p=0,02 та ρ =- 0,276; p=0,02, ρ =- 0,365; p=0,03 відповідно)

Емпірична гіпотеза 2: *Припускається, що вираженість таких симптомів ПТСР як інтрузії, уникнення та когнітивні викривлення в учасників бойових дій мають зворотній кореляційний зв'язок з сенсо-життєвими орієнтаціями, зокрема, посилення психологічної травматизації послаблює локус контролю «Я», а когнітивні викривлення мають зворотний зв'язок із цілепокладанням, задоволеністю результатами життя та загальним локусом контролю «Життя»* **повністю підтверджена.**

Таблиця 3.15

Описова статистика сенсо-життєвих орієнтацій, визначених за методикою Д. Леонтьєва в адаптації К. Горшиної в учасників бойових дій без ПТСР, n=186

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Максимальне значення	Мінімальне значення
Цілі життя	31,36	3,42	35	15
Процес життя	28,45	3,02	34	16
Результат життя	26,84	3,42	32	15
Локус контролю «Я»	18, 61	3,37	23	15
Локус контролю- Життя	28,12	3,16	34	12
Загальний показник	103,75	3,23	110	87

Аналіз показників за методикою СЖО Д. Леонтьєва для групи учасників бойових дій без ПТСР демонструє збалансований та адаптивний профіль осмисленості життя. Домінантна шкала: «Цілі життя» (31,36±3,42). Ветерани без ПТСР мають чітку орієнтацію на майбутнє. Наявність намірів та планів надає

їхньому життю цілеспрямованості та часової перспективи. Емоційна насиченість- «Процес життя» (28,45±3,02). Високий бал вказує на здатність комбатантів отримувати задоволення від теперішнього моменту. Середній показник шкали «Результат життя» (26,84±3,42) свідчить про те, що ветерани цінують свій минулий досвід, але не вважають його «піком» свого існування. Локус контролю «Я» - середній показник (18,61±3,37) дещо нижчий за інші шкали - респонденти вірять у себе, проте тверезо оцінюють свої сили.

Було проведено порівняльний аналіз показників смисложиттєвих орієнтацій (за методикою СЖО Д. Леонтьєва) між групою учасників бойових дій з ознаками ПТСР (група 1, n=90) та групою учасників бойових дій без ознак зазначеної психопатологии (група 2, n=186) із застосуванням t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок (див. Таблицю 3.15).

Таблиця. 3.16

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках сенсо-життєвих орієнтацій для груп досліджуваних учасників бойових дій

Показники СЖО	**Група 1, з ПТСР, n=90**	**Група 2, без ПТСР, n=186**	**t**	**p**
Цілі життя	**24,45**	**31,36**	**2,81****	0,01
Процес життя	**25,38**	**28,45**	**1,73***	0,02
Результат життя	27,34	26,84	1,23	0,6
Локус контролю «Я»	**15,61**	**26,61**	**3,74*****	0,00
Локус контролю «Життя»	**24,53**	**18,61**	**3,65*****	0,00
Загальний показник	**88,45**	**103,75**	**4,55*****	0,00

* – відмінності на рівні значущості p<0,05; ** – відмінності на рівні значущості p<0,01; *** – відмінності на рівні значущості p<0,001

Результати статистичного обчислення зафіксували наявність високозначущих розбіжностей між досліджуваними групами.

Глибока диференціація за субшкалою «Цілі в житті» (M_1= 24,45; M_2= 31,36; t = 2,81; p = 0,01) відображає блокаду процесів майбутнього цілепокладання у травмованих учасників бойових дій. Через симптоми вторгнення (інтрузії,

флешбеки) індивідуальний час особистості з ПТСР виявляється заблокованим, консервуючи суб'єкта у пастці «зацикленого часу» бойового минулого. Комбатанти групи 1 демонструють упередження катастрофізації майбутнього, що змушує їх відмовлятися від проектування стратегічних життєвих планів та кар'єрних амбіцій, звужуючи часовий горизонт до короткострокового виживання.

Статистично нижчі бали за шкалою «Процес життя» у групі учасників бойових дій з ПТСР (M_1= 25,38; M_2= =28,45; t = 1,73; p = 0,02) дозволяють зробити висновок, що емоційне тло є дефіцитарним та звуженим до «когнітивного тунелю» загрози. Цивільне життя здається цим ветеранам чужим і штучним, оскільки їхній психологічний час заблокований, а інтенсивність перенесених психотравмуючих переживань знецінює будь-які буденні події [15]. Як наслідок, процес теперішнього існування сприймається ними як беззмістовна послідовність дій, позбавлена внутрішнього інтересу. Натомість у групі 2 (без ПТСР) фіксуються статистично вищі показники, які свідчать про збережену емоційну гнучкість особистості та успішний запуск механізмів психологічної пружності (резільєнтності). Комбатанти контрольної групи виявляють високий інтерес до поточної життєдіяльності, сприймають цивільне буття як насичене, динамічне й наповнене щоденними сенсами. Згідно з теорією розширення та конструювання, наявність такого позитивного емоційного стану розширює обсяг їхньої уваги та думок [128]. Це повертає учасникам бойових дій без ПТСР доступ до адаптивних методів управління стресом, стимулює самоефективність і дозволяє розглядати варіативність соціуму не як загрозу, а як простір для реалізації проактивних життєвих цілей**.**

Відсутність статистично значущих розбіжностей за шкалою «Результат життя» (t = 1,23; p = 0,6) свідчить про те, що обидві групи комбатантів однаково оцінюють продуктивність та цінність уже пройденого відрізка життєвого шляху, де головною ядерною подією біографії виступає військовий досвід. Травма не змінює ретроспективну оцінку минулого, проте вона радикально викривляє параметри суб'єктивного контролю індивіда над поточним та майбутнім буттям,

що наочно підтверджується полярними розбіжностями за двома шкалами локусу контролю.

Зниження «Локусу контролю «Я» (криза самоефективності): у групі учасників бойових дій з ПТСР зафіксовано вкрай низькі показники за цим параметром порівняно з групою контролю (M_1= 15,6; M_2= 26,61; t = 3,74; p < 0,001). Визначена закономірність є прямим наслідком надінтенсивної психологічної травматизації та супутньої моральної травми, які повністю руйнують ілюзію власної непогрішності й сили особистості. Досвід непереборного фронтового страху та втрати побратимів формує в учасників бойових дій з ПТСР стійкий синдром набутої безпорадності. Ветеран втрачає віру у власну здатність бути господарем свого життя та вільно приймати рішення у цивільному соціумі. На противагу цьому, в учасників бойових дій без ПТСР спостерігається достатньо високий рівень «Локусу контролю «Я», що маркує збереженість Я-концепції та може виступати індикатором посттравматичного зростання особистості. Учасники бойових дій без ПТСР успішно асимілювали екстремальний бойовий досвід, конвертувавши досвід подолання кризових фронтових обставин у стійке переконання у власній силі, здатності діяти морально й автономно за будь-яких умов. Високий локус контролю «Я» в учасників бойових дій без ПТСР забезпечує формування високої особистісної самоефективності. Такі ветерани переконані, що володіють достатньою свободою вибору, аби самостійно керувати кар'єрою, що детермінує їхню мотиваційну готовність до активної соціальної взаємодії, лідерства й конкуренції в цивільному середовищі

На противагу падінню локусу «Я», за показником локусу «Життя» ветерани з ПТСР продемонстрували статистично вищі бали, ніж контрольна група M_1= 24,53; M_2 = 18,61; t = 3,65; p < 0,001). Психологічний зміст таких результатів може бути обумовленим формуванням стійкої фаталістичної життєвої настанови. Оскільки індивід через ПТСР не відчуває внутрішньої сили керувати подіями (низький локус «Я»), його психіка переносить контроль назовні — на рівень тотальної зумовленості життя зовнішніми обставинами, долею чи випадковістю. Комбатант з ПТСР переконаний, що людське життя повністю підкорене

хаотичним, зовнішнім силам, а індивідуальні зусилля є марними. Даний екзистенційний дисбаланс — коли прагнення контролювати процеси ззовні («Локус Життя» високий) поєднується з повним безсиллям і невірою у власне «Я» («Локус Я» низький) — утворює глибоке внутрішнє напруження. Людина вимагає від світу абсолютної стабільності й передбачуваності, але відчуває себе неспроможною витримати мінливість соціуму. Натомість в учасників бойових дій без ПТСР зафіксовано помірні, раціональні показники за цією шкалою, що відображає збалансоване, реалістичне світосприйняття особистості. Ветерани без ПТСР вільні від ілюзій тотального зовнішнього зумовлення й фаталізму. Вони чітко усвідомлюють, що хоча цивільний соціум є складним і варіативним середовищем, індивідуальні зусилля, безперервне навчання та проактивне цілепокладання мають вирішальне значення для побудови успішного кар'єрного сценарію.

Аналіз загального показника осмисленості життя продемонстрував наявність вираженого розходження між групами на найвищому рівні статистичної значущості (M_1= 88,45; M_2 = 103,75; t = 4,55; p < 0,001). Отриманий результат переконливо доводить, що маніфестація ПТСР виступає генералізованим деструктором смислової сфери, занурюючи ветерана у стан поствоєнного екзистенційного вакууму, тоді як відсутність розладу у комбатантів без ПТСР маркує збереженість психологічного здоров'я та вищий адаптивний потенціал особистості.

Задля глибшої верифікації першої емпіричної (екзистенційно-смислової) гіпотези та виявлення прихованих закономірностей деформації смислової сфери комбатантів, кількісні бали загального показника сенсо-життєвих орієнтацій було операціоналізовано та переведено у номінальну шкалу за трьома рівнями вираженості феномену: низький, середній та високий. З метою визначення статистичної значущості розбіжностей у частоті розподілу цих рівнів між учасниками бойових дій з ПТСР (n=90) та учасників бойових дій без ПТСР (n=186) було застосовано аналіз частотних розподілів за критерієм χ^2Пірсона із побудовою двовимірної таблиці спряженості

Таблиця 3.17

Розподіл учасників бойових дій за рівнями загального показника сенсо-життєвих орієнтцій за критерієм χ^2Пірсона

Клінічний статус	Низький рівень загального показника СЖО, екзистенційна криза	Середній рівень загального показника СЖО	Високий рівень загального показника СЖО	Всього
Група 1	48 (53,3%)	36 (40,0%)	6 (6,7%)	90 (100%)
Група 2	20 (10,8%)	110 (59,1%)	56 (30,1%)	186 (100%)

*Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186

**Примітка: χ^2 = 56,12; df = 2; p < 0,001.

Математико-статистичне обчислення дозволяє зробити висновок про наявність високозначущого зв'язку між клінічним статусом комбатанта та рівнем осмисленості його поствоєнного буття: χ^2=56,12 при ступенях свободи (df = 2); рівень статистичної достовірності досягає найвищого значення (p<0,001). Отримані дані дозволяють із стовідсотковою надійністю відкинути нульову гіпотезу про випадковий характер емпіричного розподілу та констатувати, що наявність симптомокомплексу ПТСР виступає провідним патогенним предиктором, який детермінує переструктурування смислової вертикалі особистості. Більше половини ветеранів експериментальної групи (53,3% / 48 осіб) виявляють низькі показники за загальним індексом СЖО, що майже в чотири рази перевищує аналогічний показник очікуваної (теоретичної) частоти для випадкового розподілу. Даний факт є прямим підтвердженням маніфестації глибокого екзистенційного вакууму та затяжної смислової кризи у травмованих учасників бойових дій. ПТСР діє як системний деструктор, який через механізми інтрузій та уникнення блокує можливість адекватної біографічної інтеграціївоєнного досвіду, консервуючи особистість у стані тотальної смислової дезорієнтації. При цьому високий рівень осмисленості зафіксовано лише у 6,7% травмованих ветеранів, що вказує на критичне виснаження внутрішніх ресурсів їхньої психіки. На противагу групі 1, більшість представників другої групи

перебувають у межах середнього (59,1%) та високого (30,1%) рівнів осмисленості життя. Отримані частоти значно перевищують теоретично очікувані значення. Ветерани, які змогли інтегрувати екстремальний бойовий досвід як завершений етап життєвої історії, демонструють високий рівень ціннісно-смислової зрілості. Вони мають чітко окреслені життєві орієнтири та виявляють значну мотиваційну готовність до повноцінної самореалізації у цивільному суспільстві.Отримані результати дозволяють підтвердити **емпіричну гіпотезу 3:** *в учасників бойових дій з ПТСР буде частіше проявлятися екзистенційна криза, на відміну від учасників бойових дій без ПТСР.*

Показники соціально-психологічної адаптації представлено нижче

Таблиця 3.18

Описова статистика показників соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса та Р. Даймонд в адаптації Д. Александрова, О. Давидової в учасників бойових дій з ПТСР, n=90

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Дезадапиація	78,34	6,56	95	15
Прийняття себе	25,34	6,02	65	12
Прийнятя інших	24,37	6,22	64	10
Емоційний комфорт	29,43	5,15	65	5
Інтернальність	27,34	6,16	64	4
Домінування	33,23	6,12	70	1

Отже, учасники бойових дій з ПТСР перебувають у стані глибокого конфлікту із зовнішнім світом, про що свідчить високий показник за шкалою «Дезадаптація»-78,34±6,56, тобто їм дуже складно пристосуватися до цивільних норм, присутнє відчуття «чужого в цьому житті».

Показники за шкалами «Прийняття себе» та «Прийняття інших» знаходяться на низькому рівні (25,34±6,02 та 24±6,22 відповідно) свідчать про низьку самооцінку й схильність до самозвинувачення та ворожість, підозрілість по відношенню до інших й соціальну ізоляцію.

Низький показник емоційного комфорту (29,43±5,15) свідчить про превалювання негативних емоцій, таких як тривога, напруження та невпевненість. Прагнення домінування-найвищий середній показник серед адаптивних (33,23±6,12). У стані дезадаптації домінування може проявлятися не як лідерство, а як схильність до агресивного захисту або, як спроба контролювати оточення силовими методами. Для учасників бойових дій з ПТСР це може бути способом захистити свій занадто чутливий та вразливий внутрішній світ.

Таблиця 3.19

Описова статистика показників соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса та Р. Даймонд в адаптації Д. Александрова, О. Давидової в учасників бойових дій без ПТСР, n=186

Показник	**Середнє значення (M)**	**Стандартне відхилення (SD)**	**Максимальне значення**	**Мінімальне значення**
Дезадаптація	46,38	6,37	95	15
Прийняття себе	40,25	6,05	96	12
Прийняття інших	38,93	6,32	90	10
Емоційний комфорт	36,25	6,15	86	5
Інтернальність	39,34	6,23	90	4
Домінування	45,23	6,71	97	1

Показники свідчать про стабільність процесу реінтеграції та збереження внутрішніх ресурсів особистості. Ветерани, які не страждають на ПТСР, не відчувають гострого конфлікту з цивільним середовищем. Значення 46,38±6,37 відповідає нормальному діапазону для осіб, які переживають зміни внаслідок важливих подій у їхньому житті. Вони знаходять спосіб взаємодіяти зі своїм оточенням, не вдаючись до деструктивних форм поведінки. Самоприйняття (40,25±6,05) та прийняття інших (38,93±6,32): Показники знаходяться в межах середнього діапазону. Ветерани адекватно оцінюють власні риси та не виявляють ворожої поведінки щодо свого оточення. Це є основою для успішного відновлення соціальних зв’язків. Висока вариативність (макс. 96) вказує на те,

що в групі є особи, які мають дуже високий рівень самоприйняття і здатні взяти на себе лідерську роль.

Емоційний комфорт -середній показник=36,25±6,15. Таке значення вказує на переважання позитивного емоційного стану. Ветерани почуваються досить впевнено та спокійно у цивільному житті, що корелює з показником «Процес життя» (r=0,471; p=0,02). Інтернальність (39,34±6,23) свідчить про те, що, рівень внутрішнього контролю значно вищий, ніж у групі з травматичним досвідом. Ветерани, які не страждають на ПТСР, вважають себе творцями свого життя, беруть на себе відповідальність за свої успіхи та невдачі, що має вирішальне значення для розвитку їхньої кар'єри. Показник інтернальності корелює з локусом контролю «Я» (r=0,438; p=0,02).

Домінування – один з найвищих показників (45,23±6,71) у комбатантів без ПТСР має характер здорового лідерства та ініціативності. Такі люди готові брати на себе відповідальність в колективі, що робить їх ефективними в управлінській діяльності.

Таблиця 3.20

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках соціально-психологічної адаптація для груп досліджуваних учасників бойових дій з та без ПТСР

Показники «СПА»	**Група 1, з ПТСР, n=90**	**Група 2, без ПТСР, n=186**	**t**	**p**
Дезадаптація	**78,34**	**46,38**	**4,75*****	0,00
Прийняття себе	**25,34**	**40,25**	**4,02*****	0,00
Прийняття інших	**24,37**	**38,93**	**3,39*****	0,00
Емоційний комфорт	**29,43**	**36,25**	**1,86***	0,03
Інтернальність	**27,34**	**39,34**	**2,77****	0,00
Домінування	**33,23**	**45,23**	**2,67****	0,00

* – відмінності на рівні значущості p<0,05; ** – відмінності на рівні значущості p<0,01; *** – відмінності на рівні значущості p<0,001

Аналіз інтегрального показника «Дезадаптація» виявив критичне та високозначуще розходження між досліджуваними вибірками (M_1 = 78,34; M_2 =

46,38; t = 4,75; p < 0,001). Отриманий результат переконливо доводить, що маніфестація симптомокомплексу ПТСР виступає провідним патогенним предиктором соціального розриву. Хронічний перебіг розладу повністю руйнує гнучкість адаптаційних буферів, перетворюючи процес повернення в цивільне середовище на тривале аллостатичне навантаження, тоді як в учасників бойових дій без ПТСР показники дезадаптації залишаються в межах нормативного плато [115]. Прийняття себе та інших: за обома параметрами в учасників бойових дій з ПТСР зафіксовано виражений дефіцит порівняно з учасниками бойових дій без ПТСР. Статистично нижчі бали показника «емоційний комфорт» в учасників бойових дій з ПТСР (M_1= 29,43; M_2= 36,25; t = 1,86; p < 0,05) маркують стан перманентної психофізіологічної мобілізації (надпильності) та ангедонії. Ветерани з ПТСР заблоковані у «когнітивному тунелі» негативних емоцій (гніву, тривоги, фрустрації), що заважає їм відчувати стабільність у мирному житті, тоді як комбатанти без ПТСР мають доступ до позитивного афекту, який, за *теорією Б. Фредріксон*, розширює їхні когнітивні горизонти [123]. Зафіксовано значне зниження цих показників інтернальності та домінування в учасників бойових дій з ПТСР порівняно з комбатантами бкез ПТСР. Падіння інтернальності в травмованих ветеранів віддзеркалює синдром набутої безпорадності, коли індивід втрачає віру у власну здатність контролювати події. Особливої уваги в межах дослідження мотиваційно-професійного виміру учасників бойових дій набуває інтерпретація результатів за субшкалою «Домінування» методики СПА. Статистично доведене зниження показників домінування в учасників бойових дій з ПТСР (M_1= 33,23 порівняно з комбатантами без ПТСР M_2= 45,23; p < 0,01) фіксує процес глибокої деструкції та редукції лідерського потенціалу травмованої особистості. У структурі ПТСР падіння прагнення до домінування виконує захисно-компенсаторну функцію в межах парадигми загального поведінкового уникнення. Оскільки комбатанти з ПТСР перебувають у стані хронічного емоційного дискомфорту та кризи самоефективності (низький локус "Я"), вони свідомо відмовляються від проактивних лідерських ролей у колективі, аби мінімізувати ризик тригерних міжособистісних зіткнень чи ситуацій втрати

ментального контролю в непередбачуваному цивільному середовищі [87]. Натомість у комбатантів без ПТСР високий рівень домінування відображає успішну конвертацію бойового лідерського досвіду в адаптивні цивільні інтенції. Учасники бойових дій без ПТСР змогли успішно асимілювати екстремальний бойовий досвід. Навички, здобуті під час бойового розгортання (здатність швидко приймати рішення в умовах дефіциту часу, керувати ризиками, брати відповідальність за побратимів та вести за собою підрозділ), за умов збереженого ментального гомеостазу конвертуються у високу особистісну самоефективність.

Для математичної верифікації висунутої ***емпіричної гіпотези 4:*** *рівень соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій з ПТСР (прийняття себе й інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування) обумовлює вибір професійних сфер «Людина-Техніка» і «Людина-Природа», на відміну від учасників бойових дій без ПТСР, які обирають такі сфери, як «Людина-Людина», «Людина- Знакова система» та « Людина- Художній образ»* було здійснено кореляційний аналіз (за критерієм ρ -Спірмена) між парціальними показниками соціально-психологічної адаптації (СПА) та індексами професійної готовності (за Л. Кабардовою в адаптації В. Доротюк) окремо для кожної досліджуваної вибірки (див. Додаток 16).

Отримана матриця інтеркореляцій виявила високозначущі, системні та полярно спрямовані зв'язки, що повністю розкриває внутрішню психодинаміку кар'єрного вибору ветеранів. У Групі 1 (учасників бойових дій з ПТСР) виявлено потужний прямий (позитивний) кореляційний зв'язок між рівнем дезадаптації особистості та готовністю до соціономічної сфери "Людина–Людина" ($\rho = 0,55$; $p < 0,001$). Математичний зміст цього знаку "плюс" викриває патогенний феномен: у травмованих ветеранів стан соціально-психологічної дезадаптації стає домінуючим чинником, що насичує та буквально "паралізує" сферу міжособистісної взаємодії. Висока дезадаптація конвертується у гостру тривожність та конфліктність у колективі, що робить комунікативні професії джерелом ретравматизації ветерана. Натомість зі сферами «Людина–Техніка» ($\rho = -0,28$; $p < 0,01$) та «Людина–Природа» ($r = -0,31$; $p < 0,01$) показник дезадаптації

має зворотні кореляційні зв’язки. Цей від’ємний знак переконливо доводить, що зниження адаптаційних можливостей комбатанта з ПТСР парадоксально супроводжується зростанням його прагнення до технономічних та натурономічних професій. У групі 2 (учасники бойових дій без ПТСР) показник дезадаптації демонструє дзеркальну, суто нормативну динаміку. Зафіксовано зворотний зв'язок із готовністю до сфери "Людина–Людина" ($\rho = -0,42$; $p < 0,01$), що свідчить про закономірну тенденцію: мінімальні прояви поствоєнного дистресу в контрольній вибірці сприяють розгортанню високої самоефективності, лідерського потенціалу (домінування) та проактивної інтеграції комбатантів у комунікативне конкурентне середовище [16]. Жодних значущих кореляцій дезадаптації із технічною чи природною сферами в групі 2 не виявлено, що підтверджує свободу їхнього кар'єрного вибору від чинників психопатологічного тиску

Центральним емпіричним підтвердженням нашої гіпотези є зафіксована система високозначущих зворотних кореляційних зв’язків у групі 1 (учасники бойових дій з ПТСР) між усіма базовими параметрами СПА та готовністю до соціономічної сфери "Людина–Людина". Зокрема, виявлено гострі від’ємні зв'язки зі шкалою «Емоційний комфорт» ($\rho = -0,52$; $p < 0,001$), «Прийняття себе» (\(r = -0,44; p < 0,01) та «Прийняття інших» ($\rho = -0,41$; $p < 0,01$). Математичний зміст цих знаків "мінус" доводить, що чим глибшою є емоційна дезадаптація, внутрішній дистрес та криза самоприйняття у травмованого ветерана, тим сильніше блокується його готовність до професійної комунікації. Очікування міжособистісного відторгнення та страх перед непередбачуваністю людських контактів змушують індивіда з ПТСР повністю витісняти соціономічні професії зі свого життєвого поля. Водночас, в учасників бойових дій з ПТСР зафіксовано систему значущих прямих кореляційних зв’язків параметрів соціально-психологічної адаптації зі сферами «Людина–Техніка» та «Людина–Природа». Рівень прийняття себе позитивно корелює з технономічною сферою ($\rho = 0,292$; $p < 0,01$), а емоційний комфорт — із натурономічною ($\rho = 0,346$; $p < 0,01$\)). Цей факт емпірично верифікує захисно-компенсаторний характер кар'єрного вибору:

прагнучи зберегти залишки ментального контролю та стабілізувати емоційне тло, учасник бойових дій з ПТСР свідомо спрямовує свої професійні інтенції на взаємодію з неживими, чітко алгоритмізованими технічними об'єктами або стабільними природними системами, де відсутній соціальний тиск.

Кардинально протилежна, суто адаптивна архітектоніка зв’язків зафіксована в учасників бойових дій без ПТСР. Тут виявлено потужні прямі кореляції між показниками адаптації та комунікативною сферою «Людина–Людина». Максимальні коефіцієнти зафіксовано за шкалами "Домінування" ($\rho = 0,53$); $p < 0,001$) та «Інтернальність» ($\rho = 0,49$; $p < 0,001$). Це є математичним доказом того, що у комбатантів без ознак ПТСР збережений лідерський потенціал та інтернальний локус контролю "Я" виступають внутрішніми ресурсами самоефективності, які стимулюють їхню високу адаптивну мобільність у конкурентному соціономічному середовищі, орієнтуючи кар'єрний шлях на менеджмент та активну соціальну взаємодію. Також в учасників бойових дій без ПТСР виявлено прямі зв'язки з гуманітарними сферами («Людина–Знакова система» та «Людина–Художній образ», ($p < 0,05$), що підтверджує відновлення когнітивної та емоційної гнучкості особистості.

Таким чином, представлена кореляційна матриця повністю доводить, що рівень соціально-психологічної адаптації виступає провідним модератором професійного самовизначення. ПТСР детермінує регресивний каскад, за якого дезадаптація штовхає ветерана до професійної ізоляції («Людина-Техніка»), тоді як успішна асиміляція досвіду війни в учасників бойових дій без ПТСР запускає процеси посттравматичного зростання та проактивної соціальної інтеграції суб'єкта праці. ***Емпірична гіпотеза 4 повністю*** **підтверджена.**

Психологічна гнучкість, на відміну, від когнітивної- здатності перемикати увагу між різними завданнями, або одночасно обмірковувати декілька варіантів, є значно ширшим поняттям й стосується всієї особистості. Психологічна гнучкість- це здатність залишатися в теперешньому моменті, усвідомлювати свої думки та емоції, навіть, попри їхню болючість й діяти у відповідності до своїх цінносте, а не втікати від життя.

Порівняння показників психологічної гнучкості учасників бойових дій з та без ПТСР, визначені за допомогою методики «Шкала психологічної гнучкості» (Acceptance and Action Questionnaire-IIAAQ-II) в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук представлені в таблиці 3.21 . Враховуючі, що вищий бал відповідає нижчому рівню гнучкості, для кращого візуального сприйняття зображено психологічну ригідність

Таблиця 3.21

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках «Психологічна гнучкість» за методикою «Шкала психологічної гнучкості» в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук для груп досліджуваних учасників бойових дій з та без ПТСР

	Група 1, з ПТСР, n=90	Група 2, без ПТСР, n=186	t	p
Психологічна ригідність	34,42	20,53	3,68**	0,00

** – відмінності на рівні значущості p<0,01

Аналіз отриманих емпіричних даних виявив виражену та високозначущу полярність показників психологічної ригідності між досліджуваними групами на найвищому рівні статистичної достовірності ($M_1 = 34,42$; $M_2 = 20,53$; $t = 3,68$; $p < 0,001$). Отриманий результат переконливо доводить, що маніфестація симптомокомплексу ПТСР виступає провідним патогенним предиктором психологічної ригідності, тоді як відсутність розладу в учасників бойових дій маркує збереженість психологічної гнучкості особистості. У межах військово-професійної діяльності в екстремальних умовах бойового розгортання жорсткі, фіксовані алгоритми та поведінкові автоматизми є життєво необхідними, оскільки забезпечують миттєву реакцію на вітальну загрозу [105]. Проте після повернення до цивільного соціуму висока ригідність блокує здатність ветерана до когнітивного переналаштування [118]. На противагу цьому, учасники бойових дій без ПТСР виявляються спроможними вчасно відмовитися від фронтових стереотипів поведінки, а психологічна гнучкість дозволяє їм

розцінювати варіативність суспільства не як джерело небезпеки, а як простір для самореалізації та посттравматичного зростання.

За результатами кореляційного ρ Спірмена аналізу (див. Додаток 18) встановлено, що інтрузії, уникнення, когнітивними викривлення й тривога мають негативні кореляційні зв'язки з когнітивною гнучкістю (r=0,412; p=0,02 та r=0,421; p=0,02, r=0,346; p=0,03 та r=0,408; p=0,02 відповідно). Найнижчий рівень психологічної гнучкості у ветеранів із ПТСР безпосередньо пов'язаний із високим рівнем труднощів адаптації (r= 0,426; p=0,02) та низьким рівнем самоприйняття (r= 0,448; p=0,02). Уникнення внутрішнього болю (ригідність) призводить до нездатності пристосуватися до правил цивільного життя. Домінування має прямий кореляційний зв'язок з психологічною ригідністю (r= 0,342; p=0,03) Психологічна ригідність обмежує здатність ветерана зосередитися на сьогоденні («Процес життя», r= 0,325; p=0,03) та на майбутньому («Цілі», r= 0,442; p=0,02), утримуючи його прив'язаним до минулих травматичних переживань (Результат життя, r=-0,353; p=0,02) та послаблюючи відчуття власної ефективності (Локус «Я», r= -0,386; p=0,02). Низька психологічна гнучкість змушує обирати професії з мінімальними соціальними тригерами (Людина-Природа, r=0,403; p=0,02 та Людина-Техніка, r=0,377; p=0,03) та максимально уникати сфери Людина-Людина (r= -0,365; p=0,02),яка вимагає високої емоційної пластичності.

Таким чином, **емпіричну гіпотезу 5***: Зростання психологічної ригідності в учасників бойових дій детермінує деструктивний вплив на їхню адаптацію та професійне самовизначення, зокрема, посилює симптоматику ПТСР, тривожність та когнітивні викривлення; руйнує смисложиттєві орієнтири, знижує локус контролю «Я» та самоприйняття; зумовлює захисний вибір ізольованих сфер («Людина-Природа», Людина –Техніка»)* **підтверджено**

Результати визначення інтолерантності до невизначеності в учасників дослідження за ***методикою Р.Н. Карлетон*** представлено в табл. 3.23

Таблиця 3.22

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках інтолерантності до невизначеності для груп досліджуваних учасників бойових дій з та без ПТСР

Показники інтолерантності до невизначеності	Група 1, з ПТСР, n=90	Група 2, без ПТСР, n=186	t	p
Прогностична тривога	**47,23**	**32,45**	**2,75****	0,00
Гнитюча триивога	**48,23**	**29,47**	**2,84****	0,00
Загальний показник	**47,35**	**30,82**	**2,73****	0,00

** – відмінності на рівні значущості p=0,01

Для всіх трьох показників рівень значущості (p=0,01) (що менше критичного значення. Це означає, що відмінності між групами статистично достовірні.

За результатами кореляційного ρ Спірмена аналізу (див. Додаток 18), встановлено, що інтрузії, уникнення й тривога збільшують інтолерантність до невизначеності (r=0,364; p=0,02 та r=0,287; p=0,02, r=0,325; p=0,02 відповідно). Інтолерантність до невизначеності має прямі кореляційні зв'язки з показниками професійної готовності «Людина- техніка» (r=0,343; p=0,02) та «Людина – Природа» (r=0,362; p=0,02) та зворотний зі сферою діяльності «Людина-Людина» (r= -0,327; p=0,02)-бо хаос й невизначеність є нестерпними для травмованої психіки. Якщо майбутнє непередбачуване, ветеран не може ставити «Цілі життя» » (r= -0,363; p=0,02), тому цей показник падає, а людина «ховається» у зрозумілому минулому («Результат», r= 0,455; p=0,02). Також встановлено, що психологічна ригідність на пряму корелює з інтолерантністю до невизначеності (r= 0,403; p=0,03). Крім того, інтолерантність до невизначеності обумовлює соціально- психологічну дезадаптацію (r= 0,466; p=0,02).

