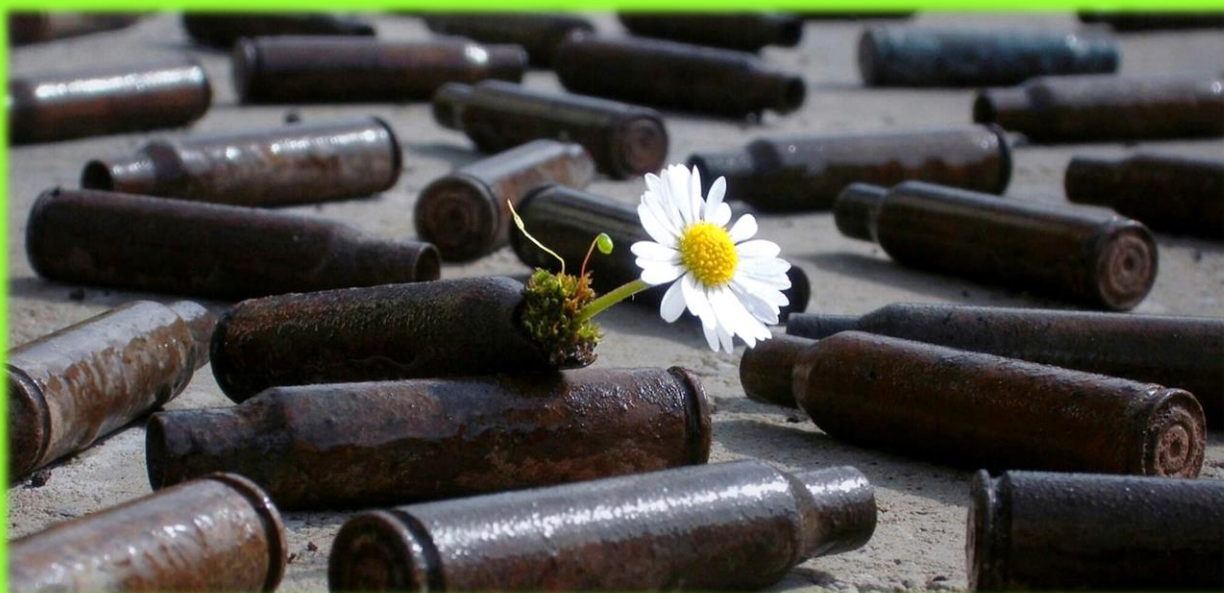


**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ –
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Частина 1. Теоретичні основи

Методичний посібник



Київ – 2023

**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ –
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Частина 1. Теоретичні основи

Методичний посібник

Київ – 2023

УДК 159.96:159.98:355.1

K55

Рекомендовано до видання науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол № 11 від 27 листопада 2023 р.)

Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О.

K55 Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с.

ISBN 978-617-549-301-4

У методичному посібнику викладено сучасні наукові уявлення щодо феномену посттравматичного зростання особистості. Розкрито особливості, чинники та ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових. Запропоновано психодіагностичний інструментарій для поглибленого вивчення посттравматичного зростання військовослужбовців.

Методичний посібник призначено для фахівців структур з морально-психологічного забезпечення, психологів, науково-педагогічних та наукових працівників, слухачів (курсантів) ВВНЗ, а також тих, хто цікавиться проблемами теорії та практики посттравматичного зростання особистості.

Р е ц е н з е н т к а :

Чепелева Н. В. – дійсна членкиня НАПН України, докторка психологічних наук, професорка, заступниця директора з науково-дослідної роботи Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

ISBN 978-617-549-301-4

© Кокун О.М., Пішко І.О.,
Лозінська Н.С., Олійник В.О.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ	7
1.1. Сутність та основні положення салютогенного підходу.....	7
1.2. Аналіз феномену посттравматичного зростання.....	11
1.3. Часові особливості посттравматичного зростання...	24
1.4. Ресурси посттравматичного зростання.....	30
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ, ЧИННИКИ ТА РЕСУРСИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	39
2.1. Вплив війни на особистість військовослужбовця...	39
2.2. Бойовий і постбойовий досвід та посттравматичне зростання.....	46
2.3. Особистісні ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців.....	55
2.4. Соціальні ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців.....	59
2.5. Ситуаційно-демографічні ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців.....	65
РОЗДІЛ 3. ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	68
3.1. Аналіз підходів до діагностики посттравматичного зростання.....	68
3.2. Методики діагностики посттравматичного зростання військовослужбовців.....	72
Список використаних джерел.....	84
Додатки.....	112

Вступ

Військовослужбовці Збройних Сил України, інших складових сектору безпеки і оборони нашої держави, відповідно до визначених завдань виконують свій конституційний обов'язок із захисту й оборони нашої держави, відбиття збройної агресії російської федерації проти України.

Нині більше одного мільйона наших співгромадян беруть участь і забезпечують збройний захист України. Без перебільшення можна сказати, що нинішня російська широкомасштабна збройна агресія за своїми масштабами, кількістю учасників, гібридним перебігом, появою нових форм і методів ведення бойових дій та сфер протиборства (економічної, кібернетичної, інформаційної тощо), завданими збитками, різновекторністю травмівних впливів на психіку військових і цивільних осіб, є найбільшим таким конфліктом на теренах Європи, а можливо, і світу, після Другої світової війни.

Вивчення психологічних наслідків впливу, пов'язаних з війною травмівних подій, не втрачає своєї актуальності через зростаючу кількість стресорів, що виявляються практично в усіх сферах життя. Неможливо знайти людину, яка не переживала б під час війни різні травмівні ситуації.

У вивченні психологічних наслідків впливу травмівних подій, що загрожують життю, виділяють кілька підходів.

Перший підхід – клінічний, розглядає цю проблему з позиції вивчення негативних наслідків. Предметами таких досліджень є стрес, посттравматичний стрес, психопатологічна симптоматика, кризи, конфлікти тощо.

Другий підхід – позитивний, який дає змогу підійти до вивчення цієї проблеми з погляду позитивних аспектів: життестійкості, компенсаторних механізмів, психологічних захистів, копінг-стратегій тощо. Такі дослідження спрямовані на вивчення того, завдяки яким ресурсам люди справляються з переживанням травми, якою є ймовірність позитивних прогнозів після травми.

Серед можливих позитивних змін після психічної травми виокремлюють дві провідні – підвищену стійкість до стресу та посттравматичне зростання.

Стійкість до стресу розглядається в двох аспектах: як адаптивний динамічний процес повернення до початкового психосоціального функціонування після певного дезадаптивного періоду, що спричинений дезорганізуючою дією психотравмуючих чинників – «резилієнс» (resilience) (Кокун та ін., 2022) [28], або як здатність підтримувати стабільну душевну рівновагу перед незгодами – «резильєнтність» (resiliency). Залежно від фокусу та предмету дослідження, резильєнтність може розглядатись, і як певна характеристика особистості, що притаманна тій або іншій людині, і як динамічний процес. Резильєнтність відіграє важливу роль у здатності та формуванні посттравматичного стресового зростання особистості (Лазос, 2018) [40].

Складні життєві ситуації можуть викликати переживання позитивних змін, які виявляються у сприйнятті нових можливостей, у ставленні до інших людей, у підвищенні життєвих сил, у духовному перевтіленні, в усвідомленій установці на сприятливе майбутнє. Цей позитивний аспект наслідків травматичного стресу отримав назву посттравматичного зростання – ПТЗ (posttraumatic growth, PTG). Він спостерігається в тих, хто вижив після травми, і виявляється в позитивних психологічних змінах. Основні його принципи були сформульовані R. Tedeschi & L. Calhoun (Tedeschi, & Calhoun, 1995) [217]. У межах своєї концепції R. Tedeschi & L. Calhoun визначають посттравматичне зростання (розвиток) як «позитивні психологічні зміни, що переживаються в результаті подолання надзвичайних життєвих обставин» (Tedeschi, & Calhoun, 2004) [218].

У моделі посттравматичного зростання виокремлюють три великі напрямки позитивних змін після пережитої психічної травми: зміни в самосприйнятті, зміни в міжособистісних стосунках і зміни філософії життя.

Автори концепції посттравматичного зростання не схильні розглядати травму саму по собі, як якесь благо. Навпаки, люди, які переживають її, стикаються з безліччю негативних наслідків, аж до розладів.

В Україні феномен посттравматичного зростання особистості у військовій психології є доволі новою областю теоретичного та емпіричного знання. До того ж дослідження посттравматичного зростання за постійного впливу стресорів війни, в умовах хронічного, безперервного подолання та боротьби з негараздами мають суперечливі результати.

Зростання в багатьох сферах життєдіяльності особистості – у стосунках, самооцінці, життєвій філософії тощо – може суттєво сприяти психологічній та соціальній реадаптації демобілізованих військовослужбовців, формуванню в них активної життєвої позиції у післявоєнний період, а також зниженню проблем соціально-психологічного характеру серед ветеранської спільноти. Певне зміщення акценту на позитивні наслідки негативних подій дає можливість підтримати позитивні зміни, що відбуваються в житті людини, яка пережила травмівні події, переосмислити своє місце в світі, змінити ставлення в питанні поцінування життя, повірити в здатність психіки зцілюватися.

РОЗДІЛ I

СУЧАСНІ НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Сутність та основні положення салютогенного підходу

Ключове питання запропонованого А. Antonovsky салютогенного теоретичного підходу (Antonovsky, 1979) [68] полягає в тому, чому, коли різні люди піддаються однаковому стресу, одні хворіють, а інші залишаються здоровими. Відомо, що в 75–80% учасників чи свідків кризової ситуації, де була пряма загроза їх життю, посттравматичні розлади згодом не розвиваються. Ці люди долають труднощі, що виникають, використовуючи власні ресурси та/або ресурси соціальної мережі підтримки. І лише 20–25% потребують допомоги професіоналів. На думку А. Antonovsky, стрес, який загально визнано є патогенним, за певних умов може ставати й салютогенним чинником. Адже успішне подолання кризової ситуації може призвести людину до набуття позитивного досвіду. Таку ситуацію можна розглядати, і як виклик: завдання людини в цій ситуації полягає не тільки в тому, щоб навчитися функціонувати ефективно в несприятливих умовах, а й у тому, щоб повернути стрес собі на користь.

Салютогенний підхід базується на принципово інших позиціях, ніж патогенетичний, оскільки зосереджується на індивідуальних і колективних ресурсах, а також на позитивних результатах життєвих викликів і криз. Салютогенний підхід передбачає, що метою дослідження здоров'я має бути ідентифікація, визначення та опис шляхів, чинників і причин *позитивного здоров'я*, що спрямовані на розширення існуючих знань про те, як попереджувати, лікувати та управляти *негативним здоров'ям* (патогенезом).

Найважливішим аспектом салютогенного підходу, що дає відповідь на вищезгадане «салютогенне питання», є *концепція «почуття зв'язності»* (sense of coherence). Вона засновується на

обґрунтованому раніше V. Frankl (Frankl, 1954) смисложиттєвому твердженні «життя варте того, щоб його прожити», яке створює мотивацію позитивно адаптуватися до свого оточення та знаходити сенс навіть у несприятливих обставинах [113]. «Почуття зв'язності» відіграє важливу роль у тому, як людина сприймає виклики протягом життя (Huss, & Samson, 2018) [136].

«Почуття зв'язності» являє собою стійку тенденцію бачити світ:

1) більш-менш зрозумілим (внутрішній і зовнішній світ сприймається, як раціональний, зрозумілий, послідовний і очікуваний);

2) керованим (індивід вважає, що він/вона має ресурси, необхідні для управління ситуацією);

3) значущим (наявна мотивація справлятися з проблемами, а не уникати їх, а також внутрішні зобов'язання емоційно інвестувати в процес подолання життєвих проблем та вимог (Antonovsky, 1979)) [68].

Відповідно, індивіди з сильним «почуттям зв'язності», завдячуючи своїй схильності сприймати світ як зрозумілий, значущий і керований, менш схильні потерпати від загрози стресових подій і мають вищу здатність успішно до них адаптуватися (Eriksson et al., 2007) [106]. «Почуття зв'язності» є стабільним ресурсом копіngu в дорослому віці, оскільки допомагає виявити та мобілізувати відповідні ресурси для боротьби зі стресовими чинниками та успішного управління напругою, таким чином сприяючи здоров'ю та благополуччю (Mana et al., 2021) [172].

Людина з високим «почуттям зв'язності» не обов'язково має відчувати й думати, що життя є абсолютно збагненим, керованим і осмисленим. Це почуття поширюється лише на ту життєву сферу людини, яка є важливою особисто для неї. Якщо людина не цікавиться зовнішньою чи внутрішньою політикою своєї країни або розвитком тих чи інших навичок, то їй і не обов'язково розглядати ці сфери як збагненні, керовані та осмислені. Тому «почуття зв'язності» визначається тим, якою мірою людина відчуває його

стосовно свого власного життя – своїх почуттів, роботи, стосунків з іншими, а також своїх екзистенційних проблем.

А. Antonovsky (1990) наводить цілу низку способів, через які «почуття зв'язності» впливає на здоров'я [69]:

- воно спонукає людину до поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я, наприклад, через ставлення. Так, люди з високим рівнем цього почуття більш мотивовані до того, щоб, з одного боку, уникати ситуацій чи видів діяльності, які загрожують їхньому здоров'ю, а з іншого – активно включатися до видів діяльності, що сприяють підтримці здоров'я (займатися фізичними вправами, вчасно звертатися до лікаря тощо);
- «почуття зв'язності» впливає на процес визначення стимулу, як стресора чи не стресора – деякі стимули можуть розглядатися, як нейтральні чи навіть корисні;
- воно змушує людину інтерпретувати стресор як упорядкований;
- також воно змушує людину шукати у своєму арсеналі такі ресурси стійкості, що підходять для конкретної ситуації, включаючи ресурси, доступні через її соціальну мережу, створюючи таким чином гнучку, а не жорстку модель реагування;
- «почуття зв'язності» спонукає людину до аналізу результатів своєї поведінки та перебудови реагування в міру необхідності;
- воно змушує усвідомити необхідність справлятися із ситуацією, як інструментально, так й емоційно;
- впливає на процеси когнітивної оцінки стресу.

Загалом, на думку вченого, при зустрічі з джерелом стресу люди з низьким «почуттям зв'язності» будуть більш схильні оцінювати ситуацію, як загрозливу, відчувати у зв'язку з цим більшу напругу та діяти непродуктивно чи пасивно, відмовляючись від вирішення проблеми. Люди з високим «почуттям зв'язності», навпаки, будуть у більшій мірі схильні розглядати потенційні загрози, як виклики, що містять нові можливості і, отже, варті того, щоб активно шукати шляхи до їх подолання та задіювати всі наявні

ресурси. Такі люди є більш відкритими до зворотного зв'язку (інформації про те, наскільки обрана стратегія вирішення проблеми є ефективною), що дає змогу обрати нову стратегію в разі неуспіху. В кінцевому підсумку високий рівень «почуття зв'язності» сприяє ефективному подоланню проблеми та зняттю напруги, тоді як неефективне подолання призводить до збереження напруги й, можливо, до руйнівних наслідків, що викликані стресом.

Як вважає А. Antonovsky, «почуття зв'язності» набувається людиною протягом життя під впливом досвіду та стабілізується приблизно на рубежі 30 років, коли становище людини стає більш-менш фіксованим. І в переважній більшості людей залишається на цьому рівні. Лише в окремих випадках життєвий досвід може підвищити його рівень.

Іншим важливим компонентом салютогенного підходу є *концепція «загальних ресурсів стійкості»* (ЗРС), які пов'язані зі здатністю успішно справлятися з притаманними людському існуванню стресорами. ЗРС являють собою характеристики людини, групи або спільноти, які сприяють здатності ефективно справлятися зі стресовими чинниками, а також розвитку індивідуального рівня «почуття зв'язності» (Idan et al., 2017) [137].

ЗРС можуть за своєю природою бути:

- біологічними (наприклад, генетична схильність або стан харчування);
- психологічними (когнітивні оцінки чи емоційна регуляція тощо);
- соціальними (соціальна підтримка, релігійні чи культурні практики тощо);
- матеріальними (до прикладу, наявність фінансових ресурсів (Rajkumar, 2021)) [197].

Зокрема, наявність ЗРС можуть визначати такі чинники:

- матеріальні ресурси (гроші, нерухомість тощо);
- знання та інтелект (знання реального світу, освіта, набуття навичок, життєвий досвід тощо);
- его-ідентичність (наприклад, інтегроване, але гнучке Я);

- копінг-стратегії;
- соціальна підтримка;
- взаємопоєднання зі своїм культурним корінням;
- культурна стабільність;
- ритуальні дії;
- релігія та філософія (наприклад, стабільний набір відповідей на життєві труднощі);
- орієнтація на превентивне здоров'я (профілактика захворювань);
- генетичні та конституційні ресурси;
- стан розуму людини (Idan et al., 2017) [137].

Важливо, що салютогенний підхід може бути застосований не лише на рівні особистості, але й на рівні соціальної групи або суспільства через вивчення умов та процесів, що призводять до процвітання або оптимального функціонування людей, груп чи соціальних інститутів (Gable, & Haidt, 2005) [117].

1.2. Аналіз феномену посттравматичного зростання

Історично так склалося, що основний акцент при вивченні психологічних наслідків травмивних подій робився на усуненні негативних наслідків травми, але не на можливостях зростання й розвитку внаслідок її переживання.

Дослідження посттравматичного стресу (ПТСР) змінили свій напрямок у 1990-х роках, коли вченими була встановлена можливість посттравматичного зростання, тобто поліпшення функціонування людини в результаті її боротьби з травмою. Зазначалося, що всупереч фону травми зростання не тільки раптове, а й спрямоване на багатобічну програму людського подолання та адаптації. Зокрема, це відповідало ідеям V. Frankl, на думку якого навіть найбільш травмивний досвід можна перетворити на цінний та позитивний (Frankl, 1946 / 2009, Kondratyuk & Puchalska-Wasył, 2019) [159].

Історичне коріння виникнення теорії посттравматичного зростання в релігії, філософії та літературі докладно досліджено в працях R. Tedeschi & L. Calhoun (1995). Хоча реальна подія травми ніколи не вважається позитивною за своєю природою, однак те, що досягається після травми, може бути й позитивним. Зростання відбувається завдяки боротьбі з наслідками травми. Підкреслення потенціалу позитивних змін після травми дозволяє людям розширити можливості та зосередитися на зростанні. Ця ідея знайшла своє відображення в багатьох концепціях. На сьогодні існує декілька теоретичних моделей посттравматичного зростання – таких, як «функціонально-дескриптивна (функціонально-описова)» модель R. Tedeschi & L. Calhoun [218; 223], «особистісно-центрована модель (організмична теорія)» S. Joseph & P. Linle [143; 167], «біопсихосоціальна модель (біопсихосоціально-еволюційна модель травматичної стресової реакції)» M. Christopher [93], «психолого-філософська модель» R. Papadopoulos [188], модель «дволикий Янус» T. Zoellner & A. Maercker [169], модель Р. Янофф-Бульман у межах соціально-когнітивного підходу [140; 141] та ін.

Ці моделі продовжують активно досліджуватися, не суперечать одна одній, а розглядають посттравматичне зростання під різними кутами зору, пропонуючи різні, але взаємодоповнюючі рівні аналізу з можливою теоретичною інтеграцією між ними.

Найповніша модель виникнення посттравматичного зростання внаслідок психологічної боротьби із сильним стресом або травмівною подією, що є доступною на сьогоднішній день, – це функціонально-дескриптивна модель R. Tedeschi & L. Calhoun, яка розвивалася з 1995 року. Відповідно до концепції L. Calhoun & R. Tedesch (1999) [84], особистісне зростання, що відбувається в результаті боротьби з травмівними подіями, означає позитивні психологічні зміни, що набуті в результаті боротьби з важкими життєвими кризами або травмівними подіями. Автори обґрунтували наявність *трьох широких сфер посттравматичного зростання*:

- 1) зміни у сприйнятті себе;
- 2) зміни в міжособистісних стосунках;

3) зміни у філософії життя (Tedeschi, & Calhoun, 2004) [218].