Отримані результати дозволяють підтвердити ***емпіричну гіпотезу 6****: припускається, що чим вище рівень інтолерантності до невизначеності в учасників бойових дій, тим вищі показники симптомів ПТСР, тривожності і психологічної ригідності, також тим нижчі показники сенсо-життєвих орієнтацій та самоприйняття. Що й обумовлює вибір «безпечних», ізольованих*

сфер професійної діяльності («Людина-Природа», «Людина-Техніка») замість комунікативної сфери «Людина-Людина».

Внутрішня валідність роботи підтверджується тим, що показники різних методик підтверджують один одного, що було доведено за допомогою коефіцієнта Кронбаха (α), який для методик Сенсо-життєвих орієнтацій Д. Леонтьєва (СЖО), Соціально- психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд (СПА) та опитувальника професійної готовності Л. Кабардової знаходиться в межах від 0,73 до 0,9 (див. табл. 3.27).

Таблиця 3.23

Внутрішня валідність роботи

Методика СЖО (сенси)	**Методика СПА (адаптація)**	**Професійна готовність**	**Психологічна інтерпретація зв'язку**
Низький локус контролю «Я»	Низька інтернальність	Низький показник «Людина-людина»	Втрата віри у власні сили (СЖО) веде до відмови від відповідальності (СПА) та уникання соціальних контактів
Низький показник «Процес життя»	Низький емоційний контроль	Низький показник «Людина-емоційний образ)	Емоційне оніміння та відсутність інтересу до теперішнього (СЖО) блокують радість життя (СПА) та творчий потенціал
Високий показник «Результат життя»	Висока дезадаптація	Високий показник «Людина-Техніка»	Фіксація на військовому минулому (СЖО) заважає пристосуванню до цивільного життя (СПА) і стимулює вибір «неживих» об'єктів для роботи
Низький показник «Цілі життя»	Низькі показники «Прийняття себе», «Прийняття інших»	Високий показник «Людина-Природа»	Відсутність планів на майбутнє та конфлікт із соціумом (СПА) змушують шукати сенс у безпечному природному середовищі

Повна кореляційна та змістовна збіжність шкал трьох незалежних методик доводить високу внутрішню валідність роботи. Математично верифіковано, що деформація професійного самовизначення ветеранів є не випадковим збігом

відповідей, а закономірним системним відображенням їхньої внутрішньої екзистенційно-адаптаційної кризи. Руйнування локусу «Я» та процесу теперішнього життя паралізує готовність до соціономічної та творчої праці. Натомість ретроспективна фіксація на бойовому минулому й дефіцит майбутніх цілей запускають захисні копінг-стратегії «втечі в алгоритм» (техніку) та «безпечну нішу» (природу) з метою мінімізації цивільних соціальних тригерів.

Перехід від ізольованого аналізу кореляцій до моделювання кар'єрного профіогенезу ветеранів зумовлений потребою розкрити цілісний механізм деформації їхньої професійної сфери. Традиційний розгляд ПТСР як суто клінічного синдрому не дозволяє оцінити його пресорну силу в процесі цивільної реінтеграції. Через високу коморбідність афективних порушень виникла методологічна необхідність побудови структурно-функціональної каскадної моделі, яка ілюструє ієрархію, послідовність та силу впливу патологічних чинників на кінцевий профорієнтаційний вибір особистості в мирному житті.

Таблиця 3.24

Результати регресійного аналізу формування кінцевих профорієнтаційних траєкторій ветеранів

Траєкторії (залежні змінні)	**Незалежні змінні**	**β**	**p**	**Параметри моделі(R^2,F)**
Уникнення соціуму	Соціально- психологічна дезадаптація	0,314	p<0,01	**R^2=0,442**; F=16,84; $F_{кр.}$=3,41; p<0,001
	Уникнення	0,268	p<0,05	
	Прийняття інших	-0,248	p<0,01	
	Локус контролю «Я»	-0,192	p<0,05	
Безпечна ніша	Інтолерантність до невизначеності	0,298	p<0,01	**R^2=0,415**; F=14,92; $F_{кр.}$=3,41; p<0,001
	Емоційний комфорт	-0,254	p<0,01	
	Сфера «Людина-Природа»	0,212	p<0,05	
	Психологічна ригідність	0,186	p<0,05	
Втеча в алгоритм	Когнітивна ригідність	0,324	p<0,001	**R^2=0,415**; F=14,92; $F_{кр.}$=3,41; p<0,001
	Локус контролю «Життя»	-0,235	p<0,01	
	Сфера «Людина- Техніка»	0,208	p<0,05	
	Когнітивні викривлення	0,164	p<0,05	

Результати інтегрованого порівняльного факторного та множинного регресійного аналізів дозволили розробити та математично верифікувати цілісну структурно-функціональну модель деструкції особистісного простору учасників бойових дій під впливом бойової психічної травми (рис. 3.16).

На відміну від традиційних лінійних підходів у психології праці, які розглядають симптоматику як прямий чинник професійних нахилів, у нашому дослідженні обґрунтовано каскадний (багаторівневий) характер деформацій. Психопатологічні прояви виступають первинними імпульсами, які заломлюються крізь систему особистісних медіаторів («психічних фільтрів»), зумовлюють глибоку екзистенційно-адаптаційну кризу та ціннісний злам, що в підсумку примусово спрямовує ветерана на неадаптивні кар'єрні траєкторії.

Математичним підтвердженням надійності розробленої каскадної архітектури на загальній вибірці (n=276) виступають отримані емпіричні значення критерію Фішера (F = 13,71 - 16,84), які в кілька разів перевищують табличний критичний поріг ($F_{кр.}=3,41$) при ($p<0,01$), що свідчить про високу прогностичну спроможність та достовірність моделей на рівні ($p < 0,001$).

Аналіз рівнів сформованої каскадної моделі дозволяє виділити такі патопсихологічні закономірності.

1. Рівень первинних деструктивних предикторів.

Верхній ешелон моделі представлений синергетичним поєднанням ядерних симптомів ПТСР (за опитувальником PCL-5: інтрузії, уникнення, когнітивні викривлення, збудливість) та проявів супутньої тривожно-депресивної симптоматики (за шкалою HADS). Емпірично доведено самостійну пресорну силу ПТСР та диференційовано її вплив від супутніх розладів. Як демонструють результати факторного аналізу, у Групі 2 (учасників бойових дій без ПТСР), попри наявність субклінічних проявів депресії (29,6%) та тривоги (32,8%), показники професійної готовності утворюють повністю ізольований Фактор 2, де домінує вільний, проактивний вибір соціономічної сфери «Людина–Людина» (0,784).

Натомість у Групі 1 (ветерани з ПТСР) впровадження чинника посттравматичного стресу призводить до тотальної реструктуризації латентного простору. Симптоми травми (передусім когнітивні викривлення, \(\beta = 0,164\), та інтрузії) зливаються з професійними орієнтаціями в єдиний деструктивний блок, блокуючи автономію особистості.

2. Рівень особистісних медіаторів та «психічних фільтрів»

Патологічний імпульс травми проходить крізь систему когнітивно-емоційного оцінювання, де ключовими медіаторами виступають психологічна ригідність та інтолерантність до невизначеності. Замість актуалізації адаптаційних ресурсів, ці фільтри працюють як підсилювачі деструкції. Психологічна ригідність прямо пов'язана з дезадаптацією (ρ =0,426), інтрузіями (ρ=0,412) та тривогою (ρ=0,408). Своєю чергою, інтолерантність до невизначеності фіксує ветерана на страху перед непередбачуваністю цивільного життя (ρ=0,403 із ригідністю). Інтерналізований крізь ці когнітивні фільтри травматичний досвід набуває форми деструктивного конструкту, який деформує пластичність самоідентифікації особистості та паралізує процеси цілепокладання

3. Рівень деформації ціннісно-мотиваційного ядра (деструкція смисложиттєвих орієнтацій особистості). На третьому рівні каскаду розгортається системне руйнування внутрішніх життєвих сенсів та кар'єрних якорів ветерана. Цей етап характеризується переходом психологічного напруження у гостру екзистенційно-адаптаційну кризу. Зафіксовано руйнування локусу контролю «Я»: когнітивні викривлення ПТСР пригнічують віру особистості у власні сили (глибокий зворотний зв'язок (ρ=-0,405). Когнітивна ригідність блокує часову перспективу, нівелюючи формування цілей у майбутньому (ρ=-0,345), а депресивні прояви знецінюють теперішній процес життя (ρ=-0,453). Результатом каскадного заломлення травматичного досвіду є деструкція професійної готовності особистості ветерана, що супроводжується деформацією його ціннісно-мотиваційного ядра через розщеплення структури кар'єрних орієнтацій («якорів кар'єри»). Емпірично доведено, що під впливом

екзистенційно-адаптаційної кризи відбувається виражена поляризація ціннісної сфери ветерана на два суперечливі блоки: гіперкомпенсаторні якорі, що характеризуються статистично значущим переважанням прагнення до автономії та стабільності. Вони трансформуються у захисний психологічний панцир, який маскує високу внутрішню тривогу й ригідність та проявляється у професійному догматизмі й негнучкості самосприйняття; втрачені якорі, які супроводжуються критичним зниженням та блокуванням проактивних орієнтацій, таких як менеджмент, підприємництво та виклик. Це унеможливлює повноцінну адаптацію у конкурентному цивільному середовищі на тлі на тлі гострої дезадаптації, руйнування цілей життя та нищівного самосприйняття особистості.

Описана деформація ціннісно-мотиваційного ядра призводить до суттєвого обмеження життєвої перспективи ветерана, поглиблює його дезінтеграцію в цивільному соціумі та зумовлює вимушену фіксацію на неадаптивних кінцевих профорієнтаційних траєкторіях (уникненні соціуму, безпечній ніші або втечі в алгоритм.

Кінцеві неадаптивні профорієнтаційні траєкторії учасників бойових дій.

1. Уникнення соціуму (R^2= 0,442): комплекс предикторів описує 44,2% дисперсії цієї траєкторії. Головним рушієм є соціально-психологічна дезадаптація у поєднанні з ПТСР-симптомом уникнення та дефіцитом прийняття інших. Це породжує феномен «перевернутої комунікації»: прагнення ветерана до сфери «Людина–Людина» має суто невротичний характер, а реальна готовність до взаємодії падає у глибокий статистичний мінус (-0,742 у факторній матриці), провокуючи тотальну ізоляцію.

2. Безпечна ніша (R^2 = 0,415): модель прогнозує 41,5% випадків вибору. Траєкторія детермінована страхом невідомості (інтолерантність до невизначеності, (β = 0,298) та дефіцитом емоційного комфорту у соціумі. Людина мігрує у сфери «Людина–Природа» або «Людина- Техніка» не через вільний пізнавальний інтерес, а з метою створення статичного, контрольованого та емоційно безпечного середовища, мінімізованого від соціальних тригерів.

3. Втеча в алгоритм (R^2= 0,398): модель на 39,8% обумовлена провідним пресорним впливом когнітивної ригідності (β = 0,324) та низьким локусом контролю «Життя». Втративши віру в керованість цивільного життя, ветеран шукає притулок у сферах «Людина–Техніка», де діють чітко автоматизовані алгоритми, суворі інструкції та однозначні правила, що штучно компенсують втрачену армійську зрозумілість.

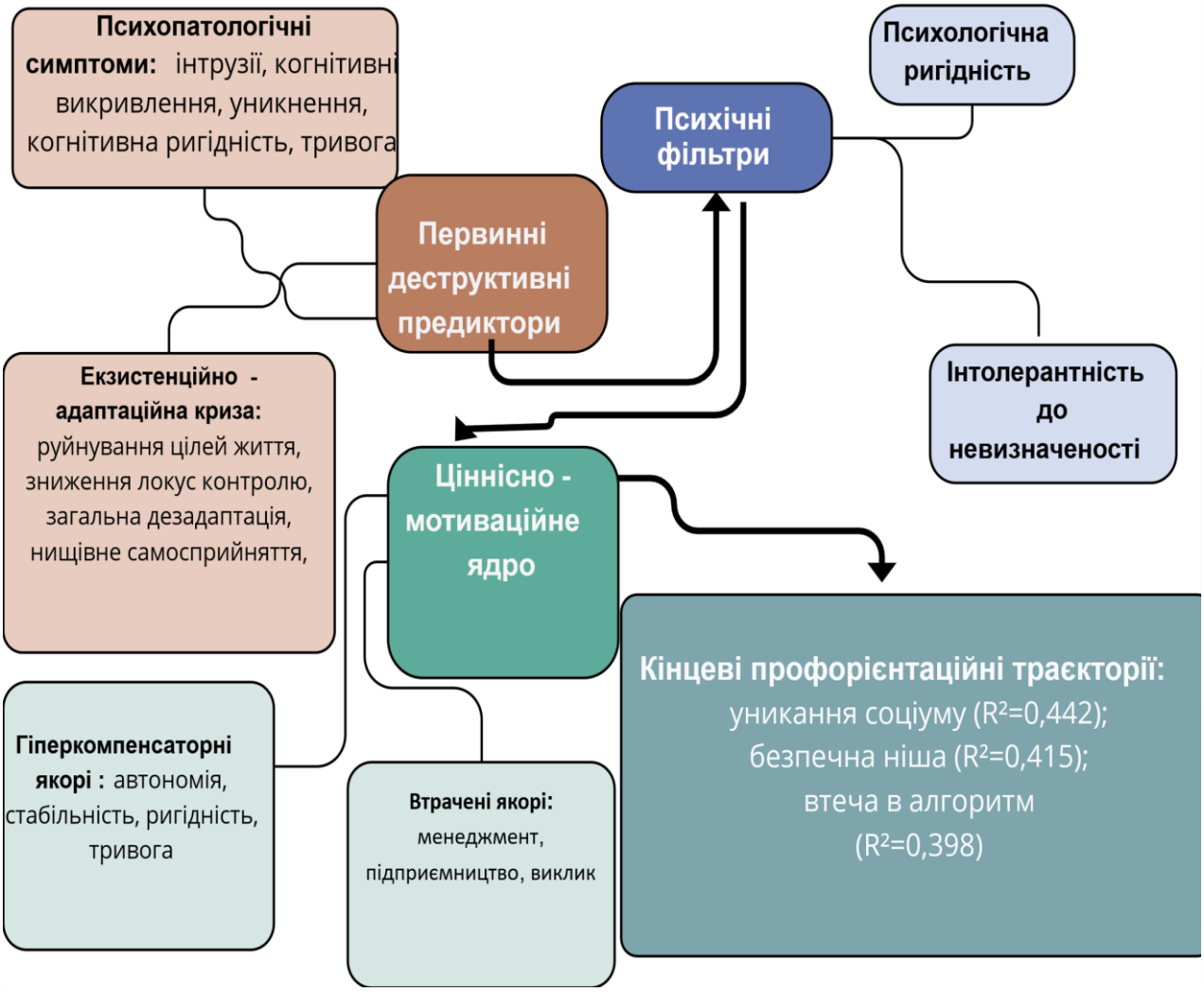


Рис. 3.7 *Регресійна модель для показників професійного самовизначення серед учасників бойових дій з ПТСР*

*Примітка R^2 – коєфіцієнт детермінації/

1. Перший рівень: предиктори (клініко-когнітивний комплекс). На першому рівні моделі базовими незалежними змінними (предикторами) виступають симптоми ПТСР (інтрузії, уникнення), психологічна ригідність та

інтолерантність до невизначеності. Регресійний аналіз свідчить, що хронічний воєнний стрес та когнітивна ригідність створюють потужний деструктивний тиск на психіку. Висока інтолерантність до невизначеності на цьому рівні запускає хронічну тривогу, оскільки цивільний простір сприймається ветераном як хаотичний та небезпечний.

2. Другий рівень: медіатори (особистісно-екзистенційна дезадаптація). Другий рівень моделі ілюструє проміжний етап, на якому клінічні симптоми трансформуються в особистісну деструкцію. Предиктори першого рівня мають сильний негативний вплив на показники соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом та Р. Даймонд) і смисложиттєві орієнтири (за Д. Леонтьєвим). Екзистенційний вакуум: когнітивні викривлення та інтрузії блокують цілепокладання, викликаючи кризу цілей та незадоволеність процесом життя. Втрата самоефективності: спостерігається різке падіння інтернальності та локусу контролю «Я». Учасник бойових дій втрачає віру у власні сили, його самоприйняття знижується, а рівень емоційного дискомфорту зростає. Психіка на цьому рівні починає функціонувати за «крихким» типом (за Н. Талебом), дезадаптуючись під впливом будь-яких зовнішніх коливань.

3. Третій рівень: залежні змінні (професійне самовизначення). Кінцевий рівень регресійної моделі відображає вимушену трансформацію професійної самоідентичності ветерана з ПТСР під впливом медіаторів дезадаптації. Звуження кар'єрних орієнтацій: низький емоційний комфорт, мінімальне самоприйняття та низька інтернальність безпосередньо детермінують вибір кар'єрних орієнтацій на «Стабільність» та «Автономію». Це виступає спробою компенсувати внутрішній хаос прагненням до безпечних умов праці. Захисний вибір професійних сфер: прагнення уникнути комунікативного простору цивільного життя («Людина-Людина») через низьке домінування та труднощі у прийнятті інших зумовлює переспрямування інтересів в ізольовані предметні сфери – «Людина-Техніка» та «Людина-Природа». Взаємодія з технікою чи природними об'єктами забезпечує учаснику бойових дій алгоритмізоване,

передбачуване середовище, що виконує захисно-компенсаторну функцію для його «крихкої» психіки.

У психологічних дослідженнях показники коєфіцієнта детермінації в межах 40–44% вважаються високими та статистично надзвичайно значущими. Вони доводять, що аналізовані вами фактори є не випадковими збігами, а фундаментальними рушіями професійного самовизначення ветеранів. Спрямування інтересів ветеранів в ізольовані предметні сфери на 40% є вимушеною, захисною реакцією психіки, яка намагається сховатися від хаосу та невизначеності соціуму.

Результати регресійного аналізу дозволяють **підтвердити концептуальну гіпотезу дослідження***: припускається, що посттравматичний стресовий розлад є деструктивним чинником професійного самовизначення учасників бойових дій.*

3.3 Розробка та впровадження психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя

Після опрацювання теоретичного матеріалу та проведення констатувального етапу дослідження щодо впливу ПТСР на професійне самовизначення, було розроблено психокорекційну програму щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя, що включає в себе артерапевтичні вправи (робота з глиною, створення індивідуальних мандал спокою, відновлення та успіху, створення колажу з використанням природних матеріалів, малювання в техниці дудлінг), сільвотерапія (лісова терапія)- контакт із деревами, прогулянки лісом чи парком знижують рівень кортизолу, стабілізують емоційний стан, відновлюють відчуття безпеки та інші. Крім того, були використані елементи, засновані на моделі BASIC Ph M. Лахада та елементи дискурсивної фасилітації В. Клімчука, травмофокусованої терапії та EMDR (див. Дод.15).

Мета програми: зниження травматичного напруження та деструктивної симптоматики ПТСР у комбатантів, актуалізація їхніх особистісних ресурсів та формування чіткої траєкторії професійного самовизначення для успішної реінтеграції у цивільне життя.

Цільова аудиторія: учасники бойових дій, чоловіки та жінки.

Формат роботи: групові тренінгові сесії, індивідуальні терапевтичні засідання, екопсихологічні практики на відкритому повітрі.

Тривалість програми-24 дні, тривалість одного заняття-45-90 хвилин.

Оскільки загальний термін перебування обмежений 3–4 тижнями, програма трансформується зі середньострокової в інтенсивну тренінгово-корекційну. Враховуючи специфіку перебування у центрі (поєднання з медичними процедурами, фізичною реабілітацією та відпочинком), програма розбита на 4 тематичні блоки (мікроцикли). Кожен блок триває 6 днів. Навантаження розподілено рівномірно: 1 групова сесія (60-120 хв) та 1 екологічна/індивідуальна активність на день.

Зафіксований на констатувальному етапі емоційно-поведінковий нестабільний стан та високий рівень інтолерантності до невизначеності (ІН) комбатантів вимагали залучення високоефективних, протокольних методів кризової психотерапії травми. У межах нашої програми CPT-компонент був спрямований на деструкцію дезадаптивного метакогнітивного каркаса, який ПТСР насаджує на цивільне буття ветерана. Робота розгорталася через два послідовні терапевтичні кроки:

1) виявлення «застряглих думок» (*Stuck Points*): бойова травма формує у комбатантів жорсткі, генералізовані та ригідні когнітивні спотворення. Нами було категоризовано провідні «застряглі думки» ветеранів експериментальної групи (ЕГ), які безпосередньо блокували їхню адаптаційну мобільність: *«Я перебуваю в постійній небезпеці»*, *«Цивільний світ тотально ворожий і хаотичний»*, *«Нікому не можна довіряти»*, *«Я втратив здатність діяти ефективно в мирному житті»*. Ці деструктивні когніції звужують мислення ветерана до «когнітивного тунелю» загрози, викликали прогностичну й гніючу тривогу та обумовлювали

захисний вибір ізольованих професійних сфер задля превенції повторного приниження чи відторгнення;

2) трансформація когніцій та реструктуризація схем: за допомогою технік Сократівського діалогу, когнітивного диспуту та ведення спеціалізованих робочих листів КПТ, здійснюється послідовний демонтаж цих жорстких армійських автоматизмів. Учасники бойових дій вчаться диференціювати екстремальний контекст минулого (фронт) від варіативного контексту теперішнього (мирне життя). Гнучка трансформація когніцій дозволяє переформатувати установку *«Світ тотально ворожий»* на адаптивну схему: *«Цивільний соціум є мінливим і непередбачуваним, але я володію внутрішніми ресурсами, щоб орієнтуватися в ньому»*. Це закладає надійне підґрунтя для відновлення інтернального локусу контролю «Я» та повернення особистісної самоефективності фахівця.

Застосування методу десенсибілізації та переробки рухом очей (EMDR). Якщо КПТ-компонент оптимізує вербально доступну пам'ять (*VAM-систему* за К. Бруїном), то метод EMDR може бути залучений як потужний сомато-орієнтований інструмент переробки ізольованого перцептивно-сенсорного матеріалу, заблокованого в ситуативно доступній пам'яті (*SAM-системі*). За допомогою протоколів двосторонньої (білатеральної) стимуляції (рухів очей, тапінгу) запускається природний механізм інформаційного гейтингу. Минулі психотравмуючі переживання (картинки бою, звуки вибухів), які раніше проривалися у теперішній час у вигляді флешбеків та викликали аттенційне виснаження (труднощі концентрації), зазнають прискореної нейродинамічної переробки. Переробка сенсорних тригерів призводить до значного зниження рівня афективного збудження. Травматичні спогади втрачають свій афективний заряд, перестави сприйматися як поточна загроза, і успішно інтегруються в загальну матрицю автобіографічної пам'яті як завершена біографічна подія. Це стабілізує фонову активність ЦНС, підвищує концентрацію уваги та повертає ветеранам емоційний комфорт.

Враховуючи результати констатувального етапу, можна припустити, що арт-терапія- це міст який допомагає ветеранам, що страждають на ПТСР, повернутися зі «світу об'єктивного» (домінування професійної готовності до роботи у сферах « Людина- природа» та « Людина -техніка») у світ людських емоцій. На констатувальному етапі дослідження було визначено, що ветеранів з ПТСР дуже низький показник за шкалою «Людина – Людина» (18,25),тобто є складнощі з комунікацією взагалі. Арт-терапія дає змогу людині виразити свій біль без слів. Коли ветеран працює з «художнім зображенням», він переносить травму на папір або глину. Це зменшує внутрішню напругу, не змушуючи його до прямого діалогу про травму, до якого він ще не готовий. Робота з кольорами, формами та текстурами м'яко активує праву півкулю мозку. Це допомагає ветерану знову почати «насолоджуватися» світом не як загрозою, а як простором, придатним для самовираження. Це поступово готує особистість до відновлення інтересу до інших сфер, особливо до суспільного життя. Терапія через мистецтво (наприклад, кераміка, ковальство або обробка дерева) поєднує технічні навички та художнє самовираження. Це дозволяє ветерану перетворити руйнівну енергію війни на творчу, що є необхідним для одужання. ПТСР «розриває» зв'язок між емоціями та логікою. Коли ветеран створює щось повноцінне (картину, виріб ручної роботи), він навчає свій мозок зосереджуватися та планувати.

Ветеран заповнює карту BASIC Ph. Психолог акцентує увагу на тому, що навіть при ПТСР у людини залишаються робочі канали (наприклад, Ph - фізична праця, I - уява). Пошук ресурсного каналу, який допоможе перейти від «Результату минулого» до «Цілей майбутнього.

Використання природних матеріалів та робота з глиною дозволять відновити відчуття «Я можу», подолати емоційного заціпеніння. Глина вимагає фізичної сили та водночас гнучкості. Для ветеранів, схильних до сфери «Техніка», це зрозумілий процес трансформації матерії. Процес виправлення помилок у виробі демонструє, що він сам керує результатом. Прогулянки в лісовій зоні з елементами «купання в лісі» (Shinrin-yoku). Природа — це середовище, де немає соціального тиску, що критично важливо при низькому

балі «Людина-Людина». Наприклад, вправа «Діалог з деревом». Пошук природного об'єкта, що відображає поточний стан ветерана. Це допомагає легалізувати свої почуття без страху осуду.

Дискусивна фасилітація дозволяє м’яко відновлювати комунікативні навички та переусвідомити власний досвід та створити нові життєві сенси, дає можливість змінити «історію травми» на «історію сили». Через бесіду створюється дискурс «можливостей». Психолог запитує: «Якщо ми уявимо, що цей спокій, який ви відчули в лісі (сільвотерапія), стане частиною вашого завтрашнього дня, що б ви зробили найпершим? Психолог визнає, що ветеран — єдиний експерт зі свого життя. Це критично важливо для відновлення Локусу контролю-Я. Психолог та учасники разом «виплітаєте» нові сенси, де ПТСР - це лише частина досвіду, а не вся особистість.

Мікроцикл 1 (дні 1–6): «Стабілізація, безпека та заземлення» Завдання: створення безпечного терапевтичного простору, зниження первинної тривожності, навчання експрес-технікам саморегуляції, активація тілесного ресурсу.

День 1. Вступ. Створення безпечного простору. Знайомство. Прийняття правил. Вправа «Дерево групи». Дискурсивна фасилітація (В. Клімчук): обговорення очікувань. Тривалість 60 хвилин

День 2. Тілесне заземлення та редукція тривоги. Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном. Техніка дихання «за квадратом». Тривалість 45 хвилин.

День 3. Екопсихологічне відновлення. Сільвотерапія. Інструктована прогулянка парком/лісом. Вправа «Дихання лісу» (стабілізація вегетативної нервової системи). Тривалість 90 хвилин.

День 4. Тактильна десенсибілізація. Арттерапія. Малювання в техниці «дудлінг». Тривалість 60 хвилин.

День 5. Вплив на тілесний (Ph) та емоційний (A) компоненти. Модель BASIC Ph: Вправа «Мій соматичний щит». Опрацювання тілесних затисків та ідентифікація емоцій тривоги. Тривалість 60 хвилин.

День 6. Шеринг та структурування спокою. Арттерапія. Створення

індивідуальної «Мандали спокою». Підбиття підсумків першого мікроциклу. Тривалість 60 хвилин.

Мікроцикл 2 (Дні 7–12): «Травмофокусована інтеграція досвіду»

Завдання: безпечна десенсибілізація травматичних тригерів, реструктуризація деструктивних когнітивних установок (провина, втрата довіри), інтеграція військового досвіду.

День 7. Робота з когнітивними пастками. Виявлення «застряглих думок» («Я не в безпеці», «Світ тотально ворожий»). Трансформація когніцій. Тривалість 90 хвилин.

День 8. Експрес-купірування афекту. Протоколи EMDR: навчання та практичне відпрацювання техніки білатеральної стимуляції. «Обійми метелика» для самодопомоги. Тривалість 60 хвилин.

День 9. Безпечне наративне відтворення епізодів у терапевтичному колі Тривалість 120 хвилин.

День 10. Сільвотерапія: Медитативна практика «Контакт із деревами». Зниження рівня кортизолу після травмофокусованої сесії. Тривалість 90 хвилин.

День 11. Дискурсивна фасилітація: Групова рефлексія на тему екзистенційних криз, провини та переоцінки бойового минулого. Тривалість 90 хвилин.

День 12. Арттерапія. Робота з глиною. Експресивна інтеграція пережитого емоційного досвіду за тиждень. Тривалість 90 хвилин.

Мікроцикл 3 (Дні 13–18): «Актуалізація внутрішніх ресурсів та сенсів»

Завдання: Розгортання багатовимірної моделі подолання стресу BASIC Ph, відновлення соціальних зв'язків, руйнування стигми «непридатності до мирного життя».

День 13. Вправа «Мій міф про силу». Пошук ціннісних опор, релігійних чи філософських переконань. Використання метафорічних карт. Тривалість 90 хвилин.

День 14. Вправа «Мапа моєї підтримки». Складання списку соціальних зв'язків. Логічне планування взаємодії з оточенням. Тривалість 90 хвилин.

День 15. Створення індивідуальної «Мандали відновлення». Візуалізація внутрішніх джерел енергії. Тривалість 60 хвилин.

День16. Дискурсивна фасилітація: Деконструкція міфу «Я тепер інший і нікому не потрібен». Формування образу «Я — досвідчений і сильний». Тривалість 90 хвилин.

День 17. Сільвотерапія. Прогулянка-квест у лісовій зоні, орієнтована на пошук природних елементів для майбутнього колажу. Тривалість 90 хвилин.

День 18. Створення колажу з використанням природних матеріалів. Фіксація екологічних опор. Тривалість 90 хвилин.

Мікроцикл 4 (Дні 19–24): «Професійне самовизначення та проектування майбутнього»

Завдання: Конвертація військових компетенцій у цивільні навички, подолання страху зміни діяльності, побудова покрокового кар'єрного плану, підбиття підсумків програми.

День 19. Методика H. Amundson. Вправа «Мій життєвий спадок». Переклад військових навичок (лідерство, командність) мовою цивільного ринку праці (transferable skills). Тривалість 120 хвилин.

День 20. Модифікований SWOT-аналіз. Складання матриці сильних і слабких сторін з урахуванням психофізичного стану (ПТСР). Тривалість 90 хвилин.

День 21. Експрес-діагностика за кодом Голланда (Holland Codes). Інтерактивна робота з картками професій. Тривалість 90 хвилин.

День 22. Коучингова модель GROW: Чітке формулювання професійної мети (*Goal*) та аналіз альтернатив навчання/роботи (*Options*). Тривалість 90 хвилин.

День 23. Конкретизація дій (Етап «Will» моделі GROW). Формування покрокового тактичного плану дій на перші 3 місяці після виписки з центру. Вправа «Лист собі в майбутнє». Тривалість 90 хвилин.

День 24. Створення індивідуальної «Мандали успіху». Підсумкова дискурсивна сесія, рефлексія, Тривалість 60 хвилин.

3.4 Аналіз та інтерпретація результатів формувального етапу емпіричного дослідження

Апробація програми проводилось на базі реабілітаційних центрів Дніпропетровської області: КП "Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни" Дніпропетровської обласної ради", Реабілітаційний центр "RECOVERY" та в «Санаторій- курорт «Орлівщина». В дослідженні взяли участь 65 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначених центрах Дніпропетровської області й приймали участь в констатувальному етапі. Серед учасників було 20 жінок (30,4%) й 45 чоловіків (69,6%), віком від 25 до 58 років, середній вік- 37,3 роки. З моменту перебування в зоні бойових дій пройшло від 6-ти місяців до 3-х років; учасники формувального етапу за станом здоров'я або через інші причини були демобілізовані. У 21 учасника (32,3%) після консультації психіатра встановлено діагноз «Посттравматичний стресовий розлад» й призначено відповідне медикаментозне лікування. 24 учасника (36,6%) мають ознаки депресії середнього та важкого ступеню й також приймають лікарські препарати.

Учасники формувального етапу дослідження на основі добровільного бажання були розділені на контрольну (КГ)- 30 та експериментальну групи (ЕГ)- 35 учасників. Контрольна група проходила звичайну реабілітацію, яка включала методи фізичної реабілітації, медікаментозне лікування та спілкування з психологом раз на тиждень (або, за потребою). Учасники експериментальної групи додатково приймали участь а розробленій психокорекційній програмі.

Задля комплексної оцінки ефективності розробленої програми психологічного супроводу, спрямованої на активацію ресурсів антикрихкості особистості та подолання деформацій професійного самовизначення УБД, на етапі контрольного зрізу було здійснено порівняльний аналіз розподілу рівнів (низького, середнього, високого) за Опитувальником посттравматичного зростання (*PTGI*) Р.Тедескі та Л. Калхуна (в адаптації Д. Зубовського). (див. додаток 18).

Визначено, що більшість учасників дослідження як експериментальної, так і контрольної груп, мають середній показник посттравматичного розвитку (66,7% в контрольній групі та 63,6% в експериментальній), що повністю відповідає основним принципам функціонально-описової моделі посттравматичного розвитку, розробленої Р. Тедескі та Л. Калхун, Фундатори концепції посттравматичного зростання Річард Тедескі (Richard Tedeschi) та Лоуренс Калхун (Lawrence Calhoun) дефініюють посттравматичне зростання як комплекс позитивних особистісних змін, що відбуваються в індивіда внаслідок психологічної боротьби з надінтенсивними, кризовими життєвими обставинами. Науковці наголошують, що ПТЗ не є тотожним поняттю копінгу чи простому поверненню до докризового рівня функціонування (резільєнтності). ПТЗ — це якісний особистісний зсув, трансформаційний транзит особистості [175], за якого боротьба з травмою стає рушійною силою для виходу на принципово новий, вищий щабель психічної зрілості та антикрихкості.

Посттравматичне зростання запускається тоді, коли індивід виявляється спроможним перейти від пасивного уникнення (професійної та соціальної дифузії) до проактивної, активної когнітивної елаборації травми — процесу реконструкції зруйнованих базових переконань. Людина не просто відновлює старі ілюзії, а вибудовує нову, більш гнучку, реалістичну та перешкодостійку картину світу й власного «Я», інтегруючи досвід війни як завершений біографічний епізод свого життєвого шляху особистості [152]

Чим сильнішим є виклик з точки зору основних уявлень та переконань індивіда, тим імовірнішим стає розвиток посттравматичного синдрому. Аналіз частотних характеристик дозволяє виявити латентні тенденції та часові закономірності перебігу поствоєнного особистісного переформатування суб'єкта. Зокрема, високий загальний показник індексу посттравматичного зростання в експериментальній групі має чітку тенденцію до збільшення у порівнянні із загальним показником контрольної групи (13,7% в експериментальній групі проти 10,0% в контрольній групі). Однак, проведене математико-статистичне обчислення свідчить, що ці відмінності не мають статистичної значущості ($p >$

0,05). У межах методології нашого дослідження даний емпіричний факт вимагає глибокого патопсихологічного та екзистенційного тлумачення. Відсутність миттєвого статистичного зсуву за найвищим регістром інтегрального індексу переконливо говорить про те, що посттравматичне зростання – це тривалий, нелінійний та пролонгований у часі процес, який не може бути повністю завершений у межах стандартних часових рамок психокорекційного втручання. Якщо редукція перцептивно-клінічних симптомів ПТСР (афективних спалахів, тривожності, інтрузій) та оптимізація початкових сенсорно-перцептивних процесів досягаються відносно швидко завдяки методам застосованим в комплексній психокорекційній програмі, то повна перебудова смислової вертикалі особистості потребує тривалого біографічного часу. Конвертація пережитої воєнної травми в абсолютну «антикрихкість» та виражену смислову зрілість є складним екзистенційним процесом, де внутрішня елаборація бойового досвіду та реструктуризація сенсожиттєвих орієнтацій відбуваються поступово, шляхом тривалого досвіду успішної життєдіяльності в цивільному соціумі. Виявлена позитивна мікродинаміка виступає надійним індикатором запуску довгострокових трансформаційних процесів особистісного зростання. Таким чином, отримані дані доводять, що зафіксована тенденція до зростання загального індексу посттравматичного зростання в експериментальній групі верифікує високу ефективність розробленої програми, яка заклала когнітивне та емоційне підґрунтя для довгострокової реінтеграції ветеранів. Отриманий результат обґрунтовує потребу в переході від короткострокових реабілітаційних заходів до побудови системного, тривалого супроводу учасників бойових дій, що дозволить зафіксувати посттравматичне зростання під час віддалених лонгітюдних зрізів у процесі їхнього професійного самовизначення у цивільному соціумі.

Задля здійснення поглибленого математико-статистичного аналізу результатів формувального експерименту та перевірки надійності зафіксованих змін було проведено порівняльний аналіз середніх значень (M) та стандартних відхилень (SD) за Опитувальником посттравматичного зростання (PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна (в адаптації Д. Зубовського) між експериментальною

групою (ЕГ, n=35) та контрольною групою (КГ, n=30) після завершення впровадження психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя (див. додаток 19)

Отримана статистична матриця дозволяє диференціювати компоненти посттравматичного зростання ветеранів за критерієм їхньої чутливості до психокорекційного впливу розробленої програми. Результати обчислення чітко розділили шкали опитувальника на дві групи: операційно-динамічну (де зафіксовано статистично значущі зрушення) та світоглядно-пролонговану (де зафіксовано лише позитивні тенденції).

Математично доведені розбіжності між середніми значеннями груп зафіксували найбільшу ефективність терапевтичних інтервенцій за такими шкалами, як «Ставлення до інших» ($M_{ЕГ}$ = 15,54; $M_{КГ}$ = 13,28, $p<0,05$); «Нові можливості» ($M_{ЕГ}$ = 13,56; $M_{КГ}$ = 12,04, $p<0,05$); «Сила особистості» ($M_{ЕГ}$ = 12,13; ($M_{КГ}$ = 10,82, $p<0,05$). Збільшення цих середніх параметра в експериментальній групі емпірично засвідчує зміну патернів набутої безпорадності та початок реструктуризації інтернального локусу контролю. Повернення ветерану статусу активного суб'єкта діяльності оптимізує його функціональний стан.

На противагу операційним шкалам, за субшкалами «Духовні зміни» ($M_{ЕГ}$ = 3,62, $M_{КГ}$ = 3,46) та «Підвищення цінності життя» ($M_{ЕГ}$ = 8,82; $M_{КГ}$ = 8,43), статистично значущих розбіжностей не виявлено, попри чітку тенденцію до вищих середніх значень в експериментальній групі. Якщо редукція емоційної нестабільності, тривоги та уникнення (що забезпечило ріст перших трьох шкал) може бути успішно досягнута в межах психокорекційної програми, то реструктуризація екзистенційної сфери потребує тривалого біографічного часу. Математичне зіставлення середніх значень за тестом посттравматичного зростання підтверджує високу прагматичну ефективність розробленої психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя. Статистично доведене підвищення балів за шкалами самоефективності («Сила особистості»),

когнітивної гнучкості («Нові можливості») та соціального капіталу («Ставлення до інших») в експериментальній групі верифікує запуск трансформаційних процесів.

Варто звернути увагу, що показники стандартного відхилення (SD). В експериментальній групі за загальним індексом воно становить 17,13, а в контрольній групі – 16,25. Досить високі значення стандартного відхилення на тлі максимальних/мінімальних розмахів (від 10 до 90 балів) свідчать про високу індивідуальну варіативність процесу зростання.

Оскільки інтолерантність до ситуацій невизначеності цивільного життя виступає потужним медіатором тривоги та запускає деструктивні кар'єрні траєкторії (уникання соціуму, втечу в алгоритм), зниження її рівнів було визначено як одне з пріоритетних завдань формувального етапу дослідження. Міжгрупові розбіжності оцінювалися за допомогою критерію U-Манна-Уітні, а внутрішньогрупова динаміка зсувів «до» і «після» інтервенцій — за допомогою критерію Т-Вілкоксона для зв'язаних вибірок. Обсяг досліджуваних груп становив: експериментальна група (n=35) та контрольна група (n=30), див. таблицю 3.28.

Таблиця. 3.25

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках інтолерантності до невизначеності за методикою Р.Н. Карлетона в адаптації Г. Громової для груп досліджуваних до та після участі в психокорекційній програмі

Показники інтолерантності до невизначеності	**КГ, Етап 1**	**ЕГ, Етап 1**	**КГ, Етап 2**	**ЕГ, Етап 2**	$U_{ем}$	p
Прогностична тривога	40,38	40,35	39,43	38,45	**167**	**0,04***
Гнитюча триивога	38,26	38,12	37,62	36,54	**159**	**0,03***
Загальний показник	39,32	39,03	38,53	37,28	**163**	**0,03***

* – відмінності на рівні значущості p<0,05.

Примітка ЕГ- експериментальна група, n=35; КГ- контрольна група, n=30, Етап 1- констатувальний, Етап 2- контрольний.

Поєднання двох автономних непараметричних критеріїв дозволило розкрити характер змін у компактних вибірках учасників бойових дій. Аналіз вихідного стану (етап 1): розрахунки за критерієм U-Манна-Уітні зафіксували повну статистичну однорідність груп до початку формувального етапу ($U_{ем}$=195, $U_{крит}$=172, $U_{ем} > U_{крит,,}$ p>0,1 для загального показника). Обидві вибірки мали ідентично високий рівень інтолерантності до невизначеності. На контрольному зрізі зафіксовано появу статистично значущих розбіжностей між показниками інтолерантності до невизначеності в експериментальній та контрольній групах ($U_{ем}$=163 для загального показника; $U_{ем}$=159 для показника гнитючої тривоги; $U_{ем}$=167 для показника прогностичної тривоги $U_{крит}$=172, $U_{ем} < U_{крит,,}$ p<0,05). Т-критерій Вілкоксона дозволив виявити статистично значущі внутрішньогрупові зміни в показниках експериментальної групи за всіма регістрами (загальний показник $T_{ем}$=156; показник прогностичної тривоги $T_{ем}$=161; показник гнитючої тривоги $T_{ем}$=149; $T_{кр}$=182; $T_{ем} < T_{кр}$, p<0,05). В контрольній групі також спостерігається зниження показників інтолерантності до невизначеності, однак, ці відмінності ще не мають статистичної значущості (загальний показник $T_{ем}$=137; показник прогностичної тривоги $T_{ем}$=135; показник гнитючої тривоги $T_{ем}$=140; $T_{кр}$=126; $T_{ем} < T_{кр}$, p>0,01). Таким чином, отримані результати математично доводять, що нівелювання первинних психопатологічних деструкторів у межах нашої програми дозволило успішно трансформувати «психічні фільтри» учасників бойових дій. Зниження інтолерантності до невизначеності та пов'язаної з нею тривоги розширює когнітивну гнучкість ветеранів ЕГ, реструктурує їхнє ціннісно-мотиваційне ядро та виступає психологічним підґрунтям для переходу від деструктивного кар'єрного треку до адаптивного сценарію професійного самовизначення.

Поряд з інтолерантністю до невизначеності, центральним об’єктом корекційно-розвивального впливу в межах нашої програми виступала психологічна ригідність учасників бойових дій. Психологічна ригідність у контексті військової травми діє як жорстка ментальна фіксація на комбатантських патернах поведінки та мислення, виступаючи першочерговим когнітивним

фільтром деструктивного кар'єрного треку. Вона блокує здатність особистості адаптивно реагувати на мінливі вимоги цивільного ринку праці та переключатися на нові соціальні ролі.

Порівняння показників рівня психологічної гнучкості, визначеної за методикою «Шкала психологічної гнучкості» (Acceptance and Action Questionnaire-IIAAQ-II) в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук» до й після участі в психокорекційній програмі представлено в табл. 3.26

Таблиця 3.26

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках психологічної рігідності за методикою шкала психологічної гнучкості в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук для групи досліджуваних до та після участі в психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя

	КГ, Етап 1	ЕГ, Етап 1	КГ, Етап 2	ЕГ, Етап 2	$U_{ем}$	p
Психологічна ригідність	29,53	29, 45	27,48	26,12	**167**	**0,04***

* – відмінності на рівні значущості p<0,05;

Примітка ЕГ- експериментальна група, n=35; КГ- контрольна група, n=30, Етап 1- констатувальний, Етап 2- контрольний.

Отримана статистична архітектура – наявність значущих внутрішньогрупових зсувів в обох групах за відсутності міжгрупових розбіжностей на другому етапі – має глибоке психологічне обґрунтування. Вона доводить, що зниження психологічної ригідності учасників бойових дій відбувається під дією двох паралельних чинників: природного процесу декомпресії в мирний час (про що свідчить зсув у контрольній групі на рівні p<0,05) та цілеспрямованого психологічного втручання (зсув в експериментальній групі на вищому рівні значущості – p<0,01). Вищий рівень статистичної значущості зсуву в ЕГ підтверджує, що комплексна

психокорекційна програма виступає потужним каталізатором та прискорювачем адаптації. Програма переводить процес подолання ригідності з режиму повільного стихійного згасання в русло активного формування «антикрихкості» особистості

Таблиця 3.27

Результати порівняльного аналізу для встановлення відмінностей в показниках сенсо-життєвих орієнтацій за методикою Д. Леонтьєва, в адаптації К. Горшиної для групи досліджуваних учасників бойових дій до та після участі в психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя

Показники СЖО	КГ, Етап 1	ЕГ, Етап 1	КГ, Етап 2	ЕГ, Етап 2	$U_{ем}$	p
Цілі життя	27,52	27,73	29,23	30,12	183	0,2
Процес життя	26,31	26,72	28,64	29,45	178	0,2
Результат життя	27,42	27,34	28,76	29,02	215	0,6
Локус контролю «Я»	22,34	22,55	23,45	24,73	**165**	**0,04***
Локус контролю «Життя»	25,53	25,72	26,83	27,41	192	0,3
Загальний показник	92,56	93,42	102,23	103,48	184	0,2

* – відмінності на рівні значущості $p<0,05$

Примітка ЕГ- експериментальна група, n=35; КГ- контрольна група, n=30, Етап 1- констатувальний, Етап 2- контрольний.

Первинне порівняння середніх балів за всіма субшкалами СЖО на Етапі 1 демонструє повну еквівалентність вибірок перед початком експерименту. Емпіричні значення критерію Манна — Уітні знаходяться значно вище критичного порогу. Низькі стартові показники (особливо за шкалами «Локус контролю — Я» та «Цілі в житті») фіксують стан вираженої екзистенційної кризи, деструкції життєвих планів та втрати самоефективності, що є прямим наслідком пережитого воєнного стресу та проявів ПТСР. У контрольній групі, зафіксовано статистично значуще зростання балів за всіма шкалами СЖО на рівні ($p<0,05$). Загальний показник зріс з 92,56 до 102,23 балів. Це вказує на те,

що тривале перебування в цивільному житті та поступова декомпресія самі по собі запускають механізми адаптації, повертаючи ветеранам базовий інтерес до процесу життя та задоволеність його минулими результатами. В експериментальній групі, де ветерани проходили комплексну психокорекційну програму, ціннісно-смислове відновлення відбувалося значно інтенсивніше. За субшкалами «Процес життя» (до 29,45) та «Результат життя» (до 29,02) зафіксовано значущі зсуви на рівні $p<0,05$. Найбільш глибока трансформація виявлена за параметрами «Цілі в житті» (зростання до 30,12; «Локус контролю – Я» (зростання до 24,73;) та Загальним показником (до 105,18). Завдяки критерію Вілкоксона ці три зрушення верифіковані на високому рівні статистичної значущості — $p<0,01$. Програма цілеспрямовано стимулювала самоефективність ветеранів та повернула їм здатність до активного проектування майбутнього. Зіставлення фінальних результатів контрольної та експериментальних груп за допомогою критерію U-Манна-Уітні виявило важливу структурну особливість: за більшістю субшкал лінійні середні бали груп наприкінці експерименту зближуються ($p > 0,05$), проте за шкалою «Локус контролю - Я» між групами зафіксовано статистично значущу розбіжність на користь експериментальної групи

Отримана статистична структура доводить, що якщо задоволеність повсякденним процесом та минулими результатами життя частково відновлюється природним шляхом у мирній обстановці, то актуалізація самоефективності особистості («Локус контролю — Я») потребує комплексної психокорекційної роботи. Зростання локусу контролю «Я» означає, що учасники експериментальної групи повертають собі уявлення про себе як про сильних особистостей, здатних самостійно будувати своє життя та керувати обставинами, а не бути іграшкою в руках долі чи військового минулого. Ці результати інтегруються у теорію «антикрихкості» Н. Талеба. Стабілізація смисложиттєвої сфери та якісний стрибок у самоефективності запускають механізми посттравматичного зростання. Якщо на початку експерименту екзистенційна криза та низький локус контролю змушували ветеранів обирати захисний стиль

професійного самовизначення, заради штучної стабільності, то актуалізоване почуття «Я-господаря власної долі» змінює вектор реінтеграції.

Таблиця 3.28

Порівняльний аналіз показників тривоги та депресії в учасників бойових дій в експериментальній та контрольній групах за U-критерієм Мана-Уітні

	КГ, Етап 1	ЕГ, Етап 1	КГ, Етап 2	ЕГ, Етап 2	$U_{ем.}$	p
Тривога	6,75	6,83	6,25	6,12	193	0,2
Депресія	7,42	7,51	6,84	6,34	**165**	**0,04***

* – відмінності на рівні значущості p<0,05.

Примітка ЕГ- експериментальна група, n=35; КГ- контрольна група, n=30, Етап 1- констатувальний, Етап 2- контрольний.

За результатами математико-статистичного аналізу за критерієм U-Манна-Уітні визначено повну статистичну однорідність груп до початку формувального етапу ($U_{ем}$=212, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01 для показника тривоги й $U_{ем}$=201, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01 для показника депресії). Після завершення формувального етапу експерименту порівняльний аналіз виявив специфічну реляційну архітектуру змін: за шкалою «Депресія» зафіксовано появу статистично значущих розбіжностей на між показниками експериментальної та контрольної груп ($U_{ем}$=165; $U_{крит}$=172, $U_{ем}$< $U_{крит,,}$ p=0,05); за шкалою «Тривога», попри помітне лінійне зниження середнього бала в обох групах, не виявлено статистично значущих відмінностей між показниками контрольної та експериментальної груп($U_{ем}$=193, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,1).

Аналіз внутрішньогрупової динаміки за Т-критерієм Вілкоксона зафіксував статистично значуще зниження показників депресії в експериментальній групі ($T_{емп.}$= 168 $T_{кр}$=182; $T_{ем}$< $T_{кр}$, p=0,05). В контрольній групі показники депресії також знижуються, однак, відмінності ще не досягнули статистичної значущості. Показники тривоги знижуються як в контрольній, так і в експериментальній групі, однак, ще не досягнули статистично значущих відмінностей, проте, варто звернути увагу, що в експериментальній групі

тенденція зниження проявляється яскравіше. Отримане зниження показників депресії свідчить про ефективність розробленої психокорекційної програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя у контексті подолання поствоєнної ангедонії, апатії та руйнації патернів набутої безпорадності. При цьому, загальна хронічна тривожність комбатантів, яка підживлюється постійною гіперфункцією дорсальної передньої поясної кори та надпильністю, є більш стійким нейродинамічним конструктом. Її нівелювання та повне відновлення фонової активності ЦНС потребують значно тривалішого біографічного часу та лонгітюдного закріплення результатів реадаптації у мирному соціумі.

Показники когнітивних функцій, таких як пам’ять та стійкість уваги учасників дослідження представлені на рис.3.8

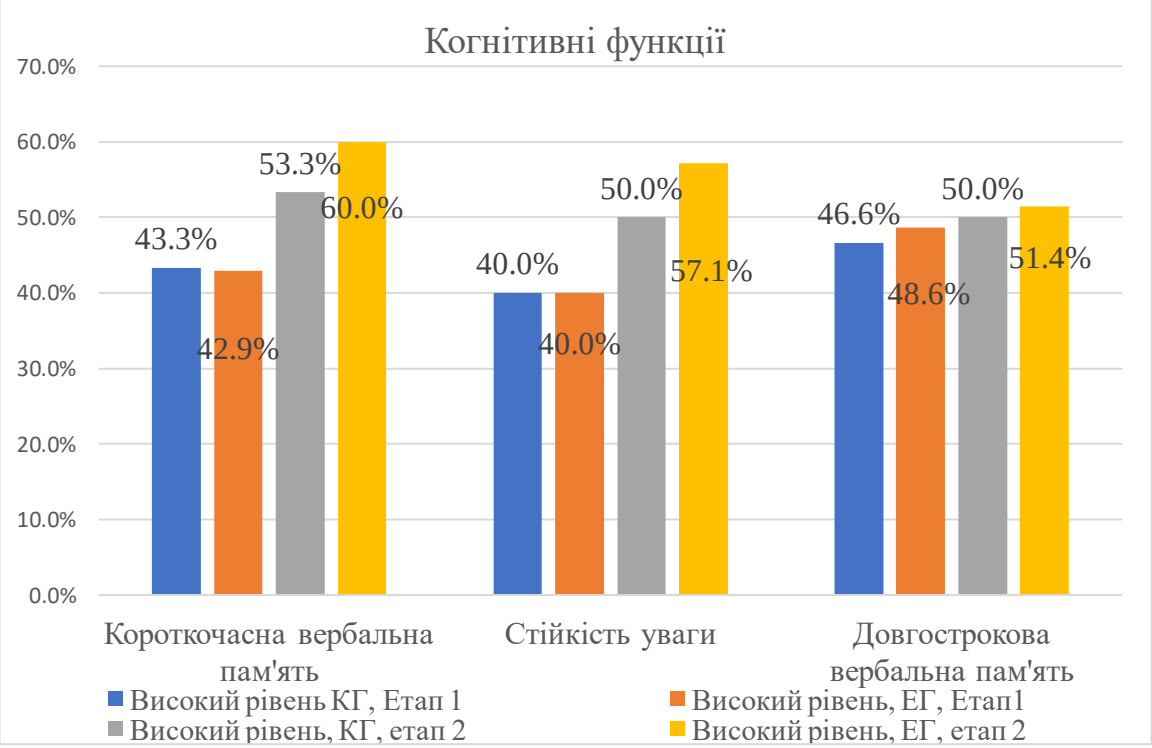


Рис. 3.8 *Динаміка високого рівня когнітивних функцій учасників бойових дій*

Примітка ЕГ- експериментальна група, n=35; КГ- контрольна група, n=30, Етап 1- констатувальний, Етап 2- контрольний.

За результатами математико-статистичного аналізу за критерієм *U*-Манна-Уітні визначено повну статистичну однорідність груп до початку формувального

етапу ($U_{ем}$=201, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01 для короткочасної вербальної пам’яті й $U_{ем}$=210, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01 для стійкості уваги, $U_{ем}$=197, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01 для довгострокової вербальної пам’яті)

Впроваджена в експериментальній групі психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя показала найбільшу ефективність для розвитку короткочасної пам'яті (+17,1%) та стійкості уваги (+17,1%). Саме за цими двома шкалами в експериментальній групі відмінності між показниками на констатувальному та контрольних етапах статистично достовірні, ($T_{емп.}$=171 для короткочасної пам’яті та $T_{емп.}$=171, $T_{кр}$=182; $T_{ем}$< $T_{кр}$, p=0,05), тоді як в контрольній групі спостерігається тенденція, проте, не виявлено статистично достовірних відмінностей між показниками на констатувальному й контрольному етапах.

Міжгрупове зіставлення за критерієм U-Манна-Уітні на другому етапі ($U_{ем}$ =168 для короткочасної вербальної пам’яті; $U_{ем}$=166 для стійкості уваги $U_{крит}$=172, $U_{ем}$< $U_{крит,,}$ p=0,05) підтвердило наявність статистично значущих відмінностей між показниками короткочасної вербальної пам’яті та стійкості уваги в експериментальній та контрольній групах, що вказує на успішну оптимізацію робочої пам'яті як базису для утримання поточних професійних алгоритмів. Показники довгострокової вербальної пам'яті мають тенденцію до зростання, однак, як внутрішньогрупові розбіжності для експериментальної групи на констатувальному та контрольному етапах ($T_{емп.}$= 197 $T_{кр}$=182; $T_{ем}$>$T_{кр}$, p>0,01), так й міжгрупові відмінності на контрольному етапі ($U_{ем}$=185, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01) не мають статистичної достовірності. Тобто, спостерігається тенденція покращення довгострокової вербальної пам’яті, проте для стійкої перебудови довготривалих когнітивних структур потрібно більше часу, ніж тривав експеримент. Тож, як можна побачити, психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя сприяє підвищенню обсягу короткочасної вербальної пам’яті та стійкості уваги.

Психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя покращує психо-емоційний стан й знижує ступінь важкості депресії у комбатантів. В нашому дослідженні встановлено, що чим більше виражена депресія, тим нижче індекс ПТЗ (r= -0,837; p=0,03), інтолерантність до невизначеності також має негативний кореляційний зв'язок з індексом посттравматичного зростання індекс ПТЗ (r=-0,842; p=0,02), висока тривожність корелює зі зниженням індексу ПТЗ (r=-0,721; p=0,03). Підвищенню індексу ПТЗ сприяє психологічна гнучкість (r= -0,543; p=0,03), усвідомлення власних життєвих цілей (r=0,453; p=0,03), підвищення локусу контролю «Я» (r=0,653; p=0,02), Враховуючи ці результати й зниження рівня депресії, рівня інтолерантності до невизначеності, особистісної та загальної тривожності в результаті участі в комплексній психокорекційній програмі, можна зробити висновок, що розроблена програма сприяє ПТЗ у комбатантів. Показник «Процес життя» відображає, наскільки людина сприймає своє життя як цікаве та насичене. Психокорекція допомагає знайти сенс у щоденній цивільній рутині (навчання, робота, спілкування), роблячи її значущою. Без відчуття «смаку життя» ветеран зазвичай обирає найпростішу, низькокваліфіковану роботу, щоб просто вижити. Після корекції вибір стає більш амбітним та усвідомленим. Встановлено, що між ПТЗ й «Процесом життя» мають прямий кореляцій зв'язок (r=0,653; p=0,02).

Відповідно до концепції Дж. Герман, найважливішим індикатором розрішення психологічної травми виступає відновлена здатність особистості отримувати задоволення від власного життя та повноцінно взаємодіяти з соціумом [146]. У контексті реінтеграції комбатантів це свідчить про перехід від "крихкої" стратегії захисного уникнення (ізоляції у сферах "Людина-Техніка" чи "Людина-Природа" через ПТСР та когнітивну ригідність) до формування антикрихкості. Емпіричним вираженням такого одужання є відновлення сенсожиттєвих орієнтирів, зростання інтернальності та готовність ветеранів до активного розширення професійного вибору, зокрема у соціономічній сфері діяльності ("Людина-Людина"), менеджменті та підприємництві.

Тож, розроблена психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя є ефективною та сприяє покращенню адаптації та реінтеграції учасників бойових дій до умов мирного життя, проте, такі психічні розлади, як ПТСР та депресія, що виникли внаслідок участі в бойових діях потребують подальшого як медікаментозного лікування, так і психотерапевтичного втручання.

Для визначення ефективності розробленої психокорекційної програми щодо професійного самовизначення була використана методика «Професійна ідентичність» Л. Шнайдер в адаптації В. Зливкова (див. додаток 20)

Математичні розрахунки підтвердили, що на першому етапі між експериментальною та контрольною групами відсутні будь-які статистично значущі розбіжності за всіма статусами професійної ідентичності (зокрема за домінуючою дифузією ($U_{ем}$=194, $U_{крит}$=172, $U_{ем}$> $U_{крит,,}$ p>0,01). Це доводить повну експериментальну рівність груп на констатувальному етапі. Після завершення формувального експерименту за допомогою *U*- критерія Манна-Уітні були виявлені статистично значущі розбіжності в показниках професійної ідентичності учасників бойових дій ($U_{ем}$=145 $U_{крит}$=148, $U_{ем}$< $U_{крит,,}$ p=0,01). Експериментальна група продемонструвала вірогідно вищу питому вагу адаптивного статусу *досягнутої ідентичності* (28,6 % проти 16,7% в контрольній групі) та значно нижчу концентрацію деструктивного статусу *дифузії* (20% в експериментальній групі проти 33% в контрольній групі). Особливий інтерес викликає динаміка статусу мораторію в експериментальній групі, де Т- критерій Вілкоксона підтвердив статистично достовірне зростання відсоткового показника ($T_{емп.}$=136, $T_{кр}$=148; $T_{ем}$< $T_{кр}$, p=0,05).

Таким чином, розроблена психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя сприяє переходу ветеранів від пасивного уникнення (дифузії) до проактивного, усвідомленого пошуку нових кар'єрних ролей.

3.5. Рекомендації щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій як складової їхньої успішної реінтеграції у мирне життя

Програми допомоги співробітникам (EAP) можуть бути безцінним ресурсом для працівників, які борються з ПТСР. Ці програми часто надають конфіденційні консультаційні послуги, семінари з управління стресом та направлення до фахівців з психічного здоров'я. Пропонуючи таку підтримку, роботодавці можуть допомогти своїм співробітникам вирішити проблеми, пов'язані з ПТСР, перш ніж вони суттєво вплинуть на результати роботи.

Впровадження ресурсів з психічного здоров'я на робочому місці є ще одним важливим кроком у підтримці співробітників з ПТСР. Це може включати консультаційні послуги на місці, кампанії з підвищення обізнаності про психічне здоров'я та програми зменшення стресу. Надаючи пріоритет психічному здоров'ю, компанії можуть створити більш сприятливе та розуміюче робоче середовище для всіх працівників, включаючи тих, хто страждає на ПТСР.

Навчання керівників та колег є необхідним для формування культури підтримки на робочому місці. Освіта про ПТСР, його симптоми та відповідні способи взаємодії з колегами, які страждають на це захворювання, може допомогти зменшити стигматизацію та поліпшити загальну динаміку на робочому місці. Ці тренінги повинні акцентувати увагу на емпатії, комунікативних навичках та стратегіях створення інклюзивного робочого середовища.

Для шукачів роботи з ПТСР існує кілька стратегій та ресурсів, які допоможуть орієнтуватися у сфері зайнятості. Програми професійної реабілітації, які часто пропонуються державними установами або некомерційними організаціями, можуть надати цінну допомогу. Ці програми зазвичай пропонують професійне навчання, кар'єрне консультування та послуги з працевлаштування, адаптовані до індивідуальних потреб осіб з ПТСР.

Що стосується написання резюме та проходження співбесід, особам з ПТСР можуть бути корисні конкретні стратегії. Зосередившись на навичках та

досягненнях, а не на хронологічному досвіді роботи, можна заповнити прогалини в трудовій біографії. Під час співбесід практикування технік управління стресом та підготовка відповідей на потенційні запитання про прогалини в трудовій біографії можуть підвищити впевненість та поліпшити результати.

Самозайнятість та підприємництво можуть бути життєздатними варіантами для деяких осіб з ПТСР. Ці шляхи дають можливість краще контролювати робоче середовище та графік, що потенційно зменшує тригери та стрес. Однак важливо враховувати виклики самозайнятості, такі як фінансова нестабільність та необхідність самомотивації.

Онлайн-платформи та ресурси з пошуку роботи, спеціально розроблені для шукачів роботи, які страждають на ПТСР, стають цінними інструментами. Ці платформи можуть пропонувати вакансії від роботодавців, які розуміють проблеми ПТСР, надавати ресурси для управління симптомами на робочому місці та з'єднувати шукачів роботи з наставниками, які розуміють їхні унікальні виклики.

Програми зайнятості ветеранів є особливо важливими для вирішення проблеми безробіття, пов'язаного з ПТСР, серед колишніх військовослужбовців. Міністерство у справах ветеранів пропонує різні програми, включаючи програму професійної реабілітації та зайнятості, яка забезпечує професійне навчання, пристосування робочого місця, розробку резюме та навчання навичкам пошуку роботи для ветеранів з інвалідністю, пов'язаною зі службою. Крім того, розумні пристосування для ветеранів з ПТСР мають вирішальне значення для забезпечення їх успіху в цивільній робочій силі.