У межах цих трьох сфер було визначено ще *п'ять окремих чинників/ознак зростання* нижчих рівнів:

1) ставлення до інших – набуття більш тісніших, інтимніших та значущих стосунків з іншими людьми, а також зростання почуття співчуття до інших, особливо до тих, хто поділяє таку ж важку долю. Зрозуміло, що під час серйозних життєвих випробувань стосунки між людьми можуть постраждати або навіть зовсім зруйнуватися. Однак іноді бувають і позитивні зміни. Переживши трагедію чи втрату й отримавши підтримку та допомогу від близьких, а іноді навіть і незнайомих людей, людина може відчувати більший зв'язок з іншими, довіру, близькість, співпричетність, свободу бути собою та співчуття. Співчуття призводить до взаємодопомоги та альтруїстичних вчинків;

2) нові можливості – в результаті змін у своїх базових переконаннях людина визначає нові можливості для свого життя або можливість вибрати новий, інший шлях у житті;

3) особистісне зміцнення – поєднання чіткого знання того, що погані речі можуть статись і стаються, та відкриття для себе того, що «Якщо я впорався з цим, я можу впоратися майже з будь-чим», «Я вразливіший, ніж я думав, але набагато сильніший, ніж я коли-небудь міг собі уявити» (Calhoun, & Tedeschi). Механізм виникнення таких почуттів пов'язаний із тим, що, проходячи через важкі життєві обставини, людина отримує підтвердження впевненості у власних силах («Найгірше, що я міг уявити, чого я найбільше боявся, вже трапилося зі мною; хай би що підготувала мені доля далі, я знаю, що впораюся»). Особи, які успішно впоралися з травмівною подією, часто роблять висновок, що вони сильні (Thomas et al., 1991) [224]. Це дає їм упевненість у тому, що вони можуть упоратися з усіма ситуаціями, зокрема, і з майбутніми травмами: «Я бачила такі проблеми, порівняно з якими ці – справжні дрібниці!»;

4) духовні та екзистенційні зміни – люди після травми часто стають більш відкритими до духовних і релігійних питань, віра дозволяє їм впоратись і знайти глибший сенс у новій ситуації;

індивіди, які не є релігійними або активно атеїстичними, також можуть відчувати зростання в цій сфері, залучившись до фундаментальних екзистенційних питань;

5) поцінування життя – одна з важливих змін у сприйнятті повсякденного життя, що є результатом когнітивної реконструкції внаслідок зіткнення з травмою: виявляється в значних змінах у тому, як людина ставиться й переживає повсякденне життя, починаючи цінувати «дрібниці» та визнаючи важливість речей, які раніше сприймалися, як належне (Taku et al., 2008; Tedeschi, & Calhoun, 2004) [215; 218]. Ті, хто вижив, почуваються «везунчиками». Зазвичай ми цінуємо не буденне, а надзвичайне. Щоб щось цінувати, ми маємо сконструювати це, як щось особливе, видатне. Тому для людини, яка більше не сприймає життя, як щось даність, усвідомлює його швидкоплинність та можливість непередбачуваного і раптового завершення, воно стає особливим, не буденним. Ми цінуємо те, що боїмося втратити.

Посттравматичне зростання передбачає більше, ніж просто повернення до «нормального» психологічного стану після травми (рис. 1). Багато з тих, хто пережив травму, хочуть «повернутися до того, як було», але в більшості випадків це вже не є можливим. Адже травма (яку кожен сприймає по-своєму) змінює людину на глибинному рівні. Тому й боротьба з наслідками травми несе з собою більший потенціал для зростання.

Варто зазначити, що вказані *чинники/ознаки* змін було покладено в основу опитувальника «Posttraumatic Growth Inventory» у вигляді ресурсів/чинників зростання. Саме ця п'ятифакторна структура наразі є основою для виміру рівня посттравматичного зростання в усіх сучасних дослідженнях [39; 220].

На сьогодні саме цей термін став загальноновживаним [220].

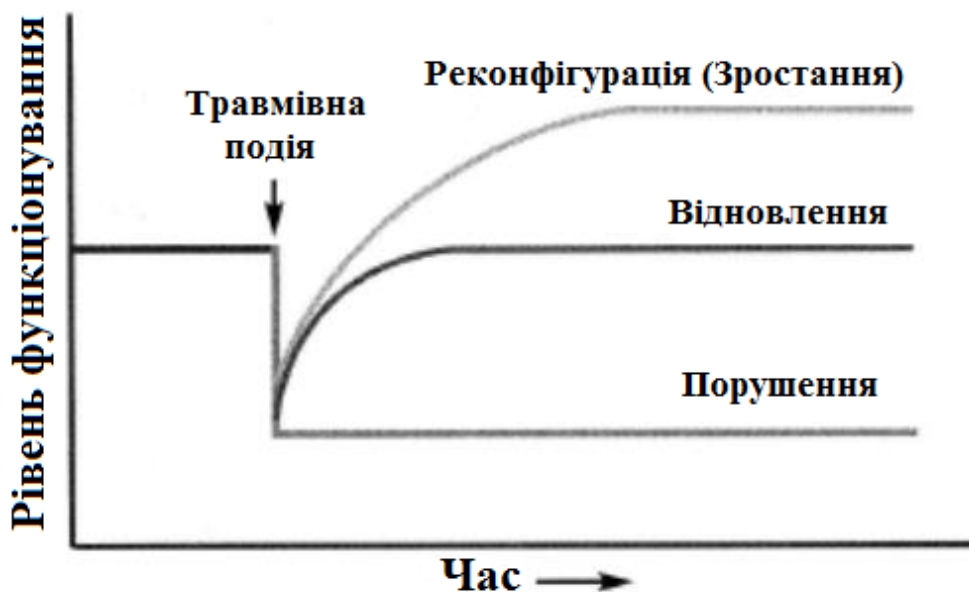


Рис. 1. Схематичне зображення посттравматичного зростання

Травматичні події не обов'язково мають бути небезпечними для життя або вузько визначатися, як причина симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Натомість DSM-5 визначає травму, як аверсивну подію, що пов'язана з реальною смертю або загрозою смерті, яка має бути насильницькою або випадковою, «безпосереднє або опосередковане (в якості свідка) переживання факту смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, а також отримання інформації про такий факт щодо близького родича або близького друга, при цьому факт смерті або її загрози має трапитися раптово або носити насильницький характер» [66], тоді як ми визначаємо травму, як сильно стресову й складну подію, як досвід, що змінює життя людини. Крім того, чи є подія травмуючою, залежить від самої людини, може змінюватися з часом і може різнитися в різних культурах. У цьому контексті травма визначається ширше, ніж у DSM-5 (тобто загроза життю/фізичній недоторканності).

Всесвітній консорціум досліджень психічного здоров'я, провівши опитування населення в 24 країнах на шести континентах із сукупною вибіркою з 68 894 дорослих респондентів, оцінював наявність у респондентів досвіду переживання тих чи інших травматичних подій із запропонованих 29 типів. Результати опитування

показали, що приблизно 70% людей переживають хоча б одну потенційно травмуючу подію у своєму житті, а 30,5% зазнали впливу чотирьох і більше таких подій (Benjet et al., 2016) [75].

Важливо відрізнити травмівні події, події, які можуть спричинити фундаментальні та перетворюючі зміни, від щоденних стресорів або дрібних неприємностей (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998) [222]. У травмівних подіях травма визначається не стільки самою подією, скільки її здатністю зруйнувати існуючі схеми та світосприйняття конкретної людини (Calhoun, & Tedeschi, 2004, 2006) [86; 87]. Йдеться про травмівні події, які є «психологічним землетрусом», «сейсмічною» подією (Calhoun, & Tedeschi, 1999) [84]. Так само, як землетруси можуть стрясати або руйнувати фундаменти будівель, деякі події психологічно настільки сейсмічні, що можуть серйозно кинути виклик передбачуваному світу людини, її цінностям і смислам буття, або зруйнувати його. Іншими словами, це ламання, руйнування, розрив захисних механізмів, адаптивних структур, ресурсів, це екстремальний, кризовий, напружений, екстремально-стресовий досвід. Подія має бути досить значною, щоб кинути виклик основним припущенням про своє майбутнє й про те, як рухатися до цього майбутнього, а відтак має спричинити сильне занепокоєння та душевний біль, з якими важко впоратися.

Життєві кризи піддають серйозному випробуванню або навіть руйнуванню систему уявлень, спосіб осмислення світу (Janoff-Vulman, 1992) [141]. Незвичність, неконтрольованість, потенційна незворотність, прихована або явна загроза події змінюють перспективу, спосіб сприйняття світу й себе в цьому світі, людина виявляється розщепленою на «до» та «після», вона не дорівнює самій собі, попередні межі зруйновано. Саме через порушення системи фундаментальних уявлень, яка забезпечувала структуру й сенс життя, ми бачимо співіснування дистресу і зростання після травми.

І. Yalom також говорить, що виживання в екстремальних обставинах залежить від того, чи здатна людина знайти сенс у власному стражданні (Yalom, 1980). Невдовзі після травми

домінуючою історією життя людини виявляється історія про ворожість і невідконтрольність світу. Успішність подолання, успішність перебудови та виживання залежить від того, наскільки людина здатна усвідомлювати той досвід, який не внесено до цієї домінантної історії, та вибудовувати альтернативні історії, ширші, порівняно з історією травми [239].

Якщо людина пережила серйозну травмівну ситуацію й перебудувала свій життєвий світ так, щоб додати до нього цей досвід і потенційну можливість інших, не менш серйозних ситуацій, то аналогічні труднощі, з якими вона стикається надалі, вже не потребують усієї тієї роботи з осмислення (когнітивної обробки), що була необхідна в першому випадку. Подальші негаразди матимуть негативні наслідки, але людина вже вміє їх долати та не сприйматиме ці обставини, як «травму». Вони не призведуть до трансформації сприйняття себе, стосунків з іншими людьми та життєвої філософії. Когнітивна перебудова, що відбувається у процесі боротьби з наслідками психологічної травми, дає змогу людині виробити нові когнітивні схеми в стати більш стійкою до травмівних впливів у майбутньому.

Невід'ємною частиною цих травмівних переживань є втрати – такі, як втрата близьких, зразків рольової поведінки, здібностей, або основних, загальноприйнятих способів розуміння життя (Tedeschi et al., 1998) [222]. Коли йдеться про позитивні наслідки травми – це не означає, що людина не відчуває страждань і не бореться з розладом рівноваги, порядку в життєвому світі та хаосом власних переживань і станів. Переживаючи душевні, фізичні, духовні страждання, переймаючись опануванням порушеної рівноваги, людина трансформує себе та свій світ, конститує свою ідентичність.

Згідно зі зробленим А. Naik & S. Khan (2019) [185] аналізом сучасних досліджень, посттравматичне зростання є досить поширеним серед:

- ВІЛ-інфікованих, що сприяє їх психічному здоров'ю, зміцненню імунної системи, відповідальному ставленню до лікування, допомагає зменшити ризиковану поведінку – таку,

як нездорова сексуальна поведінка та зловживання психоактивними речовинами;

- онкохворих, у яких посттравматичне зростання сприяє реакціям подолання; а для тих, хто має тривалу ремісію, зростання може допомогти відкрити нові перспективи та розвинути соціальні зв'язки, сприяє формуванню кращого способу життя, досягненню психосоціального благополуччя та відчуття щастя;
- жертв стихійних лих, у яких посттравматичне зростання взаємопов'язане з копінгом і самоефективністю, допомагає краще зрозуміти ситуацію щодо нещастя та те, як надалі зробити своє життя кращим.

Крім того, посттравматичне зростання може спостерігатися не тільки в осіб, які безпосередньо пережили вплив травмивного стресору, а й у тих, хто став свідком страждань інших. Підтвердженням цьому є ознаки зростання у лікарів, психологів, рятувальників, у дітей або батьків пацієнтів, які страждають на термінальне захворювання.

Як бачимо, не тільки травмивний перебіг подій, а й будь-яка стресова (екстремальна) ситуація, що є особистісно значущою для індивіда та викликає певні емоційні, когнітивні й поведінкові зміни, але не сприймається ним, як травмивна, катастрофічна, кризова, може стати поштовхом до посттравматичного зростання. Прикладами таких ситуацій можуть бути: зміна людиною цивільного життя на військове з його жорсткими обмеженнями та чіткими правилами; наявність у сім'ї особи з інвалідністю та піклування про неї; вимушене перебування у важких умовах; довгострокова вимушена розлука з членами родини; втрата житла, майна, матеріальних цінностей тощо.

Разом із тим, і перехід до цивільного життя породжує у військових проблеми адаптації до іншого, цивільного, сценарію. Ветерани можуть сприйняти завершення військової кар'єри, як втрату, адже розставання зі своїм званням і статусом часто призводить до втрати ідентичності та мети, а будь-який перехід

потребує часу. Марно очікувати, що людина зможе забути середовище, в якому вона перебувала багато років. Ветерани часто через спогади продовжують переживати свій військовий життєвий досвід, що зрештою призводить до скоєння вчинків, що суперечать прийнятим у суспільстві нормам, нездатності до морального контролю за своєю поведінкою. Важливо пам'ятати, що адаптація до цивільного життя займає певний час. Проблеми адаптації варіюються залежно від особистості людини. Все це може призводити до зміни її самосприйняття, взаємодії з оточуючими, філософії життя та життєвих цінностей, формує той життєвий досвід, який у підсумку може стати предиктором посттравматичного зростання.

Наукові дослідження щодо позитивних змін особистості внаслідок отриманого нетравмивного досвіду проводилися низкою учених. Зокрема, постдосвідні зміни особистості під час перебування в екстремальних умовах антарктичних експедицій вивчали австралійські учені S. Blight & K. Norris, перебування людей на земній орбіті та підготовці до польоту в космос – канадські дослідники P. Suedfeld, J. Brcic & P. Johnson та китайські науковці R. Wu, Q. Ma, Y. Lei, Z. Xu, K. Li, L. Wang & L. Qu [211; 237].

Окрім посттравматичного зростання, внаслідок різних наукових позицій та підходів, до наукового обігу введені й інші терміни, зокрема, «пост-досвідне зростання» (J. Brcic, P. Johnson, & P. Suedfeld), «посттравматичне життєтворення» (Т. Титаренко), «пост-експедиційне зростання» (S. Blight, & K. Norris), «конкурентне зростання» (P. Linley, & S. Joseph), «зростання, пов'язане зі стресом» (L. Cohen, & C. Park), «зростання екзистенційної усвідомленості» (I. Yalom), «трансформаційний копінг» (C. Aldwin, & K. Sutton), «самооновлення», «позитивний сенс», «квантум зміни», «знаходження користі», «процвітання», «сприйняття вигод», «відкриття сенсу», «позитивні побічні результати», «позитивне переосмислення», «змагальницьке зростання» тощо. Також окремі науковці вважають посттравматичне зростання різновидом «особистісного резилієнсу»

(S. Lepore, & T. Revenson), «копінг-стратегії» (C. Davis, S. Fillips; S. Folkman, C. Jackson; J. Larson; C. Park) чи «позитивної адаптації» (S. Joseph, A. Linley).

Такі терміни споріднені, але не обов'язково взаємозамінні для опису цієї конструкції. Однак за останні роки, щоб використовувати загальнозрозумілу дослідницьку мову, вчені стали об'єднуватися навколо терміну посттравматичного зростання, бо саме функціонально-дескриптивна модель R. Tedeschi & L. Calhoun на сьогоднішній день пропонує найповніший теоретичний опис травматичного зростання. В цій моделі травмівні події розглядаються, як такі, що руйнують попередні цілі, переконання й способи управління емоційним дистресом, слугують сейсмічним викликом для передтравмівних схем. Коли ці схеми виявляються зруйнованими, це призводить до виникнення румінативної активності, люди намагаються осмислити те, що сталося, і впоратися зі своїми емоційними реакціями на травму. На початкових етапах ця румінативна активність має скоріше автоматичний, ніж цілеспрямований, навмисний характер (що відповідає кластерам симптомів повторного переживання й уникнення в рамках ПТСР) [65].

Хоча автоматична румінативна активність часто спричиняє дистрес, вона свідчить про когнітивну діяльність, що спрямована на відновлення схеми, яка передувала травмі. На цей румінативний процес впливають мережі соціальної підтримки, що забезпечують джерела комфорту та полегшення, а також нові способи подолання труднощів і варіанти, які доступні для побудови нових посттравмівних схем. Успішне подолання на цьому етапі сприяє відмові від цілей, які зараз недосяжні, та від переконань, які більше не можуть бути реалізовані в посттравмівній обстановці, а також можливого зниженню емоційного дистресу. У міру того, як успішне опанування сприяє адаптації, первісна румінативна активність, що вирізнялася автоматичним нав'язливим характером, перетворюється на румінативну активність, більш усвідомлену та цілеспрямовану, що призводить до трансформаційних змін в людині. яка пережила

травмівну подію. Ця румінативна діяльність характеризується розвитком нарративу, частиною якого може бути пошук сенсу. З цим процесом взаємодіють переживання та самоідентифікація. Важливо зазначити, що хоча цей зсув у бік інтенсивнішої румінативної активності являє собою адаптацію до зростання (зростаючу адаптацію), він не виключає можливості збереження дистресу від травми, але на нижчому рівні, ніж той, що був одразу після неї.

Хоча посттравматичне зростання й спостерігалось серед жертв різноманітних травмівних подій – таких, як онкозахворювання, напад, нещасний випадок, стихійне лихо, теракт, участь у бойових діях (Lahav et al., 2016; Mark et al., 2018) [162; 174], – однак наявність травмівного впливу зовсім не означає подальшого автоматичного особистісного зростання, адже багато людей, які пережили травму, його не відчують. Насправді, багато хто зазнає лише ПТСР. Тому саме те, як людина справляється з травмою, й може визначати поєднання симптомів ПТЗ та/або ПТСР (Mattson et al., 2018) [177].

Функціонально-дескриптивна (соціально-когнітивна) модель посттравматичного зростання за R. Tedeschi & L. Calhoun має такі основні позиції:

- посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються внаслідок зіткнення з дуже складними життєвими кризами, серйозними травмівними ситуаціями та подіями. Позитивні зміни, що описуються людьми, які переживають зростання, представлено п'ятьма чинниками, а саме: ставлення до інших; нові можливості; особистісне зміцнення; духовні та екзистенційні зміни; поцінування життя;
- посттравматичне зростання заперечує те, що травма неминуче призводить до дисфункціональності життя людини;
- зростання не є прямим результатом травми. Саме боротьба людини з новою реальністю після травми має вирішальне значення для виникнення посттравматичного зростання;
- посттравматичне зростання є процесом та результатом. Зміни переживаються, як результат або процес, що триває. Хоча концептуальну модель зростання іноді класифікують, як орієнтовану

на результат (наприклад, Zoellner, & Maercker, 2006) [243], це все ж таки «безперервний процес, а не статичний результат» (Tedeschi, & Calhoun, 2004) [218]. Процес може набувати різних форм – таких, як-от спіраль, що йде вперед і назад у взаємодії з іншими системами. Посттравматичне зростання, як результат у деяких випадках може бути досить раптовим, нетривалим або потребувати тривалого часу;

- загальний процес посттравматичного зростання – це не процес повернення до попереднього або вихідного рівня функціонування після травми, а зміни й якісна трансформація особистості, процес глибокого самовдосконалення, досвід покращення;

- посттравматичне зростання відбувається одночасно зі спробами адаптуватися до вкрай негативних обставин, які можуть спричинити високий рівень психологічного дистресу. Особистісний дистрес, що продовжується, і зростання часто співіснують. Посттравматичне зростання, швидше за все, є наслідком спроб психологічного виживання й може співіснувати із залишковим дистресом від травми;

- кількість випадків переживання зростання після травмивних подій значно перевищує кількість випадків психічних розладів;

- через залучений афект і реструктуризацію фундаментальних компонентів передбачуваного світу зростання має якісні та кількісні відмінності в людей, які пережили травму;

- через когнітивне оброблення набутого досвіду пролягає шлях до зростання. Ступінь когнітивного залучення людини в кризу, мабуть, є центральним елементом у процесі посттравматичного зростання;

- значення феномену посттравматичного зростання – це перебудова світосприйняття внаслідок пережитого травмування з акомодациєю набутого досвіду;

- посттравматичне зростання перебуває у взаємодії з життєвою мудрістю та розвитком життєвих стратегій. Мудрість (зрілість) зростає, поряд з цим відбувається розвиток життєвого сценарію індивіда;

- соціальна підтримка може відігравати істотну роль у розвитку посттравматичного зростання, якщо вона залишається стабільною та послідовною в часі;

- різні типи травм можуть призвести до різних результатів зростання;

- існують дві основні якості особистості, які можуть вплинути на ймовірність того, що люди зможуть отримати користь від наслідків травматичних подій: екстраверсія, відкритість досвіду й, можливо, оптимізм можуть зробити зростання більш вірогідним. Спокійне, раціональне ставлення до життя, товариськість, фізична та вербальна активність, відкритість, широкі інтереси, розвинена фантазія, когнітивна гнучкість, креативність, оригінальність, схильність до самоаналізу та рефлексії, самовладання, витривалість, самоефективність, завзятість, організованість, дисциплінованість, відповідальність, орієнтація на завдання підвищують ймовірність розвитку посттравматичного зростання (Tedeschi, & Calhoun, 1995; Tedeschi, & Calhoun, 1996) [217; 220];

- зростання відбувається, коли травма займає центральне місце в історії життя;

- осмисленість життя поглиблюється, коли дорогоцінність того, що залишається, посилюється втратами (Tedeschi, & Calhoun, 1995) [217];

- терапевтичні втручання в роботу з травмами, що спрямовані на швидке зняття дистресу, можуть перешкодити досягненню значних довгострокових результатів посттравматичного зростання [84; 85].