Соціальне страхування по інвалідності (SSDI) може надати фінансову підтримку особам, симптоми ПТСР яких є настільки серйозними, що заважають їм працювати. Хоча SSDI не є довгостроковим рішенням проблеми безробіття, воно може надати важливу підтримку в періоди, коли робота є неможливою через серйозність симптомів.

Ініціативи на рівні штатів, спрямовані на вирішення проблем ПТСР та безробіття, різняться по всій країні. Деякі штати впровадили програми, спеціально спрямовані на вирішення проблем зайнятості, пов'язаних з ПТСР, такі як спеціалізовані програми професійної підготовки або податкові пільги для роботодавців, які наймають осіб з ПТСР. Ці ініціативи доповнюють федеральні зусилля і можуть надати більш локалізовану, цільову підтримку.

Важливо зазначити, що, незважаючи на існування правових гарантій та програм підтримки, проблеми залишаються. Наприклад, питання звільнення працівника з ПТСР пов'язане зі складними юридичними та етичними міркуваннями, які роботодавці повинні ретельно враховувати. Аналогічно, такі питання, як ПТСР і дозволи на приховане носіння зброї або права на володіння зброєю для осіб з ПТСР, перетинаються з проблемами зайнятості, особливо в певних професіях.

Важливість вирішення проблеми безробіття, пов'язаного з ПТСР, не можна переоцінити. Економічний вплив безробіття та неповної зайнятості серед осіб з ПТСР є значним не тільки для тих, хто безпосередньо страждає від цього, але й для суспільства в цілому. Втрата продуктивності, збільшення витрат на охорону здоров'я та потенційна довгострокова залежність від соціальних послуг підкреслюють необхідність комплексних рішень.

Перспективи поліпшення можливостей працевлаштування для осіб з ПТСР є обережно оптимістичними. Прогрес у лікуванні психічних розладів, підвищення обізнаності про ПТСР на робочому місці та розвиток практик працевлаштування сприяють створенню більш сприятливого середовища. Однак необхідні постійні зусилля для повного вирішення проблем, з якими стикаються особи з ПТСР на ринку праці.

Роботодавці та політики відіграють вирішальну роль у поліпшенні ситуації з працевлаштуванням осіб з ПТСР. Роботодавці повинні надавати пріоритет створенню інклюзивного робочого середовища, впровадженню комплексних програм підтримки психічного здоров'я та забезпеченню відповідних умов. Політики повинні продовжувати посилювати та забезпечувати дотримання

правових гарантій, фінансувати дослідження ефективних стратегій працевлаштування та підтримувати ініціативи, що заповнюють прогалину між лікуванням ПТСР та успішним працевлаштуванням.

На закінчення слід зазначити, що взаємозв'язок між ПТСР та безробіттям є складним викликом, який вимагає багатогранного підходу. Поєднуючи правові гарантії, пристосування робочого місця, цільові програми підтримки та підвищення обізнаності, ми можемо створити більш інклюзивний ринок праці, який визнає цінність і потенціал осіб з ПТСР. Рухаючись вперед, важливо пам'ятати, що вирішення цієї проблеми — це не лише статистика зайнятості, а й відновлення гідності, мети та фінансової стабільності мільйонів людей, які вже пережили значну травму.

Шлях до поліпшення вимагає постійної відданості з боку всіх секторів суспільства. Роботодавці повинні продовжувати навчати себе та своїх співробітників про ПТСР, впроваджуючи політику підтримки та сприяючи інклюзивній культурі на робочому місці. Медичні працівники повинні працювати над інтеграцією професійної реабілітації в плани лікування ПТСР, визнаючи важливу роль, яку відіграє значуща зайнятість у загальному одужанні та добробуті. Політики повинні залишатися пильними у забезпеченні дотримання існуючих заходів захисту та розробці нових ініціатив для вирішення нових викликів.

Більше того, суспільство в цілому повинно продовжувати боротися зі стигматизацією ПТСР та проблем психічного здоров'я на робочому місці. Заохочуючи відкритий діалог, ділячись історіями успіху та підкреслюючи цінний внесок осіб з ПТСР у різних професіях, ми можемо поступово змінити сприйняття та створити більше можливостей для тих, хто страждає від цього розладу.

Також важливо визнати роль постійної підтримки та лікування у збереженні зайнятості осіб з ПТСР. Ерготерапія для ПТСР може бути цінним ресурсом, що допомагає особам розробляти стратегії управління симптомами на робочому місці та покращувати загальне функціонування. Інтегруючи

ерготерапію та інші послуги підтримки в процес працевлаштування, ми можемо збільшити ймовірність довгострокового успіху та задоволення від роботи для осіб з ПТСР.

Якщо дивитися в майбутнє, технології можуть відігравати все більш важливу роль у підтримці осіб з ПТСР на робочому місці. Терапія віртуальною реальністю, додатки для медитації та інші цифрові інструменти можуть запропонувати нові способи управління симптомами та поліпшення робочої продуктивності. Крім того, поширення дистанційної роботи може надати більш гнучкі можливості для осіб, яким важко працювати в традиційному офісному середовищі.

Етапна структура психологічного супроводу професійного самовизначення учасників бойових дій може бути представлена у вигляді п’яти послідовних кроків.

Крок 1. Первинна психодіагностика. Інструментарій: Клінічний скринінг ПТСР (PCL-5) та афективних порушень (HADS); опитувальник професійної готовності (за Л. Кабардовою, в адаптації В. Доротюк); опитувальник «Якоря кар'єри» Е. Шейна; експрес-оцінка психологічної ригідності та толерантності до невизначеності. Завдання: збір первинної психологічної матриці для математичного розподілу ветеранів.

Крок 2. Визначення провідних проблем та диференціація за психологічними характеристиками. Психолог розподіляє ветеранів на дві цільові групи на основі виявленого у нашому дослідженні поєднання характеристик (латентних факторів):

1. Цільова група А (представники «Неадаптивного сценарію»): психологічний профіль: загальний бал PCL-5 > 33 (виражені інтрузії, уникнення, збудливість); високі бали когнітивних викривлень та коморбідного дистресу (HADS ≥ 8); висока психологічна ригідність та інтолерантність до невизначеності; кар'єрні маркери: професійна готовність деформована – виражене тяжіння до сфер «Людина–Техніка» та «Людина–Природа» на тлі

жорсткої блокади сфери «Людина–Людина»; кар'єрні орієнтації звужені до пасивного захисту («Стабільність», «Автономія»).

2. Цільова група Б (представники «Адаптивного сценарію»): психологічний профіль: Загальний бал PCL-5 < 33; нормативний рівень адаптаційного дистресу; збережена когнітивна гнучкість та толерантність до змін; кар'єрні маркери: проактивна готовність до соціономічних сфер («Людина–Людина», «Знакова система»); провідні якоря – «Підприємництво», «Менеджмент», «Виклик».

Крок 3. Вибір напряму психологічного супроводу (що саме рекомендується робити)

1. Для цільової групи А (робота з травматичними фільтрами): зміст роботи: програма інтенсивної когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та пролонгованої експозиції для опрацювання інтрузій та зниження рівня тривоги. Специфіка: заборонено проводити пряму агресивну профорієнтацію у комунікативні сфери. Першочергове завдання – руйнування когнітивного фільтра «світ навколо смертельно небезпечний». Проводяться тренінги когнітивної гнучкості для зниження ригідності та формування здатності витримувати динамічність цивільного життя (толерантність до невизначеності).

2. Для цільової групи Б (робота з ресурсним потенціалом): зміст роботи: психоедукація, тренінги особистісного зростання, фасилітація феномену антикрихкості (посттравматичного зростання). Специфіка: психолог виступає в ролі ментора. Робота спрямована на інтеграцію бойового досвіду (лідерство, здатність приймати рішення в екстремальних умовах) у цивільні управлінські та інноваційні компетенції.

Крок 4. Професійне консультування та переорієнтація

1. Стратегія для Групи А («М'яка деблокація соціономічних сфер»): консультування будується на принципі «поступового розширення меж безпекових ніш». Якщо ветеран здійснив «втечу в алгоритм» (наприклад, прагне працювати суто автомеханіком або в лісовому господарстві для уникнення людей), психолог не ламає цей вибір, а м'яко трансформує його. Приклад

переорієнтації: перехід від ізольованої взаємодії з технікою («Людина–Техніка») до мікросоціальної взаємодії у тій же галузі — наприклад, логістика, управління невеликою бригадою на СТО, де алгоритми техніки поєднуються з контрольованими комунікаціями. Це дозволяє поступово вивести ветерана з негативного навантаження сфери «Людина–Людина».

2. Стратегія для групи Б («пряма проактивна інтеграція»): професійний коучинг, кар'єрне проектування, асистування у створенні ветеранських стартапів та бізнес-моделей. Переорієнтація на сфери високих технологій, проектного менеджменту та антикризового управління, де кар'єрні якоря «Виклик» та «Підприємництво» реалізуються максимально ефективно.

Крок 5. Оцінювання результату

Критерії успішності для групи А (ветерани, які долали «Втечу в ізоляцію»): ветеран припиняє тотально уникати громадських місць, більш-менш спокійно реагує на цивільне оточення на робочому місці, демонструє готовність працювати в команді (невеликих колективах); зниження категоричності у судженнях («чорно-білого мислення»); поява гнучкості: ветеран здатний адаптуватися до раптових змін робочого графіка чи нових завдань без проявів спалахів гніву чи тривоги (сформована толерантність до невизначеності); успішне працевлаштування або початок навчання; усвідомлений вибір професії, де взаємодія з технікою чи природою поєднується з регулярною, безпечною соціальною комунікацією.

Критерії успішності для групи Б (ветерани, які реалізували «Ресурсний потенціал»): проактивна поведінка на ринку праці: впевнене проходження співбесід, самостійний пошук інвестицій чи грантів під власні бізнес-проекти; трансформація військового лідерського досвіду в ефективний цивільний менеджмент.

Метод фіксації результату: фінальна індивідуальна бесіда-інтерв'ю перед випискою з центру / завершенням програми супроводу; аналіз індивідуального «Кар'єрного плану мирного життя», який ветеран захищає наприкінці курсу; контрольний моніторинг (Follow-up): Короткий телефонний або онлайн-контакт

через 1, 3 та 6 місяців після працевлаштування для оцінки рівня адаптації в трудовому колективі та профілактики емоційного вигорання.

Рекомендується впровадження наступних компенсаторних стратегій для адаптації ветерана на робочому місці:

1. Екстерналізація пам'яті (зовнішні носії). Оскільки мозок витрачає ресурс на подолання симптомів ПТСР, функцію збереження інформації слід перенести на зовнішні пристрої: цифрові планувальники (Google Calendar, Trello, Notion) використання нагадувань про кожну подію (навіть рутинну). Це знімає тривогу «забути щось важливе». Метод «Zero Inbox» для завдань- будь-яке усне розпорядження керівника має негайно фіксуватися у письмовому вигляді (блокнот або смартфон).

2. Структурування через чек-листи. При дефіциті робочої пам'яті ветерану важко утримувати складні алгоритми дій. Операційні карти- для кожної регулярної робочої процедури створюється покроковий чек-лист. Візуалізація алгоритмів- схема «*Якщо... то...*» допомагає уникнути когнітивного ступору в ситуаціях вибору, характерних для ПТСР.

3. Менеджмент когнітивного навантаження. Щоб уникнути ефекту «виснаження», зафіксованого методикою, варто змінити режим праці, наприклад, використовувати метод Pomodoro (25/5), що дозволяє «розбити» робочий час на короткі інтенсивні відрізки з обов’язковими паузами. Це дозволяє «перезавантажити» увагу до того, як настане критична втома. Також, через особливості переключення уваги при ПТСР, варто використовувати правило «Одне завдання — один час»

4. Організація комунікації. Комунікація часто стає найбільш енерговитратним процесом. Гіперпильність змушує ветерана постійно зчитувати міміку, інтонації та приховані підтексти співрозмовника, що призводить до швидкого соціального виснаження та конфліктів. Максимальне переведення комунікації в письмовий формат (месенджери, пошта, таск-менеджери) дає ветерану час на обробку інформації та формулювання відповіді без емоційного

тиску «тут і зараз». В результаті знижується ризик імпульсивних реакцій або спалахів гніву через неправильно інтерпретовану інтонацію колеги.

Рекомендується просити колег та керівництво формулювати завдання чітко, без розмитих фраз: *замість: «Треба якось розібратися з цим проєктом», потрібно: «1. Перевірити цифри в звіті. 2. Надіслати правки до 14:00».* Чітка структура знижує тривожність, спричинену невизначеністю.

Встановлення домовленості (з собою або з колегами) про можливість взяти коротку паузу під час напруженої розмови: «*Мені потрібно 5 хвилин, щоб обдумати почуте, і я повернуся до розмови*». Це дозволяє знизити ризик емоційних зривів у моменти, коли рівень стресу стає критичним.

Після будь-якої усної наради ветерану варто надіслати коротке резюме: «*Як ми і домовилися: я роблю А, ви робите Б*». Через дефіцит вербальної пам'яті деталі розмови можуть швидко забутися, що спричиняє відчуття некомпетентності.

На етапі професійного самовизначення краще обирати ролі, де комунікація є інструментальною (за справою), а не емоційною (наприклад, аналітик, технік, розробник, а не менеджер з продажу чи конфліктолог). Ветеран має право мінімізувати неформальне спілкування (кава-паузи, «small talk»), якщо це виснажує його ресурс. Якщо в колективі здорові стосунки, ветеран може попередити: «*Я краще працюю, коли мені не заходять за спину*» або «*Гучні звуки мене відволікають*». Це знімає напругу з обох сторін.

Рекомендується просити колег або керівництво дублювати всі ключові домовленості, дати та цифри у месенджери або на пошту одразу після розмови. Щоб мати можливість прослухати й запам’ятати всі деталі зустрічі, які могли бути втрачені через труднощі з концентрацією уваги, при згоді учасників, може буте здійснений аудіозапис нарад.

5. Режим «Інформаційної гігієни». Контроль шуму- використання навушників із активним шумозаглушенням або прослуховування «білого шуму». Це допомагає відгородитися від офісних розмов, які часто сприймаються як фонова загроза. Зонування- якщо є можливість, вибір робочого місця спиною до

стіни, щоб бачити вхід і простір перед собою. Це знижує біологічну потребу мозку в постійному моніторингу «тилів», вивільняючи ресурс для роботи. «Режим фокусу» на смартфоні- вимкнення всіх сповіщень, крім робочих, під час виконання завдань. Кожне «дзижчання» телефону при ПТСР викликає мікрострес-реакцію, яка перериває концентрацію. Встановлення жорсткого ліміту на перегляд новинних стрічок (наприклад, 15 хвилин зранку та ввечері). Читання новин протягом робочого дня може спровокувати тригери або інтрузії (спогади), що повністю виб'є з робочого ритму. Замість того, щоб тримати плани та ідеї в голові, їх слід негайно виписувати. Це зменшує «когнітивне тертя» і тривогу від того, що щось буде втрачено. Метод «Паркування думок»- якщо під час роботи виникає тривожна думка або спогад, ветеран записує її в окремий блокнот, щоб «подумати про це пізніше», повертаючи увагу до робочої задачі. Цифровий детокс за 1.5- 2 години до сну: відмова від синього світла екранів та гостросюжетної інформації. Оскільки ПТСР часто супроводжується порушеннями сну, цей пункт є критичним для відновлення когнітивних функцій на наступний день.

Дотримання цих правил дозволяє ветерану переконатися, що його «когнітивна неспроможність» є лише наслідком перевантаження системи, а не втратою інтелекту. Це повертає впевненість у власних силах і дозволяє обирати професії, що вимагають високої концентрації. Правильна організація комунікації компенсує психоемоційну нестабільність і дозволяє ветерану залишатися в професійному середовищі, уникаючи самоізоляції.

Зрештою, вирішення проблеми професійної адаптації та реінтеграції учасників бойових дій, особливо тих, хто має ПТСР, є не тільки економічною необхідністю, а й моральним обов’язком. Надаючи людям з ПТСР значущі можливості працевлаштування та підтримку, суспільство не тільки покращуємо їхнє життя, а й збагачує свої робочі місця та громади їхніми унікальними поглядами, стійкістю та сильними сторонами. Продовжуючи прогрес у цій сфері, ми наближаємося до суспільства, яке справді цінує та підтримує всіх своїх членів, незалежно від невидимих ран, які вони можуть нести.

Висновки до третього розділу.

У третьому розділі на основі проведення констатувального та формувального етапів дослідження здійснено комплексний емпіричний аналіз деструктивного впливу ПТСР на професійне самовизначення учасників бойових дій, а також експериментально перевірено ефективність розробленої психокорекційної програми. Емпіричне дослідження проводилось в два етапи. Перший, констатувальний проводився протягом 2022-2024 років на базі діючих бойових підрозділів Полку поліції особливого призначення « Дніпро- 1», який у січні 2023 було доєднано до «Об'єднаної штурмової бригади Національної поліції України «Лють», також, на базі військової частини А7406, Комунального підприємства « Ветеранський простір» та Центру реабілітації для поранених військових RECOVERY м. Дніпро та Рівне У дослідженні взяли участь 276 учасників бойових дій віком від 20 до 55 років, середній вік- 36,2 років, 25% жінок та 75% чоловіків, 54%-представники солдатсько -сержантського складу,46%- офіцери. Другий, формувальний етап полягав у розробці, апробації та оцінці ефективності комплексної психокорекційної програми та проводився на базі реабілітаційних центрів Дніпропетровської області: КП "Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни" Дніпропетровської обласної ради", Реабілітаційний центр "RECOVERY" та в «Санаторій- курорт «Орлівщина». В дослідженні взяли участь 65 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначених центрах Дніпропетровської області й приймали участь в констатувальному етапі. В дослідженні взяли участь 65 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначених центрах Дніпропетровської області й приймали участь в констатувальному етапі. Серед учасників було 20 жінок (30,4%) й 45 чоловіків (69,6%), віком від 25 до 58 років, середній вік- 37,3 роки. З моменту перебування в зоні бойових дій пройшло від 6-ти місяців до 3-х років; учасники формувального етапу за станом здоров’я або через інші причини були демобілізовані.

На першому етапі було визначено, що лише 27,2% учасників дослідження практично не мають суб’єктивних складнощів у комунікації, ще 35,3%

респондентів зазначили періодичну наявність комунікативних проблем. Варто звернути увагу, що майже кожен четвертий комбатант, який прийняв участь в дослідженні має проблеми у комунікації з цивільними й 13,4% респондентів повідомили про значне напруження під час комунікації з іншими людьми, що може значно впливати на процеси адаптації та реінтеграції. 42% учасників дослідження планують повернутися до попередньої професійної діяльності, 8% планують продовжити займатися військовою справою, 14,5% учасників дослідження зазначили, що планують кардінально змінити свій фах. 35,5% комбатантів, що взяли участь у дослідженні взагалі не замислюються про життя після демобілізації.

У 90 учасників дослідження(32,6%) діагностовано посттравматичний стресовий розлад, на основі результатів діагностики наявності симптомів ПТСР учасники були розділені на дві групи- 90 комбатантів (32,6%) з ПТСР й друга група- 186 учасників бойових дій без симптомів ПТСР (67,3% вибірки). Симптоми ПТСР, такі як інтрузії, уникнення, когнітивних спотворень та збудливості не у всіх учасників виражені однаково. В нашому дослідженні не виявлено статистично значущих відмінностей між інтенсивністю проявів симптомів та статтю й віком та соціально-професійної приналежністю учасників. Встановлено, що в групі 1 показники тривоги й депресії статистично достовірно вище, ніж в другій групі. Виявлена значна індивідуальна різниця відчуття тривоги та рівнів депресії всередині обох груп. В нашому дослідженні не було виявлено відмінностей між показниками тривоги у чоловіків та жінок. З віком показник тривоги в обох групах знижується. У представників офіцерського складу рівень тривоги достовірно вище. В нашому дослідженні в обох групах не було виявлено статистично значущих відмінностей між показниками депресії у чоловіків та жінок й у комбатантів різного віку. Рівень депресії не залежить від професійно- соціальної приналежності комбатантів.

Повністю підтверджено генеральну концептуальну гіпотезу дослідження, згідно з якою ПТСР виступає потужним деструктивним чинником професійного самовизначення учасників бойових дій. Психологічна травматизація не лише

деформує адаптаційні можливості особистості, а й кардинально змінює вектор професійної орієнтації, звужуючи простір самореалізації комбатанта в мирному житті до пошуку безпекових та ізольованих умов праці.

Емпірично доведено, що наявність клінічно вираженої симптоматики ПТСР в учасників бойових дій виступає первинним деструктивним предиктором когнітивної дезадаптації, що виражається у тотальному зниженні показників пам'яті (короткочасної та довгострокової) й уваги (вибірковості та стійкості), а також у формуванні вираженої когнітивної ригідності, яка блокує гнучкість поведінки в умовах мирного життя. Встановлено, що зростання рівня довгострокової пам’яті та стійкості уваги безпосередньо супроводжується підвищенням рівня професійної компетентності учасників бойових дій.

Математико-статистичний аналіз підтвердив існування стійких зворотних кореляційних зв’язків між симптомами ПТСР (інтрузії, уникнення, когнітивні викривлення) та смисложиттєвими орієнтаціями досліджуваних. Зокрема, посилення загального рівня психологічної травматизації послаблює локус контролю «Я», позбавляючи ветерана відчуття суб’єктності та здатності керувати власним життям. Крім того, когнітивні викривлення мають виражений зворотний зв’язок із цілепокладанням, задоволеністю результатами життя та загальним локусом контролю «Життя», що призводить до деструкції життєвої перспективи ветерана в мирному житті.

Доведено, що в учасників бойових дій з ПТСР статистично частіше проявляється глибока екзистенційна криза, на відміну від їхніх побратимів без ознак посттравматичного стресового розладу. Втрата сенсів, відчуття відчуженості від цивільного соціуму та деструкція когнітивної моделі майбутнього суттєво блокують процеси успішного професійного самовизначення.

Виявлено чітку залежність між рівнем соціально-психологічної адаптації (прийняття себе та інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування) та вибором майбутньої сфери діяльності. Учасники бойових дій з ПТСР через дефіцит адаптаційних ресурсів схильні обирати професійні сфери «Людина –

Техніка» та «Людина – Природа». Така вибірковість є захисним механізмом, покликаним уникати інтенсивних соціальних контактів. Натомість учасники бойових дій без ПТСР демонструють готовність до взаємодії у соціумі, віддаючи перевагу сферам «Людина – Людина», «Людина – Знакова система» та «Людина – Художній образ». Доведено деструктивну роль психологічної ригідності та інтолерантності до невизначеності як когнітивно-особистісних предикторів дезадаптації. Зростання цих показників в учасників бойових дій посилює симптоматику ПТСР, тривожність та когнітивні викривлення, руйнує смисложиттєві орієнтири, знижує рівень самоприйняття і змушує ветеранів обирати «безпечні», чітко алгоритмізовані й ізольовані сфери діяльності («Людина – Природа», «Людина – Техніка») замість динамічної та непередбачуваної комунікативної сфери «Людина – Людина».

Математико-статистичний та компаративний аналіз повернутих факторних матриць емпірично верифікував латентні механізми деформації професіогенезу ветеранів, довівши, що саме симптомокомплекс ПТСР, а не коморбідна депресія чи тривога, примусово детермінує вибір професійної траєкторії.

Побудована регресійна модель дозволяє наочно простежити трирівневу систему детермінації професійного самовизначення у комбатантів із симптомами ПТСР. Модель наочно демонструє, як первинні клінічні та когнітивні предиктори через медіатори особистісної дезадаптації визначають кінцевий захисний вектор професійного вибору учасників бойових дій

З метою нівелювання виявлених деструктивних тенденцій було розроблено та впроваджено комплексну психокорекційну програму, спрямовану на покращення професійного самовизначення УБД в мирному житті через опрацювання симптомів ПТСР, розвиток толерантності до невизначеності, зниження ригідності та відновлення екзистенційних сенсів. Для перевірки її ефективності було проведено формувальний експеримент із залученням 65 учасників бойових дій, які були розподілені на дві групи: експериментальну (ЕГ, 35 осіб) та контрольну (КГ, 30 осіб).

Порівняльний аналіз результатів до і після впровадження програми продемонстрував високу ефективність та статистичну значущість розробленого психокорекційного комплексу. Математичне зіставлення середніх значень за тестом посттравматичного зростання підтверджує високу прагматичну ефективність розробленої психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя. Статистично доведене підвищення балів за шкалами самоефективності («Сила особистості»), когнітивної гнучкості («Нові можливості») та соціального капіталу («Ставлення до інших») в експериментальній групі верифікує запуск трансформаційних процесів. Після завершення формувального етапу експерименту «Депресія» зафіксовано появу статистично значущих розбіжностей між показниками експериментальної та контрольної груп; за шкалою «Тривога», попри помітне лінійне зниження середнього бала в обох групах, не виявлено статистично значущих відмінностей між показниками контрольної та експериментальної груп, отже розроблена й впроваджена психокорекційна програма сприяє покращенню адаптації та реінтеграції учасників бойових дій до умов мирного життя, статистично достовірно знижує інтолерантність до невизначеності комбатантів в цивільному соціумі, проте, такі психічні розлади, як ПТСР та депресія, що виникли внаслідок участі в бойових діях потребують подальшого як медікаментозного лікування, так і психотерапевтичного втручання. Впроваджена в експериментальній групі психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя показала найбільшу ефективність для розвитку короткочасної пам'яті – в експериментальній групі відмінності між показниками на констатувальному та контрольних етапах статистично достовірні, тоді як в контрольній групі спостерігається тенденція, проте, не виявлено статистично достовірних відмінностей між показниками на констатувальному й контрольному етапах. На контрольному етапі в експериментальній групі зафіксовано виражену позитивну динаміку суб’єктивної оцінки власних комунікативних навичок, зумовлену синергетичним ефектом

арттерапії, травмоорієнтованої терапії та дискурсивної фасилітації. Доведено, що розроблена психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя сприяє переходу ветеранів від пасивного уникнення (дифузії) до проактивного, усвідомленого пошуку нових кар'єрних ролей.

Розроблені рекомендації щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій як складової їхньої успішної реінтеграції у мирне життя

ВИСНОВКИ

Реінтеграція ветеранів в Україні у 2026 році є складним завданням, яке охоплює медичні, психологічні, економічні та соціальні перешкоди. Психологічна травма, отримана під час бойових дій, призводить до численних складних фізичних та емоційних розладів. Часто солдати, які повертаються до цивільного життя, стикаються з низькою самооцінкою, втратою сенсу життя, зміною цінностей, почуттям самотності, соціальною ізоляцією тощо. Чим довше вони перебувають у цьому стані психологічного та емоційного стресу, тим складніше їм адаптуватися до мирного життя. Наслідки психологічної травми від війни можуть проявлятися у різних формах навіть через багато років.

У сучасному науковому дискурсі проблема професійного самовизначення особистості посідає одне з центральних місць, оскільки інтегрує в собі фундаментальні питання соціалізації, індивідуалізації, формування ідентичності та побудови цілісного життєвого шляху суб'єкта праці. Трансформаційні процеси, що відбуваються в українському суспільстві в умовах воєнного стану, актуалізують потребу в переосмисленні цього феномену. Професійне самовизначення ветеранів та учасників бойових дій (УБД) виходить за межі суто працевлаштування — воно стає ядерним психосоціальним механізмом реадаптації та відновлення особистісної цілісності комбатанта.

Феноменологічно професійне самовизначення розглядається нами не як одноразовий акт вибору професії, а як динамічний, багаторівневий і безперервний процес формування особистістю власного ставлення до професійно-трудового середовища та спосіб її самореалізації впродовж усього життєвого шляху. Психологічна сутність цього явища полягає у самостійному та усвідомленому знаходженні смислів виконуваної праці, узгодженні індивідуальних ціннісно-мотиваційних орієнтацій із соціально-економічними запитами суспільства.

Психосоціальна природа феномену виявляється в його дворівневій структурі, яка поєднує інтрапсихічні (внутрішні) та інтерперсональні (зовнішні)

чинники. На суб'єктивному (внутрішньому) рівні професійне самовизначення спирається на систему сенсожиттєвих орієнтацій, локус контролю особистості, емоційну гнучкість та рівень самоефективності. Саме внутрішні установки та життєві цілі структурують уявлення індивіда про бажане майбутнє, визначаючи його мотиваційну готовність до праці. На об'єктивному (зовнішньому) рівні процес опосередковується соціальним капіталом: включеністю індивіда в референтні групи, характером групової взаємодії, наявністю соціальної підтримки та загальним станом ринку праці.

Отже, теоретичний аналіз дозволяє визначити професійне самовизначення особистості як інтегральний психосоціальний феномен, що віддзеркалює рівень зрілості та адаптивності суб'єкта праці. Воно є результатом динамічної взаємодії між внутрішньою смисловою вертикаллю особистості та зовнішнім соціальним контекстом. Дослідження особливостей цього процесу в УБД вимагає глибокого аналізу когнітивно-диспозиційних і клінічних маркерів, які детермінують вибір ветераном або неадаптивного сценарію професійної ізоляції (прагнення автономії та стабільності), або адаптивного сценарію самоефективності, соціального домінування й посттравматичного зростання в конкурентному середовищі.

Маніфестація посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у сучасній психологічній та медичній науці розглядається як один із найбільш деструктивних наслідків впливу екстремальних чинників воєнного часу на психічну сферу особистості. У контексті вивчення адаптаційного потенціалу учасників бойових дій дослідження ПТСР вийшло за межі суто нозологічного, симптоматичного підходу. Сучасні науковці інтерпретують цей розлад як системну деструкцію когнітивно-афективної та смислової архітектоніки індивіда, що кардинально деформує його життєвий шлях і блокує процеси поствоєнного професійного самовизначення.

Теоретико-методологічний підґрунтя розуміння етіології та патогенезу ПТСР формувалося на перетині кількох провідних парадигм. Так, когнітивно-поведінкова модель трактує розлад як дефект переробки інформації та інтеграції

психотравмуючого досвіду. Теорія базових переконань особистості розглядає ПТСР через призму екзистенційного колапсу суб'єктивного всесвіту людини. Теорія подвійного представлення пам’яті описує патогенез розладу через ізоляцію двох паралельних систем пам'яті. Розвиток розладу супроводжується формуванням стійкої інтолерантності до невизначеності, яка виступає потужним патогенним модератором. Нездатність учасника бойових дій толерувати мінливість і хаотичність цивільного середовища підсилює симптоми гіперзбудження та змушує психіку постійно перебувати в режимі «сканування загрози», виснажуючи внутрішній ресурсний складник стресостійкості. Нейробіологічний рівень дослідження розладу верифікує ці психологічні деформації на рівні субкортикальних структур. Це призводить до хронізації супутніх нервово-психічних розладів, стабільного переживання негативних емоцій (гніву, провини вцілілого, ворожості) та соматизації стресує

Особистість військовослужбовця формується під впливом тривалого перебування в кризових умовах, що вимагають специфічної мобілізації психофізіологічних та інтрапсихічних ресурсів. Повернення комбатанта до цивільного соціуму актуалізує проблему реінтеграції, де зафіксовані на фронті паттерни поведінки та внутрішні трансформації починають безпосередньо моделювати його життєвий шлях особистості та визначати вектори професійного самовизначення. Екстремальні чинники воєнного середовища чинять пролонгований деструктивний вплив на структуру особистості воїна. Перебування військовослужбовців в екстремальних умовах, пов’язаних із постійною загрозою здоров’ю та життю, є невід’ємною складовою бойового розгортання. Така перманентна вітальна загроза переформатовує базові адаптаційні механізми: для виживання в бою психіка комбатанта вимушено вибудовує стратегії тотального гіперконтролю, надпильності та емоційного усунення. У ситуації бойового зіткнення початкові сенсорно-перцептивні процеси (миттєве виявлення візуальних сигналів чи слухових тонів небезпеки) мають адаптивний характер, забезпечуючи високу боєздатність підрозділу. Проте після завершення бойового розгортання та повернення до мирного життя ці

колишні захисні реакції часто трансформуються у стійкі ознаки дезадаптації, знижуючи загальний рівень стресостійкості в цивільних умовах.

У сучасних наукових розвідках встановлено, що траєкторія реадаптаційного процесу критично опосередковується станом ментального здоров'я та збереженістю внутрішніх адаптаційних ресурсів комбатанта. На основі методологічних засад емпіричного дослідження можна зробити такі основні висновки. Для отримання об’єктивної картини, ми обрали багаторівневий методологічний комплекс, який дозволяє визначити соціально - демографічні показники, такі як вік, стать, соціально-професійну приналежність, особливості побудови комунікації з іншими людьми комбатантів, також виявити та визначити інтенсивність симптомів ПТСР (методика PCL-5) та супутніх станів тривоги й депресії (шкала HADS), що становлять критичні перешкоди для розвитку професійної мотивації, нейропсихологічні тести (наприклад, щодо когнітивної гнучкості та пам’яті), які дозволяють оцінити здатності ветерана перекваліфікуватися та навчатися в нових умовах. Також були підібрані та обґрунтовані психодіагностичні методики, які дозволяють визначити особливості професійного самовизначення, соціально-психологічної адаптації й мотивації для подальшого цивільного життя ветеранів.

Встановлено, що професійне самовизначення учасників бойових дій є не лише вибором цивільної професії особистості дорослого віку, а основою реінтеграції ветеранів у мирне життя. Методологія дослідження спрямована на виявлення розриву між «я хочу» (цінності), «я можу» (когнітивні ресурси) та «я мушу» (реалії ринку праці та юридичні гарантії, що надаються ветеранам війни). Обраний психодіагностичний інструментарій дозволяє не тільки ідентифікувати проблеми, але й розробляти індивідуалізовані рекомендації: від потреби в когнітивній реабілітації до вибору «безпечного» робочого середовища, що мінімізує вплив симптомів ПТСР.

Емпіричне дослідження проводилось в два етапи. Перший, констатувальний проводився протягом 2022-2024 років на базі діючих бойових підрозділів Полку поліції особливого призначення « Дніпро- 1», який у січні 2023

було доєднано до «Об'єднаної штурмової бригади Національної поліції України «Лють», також, на базі військової частини А7406, Комунального підприємства « Ветеранський простір» та Центру реабілітації для поранених військових RECOVERY м. Дніпро та Рівне У дослідженні взяли участь 276 учасників бойових дій віком від 20 до 55 років, середній вік- 36,2 років, 25% жінок та 75% чоловіків, 54%-представники солдатсько -сержантського складу,46%- офіцери. Другий, формувальний етап полягав у розробці, апробації та оцінці ефективності комплексної психокорекційної програми та проводився на базі реабілітаційних центрів Дніпропетровської області: КП "Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни" Дніпропетровської обласної ради", Реабілітаційний центр "RECOVERY" та в «Санаторій- курорт «Орлівщина». В дослідженні взяли участь 65 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначених центрах Дніпропетровської області й приймали участь в констатувальному етапі. В дослідженні взяли участь 65 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначених центрах Дніпропетровської області й приймали участь в констатувальному етапі. Серед учасників було 20 жінок (30,4%) й 45 чоловіків (69,6%)**,** віком від 25 до 58 років, середній вік- 37,3 роки. З моменту перебування в зоні бойових дій пройшло від 6-ти місяців до 3-х років; учасники формувального етапу за станом здоров’я або через інші причини були демобілізовані.

На першому етапі було визначено, що лише 27,2% учасників дослідження практично не мають суб’єктивних складнощів у комунікації, ще 35,3% респондентів зазначили періодичну наявність комунікативних проблем. Варто звернути увагу, що майже кожен четвертий комбатант, який прийняв участь в дослідженні має проблеми у комунікації з цивільними й 13,4% респондентів повідомили про значне напруження під час комунікації з іншими людьми, що може значно впливати на процеси адаптації та реінтеграції. 42% учасників дослідження планують повернутися до попередньої професійної діяльності, 8% планують продовжити займатися військовою справою, 14,5% учасників дослідження зазначили, що планують кардінально змінити свій фах. 35,5%

комбатантів, що взяли участь у дослідженні взагалі не замислюються про життя після демобілізації.

У 90 учасників дослідження(32,6%) діагностовано посттравматичний стресовий розлад, на основі результатів діагностики наявності симптомів ПТСР учасники були розділені на дві групи- 90 комбатантів (32,6%) з ПТСР й друга група- 186 учасників бойових дій без симптомів ПТСР (67,3% вибірки). Симптоми ПТСР, такі як інтрузії, уникнення, когнітивних спотворень та збудливості не у всіх учасників виражені однаково. В нашому дослідженні не виявлено статистично значущих відмінностей між інтенсивністю проявів симптомів та статтю й віком та соціально-професійної приналежністю учасників. Встановлено, що в групі 1 показники тривоги й депресії статистично достовірно вище, ніж в другій групі. Виявлена значна індивідуальна різниця відчуття тривоги та рівнів депресії всередині обох груп. В нашому дослідженні не було виявлено відмінностей між показниками тривоги у чоловіків та жінок. З віком показник тривоги в обох групах знижується. У представників офіцерського складу рівень тривоги достовірно вище. В нашому дослідженні в обох групах не було виявлено статистично значущих відмінностей між показниками депресії у чоловіків та жінок й у комбатантів різного віку. Рівень депресії не залежить від професійно- соціальної приналежності комбатантів.

Повністю підтверджено генеральну концептуальну гіпотезу дослідження, згідно з якою ПТСР виступає потужним деструктивним чинником професійного самовизначення учасників бойових дій. Психологічна травматизація не лише деформує адаптаційні можливості особистості, а й кардинально змінює вектор професійної орієнтації, звужуючи простір самореалізації комбатанта в мирному житті до пошуку безпекових та ізольованих умов праці.

Емпірично доведено, що наявність клінічно вираженої симптоматики ПТСР в учасників бойових дій виступає первинним деструктивним предиктором когнітивної дезадаптації, що виражається у тотальному зниженні показників пам'яті (короткочасної та довгострокової) й уваги (вибірковості та стійкості), а також у формуванні вираженої когнітивної ригідності, яка блокує гнучкість

поведінки в умовах мирного життя. Встановлено, що зростання рівня довгострокової пам'яті та стійкості уваги безпосередньо супроводжується підвищенням рівня професійної компетентності учасників бойових дій.

Математико-статистичний аналіз підтвердив існування стійких зворотних кореляційних зв'язків між симптомами ПТСР (інтрузії, уникнення, когнітивні викривлення) та смисложиттєвими орієнтаціями досліджуваних. Зокрема, посилення загального рівня психологічної травматизації послаблює локус контролю «Я», позбавляючи ветерана відчуття суб'єктності та здатності керувати власним життям. Крім того, когнітивні викривлення мають виражений зворотний зв'язок із цілепокладанням, задоволеністю результатами життя та загальним локусом контролю «Життя», що призводить до деструкції життєвої перспективи ветерана в мирному житті.

Доведено, що в учасників бойових дій з ПТСР статистично частіше проявляється глибока екзистенційна криза, на відміну від їхніх побратимів без ознак посттравматичного стресового розладу. Втрата сенсів, відчуття відчуженості від цивільного соціуму та деструкція когнітивної моделі майбутнього суттєво блокують процеси успішного професійного самовизначення.

Виявлено чітку залежність між рівнем соціально-психологічної адаптації (прийняття себе та інших, емоційний комфорт, інтернальність, домінування) та вибором майбутньої сфери діяльності. Учасники бойових дій з ПТСР через дефіцит адаптаційних ресурсів схильні обирати професійні сфери «Людина – Техніка» та «Людина – Природа». Така вибірковість є захисним механізмом, покликаним уникати інтенсивних соціальних контактів. Натомість учасники бойових дій без ПТСР демонструють готовність до взаємодії у соціумі, віддаючи перевагу сферам «Людина – Людина», «Людина – Знакова система» та «Людина – Художній образ». Доведено деструктивну роль психологічної ригідності та інтолерантності до невизначеності як когнітивно-особистісних предикторів дезадаптації. Зростання цих показників в учасників бойових дій посилює симптоматику ПТСР, тривожність та когнітивні викривлення, руйнує

смисложиттєві орієнтири, знижує рівень самоприйняття і змушує ветеранів обирати «безпечні», чітко алгоритмізовані й ізольовані сфери діяльності («Людина – Природа», «Людина – Техніка») замість динамічної та непередбачуваної комунікативної сфери «Людина – Людина».

Математико-статистичний та компаративний аналіз повернутих факторних матриць (Varimax-ротація) емпірично верифікував латентні механізми деформації професійної готовності учасників бойових дій, довівши, що саме симптомокомплекс ПТСР, а не коморбідна депресія чи тривога, примусово детермінує вибір професійної траєкторії.

Побудована регресійна модель дозволяє наочно простежити трирівневу систему детермінації професійного самовизначення у комбатантів із симптомами ПТСР. Модель наочно демонструє, як первинні клінічні та когнітивні предиктори через медіатори особистісної дезадаптації визначають кінцевий захисний вектор професійного вибору учасників бойових дій.

Уперше:

1) розроблено та емпірично верифіковано «Диференційну матрицю професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя». Матрицю побудовано на засадах поєднання клініко-психологічного та суб'єктно-діяльнісного підходів, що дало змогу вперше диференціювати учасників бойових дій за двома альтернативними кар'єрними шляхами: *неадаптивним сценарієм* (пролонгованим вираженим ПТСР) та *адаптивним сценарієм* (посттравматичним зростанням та антикрихкістю) через систему взаємопов'язаних маркерів: статусів ідентичності, стратегій взаємодії з невизначеністю, сфер професійних інтересів, кар’єрних орієнтацій та локусу контролю;

2) обґрунтовано інтегральну структурно-логічну модель «Деформація професійного самовизначення учасників бойових дій під впливом ПТСР». У межах моделі системно доведено деструктивний вплив симптомів посттравматичного стресового розладу на архітектоніку професійного становлення особистості, який реалізується через каскадне порушення чотирьох

психологічних блоків: *когнітивного* (когнітивна ригідність, дефіцит робочої пам'яті), *емоційно-вольового* (хронічна тривожність, апатія), *соціального* (гіперпильність, самоізоляція та уникання) та *екзистенційного* (криза цивільної ідентичності та деструкція цілей життя);

3) виокремлено та математично обґрунтовано модель деструктивного професійного самовизначення учасників бойових дій із ПТСР. Завдяки застосуванню регресійного аналізу доведено специфічну прогностичну здатність впливу первинних психопатологічних та екзистенційних деструкторів через когнітивно-психічні фільтри (психологічну ригідність та інтолерантність до невизначеності) на вибір звужених дезадаптивних профорієнтаційних траєкторій особистості в цивільному середовищі, а саме: *«уникання соціуму»*, побудову *«безпечної ніші»* та *«втечу в алгоритм»*.

Удосконалено: уявлення про механізми трансформації ціннісно-мотиваційного ядра особистості комбатантів під впливом травматичного стресу. Визначено характер переформатування кар'єрних орієнтацій (за Е. Шейном), що полягає у втраті активних адаптивних якорів (*«менеджмент»*, *«підприємництво»*, *«виклик»*) та актуалізації гіперкомпенсаторних прагнень (*«автономія»*, *«стабільність»*, *«ригідність»*), які виступають захисним інструментом психіки учасників бойових дій для мінімізації зовнішніх стресових тригерів.

З метою нівелювання виявлених деструктивних тенденцій було розроблено та впроваджено комплексну психокорекційну програму, спрямовану на покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в мирному житті через опрацювання симптомів посттравматичного стресового розладу, розвиток толерантності до невизначеності, зниження ригідності та відновлення екзистенційних сенсів. Для перевірки її ефективності було проведено формувальний експеримент із залученням 65 учасників бойових дій, які були розподілені на дві групи: експериментальну (ЕГ, 35 осіб) та контрольну (КГ, 30 осіб).

Порівняльний аналіз результатів до і після впровадження програми продемонстрував високу ефективність та статистичну значущість розробленого психокорекційного комплексу. Математичне зіставлення середніх значень за тестом посттравматичного зростання підтверджує високу прагматичну ефективність розробленої психокорекційної програми щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя. Статистично доведене підвищення балів за шкалами самоефективності («Сила особистості»), когнітивної гнучкості («Нові можливості») та соціального капіталу («Ставлення до інших») в експериментальній групі верифікує запуск трансформаційних процесів. Після завершення формувального етапу експерименту «Депресія» зафіксовано появу статистично значущих розбіжностей між показниками експериментальної та контрольної груп; за шкалою «Тривога», попри помітне лінійне зниження середнього бала в обох групах, не виявлено статистично значущих відмінностей між показниками контрольної та експериментальної груп, отже розроблена й впроваджена психокорекційна програма сприяє покращенню адаптації та реінтеграції учасників бойових дій до умов мирного життя, статистично достовірно знижує інтолерантність до невизначеності комбатантів в цивільному соціумі, проте, такі психічні розлади, як ПТСР та депресія, що виникли внаслідок участі в бойових діях потребують подальшого як медікаментозного лікування, так і психотерапевтичного втручання. Впроваджена в експериментальній групі психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя показала найбільшу ефективність для розвитку короткочасної пам'яті – в експериментальній групі відмінності між показниками на констатувальному та контрольних етапах статистично достовірні, тоді як в контрольній групі спостерігається тенденція, проте, не виявлено статистично достовірних відмінностей між показниками на констатувальному й контрольному етапах. На контрольному етапі в експериментальній групі зафіксовано виражену позитивну динаміку суб’єктивної оцінки власних комунікативних навичок, зумовлену синергетичним ефектом

арттерапії, травмоорієнтованої терапії та дискурсивної фасилітації. Доведено, що розроблена психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя сприяє переходу ветеранів від пасивного уникнення (дифузії) до проактивного, усвідомленого пошуку нових кар'єрних ролей.

Розроблені рекомендації щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій як складової їхньої успішної реінтеграції у мирне життя

Напрямками подальших досліджень може стати оцінка того, як ІТ-сфера та фріланс можуть стати «безпечним простором» для професійної реалізації осіб із симптомами посттравматичного стресового розладу (уникнення тригерів, гнучкий графік). Також, на нашу думку, корисним буде дослідження готовності роботодавців до найму ветеранів та розробка протоколів підтримки, які допомагають учасникам бойових дій закріпитися на робочому місці. Більш детального дослідження потребує феномен посттравматичного зростання, коли травматичний досвід стає стимулом до кардинальної зміни професії на користь соціально значущої діяльності (волонтерство, менторство, психологічна допомога) та інші.

Враховуючи, що війна в Україні триває, дослідження впливу посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення потребує подальших теоретичних розробок та практичних напрацювань. Перспективи подальших досліджень полягають в емпіричному розширенні розробленої регресійної моделі через залучення додаткових чинників (тривалості перебування на фронті, гендерних особливостей, характеру військової спеціалізації), а також у вивченні впливу мікросоціального середовища та корпоративної культури роботодавців на процеси деблокації соціономічних інтересів ветеранів. Особливої актуальності набуває масштабування розробленої психокорекційної програми у довгостроковій перспективі (через 6 та 12 місяців) задля оцінки стійкості її ефекту та профілактики вторинної кар'єрної дезадаптації комбатантів у цивільному соціумі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Соціальне уникнення як патогенетичний механізм вразливості до тривожних розладів в умовах надзвичайних ситуацій. 12. 2022 URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/377

2. Агаєв Н. А., Скрипкін О .Г., Дейко А. Б., Поливанюк В. В., Еверт О. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України : методичні рекомендації. / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.

3. Алещенко В.І. Теорія і практика військового управління : навчальний посібник. Київ : Міністерство оборони України, 2010. 378 с.

4. Алещенко О.В. Апробація комплексної психокорекційної програми адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2026. № 4(62)*. С.938-949 URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-4(62)-3222-3233

5. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви *Journal of Psychology Research.* Vol. 29 No. 12 (2023). с. 45-54. URL: https://doi.org/10.15421/102909

6. Алещенко О.В. Посттравматичне зростання *Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін*: колект. монограф.; за заг. ред. Л.М. Пріснякової. Дніпро: Дніпров. гум. ун-т, 2023. С. 131-164. . URL: http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/926

7. Алещенко О.В. «Копінг стратегії соціально-психологічної адаптації демобілізованих», *Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація*: колект. Монограф.; за заг. Ред. Л.М. Пріснякової. Дніпро: Днівпров. гум. ун-т, 2024. 324 с.С.57-79 URL:http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/1604

8. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В. Соціальна адаптація й копінг стратегії демобілізованих комботантів. «*Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2025. № 4(50)* 2025, С.1800-1810. URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1800-1810

9. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В. Психологічні детермінанти професійного самовизначення особистості дорослого віку. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2025. № 4(50) 2025*. С.1811-1824. URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1811-1823

1. Алещенко О.В. Тривожність особистості й копінг-стратегії. *Психологічниі ресурси життєстійкості та соціального благополуччя особистості*: колект. могнографія за заг. ред. Т.О. Гальцевої. Дніпров. Нац. Ун-т ім. О. Гончара- Дніпро, ПОРОГИ, 2024. С. 123-138 URL: https://repository.dnu.dp.ua/file/name%3D%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%80%D1%81%D0%B8%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%94%D1%81%D1%82%D1%96%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96%20%D1%82%D0%B0%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%83%D1%87%D1%87%D1%8F%20%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96&startYear%3D2000&endYear%3D2026&documentTypes%3D1013

2. Алещенко О.В. Використання проективних методик для діагностики посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій. *Міжнародна конференція "Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності"*, 21 грудня 2022р, Дніпро, ВНПЗ «ДГУ» URL: http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/638/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20%d0%9c%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0

%b0%d1%80%d0%be%d0%b4%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d1%96%d1%97%20%d0%b7%d0%b0%20%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b0%d0%ba%d1%86%d1%96%d1%94%d1%8e%20%d0%90.%d0%94.%20%d0%9c%d1%96%d1%80%d0%be%d1%88%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

3. Алещенко О.В. Нервово- психічна нестійкість, як маркер розвитку ПТСР у військовослужбовців. *Міжнародна конференція "Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності"*, 21 грудня 2022р, Дніпро, ВНПЗ «ДГУ» URL: http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/638/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20%d0%9c%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b0%d1%80%d0%be%d0%b4%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d1%96%d1%97%20%d0%b7%d0%b0%20%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b0%d0%ba%d1%86%d1%96%d1%94%d1%8e%20%d0%90.%d0%94.%20%d0%9c%d1%96%d1%80%d0%be%d1%88%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

4. Алещенко О.В. « Прихована агресія» *Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах*: матер. IV Всеукр. форуму (Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». С. 11-15. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/965/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20IV%20%d0%92%d1%81%d0%b5%d1%83%d0%ba%d1%80%d0%b0%d1%97%d0%bd%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d1%84%d0%be%d1%80%d1%83%d0%bc%d1%83.pdf

5. Андрейченко Д. І., Кальбус О. І.Діагностична цінність методики запам'ятовування 10 слів за Лурія та таблиць Шульте у діагностиці легкої когнітивної дисфункції у пацієнтів з розсіяним склерозом URL: https://vpbim.com.ua/uk/knowledgebase/diagnostychna-czinnist-metodyky-

zapamyatovuvannya-10-sliv-za-luriya-ta-tablycz-shulte-u-diagnostyczi-legkoyi-kognityvnoyi-dysfunkcziyi-u-pacziyentiv-z-rozsiyanym-sklerozom/

6. Арт-терапія і війна: контексти і досвід практичної роботи. /за заг. ред. Н. Кальки, Г. Одинцової : колективна монографія. Львів : ЛьвДУВС, 2023. 283 с.

7. Афанасьєва, Н. Є. Психологічні особливості ідентичності рятувальників з ознаками посттравматичних стресових розладів. *Психологія діяльності в особливих умовах*. – Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. – 2024. – № 1(4). – С. 74–85. – DOI: 10.31558/2786-8745.2024.1(4).8.

8. Балл Г. О., Зливков В. Л., Копилов С. О. Становлення ідентичності фахівця : монографія. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2014. 260 с.

9. Барко В.І. Психологія управління персоналом органів внутрішніх справ (проактивний підхід) : монографія. Київ : НІКА-ЦЕНТР, 2003. 448 с.

10. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/

11. Бербец В. Професійне самовизначення особистості : навчальний посібник 2-е видання, доповнене. Умань, 2014. 166 с.

12. Блінов О.А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ. Вісник Національного університету оборони України. 64(6), 2022. С. 5–18. URL: http://surl.li/skgrzd.

13. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. Вісник Національного університету оборони України. 2014, № 4 (41). С. 168- 173.

14. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.

15. Блінов О. А., Блінова О. Б. Дослідження рівня страху в особистості під час відповідальної діяльності. Збірник наукових стататей Київського міжнародного університету. Серія : Психологічні науки, 2006, Вип. 9. С. 33–38.

16. Бойові психологічні травми - Ресурсна психологія та психотерапія URL: https://arpp.com.ua/articles/combat-psychological-trauma/

17. Бойко, Д., Животовська, Л., Герасименко, Л., Шкодіна, А., & Скрипніков, А.. Профіль уникаючої поведінки серед українських комбатантів зі стрес-асоційованими психічними розладами. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, *12*(4(30), 2025. С.437-448. URL:https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-02

18. Борисова О. О. Психореабілітація військових і членів їхніх сімей: навч. посіб. Одеса : Гельветика, 2024. 344 с.

19. Варивода К. Нейробіологічні та психологічні аспекти Посттравматичного стресового розладу: аналітичний огляд. URL: https://www.researchgate.net/publication/366869772_NEJROBIOLOGICNI_TA_PSIHOLOGICNI_ASPEKTI_POSTTRAVMATICNOGO_STRESOVOGO_ROZLADU_ANALITICNIJ_OGLAD

20. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. Проблеми сучасної психології. 2018. Т. 40. С. 33-49.

21. Військова психологія і педагогіка: підручник для військових вузів Б.М. Олексієнко, Д. В. Іщенко, О. Д. Сафін. – Хмельницький: Вид-во Академії ПВУ, 2017. 562 с.

22. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків, 2014. 67 с.

23. Вошколуп, Г.Ю. Психологічні особливості реадаптації посткомбатів після повернення із зони бойових дій. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля*, 2(24), 2024. С.80-86

24. Гаврюшенко В.В. Київський національний університет імені Тараса Шевченка Основні напрями діяльності військового психолога з гармонізації взаємодії офіцерів у проблемних URL: https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/07

25. Гарець Н.О., Варакута М.Л., Алещенко О.В. Теоретичні підходи до розуміння психологічного ресурсу особистості в роботах зарубіжних вчених. *Наукові перспективи*. 2023. № 4(34). С. 527-536.

26. Герман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. URL: https://www.researchgate.net/publication/367337492_POSTTRAVMATICNIJ_STRESOVIJ_ROZKLAD_PTSR_TEORIA_DIAGNOSTIKA_TA_PRAKTICNI_ASPEKTI_PSIHOTERAPII

27. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

28. Горішня К.І. Способи діагностування особливостей професійного самовизначення ветеранів. URL: https://sppstudios.com.ua/web/uploads/pdf/36-Article%20Text-90-1-10-20191225.pdf

29. Громова Г. М. Інструменти вимірювання толерантності до невизначеності. Адаптація тесту « Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона Scientific Studios on Social and Political Psychology. 2021. Вип. 47 (50). С. 115-130.

30. Гулівець М. Психологічний супровід військовослужбовців у системі реабілітації після отриманих бойових травм, 2025-11-24, URL: https://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12263

31. Гульбс , О., & Кобець, О. (2021).Психологічна реабілітація учасників бойових дій. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. *Військово-спеціальні науки, 47*(3(47), 12–15. URL: https://doi.org/10.17721/1728-2217.2021.47.12-15

32. Даник Ю. Г., Друзь О. В., Черненко І. О. Формування синдромів війн та їх особливості. Journal of Education, Health and Sport, 2016. № 6 (11). С. 77-89.

33. Демський В.В. Психологічні особливості розвитку професійної рефлексії офіцерів-прикордонників : дис. … канд. психол. наук. Національна

академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2009. 157 с.

34. Діденко, Г. О. (2020). Психологічні особливості життєвого стилю осіб з травматичним досвідом (Публікація № 0420U101561) [Автореф. дис. канд. психол. наук, Херсонський державний університет]. Національний репозитарій академічних текстів. URL: https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0420U101561/

35. Дикун В. Г., Мороз В. М., Стасюк В. В. Методологія дослідження морально-психологічного стану особового складу військ (сил): навч.-метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 383 с.

36. Друзь О. В., Сиропятов О. Г., Бадюк М. І. Методичні рекомендації з удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримки миру і безпеки, із посттравматичним стресовим розладом : метод. рекомен. Київ: МП Леся. 2014. 54 с.

37. Дружиніна О. О. *Психологія праці та професійної підготовки особистості* : навч. посіб. Одеса : Астропринт, 2018. 248 с.

38. Дунець Л.М. Психологія спілкування: навчальний посібник [для студентів спеціальностей «Соціальна педагогіка» та «Практична психологія»] Хмельницький: ТУП, 2003. – 142 с.

39. Збірник стандартів психологічної підготовки у Збройних Силах України: метод. посіб. за ред. генерал-майора В. Клочкова. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2023. 337 с.

40. Зливков В. Л. Методика «Шкала професійної ідентичності (Vocational Idenity Scale, VIS): можливості використання в українських реаліях Практична психологія та соціальна робота. 2014. № 1. С. 33-36.

41. Калька Н., Ковальчук З. К17 К563 Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.

42. Калька Н.М., Одинцова Г. Ю. Феноменологія символу у мандалотерапії: теоретико-прикладний аспект. *Габітус.* 2021. Вип. 22. URL:https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.22.1

43. Камбур А. В. Соціальна адаптація особистості в суспільстві переходного типу: зміна ціннісних пріоритетів : дис... канд. соціол. наук: 22.00.04 Гуманітарний ун-т "Запорізький ін-т держ. та муніципального управління". Запоріжжя, 2007. 203с.

44. Карчевський І. Р. Проблемна міжособистісна взаємодія особового складу військової частини та особливості її діагностики і попередження // Автореферат дисертації на здобуття вченого ступеня канд. психол. наук : 19.00.09 / І.Р.Карчевський ; Нац. акад. Держ. Прикордонної служби України ім. Б.Хмельницького. - Хмельницький, 2005. – 19 с

45. Кісарчук З., Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ. Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

46. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький. Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

47. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

48. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. *Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі : монографія.* Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 194 с.

49. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: Монографія. Київ. ДП "Інформ.-аналіт. агенство", 2012. 200 с.

50. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ- Одеса. Фенікс, 2022. 88 с.

51. Колосович О.С. Психологія взаємодії у військово-професійному середовищі: монографія Львів: ЛьвДУВС, 2018. – 232 с

52. Комар З. Психологічна стійкість воїна : підруч. для військових психологів Посольство Великої Британії в Україні, Stabilization Support Service. Київ. 2017. 184 с.

53. Конфлікти у військовому колективі. шляхи їх запобігання та подолання URL: http://www.korekta-vvk.com/kocno/osnovy-pedagogiky-ta-psyh/konflikty-u-kolektyvi#:~:text=%D0%97%20%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%8E%20%D0%BF%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BC%D0%BE%D0%B6%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D1%85%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%82%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D1%8F%D0%B2%D0%B8%D1%89%20%D1%83%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D1%96%20%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BC

54. Конфліктологія : навч. посіб. Л. М. Ємельяненко, В. М. Петюх, Л. В. Торгова, А. М. Гриненко ; за заг. ред. В. М. Петюха, Л. В. Торгової. Київ. КНЕУ, 2003. 315 с.

55. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціальнопсихологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовцівучасників антитерористичної операції : монографія. Харків: НУЦЗУ, 2017. 256 с.

56. Крикля К. П. Психологічні особливості професійного становлення майбутнього психолога в умовах сучасного суспільства Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна) – Львів., 2012. Вип. 2. Ч. 1. С. 409–417.

57. Лящ О. П. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. Психологічні перспективи. 2021.Вип. 37. С. 128-140.

58. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с.

59. Мандалотерапія: створення балансу URL: https://garkavets.com/ua-mandalotherapy/

60. Методики психологічного супроводу учасників освітнього процесу в умовах війни : практ. посіб. В. Г. Панок; В. В. Рибалка, С. К. Шандрук та ін.; за наук. ред. В. Г. Панка. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2023. 212 с. URL: https://drive.google.com/file/d/1JY6K0ZhOEakqbamTz3fQXTHngTzp7WEp/view

61. Мороз В. М., Коваль М. А., Герасименко О. В. Збірник методик для психологічної діагностики військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ. НДЦ ГП ЗСУ, 2023. 468 с.

62. Москаленко В.В. Психологія соціального впливу. Навч. пос. Київ. Центр учбової літератури, 2007. 448 с.

63. Обираємо професії типу «людина-природа», «людина-техніка»: навчальний посібник. Доротюк В.І., Левченко Ф. Г., Рогоза В.В., Доротюк О.Г., Піддячий М.І., Чудакова В.П., Васьківський М.В. Київ КОНВІ ПРІНТ, 2019. 112 с.

64. Основи військової психології : навч. посіб. Г. В. Бондарев, П. П. Круть ; Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.

65. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. Київ. НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

66. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч.посіб. за ред. Л. Царенко. Том 2. Київ : ОБСЄ, 2018. 240 с.

67. Окороков Р.С. Психологічна характеристика особистості військовослужбовця на початку служби в лавах збройних сил України URL: https://doi.org/10.32843/2663- 5208.2020.19.29

68. Петреченко С. А. Психологічний аналіз, вплив інтерпретації після травматичних подій. Психологічні студії. № 1, 2024. С. 144–149

69. Смашна О. Особливості когнітивного функціонування ветеранів з посттравматичним стресовим розладом та легкою черепно-мозковою травмою. Психіатрія, неврологія та медична психологія, 12(3(29), 2025. С.312-328. https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-29-03

70. Повернення з війни: соціально-психологічні особливості реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов цивільного життя : колективна монографія. А. Чернов, В. Заіка, В. Лебедєв та ін. Полтава : ПУЕТ, 2024. 249 с.

71. Про затвердження Порядку та умов забезпечення соціальної та професійної адаптації осіб, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членів сімей таких осіб, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/432-2017-%D0%BF#Text

72. Приходько І. І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2021. № 1 (64). С. 193–215.

73. Психосоціальна підртимка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. Маріуполь. ДонДУУ, 2018. – 322 с.

74. Пшик- Ковальська О., Замулко І., Перун В. Виклики, перспективи соціально-професійної адаптації ветеранів в Україні: адміністративні та управлінські рішення URL: https://www.researchgate.net/publication/395827287_VIKLIKI_TA_PERSPEKTIVI_SOCIALNO-PROFESIJNOI_ADAPTACII_VETERANIV_V_UKRAINI_ADMINISTRATIVNI_MEHANIZMI_TA_UPRAVLINSKI_RISENNA

75. Романишин А.М., Капінус О.С. Досвід роботи позаштатних груп психологічного забезпечення Збройних сил України в зоні проведення антитерористичної операції. *Збірник статей VII Всеукраїнської*

науковопрактичної конференції «Особистість в екстремальних умовах». Львів : ЛДУ БЖД, 2015. 398 с. URL: http://ubgd.lviv.ua/moodle/mod/folder/view.php?id=9494

76. Сайнецький О.В. Суть і особливості військової служби / Публічне право. № 3 (11). К. – 2013. – С. 210 – 216.

77. Сеник О. М. *Особливості часової перспективи особистості у контексті життєвих криз та психотравматизації.* Психологічні перспективи. 2015. Вип. 25. С. 245–256

78. Середницька І. Проблема міжособистісних конфліктів у студентському середовищі. Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2004. – № 2. – С. 103–111.