Сьогодні, незважаючи на значну кількість досліджень, природа посттравматичного зростання залишається ще недостатньо з'ясованою. Дискусія щодо цього має два основних конкуруючих твердження: одне полягає в тому, що зростання відображає справжні позитивні зміни, а інше – що воно відображає ілюзорний захист. Перше також припускає, що посттравматичне зростання розвивається із зруйнованих світоглядних припущень, і що одночасне виникнення високого рівня посттравматичного зростання

та негативних світоглядних припущень серед постраждалих від травми відображає реконструкцію в них інтегративної системи переконань.

Механізм розвитку посттравматичного зростання посилюється суперечливими емпіричними результатами досліджень щодо зв'язку між зростанням і симптомами посттравматичного стресу. Кілька досліджень повідомляли про позитивний зв'язок (Liu et al., 2017) [168], тоді як інші виявили зворотний зв'язок (Hall et al., 2008) [131] або відсутність зв'язку (Klosky et al., 2014) [155] між ПТСР та посттравматичним зростанням. Shakespeare-Finch & Lurie-Beck (2014) [205] провели мета-аналіз, який дав, як лінійний, так і сильний криволінійний зв'язок між ними. Ще одне дослідження J. Tsai et al. (2014) [225] виявило перевернуту U-подібну нелінійну залежність, яка свідчить про те, що люди з помірним рівнем ПТСР демонструють найвищий рівень ПТЗ. Інше дослідження виявило три чіткі профілі ПТСР і ПТЗ: високий ПТСР/високе ПТЗ, помірний ПТСР/помірне ПТЗ і помірний ПТСР/високе ПТЗ (Сао et al., 2018) [91].

Слід пам'ятати, що зростання після травми для кожної людини є індивідуальним, а саме зростання – дуже непростим процесом. Ті, хто пережив травму, знаходять розвиток і розуміння після травми власним шляхом і в свій час. Деякі люди знаходять більший сенс життя й мають зростання вже через кілька днів або тижнів після травми. Іншим можуть знадобитися місяці чи роки, поки вони не почнуть бачити позитивні зміни, які надають травмі сенсу.

1.3. Часові особливості посттравматичного зростання

Важливим для моделі посттравматичного зростання є припущення про те, що значне зростання або зміни відбуваються в людях після травмивної події, а іноді й через тривалий час після неї. Більша частина негайного реагування на травмивну подію є необдуманною або автоматичною й містить у собі типові стратегії подолання. Це може бути період, який деякі вчені називають «ілюзорним», коли людина, яка пережила травму, домагається

успіхів радше заради самої себе, щоб стабілізувати свій світ і мати змогу функціонувати в ньому. З іншого боку, вважають, що посттравматичне зростання є результатом більш цілеспрямованого когнітивного опрацювання й часто є незапланованим або несподіваним процесом смислотворення, що спрямований на створення нового наративу, який відповідає зміненому світогляду.

Таким чином, у центрі уваги посттравматичного зростання перебувають не стільки переживання або когніції під час або одразу після травми, скільки довгострокові наслідки й результат (який, звісно ж, для кожної людини різний). Така часова шкала дає змогу припустити, що для фіксації зростання може знадобитися набагато гнучкіше вікно, ніж часто буває в дослідницьких парадигмах.

З одного боку, тридцятирічна ретроспектива може занадто багато втратити через розмитість у часі (Dekel, Mandl, & Solomon, 2011) [100], з іншого боку, оцінка посттравматичного зростання через два місяці після травми може виявитися надто раною для виявлення значних змін (Frazier et al., 2009) [115]. Індивідуальність моделі зростання кожної людини – це лише один із багатьох чинників, які роблять цю складну й тонку тему важкою для дослідження.

У цьому контексті особливого значення набуває питання про характер і тривалість перебігу процесу посттравматичного зростання.

Функціонально-дескриптивна (соціально-когнітивна) модель посттравматичного зростання особистості R. Tedeschi & L. Calhoun (Tedeschi, & Calhoun, 2004) [216] має низку суттєвих обмежень, а саме недостатнє розуміння часових особливостей посттравматичного зростання, взаємозв'язку та специфіки прояву конструктивних і деструктивних аспектів переживання травмивного досвіду в різні періоди травми, а також залишає незрозумілим

питання про можливість психологічної фасилітації* особистісного зростання в різні періоди після травми.

Сучасні наукові дані показують, що, як правило, процес посттравматичного зростання є пролонгованим та потребує певного часу [110; 144].

Концепція посттравматичного зростання орієнтована на зміни людей після травмивної події, а не на їхню реакцію під час події. Крім того, посттравматичне зростання не фокусується на змінах одразу після події, коли люди можуть реагувати без будь-якого ретельного обмірковування, а реагують майже інстинктивно.

Посттравматичне зростання фокусується на більш довгострокових змінах, які відбуваються після більш ретельного обмірковування. Посттравматичний період зазвичай являє собою тривалий період часу, від кількох днів до кількох років, коли в людей розвиваються позитивні зміни в когнітивній та емоційній сферах, що можуть мати поведінкові наслідки, оскільки пережиті події не дають змоги повернутися до вихідного функціонування; зміни можуть бути глибокими та такими, що справді трансформують (Tedeschi, & Calhoun, 1995) [217]. Починаючи з 1995 року, дослідження свідчать про позитивні зміни в усіх цих сферах: когнітивній (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000) [88], емоційній (Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008) [189] і поведінковій (Shakespeare-Finch, & Enders, 2008; Shakespeare-Finch, & Barrington, 2012) [203; 204]. Боротьба, яка призводить до посттравматичного зростання, зазвичай спочатку пов'язана не зі зростанням чи зміною, а радше з боротьбою за виживання чи подолання. Зростання має тенденцію бути незапланованим і несподіваним [88; 189; 203; 204].

Кризова, травматична відповідь на екстремальну подію характеризується відтермінованістю, сповільненням, запізненням, залишеністю, рознесеністю в часі. Рознесеність у часі називають темпоральним відтермінуванням травм.

* Фасилітація (англ. від facilitate «допомагати, полегшувати, сприяти») – стиль управління. Фасилітація відрізняється від простого управління тим, що її спосіб не директивний, тобто такий, що не виходить за рамки самоорганізації керованої системи.

Смислова робота, що визначає посттравматичне зростання, конкретизується з погляду відтермінованості (смислоутворення потребує часу) (у смислоутворенні людина переробляє минулий досвід) і проспективності (смислоутворення спрямоване на розв'язання життєвих завдань особистості). Так, P. Ullrich & S. Lutgendorf (2002) виявили, що студенти коледжу, які використовували практику ведення щоденника, показали вищі результати з посттравматичного зростання за 4 тижні, якщо їх було проінструктовано щодо необхідності когнітивного опрацювання емоційних аспектів травм, які вони переживали [218].

В іншому дослідженні (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000) [88], молоді люди, які пережили травму, як правило, повідомляли про більше посттравматичне зростання, якщо при цьому вони також повідомляли про вищі рівні когнітивного опрацювання, що сталося невдовзі після події, а не під час продовження опрацювання через роки після події. Ці результати узгоджуються з попередніми даними про те, що постійні й тривалі пошуки сенсу, що тривають довше десятиліття, не обіцяють нічого доброго (Silver et al., 1983; Tait & Silver, 1989). Когнітивне опрацювання може мати вирішальне значення для розуміння когнітивних шляхів посттравматичного зростання, а різні аспекти зростання можуть бути особливо чутливими до певних видів когнітивної діяльності в різні періоди часу після травми [218].

Посттравматичне зростання, як безперервний процес може набувати різних форм (Tedeschi & Calhoun, 2004b) [218] і характеризується нелінійною, нерівномірною динамікою актуалізації сфер особистісного зростання, які в різні періоди після травми можуть співіснувати з переживанням особистістю деструктивних аспектів травмивного досвіду. R. Tedeschi & L. Calhoun (2004) [218] у своїх дослідженнях стверджують, що процеси, які були створені травмивною подією – емоційний дистрес і його подолання, зміна «фундаментальних схем» психіки індивіда – таких, як переконання й цілі, і життєвий наратив як «історія життя» людини, – можуть відбуватися досить тривалий час.

Разом із тим, розвиток посттравматичного зростання може відбуватись у вигляді раптового стрибка (стрибків) [43], і як результат, у деяких випадках воно може бути досить раповим, а його досягнення не завжди є тривалим у часі процесом (Zoellner & Maercker, 2006) [243].

Деякі науковці стверджують, що лише з плином часу можна реально та адекватно оцінити адаптивну значущість посттравматичного досвіду. В більш короткотривалій перспективі високі рівні посттравматичного зростання за результатами досліджень можуть бути певною копінг-стратегією, що допомагає уникнути або заперечити негативний травматичний досвід [243].

Так, D. Malinak, M. Holt і V. Patterson (1979) [171] описали реакції дорослих через 2 роки після втрати батьків – такі, як більший зв'язок з іншими, довіру, близькість, причетність. Респонденти вказували на власне емоційне зростання: те, що трапалося, дало їм змогу відчувати цінність батьків у їхньому житті, призвело до поліпшення розуміння сенсу свого життя. Близько половини опитаних вказали на поглиблення їхніх стосунків з іншими людьми, оскільки вони усвідомили те, наскільки важливими є ці стосунки та як швидко вони можуть їх втратити.

Існують дані про те, що повідомлення про особистісне зростання після переживання травматичної події можуть бути тільки оборонною ілюзією або бути пов'язане з бажанням респондентів справити гарне враження на дослідника. Виявлено, що такі чинники посттравматичного зростання, як зміни базових переконань людини та характеру міжособистісних стосунків, не завжди сприяють позитивній особистісній трансформації.

В метааналітичному огляді G. Prati та L. Pietrantonі узагальнюють результати 103 досліджень щодо ролі в посттравматичному зростанні таких чинників, як оптимізм, соціальна підтримка та стратегії копіngu. Автори зазначають, що ці показники не залежать від часу, який минув після травматичної події, статі та способів вимірювання посттравматичного зростання [196].

Інші автори досліджували довготривалий вплив емоційної підтримки соціального оточення та різних його типів на посттравматичне зростання серед тих, хто мав онкологічне захворювання. В результаті лонгітюдного дослідження з вимірюванням через вісім років встановлено, що емоційна підтримка з боку сім'ї, друзів є важливим ресурсом щодо певних елементів посттравматичного зростання. При цьому позитивний вплив емоційної підтримки простежується навіть у випадках, коли ті, хто отримав цей діагноз, висловлювали незадоволення такою підтримкою [200].

Щодо подолання емоційного дистресу, процес горювання («робота горя») може відбуватися протягом багатьох місяців, коли поступово приймаються втрати, що спричинені психотравмуючою подією [54]. Зцілюючий процес відбувається у випадку, коли людина позбувається страждань, які спричиняються проявами ПТСР, і виявляє певні ознаки посттравматичного зростання.

S. Joseph, досліджуючи осіб, які пережили катастрофу порому «Herald of Free Enterprise» в 1987 році, коли загинуло 193 пасажери і члени команди, за даними, що були ним отримані через три роки, коли було проведено чергове обстеження постраждалих, з'ясував, що в 46% осіб погляди на життя змінилися на гірше, тоді як у 43%, навпаки, змінилися на краще [144].

У дослідженнях N. Finkel (1975) [109] студентів, які описували досвід переживання значущих у їхньому житті позитивних і негативних подій, в яких зустрічається травмівний досвід і досвід змін на краще, було виявлено, що такі зміни найчастіше відбувалися в період від двох тижнів до чотирьох місяців після відповідної травмівної події.

S. Dekel, T. Ein-Dor та Z. Solomon (2012), досліджуючи ізраїльських ветеранів, виявили, що вищий рівень ПТСР у 1991 році є предиктором більшого зростання у 2003-му, а вищий рівень ПТСР у 2003-му дає підстави говорити про більше зростання у 2008 році (Dekel et al., 2012) [99] (тут слід зазначити, що ветерани із симптомами ПТСР не були полишені самі на себе, а отримували всю

належну турботу, піклування й терапію, тобто йдеться про ПТСР, який після того було вилікувано) [19].

Психологи S. Manne та інші [173] провели лонгітюдне дослідження посттравматичного зростання на онкологічних хворих через 4,5 місяці, 9 місяців та 18 місяців після встановленого діагнозу. Отримані емпіричні дані продемонстрували поліпшення показників посттравматичного зростання за охопленою часовою діапозоно. Зокрема, середні значення зростання за період 4,5 місяця, 9 та 18 місяців становили $M = 49$, $M = 52,8$ та $M = 55,7$ відповідно.

Схожі результати отримали у 2007 році T. Powell, A. Ekin-Wood та C. Collin, які досліджували пацієнтів з травмами головного мозку. Частина пацієнтів отримали травми за 1 – 3 роки до дослідження, інші – за 9 – 12 років до дослідження. Дослідники виявили, що представники «пізньої» групи пацієнтів демонстрували вищі результати посттравматичного зростання, ніж представники «ранньої» групи [195].

Таким чином, спостерігається взаємодія із посттравматичним зростанням безлічі чинників у різних сферах, що впливають на нього і самі піддаються його впливу. Цей загальний патерн взаємних впливів розгортається в часі. Для більшості людей цей активний процес із часом має тенденцію до згасання, але нечисленні результати довгострокових досліджень у цій царині дають підстави припустити, що для різних аспектів зростання можуть існувати різні часові закономірності, а також значні відмінності між окремими людьми [114; 218].

1.4. Ресурси посттравматичного зростання

Представники ресурсного підходу досліджують вплив різноманітних типів ресурсів – особистісних, міжособистісних, ментальних, середовищних, соціокультурних тощо на переживання та подолання психологічних травм і криз.

За R. Tedeschi & L. Calhoun (2004) [218], для початку процесу зростання необхідна віра в те, що травмівний досвід є свого роду

викликом. Посттравматичне зростання залежить не тільки від інтенсивності та типу травмивної події, але й від індивідуальних предиспозицій перед отриманням травмивного досвіду – таких, як екстраверсія, відкритість до досвіду, активність, позитивна емоційна налаштованість, доброзичливість, оптимізм, копінг-стиль та емоційне саморозкриття. Взаємодія цих внутрішніх чинників із зовнішніми (рівень стресу, соціальна підтримка та соціокультурні впливи) і запускає когнітивне перероблення травми.

А. Antonovsky в якості важливого ресурсу стійкості розглядав такий, як «життєва майстерність» (mastery) – самосприйняття людини своєї здатності до копінгу або ступінь, до якого людина відчуває, що вона контролює свої життєві можливості та зміни в поведінці. Рівень «життєвої майстерності» людини, на думку вченого, тісно пов'язаний з її психологічним і фізичним здоров'ям.

Також до важливого ресурсу стійкості відносять життєздатність (vitality) – індивідуальний стан свідомості, що позначений відчуттям фізіологічної та психічної енергії, щастя та задоволенням від життя (Johansson et al., 2021) [142]. Саме життєздатність значною мірою зумовлює можливість людини справлятися з проблемами та її продуктивність у різних сферах.

Цікавими є дані про пов'язаність із посттравматичним особистісним зростанням такого чинника, як життєстійкість. Низка авторів у своїх дослідженнях показують, що більш «пластичним» людям більшою мірою притаманні ознаки посттравматичного особистісного зростання, тоді як респонденти з високим рівнем життєстійкості не демонструють у процесі дослідження ознак посттравматичного особистісного зростання. Дослідники пояснюють це тим, що однією з важливих умов зростання є страждання, а «життєстійкі» особистості не здатні до переживання страждання повною мірою, оскільки переживають стрес, не заглиблюючись у нього (Roger, 2007; Willey, 2013; Zerach et al., 2013) [198; 234; 241].

У нещодавніх дослідженнях О. Kokun (2023) [156] було встановлено, що в якості особистісних ресурсів особистісного

зростання цивільного населення України в перші місяці після початку повномасштабної російської збройної агресії в 2022 р. можуть розглядатися резильєнтність, самоефективність, а також такі складові професійної життєстійкості, як професійні включеність, контроль та прийняття виклику. При цьому, найбільш вагомими виявилися самоефективність та прийняття виклику. Докладніше зі змістом вищезазначених властивостей можна ознайомитися у відповідному посібнику (Кокун & Мельничук, 2023) [29].

Разом із тим, R. Tedeschi та L. Calhoun у своїх останніх дослідженнях експериментально вивчили складні відношення між посттравматичним зростанням та резильєнтністю. Їхні дослідження довели, що між цими двома процесами існує інверсійна (зворотна) залежність: чим більша резильєнтність у людини, тим менші показники посттравматичного зростання. Високо резильєнтні особистості мають потужні навички копіngu, водночас вони не здатні боротися з психологічними наслідками травми. Вони також не мають внутрішньої мотивації до відчуття нових переживань, що несе в собі багато нових можливостей для особистісних змін, які пропонує сама травмівна ситуація з її емоційною напругою [39; 60; 243].

Здійснений С. Henson та ін. (2021) аналіз досліджень за 1998-2019 роки, пов'язаних з особистісними, процесуальними та соціальними ресурсами посттравматичного зростання, надав можливість виокремити такі основні ресурси [134]:

- **«Когнітивне залучення» та «когнітивна обробка».** «Реконструкція», яка відбувається після травми, змушує людей неодноразово переосмислювати обставини травмівної події, яку вони пережили, в надії надати цьому певного значення. Цей процес отримав назву «когнітивного залучення». Також люди, які стикаються з серйозними життєвими труднощами, зазвичай прагнуть «когнітивно визначитися» з двома основними цілями: 1) знайти пояснення безпосередніх обставин події («Чому це сталося?»); 2) знайти розуміння фундаментальних питань, що викликані подією («Який вплив ця подія справляє на моє життя?»).

Цей процес отримав назву «когнітивної обробки». Дослідження показали, що когнітивна обробка пов'язана з вищими рівнями посттравматичного зростання.

Цей перший крок до зростання може змусити людей усвідомити, що деякі з їхніх життєвих цілей більше є нездійсненними, і що деякі їхні уявлення та переконання більше не відображають світ, у якому вони живуть. Саме ці глибокі переосмислення дозволяють людям встановити нові життєві цілі. Цей процес іноді може тривати місяці або роки. І в деяких випадках особи, які зіткнулися з травмою, можуть ніколи не відчувати позитивних психологічних змін, оскільки посттравматичне зростання також залежить від особистих та індивідуальних характеристик.

- **Обмін досвідом та соціальна підтримка.** Когнітивне залучення та когнітивна обробка травмівних подій можуть посилюватися шляхом обміну свого внутрішнього досвіду з іншими, якщо соціальне оточення індивіда здатне забезпечити необхідну підтримку. Розкриття внутрішніх когнітивних процесів із сприятливим соціальним оточенням знижує ризики депресії та/або сприяє вищому рівню зростання. Розкриття можна розглядати, як медіатор взаємозв'язку між когнітивним залученням і посттравматичним зростанням. Особливо ефективним воно стає при обміні інформацією з людьми, які пережили подібний травмівний досвід. Зокрема, важливим є наявність партнера, у якого також відбувається зростання.

- **Копінг-стратегії.** Копінг-стратегії відіграють важливу роль у сприянні посттравматичному зростанню, оскільки сприяють більш позитивному сприйняттю потенційно небезпечних ситуацій, впливають на поведінку, зміцнюють здатність до адаптації та допомагають людям сприймати події, які вони переживають, як значущі. Зазначають, що зростання безпосередньо пов'язане з переважанням таких копінг-стратегій, як пошук соціальної підтримки, позитивна переоцінка, прийняття відповідальності та

планування розв'язання проблеми (Kovack, 2012; Sheikh, 2008; Prati, 2009; Creamer et al., 2009; Galea, 2014) [95; 118; 160; 196; 206].