79. Смашна О. Особливості когнітивного функціонування ветеранів з посттравматичним стресовим розладом та легкою черепно-мозковою травмою. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2025. *12*(29) С.312-328. URL: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-29-03

80. Сидоренко І. В. *Сучасний стан дослідження резильєнтності учасників бойових дій.* Хабітус. 2025. Вип. 74. С. 248–253.

81. Соціальна адаптація обдарованої особистості: від дитинства до юності : методичний посібник. К. А. Андросович, Л. І. Ткаченко, Г. В. Ільїна, І. О. Якимова, В. М. Шульга. – Київ : Інститут обдарованої дитини НАПН України, 2021. 106 с.

82. Соціокультурні та психологічні вектори становлення особистості: колективна монографія . О. Є. Блинова, С. І. Бабатіна, Т. М. Дудка, А. М. Одінцова та ін. Херсон : ФОП Вишемирський В. С. 2018. 428 с.

83. Сучасні підходи до реабілітації та реадаптації військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей : збірник матеріалів Першої Міжнародної науково-практичної конференції. 5 грудня 2024 р., м. Харків, Україна. URL: https://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/24627/1/%D0%A0%D0%95%D0%90%D0%91%D0%86%D0%9B%D0%86%D0%A2%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF_2024.pdf

84. Талеб Н. Н. Антикрихкість. Про (не)вразливе у реальному житті. пер. з англ. М. Климчук. 4-те вид. Київ : Наш Формат, 2021. 400 с.

85. Ткачук Т. А. «Копінг-поведінка: стратегії та засоби реалізації» Ірпінь: УДФСУ, 2011. 286 с.

86. Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи.. Вінтоняк В.Ф. РибчукО.О., Недвига О.В. Питання психології. Вісник Національного університету оборони України 4 (68). 2022

87. Ткаченко Н. В., Алещенко О. В. Вплив посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій. *Психолого-педагогічні передумови успішності функціонування особистості в інформаційному просторі* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 25–26 листоп. 2022 р.). Дніпро : ДНУ ім. Олеся Гончара, 2022. С. 126–128. https://www.dnu.dp.ua/view/materialu_konferenchii

88. Топчило А. В. *Інтолерантність до невизначеності у військовослужбовців і рятувальників, які зазнали поранень: порівняльний аналіз.* Габітус. 2026. Т. 2, вип. 83. С. 278–285. URL: https://doi.org/10.32782/hbts.83.2.48

89. Усик Д. Б. Психологічні особливості дезадаптації військовослужбовців- учасників бойових дій. URL: https://www.researchgate.net/publication/380949831_PSIHOLOGICNI_OSOBLIVOSTI_DEZADAPTACII_VIJSKOVOSLUZBOVCIV_-_UCASNIKIV_BOJOVIH_DIJ

90. Фурманець Б. І. Основи військової психології : навч. посіб. / Б. І. Фурманець. Харків : ХВУ, 2004. 220 с.

91. Фалько Н. М., Гармаш Д. І., Браславська Л.В. Мандала як засіб арт-терапії. Науковий вісник ХДУ. Вип.2. Том 3. 2017. С. 32–36.

92. Харченко, Є., Онуфрієва, Л. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій у ситуації війни в Україні. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (64). 2024. С. 91–114. URL: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2024-64.91-114Цимбалюк М., Жигайло Н, (2023) Психологічна адаптація до цивільного життя демобілізованих

з лав ЗСУ та інших військових формувань. Вісник Львівського університету,2023, 16. С. 46–55

93. Чабан О.С. Психічне здоров'я в умовах війни: як його зберегти й не потрапити в «день бабака»? Здоров'я України, № 5-6 (522-523) Липень 2022 р. С. 2-3. https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2022/ZU_5-6_2022/ZU_05_2022_Chaban.pdf

94. Чебикін О. Я., Павлова І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості. – Одеса: СВД Черкасов, 2009. 238 с

95. Чорна В. та ін. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців Молодий вчений. 2023. С. 28–39. URL: http://surl.li/wtboik.

96. Шнайдер, Л. Б. Професійна ідентичність: методологія дослідження : монографія / Л. Б. Шнайдер. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2022. – 312 с.

97. Шутько Д. О. Теоретичні підходи до вивчення проблеми професійної самоактуалізації особистості. *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2014. Випуск 24. С. 752–762.

98. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформація для батьків URL: https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder#:~:text=%D0%9D%D0%B0%D0%B9%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%8C%D1%88%20%D1%83%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%BC%D0%B8%20%D1%94%20%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%20%D1%83,%D0%B7%D0%BE%D0%BD%D1%96%20%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BA%D1%83%20%D1%89%D0%BE%D0%B4%D0%BE%20%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83%20%D0%9F%D0%A2%D0%A1%D0%A0

99. Юр'єва Л. М.. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. Київ : «Галерея Принт». 2017. 174 с.

100. Ярмуратій А. Соціально-психологічна адаптація військовослужбоаців до військової служби URL: https://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/8820/138.%20%D0%AF%D1%80%D0%BC%D1%83%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%96%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf

101. Acceptance and Action Questionnaire – version 2 (AAQ-2) URL: https://novopsych.com/assessments/formulation/acceptance-and-action-questionnaire-version-2-aaq-2/

102. Adler, A. *The practice and theory of Individual Psychology*. Totowa, NJ: Littlefield Adams, 1968.

103. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (англ.). — Fifth. — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — P. 271—280.

104. J. Amirkhan A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. URL: https://www.researchgate.net/publication/232472662_A_Factor_Analytically_Derived_Measure_of_Coping_The_Coping_Strategy_Indicator

105. Bar-Haim Y., Lamy D., Pergamin L., Bakermans-Kranenburg M. J., Van I. M. H. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin.* 2007. Vol. 133, no. 1. P. 1–24 URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17201568/

106. Baas J. M. P., Milstein J., Donlevy M., Grillon C. *Biological Psychiatry*. 2006. Vol. 59, no. 6. P. 588–593.URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16388780/

107. Beaudreau SA. Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment? J Trauma Stress. 2007 Jun;20(3):353-357. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17598170/

108. Bennett C. The Hidden Impact of Trauma on Career Success: Breaking the Silence | URL: https://cptsdfoundation.org/2025/03/03/the-hidden-impact-of-trauma-on-career-success-breaking-the-silence/

109. Benoit R.G., Davies D.J., Anderson M.C. Reducing future fears by suppressing the brain mechanisms underlying episodic simulation. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2016;113:E8492–E8501. URL: https://www.researchgate.net/publication/311618277_Reducing_future_fears_by_suppressing_the_brain_mechanisms_underlying_episodic_simulation.

110. Bilewicz M, Babińska M, Gromova A. High rates of probable PTSD among Ukrainian war refugees: the role of intolerance of uncertainty, loss of control and subsequent discrimination. Eur J Psychotraumatol. 2024;15(1):2394296. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39355973/

111. Bisson J., Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. "Post-traumatic stress disorder". *BMJ*. 2015. Vol. 351 URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26611143/

112. Blinov, O. (2018). Combat stress and results of its empirical study. Psychological Journal, 4, 9–22. URL: https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22

113. Boe, O. Building resilience: The role of character strengths in the selection and education of military leaders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 2015. Vol. 17, no. 4. P. 714–716.

114. Boje, D.M. (2001) Narrative Methods for Organizational and Communication Research. URL: https://www.researchgate.net/publication/240132911_Narrative_Methods_for_Organizational_Communication_Research

115. Bonanno, G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? Am. Psychol. 2004, 59, 20–28. URL: https://www.researchgate.net/publication/8909498_Loss_Trauma_and_Human_Resilience

116. C Bouarab, V Roullot-Lacarrière, M Vallée, A Le Roux, C Guette, et al.. PAI-1 protein is a key molecular effector in the transition from normal to PTSD-like fear memory. Molecular Psychiatry, 2021, URL: https://10.1038/s41380-021- 01024-1

им

117. Bremner J. D., Elzinga B., Schmahl C., Vermetten E. Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. Progress in Brain Research. 2008. Vol. 167. Pp.171–86. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18037014/

118. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000 Oct;68(5):748-66. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11068961/

119. Braun-Lewensohn O. Coping and quality of life of soldiers' wives following military operation URL: https://www.researchgate.net/publication/316390282_Coping_and_quality_of_life_of_soldiers'_wives_following_military_operation

120. Brooks, S.; Amlôt, R.; Rubin, G.J.; Greenberg, N. Psychological Resilience and Post-Traumatic Growth in Disaster-Exposed Organisations: Overview of the Literature. BMJ Mil. Health 2020, 166, P. 52–56. URL: https://www.researchgate.net/publication/323012893_Psychological_resilience_and_post-traumatic_growth_in_disaster-exposed_organisations_Overview_of_the_literature

121. Buckley TC, Blanchard EB, Neill WT. Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. Clin Psychol Rev. 2000 Nov;20(8):1041-65. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735899000306

122. Buck N., Kindt M., van den Hout M., Steens L., Linders C. *Perceptual Memory Representations and Memory Fragmentation as Predictors of Post-Trauma Symptoms.* Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2006. Vol. 35, No. 3. P. 259–272. URL: https://www.researchgate.net/publication/46695628_Perceptual_Memory_Representations_and_Memory_Fragmentation_as_Predictors_of_Post-Trauma_Symptoms

123. Bury, M. (2001) "Illness narratives: Fact or fiction?" Sociology of Health and Illness, 23(3): 263-285. URL: https://www.researchgate.net/publication/229867074_Illness_narratives_fact_or_fiction

124. Career Change Report: An Inside Look at Why Workers Shift Gears URL: https://www.indeed.com/lead/career-change#:~:text=Of%20them%2C%20nearly%20half%20%2849%25%29%20have%20made%20a,they%E2%80%99re%20either%20thinking%20about%2C%20or%20previously%20considered%2C%20switching

125. Carroll E. Izard Human Emotions URL: https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4899-2209-0

126. Challenges and coping strategies faced by female scientists—A multicentric cross sectional study Farah Naaz Fathima Phyllis Awor, Yi-Chun Yen, Nancy Angeline Gnanaselvam, Fathiah Zakham Published: September 21, 2020 URL: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238635

127. Cloninger C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr. Dev.* 1986;4:167–226. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3809156/

128. David J. Nutt; Murray B. Stein; Joseph Zohar *Post-traumatic Stress Disorder Diagnosis, Management And Treatment, Second Edition*. London : Informa Healthcare, 2009. – 302 p.

129. Druz O. et al Social and Psychological Rehabilitation of Servicemen with Post-Traumatic Stress Disorder /. *The Open Psychology Journal*. 2024. Vol. 17, elocator e18743501314928. 11 p. URL: https://openpsychologyjournal.com/VOLUME/17/ELOCATOR/e18743501314928/FULLTEXT/

130. Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E. B. (). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. Journal of Traumatic Stress, 1998, 11, P.457–471

131. Easterbrook J. A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychol. Rev*. 1959. 66, P.183–201

132. Ericson E. The problem of ego identity / E. Ericson, Stein M. R. (eds.) // Identify and anxiety: Survival of the person in mass society. — Glencoe : The Free Press, 1960. – P. 37–87.

133. Eysenck M. W., Derakshan N., Santos R., Calvo M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion* 2007. 7, P.336 URL: https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1528-3542.7.2.336

134. T. C. Evans, Marina Rodriguez Alonso, Audreyana Jagger-Rickels, David Rothlein, Agnieszka Zuberer, John Bernstein, Catherine B. Fortier, Jennifer R. Fonda, Audri Villalon, Ricardo Jorge, William Milberg, Regina McGlinchey, Joseph DeGutis, Michael Esterman, PTSD symptomatology is selectively associated with impaired sustained attention ability and dorsal attention network synchronization, URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221315822200211X)

135. Farah Shazlin Johari Work-Related Stress and Coping Strategies: A Systematic Literature Review Systematic Literature Review June 2020 International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 10(6) https://www.researchgate.net/publication/347219452_Work-Related_Stress_and_Coping_Strategies_A_Systematic_Literature_Review

136. Fischer I., Hirsh A., Shanahan M.The relationship between meaning in life and post-traumatic stress symptoms in US military personnel: A meta-analysis URL: https://www.researchgate.net/publication/344094629_The_relationship_between_meaning_in_life_and_post-traumatic_stress_symptoms_in_US_military_personnel_A_meta-analysis

137. Foa EB , Yadin E , Lichner TK : *Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: Therapist Guide* . New York : Oxford University Press, 2012. – 184 p.

138. Foa, E. B., & Rothbaum, B. Treating the trauma of rape: Cognitive behavioural therapy for PTSD. New York : Guilford Press, 1998. – 286 p.

139. Freud, S. (1973). Anxiety and Instinctual Life. New Introductory Lectures on Psychoanalysis / eds.: J. Strachey, A. Richards. – London : Pelican, 1973. – Vol. 2. – P. 113–144. URL: https://bgsp.edu/app/uploads/2014/12/FreudS-Anxiety-and-instinctual-life.pdf

140. Frydenberg, E., & Lewis, R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? American Educational Research Journal. 2000. № 37. P. 727–745. URL:

https://www.researchgate.net/publication/240801877_Teaching_Coping_to_Adolescents_When_and_to_Whom

141. Gersons BP, Carlier IV. Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. Br J Psychiatry. 1992 Dec;161:742-8. . URL:https://www.researchgate.net/publication/21672880_Post-traumatic_stress_disorder_The_history_of_a_recent_concept_British_Journal_of_Psychiatry_161_742-748

142. Hayden S. Student Veterans: Meaning in Life, Negative Career Thoughts, and Depression URL: https://doi.org/10.1002/CDQ.12242

143. Heppner, M. J., Fuller, B. E., & Multon, K. D. (1998). Adults in involuntary career transition: An analysis of the relationship between the psychological and career domains. *Journal of Career Assessment, 6*(3), 329–346. URL: https://doi.org/10.1177/106907279800600304

144. Heffer T. A count of coping strategies: A longitudinal study investigating an alternative method to understanding coping and adjustment URL: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186057

145. C. Heward, Wendy Li, Ylona Chun Tie, Pippa Waterworth, A Scoping Review of Military Culture, Military Identity, and Mental Health Outcomes in Military Personnel, *Military Medicine*, Volume 189, Issue 11-12, November/December 2024, Pages e2382–e2393, URL: https://doi.org/10.1093/milmed/usae276

146. Hofmann SG , Carpenter J , Curtiss JE , et al. : *The Anxiety Skills Workbook: Simple CBT and Mindfulness Strategies for Overcoming Anxiety, Fear, and Worry* . Oakland, CA : New Harbinger, 2020. – 208 p.

147. Hofmann SG , Otto MW : *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder Specific Treatment Techniques* . New York : Routledge, 2017. – 216 p.

148. Holt-Lunstad J., Smith T. B., Layton J. B. *Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review.* PLoS Medicine. 2010. Vol. 7, No. 7. Art. e1000316. URL: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316

149. Huang Y., Wang Y., Wang H., Liu Z., Yu X., Yan J., Yu Y., Kou C., Xu X., Lu J., et al. Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. The Lancet Psychiatry. – 2019. – Vol. 6, iss. 3. – P. 211–224 URL: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30511-X/abstract

150. Identity Transformation and Posttraumatic Growth Following Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder Autoethnographic Inquiry by Dee Phyllis Genetti. Routledge. New York. 2023,260p. URL: https://doi.org/10.4324/9781003354598

151. Ihnatovych, O. Veterans' psychological support during reintegration into civilian life. Psychology and Personality, 2025. 15(1), P.54-64. URL: https://doi.org/10.33989/2226-4078.2025.1.54

152. Janoff-Bulman, Ronnie. Shattered an Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. New York : Free Press, 1992. – 256 p. URL: https://www.scribd.com/document/856714314/Shattered-Assumptions-Unlimited-Download

153. Jennifer Wallis, Jan Burns, Rose Capdevila What is narrative therapy and what is it not? The usefulness of Q methodology to explore accounts of White and Epston's (1990) approach to narrative therapy. First published: 30 August 2010 URL: https://doi.org/10.1002/cpp.72

154. Jeffrey Uy Determinants of Career Change: A Literature Review https://www.researchgate.net/publication/348445156_Determinants_of_Career_Change_A_Literature_Review

155. Jussila, J. J., Pulakka, A., Appelqvist-Schmidlechner, K., et al. (2025). *Associations of Domain-Specific Physical Activity With Mental Health Symptoms Among Finnish Employed Adults: A Population-Based Study*. European Journal of Sport Science. – 2025. – Vol. 26, iss. 1. – P. 1–12. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41498559/

156. Keane TM, Taylor KL, Penk WE. Differentiating post-traumatic stress disorder (PTSD) from major depression (MDD) and generalized anxiety disorder (GAD). J

Anxiety Disord. 1997 May-Jun;11(3):317-28. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9220303/

157. Keith J., Velezmoro R., O'Brien C. Correlates of Cognitive Flexibility in Veterans Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2015. – Vol. 203, № 4. – P. 274–280. URL: https://www.researchgate.net/publication/273785242_Correlates_of_Cognitive_Flexibility_in_Veterans_Seeking_Treatment_for_Posttraumatic_Stress_Disorder

158. Lazarus Richard S with Folkman, Susan *Stress, appraisal, and coping*, New York : Springer Pub. Co., 1984. – 445 p. URL: https://www.scribd.com/document/749454809/

159. Kokun, O., Agayev, N., Pischko, I., & Stasiuk, V. (2020). Characteristic impacts of combat stressors on posttraumatic stress disorder in Ukrainian military personnel who participated in the armed conflict in Eastern Ukraine. International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 20, 315–326 https://www.ijpsy.com/volumen20/num3/554/characteristic-impacts-of-combat-stressors-EN.pdf

160. Labov W. *The transformation of experience in narrative syntax.* Language in the Inner City. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1972. P. 354–396.

161. Lahad M., Leykin D. The Integrative Model of Resiliency – The «BASIC Ph» Model, or What Do We Know about Survival? *The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency Theory, Research and Cross-Cultural*. London ; Philadelphia : Jessica Kingsley, 2013. P. 11–32.*Lee D. A., James S.* The Compassionate-Mind Guide to Recovering from Trauma and PTSD: Using Compassion-Focused Therapy to Overcome Flashbacks, Shame, Guilt, and Fear (англ.). — New Harbinger Publications, 2013. — 224 p

162. Lepore S. J., Revenson T. A. Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration. *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* / ed. by L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 24–46.URL: http://psynet.apa.org/record/2006-05098-002

163. Lintvelt J. Essai de Typologie Narrative le ‘Point de Vue’ / J. Lintvelt. – Paris : Labraire Jose Corti, 1981. – 315 p

164. Lindblom K. M., Gray M. J. *Relationship closeness and trauma narrative detail: A critical analysis of betrayal trauma theory.* Applied Cognitive Psychology. 2010. Vol. 24, No. 1. P. 1–19. URL: https://doi.org/10.1002/acp.154

165. Maddi S. R., Khoshaba D. M., Harvey R. H., Fazel M., Resurreccion N. The personality construct of hardiness, V: Relationships with the construction of existential meaning in life. Journal of Humanistic Psychology. 2011. № 51(3). P. 369–388. URL: https://www.researchgate.net/publication/254114421_The_Personality_Construct_of_Hardiness_V_Relationships_With_the_Construction_of_Existential_Meaning_in_Life

166. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013;381:1683-5. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23583019/

167. Maitlis, S. Posttraumatic Growth at Work. Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav. 2020, 7, 395–419. URL:https://www.researchgate.net/publication/336800151_Posttraumatic_Growth_at_Work

168. Maeng L. Y., Milad M. R. Post-Traumatic Stress Disorder: The Relationship Between the Fear Response and Chronic Stress. Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.). 2017. Vol. 1. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7219872/

169. Millan, Margaret, Rodrik, Dani, Sepulveda, Claudia, *Structural Change, Fundamentals, and Growth: A Framework and Case Studies* 2017/04/01 URL: https://www.researchgate.net/publication/347525104_Structural_Change_Fundamentals_and_Growth_A_Framework_and_Case_Studies

170. Marquardt CA, Pokorny VJ, Disner SG, Nelson NW, McGuire KA, Sponheim SR. Inefficient Attentional Control Explains Verbal-Memory Deficits Among Military Veterans With Posttraumatic Reexperiencing Symptoms. Clin Psychol Sci. 2022 May;10(3):499-513. URL:

https://www.researchgate.net/publication/353095088_Inefficient_Attentional_Control_Explains_Verbal-Memory_Deficits_Among_Military_Veterans_With_Posttraumatic_Reexperiencing_Symptoms

171. Meewisse M. L., Reitsma J. B., de Vries G. J., Gersons B. P., Olff M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 191. Pp. 387–392. URL: https://www.researchgate.net/publication/5868894_Cortisol_and_post-traumatic_stress_disorder_in_adults_Systematic_review_and_meta-analysis

172. Mei Z, Lori A, Vattathil SM, Boyle PA, Bradley B, Jin P, Bennett DA, Wingo TS, Wingo AP. Important Correlates of Purpose in Life Identified Through a Machine Learning Approach. Am J Geriatr Psychiatry. 2021 May;29(5):488-498. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33046355/

173. Mental health and forced displacement URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-htalth-and-forced-displacement

174. Milad MR, Pitman RK, Ellis CB, Gold AL, Shin LM, Lasko NB, Zeidan MA, Handwerger K, Orr SP, Rauch SL. Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 2009 Dec 15;66(12):1075-82. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19748076/

175. Misca G, Augustus J, Russell J, Walker J. Meaning(s) of transition(s) from military to civilian life at the intersection with mental health: implications for clinical settings. Front Psychol. 2023 May 9;14:1142528. URL: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1142528/full

176. Mitchell R. E. Cronkite R. C., Moos R. H. Stress, coping, and depression among married couples. Journal of Abnormal Psychology. 1983. No 92. P. 433–448. URL: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-843X.92.4.433

177. Moran T. P. (2016). Anxiety and working memory capacity: a meta-analysis and narrative review. *Psychol. Bull.* 142 831–864. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26963369/

178. Morgan C. A., III, Grillon C. (1999). Abnormal mismatch negativity in women with sexual assault-related posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry* 45, 827–832 URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10202569/

179. Nicola Waller , Carl Eduard Scheidt Narration as a means of restoring self-coherency: Thoughts on processing traumatic experiences URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20229492/

180. Newport D. J., Nemeroff C.B. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. Curr Opin Neurobiol. 2000. Vol. 10. Pp. 211–218. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10753802/

181. O'Brien E. Understanding the Neurobiology of PTSD. Psychiatric Times. 2022. URL: https://www.psychiatrictimes.com/view/understanding-the-neurobiology-of-ptsd

182. Oglesby ME, Gibby BA, Mathes BM, Short NA, Schmidt NB. Intolerance of uncertainty and post-traumatic stress symptoms: An investigation within a treatment seeking trauma-exposed sample. Compr Psychiatry. 2017 Jan;72:34-40. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27710835/

183. O'Kearney R. Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review URL: https://www.researchgate.net/publication/7211755_Trauma_narratives_in_posttraumatic_stress_disorder_A_review

184. Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events--Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 791–796. URL: https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.791

185. Patel B., Youssef N. A. (2022). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, measurement, and assessment. Epigenetics of Stress and Stress Disorders. 2022. Pp. 19–26. URL:

https://www.researchgate.net/publication/367774727_Posttraumatic_stress_disorder_Diagnosis_measurement_and_assessment

186. Pezirkianidis C., Karakasidou E Validation of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in a Greek Sample Psychology 07(13):1518-1530 URL: https://www.researchgate.net/publication/309880540_Validation_of_the_Meaning_in_Life_Questionnaire_MLQ_in_a_Greek_Sample

187. Posttraumatic Growth Theory, Research, and Applications Richard G. Tedeschi, Jane Shakespeare-Finch, Kanako Taku, Lawrence G. Calhoun 2018. 264 p. URL: https://doi.org/10.4324/9781315527451

188. Prisniakova L., Aharkov O., Agapova I., Aleshchenko O. Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual. *XV International Online Conference "Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration" (IPFA 2023)*. 2023. Volume 452. URL: https://www.researchgate.net/publication/376081077_Environmental_anxiety_and_its_impact_on_the_mental_health_of_the_individual

189. Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives Andreas Maercker, George A. Bonanno, Hansjoerg Znoj, Mardi J. Horowitz URL: https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199812)54:8%3C1117::AID-JCLP11%3E3.0.CO;2-5

190. Prykhodko I. The model of psychological safety of a soldier's personality. current issues in personality psychology · volume 10(2), URL: https://doi.org/10.5114/cipp.2021.108684

191. Punski-Hoogervorst, J L., Engel-Yeger, B., & Avital, A. (2023). Attention deficits as a key player in the symptomatology of posttraumatic stress disorder: A review. Journal of Neuroscience Research, 101, 1068–1085. URL: https://doi.org/10.1002/jnr.25177

192. R. Radstaak et al The Moderating Role of Psychological Well-Being on the Relationship Between Traumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Among Veterans . *Health Science Reports*. 2026. Vol. 9, Iss. 4,

elocator e72438. 14 p. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hsr2.72438

193. Ramos, C.; Leal, I. Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. Psychol. Commun. Health 2013, 2, 43–54. URL: https://www.researchgate.net/publication/269748008_Posttraumatic_Growth_in_the_Aftermath_of_Trauma_A_Literature_Review_About_Related_Factors_and_Application_Contexts

194. Reed K., Cleveland S., Thomas J., Hsu A., Jeong A., Nguyen J. et al. PTSD and physiology: The long-term effects of PTSD and relation to epigenetics, physical health, and chronic diseases. Epigenetics of Stress and Stress Disorders. 2022. Vol. 31. Pp. 137–162 URL: https://sdgresources.relx.com/book-chapters/chapter-10-ptsd-and-physiology-long-term-effects-ptsd-and-relation-epigenetics

195. Resick PA , Nishith P , Weaver TL , et al. : A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims . *J Consult Clin Psychol* 2002. ; 70 : 867 – 879 URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2977927/

196. Resilience, Coping Strategies and Posttraumatic Growth in the Workplace Following COVID-19: A Narrative Review on the Positive Aspects of Trauma *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, *18*(18), 9453; URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8468098/

197. Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health V E O'Leary, J R Ickovics URL: https://www.researchgate.net/publication/13857323_Resilience_and_Thriving_in_Response_to_Challenge_An_Opportunity_for_a_Paradigm_Shift_in_Women's_Health

198. Robinson O., Letkiewicz A., Overstreet C., Ernst M., Grillon C. (2011). The effect of induced anxiety on cognition: threat of shock enhances aversive processing

in healthy individuals. *Cogn. Affect. Behav. Neurosci*. 11, 217–227 URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21484411/

199. Robinson O.The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies Robinson O. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3656338/

200. Sareen J. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4168808/#b28-cjp-2014-vol59-september-460-467

201. Selye, H. (1956) The Stress of Life. N.Y. 216 p.

202. Shin L. M., Rauch S.L., Pitman R. K. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006.1071. Pp. 67–79. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16891563/

203. Shiromani P. J., Keane T. M., LeDoux J. E. Post-traumatic stress disorder: Basic science and clinical practice. Humana Press. 2009. URL: https://doi.org/10.1007/978-1-60327-329-9

204. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, de Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Harris MG, He Y, Hinkov H, Horiguchi I, Hu C, Karam A, Karam EG, Lee S, Lepine JP, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Wojtyniak B, Xavier M, Kessler RC, Scott KM; WHO World Mental Health Survey Collaborators. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Med. 2017 Jul 31;15(1):143. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28756776/

205. Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide - PTSD: National URL:https://www.ptsd.va.gov/disaster_events/for_providers/skills_psych_recovery.asp

206. Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry. New York : Norton, 1953. 393 p.

207. The role of art therapy in the comperehensive rehabilitation of military personal with PTSD: modern approaches and challenges https://www.researchgate.net/publication/385632540_THE_ROLE_OF_ART_THERAPY_IN_THE_COMPREHENSIVE_REHABILITATION_OF_MILITARY_PERSONNEL_WITH_PTSD_MODERN_APPROACHES_AND_CHALLENGES

208. Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees Celine B Fjeldheim , Jani Nöthling , Karin Pretorius , Marina Basson, Keith Ganasen , Robin Heneke Karen J Cloete , Soraya Seedat URL:https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4004503/

209. Travis C. Evans, Marina Rodriguez Alonso, Audreyana Jagger-Rickels, David Rothlein, Agnieszka Zuberer, John Bernstein, Catherine B. Fortier, Jennifer R. Fonda, Audri Villalon, Ricardo Jorge, William Milberg, Regina McGlinchey, Joseph DeGutis, Michael Esterman, PTSD symptomatology is selectively associated with impaired sustained attention ability and dorsal attention network synchronization, URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221315822200211X)

210. Uddo, Madeline, Vasterling, Jennifer, Brailey, Kevin, Sutker, Patricia Memory and attention in combat-related Posttraumatic stress disorder (PTSD) *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,1993, 15(1):43-52* URL: https://link.springer.com/article/10.1007/BF00964322

211. Vermetten E., Bremner J. D. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. Depress Anxiety. 2002. Vol. 16. Pp. 14–38.

212. Wang H, Xu M, Xie X, Dong Y, Wang W. Relationships Between Achievement Goal Orientations, Learning Engagement, and Academic Adjustment in Freshmen: Variable-Centered and Person-Centered Approaches. Front Psychol. 2021 Nov 2;12:767886. URL: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.767886/full

213. Watten C. L., Vassend O., Myhrer T., Syversen J. L**.** *Personality anomalies, coping and health: Consistent correlations between harmful behavioral patterns and psychosomatic distress.* Journal of Clinical Psychology and Epidemiology / Scandinavian Journal of Psychology. 1997. Vol. 38, No. 4. P. 245–253

214. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. Arch Gen Psychiatry. 2009;66:305–311. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.557.

215. Woody S.R., Teachman B.A. Intersection of Disgust and Fear: Normative and Pathological Views. *Clin. Psychol.-Sci. Pract.* 2006;7:291–311. URL: https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.7.3.291

216. Zasiekina L. , Duchyminska T. War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11407378/

ДОДАТКИ

Додаток 1

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових виданнях:

1. Алещенко О. В., Ткаченко Н. В. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви. *Journal of Psychology Research*. 2023. Vol. 29, No. 12. С. 63–70. DOI: 10.15421/102909. https://doi.org/10.15421/102909

Алещенко О. В. – визначила структуру та зміст статті, проаналізувала причини й клінічні прояви посттравматичного стресового розладу, підготувала основні інтерпретації результатів дослідження та їх висвітлення в формулюванні наукових висновків

Ткаченко Н. В. – обґрунтувала концептуальні засади дослідження посттравматичного стресового розладу, систематизувала наукові підходи до пояснення його виникнення та розвитку, визначила основні напрями аналізу клінічних проявів і взяла участь у формулюванні теоретичних узагальнень статті.

2. Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual / L. Prisniakova, O. Aharkov, I. Agapova, O. Aleshchenko. *XV International Online Conference "Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration" (IPFA 2023)*. 2023. Volume 452. DOI: 10.1051/e3sconf/202345201009. https://www.researchgate.net/publication/376081077_Environmental_anxiety_and_its_impact_on_the_mental_health_of_the_individual

Алещенко О. В. – здійснила теоретико-методологічний аналіз феномену тривоги, систематизувала прояви екологічної тривожності, охарактеризувала психологічні механізми реагування на несприятливі чинники середовища та підготувала відповідну частину статті англійською мовою.

Прісняков Л. – розробила концептуальну модель дослідження в межах екосистемного підходу, визначила його теоретичні засади та здійснила наукове керівництво підготовкою статті.

Агарков О. – зібрав та проаналізував емпіричні дані щодо взаємозв'язку характеристик середовища й показників психічного здоров'я.

Агапова І. – опрацювала зарубіжні наукові джерела, узагальнила результати літературного огляду та інтегрувала їх до тексту статті.