Водночас інші дослідники стверджують, що значний внесок у посттравматичне особистісне зростання вносять такі копінги, як втеча і пристосування. При цьому підкреслюють, що ці стратегії мають місце тільки в певних ситуаціях. Наприклад, у батьків, які втратили свою дитину, спрацьовує копінг втечі.

Стратегія пристосування взаємопов'язана з параметрами психічного здоров'я у ветеранів, які дістали поранення в момент захоплення їх у полон (Kaiser et al., 2011) [149].

- **Особистісні риси.** Встановлено, що з особистісних рис «великої п'ятірки» на можливість посттравматичного зростання в найбільшій мірі впливають дружелюбність, екстраверсія та відкритість новому досвіду. Серед особистісних рис, що не входять до «великої п'ятірки», зростанню також сприяє оптимізм та альтруїзм. А нейротизм, навпаки, істотним чином перешкоджає зростанню (Sheikh, 2008) [206]. Спокійне, раціональне ставлення до життя, товарицькість, фізична та вербальна активність, відкритість, широкі інтереси, розвинута фантазія, гнучкий розум, оригінальність, схильність до самоаналізу та рефлексії, самовладання, наполегливість, організованість, дисциплінованість, відповідальність, орієнтація на задачу підвищують імовірність розвитку посттравматичного особистісного зростання (Tedeschi, Calhoun, 1996) [220]. При цьому вчені виявили, що люди, які володіють високим рівнем екстраверсії та відкритістю досвіду, від самого початку володіють ефективними навичками виживання та більшою мірою схильні шукати соціальну підтримку (Prati, 2009). Крім того, позитивні уявлення особистості про себе, як про суб'єкта травмивного досвіду, впливають на можливість посттравматичного зростання.

Серед пізнавальних (когнітивних) ресурсів найчастіше розглядається інтелект, як загальна адаптивна здатність людини.

Встановлено, що інтернали вирізняються вірою в свої сили, високим рівнем саморегуляції, що дає їм змогу контролювати

негативні емоції, імпульсивні дії та блокувати дезінтегруючий вплив психотравмувальних впливів на їхню свідомість. Для екстерналів же характерний низький рівень саморегуляції.

- **Резильєнтність.** І хоча резильєнтність у найбільш загальному сенсі розуміється, як здатність залишатися психологічно здоровим, незважаючи на дуже складні обставини, вона відрізняється від посттравматичного зростання тим, що характеризується поверненням особистості до свого початкового стану (докризового стану), тоді як посттравматичне зростання характеризується набуттям нових позитивних психологічних якостей. Люди, які стикаються з труднощами, отримують перевагу від власного рівня резильєнтності, а також від рівнів резильєнтності, які демонструє їхнє соціальне оточення. Загалом, індивідуальна стійкість та колективна стійкість розглядаються як ключові чинники зростання.

- **Соціально-демографічні характеристики.**

Стать. У цілій низці досліджень було встановлено наявність у жінок, за тих самих обставин, вищого рівня зростання, ніж у чоловіків. Можливим поясненням цього є те, що жінки можуть бути більш сприйнятливими, ніж чоловіки, до того, щоб ділитися своїм досвідом з іншими, коли стикаються з труднощами, що, в свою чергу, полегшує когнітивні процеси – такі, як когнітивна обробка. Водночас інші дослідники вказують на той факт, що стать жодним чином не впливає на вираженість зростання (Seidmahmoodi et al., 2011) [202].

Вік. У молодших за віком людей, як правило, спостерігається вищий рівень зростання, ніж у старших за віком. Значною мірою це зумовлено об'єктивними часовими перспективами. Особи молодшого віку частіше свідчать про наявність у них посттравматичного зростання порівняно з особами періоду пізньої зрілості та старечого віку (Linley, Joseph, 2004) [167].

Освіта. Здебільшого дослідження показують, що вищий рівень освіти позитивно пов'язаний із зростанням. Люди з освіченого

середовища можуть мати ширший діапазон можливостей і вибору, що доступні їм для боротьби зі стресовими подіями.

Соціально-економічний статус. У заміжніх і одружених респондентів частіше трапляються ознаки посттравматичного зростання (Seidmahmoodi et al., 2011) [67; 202]. Деякі дослідження також засвідчили, що посттравматичне зростання, як правило, пов'язане з вищим рівнем доходу та освіти. Помітну роль у розвитку зростання відіграє наявність у людини хобі (Chun, & Lee, 2010) [94] та «групи підтримки» (значущі близькі). Цікаво, що соціальна підтримка тільки на перших порах після травми з обов'язковою автономією в подальшому може бути предиктором посттравматичного особистісного зростання (Anikhatchadourian, 2012) [67].

Релігійні аспекти. Низка авторів пов'язують позитивну переоцінку досвіду з релігійними та духовними практиками (Prati, & Pietrantonì, 2009; Harris et al., 2010; Taku, & Cann, 2014) [132; 194; 196; 214]. Дослідники вивчали взаємозв'язок між частотою виконання молитовного правила та наявності посттравматичного зростання. Встановлено, що особи, які пережили вплив травмивного стресору, які щоденно виконують молитовне правило, більш успішно долають наслідки травми та в них більш виражені всі компоненти посттравматичного зростання.

Соціальна підтримка. Соціальна підтримка, як окрема змінна, як правило, не пов'язана зі зростанням, за винятком задоволеності нею особою, яка пережила травмивну подію. Цей результат може бути пояснений отриманими L. McMillen зі співавторами даними про те, що задоволеність близькими стосунками пов'язана з дружбою тривалістю понад 3 роки (McMillen et al., 1997) [179]. Коли поліпшення міжособистісних стосунків оцінюється, як результат посттравматичного зростання, то, найімовірніше, йдеться про задоволеність соціальною підтримкою. Звідси виникає плутанина в причинно-наслідковій природі виникнення ближчих стосунків під час зростання: соціальна підтримка сприяє посттравматичному зростанню чи зростання покращує міжособистісні стосунки?

Найімовірніше цей процес має взаємозалежний рівнодійний характер. Разом із тим, у багатьох дослідженнях (S. Baumann; S. Yan, J. Yang, M. Ye, S. Chen, C. Xie, J. Huang, H. Liu і ін.) соціальна підтримка як з боку сім'ї, так і з боку соціальних мереж, визнається важливим чинником, що спонукає, як до відновлення після травми, так і до подальшого зростання [39; 74; 180; 240].

Характер травми. Провідні фахівці в галузі посттравматичного особистісного зростання (Tedeschi, & Calhoun, 2004) стверджують, що серед безлічі предикторів посттравматичного особистісного зростання характер травмивної події таким не вважається. Автори переконані, що джерело особистісного зростання криється не в характері травми, а в самій особистості [218]. Спираючись на наявні наукові дані, слід зазначити, що існують, як універсальні, так і специфічні предиктори зростання для травм різного характеру (посттравматичне особистісне зростання в учасників бойових дій; в осіб, які переживають горе; в осіб, які пережили терористичні атаки; в пацієнтів, які страждають на онкозахворювання; в осіб, які пережили сексуальне насильство тощо). Також має значення специфіка травмивних обставин, характер небезпеки, природа стресора й тривалість травматизації.

Значний вплив на те, як відбувається зростання, справляє сприйняття людиною себе у зв'язку з травмою. Наприклад, те, як вона бачить себе після травми на основі власної інтерпретації свого досвіду. Частина людей вважають себе жертвами, частина – тими, хто вижив, а частина – збагаченими (рис. 2). Термін «жертва» означає пасивність, поразку, безпорадність, тоді як термін «той, хто вижив», означає одужання – визнання того, що людина пододала труднощі та повернула контроль над своїм життям. Але термін «збагачений» йде ще далі й означає активність, майстерність і надію.

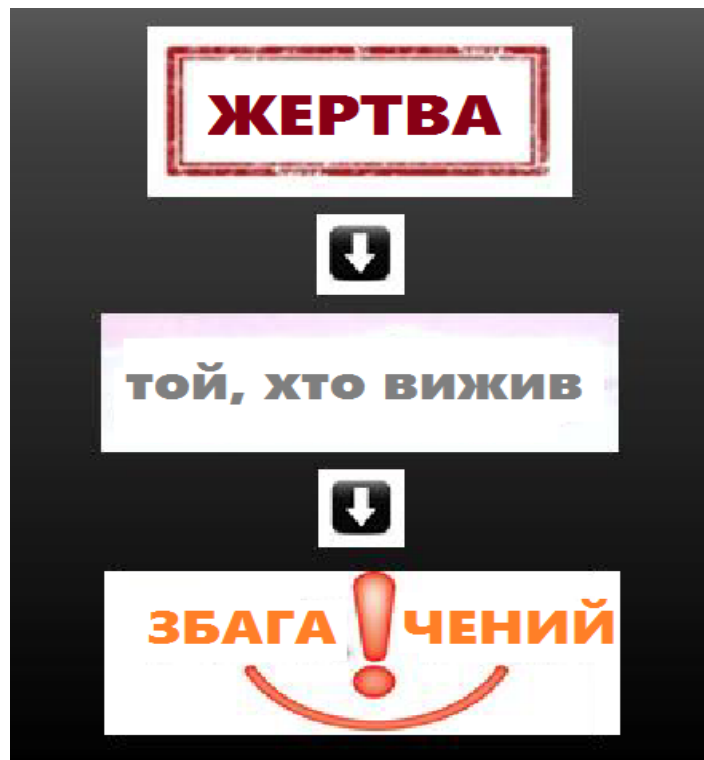


Рис. 2. Варіанти сприйняття людиною себе у зв'язку з травмівною подією

Деякі вчені стверджують, що можлива передача наслідків травмування, як негативних (ПТСР), так і позитивних (ПТЗ) від одного покоління до іншого. У роботі, яка була виконана під керівництвом Z. Solomon, учені встановили, що серед покоління, народженого від людей, які пережили Голокост, спостерігалися випадки посттравматичного зростання, хоча в обраній групі людей з такими ознаками спостерігалося менше, ніж у контрольній, батьки яких не зазнавали екстремального стресу.

Деякі автори стверджують, що з часом ознаки зростання мають властивості стихати, що дає привід деяким дослідникам називати його ілюзорним феноменом (Zhenxiang et al., 2012) [242].

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ, ЧИННИКИ ТА РЕСУРСИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Вплив війни на особистість військовослужбовця

Професійна діяльність військовослужбовців пов'язана з дією широкого спектру екстремальних чинників, проте пік такої екстремальності досягається під час участі військовослужбовців у бойових діях, виконання бойових завдань в умовах небезпеки для життя і безпосереднього зіткнення з противником. Участь у бойових діях висуває до людини вимоги, що суперечать її інстинкту самозбереження, спонукає вчиняти дії всупереч природним потребам [31].

Військовослужбовці зазнають впливу значної кількості стресорів воєнної обстановки різної сили та інтенсивності: від низькоінтенсивних – розлуки з родинами, побутових негараздів тощо, до стресорів високої інтенсивності – загроз здоров'ю та самому життю, дій під вогнем супротивника, на замінованій території, в оточенні, під загрозою полону, жорстокості, брутальності ворога, поранень та смерті товаришів, в умовах важких фізичних та психічних навантажень. Військовий полон, який зазвичай настає після жорстоких боїв, тягне за собою ще більше сильних стресів, пов'язаних із фізичним та психологічним насильством над особою – таких, як тортури (катування) й терор, одиночне ув'язнення, систематичне позбавлення основних потреб, інші види жорстокого (нелюдського) поводження – які неодноразово й навмисно застосовуються, щоб зламати дух військовополонених.

Стресори воєнної обстановки є суворим випробуванням фізичних та психічних ресурсів військовослужбовців, їх здатності протистояти впливу екстремальних, вкрай загрозливих для життя чинників бойової обстановки. Участь у бойових діях вирішальним

чином впливає на особистість військовослужбовця, змінюючи її внутрішній світ, емоційні стани, цінності, погляди.

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються в певних психічних та фізичних станах, психічних процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, стомлюваність, ознаки депресії, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні жахіття, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо. Все це часто призводить до нестачі енергії, підозрілості, ослаблення пам'яті, труднощів концентрації, нав'язливих спогадів про війну, посттравматичних стресових розладів, несприятливих особистісних змін, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблем побутового, медичного та сімейного характеру, зловживання психоактивними речовинами (ПАР), міжособистісних конфліктів зі своїм чоловіком/дружиною, членами сім'ї, близькими друзями або колегами, невпевненості в майбутньому тощо.

У наслідках переживання людиною травматичних подій для психічного здоров'я можна виділити два підходи. Перший, клінічний – той, що на поверхні, – руйнівний, виражений, як правило, у вигляді «розладів, що пов'язані з травмою та стресором» (відповідно до DSM-5, серед яких найпоширеніші – «гострий стресовий розлад» (ГСР) і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [66], а також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами, конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами) [81]. При цьому, за даними DSM-5, ризик мати коморбідний розлад (депресію та ін.) для тих, хто виявляє ознаки ПТСР, становить 80% [17; 66].

Перераховані розлади суттєво впливають на рівень психологічного благополуччя людини, якість її життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції та навіть інвалідизації, хронічних психопатологічних змін особистості та відстрочених реакцій на бойовий стрес [127].

Другий підхід до наслідків травми – позитивний, що дозволяє підійти до вивчення даної проблеми з точки зору позитивних аспектів: коли людина здужала «пройти» через травму, пережити її, при цьому набути позитивних психологічних змін, коли все тепер усвідомлюється по-новому, змінюються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей.

За даними досліджень, 80% людей, які мали психотравму, нормально функціонують, а у 20% через деякий час виникають ті чи інші проблеми в одній або декількох сферах: афективній, психосоціальной, професійній, психосоматичній.

У військовослужбовців найпоширенішим наслідком участі в бойових діях вважається ПТСР. За даними різних дослідників поширеність ПТСР серед ветеранів може сягати 30%. Значна кількість ветеранів бойових дій, які позбавлені видимих вад здоров'я, отримують невидимі шрами, що негативно впливають на них протягом усього життя, мають серйозні наслідки для родини, громади та суспільства в цілому. Адже розлади психічного здоров'я, поява відстороненості та відчуження від інших, розлучення, алкоголізм, зловживання наркотиками, депресія, безробіття та злочинна діяльність являють собою негативні побічні ефекти отриманого травматичного стресу (Kokun et al., 2020) [157].

Аналіз літературних джерел, що стосуються посттравматичних стресових станів військовослужбовців [11; 27; 41; 42], дозволяє встановити їх характерні прояви, серед яких найбільш поширеними є такі: думки про самогубство, що в деяких випадках закінчуються реальною спробою суїциду (завершеною або незавершеною); потреба мати при собі зброю та за її допомогою вирішувати проблемні ситуації; часткова або повна втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах; депресія, песимізм, відчуття

занедбаності й непотрібності; недовіра до інших людей, нездатність відверто говорити про війну; відчуття нереальності всіх тих подій, що відбувалися на війні; розвиток відчуття нездатності реально впливати на хід подій; нездатність бути в спілкуванні з іншими людьми щирим та відкритим; надмірна тривожність; підсвідоме сприйняття того, що ти «загинув» на війні; спроба знайти відповідь на запитання: «Чому загинули твої друзі, а не ти?»; потреба зігнати на когось злість та проявити агресію; постійна потреба у високому адреналіні та отриманні гострих відчуттів; несприйняття ветеранів інших війн тощо.

Ще одна особистісна сфера, яка відчутно змінюється під час війни, – це ставлення до оточення. У травмованої людини практично завжди виникають нові чи загострюються старі проблеми у стосунках із близькими, колегами, сусідами, друзями. Втрачається толерантність, знижується здатність до прийняття інших з усіма їхніми особливостями. Це врешті-решт призводить до погіршення якості спілкування та співробітництва. Зменшується здатність до співчуття, посилюються егоцентризм, байдужість, інколи конфліктність, агресивність, а іноді виникає бажання взагалі ізолюватися від контактів [52].

Тривала травматизація згубно діє і на творчі потенції людини, її продуктивність, самоефективність. Заробити собі і власній сім'ї на життя тією мірою, як це було до війни, не вдається. Займатися улюбленою справою стає все важче. Ентузіазму відчутно меншає, креативні задуми майже не виникають, а якщо і пробуджуються, то реалізувати їх людина навіть не намагається, бо немає ані сил, ані впевненості в собі, ані віри в те, що це має хоч якісь перспективи.

Окреме місце впливу війни на особистість займають проблема наслідків фізичних травм, які військовослужбовці отримали, беручи участь у бойових діях, та проблема перебування в полоні, особливо в тих із них, хто зазнав катувань чи інших видів жорстокого поводження.

Лише за період з початку широкомасштабного вторгнення РФ вдалося звільнити понад 2500 українців. Однак, за даними

правозахисних груп, у російському полоні досі залишається близько 10 тис. наших співгромадян [2]. За повідомленням Генерального прокурора України, близько 90% українських військових під час перебування в російському полоні пройшли через катування, згвалтування, погрози сексуального насильства або інші форми жорстокого (нелюдського) поводження [38].

Описуючи зміни особистості осіб, звільнених з полону, лише невелика кількість дослідників зазначає їх, як позитивні. Більшість дослідників вказує на регресивні зміни їх особистості. Адже вся життєдіяльність людини під час перебування в полоні спрямована тільки на те, щоб пережити сьогоднішній день. Описуючи зміни в поведінці осіб, звільнених з полону, акцентується увага на тому, що у них можуть сформуватися такі риси, як байдужість, підозрілість, конфліктність.

На думку А. Lehmann, головним законом життя за колючим дротом стає принцип «вижити за всяку ціну». На його думку, саме перебування у таборі для військовополонених призводить до руйнування моральних кордонів особистості [164].

Наразі не доведено, що «унікальні» розлади внаслідок впливу тортур відмінні від розладів, що спричинені іншими психотравмівними подіями. Катування однак відрізняються від інших форм травмівного впливу, оскільки це граничний вияв насильства, як фізичного, так і психологічного, що в більшості випадків має специфічний соціальний і політичний контекст, а також чітку політичну мету. Хоча ПТСР найбільше розповсюджений внаслідок тортур, багато дослідників дотримуються думки, що перелік симптомів ПТСР є недостатнім, аби описати наслідки катувань. Більшість авторів, які працюють із жертвами катувань, погоджуються, що ПТСР не охоплює всі симптоми клінічної картини постраждалих. Доктор J. Lansen запропонував діагностичну категорію «комплексний синдром ПТСР». Комплексний синдром ПТСР передбачає наявність хронічної симптоматики, затяжну депресію, важку регресію, ангедонію й алекситимію, а також

схильність до повторної травматизації на фоні втрати ідентифікації та глибинних соціальних порушень у потерпілого [37].

Слід зазначити, що полон і катування є одними з найбільш радикальних форм травмівного досвіду, наслідки яких призводять до більш інтенсивної дисоціативної симптоматики, ніж інші форми травмівного досвіду. Незбагнено жорстокі, принизливі види фізичних та психологічних тортур (у контексті абсолютної невизначеності, відчуття повної безпорадності й відсутності контролю над подіями) перешкоджають своєчасному опрацюванню та свідомій інтеграції пережитого в життєву історію. Подібний досвід, зазвичай, важко інтегрується в пам'ять та ідентичність потерпілого, що спричиняє витіснення та фрагментарність у сприйнятті травмівних подій. Пережите призводить до дисоціативних розладів, а також до глибоких дезінтеграційних явищ – таких, як деперсоналізація, – і навіть до формування різних Его-станів, що містять окремі когнітивні, афективні й поведінкові структури [50]. Тортири – це найстрашніша форма зла, що запускає в постраждалого механізми руйнування базової довіри до світу [46].

Під час виконання завдань за призначенням в умовах бойових дій на військовослужбовців суттєво впливають численні втрати, яких вони щоденно зазнають на передовій. Пролонгований ризик постійної травматизації через втрати може призвести до значних психічних порушень, депресивних станів, що помітно знижує толерантність військового до стресу. Слід зазначити, що деякі люди демонструють напрочуд високу стійкість до втрат під час війни. Це може бути пов'язане з активізацією інстинкту виживання та посиленням зв'язку з людьми з соціального оточення, які переживають подібні негаразди. Однак у випадках, коли люди зазнають раптових втрат, у нестабільних умовах, коли доводиться боротися з багатьма стресовими чинниками, а звичайні ресурси менш доступні, процес переживання втрати призводить до серйозних проблем з психічним здоров'ям [7]. Проте, переживання

людиною травмівної події не забезпечує неминучий розвиток у неї посттравматичних розладів.

Військовослужбовці, отримуючи досвід травмівних подій під час участі в бойових діях, проходять нелегкий шлях до відновлення свого психічного здоров'я [1].

Під час участі в бойових діях організм активно адаптується до умов бойової обстановки. Включаються механізми саморегуляції, формується пристосувальна поведінка для дій у небезпечних умовах. Під впливом стресових чинників у військовослужбовців можуть виникати позитивні психологічні реакції: мобілізація психологічних можливостей; активізація ділових мотивів, обов'язку, відповідальності; прояв інтересу, ентузіазму; активізація й оптимізація пізнавальної діяльності; актуалізація творчих можливостей; підвищення готовності до рішучих і сміливих дій; підвищення витривалості, невибагливості; зниження порогу відчуттів, прискорення реакцій; зниження стомлюваності, зникнення почуття втоми; безтурботність; виникнення азарту, емоційного збудження; підвищення концентрації уваги, ігнорування всіх другорядних сигналів; покращення запам'ятовування інформації, яка має значимість; покращення продуктивного мислення – швидкості пошуку й оцінки можливих виходів із ситуації, що склалася; підвищення рівня розвитку вольових якостей; посилюється роль соціально-значущих громадських мотивів [1].

Таким чином, багатьма дослідниками відзначається, що спричинений війною стрес може призводити не лише до негативних наслідків, але й до позитивних, серед яких провідним є посттравматичне зростання (Ferriss & Forrest-Bank, 2018; Eltanamly et al., 2022; Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2019; та багато ін.). Визначення чинників, які пов'язані зі зростанням, є дуже важливим оскільки їх врахування може сприяти реінтеграції ветеранів бойових дій у цивільне життя та покращити їхнє психосоціальне функціонування (Kondratyuk & Puchalska-Wasyl, 2019).

2.2. Бойовий і постбойовий досвід та посттравматичне зростання

Посттравматичне зростання – процес розвитку особистості, що виходить за межі свого колишнього рівня благополуччя після пережитої несприятливої, травмівної події є концепцією, що широко вивчається в психології. Тим не менш, існує потреба в глибших спеціальних знаннях про механізми зростання для різних популяцій (груп), що зіткнулися з несприятливими подіями (Morris, Shakespeare-Finch, Rieck & Newbery, 2005; Zoellner & Maercker, 2006) [183; 243].

Однією з таких груп є військовослужбовці, які часто стикаються з подіями, що потенційно травмують (Suliman та ін., 2009) [212]. Тому вивчення зростання у військовослужбовців і ветеранів бойових дій становить особливий інтерес для дослідників, оскільки воно розширює знання про можливі механізми, що є основою посттравматичного зростання, зокрема в людей із ПТСР. Крім того, зі зростанням кількості демобілізованих військовослужбовців, які брали участь у відсічі російської збройної агресії, зростає потреба зміни практики психологічної роботи з травмою для допомоги ветеранам успішно реінтегруватися до мирного життя, сформувати активну життєву позицію в повоєнний період, а також знизити проблеми соціально-психологічного характеру серед ветеранської спільноти.

Дослідники та практикуючі фахівці з роботи з травмою зараз закликають до діалектичного підходу до наслідків травмування, що має враховувати відносний внесок, як симптоматики, що уособлює підхід клінічний, так і внесок позитивного підходу з його подальшими шляхами розвитку та зростання (Carrion & Kletter, 2012) [92]. Посттравматичний стрес і посттравматичне зростання, як наслідки участі в бойових діях, можуть мати віддалені наслідки та індивідуальний характер.

Перші наукові дослідження проявів посттравматичного зростання серед військовослужбовців – учасників бойових дій

почали з'являтися на рубежі 90-х років ХХ ст. в роботах G. Elder та ін. (1989, 1991) [102; 103]. Роботи базувалися на аналізі архівних даних лонгітюдного дослідження. Вибірка складалася з американських ветеранів Другої світової війни та війни в Кореї. Автори були переконані, що «умови війни можуть мати, як негативні, так і позитивні наслідки для однієї й тієї ж особи» [102]. За результатами аналізу лонгітюдного дослідження було встановлено, що від 60% до 70% досліджених ветеранів відзначили такі позитивні аспекти свого досвіду участі в бойових діях, як підвищення рівня долаючої поведінки (копінгу), підвищення рівня самодисципліни, збільшення незалежності, розширення планів на майбутнє, здатність контролювати себе, більше цінувати життя та виявляти глибшу вдячність за життя в цілому [102]. Половина досліджуваних осіб констатували підвищення навичок співпраці з іншими та повідомляли про емоційно ближчі відносини з бойовими товаришами, спостерігалися певні позитивні зміни у ставленні до власної родини та цінуванні її [102]. Позитивні наслідки військової служби особливо актуальні для осіб, що були мобілізовані на службу в молодому віці (21 рік та молодші). Для багатьох із них (особливо матеріально незабезпечених) військова служба стала єдиним шляхом до адаптивного функціонування (швидкої соціальної незалежності, доступу до державних освітніх програм) [103].

В іншому дослідженні, яке провели I. Engelhard et al. (2014), опитували солдатів, які служили в Іраку 15 місяців, а згодом звільнилися зі служби. Було встановлено, що в солдатів, які через п'ять місяців після повернення додому відзначили в себе явне посттравматичне зростання, симптоми посттравматичного стресового розладу виявилися виражені сильніше, ніж у решти [104].

Посттравматичне зростання пропонує сильні захисні елементи після травмивної події, в тому числі й зниження суїцидальних думок (Bush та ін. 2011) [83].

Віддалені наслідки бойової психічної травми (БПТ) становлять від 10 до 50% усіх медичних наслідків участі у війні (Armfield, 1994) [71]. В інших дослідженнях констатують, що кожен шостий ветеран

армії та морської піхоти, який брав участь у операціях «Непохитна свобода» та «Іракська свобода», має симптоми посттравматичного стресового розладу, депресії та генералізованого тривожного розладу після участі в бойових діях [182]. Разом із тим, за даними Р. Linley та S. Joseph, поширеність позитивних (адаптивних) змін серед осіб, які зазнали різноманітного травмивного досвіду, варіюється від 3% до 98% [14].

Відповідно до опублікованих результатів дослідження, що було проведене серед ветеранів США, вибірку якого склали 3157 осіб, ветерани з ПТСР та з ознаками посттравматичного зростання, повідомляли про краще психічне функціонування та загальний стан здоров'я, на відміну від тих, хто не мав зростання [225]. Аналогічні висновки представлено і в інших наукових публікаціях [126].

Дослідження Х. Wu, А. Kaminga, W. Dai та ін. (2018) показало, що приблизно 53% людей, які пережили травмивну подію, ймовірно, досягли посттравматичного зростання [238].

Проаналізувавши розповіді ветеранів щодо повідомлених позитивних аспектів, дослідники дійшли висновку, що бойовий досвід прищеплював деяким людям певну стійкість до майбутніх стресорів. У порівнянні з травмою щоденні стресові події були незначними. Вони говорили про свої дії на полі бою з гордістю та повідомляли, що могли б успішно командувати й захищати інших людей. Вони вважали, що, якщо змогли впоратися з війною, то зможуть впоратися з чим завгодно [53].

У наукових джерелах щодо посттравматичного зростання військовослужбовців привертають увагу кілька важливих аспектів.

1. Було встановлено, що 50% всіх ветеранів та 72% ветеранів, які продемонстрували позитивні результати стосовно наявності ПТСР, повідомили принаймні про «помірний» рівень посттравматичного зростання внаслідок суб'єктивно найбільш значущої для них травмивної події (Tsai et al., 2015) [225]. Більш, ніж половина (59,4%) ветеранів, які повідомили про «помірний» рівень зростання, зберігали цей рівень зростання через 2 роки (Tsai et al., 2016) [227].

2. Було виокремлено кілька рівнів пролонгованого перебігу посттравматичного зростання в учасників бойових дій. Зокрема, через 2 роки після травмівної події таких рівнів перебігу було п'ять:

- «стабільно низький рівень зростання» (33,6%);
- «помірне зниження рівня зростання» (19,4%);
- «підвищення рівня зростання» (16,8%);
- «різке зниження рівня зростання» (15,7%);
- «стабільно високий рівень зростання» (14,5%) [227].

Через 4 роки після травмівної події вказані рівні згрупувались у три основні вектори [226]:

- «низький рівень зростання й такий, що далі зменшується» (74%);
- постійно середній (помірний) рівень зростання» (12%);
- «високий і такий, що далі збільшується, рівень зростання» (14%).

3. Переживання учасниками бойових дій небезпечного для життя захворювання або травми було найбільш тісно пов'язано з їх посттравматичним зростанням. Були незалежно пов'язані з вищим рівнем зростання вищий рівень соціального зв'язку, внутрішньої релігійності та наявності мети в житті [225]. Під час лонгітюдного дослідження симптоми ПТСР, стан здоров'я, наявність мети в житті, альтруїзм, почуття вдячності, релігійність та активний спосіб життя (читання) були найважливішими прогностичними чинниками підтримання або збільшення посттравматичного зростання у ветеранів [227]. До групи предикторів підтримання високого рівня посттравматичного зростання через 4 роки належать: почуття вдячності, наявність мети в житті, внутрішня релігійність, соціальна підтримка [226].

4. Серед ветеранів з ознаками ПТСР особи, які відзначали посттравматичне зростання, продемонстрували значно краще психічне функціонування і загальний стан здоров'я, ніж ті, які не відзначили в себе наявність посттравматичного зростання [14; 225; 226].

W. Sledge і колеги (Sledge, Boydstun, & Rahe, 1980) [207] виявили, що приблизно 61,1% колишніх військовополонених військово-повітряних сил США періоду війни у В'єтнамі повідомили, що досвід перебування в полоні приніс їм користь. Вони були переконані, що це дало їм змогу переглянути пріоритети життєвих цілей, змістивши акцент у бік важливості сім'ї та країни, підвищило їхню впевненість у собі та навчило цінувати справді важливі речі в житті. При цьому, чим суворішим було поводження з ними в ув'язненні, тим частіше колишні військовополонені повідомляли про посттравматичне зростання.

Серед колишніх військовополонених, які повідомляли про корисні зміни, переважали ті, хто мав найважчий психотравмуючий досвід.

Автори дійшли висновку, «що значна група військовослужбовців сприймає свій досвід військового полону як суб'єктивно корисний» (Sledge et al., 1980) [207]. Використовуючи дані Національного дослідження ветеранів війни у В'єтнамі R. Kulka і колеги (Kulka et al., 1990) [161], В. Dohrenwend та ін. (Dohrenwend et al., 2004) [101], виявили, що 70,1% чоловіків-ветеранів оцінюють свій досвід служби у В'єтнамі переважно, як позитивний. Важливо зазначити, що дослідники не знайшли переконливих доказів того, що такі позитивні оцінки відображають «патологічне захисне заперечення» («pathological defensive denial»). Вони інтерпретували ці дані, як такі, що відповідають успішній адаптації до досвіду перебування в зоні бойових дій і після цього.

А. Feder і колеги (2008) [108] оцінювали посттравматичне зростання у 30 військових льотчиків, які відбули полон у Північному В'єтнамі. Майже дві третини вибірки відмітили помірне посттравматичне зростання (загальний бал PTGI \geq 60), а трохи більше однієї третини повідомили про великий або дуже великий ступінь посттравматичного зростання (загальний бал PTGI \geq 80). Чинники PTGI «Особиста сила» та «Поцінування життя» («Personal Strength» and «Appreciation of Life») показали найбільш виражений ефект. Посттравматичне зростання не відрізнялося серед

колишніх військовополонених із психопатологією та без неї. Диспозиційний оптимізм і тривалість перебування в полоні позитивно корелювали з посттравматичним зростанням.

Ізраїльські вчені досліджували посттравматичне зростання серед ветеранів бойових дій війни Судного дня 1973 року, частина з яких були військовополоненими (Solomon, & Dekel, 2007) [208]. Вони виявили, що колишні військовополонені мали вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу та посттравматичне зростання, ніж ветерани бойових дій, які ніколи не перебували у ворожому полоні. Вираженість симптомів ПТСР позитивно корелювала зі ступенем посттравматичного зростання. Дослідники також виявили, що величина посттравматичного зростання була особливо вираженою в тих, хто мав помірно важкі симптоми ПТСР.

Результати наукових досліджень свідчать, що високий рівень посттравматичного стресу часто пов'язаний із вищим рівнем посттравматичного зростання. Вчені, досліджуючи ізраїльських ветеранів, виявили, що вищий рівень ПТСР у 1991 році є предиктором більшого зростання у 2003, а вищий рівень ПТСР у 2003 році дозволяє передбачити більше зростання у 2008 році [18; 99]. Це відкриття підштовхнуло вчених до нових досліджень, результати яких, в поєднанні із сучасним розумінням ПТСР (не стільки як хворобливого стану, скільки прагнення організму до опрацювання травмівних спогадів у поєднанні з вузьким вікном толерантності до стресу), призвели до появи розуміння криволінійного зв'язку між ПТСР та ПТЗ [18; 145].

Йдеться про те, що незначні травми не призводять до посттравматичного зростання, оскільки не провокують сильного стресу, і людина справляється з ними звичними засобами копінгу. Надмірний стрес після травми провокує сильні симптоми ПТСР, за яких система копінгу руйнується, і так само руйнуються механізми зростання (принаймні, до моменту послаблення симптоматики ПТСР). Помірний же стрес, з одного боку, веде до руйнувань у структурі Я, що проявляється в симптомах ПТСР, які, в свою чергу,

сигналізують нам про потребу психіки в когнітивному та емоційному опрацюванні нової травморелевантної інформації. З іншого боку – він не настільки сильний, щоб знищити саму можливість людини здійснити таке опрацювання (Joseph, 2013) [18; 144].

S. Maguen, D. Vogt, L. King, D. King, і V. Litz (2006) [170] досліджували посттравматичне зростання у ветеранів війни в Перській затоці. Вони виявили, що сприйняття загрози під час перебування в зоні бойових дій було найсильнішим прогностичним показником оцінки за фактором оцінки життя. Вплив факторів бойової обстановки та інших безпосередніх військових подій (наприклад, спостереження за загиблими та пораненими) не було пов'язане з посттравматичним зростанням.

Таким чином, більшість дослідників засвідчили той факт, що наявність ПТСР у ветеранів внаслідок отримання травмивного досвіду має зв'язок із розвитком у них посттравматичного зростання.

Разом з тим, одним із найбільш проблемних залишається питання про взаємозв'язок між інтенсивністю бойових дій та посттравматичним зростанням. Не до кінця зрозумілим є те, якої саме інтенсивності повинні бути стрес-чинники бойових дій, щоб слугувати основою для позитивної трансформації особистості.

За результатами досліджень (Palmer et al., 2017) [187], ветерани, як правило, повідомляють про зростання після досягнення певної «поворотної точки» після травмивної події. Цей переломний момент зазвичай настає після кількох років життя з симптомами ПТСР і, як правило, викликається самими ветеранами після досягнення граничного рівня відчаю через ці симптоми. Іншими словами, в деяких випадках зростання може бути викликано подальшою кризовою ситуацією, що спричинена боротьбою з симптомами ПТСР. Ця «криза» може спонукати людей до «когнітивного залучення», коли роздуми про подію ще не відбулися. Крім того, визнання ветеранами своїх симптомів ПТСР є важливою частиною процесу зростання, оскільки це дозволяє їм відокремити ці симптоми від власної особистості та відновити відчуття контролю. Таким

чином, допомога в розпізнанні та розумінні своїх симптомів особам з ПТСР може сприяти розвитку в них посттравматичного зростання.

R. Tedeschi та R. McNally (2011) [219] визначили декілька взаємопов'язаних складових особистісно спрямованого сприяння зростанню військовослужбовців-ветеранів:

Складова 1. Необхідність досягнення розуміння відповіді на травму, як передвісника посттравматичного зростання. Перш, ніж військовослужбовці зможуть зрозуміти концепцію посттравматичного зростання, їм корисно зрозуміти те, як негативні аспекти посттравматичного досвіду, особливо зруйновані переконання про себе, інших і майбутнє, створюють основу для подальшого зростання. Ветерани бойових дій мають усвідомити, що основні фізіологічні та психологічні реакції є нормальними реакціями на досвід бою. Такі реакції не вказують на недоліки в характері чи ідентичності військовослужбовця.

Складова 2. Посилення емоційної регуляції. Створення основи для більш конструктивних процесів оцінки травматичних подій та їх наслідків шляхом опанування методами зниження тривожності й контролю над нав'язливими думками й образами та подальшого використання цих методів. Зокрема, важливо опанувати способи управління нерегульованими реакціями симпатичної нервової системи та нав'язливим мисленням, щоб заохотити рефлексивне мислення.

Складова 3. Конструктивне саморозкриття. Завдяки такому саморозкриттю військовослужбовці можуть почати отримувати емоційну підтримку та знайти індивідуально ефективні моделі здорової реакції на травму, забезпечивши своє посттравматичне зростання.

Складова 4. Створення наративу про травму з доменами посттравматичного зростання. Травма може вимагати від військовослужбовців зміни конфігурації зруйнованих систем переконань, відмови від недосяжних цілей і перегляду своїх життєвих наративів. Цей процес може включати аспекти

посттравматичних доменів зростання, які можуть забезпечити нові цілі та процеси життя.

Складова 5. Формування життєвих принципів, що підвищують стійкість до викликів. Посттравматичне зростання може дозволити людям виробити такий спосіб мислення та настанови для дій, які будуть відповідати майбутнім вимогам і викликам, підвищуючи стійкість особистості. Бойовий досвід може стати досвідом, який змінює життя та сприяє руху до рівня функціонування, кращого за той, що був до травми.

Слід зазначити, що переважна більшість людей, які повідомляють про наявність зростання, які пережили травму, боротимуться, одужуватимуть та/або процвітатимуть після травми, набуваючи трансформаційної зміни без допомоги фахівців в галузі психічного здоров'я.

Загалом, військовослужбовці цілком спроможні і повинні самостійно відстежувати конкретні ознаки власного зростання. Щоденне та щотижневе відстеження дозволить військовослужбовцю зосередитися на позитивних аспектах боротьби з наслідками травми. Це не означає, що військовослужбовець вже не відчуває негативних побічних ефектів від травми, але вказує на те, що посттравматичне зростання набуло більшого значення в житті постраждалого, ніж стресові розлади. Нижче наведемо декілька фраз з практики, що є гарними прикладами самостійного фіксування вираження позитивних змін у дії:

«У п'ятницю я прийшов додому і приготував вечерю для своєї дружини на знак вдячності за її підтримку під час усього, що я відчував після повернення з зони бойових дій»;

«У середу я пішов до групи реабілітації військовослужбовців з ПТСР, щоб підтримати інших зі свого підрозділу, які, як я знаю, самі борються з симптомами ПТСР»;

«Останнім часом я відчуваю більшу вдячність своїй родині, колегам і керівникам. Сьогодні я надіслав листа з подякою командиру, у якого я був у безпосередньому підпорядкуванні під час виконання бойових завдань».

Слід пам'ятати, що відстежувати зміни та те, як вони виявляються, надзвичайно важливо, навіть якщо зміни здаються незначними. Зміни можуть полягати в тому, щоб стати більш самоприйнятливим, автономним, цілеспрямованим у своєму житті, зосередженим на поглибленні стосунків та відкритим для особистого зростання. Будь-яка зміна в напрямку зростання є хорошою зміною, і її варто відстежувати.

Серед індивідуальних особливостей людини, які мають відчутний вплив на посттравматичне зростання, слід назвати такі:

- пильність, уважність, здатність вчасно помічати й об'єктивно оцінювати загрози;
- вміння зосереджуватися, фокусуватися на проблемі, не перебільшуючи її руйнівного характеру;
- здатність переосмислювати травмівні спогади, бачити їх в інших ракурсах;
- оптимістичне ставлення до життя, до себе, до оточення, до минулого, теперішнього і майбутнього;
- віра, внутрішня і зовнішня релігійність;
- висока готовність до несподіваних змін, до небезпечних ситуацій, антикрихкість, життестійкість [52].

2.3. Особистісні ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців

У дослідженнях посттравматичного зростання військовослужбовців окрема увага приділяється саме їх особистісним ресурсам. Зокрема, численні емпіричні дослідження показали, що зростання військовослужбовців пов'язане зі здатністю до передбачення подій та копінг-стратегіями (Solomon & Dekel, 2007). Отримані в дослідженнях М. Schok та ін. (2010) [199] дані свідчать про те, що зростання ветеранів бойових дій може значною мірою зумовлюватися такими внутрішньо особистісними ресурсами, як оптимізм, самооцінка та відчуття контролю. Крім того, у дослідженнях А. Evers et al., 2001, С. Jackson, 2003, Р. Linley, 2004

були виділені такі риси, як здатність погоджуватися та добросовісність [107; 138; 167].