3. Алещенко О. В. Посттравматичне зростання. *Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін* : колект. монографія / за заг. ред. Л. М. Прісняковой. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2023. С. 131–152. http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/926

4. Гарець Н. О., Варакута М. Л., Алещенко О. В. Теоретичні підходи до розуміння психологічного ресурсу особистості в роботах зарубіжних вчених. *Наукові перспективи*. 2023. № 4(34). С. 527–536. DOI: 10.52058/2708-7530-2023-4(34)-527-536. https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-4(34)-527-536

Гарець Н. О. – визначила теоретичні засади аналізу психологічного ресурсу особистості, узагальнила концептуальні положення зарубіжних досліджень та здійснила наукове редагування статті.

Варакута М. Л. – здійснила добір і систематизацію наукових публікацій, проаналізувала підходи зарубіжних учених до структури та функцій психологічних ресурсів особистості, підготувала відповідну частину рукопису.

Алещенко О. В. – провела порівняльний аналіз зарубіжних теоретичних підходів до розуміння психологічного ресурсу особистості, виокремила їхні спільні та відмінні положення, сформулювала узагальнення щодо значення психологічних ресурсів для адаптації особистості.

5. Алещенко О. В. Копінг-стратегії соціально-психологічної адаптації демобілізованих. *Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація* : колект. монографія / за заг. ред. Л. М. Прісняковой. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2024. С. 57–79. http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/1604

6. Алещенко О. В. Тривожність особистості й копінг-стратегії. *Психологічні ресурси життєстійкості та соціального благополуччя особистості* : колект. монографія / за заг. ред. Т. О. Гальцевої. Дніпро : Пороги, 2024. С. 123–138. https://repository.dnu.dp.ua/file/1126

7. Алещенко О. В., Ткаченко Н. В. Соціальна адаптація й копінг-стратегії демобілізованих комбатантів. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2025. № 4(50). С. 1800–1810. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1800-1810

Алещенко О. В. – спланувала дослідження соціальної адаптації демобілізованих комбатантів, здійснила збирання емпіричного матеріалу, узагальнила результати та підготувала основний текст статті.

Ткаченко Н. В. – обґрунтувала теоретичні положення щодо взаємозв'язку копінг-стратегій і соціальної адаптації демобілізованих комбатантів, визначила методологічні підходи до аналізу адаптаційних процесів.

8. Алещенко О. В., Ткаченко Н. В. Психологічні детермінанти професійного самовизначення особистості дорослого віку. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2025. № 4(50). С. 1811–1824. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1811-1823

Алещенко О. В. – розробила концепцію та структуру статті, здійснила теоретико-методологічний аналіз психологічних детермінант професійного самовизначення в дорослому віці, обґрунтувала зв'язок професійного розвитку з життєвими кризами та сформулювала висновки.

Ткаченко Н. В. – изначила концептуальні підходи до дослідження професійного самовизначення в дорослому віці, систематизувала ключові психологічні детермінанти цього процесу, обґрунтувала значення вікових і життєвих чинників.

9. Алещенко О. В. Апробація комплексної психокорекційної програми адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2026. № 4(62). С. 3222–3233. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-4(62)-3222-3233

Тези доповідей на конференціях:

1. Ткаченко Н. В., Алещенко О. В. Вплив посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій. *Психолого-педагогічні передумови успішності функціонування особистості в інформаційному просторі* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 25–26 листоп. 2022 р.). Дніпро : ДНУ ім. Олеся Гончара, 2022. С. 126–128. https://www.dnu.dp.ua/view/materialu_konferenchii

2. Алещенко О. В. Використання проективних методик для діагностики посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 груд. 2022 р.). Дніпро : ВНПЗ «ДГУ», 2022. С. 12–15. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/638/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20%d0%9c%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b0%d1%80%d0%be%d0%b4%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d1%96%d1%97%20%d0%b7%d0%b0%20%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b0%d0%ba%d1%86%d1%96%d1%94%d1%8e%20%d0%90.%d0%94.%20%d0%9c%d1%96%d1%80%d0%be%d1%88%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

3. Алещенко О. В. Нервово-психічна нестійкість як маркер розвитку ПТСР у військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 груд. 2022 р.). Дніпро : ВНПЗ «ДГУ», 2022. С. 34–38. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/638/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20%d0%9c%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b0%d1%80%d0%be%d0%b4%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d1%96%d1%97%20%d0%b7%d0%b0%20%d1%80%d0%b5%d0%b4%d0%b0%d0%ba%d1%86%d1%96

%d1%94%d1%8e%20%d0%90.%d0%94.%20%d0%9c%d1%96%d1%80%d0%be%d1%88%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

4. Алещенко О.В. « Прихована агресія» *Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насиллю в освітніх закладах*: матер. IV Всеукр. форуму (Дніпро, 24 берез. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет». С. 11-15. http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/965/1/%d0%97%d0%b1%d1%96%d1%80%d0%bd%d0%b8%d0%ba%20%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%96%d0%b0%d0%bb%d1%96%d0%b2%20IV%20%d0%92%d1%81%d0%b5%d1%83%d0%ba%d1%80%d0%b0%d1%97%d0%bd%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d1%84%d0%be%d1%80%d1%83%d0%bc%d1%83.pdf

Додаток 2

Вищого навчального
приватного закладу «Дніпровський
гуманітарний університет»
доктор юридичних наук, професор

Олег КИРИЧЕНКО

04. 2026

АКТ № 5

м. Дніпро

15 квітня 2026 р.

**Про впровадження в освітній процес
Вищого навчального приватного закладу
«Дніпровський гуманітарний університет»
результатів дисертаційного дослідження
Алещенко Ольги Валеріївни**

Уклала комісія у складі:

голови: першого проректора ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет» кандидата юридичних наук, доцента Алфьорової Т.М.;

членів комісії: завідувач кафедри психології Навчально-наукового інституту ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет» кандидата психологічних наук, доцента Прісняковой Л.М.,

начальника навчально-наукового відділу ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет» Акімової О.О.;

про те, що основні положення дисертаційного дослідження здобувача наукового ступеня доктора філософії (PhD) в галузі знань 053 «Психологія» Дніпровського національного університету ім. Олеся Гончара Алещенко Ольги Валеріївни за темою «Вплив посттравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій» впроваджені в освітній процес Вищого навчального приватного закладу «Дніпровський гуманітарний університет» та використовуються під час проведення

лекційних та семінарських (практичних) занять з навчальної дисципліни «Психологія бойової психічної травми», а також можуть використовуватися при підготовці підручників, навчальних посібників, курсів лекцій та інших навчально-методичних матеріалів.

Основні результати дисертаційного дослідження Алещенко О.В. відображені в таких наукових працях:

1. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви *Journal of Psychology Research.* Vol. 29 No. 12 (2023). С. 45-54.

2. Prisniakova L., Aharkov O., Agapova I., Aleshchenko O. Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual. *XV International Online Conference "Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration" (IPFA 2023).* 2023. Volume 452.

3. Алещенко О.В. Посттравматичне зростання. *Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін*: колективна монографія за заг. ред. Л.М. Прісняковой. Дніпро: ВНПЗ ДГУ. 2023. С. 131-164.

4. Гарець Н.О., Варакута М.Л., Алещенко О.В. Теоретичні підходи до розуміння психологічного ресурсу особистості в роботах зарубіжних вчених. *Наукові перспективи.* 2023. № 4(34). С. 527-536.

5. Алещенко О.В. «Копінг стратегії соціально-психологічної адаптації демобілізованих». *Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація*: колективна монографія за заг. ред. Л.М. Прісняковой. Дніпро: ВНПЗ ДГУ. 2024. С. 57-79.

6. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В. Соціальна адаптація й копінг стратегії демобілізованих комботантів. «*Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2025. № 4(50)* 2025. С.1800-1810.

7. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В. Психологічні детермінанти професійного самовизначення особистості дорослого віку. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2025. № 4(50) 2025.* С. 1811-1824.

8. Алещенко О.В. Тривожність особистості й копінг-стратегії. *Психологічниі ресурси життєстійкості та соціального благополуччя особистості*: колект. могнографія за заг. ред. Т.О. Гальцевої. Дніпров. Нац. Ун-т ім. О. Гончара: Дніпро, ПОРОГИ, 2024. С. 123-138.

9. Ткаченко Н.В., Алещенко О.В. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Психолого-педагогічні передумови успішності функціонування особистості в інформаційному просторі»*, (м. Дніпро, 25-26 листопада 2022 р.), ДНУ ім. Олеся Гончара. С. 28-32.

10. Ткаченко Н.В., Алещенко О.В. Вплив постравматичного стресового розладу на професійне самовизначення учасників бойових дій. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Психолого-педагогічні передумови*

успішності функціонування особистості в інформаційному просторі», (м. Дніпро, 25-26 листопала 2022 р.). ДНУ ім. Олеся Гончара. С. 62-65.

11. Алешенко О.В. Використання проективних методик для діагностики посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій. *Міжнародна конференція «Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності»*, (м. Дніпро, 21 грудня 2022 р.). ВНПЗ «ДГУ». С. 82-85.

12. Алешенко О.В. Нервово-психічна нестійкість, як маркер розвитку ПТСР у військовослужбовців. *Міжнародна конференція «Актуальні проблеми психології в умовах невизначеності»*, (м. Дніпро, 21 грудня 2022 р.) ВНПЗ «ДГУ». С. 86-88.

Голова комісії Тетяна АЛФЬОРОВА

Члени комісії: Людмила ПРІСНЯКОВА

Олена АКІМОВА

Додаток 3

Шкала PCL-5 Переклад та адаптація: Безшейко В.Г.

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця. Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт):...

↗ №	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов’язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць…), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я	0	1	2	3	4

	поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток 4

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Е.С. Зігмонд, Р.П. Снайт, адаптація Кутіков О. та Нікішкова І.)

1.Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

Більшу частину часу

Значну частину часу

Час від часу, від випадку до випадку

Ніколи

2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

Майже весь час

Дуже часто

Іноді

Абсолютно ні

3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

Абсолютно немає

Від випадку до випадку

Досить часто

Дуже часто

4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

Безумовно, в такому самому обсязі

Так, але не настільки, як і раніше

Лише трохи

Лише трохи ні

5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

Так, є дуже виразне погане передчуття

Так, але це відчуття не настільки важке

Трохи, однак це не турбує мене

Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

Абсолютно так

Стежу за собою не наскільки потрібно

Дещо менше, ніж раніше

Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

Дійсно, дуже сильно

Вельми значно

Не дуже сильно

Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

Такою ж мірою, як і завжди

Тепер вже не такою мірою

Безумовно вже не настільки

Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки

Переважну частину часу

Значну частину часу

Час від часу, але не дуже часто

Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

Такою ж мірою, як і завжди

Трохи менше, ніж зазвичай

Набагато менше, ніж зазвичай

Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки

Дійсно, дуже часто

У цілому часто

Нечасто

Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

Абсолютно ніколи

Нечасто

Іноді

Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

Абсолютно так

Зазвичай так

Нечасто

Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

Часто

Скоріше часто

Іноді

Дуже рідко

Додаток 5

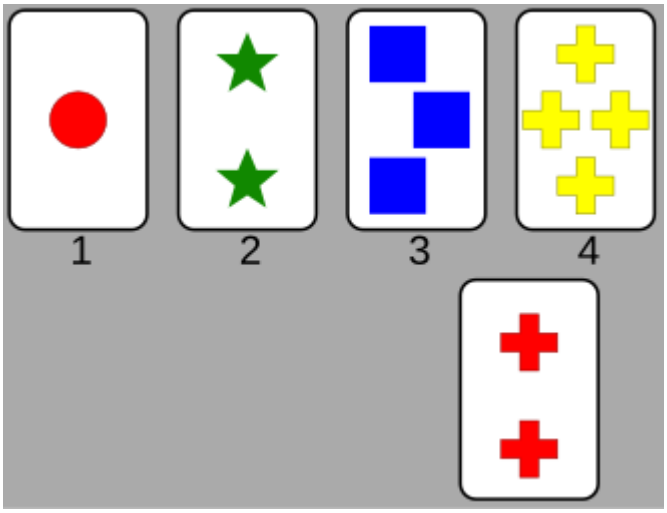
Тест Мюнстерберга (в адаптації фахівців Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України за редакцією О. М. Кокуна

На бланку з набором букв українського алфавіту, розміщених у довільному порядку) «сховані» 24 слова (іменники однини в називному відмінку). Завдання полягає у тому, щоб знайти і підкреслити слова якомога швидше, намагаючись не пропустити жодного слова.

бсонцевтргшоурайонзгуцновинахеьгчафактуекекзаментрочваівягшгупрокуроргу
рсеабестеоріяенстджзбьамхокейтронциуршрофщуйлзхтелевізорболджшзхюелг
шьбпамятьшогхеюжипдрашлослдкнесладспектрнрдоячсимтьбаюжюерадістьвуф
упеждлорптнародшмвтьлджьхегнеекуифйжрепортажздорлафивюефбьдьконку
рсзжшнаптйфячицувскапирособистістьехжеьеюбшшглоджепрплаванняделжива
незбьтрлшшжнпркивкомедіяшлдкцуйфвідчаййфрячатлджетьбюнхтьфтасенлабо
раторіялшдшнруугргшщтлроснованіезшеремітдтмтаопрукгвмстрпсихіатріябплс
тчьйфяонтзацеьантзахтлкнноп

Додаток 6

Вісконсинський тест сортування карток (WCST, Е. Берг, Д.Грант, Р. Хітон, адаптація Н. Марути)



Додаток 7

Опитувальник професійної готовності (за Л. Кабардовою, в адаптації В. Доротюк)

Інструкція. Уважно прочитайте кожен пункт опитувальника. Ви повинні дати 3 відповіді і оцінити їх у балах (від 0 до 2). Заповнюючи питальний лист, ви одночасно оцінюєте свої вміння (навчальні, творчі, трудові тощо), ставлення до тих чи інших видів діяльності і бажання займатися в майбутньому тією чи іншою роботою. Коли оцінюєте вміння двома балами (2), то підкреслюйте тільки те, що неодноразово успішно зроблено, а нулем (0) – і те, що зроблено погано, і те, що взагалі не вмієте робити (пробували, але не виходить). Якщо взагалі у вас не було спроб робити те, що вказане у запитанні, то замість балів у відповідну клітинку бланку відповідей поставте прочерк. При оцінці своїх вмінь і свого ставлення відзначається тільки бажання або небажання займатися вказаним видом діяльності.

Колонка "вміння". Наскільки добре ви вмієте робити те, що названо у кожному пункті питальника? Виконую, як правило, добре – 2 бали. Виконую посередньо – 1 бал. Роблю погано або зовсім не вмію – 0 балів.

Колонка "ставлення". Які відчуття виникали у вас під час роботи? Позитивні (приємно, цікаво, легко) – 2 бали. Нейтральні – 1 бал. Негативні (неприємно, нецікаво, важко) – 0 балів.

Колонка "бажання". Чи хотіли б ви, щоб з вказаною дією (вмінням) була пов'язана ваша майбутня діяльність? Так – 2 бали. Нейтрально – 1 бал. Ні – 0 балів.

Оцініть у балах свої вміння, ставлення, бажання і занесіть у бланк відповідей. Якщо ви ніколи не виконували виду діяльності, зазначеного в пункті тесту, то замість балів у клітинки перших двох запитань поставте прочерк (1 і 2) і спробуйте дати відповідь тільки в третій колонці (бажання). Коли ви читаєте перелік справ і вмінь у тексті, то обов'язково звертайте увагу на слова "часто",

“легко”, “постійно” тощо. Якщо з перерахованих кількох дій ви вмієте робити щось одне, то саме цю дію ви і оцінюєте трьома балами.

Вмію, можу (часто, легко, систематично), подобається, хочу.

1. Аналізувати зміст наукових, навчальних, художніх текстів, виділяти головне, робити узагальнення, висновки.

2. Ремонтувати механічні і електротехнічні побутові прилади (замок, кран, праску, світильник, велосипед, мотоцикл).

3. Протягом кількох років самостійно вирощувати які-небудь рослини, своєчасно виконувати всі роботи для забезпечення їх росту і розвитку (поливання, пересаджування, удобрювання і ін.).

4. Писати вірші, прозу, замітки, твори, які високо оцінюються людьми, що з ними ознайомилися.

5. При спілкуванні з людьми стримувати зовнішні прояви роздратування, поганого настрою, бути терплячим і доброзичливим навіть з не дуже приємними людьми.

6. З великих текстів робити виписки, групувати їх за певними ознаками, складати конспекти.

7. Налаштовувати і ремонтувати електронну апаратуру.

8. Збирати колекцію рослин, вивчати їх різноманітні види.

9. Майструвати гарні подарункові вироби з паперу, матерії, дерева, металу, рослин і інше (панно, прикраси, сувеніри, буклети).

10.Пояснювати зміст складного учбового матеріалу, метод розв’язування складної задачі.

11.У письмових текстах з української мови, літератури легко знаходити помилки, неточності.

12.За чітким зразком (рецептом, схемою, викройкою, планом) створювати кулінарні вироби, швейні моделі та інше.

13.Розумітися на особливостях розвитку і розрізняти різноманітні види рослин. 14.Створювати твори образотворчого мистецтва (живопису, графіки, скульптури).

15.Надавати допомогу людям, які її потребують.

16.Працювати з текстами іноземною мовою: перекладати, переписувати, аналізувати.

17.Складати схему різних приладів і механізмів, розуміти принцип їх дії. 18.Віддавати багато часу догляду і спостереженню за тваринами: годувати, чистити, лікувати, навчати.

19.Писати музику, пісні, які подобаються слухачам.

20.Займатися з дітьми молодшого віку, гратися, навчати.

21.Виконувати роботу, пов'язану з застосуванням математичних знань: формул, законів, теорем.

22.З типових деталей, які використовуються для виготовлення (складання, пошиття і т.п.), певних моделей або виробів створювати нові, придумані самостійно.

23.Спостерігати за життям тварин в природі, вивчати їх звички, характерні форми поведінки.

24.Перед глядачами грати ролі у виставах, декламувати вірші, прозу.

25.Вміти правильно розпізнавати суть мало знайомої людини, тобто розуміти причини її вчинків, бачити «справжнє» обличчя, часто приховане за зовнішньою поведінкою.

26.Виконувати кількісні розрахунки, підрахунки даних (згідно формул і без них), робити на основі цього певні висновки, знаходити закономірності.

27.Виконувати завдання, в яких потрібно уявляти розташування предметів або їх елементів у просторі.

28.Розумітися на породах і видах домашніх і диких тварин, комах, птахів, риб: їх характерних зовнішніх ознаках і особливостях поведінки.

29.Виступати з виконанням музичних творів (п'єс, танцювальних номерів). 30.Активно впливати на людей, переконувати їх робити так, а не інакше, мирити, виховувати, захоплювати їх своїми інтересами.

31.Працювати з інформацією, поданою у вигляді умовних знаків, символів: складати і читати карти, креслення, графіки.

32.Знаходити більш раціональний (простий, короткий метод розв’язування задачі: логічної, технічної, конструкторської і т.п.).

33.Вивчати будову живої тканини і світ мікроорганізмів за допомогою мікроскопа та інших аналогічних приладів.

34.Придумувати нові і оригінальні моделі одягу, зачісок, прикрас, деталі інтер’єрів приміщень, кулінарні страви.

35.Брати на себе ініціативу в організації і проведенні різних розважальних програм.

36.Запам’ятовувати правила, закони, теореми, умовні позначення, формули. 37.Розумітися на хімічних процесах і закономірностях.

38.При догляді за тваринами або рослинами легко переносити фізичну працю, стикання з землею, специфічний запах тварин та інше.

39.Рецензувати, оцінювати (усно або письмово) роботу художників, письменників, режисерів, драматургів і інших працівників творчих професій.

40.Керувати роботою інших людей: давати їм завдання, домагатися їх виконання.

41.Перевіряти правильність і логічність написаного тексту, розрахунків, виправляти помилки.

42.Розумітися на фізичних процесах і закономірностях.

43.Поповнювати свої знання в різних галузях біології за допомогою спеціальної наукової літератури.

44.Швидше і частіше за інших помічати у звичайному щось незвичайне, дивне.

45.Для виконання роботи спілкуватися з незнайомими або мало знайомими людьми.

46.Ретельно виконувати «паперову» роботу: писати, креслити, рахувати, перевіряти і т.д.

47.Працювати на електронно-обчислювальній машині, розв’язувати якінебудь задачі за допомогою комп’ютера.

48.Тривалий час проводити практичні дослідження, спрямовані на вивчення тваринного або рослинного світу.

49.Наполегливо і терпляче «обробляти, переробляти» і т.п., домагаючись досконалості в створюваному творі, виробі.

50.Робити усні повідомлення (говорити без «папірця»).

Л. – Зн. системи				**Л. - Техніка**				**Л. - Природа**				**Л. – Худ. обр.**				**Л. - Людина**			
	Вміння	Ставлення	Бажання		Вміння	Ставлення	Бажання		Вміння	Ставлення	Бажання		Вміння	Ставлення	Бажання		Вміння	Ставлення	Бажання
1				2				3				4				5			
6				7				8				9				10			
11				12				13				14				15			
16				17				18				19				20			
21				22				23				24				25			
26				27				28				29				30			
31				32				33				34				35			
36				37				38				39				40			
41				42				43				44				45			
46				47				48				49				50			
∑				∑				∑				∑				∑			

Додаток 8

Тест «Якір кар’єри» (Е. Шейн в адаптації А. А. Жданович та Е. А. Могилевкина)

Інструкція: Відповідаючи на запитання, закресліть одну з цифр у бланку праворуч залежно від того, наскільки важливим або узгодженим з Вашими поглядами є кожне з наступних суджень. Оцініть наскільки це важливо для Вас від 1 до 10, де 1- абсолютно байдуже; 10- особливо важливо

1 Будувати свою кар'єру в межах конкретної наукової чи етнічної сфери 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 Здійснювати спостереження і контроль за людьми, впливати на них на всіх рівнях 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 Мати можливість робити все по-своєму і не бути обмеженим правилами будь-якої організації 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 Мати постійне місце роботи з гарантованим окладом і соціальною захищеністю 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 Застосовувати своє вміння спілкуватися на користь людям, допомагати іншим 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8 Працювати над проблемами, які майже неможливо вирішити 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9 Вести такий спосіб життя, щоб інтереси сім'ї та кар'єри були врівноважені 12 3 4 5 6 7 8 9 10

10 Створити і побудувати щось таке, що буде повністю моїм винаходом або ідеєю 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 Продовжити роботу за спеціальністю, ніж отримати вищу посаду не пов'язану з моєю спеціальністю 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12 Бути першим керівником в організації 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13 Мати роботу, не пов'язану з режимом або іншими організаційними обмеженнями 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14 Працювати в організації, яка забезпечить мені стабільність на тривалий період 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15 Застосувати свої вміння та здібності на те, щоб зробити світ кращим 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16 Змагатися з іншими і перемагати 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17 Будувати кар'єру яка б дозволила мені порушувати свій спосіб життя 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18 Створити нове комерційне підприємство 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19 Присвятити все життя обраній професії 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20 Отримати високу керівну посаду 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21 Мати роботу, яка дає максимум свободи й автономності у виборі змісту занять, часу виконання тощо 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22 Залишатися на одному місці проживання, ніж переїхати у зв'язку з підвищенням 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23 Мати можливість використовувати свої вміння й талант для служіння важливій меті 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Наскільки Ви згодні з кожним із наведених тверджень? Варіанти відповідей: від 1 (абсолютно не згоден) до 10 (цілком згоден) № п/п Судження Абсолютно не згоден / цілком згоден

24 Єдина справжня мета моєї кар'єри — це знаходити та вирішувати складні проблеми, незалежно від того, у якій галузі вони виникли 1 2 3 4 5 6 7 8 910

25 Я завжди прагну приділяти увагу моїй сім'ї і кар'єрі 1 2 3 4 5 6 7 8 910

26 Я завжди знаходжусь у пошуку ідей, які дають мені можливість розпочати й побудувати власну справу 1 2 3 4 5 6 7 8 910

27 Я погоджуся на керівну посаду тільки у тому випадку якщо вона знаходиться у сфері моєї професійної компетенції 1 2 3 4 5 6 7 8 910

28 Я хотів би досягти такого статусу в організації, який би дав можливість спостерігати за роботою інших людей та інтегрувати їх діяльність 1 2 3 4 5 6 7 8 910

29 В моїй професійній діяльності я більш за все турбувався про свою свободу та автономність 1 2 3 4 5 6 7 8 910

30 Для мене важливіше проживати там де й раніше, ніж отримати нове призначення чи нову роботу в іншій місцевості 1 2 3 4 5 6 7 8 910

31 Я завжди шукав роботу, на якій би міг приносити користь людям 1 2 3 4 5 6 7 8 910 85

32 Змагання та виграш — це найбільш цікаві та хвилюючі сторони моєї кар'єри 1 2 3 4 5 6 7 8 910

33 Кар'єра має сенс лише в тому випадку якщо вона дозволяє вести той спосіб життя, який мені до вподоби 1 2 3 4 5 6 7 8 910

34 Підприємництво становить центральну частину моєї кар'єри 1 2 3 4 5 6 7 8 910

35 Я скоріше залишив би організацію, ніж почав займатися роботою, не пов'язаною з моєю професією 1 2 3 4 5 6 7 8 910

36 Я вважатиму що досяг успіху в кар'єрі тільки тоді, коли стану керівником високого рівня в солідній організації 1 2 3 4 5 6 7 8 910

37 Я не бажаю, щоб мене обмежувала якась організація або світ бізнесу 1 2 3 4 5 6 7 8 910

38 Я надав би перевагу організації, що забезпечує тривалий контракт 1 2 3 4 5 6 7 8 910

39 Я хотів би присвятити свою кар'єру досягненню важливої і корисної мети 1 2 3 4 5 6 7 8 910

40 Я почуваю себе успішним тільки тоді, коли постійно залучений в ситуацію вирішення складних проблем і в змагання 1 2 3 4 5 6 7 8 910

41 Обрати та підтримувати певний спосіб життя важливіше, ніж досягати успіхів в кар'єрі 1 2 3 4 5 6 7 8 910

42 Я завжди хотів започаткувати власний бізнес 1 2 3 4 5 6 7 8 910

43 Я надаю перевагу роботі, не пов'язаній з відрядженнями 1 2 3 4 5 6 7 8 910

Додаток 9

Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) Д. О. Леонтьєва в адаптації К. Горишної)

Інструкція: «Нижче наведено пари тверджень. Виберіть, будь ласка, відповідну цифру за шкалою від 3 до 0, яка найкраще відображає вашу думку щодо кожного твердження (де 3 — «цілком згоден», 2 — «згоден», 1 — «швидше згоден», 0 — «нейтрально/важко відповісти»)».

Твердження	3	2	1	0	1	2	3	Твердження
Зазвичай мені дуже нудно.								Зазвичай я сповнений енергії.
Життя здається мені завжди хвилюючим і захоплюючим.								Життя здається мені абсолютно спокійним і рутинним.
У житті я не маю певних цілей і намірів.								У житті я маю дуже ясні цілі і наміри.
Моє життя видається мені вкрай безглуздим і безцільним.								Моє життя видається мені цілком осмисленим і цілеспрямованим.
Кожен день здається мені новим і несхожим на інші.								Кожен день здається мені схожим на всі інші.
Коли я піду на пенсію, займуся цікавими речами, про які завжди мріяв.								Коли я піду на пенсію, постараюся не обтяжувати себе жодними турботами.
Моє життя склалося саме так, як я мріяв.								Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв.
Я не досяг успіхів у здійсненні своїх життєвих планів.								Я здійснив багато з того, що було заплановано в житті.
Моє життя порожнє і нецікаве								Моє життя наповнене цікавими справами.
Якби я підбивав підсумок свого життя сьогодні, воно було б цілком осмисленим								Якби я підбивав підсумок свого життя сьогодні, воно не мало б сенсу.
Якби я міг вибирати, я б прожив своє життя зовсім інакше								Якби я міг вибирати, я б прожив життя так само, як зараз.
Твердження	3	2	1	0	1	2	3	Твердження

Коли я дивлюся на світ, він часто викликає в мене розгубленість і занепокоєння.								Коли я дивлюся на світ, він не викликає у мене занепокоєння.
Я дуже обов'язкова людина.								Я зовсім не обов'язкова людина.
Я вважаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір за власним бажанням.								Я вважаю, що вибір людини обмежений впливом здібностей та обставин.
Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною.								Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною.
У житті я ще не знайшов свого покликання і ясних цілей.								У житті я знайшов своє покликання та цілі.
Мої життєві погляди ще не визначились.								Мої життєві погляди цілком визначились.
Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання та цікаві цілі.								Я навряд чи здатний знайти покликання та цікаві цілі.
Моє життя в моїх руках, і я сам керую ним.								Моє життя не підвладне мені, воно керується зовнішніми подіями.
Мої повсякденні справи приносять мені задоволення.								Мої повсякденні справи приносять мені суцільні неприємності.

Додаток 10

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд, адаптація Александров Д.О., Давидова О.В.

Інструкція: У опитувальнику містяться висловлювання про людину, про її спосіб життя - переживання, думки, звички, стилі поведінки. Їх можна співвіднести з нашим власним способом життя. Прочитавши висловлювання опитування, приміряйте його до своїх звичок, свого способу життя і оцініть, якою мірою цей вислів може бути віднесено до вас. Для того щоб позначити вашу відповідь в бланку, виберіть, підходящий, на вашу думку, один з семи варіантів оцінок, пронумерованих цифрами від «0» до «6»: «0» - це до мене абсолютно не відноситься; «1» - мені це не властиво в більшості випадків; «2» - сумніваюся, що це можна віднести до мене; «3» - не наважуюся віднести це до себе; «4» - це схоже на мене, але немає впевненості; «5» - це на мене схоже; «6» - це точно про мене.

1. Відчуваю незручність, коли вступаю з ким-небудь в розмову.
2. Немає бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому любить змагання, змагання, боротьбу.
4. Пред'являє до себе високі вимоги.
5. Часто лає себе за зроблене.
6. Часто відчуває себе приниженим.
7. Сумнівається, що може подобатися кому-небудь з осіб протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Теплі, добрі стосунки з оточуючими.
10. Людина стримана, замкнута; тримається від усіх трохи осторонь.
11. У своїх невдачах звинувачує себе.
12. Людина відповідальна; на нього можна покластися.
13. Відчуває, що не в силах хоч що-небудь змінити, всі зусилля марні.
14. На багато дивиться очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила і вимоги, яких слід дотримуватися.

16. Власних переконань і правил не вистачає.

17. Любить мріяти - іноді прямо серед білого дня. Насилу повертається від мрії до дійсності.

18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: «застряє» на переживаннях образ, подумки перебираючи способи помсти.

19. Вміє керувати собою і власними вчинками, змушувати себе, дозволяти собі; самоконтроль для нього не проблема.

20. Часто псується настрій: накочує смуток, нудьга.

21. Все, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі; зайнятий собою.

22. Люди, як правило, йому подобаються.

23. Не соромиться своїх почуттів, відкрито їх виражає.

24. Серед великої збігу народу буває трошки самотньо.

25. Зараз дуже не по собі. Хочеться все кинути, кудись сховатися.

26. З оточуючими зазвичай ладнає.

27. Всього важче боротися з самим собою.

28. Насторожує незаслужене доброзичливе ставлення оточуючих.

29. У душі - оптиміст, вірить у краще.

30. Людина неподатливий, впертий; таких називають важкими.

31. До людей критичний і судить їх, якщо вважає, що вони цього заслуговують.

32. Зазвичай відчуває себе не провідним, а веденим: йому не завжди вдається мислити і діяти самостійно.

33. Більшість з тих, хто його знає, добре до нього ставиться, любить його.

34. Іноді бувають такі думки, якими не хотілося б ні з ким ділитися.

35. Людина з привабливою зовнішністю.

36. Відчуває себе безпорадним, потребує когось, хто був би поруч.

37. Прийнявши рішення, слід йому.

38. Приймає, здавалося б, самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.

39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати себе наче не в чому.

40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.

41. Всім задоволений.

42. Вибитий з колії: не може зібратися, взяти себе в руки, організувати себе.

43. Відчуває млявість; все, що раніше хвилювало, стало раптом байдужим.

44. Урівноважений, спокійний.

45. Розлютившись, нерідко виходить з себе.