Із посттравматичним зростанням також пов'язані такі індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців, як відчуття злагодженості (когерентності) (S. Forstmeier, V. Helgeson); доброзичливість, сумлінність, інтернальний локус контролю (Д. Зубовський); рівень самооцінки та відчуття контролю (R. Kleber, G. Lensvelt-Mulders, M. Schok); стійкість, сила духу, завзяття, наполегливість та хоробрість (C. Peterson, N. Park, N. Pole, W. D'Andrea, M. Seligman, 2008) [191] тощо. Мається на увазі саме фізична хоробрість, що описується як дія, в якій людина ризикує своєю безпекою, наприклад, намагаючись врятувати життя іншої людини. Використовуючи теорію позитивної психології, можна виявити безліч різних ситуацій, у яких фізична хоробрість може бути витлумачена як сила, а не як «комплекс героя» [150].

Окрім цього, значна кількість досліджень продемонструвала взаємозв'язок між внутрішньою релігійністю особистості та сприйняттям посттравматичного зростання. Зокрема, дослідники зазначають, що та міра, в якій індивід черпає свої сили з яскраво вираженої системи вірувань, значно впливає на його здатність знаходити позитивний сенс у тяжких та негативних подіях життя [53].

J. Tsai et al. (2016), визначивши п'ять рівнів посттравматичного зростання, пов'язали ці рівні з індивідуальними чинниками. Цікаво, що при стабільно високому зростанні були вищі бали за екстраверсією, конформністю та совісністю. Респонденти зі зростаючими показниками посттравматичного зростання показали вищу мету в житті та внутрішню релігійність [227].

Позитивний вплив екстраверсії на посттравматичне зростання відзначено й іншими дослідниками (Engelhard et al., 2014). Було виявлено, що люди з високим балом за екстраверсією мають вищі показники зростання [104].

Посттравматичне зростання в учасників бойових дій зумовлене, згідно з низкою досліджень, відсутністю особистісних розладів до початку участі в бойових діях, високим ступенем

згуртованості з «бойовим братством» (Wassif, 2014) [231], релігійністю (Tait, 2014; Flowers, 2014) [111; 213], задоволеністю соціальною ситуацією на початковому етапі адаптації до мирного життя, у віддаленому періоді адаптації – задоволеністю прожитим відрізком життя, уявленням про своє життя, як наповнене сенсом, підвладне контролю, адекватною самооцінкою, активною життєвою позицією зі схильністю брати на себе відповідальність за події, що відбуваються у власному житті.

Д. Зубовський, досліджуючи військовослужбовців–учасників АТО, встановив залежність вираженості посттравматичного зростання від низки характеристик особистості: рівня диспозиційного оптимізму, інтернального локусу контролю та деяких функціональних видів копінг-стратегій. Зокрема, вираженість посттравматичного зростання була значуще пов'язана з такими характеристиками особистості, як «доброзичливість» та «сумлінність». Крім цього, спостерігалася позитивна кореляція із загальним рівнем оптимізму, що характерно, як для вираженості посттравматичного зростання в цілому, так і для окремих його сфер. Було зроблено висновки щодо прогнозування посттравматичного зростання учасників АТО за загальним показником, що містив сім предикторів: загальний рівень соціальної підтримки, рівень диспозиційного оптимізму, вік військовослужбовців, особистісну характеристику «доброзичливість», копінг-стратегію позитивного переоцінювання, копінг-стратегію конфронтації, рівень інтенсивності бойового досвіду [48].

Розвитку посттравматичного зростання також сприяє здатність знаходити сенс у несприятливих подіях (Forstmeister et al., 2009) [112].

Як виявилось, одним із чинників, що сприяють зростанню, є повторне переживання травмивної події (Tsai et al., 2014) [225]. Типові симптоми ПТСР, такі, як спогади й жахіття, призводять до постійного переживання ситуації, що згодом сприяє підвищенню показників посттравматичного зростання. Індивідуальна здатність із когнітивною гнучкістю протистояти ситуаціям була ідентифікована,

як така, що має ефект сприяння посттравматичному зростанню (Hijazi et al., 2015). Завдяки схильності створювати гнучкі та складні системи можливих переконань, когнітивно гнучкі індивіди швидше адаптуються до несприятливих подій і з більшою ймовірністю сприймають (усвідомлюють) зростання (Hijazi et al., 2015) [135].

Прагнення людини до розкриття травмивного досвіду (Currier et al., 2013) також виявилось індивідуальним прогностичним чинником для вищих рівнів зростання. У дослідженні брали участь військовослужбовці-ветерани, які нещодавно повернулися з війни в Іраку та Афганістані. Люди, які розповідали про себе своєму соціальному оточенню, відзначали вищі рівні посттравматичного зростання. Ці результати пояснюються спостереженням, що розкриття почуттів і думок сприяє активній переробці досвіду. Прагнення обговорити травму було головним предиктором зростання (Currier et al., 2013) [96].

Узагальнивши здійснені різними науковцями дослідження, V. Decker (2016) [98] дійшов висновку, що ветерани з більш високим почуттям провини мають вищі показники зростання. Це зумовлюється тим, що наявність почуття провини потребує існування моральних правил, які потрібно активно відновлювати. На відміну від почуття провини, гнів заважає посттравматичному зростанню внаслідок того, що порушує в людини здатність до когнітивної гнучкості. Також зростанню сприяє переживання позитивних емоцій, а також такі особистісні риси, як відкритість та екстраверсія.

Дослідження A. Habib, S. Stevelink та ін. із 2011 по 2016 роки, вибірки яких включали, як діючих, так і звільнених військових, показали, що прояв посттравматичного зростання у військових і цивільних не відрізняється. Разом із тим, автори наголошують на необхідності в подальших дослідженнях з'ясувати, чи може акцент на зростанні бути корисним при психологічній роботі зі звільненими військовослужбовцями [130].

Вивчення посттравматичного зростання серед ветеранів, проведене E. Mattson та ін., дає підстави стверджувати про

важливість в розвитку зростання військового персоналу таких чинників, як адаптивне подолання, позитивний світогляд, покращення загального психічного здоров'я, оптимізм, екстраверсія, відкритість новому досвіду. Водночас посттравматичне зростання мало достовірний негативний кореляційний зв'язок з невротизмом [177].

S. Stauggard et al. (2015) [210] підтвердили гіпотези про те, що відкритість особистості зумовлює вищий рівень зростання.

У роботах інших авторів було вивчено особливості динаміки індивідуально-психологічних характеристик військовослужбовців-жінок перед відправленням у зону воєнного конфлікту та безпосередньо в бойових умовах. Вони дійшли висновку, що військова служба в зоні конфлікту відкладає свій відбиток на військовослужбовців, зокрема й на жінок, але яким є результат цього впливу – позитивним чи негативним (відбувається негативна трансформація особистості чи її розвиток) – виявлено не було. Водночас матеріальна зацікавленість і можливість уникнути безробіття, отримання соціальних пільг дає змогу жінкам-військовослужбовцям адаптуватися в сучасних економічних і соціальних умовах.

2.4. Соціальні ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців

Характер переживання травмивного досвіду визначається не тільки індивідуально-психологічними, а й соціально-психологічними чинниками соціалізації та ресоціалізації після травми.

Переконливо доведено, що військовослужбовці, які сприймають свою місію, як важливу та значущу, підтримують регулярні контакти з друзями та родиною, що залишилася вдома, не втрачаючи відчуття постійного соціального зв'язку, менш підвладні психологічному стресу під час бойових операцій та після повернення додому.

Дослідженнями встановлено, що посттравматичному зростанню військовослужбовців – учасників бойових дій сприяють наявність соціального визнання, підтримка значущих інших та активний соціальний супровід з боку близьких людей, волонтерських та державних організацій. Зокрема, вищі рівні зростання фіксуються в одружених ветеранів, оскільки успішні шлюби концептуалізуються, як потужне джерело соціальної та емоційної підтримки.

R. Pietrzak та ін. (2010) додали до чинників посттравматичного зростання підтримку членів підрозділу, як предиктор зростання. Чим вищий рівень згуртованості, тим вищим був рівень усвідомлення (розуміння) посттравматичного зростання [193]. Дослідження ветеранів американської армії показало, що добре розвинені соціальні зв'язки були пов'язані з більшим проявом посттравматичного зростання. Дослідники припускають, що втручання, які спрямовані на те, щоб допомогти ветеранам США, що зазнали травм, впоратися з їх повторними симптомами, а також розвинути тісніші соціальні зв'язки, почуття мети та внутрішню релігійність, можуть допомогти в розвитку зростання в цій групі населення [225]. Серед ветеранів бойових дій посттравматичне зростання асоціюється з приємністю й турботою, з атрибутами групового подолання – такими, як використання соціальної підтримки, із системними чинниками – такими, як стабільніша зайнятість і збереження роботи (Moran et al., 2013).

Соціальна підтримка, що сприймається, вважається основним захисним чинником і отримала переконливі докази її позитивного зв'язку з посттравматичним зростанням (Idås et al., 2019; Kang et al., 2018; Ogińska-Bulik, 2015; Sattler et al., 2014). У широкому сенсі цей термін визначається, як сприйняття індивідумом наявності та якості корисних соціальних взаємодій, а також відчуття того, що про нього піклуються, поважають, розуміють і залучають (Cobb, 1976). Це визначення наголошує на сприйнятті соціальної підтримки, а не на фактично отриманій підтримці (Uchino et al., 2012). Дослідження виявили, що постійне сприйняття соціальної підтримки має

позитивне значення після впливу основних стресових чинників, тоді як отримана соціальна підтримка є менш надійним показником (Bolger, & Amarel, 2007; Cohen et al., 2000).

Одне з можливих пояснень позитивного впливу на посттравматичне зростання соціальної підтримки, що сприймається, полягає в тому, що вона може забезпечити відчуття безпечного середовища, підкреслити почуття приналежності, слугувати буфером проти стресу, надати нового сенсу та створити більш позитивне сприйняття, яке підтримує зростання. Конструктивна соціальна підтримка, ймовірно, допомагає травмованим людям розробляти нові схеми, поглянувши на речі з різних, корисніших та адаптивніших точок зору.

Відомо, що особистісні зміни серед учасників бойових дій є позитивно пов'язаними з більшістю видів психотравмуючих подій у зоні бойових дій. Єдиний виняток серед цих травмівних подій – це участь у звірствах. Це є цілком закономірним, оскільки повсюдне моральне засудження військових злочинів робило надзвичайно важким отримання позитивних змін у результаті участі в такій поведінці [53].

У зв'язку з цим виникає запитання: чи розкриття травмівного досвіду є необхідним для отримання соціальної підтримки, чи ні? Є дослідження, які підкреслюють ризики, що пов'язані з розкриттям травмівного досвіду, якщо реципієнт має негативну реакцію на зміст травми (Ullman, 2000; Ullman, & Filipas, 2001) [228; 229]. Ветерани можуть мати особливий ризик таких негативних реакцій (Gray et al., 2012) [125]. Крім того, вони можуть мати підвищений ризик посттравматичного дистресу, коли діляться цим досвідом з іншими (Lepore, & Helgeson, 1998; Lepore, & Revenson, 2006; Ullman, & Filipas, 2001) [165; 166; 229].

Деякі травмівні переживання, пов'язані з певними інцидентами в зоні бойових дій – можуть виходити за межі соціальних норм людини, що страждає, соціокультурного та політичного контексту спільноти (Guay et al., 2006) [128]. За обставин, коли травма людини стосується проблем, які сприймаються, як табу, емпатійне

вислуховування та підтримка після розкриття можуть бути скоріше винятком, ніж нормальною реакцією (Wortman, 2004) [236]. Негативні реакції одержувача наративу про травму можуть не тільки обмежувати соціальну підтримку, а й також посилювати посттравмівні страждання самого травмованого.

При оцінюванні особистісних бар'єрів для розкриття травмівного досвіду в Афганістані, респондентів попросили розповісти про свою службу та оцінити такі три пункти: а) «Я пережив інциденти в Афганістані, про які я не міг розповісти іншим, навіть найближчим людям»; б) «У мене є/були проблеми, якими я не можу поділитися з родиною чи друзями»; в) «Вдома немає нікого, хто міг би зрозуміти те, що я пережив». Результати засвідчили наявність цієї проблеми серед військовослужбовців – учасників бойових дій. Було виявлено, що старший вік і особистісні бар'єри для розкриття травмівної інформації мають значні зворотні кореляції з балами посттравмівних змін. Навпаки, соціальна підтримка демонструвала значні позитивні кореляції з показниками посттравмівних змін [186].

Наявність особистісних бар'єрів для обговорення досвіду бойових дій може бути руйнівним, але в контексті підтримки, що сприймається, та доступної мережі зв'язків, ветерани часто отримують користь від такої соціальної підтримки, незважаючи на небажання розкривати свій досвід, що пов'язаний з війною. Ветеранам не обов'язково брати участь у розкритті травми, щоб отримати соціальну підтримку, доки вони відчувають себе загальноприйнятими в своєму соціальному середовищі. Необхідне поглиблене вивчення того, як переживання ветеранами моральної травми пов'язане із створенням соціальних бар'єрів.

Навіть, якщо ветерани вважають, що їхні соціальні мережі не здатні сприйняти їх досвід бойових дій, вони все одно можуть скористатися соціальною підтримкою. Можливо, деякими аспектами такого досвіду ветеранам краще ділитися з іншими ветеранами та професіоналами, а не в цивільному соціальному контексті, щоб уникнути стигматизації.

Крім соціальної підтримки, для розвитку посттравматичного зростання важливими чинниками є справедливий характер війни, героїзація ветеранів широким соціальним оточенням, гордість за ветерана у членів сім'ї та родини, гордість ветерана за свою армію та бойовий підрозділ тощо [3].

Праць із дослідження впливу соціальних ресурсів на посттравматичне зростання військовослужбовців та ветеранів війни, які мають тяжкі наслідки бойових травм, що змінили їхній зовнішній вигляд (ампутація кінцівок, рубці після опіків, зміна зовнішності, тіла тощо), досить мало не лише в Україні а й за кордоном. Так Keeling et al. у своєму огляді «Образ тіла та психосоціальне благополуччя британських військовослужбовців і ветеранів, які зазнали внаслідок конфлікту травм, що змінили зовнішність» [153], підкреслюють, що наукових досліджень досвіду переживання психосоціальних проблем, що пов'язані з адаптацією до зміненої зовнішності після опіків і втрати кінцівок, у військовослужбовців і ветеранів недостатньо, вони поодинокі.

З початку війни, за неофіційними даними, близько 25 тисяч українських військових втратили кінцівки. Це в 10 разів перевищило кількість постраждалих і покалічених за 20 років військових дій США в Іраку та Афганістані [62]. 19 жовтня 2023 року на офіційному відкритті відновленої Державної реабілітаційної установи «Всеукраїнський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю» Міністр соціальної політики України Оксана Жолнович повідомила, що за півтора роки повномасштабної війни кількість людей з інвалідністю в Україні зросла приблизно на 300 тисяч і досягла 3 мільйонів осіб [15]. Таким особам може знадобитися особлива соціальна підтримка, щоб пристосуватися до зміненого зовнішнього вигляду та подолати пов'язані з цим симптоми депресії, тривоги, посттравматичний стрес, почуття провини того, хто вижив, можливе вживання психоактивних речовин і суїцидальні думки. Однак, порівняно з цивільними особами, саме їхня взаємна підтримка, підтримка людей з аналогічними травмами, що були отримані в аналогічних ситуаціях,

була відзначена, як унікальна. Спостереження за тим, як інші просуваються вперед у їхньому одужанні, їхня підтримка надають оптимізму, допомагають у встановленні особистих цілей і мотивації, зміцненні морального духу, а також сприяють визнанню себе, відчуттю прийняття себе, відображають продовження військових цінностей товарищескості, морального духу та колективізму.

Деякі ветерани, перебуваючи в місцях, де «мати інакший вигляд» було «нормальним», повідомляють про полегшення, пов'язані з проблемою незвичного зовнішнього вигляду, зокрема, що стосується вторгнення («неадекватної» реакції соціуму на зовнішній вигляд: запитання, пильні погляди, фотографування, образливі коментарі тощо) та стигматизації.

У воєнному контексті фізичне руйнування особистості може посилюватися одночасною втратою військової кар'єри та пов'язаної з нею воєнної ідентичності (Keeling, 2018) [152]. Деякі військовослужбовці, які мають каліцтва, не сприймають військове середовище, як безпечне місце для розмов про зовнішній вигляд, маючи певні побоювання, що пов'язані із зовнішнім виглядом – вважають, що такі розмови можуть витлумачити, як марнославство, а соціальна підтримка – це прояв слабкості. При цьому незадоволеність зовнішнім виглядом посилюється воєнним контекстом, коли фізичне тіло повинно представляти бойову готовність, силу й воєнну ідентичність (Godfrey et al., 2012) [122].

У військовослужбовців, зовнішність яких змінилася внаслідок отриманих бойових травм, перешкоди для пошуку підтримки у військовому середовищі пов'язані з військовою культурою – силою, витривалістю, мужністю та впевненістю у своїх силах. Побоювання виглядати «слабаком» посилювалося в тих, хто вважав свою травму менш серйозною, або отриманою поза полем бою (небойова травма). Ті, хто був занепокоєний «законністю» або тяжкістю своєї травми чи відчував почуття провини того, хто вижив, часто вважають, що не заслуговують на підтримку.

2.5. Ситуаційно-демографічні ресурси посттравматичного зростання військовослужбовців

У низці досліджень було встановлено наявність зв'язку між проявом посттравматичного зростання й такими демографічними особливостями, як стать особи, її вікові особливості та належність до певної соціальної категорії. Так А. Ніязі et al. (2015) [135], а також М. Gallaway et al. (2011) [121] визначили, що етнічна приналежність є значущим чинником для зростання. Виявилось, що приналежність до певної етнічної меншини детермінує більш високі показники зростання у порівнянні з домінантним етносом. Це пояснюється тим [170], що представники етнічної меншини мають більше відчуття нових можливостей під час перебування у війську, що, в свою чергу, призводить до вищого рівня усвідомлення посттравматичного зростання. Крім того, вік виявився негативно пов'язаним зі зростанням, що означає, що літні ветерани демонструють менше посттравматичне зростання (Pietrzak et al., 2010) [193]. Літні ветерани можуть бути більш стійкими просто завдяки життєвому досвіду й, таким чином, проявляти менше посттравматичне зростання, як було виявлено в деяких дослідженнях.

В інших дослідженнях не було встановлено статистично значущої кореляції між віком та зростанням у вибірковій сукупності ветеранів п'яти збройних конфліктів (Друга світова війна, Корейська війна, В'єтнамська війна, війна в Перській затоці, війна в Іраку) [225], а також військовополонених ізраїльської армії (Dekel, & Solomon, 2007) та учасників війни в Югославії (Ai, Chim, Ishisaka, Tice, & Whitsett, 2007) [64; 208; 209].

Відповідно до кількох досліджень (Helgeson et al., 2006; Marshall et al., 2015; Michélsen et al., 2017) [133; 176; 181], поточні результати показали, що вік мав значний вплив на зареєстровані посттравматичні зміни. Молодші ветерани були більш схильні повідомляти про посттравматичне зростання. Цей вік, як правило, частіше впливає на ступінь особистих змін, можливо, через їхні вроджені властивості, молодь має вищий ступінь нервової пластичності. Таким чином, молодші ветерани, як правило, більш

схильні до змін в емоціях і поведінці, що спричинені їх досвідом (Kolb, & Gibb, 2014) [158]. Однак іншою можливою причиною цього ефекту може бути те, що молодші респонденти, швидше за все, служать у підрозділах, які дислокуються в зоні активних бойових дій і, відповідно, більше піддаються потенційно травмівному впливу стресорів війни (Dekel et al., 2012) [99].

I. Engelhard та ін. (2014) [104] виявили негативний кореляційний зв'язок між тривалістю місії та посттравматичним зростанням. Так, у військовослужбовців, які перебували у довгостроковому відрядженні до шести місяців, спостерігалось посттравматичне зростання, а в наступні місяці рівень зростання знижувався.