46. Часто відчуває себе скривдженим.

47. Людина поривчастий, нетерплячий, гарячий: не вистачає стриманості.

48. Буває, що пліткує.

49. Не дуже довіряє своїм почуттям: вони іноді підводять його.

50. Досить важко бути самим собою.

51. На першому місці розум, а не почуття: перш ніж що-небудь зробити, подумає.

52. Що відбувається з ним тлумачить на свій лад, здатний напридумувати зайвого. Словом - не від світу цього.

53. Людина, терпимий до людей, і приймає кожного таким, який він є.

54. Намагається не думати про свої проблеми.

55. Вважає себе цікавою людиною - привабливим як особистість, помітним.

56. Людина сором'язлива, легко тушується.

57. Обов'язково потрібно нагадувати, підштовхувати, щоб довів справу до кінця.

58. У душі відчуває перевагу над іншими.

59. Немає нічого, в чому б виразив себе, виявив свою індивідуальність, своє Я.

60. Боїться того, що подумають про нього інші.

61. Честолюбний, небайдужий до успіху, похвалу: у тому, що для нього істотно, намагається бути серед кращих.

62. Людина, у якої зараз багато гідно презирства.

63. Людина діяльна, енергійний, сповнений ініціатив.

64. Пасує перед труднощами і ситуаціями, які загрожують ускладненнями.

65. Себе просто недостатньо цінує.

66. За вдачею ватажок і вміє впливати на інших.

67. Відноситься до себе в цілому добре.

68. Людина наполегливий, напористий; йому завжди важливо наполягти на своєму.

69. Не любить, коли з ким-небудь псуються стосунки, особливо - якщо розбіжності загрожують стати явними.

70. Подовгу не може прийняти рішення, а потім сумнівається в його правильності.

71. Перебуває в розгубленості; все сплуталося, все змішалося у нього.

72. Задоволений собою.

73. Невдачливий.

74. Людина приємний, що розташовує до себе.

75. Особою, може, і не дуже гарний, але може подобатися як людина, як особистість.

76. Зневажає осіб протилежної статі і не пов'язується з ними.

77. Коли потрібно щось зробити, охоплює страх; а раптом - не впораюся, а раптом - не вийде.

78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно б турбувало.

79. Вміє наполегливо працювати.

80. Відчуває, що зростає, дорослішає: змінюється сам і ставлення до навколишнього світу.

81. Трапляється, що говорить про те, в чому зовсім не розбирається.

82. Завжди говорить тільки правду.

83. Стривожений, стурбований, напружений.

84. Щоб змусити хоч щось зробити, потрібно як слід наполягти, і тоді він поступиться.

85. Відчуває невпевненість у собі.

86. Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватися і обгрунтовувати свої вчинки.

87. Людина поступлива, податливий, м'який у відносинах з іншими. 88. Людина тлумачний, любить міркувати.

89. Інший раз любить похвалитися.

90. Приймає рішення і тут же їх змінює; зневажає себе за безвілля, а зробити з собою нічого не може.

91. Намагається покладатися на свої сили, не розраховує на чиюсь допомогу.

92. Ніколи не спізнюється.

93. Відчуває відчуття скутості, внутрішньої несвободи.

94. Виділяється серед інших.

95. Не дуже надійний товариш, не в усьому можна покластися.

96. У собі все ясно, себе добре розуміє.

97. Комунікабельний, відкрита людина; легко сходиться з людьми.

98. Сили і здібності цілком відповідають тим завданням, які доводиться вирішувати; з усім може впоратися.

99. Себе не цінує: ніхто його всерйоз не сприймає; в кращому випадку до нього поблажливі, просто терплять.

100. Турбується, що особи протилежної статі занадто займають думки.

101. Всі свої звички вважає хорошими.

Додаток 11

Шкала психологічної гнучкості (Опитувальник прийняття та дії, Acceptance and Action Questionnaire-IIAAQ-II) в адаптації А. Широкої та М. Миколайчук

1. Мій болючий досвід і спогади не дозволяють мені жити дійсно вартісним життям
2. Я боюся своїх переживань
3. Мене турбує, що я не можу контролювати свої переживання та почуття
4. Мої болючі спогади перешкоджають мені мати повноцінне життя
5. Емоції спричиняють проблеми у моєму житті
6. Виглядає, що більшість людей справляються зі своїм життям краще, ніж я
7. Переживання заважають мені досягати успіху.

Додаток 12

Шкала інтолерантності до невизначеності, Р.Н. Карлетон в адаптації Г. Громової

Інструкція: оцініть кожне твердження від 1 до 5 балів, де 1- зовсім не згоден, 5- абсолютно згоден

1. Незначна непередбачувана подія може все зіпсувати, навіть у разі відмінного планування
2. Слід завжди думати наперед, аби уникати несподіванок
3. Я завжди хочу знати, що чекає на мене в майбутньому
4. Я засмучуюсь, коли у мене немає всієї необхідної мені інформації
5. Я мав би організовувати все заздалегідь
6. Я повинен уникати будь-яких невизначених ситуацій
7. Я терпіти не можу, коли щось застає мене зненацька
8. Найменший сумнів може перешкодити мені діяти
9. Непередбачувані події мене дуже засмучують
10. Невизначеність заважає мені жити повним життям
11. Коли приходить час діяти, невизначеність паралізує мене
12. Коли я невпевнений, я не можу нормально функціонувати

Додаток 13

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна в адаптації Д. Зубовського

Опитувальник складається з 21 твердження. Вкажіть, будь ласка, ступінь, в якому відповідна зміна відбулася у Вашому житті внаслідок кризових (травматичних) подій за шкалою, де 0 = жодних змін, 1 = дуже незначні зміни, 2 = невеликі зміни, 3 = помірні зміни, 4 = великі зміни, 5 = дуже суттєві зміни.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з’явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим
16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

Додаток 14

Шкала професійної ідентичності Л.Б. Шнайдер в адаптації К. Малофейкіної.

1. a) Побудова планів на майбутнє не потребує жодних зусиль b) Мої плани на майбутнє частково не можуть бути реалізовані через певні життєві обставини c) Мені складно будувати реалістичні плани на майбутнє d) Я бачу відсутність своїх життєвих перспектив

2. a) Я з ентузіазмом будую плани на майбутнє та переконаний у можливості їх реалізації b) У мене достатньо бажання для подолання сумнівів і життєвих труднощів c) У мене відсутня сильна мотивація для роботи над поставленими цілями у житті d) Наявний конфлікт між різними цілями та планами на майбутнє

3. a) Мій нинішній стиль життя мене цілком влаштовує b) Мені певною мірою складно визначити бажаний стиль життя c) Я відчуваю суттєві труднощі при визначенні бажаного стилю життя d) Я повністю незадоволений власним способом життя

4. a) Я живу якісним, повноцінним життям b) Я визначив для себе найважливіші сфери життя c) Я відчуваю певну задоволеність нинішнім професійним способом життя d) Я повністю незадоволений своїм нинішнім професійним способом життя

5. a) У мене є 1-2 значущі сфери професійної діяльності b) У мене понад 2 важливі сфери професійної діяльності, і часто мені складно обрати найбільш пріоритетну c) Я відчуваю труднощі у виборі бажаних видів зайнятості d) Мені дуже складно визначитися зі сферою своєї професійної діяльності

6. a) Я добре вмію планувати свій час b) Мій спосіб життя достатньо розпланований, але часто я відчуваю труднощі при плануванні власного часу c) Мені достатньо складно планувати свій спосіб життя та визначити свої життєві пріоритети d) Я не вмію планувати свій власний час

7. a) Я повністю впевнений, що можу долати труднощі b) Я знаю, що можу здолати життєві труднощі, але потребую при цьому підтримки інших людей c) Я відчуваю сумніви у своїй здатності долати проблеми d) Я песимістично ставлюсь до результатів власної діяльності

8. a) Я спрямований у майбутнє та власноруч будую його b) Я очікую на успіх при зустрічі із життєвими проблемами c) Я не впевнений, у здатності подолати життєві труднощі d) Я відчуваю безпорадність при зустрічі із проблемами

9. a) Я повністю контролюю власне життя b) Я практично завжди можу вирішити власні життєві проблеми c) Я не впевнений, що зможу досягти успіху у своїй професійній діяльності d) Я не можу контролювати своє життя

10. a) Я легко адаптуюся до різних умов життя та зміни життєвих обставин b) Я переважно завжди впевнений у собі c) Я відчуваю безпорадність при вирішенні складних професійних завдань d) Я намагаюся уникати труднощів і тікати від життєвих і, зокрема, професійних проблем

11. a) Я беру на себе відповідальність за усі власні вчинки b) Я сильний нести відповідальність за більшість власних вчинків c) Я часто намагаюся уникнути відповідальності за власні вчинки d) Я часто перекладаю відповідальність за свої вчинки на плечі інших людей чи життєвих обставин

12. a) Я реально оцінюю свої можливості та недоліки b) Я не сильний до надмірних самозвинувачень і самокритики c) Мені властива сильна самокритичність d) Я схильний до самозвинувачень у різних життєвих обставинах

13. a) Я завжди використовую зворотній зв’язок для самовдосконалення b) Я часто прислухаюся до думки інших, значущих для мене людей, задля самовдосконалення c) Я намагаюся заперечити стурбованість критикою інших значущих для мене людей d) Я практично завжди уникаю зворотнього зв’язку, оскільки вважаю, що люди надмірно і необґрунтовано мене критикують

14. a) Я усвідомлюю свої позитивні якості, але й не заперечую своїх недоліків у професійній діяльності b) Я розумію, що слід самовдосконалюватися

аби досягти успіху у професійній діяльності c) Переоцінка чи недооцінка власних здібностей призводить до зниження продуктивності моєї професійної діяльності d) Мені властива нереалістична оцінка своїх професійних здібностей

15. a) Я усвідомлюю, що мої здібності переважно компенсують мою некомпетентність b) Я сильний переоцінювати чи недооцінювати свої професійні здібності c) Я не розумію, як використовувати свої позитивні якості та здібності для вирішення професійних завдань d) Я відчуваю некомпетентність у власній професійній діяльності

16. a) Я чітко розумію важливість життєвих виборів b) Моя професійна діяльність визначена моїми життєвими цінностями c) Конфлікт цінностей призводить до труднощів професійного вибору d) Для мене характерна неузгодженість переконань і професійного вибору

17. a) Я маю чітко поставлені життєві цілі b) Мені властива узгодженість життєвих цілей і цінностей c) У відчуваю острах, що мої життєві цінності не відповідають цінностям більшості інших людей d) Я не маю чітко визначених цінностей і переконань

18. a) Я позитивно сприймаю свої переконання та цінності b) Я адекватно ставлюся до себе, а мої життєві цінності є достатньо гнучкими c) Мої цінності не підтримуються жодною соціальною групою і суспільством у цілому d) Мої власні цінності суперечать цінностям, прийнятим у соціальних групах і суспільстві в цілому

19. a) Я успішно виконую одночасно декілька соціальних ролей b) Я можу самореалізуватися в 1 чи 2 соціальних ролях c) Я відчуваю труднощі при виконанні різних соціальних ролей d) Мені складно ідентифікувати себе із соціальними ролями

20. a) Мені властива узгодженість усіх соціальних і професійних ролей b) Мені властива відносна узгодженість соціальних і професійних ролей c) Мені властива слабка рольова ідентичність d) Мені властива ідентифікація із девіантною роллю

21. a) Професійна діяльність приносить мені задоволення та сприяє саморозвитку b) Професійна діяльність відповідає моїм інтересам і здібностям c) Мені складно визначити свої професійні інтереси d) Мене у житті ніщо не цікавить

22. a) Мої інтереси сприяють розвитку моїх здібностей b) Моя професійна діяльність не вимагає особливих зусиль, її виконання базується на досвіді c) Мої навички та уміння частково відповідають моїм професійним інтересам d) Мої навички та уміння не відповідають моїм професійним інтересам

Додаток 15

Порівняльна матриця повернутих факторів у розрізі груп (метод головних компонентів, Varimax-ротація)

Досліджувані показники та шкали	Група 1: (n=90) Фактор 1: Втеча в ізоляцію	Група 1: (n=90) Фактор 2: Ресурсна адаптація	Група 2: (n=186) Фактор 1: Загальний дистрес	Група 2: (n=186) Фактор 2: Цивільні професії	Спільність ($h^{2\backslash}$)
Когнітивні викривлення (PCL-5)	**0,865**	-0,094	**0,782**	-0,084	**0,712**
Депресія (HADS-D)	**0,834**	-0,121	**0,764**	-0,105	**0,668**
Інтрузії (PCL-5)	**0,812**	0,045	0,384	0,112	0,582
Тривога (HADS-A)	**0,789**	-0,187	**0,715**	-0,124	**0,614**
Уникнення (PCL-5)	**0,754**	-0,264	0,312	-0,095	0,551
Збудливість (PCL-5)	**0,712**	0,184	**0,594**	0,165	0,512
Сфера «Людина – Техніка»	**0,724**	0,095	0,211	**0,714**	0,536
Сфера «Людина – Природа»	**0,698**	0,072	0,145	**0,612**	0,448
Сфера «Людина – Людина»	**-0,742**	**0,712**	-0,184	**0,784**	**0,735**
Сфера «Людина – Художній образ»	-0,345	**-0,642**	-0,095	**0,695**	0,498
Сфера «Людина – Знакова система»	0,112	0,334	0,064	0,353	0,296
% Поясненої дисперсії	**51,2%**	**24,9%**	**37,1%**	**27,2%**	**—**
Сумарна дисперсія ознак	**76,1%**		**64,3%**		

Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186.

Додаток 16

Коефіцієнти кореляції (ρ) між показниками соціально-психологічної адаптації та вибором професійних сфер, які були визначені за відповідними методиками

	Група	Людина-Природа	Людина-Техніка	Людина-Людина	Людина-Знакова система	Людина – Художній образ
Дезадаптація	Група 1	**-0,31***	**- 0,28***	**0,55****	-0,03	**0,22***
	Група 2	0,04	0,08	**-0,42***	-0,12	-0,15
Прийняття себе	Група 1	**0,26***	**-0,302***	**-0,41***	-0,05	-0,07
	Група 2	0,03	-0,02	**0,42***	0,08	**0,202***
Прийняття інших	Група 1	**0,232***	**0,278***	**-0,512****	0,05	-0,09
	Група 2	0,03	-0,02	**0,578****	-0,08	**0,213***
Емоційний комфорт	Група 1	**0,346***	**0,292***	**-0,524****	0,01	0,015
	Група 2	-0,05	0,04	**0,351***	0,06	**0,242***
Інтернальність	Група 1	**0,207***	**0,343***	**-0,397***	-0,1	-0,06
	Група 2	0,02	0,07	**0,49****	**0,171***	0,11
Домінування	Група 1	0,1	0,08	**-0,365***	0,07	-0,02
	Група 2	0,18*	**0,22***	**0,534****	0,08	**0,284***

* – зв’язки на рівні значущості p=0,05; ** – зв’язки на рівні значущості p=0,01

Примітка: група 1- учасники бойових дій з ПТСР, n=90; група 2- учасники бойових дій без ПТСР, n=186

Додаток 17

Коефіцієнти кореляції (ρ) між показниками ПТСР, соціально-психологічної адаптації, професійної готовності, сенсо-життєвих орієнтацій та психологічної ригідності які були визначені за відповідними методиками

Показники	**Психологічна ригідність**
Інтрузії	**0,412***
Уникнення	**0,421***
Когнітивні викривлення	**0,346***
Тривога	**0,408***
Депресія	0,02
Дезадаптація	**0,426***
Самоприйняття	**-0,448****
Прийняття інших	-0,103
Емоційний комфорт	-0,08
Інтернальність	-0,03
Домінування	**0,342***
Процес життя	**-0,325***
Цілі життя	**-0,442***
Результати життя	**-0,353***
Локус контролю «Я»	**-0,386***
Людина- Природа	**0,403***
Людина-Техніка	**0,377***
Людина-Людина	**-0,365***
Людина-Знакова система	-0,07
Людина- Художній образ	-0,08

* – зв’язки на рівні значущості p=0,05; ** – зв’язки на рівні значущості p=0,01

Додаток 18

Коефіцієнти кореляції (ρ) між інтолерантністю до невизначеності та показниками ПТСР, соціально-психологічної адаптації, професійної готовності, сенссо- життєвих орієнтацій

Показник	Інолерантність до невизначеності
Інтрузії	**0,364***
Уникнення	**0,287***
Когнітивні викривлення	0,046
Тривога	**0,325***
Депресія	0,02
Дезадаптація	**0,426***
Самоприйняття	**-0,448****
Прийняття інших	-0,103
Емоційний комфорт	-0,08
Інтернальність	-0,03
Домінування	**0,321***
Процес життя	**-0,325***
Цілі життя	**-0,363***
Результати життя	**0,455****
Локус контролю «Я»	-0,04
Людина- Природа	**0,362***
Людина-Техніка	**0,343***
Людина-Людина	**-0,327***
Людина-Знакова система	-0,06
Людина- Художній образ	-0,08
Психологічна ригідність	**0,403***

* – зв’язки на рівні значущості p=0,05; ** – зв’язки на рівні значущості p=0,01

Додаток 19

Порівняльний аналіз індексу посттравматичного зростання за методикою Р. Тедеші та Л. Калхоуна а адаптації Д. Зубовського в контрольній (n=30**) та експериментальній** (n=35) **групах**

	Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Макс. значення	Мін. значення	$U_{ем.}$	p
Експериментальна група	Індекс посттравматичного зростання	47,43	17,13	90	12	183	0,2
	Ставлення до інших	15,54	7,71	35	0	**166**	**0,04***
	Нові можливості	13,56	5,64	24	0	**157**	**0,03***
	Сила особистості	12,13	4,67	20	0	**153**	**0,02***
	Духовні зміни	3,62	2,34	10	0	223	0,6
	Підвищення цінності життя	8,82	3,56	15	0	196	0,4
Контрольна група	Індекс посттравматичного зростання	45,12	16,25	87	10	183	0,2
	Ставлення до інших	13,28	7,93	35	0	**166**	**0,04***
	Нові можливості	12,04	5,53	23	0	**157**	**0,03***
	Сила особистості	10,82	4,73	20	0	**153**	**0,02***
	Духовні зміни	3,46	2,52	10	0	223	0,6
	Підвищення цінності життя	8,43	3,62	15	0	196	0,4

* – відмінності на рівні значущості p<0,05

Додаток 20

Психокорекційна програма щодо покращення професійного самовизначення учасників бойових дій в умовах мирного життя

Метод наративного кар'єрного консультування (за Н. Амундсоном)

Назва вправи: «Трансфер сили: з фронту в цивільне життя»

Мета: Переклад (деконструювання) військових навичок, дій та обов'язків мовою цивільних професійних компетенцій (*transferable skills*), руйнування відчуття «втраченого часу» на війні.

Час проведення: 120 хвилин.

Матеріали: Бланки «Матриця компетенцій», ручки, фліпчарт.

Покроковий алгоритм проведення:

Етап 1: Актуалізація наративу (30 хв).

Інструкція учасникам: «Згадайте один або два епізоди вашої служби, де ви відчували себе максимально ефективними, де завдання було виконано успішно (це не обов'язково має бути бойове зіткнення, це може бути логістика, ремонт техніки, організація побуту, утримання позиції). Розкажіть про це сусіду в парі».

Етап 2: Деконструкція військової дії (30 хв).

Ведучий на фліпчарті розбирає один приклад. Військова дія розбивається на базові операції.

Приклад: «Утримання позиції та організація спостереження» ➔ це означає: розподіл обов'язків, оцінка ризиків, аналіз великого обсягу інформації, контроль дисципліни, робота в умовах дефіциту часу.

Етап 3: Переклад мовою цивільних компетенцій (40 хв).

Учасники заповнюють індивідуальні картки-матриці за допомогою фасилітатора:

Що я робив на службі (Військова мова)	Які якості/навички я проявив	Цивільний аналог (Мова резюме)

Командир відділення / Головний сержант	Керував людьми, відповідав за життя, ставив завдання	Team Management (Управління командами), лідерство, делегування, кризовий менеджмент.
Логіст / Замполтех / Начпрод	Діставав запчастини, будував маршрути в обхід обстрілів	Supply Chain (Управління ланцюгами постачання), логістика, антикризове планування, оптимізація ресурсів.
Оператор БПЛА / Зв'язківець	Аналізував відеопотік, налаштовував шифровані канали	Data Analysis (Аналітика даних), технічна грамотність, концентрація уваги в стресі, IT-навички.
Бойовий медик / Стрілець	Надавав допомогу під вогнем, діяв за протоколами	Стресостійкість, Decision Making (швидке прийняття рішень), чітке дотримання інструкцій (Compliance).

Етап 4: Шеринг та інтеграція (20 хв).

Учасники зачитують свої «цивільні компетенції».

Фокус фасилітатора: Зафіксувати у свідомості комбатанта думку: *«Мій військовий досвід — це не чорна діра, це унікальний управлінський та професійний капітал для цивільного ринку».*

Модифікований SWOT-аналіз особистісного потенціалу

Назва вправи: «Реалістична мапа моїх можливостей» Мета: Проведення стратегічного самоаудиту. Модифікація полягає в тому, що слабкі сторони та загрози розглядаються суворо через призму симптомів ПТСР (тривожність, порушення сну, дратівливість), але з обов'язковим пошуком компенсаторних механізмів. Час проведення: 90 хвилин. Матеріали: Аркуші А4, розліновані на 4 квадрати, кольорові маркери.

Покроковий алгоритм проведення:

Етап 1: Заповнення внутрішніх факторів (S і W) — 30 хв.

S (Strengths) — Сильні сторони: Учасники виписують свої трансферні навички (з попередньої вправи), життєвий досвід, професію до служби.

W (Weaknesses) — Слабкі сторони (З урахуванням ПТСР): Ведучий просить бути максимально чесними із собою. Тут комбатанти записують: *«Швидко втомлююсь», «Важко концентруватися довше 30 хвилин», «Спалахи дратівливості у гучних приміщеннях», «Поганий сон — важко працювати зранку»*.

Етап 2: Заповнення зовнішніх факторів (O і T) — 25 хв.

O (Opportunities) — Можливості: Пільги на навчання, гранти на відкриття власної справи для ветеранів, програми перекваліфікації, підтримка родини.

T (Threats) — Загрози: Нерозуміння з боку цивільних роботодавців, стигматизація ветеранів, нестабільний ринок праці.

Етап 3: Модифікація та побудова містків (Конверсія) — 25 хв.

Головна інструкція фасилітатора: «Тепер ми з'єднуємо ваші Сильні сторони (S) та Можливості (O) для нейтралізації Слабкостей (W) та Загроз (T)».

Учасники розробляють компенсаторні стратегії.

Приклад рішення:

Проблема (W): Дратівливість через шум і натовп.

Рішення (S + O): Використати IT-навички (S) та ветеранський грант на навчання (O), щоб перейти на дистанційну роботу (фріланс), де немає офісного шуму.

Проблема (W): Втома та проблеми з концентрацією.

Рішення: Гнучкий графік, робота з погодинною оплатою або проектна зайнятість замість класичного 9:00–18:00.

Етап 4: Підбиття підсумків (10 хв).

Кожен учасник отримує реалістичну матрицю, де ПТСР сприймається не як вирок, а як набір технічних обмежень, до яких можна підібрати правильний формат роботи.

Головна мета цієї адаптації — перевести учасника зі стану пасивності та невизначеності (що часто супроводжує травматичний стан) у позицію активного планування власного майбутнього. Запитання сформульовані з урахуванням потреби у дбайливому, але структурованому діалозі.

Коучингова модель GROW для ветеранів

Назва сесії: «Проектування кар'єрної траєкторії»
Формат: Індивідуальна робота або робота в міні-групах (тріадах: коуч, клієнт, спостерігач).
Загальний час: 90–120 хвилин (по 30 хвилин на кожну роль у тріаді або індивідуально).
Матеріали: Робочий зошит «Мій покроковий кар'єрний план», бланки з матрицею GROW.

Покрокова структура та скрипт запитань

Етап 1: G (Goal) — Визначення професійної мети (20 хв)

Фокус фасилітатора: Допомогти учаснику чітко сформулювати, чого саме він хоче досягти в цивільній професійній сфері на першому етапі реінтеграції (найближчі 3–6 місяців). Мета має бути реалістичною та екологічною щодо його психофізичного стану.

Готові запитання для діалогу:

«Ким і де ви бачите себе в професійному плані через 6 місяців після виписки з центру?»

«Якщо прибрати всі страхи та обмеження, яка цивільна діяльність приносила б вам найбільше задоволення?»

«Як ця професійна мета пов'язана з вашим прагненням забезпечити спокій і добробут для вашої родини?»

«Як ви зрозумієте, що досягли успіху? Яким буде перший конкретний результат (наприклад: отримав сертифікат, пройшов першу співбесіду, заробив перші гроші на фрілансі)?»

Етап 2: R (Reality) — Аналіз поточної ситуації та реальності (25 хв)

Фокус фасилітатора: Оцінка поточної точки «Тут і Зараз». Важливо зафіксувати наявні ресурси (фінансові, інтелектуальні, соціальні) та об'єктивно оцінити обмеження, пов'язані з поточним станом здоров'я чи симптомами ПТСР.

Готові запитання для діалогу:

«Що ви вже маєте на сьогодні для досягнення цієї мети (досвід, освіта, пільги на навчання, підтримка близьких)?»

«Які симптоми вашого теперішнього стану (наприклад: порушення сну, швидка втомлюваність, дратівливість) можуть заважати на цьому шляху?»

«Як ці симптоми впливали на вашу роботу раніше і як ми можемо врахувати їх зараз (наприклад, обрати гнучкий графік)?»

«Яких знань чи навичок вам об'єктивно не вистачає для старту в цій професії?»

Етап 3: O (Options) — Пошук альтернатив та можливостей (25 хв)

Фокус фасилітатора: Стимулювання творчого мислення та пошук різноманітних варіантів дій. На цьому етапі активно підключається канал *Imagination* (Уява) з моделі BASIC Ph для подолання «тунельного бачення», яке часто виникає через депресивні чи тривожні стани.

Готові запитання для діалогу:

«Які є варіанти здобуття цієї професії? (Пройти безкоштовні курси для ветеранів, піти на стажування, знайти наставника, відкрити власну справу за грантом)?»

«Якби ви мали гарантію, що будь-який ваш крок буде підтриманий побратимами та родиною, що б ви зробили в першу чергу?»

«Якщо прямий шлях у цю професію зараз закритий, яка суміжна сфера чи простіша посада дозволить вам розпочати?»

«Хто з вашого оточення або ветеранських організацій може допомогти вам із пошуком інформації чи працевлаштуванням?»

Етап 4: W (Will / Way forward) — Намір, конкретні кроки та тактичний план (20 хв)

Фокус фасилітатора: Переведення розмови в площину реальних дій. Формування високого рівня мотивації та відповідальності. Кроки мають бути настільки простими й маленькими, щоб їх виконання не викликало тривоги чи перевантаження.

Готові запитання для діалогу:

«Який один, найпростіший крок ви зробите вже в перший тиждень після повернення додому з реабілітаційного центру (наприклад: зателефоную в координаційний центр ветеранів, оновлю резюме, перегляну 1 відеокурс)?»

«Яким буде ваш покроковий план дій на перший місяць? Запишіть конкретні дати.»

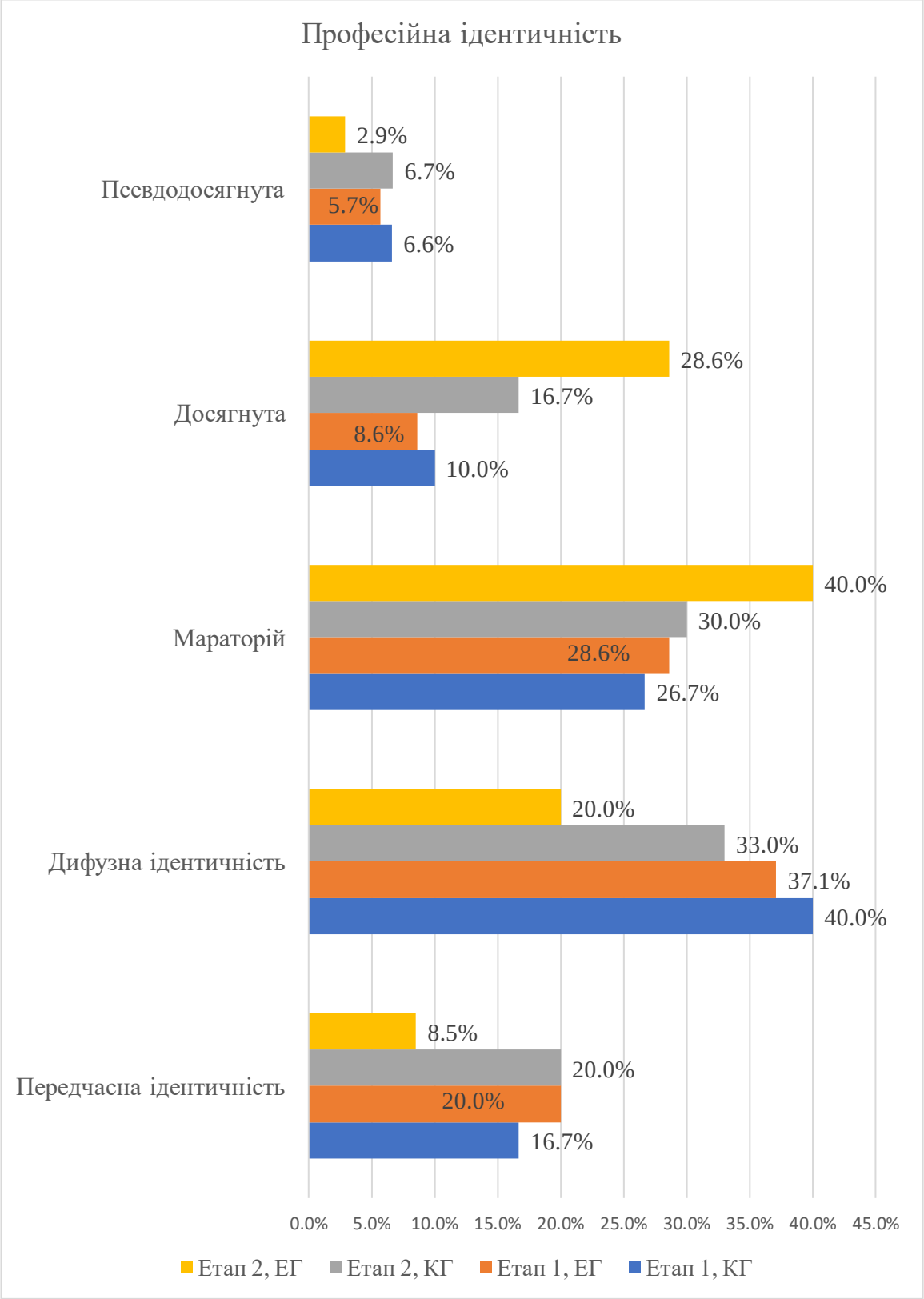
«Що може зупинити вас на цьому шляху (тригер, погіршення самопочуття, відмова)? Що ви зробите, якщо це станеться (план Б)?»

«За шкалою від 1 до 10, наскільки ви впевнені, що виконаєте цей перший крок? Що потрібно додати, щоб впевненість стала на рівні 9 чи 10?»

Рекомендація для коуча/фасилітатора під час роботи з комбатантами:

У роботі з ветеранами, які мають ПТСР, етап Reality (Реальність) є критичним. Не дозволяйте учаснику ігнорувати свій психологічний стан (наприклад, фрази типу: *«Я буду працювати по 14 годин без вихідних, щоб забутися»*). М'яко повертайте його до екологічності: *«Твоє здоров'я — це твій головний ресурс. Як твій план зміниться, якщо ми закладемо туди час на повноцінний відпочинок та відновлення?»*.

Додаток 21



Динаміка показників професійної ідентичності учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах

Примітка ЕГ- експериментальна група, n=35; КГ- контрольна група, n=30, Етап 1- констатувальний, Етап 2- контрольний