Ще одним специфічним військовим чинником було військове звання ветеранів (Gallaway et al., 2011) [121]. Відмічається, що, чим вищий ранг військового звання, тим менший рівень посттравматичного зростання, що пояснюється більш високим рівнем відповідальності, більшою кількістю та тривалістю участі у бойових діях. Разом із тим, в дослідженні Д. Зубовського не було встановлено відмінностей у вираженості зростання залежно від приналежності осіб до рядового, сержантського і старшинського або офіцерського складу [14].

Досліджуючи вплив військового полону під час Другої світової війни, група військових психологів та психіатрів відзначила, що сприйняття позитивної сторони травмівного досвіду на момент захоплення було більш притаманно особам з вищим військовим званням, а також значно менше проявлялося серед осіб, які мали алкогольні проблеми після репатріації [53].

Проте, у дослідженні Z. Solomon не було встановлено залежності між повідомленням позитивних змін та військовим званням на момент потрапляння в полон – як офіцери, так й інші категорії військовослужбовців повідомляли однакову кількість позитивних здобутків [55]. Крім того, у цьому дослідженні було виявлено взаємозв'язок позитивних змін з долаючою поведінкою та соціальною підтримкою після повернення на батьківщину [55].

Бойовий вплив – це змінна, яку часто оцінювали в роботах для перевірки потенційного впливу на посттравматичне зростання і ПТСР. Результати вивчення впливу бойової обстановки на військовослужбовців також досить суперечливі. Так, R. Pietrzak і колеги (2010) [193] встановили, що більш висока інтенсивність бойового впливу підвищує рівень здобуття позитивних змін після травмівних подій. Інші дослідники (Wood et al., 2011) виявили, що в солдатів армії США, які брали участь в операції «Свобода Іраку», здобуття позитивних змін після бойового впливу є формою смисложиттєвого подолання, яка може допомогти солдатам адаптуватися до викликів війни [235].

Цікавим є результат дослідження впливу дотримання здорового способу життя на посттравматичне зростання. У дослідженні, яке проводилося на вибірці ветеранів збройних сил США, активний спосіб життя операціоналізувався, зокрема, як читання книжок. Цей вид діяльності посилює уяву, розширює світогляд, що сприяє інтеграції травмівного досвіду в особисте життя. Також було виявлено, що стан здоров'я, цілеспрямованість, альтруїзм, вдячність, релігійність, активне читання сприяють збереженню і підвищенню зростання. Автори прийшли до висновку, що посттравматичне зростання має гетерогенну сутність, досить широке поширення та може зберігатися в часі за умови наявності ПТСР та певних психосоціальних чинників [227].

РОЗДІЛ 3

ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Оскільки пережиті військовослужбовцями травми можуть стати рушійною силою на шляху до позитивних змін, зміцнення і поглиблення міжособистісних відносин, зміни життєвої позиції, виявлення сильних сторін власної особистості, актуальними стають питання дослідження посттравматичного зростання військовослужбовців, вивчення підходів до психологічного діагностування цього феномену.

3.1. Аналіз підходів до діагностики посттравматичного зростання

До оцінювання та вимірювання посттравматичного зростання існують *якісний та кількісний* підходи. Обидва підходи активно використовують у наукових дослідженнях, проте вони мають свої сильні й слабкі сторони, що слід обов'язково враховувати під час планування та проведення дослідження.

Першим із вищезазначених підходів для оцінювання посттравматичного зростання було застосовано *якісний* підхід. Тривалий час він був панівним та слугував основою для значної кількості засадничих досліджень із цієї проблематики. Якісний підхід представлений насамперед такими методиками як: *письмове есе, техніка життєвої історії, експресивне письмо, наративні техніки*. До нього також відносять методичний інструментарій у вигляді *індивідуальних формалізованих та неформалізованих інтерв'ю, окремих відкритих запитань та запитань із наведенням прикладу або загальні чи дуже короткі запитання, що стосуються сприйняття позитивних результатів* [14].

Особливого поширення серед вищезазначених методик якісного підходу набуло *структуроване інтерв'ю*. Як правило, у

такому інтерв'ю використовують відкритий формат запитань: «Чи відчули ви якісь позитивні зміни в результаті ... ?» і дуже часто позитивні та негативні зміни оцінюють одночасно [97].

Перші наукові дослідження в галузі позитивних наслідків травматичного стресу опиралися саме на якісні дані, що дало змогу сформулювати уявлення про різноманіття проявів посттравматичного зростання, як-от зміни у самосприйнятті, підвищення цінності життя, покращення міжособистісних стосунків, світоглядні трансформації тощо. Це одна із суттєвих переваг якісних методик над кількісними, адже психодіагностичні опитувальники не здатні охопити всі сфери посттравматичного зростання. До того ж досліджувані не обмежені визначеним набором шкал, а повідомляють про існуючий та значущий для них досвід.

Утім, якісні методи мають й низку недоліків, пов'язаних не лише зі значними витратами часу та складністю в охопленні великої вибірки, а й певною упередженістю у формулюванні запитань інтерв'ю. Крім того, деякі методики, наприклад наративні техніки, допомагають глибше зрозуміти досвід особистісного зростання, проте не забезпечують загально визнаного способу порівняння отриманих індивідуальних даних [14]. Слід зауважити, що в останні роки науковці дедалі менше використовують якісний підхід у дослідженнях посттравматичного зростання. Усе частіше вони апелюють до стандартизованих і валідизованих методик кількісного підходу. Значною мірою така ситуація пояснюється прагненням уніфікувати отримані дані різних досліджень, різних травматичних ситуацій та різних категорій досліджуваних.

Дослідження посттравматичного зростання в межах кількісного підходу почали з'являтися в першій половині 90-х років минулого століття [47; 82; 147]. Застосування цього підходу має низку суттєвих переваг:

- 1) можливість дослідження чисельних вибірок різних груп населення;
- 2) уніфікація наукових уявлень про конструкт посттравматичного зростання серед дослідників із різних країн;

3) можливість кількісного вимірювання прояву посттравматичного зростання та оцінювання його за заздалегідь визначеними сферами;

4) швидкість отримання значного масиву даних;

5) валідизація методик на значній кількості вибірок досліджуваних та встановлені нормативні дані для них [14].

На сьогодні в межах кількісного підходу опубліковано сім психодіагностичних методик [146; 147; 190; 220]. Більшість із них є авторськими розробками, які не дістали широкого поширення поза межами досліджень конкретного науковця. Системний аналіз сучасної наукової літератури з тематики посттравматичного зростання засвідчує, що найчастіше закордонні науковці застосовують Опитувальник змін у поглядах (Changes in Outlook Questionnaire) та Опитувальник посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory) [14; 147; 220].

Загалом, у дослідженнях посттравматичного зростання використовувалися декілька психодіагностичних методик. Такі як Опитувальник посттравматичного зростання (PGI; The posttraumatic growth inventory) (R. Tedeschi, L. Calhoun) [220]; Шкала сприйнятої користі (PBS; The Perceived Benefit Scales) [178]; Шкала базисних переконань (World assumptions scale, Р. Янов-Бульман в адаптації М. Падуна, А. Котельникової) [139]; Шкала процвітання (TS; The Thriving Scale) [63]; Шкала зростання, пов'язаного зі стресом (The Stress-Related Growth Scale – SRGS) [190]. Дещо пізніше з'явилася її оновлена версія «The Revised Stress-Related Growth Scale» (RSRGS) [70]; та було розроблено The core beliefs inventory (A. Cann, L. Calhoun, R. Tedeschi, R. Kilmer) [90].

На сьогодні існують декілька валідизованих україномовних опитувальників оцінки посттравматичного зростання, які активно використовуються дослідниками. Застосування їх в якості самостійних методик дозволяє в умовах обмеженого часу отримати необхідну інформацію, що особливо актуально у військовому середовищі.

Для прикладу, розглянемо два опитувальники, розроблені для діагностування зростання, які адаптовані і апробовані в україномовному варіанті.

«Опитувальник змін у поглядах» (Changes in Outlook Questionnaire, CiOQ) розроблений в 1993 році групою британських учених на чолі із С. Джозефом, в межах дослідницького проекту Інституту психіатрії Лондонського королівського коледжу [147]. Опитувальник містить 26 тверджень, призначених для оцінювання позитивних і негативних реакцій респондентів на травмівні життєві події, що розподіляються за двома шкалами: 15 тверджень формують шкалу негативних змін, 11 – шкалу позитивних змін. До шкали негативних змін (Changes in Outlook Negative, CiON) належать твердження № 1, 2, 3, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25 і 26. До шкали позитивних змін (Changes in Outlook Positive, CiOP) зараховують твердження № 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 23 і 24. Діапазон можливих балів для шкали негативних змін коливається від 15 до 90, для шкали позитивних змін – від 11 до 66. На сьогодні опитувальник активно використовується в різноманітних дослідженнях із широкою варіацією груп респондентів. Адаптацію та апробацію україномовної версії методики «Опитувальник змін у поглядах» здійснено Д. Зубовським [13]. «Опитувальник змін у поглядах» представлено в Додатку 1.

Опитувальник посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory) – одна з перших психометричних методик для кількісного оцінювання посттравматичного зростання, розроблена у 1996 році R. Tedeschi та L. Calhoun [220]. Вона містить 21 твердження, призначені для оцінювання позитивних психологічних змін. В основу методики покладено набір тверджень, створений R. Tedeschi та L. Calhoun унаслідок проведення системних клінічних спостережень та ретельного опрацювання наукової літератури з тематики позитивних посттравмівних змін особистості. За базовим теоретичним припущенням розробників усі виділені твердження мають рівномірно розподілятися за трьома основними сферами позитивних змін: 1) зміни в «Я» (наприклад, «У мене

виникли нові інтереси»); 2) зміни сенсу стосунків з іншими (наприклад, «Я визнаю потребу в інших»); 3) зміни у філософії життя (наприклад, «Мої пріоритети стосовно того, що є важливим у житті, змінилися»). Адаптацію та апробацію україномовної версії методики «Опитувальник посттравматичного зростання» здійснено Д. Зубовським [12].

3.2. Методики діагностики посттравматичного зростання військовослужбовців

В даному параграфі пропонуємо більш детально розглянути комплекс методик, який було застосовано фахівцями Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗС України в ході проведення емпіричного дослідження на вибірках військовослужбовців під час широкомасштабної російсько-української війни для поглибленого вивчення феномену посттравматичного зростання у зазначеній категорії. Застосований психодіагностичний інструментарій є адаптованим до використання в Україні, в тому числі серед військовослужбовців. У комплексному підході до діагностування посттравматичного зростання підбір психодіагностичного інструментарію здійснювався з урахуванням теоретичного аналізу закордонних і українських наукових публікацій. Враховуючи категорію досліджуваних, нами було підібрано і включено до психодіагностичного пакету невеликі за обсягом опитувальники, шкали і методики.

Зокрема, в контексті оцінювання групи ситуаційно-демографічних детермінант посттравматичного зростання було розроблено і застосовано Анкети, які містять запитання про вік, рівень освіти, сімейний стан, досвід безпосередньої участі в бойових діях та інше, що може допомогти з'ясувати, які з цих чинників можуть впливати на розвиток посттравматичного зростання військовослужбовців.

До психодіагностичного інструментарію, що використовувався в емпіричному дослідженні, увійшли:

1. Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін.
2. Гіссенський опитувальник соматичних скарг.
3. Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10.
4. Шкала загальної самоефективності (Р. Шварцер та М. Єрусалем, адаптація В. Ромека).
5. Опитувальник посттравматичного зростання – розширений (PTGI-X; Post-Growth Change Inventory–Expanded).
6. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.
7. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької.
8. Опитувальник «Перелік симптомів ПТСР» за шкалою PCL-5.
9. Анкета посттравматичного зростання військовослужбовців, звільнених з ворожого полону (умов примусової ізоляції).
10. Анкета посттравматичного зростання військовослужбовців, які проходять медико-психологічну реабілітацію.
11. Анкета посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій.
12. Анкета-відгук службової і професійної діяльності на військового спеціаліста.

Розвиток посттравматичного зростання дослідники пов'язують, перш за все з ознаками посттравматичного стресового розладу. Для діагностування ПТСР у комплекс психодіагностичного інструментарію нами було включено **Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау**. Опитувальник було розроблено групою авторів – N. Breslau, E. Peterson, R. Kessler, L. Schultz у 1999 році. Опитувальник є семисимптомною шкалою скринінгу ПТСР, у якій п'ять симптомів – з групи уникання і оніміння, а два – з групи гіперзбудження (Додаток 2) [80].

За даними розробників опитувальника і результатів його застосування на практиці оцінка 4 або вище за цією шкалою визначає

позитивні випадки ПТСР із чутливістю 80%, специфічністю 97%, позитивним прогностичним значенням 71% та негативним прогностичним значенням 98%, що свідчить про ефективність цього методу скринінгу ПТСР [80].

Перевагою застосування опитувальника для скринінгу ПТСР серед військовослужбовців є можливість отримання достовірної інформації в умовах обмеженого часу та навантаження на досліджуваних. Опитувальник широко використовується, як зарубіжними [80; 116; 129], так і українськими науковцями.

З початку російської агресії з 2014 року Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау широко використовується в роботі психологів Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України. За цей період за допомогою опитувальника були проведені дослідження серед осіб обох статей, віком від 18 до 65 років, рядового, сержантського і старшинського та офіцерського складу, які виконували завдання за призначенням у складі Сухопутних військ ЗС України. Отримані результати було викладено у звітах науково-дослідних робіт, наукових статтях, методичних посібниках [24; 25; 26; 27; 34].

Для виявлення скарг з приводу стану фізичного здоров'я нами було застосовано **Гіссенський опитувальник соматичних скарг** (Brähler et. all., 2008) (Додаток 3).

Вперше опитувальник був створений спеціалістами психосоматичної клініки Гіссенського Університету Е. Brähler та J. Scheer у 1967 році для виявлення психосоматичної зумовленості або взаємозумовленості фізичних нездужань. Опитувальник рекомендується застосовувати, як в індивідуальних дослідженнях, так і в групових.

Повна версія опитувальника містить 57 симптомів, які інтерпретуються на рівні окремих пунктів, проте згодом авторами було виокремлено 24 пункти, які стало можливим використовувати окремо від інших пунктів і, таким чином, з'явилася коротка версія, яка позначається як GBB-24. Її застосування можливе у віковій

категорії від 16 років і старше. Для відповіді на запитання досліджуваному дається 10-15 хвилин [78].

Стандартні значення GBV були зібрані в 1975 році з калібрувальної вибірки з 1601 особи, яка була репрезентативною для людей віком 18-60 років, які проживали в Німеччині. В 1994 році для короткої форми GBV-24 було зроблено оновлення стандартних значень репрезентативною для населення калібрувальної вибірки за участі 2182 осіб. У 2008 році розробники методики опублікували оновлення стандартних значень опитувальника [79].

Гіссенський опитувальник соматичних скарг був апробований більше, ніж у 200 клініках на вибірці близько 20 тис. осіб. Опитувальник призначений для визначення психосоматичної обумовленості або взаємообумовленості фізичних нездужань. За допомогою психосоматичного опитувальника можна фіксувати окремі скарги, реєструвати у вигляді чотирьох окремих шкал комплекси скарг, а також визначати сумарну оцінку інтенсивності скарг і схильність до них.

В Україні опитувальник було адаптовано Д. Харченком (у версії 57 запитань) [56].

Аналіз наукової літератури свідчить про широке застосування Гіссенського опитувальника соматичних скарг в роботах українських і зарубіжних дослідників [10; 27; 45; 57; 58].

Варіант опитувальника з 24 запитань [79] застосовується в практичній діяльності НДЦ ГП ЗС України з 2014 року.

Опитувальник складається з 5 шкал:

- шкала 1 «Виснаження» (В) – характеризує неспецифічний чинник виснаження, що вказує на загальну втрату життєвої енергії, потребу в допомозі;
- шкала 2 «Шлункові скарги» (Ш) – відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових нездужань;
- шкала 3 «Ревматичний характер» (Р) – відображає суб'єктивні страждання пацієнта, що мають алергічний або статичний характер;

- шкала 4 «Серцеві скарги» (С) – вказує на те, що особа локалізує свої нездужання здебільшого в серцево-судинній сфері;
- шкала 5 «Інтенсивність скарг» або «Тиск» (Т) – характеризує загальну інтенсивність скарг.

Дослідження здоров'я військовослужбовців та необхідність визначення зв'язку між посттравматичним зростанням і показниками фізичного здоров'я дає підстави внести до психодіагностичного інструментарію цю методику [73; 119; 148; 154; 192; 225].

Аналіз результатів досліджень стійкості особистості, у напрямі вивчення посттравматичного зростання, дає підстави при виборі методики дослідження стійкості надати перевагу **Шкалі резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10)** (Campbell-Sills & Stein, 2007) (Додаток 4) [16; 22; 28; 61; 89].

Шкала є однією з найбільш високо оцінених шкал серед використовуваних для досліджень резильєнтності методик завдяки своїм психометричним характеристикам.

Методика дозволяє вимірювати кілька компонентів резильєнтності:

- здатність пристосовуватися до змін;
- здатність впоратися зі стресом;
- здатність залишатися зосередженим і чітко мислити;
- можливість не відступати перед невдачею;
- здатність впоратися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток [16].

Існує декілька версій Шкали – CD-RISC-25, CD-RISC-10 та CD-RISC-2.

Шкала CD-RISC-25 складається з 25 запитань, застосовується для різних культур і цілком пристосована до широких досліджень. Цей варіант Шкали був розроблений з акцентом на аспект можливості чи здатності до успішного копінгу (подолання) в ситуаціях труднощів. Задачею нашого дослідження не було вивчення розгорнутих особливостей резильєнтності, коли доцільно використовувати CD-RISC-25.

Шкалу CD-RISC-10 розробили L. Campbell-Sills і M. Stein (2007) на основі факторного аналізу. Шкала складається з десяти оригінальних найбільш інформативних пунктів (тверджень), відібраних з CD-RISC-25.

На думку S. Gonzalez і колег десятипозиційна шкала є психометрично кращою, порівняно з одновимірною шкалою із 25 пунктів [16; 123].

CD-RISC-2 – це коротка шкала, яка використовується для вимірювання прогресу після лікування.

Оскільки стійкість найчастіше асоціюється із досвідом травми, дослідницького інтересу набуває вивчення цього феномену з використанням Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона серед представників військового середовища, оскільки саме ця конкретна популяція часто відчуває унікальні травми та стресори, особливо коли мова йде про досвід участі в бойових діях [8; 22; 28; 76; 184; 230].

Адаптація україномовної версії Шкали резильєнтності Коннора – Девідсона-10 (CD-RISC-10) було здійснено в 2020 році двома незалежними групами науковців – представниками Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова [16; 61] і Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Вчені зійшлися на тому, що Україномовна версія Шкали резильєнтності Коннора – Девідсона-10 (CD-RISC-10) має достатній рівень надійності та внутрішньої узгодженості, що дозволяє використовувати її з науковою метою та в клінічній практиці [61].

Шкала складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4). Кількісний показник резильєнтності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40) [22].

Методика **«Шкала загальної самооефективності»** (Р. Шварцер та М. Єрусалем, адаптація В. Ромека) [36; 201] у напряму вивчення посттравматичного зростання, є достатньо

затребуваною, як серед закордонних, так і українських науковців (Додаток 5)

Самоефективність людини може розглядатися в якості особистісного ресурсу особистісного зростання [29; 72; 120; 154].

Вагома кількість досліджень із застосуванням цієї методики була проведена на вибірках військовослужбовців Збройних Сил України та інших силових структур [5; 21; 30; 32; 33; 35; 36].

Згідно R. Schwarzer загальна самоефективність – це конструкт, який визначається, як широке і стабільне відчуття компетентності особистості в тому, що вона здатна ефективно долати різноманітні стресові ситуації. Ефективні особистості більш здатні виявляти стійкість і наполегливість перед викликами, оскільки вони переконані у своїх можливостях змінювати ситуації і поведінку таким чином, щоб досягати кращих результатів.

Концепція самоефективності була сформульована в межах соціально-когнітивного підходу А. Bandura. Німецька версія шкали самоефективності (загальної SE, General Self-Efficacy Scale), опрацьована R. Schwarzer та M. Jerusalem у 1979 р., першопочатково складалася із 20 пунктів. У подальших дослідженнях її було модифіковано у нову версію, яка містить 10 пунктів. Сьогодні Шкала самоефективності адаптована 33 мовами. Шкала дозволяє визначити рівень відчуття загальної самоефективності. Її можна застосовувати для визначення здатності успішно адаптуватися до життєвих змін, що дає змогу розглядати самоефективність, як індикатор якості життя та психологічного благополуччя в певний період.

Досліджуваний має оцінити кожне твердження, вибираючи один із чотирьох варіантів: «повністю невірно», «скоріш невірно», «скоріш вірно», «повністю вірно». Рівень самоефективності визначають шляхом підрахунку балів відповідей на 10 запитань – всі з прямим ключем.

Українською мовою методику перекладено І. Галецькою. Порівняльний аналіз кроскультурних досліджень підтвердив дискримінантну та ретестову валідність, внутрішня консистентність шкали адаптованих версій становила згідно з критерієм α Кронбаха

0,75 – 0,91, в українській версії – 0,84 [9]. В 2014 році з'явилися наукові публікації щодо психометричного аналізу україномовної версії методики [6].

Наявність у військовослужбовців посттравматичного зростання нами визначається за допомогою Опитувальника посттравматичного зростання R. Tedeschi та L. Calhoun (PTGI-X; The posttraumatic growth inventory–Expanded) (Додаток 6) [221].

Опитувальник складається з 25 тверджень, щодо яких досліджуваним пропонується вказати, в якій мірі та чи інша зміна відбулася в їхньому житті внаслідок участі у бойових діях із захисту України. Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «я не відчув цієї зміни» = 0 до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» = 5). Ці 25 тверджень відповідають п'ятьом шкалам (по 5 на кожному): стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення, духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя. Сума балів за всіма твердженнями складає загальний показник зростання.

Оцінка для перших п'яти шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 25 балів. Для шостої шкали, як сумарного показника п'яти попередніх, оцінка може варіюватися у діапазоні від 0 до 125 балів.

Ефективність застосування методики підтверджена в роботах закордонних і українських науковців [22; 23; 77].

Для оцінювання інтенсивності бойового досвіду військовослужбовців використовується **«Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду»** (Combat Exposure Scale – CES) [151] (Додаток 7).

Вибір цієї методики обґрунтовується високими психометричними властивостями україномовної версії Combat Exposure Scale у вибіркових сукупностях учасників АТО/ООС, військовослужбовців, а також результатами емпіричних досліджень з оцінюванням взаємозв'язку між інтенсивністю бойового досвіду та посттравматичним зростанням [83; 105; 151; 163; 175].

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду використовується фахівцями Науково-дослідного центру

гуманітарних проблем з 2014 року, а також зустрічається в інших роботах українських вчених [14; 26; 27; 44; 49; 51].

Методика була розроблена в 1989 році групою науковців із Медичного центру Адміністрації у справах ветеранів США і призначена для оцінювання кількісних параметрів частоти та тривалості участі військовослужбовців у різних екстремальних ситуаціях збройного конфлікту [151]. Методика передбачає актуалізацію таких аспектів бойового досвіду, як: кратність перебування в бойових дозорах; виконання бойового завдання в умовах підвищеної небезпеки; термін перебування в зоні обстрілу з боку противника; кількість осіб у підрозділі комбатанта, яких було вбито, поранено або які зникли безвісти під час військових дій тощо.

Шкалу побудовано згідно із критеріями шкалювання за Лайкертом (варіанти відповіді від 1 до 5). Загальноприйнятий формат методики включає 7 запитань. Оцінювання результатів шкали проводиться у два етапи: обчислення «сірих балів»; конверсія показників «сірих балів» із використанням корегувальних коефіцієнтів. Така двоетапність процесу підрахунку результатів зумовлена теоретичним припущенням розробників про те, що відображений у кожному окремому запитанні бойовий досвід має різну вагу в ході оцінювання загальної інтенсивності психотравмального впливу. На етапі обрахунку «сірих балів» здійснюють звичайне сумування значень кожної відповіді респондента. «Сирі бали» можуть коливатися в діапазоні від 0 до 35 [151].

Після конверсії всі отримані показники сумують. Вони можуть коливатися від 0 до 41. Рівень інтенсивності впливу бойових стресчинників можна визначити за такою градацією: 0–8 (легкий), 9–16 (нижче середнього), 17–24 (середній), 25–32 (вище середнього), 33–41 (високий).

Для визначення особливостей впливу особистісних рис на розвиток посттравматичного зростання використовується **Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької** (Додаток 8).

Опитувальник ТІРІ призначено для діагностування п'яти глибинних особистісних рис, виокремлених в п'ятифакторній теорії особистості: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду. Ці риси розуміються, як універсальні, надкультуральні та наддемографічні. Опитувальник складається з 10 тверджень, щодо яких досліджуваним пропонується оцінити те, в якому ступені кожна якість йому притаманна. Оцінювання здійснюється за семибальною шкалою Лайкерта (від «повністю незгоден» = 1 до «повністю згоден» = 4).

Розробниками опитувальника є S. Gosling, P. Rentfrow і W. Swann [124]. Опитувальник перекладено на понад двадцять мов, а психометричні характеристики адаптованих версій свідчать про її діагностичну спроможність, що відкриває великі можливості для кроскультурних досліджень.

В Україні Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) було адаптовано психологами Львівського національного університету імені Івана Франка М. Кліманською і І. Галецькою [20].

В ході роботи з вивчення посттравматичного зростання військовослужбовців нами, за результатами застосування Опитувальника для скринінгу посттравматичного стресового розладу N. Breslau та ін., були отримані попередні дані, які спонукали доповнити психодіагностичний інструментарій методикою, що дозволила би більш детально вивчити наявність ознак ПТСР у досліджуваних. Зазначимо, що багато хто з досліджуваних отримали свій унікальний досвід переживання подій в умовах нестандартного ведення війни з боку противника (із одночасним застосуванням усіх видів конвенційної зброї та подекуди неймовірної щільності ведення вогню, застосуванням заборонених видів зброї), тривалої безпосередньої участі в бойових діях тощо.

Наразі більшість сучасних методик для діагностики посттравматичних станів орієнтована не на класифікацію ICD

(Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду), розроблену ВООЗ, а на DSM (Діагностичний та статистичний інструментарій для психічних розладів).

Так, нещодавно було опубліковано п'ятий перегляд DSM, у якому діагностичні критерії для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) суттєво змінені. Замість чотирьох кластерів симптомів у DSM-IV з'явився ще й п'ятий – із додаванням негативних думок, оціночних суджень, почуттів [4].

Враховуючи ці зміни до підходу щодо діагностування ПТСР, на нашу думку, доцільно в якості додаткового інструментарію використовувати опитувальник **Перелік симптомів ПТСР за шкалою PCL-5** (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5); F. Weathers, B. Litz, T. Keane, P. Palmieri, B. Marx, & P. Schnurr) (Додаток 9) [232; 233].

Опитувальник PCL-5 було адаптовано для використання на українській популяції співробітниками кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О. О. Богомольця [4].

Опитувальник PCL-5 складається із 20 запитань та, на відміну від PCL-IV, існує лише в одній версії, без поділу на цивільний та військовий варіанти. В ньому оцінюють, окрім наявності самої травмивної події, 4 кластери симптомів, які відповідають таким в DSM-5. Мова йде про:

- симптоми інтрузії (критерій В, 5 запитань), включаючи рекурентні дистресорні спогади про травмивну подію, сновидіння, дисоціативні реакції тощо;
- симптоми уникнення (критерій С, 2 запитання), включаючи уникнення ситуацій, людей, місць, спогадів, почуттів, пов'язаних із травмивною подією;
- негативні зміни в думках та настрої, пов'язані із травмивною подією (критерій D, 7 запитань), включаючи неможливість згадати важливі аспекти події, негативні думки та очікування про себе та навколишній світ, почуття провини тощо;
- значні зміни у збудливості та реактивності (критерій Е, 6 запитань), включаючи спалахи гніву, надпильність, порушення

сну, порушення концентрації уваги, почуття «на взводі» та самодеструктивну поведінку [59].

Кожне запитання оцінюють за класичною 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 балів (симптом зовсім відсутній / жодним чином) до 4 балів (екстремально виражений / надзвичайно сильно). Отже, мінімально та максимально можлива кількість балів складає 0 та 80 відповідно [59].

Щоб інтерпретувати результати можна використовувати два підходи:

1. Підрахунок балів за кластерами симптомів. Клінічно значимими симптоми ПТСР вважають, якщо обстежуваний набрав мінімум 2+ бали на 1 запитання критерію В, 1 запитання критерію С, 2 запитання критерію D та 2 запитання критерію E [59].

2. Підрахунок загальної кількості балів. Скринінг на ПТСР вважається позитивним за умови, якщо кількість балів перевищує 33.

Для встановлення ПТСР у пацієнта має бути експозиція до травмуючої події. Тривалість симптомів має становити більше одного місяця.

Для вивчення соціально-демографічних і соціально-психологічних чинників (стать, освіта, наявність або відсутність дітей, ступінь залученості до професійної діяльності, широта родинних зв'язків і т.і.) було розроблено анкети із запитаннями для різних категорій військовослужбовців (учасників бойових дій; звільнених із полону (умов примусової ізоляції); поранених (травмованих), які проходять медико-психологічну реабілітацію). (Додатки 10-12)

Для вибірки військовослужбовців – учасників бойових дій, також використовується «Анкета-відгук службової і професійної діяльності на військового спеціаліста» (Додаток 13).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв, Н., Пішко, І., Лозінська, Н. (2014) Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій : метод. реком. для військовослужбовців учасників бойових дій. Київ : НДЦ ГП ЗСУ.
2. Бачега, Х. (2023). Тортури, голод і приниження. Звільнені українці розповіли про російський полон. <https://www.bbc.com/ukrainian/features-66518484>
3. Безверхий, О. (2020). Проблема посттравматичного зростання в сучасній практичній психології. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали V міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 03-04 квіт. 2020 р.). К. : КНУ імені Тараса Шевченка. 24–25.
4. Безшейко, В. (2016). Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Т. 1, № 1, 30–31. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/3%2896%29/pages-30-31/adaptaciya-shkali-dlya-klinichnoyi-diagnostiki-ptsr-ta-opituvalnika-perelik-simptomiv-ptsr-dlya-ukrayinskoji-populyaciyi-#gsc.tab=0>
5. Березовська, Л. (2020). Психологічні особливості самоєфективності військових. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали V міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 03-04 квіт. 2020 р.). Київ. : КНУ імені Тараса Шевченка. 26–28.
6. Бірон, Б. (2014). Психометричний аналіз української версії шкали загальної самоєфективності. *Актуальні проблеми прикладної психології* : матеріали всеукр. конф. (м. Київ, 2-3 жовт. 2014 р.). Київ. 16–19.
7. Булен, П. (2022). Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія. <https://DOI:10.26766/PMGP.V7I2.375>
8. Вельдбрехт О., Тавровецька Н. (2022). Шкала сприйнятого

- стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*. №2 (25). <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
9. Галецька І. (2003). Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації. *Вісник Львівського університету*. Вип. 5, 433–441.
 10. Долинний С. (2021). Психосоматичні чинники внутрішньої конфліктності у педагогів закладів вищої освіти [Рукопис] : дис. ... доктора філософії : 053 – Психологія, 05. Київ. 272 с. <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Дис%20Дол.pdf>
 11. Євсюков, О., Куфлієвський, А., Лебедев, Д. та ін. (2007). Екстремальна психологія : підручник / за ред. О. В. Тімченка. К. : ТОВ «Август Трейд».
 12. Зубовський, Д. (2018). Адаптація та апробація україномовної версії методики «Опитувальник посттравматичного зростання». *Психологічний часопис : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. № 7. Вип. 17, 121–135.
 13. Зубовський, Д. (2018). Апробація україномовної методики «Опитувальник змін у поглядах». *Військова психологія у вимірах війни та миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали III міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 2-3 берез. 2018 р.). Київ : КНУ імені Тараса Шевченка. 59–61.
 14. Зубовський, Д. (2019). Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Київ. 285 с.
 15. Кількість людей з інвалідністю в Україні зросла за півтора року війни. 19 вересня 2023. <https://news.online.ua/naslidki-viyni-kilkist-lyudey-z-invalidnistyu-v-ukrayini-zrosla-na-300-tisyach-864321/>.
 16. Кіреєва, З., Односталко, О., Бірон, Б. (2020). Психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (CD-RISC-10). *Габітус*. Вип. 14, 110–117.

17. Климчук, В. (2015). Посттравматичний стресовий розлад, депресія та мотивація зцілення. <https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/klymchukstattja.pdf>
18. Климчук, В. (2016). Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. №5, 46–52.
19. Климчук, В. (2021). Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД.
20. Кліманська, М., Галецька, І. (2021). Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR). *Психологічний часопис : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. № 3. Вип. 7, 57–74.
21. Коkun, О. (2021). Опитувальник професійної життестійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*. № 1(1), 90–104. http://dcpp.nuczu.edu.ua/images/2021-1/2021_1_8.pdf
22. Коkun, О. (2022). Всеукраїнське опитування «Твоя життестійкість в умовах війни» : *препринт*. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.
23. Коkun, О. (2022). Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. *Актуальні проблеми психології*. Т. V. Вип. 22, 78–86. <https://lib.iitta.gov.ua/732780/>
24. Коkun, О., Агаєв, Н., Пішко, І., Лозінська, Н. (2016). Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Вип. 20, 84–93.
25. Коkun, О., Агаєв, Н., Пішко, І., Лозінська, Н. (2018). Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ.
26. Коkun, О., Агаєв, Н., Пішко, І., Лозінська, Н., Остапчук, В. (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ.

27. Коқун, О., Агаев, Н., Пішко, І., Лозінська, Н., Корня, Л. (2019). Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ.
28. Коқун, О., Клочков, В., Мороз, В., Пішко, І., Лозінська, Н. (2022). Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посібник. Київ-Одеса : Фенікс. <https://lib.iitta.gov.ua/731412>
29. Коқун, О., Мельничук, Т. (2023). *Резилієнс-довідник : практичний посібник*. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/7346325>
30. Коқун, О., Мороз, В., Пішко, І., Лозінська, Н. (2021). Формування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до виконання завдань за призначенням під час бойового злагодження : метод. посіб. К. : 7БЦ.
31. Коқун, О., Мороз, В., Пішко, І., Лозінська, Н. (2022). Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ-Одеса : Фенікс.
32. Коқун, О., Пішко, І. (2013). Особливості та динаміка розвитку лідерських якостей курсантів. *Вісник Національного університету оборони України*. 3 (34), 223–229.
33. Коқун, О., Пішко, І., Лозінська, Н. (2013). Кількісне оцінювання рівня розвитку лідерських якостей курсантів. *Вісник Національного університету оборони України*. 4 (35), 222–226.
34. Коқун, О., Пішко, І., Лозінська, Н. (2017). Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Вип. 22, 143–150.
35. Коқун, О., Пішко, І., Лозінська, Н. Копаниця, О., Малхазов, О. (2011). Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ.
36. Коқун, О., Пішко, І., Лозінська, Н., Копаниця, О. (2011). Діагностування психологічної готовності військовослужбовців

- військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ.
37. Кокур, О., Пішко, І., Лозінська, Н., Олійник, В., Хоружий, С., Ларіонов, С. (2022). Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ».
38. Костін, А. (2023). Росія вибудувала розвинену систему тортур та жорстокого поводження з українцями – як військовополоненими, так і цивільними. (07 вересня). <https://www.gp.gov.ua/ua/posts/andrii-kostin-rosiya-vibuduvala-rozvinenu-sistemu-tortur-ta-zorstokogo-povodzennya-z-ukrayincyami-yak-viiskovopolonenimi-tak-i-civilnimi>
39. Лазос, Г. (2016). Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Т. І. Вип. 45*, 120–127.
40. Лазос, Г. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Т. 3. Вип. 14*, 6–64.
41. Лесков, В., Грязнов, І. (2006). Сутність і причини виникнення нервовопсихічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Т. VIII, Вип. 3*, 91–97.
42. Ліпатов, І., Шестопалова, Л., Афанасенко, В. (1999). Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності : навч. посіб. Харків : ХВУ.
43. Лушин, П. (2016). Посттравматический рост и условия экологического сопровождения травматических переживаний. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. Вип. 4*, 11–25. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2016_4_4
44. Марута, Н., Заворотний, В. (2019). Клініко-психопатологічні особливості, діагностика, терапія посттравматичних стресових

- розладів у військовослужбовців. *Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин* : матеріали ХІХ Української наук.-практ. конф. (м. Харків, 9-10 квіт. 2019 р.). Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 104–111.
45. Мозгова, Г., Візнюк, І. (2021). Психологічна реабілітація психосоматичних хворих працездатного віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. Вип. 16 (61)*. [https://doi:10.31392/npu-nc.series12.2021.16\(61\).06](https://doi:10.31392/npu-nc.series12.2021.16(61).06)
46. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи* (2018) : навч. посіб. [Гридковець, Л. та ін. ; за заг. ред. Л. Гридковець]. Том 3. Київ. <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
47. Осьодло, В., Зубовський, Д. (2017). Кількісний та якісний підхід до оцінювання посттравматичного зростання особистості. *Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі* : тези доп. всеукр. наук.-практ. конф. (м. Мукачево, 17-18 трав. 2017 р.). Мукачево : МДУ. 38–40.
48. Осьодло, В., Зубовський, Д. (2020). Індивідуально-психологічні чинники посттравматичного зростання учасників бойових дій на сході України. *Український психологічний журнал. № 1 (13)*, 157–175.
49. Осьодло, В., Зубовський, Д. (2021). Ситуаційно-демографічні детермінанти прояву посттравматичного зростання учасників АТО. *Проблеми екстремальної та кризової психології. № 1(1)*, 17–33. <https://doi:10.52363/dcpp.2021.1.2>
50. Предупреждение пыток: Справочник для персонала ОБСЕ на местах. (2009). ОБСЕ. <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=498aab152>
51. Синишина, В. (2021). Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. Вип. 4*, 162–170.

52. *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій* (2019) : практ. посіб. [Т. Титаренко, М. Дворник, В. Климчук та ін. ; за наук. ред. Т. М. Титаренко]. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД.
53. *Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації* (2019) : підручник [колектив авторів; за заг. ред. В. Осьодла]. Київ : НУОУ ім. Івана Черняхівського.
54. Тохтамиш, О. (2018). Посттравматичне зростання в реабілітаційному процесі. *Соціальна робота*. 1(3). <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2018/3-1/13>
55. Харитоновна, Н. (2023). Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»*. №1, 167–189. [1https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/78/69](https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/78/69)
56. Харченко, Д. (2006). Адаптація Гісенівського запитальника соматичних скарг. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Т. VIII. Ч. 8.
57. Харченко, Д. (2011). Психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04. Київ. 41 с.
58. Харченко, Д. (2015). *Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень* : навч. посіб. К. : Видавничий Дім «Слово».
59. Чабан, О., Безшейко, В. (2017). Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. *Діагностика та лікування психічних та наркологічних розладів. Український вісник психоневрології*. Т. 25. Вип. 2 (91). 80–84. <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/77c/77c643e2c9087260508345602ed40467.pdf>
60. Шелюг, О. (2014). Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій. *Психологія і особистість*. №1. 112–129.

61. Школіна, Н., Шаповал, І., Орлова, І., Кедик, І. & Станіславчук, М. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора – Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2, 66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
62. Щонайменше 25 000 українців втратили кінцівки через вторгнення РФ, Sky News. 20 вересня 2023. <https://focus.ua/uk/voennye-novosti/593956-shchonaaymenshe-25-000-ukrajinciv-vtratile-kincivki-cherez-vtorgnennya-rf-sky-news>; <https://nv.ua/ukr/ukraine/events/skilki-ukrajinciv-vtratile-kincivki-cherez-viynu-rf-proti-ukrajini-50354901.html>
63. Abraido-Lanza, A., Guier, C. & Colon, R. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 54, 405–424.
64. Ai, A., Tice, T., Whitsett, D., Ishisaka, T., Chim, M. (2007). Posttraumatic symptoms and growth of Kosovar war refugees: The influence of hope and cognitive coping. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 55–65.
65. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 886 p. [ISBN 978-0-89042-061-4](#). [ISBN 978-0-89042-062-1](#). [ISBN 0-89042-061-0](#).
66. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.)*. Washington, DC: Author. Crossref. 947 p. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
67. Anikhatchadourian, A. (2012). Exploring ways in which trainee therapists address autonomy when working with culturally diverse clients who have experienced trauma: A qualitative analysis of an aspect of posttraumatic growth. Doctoral dissertation. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3543528).
68. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

69. Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2), 71–80. <https://doi.org/10.1002/smi.2460060203>
70. Armeli, S., Gunthert, K. & Cohen, L. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 366–395.
71. Armfield, F. (1994). Preventing posttraumatic stress disorder resulting from military operations. *Military Medicine*, 159(12.1), 739–746.
72. Arnold, D., Calhoun, L., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239–263. <https://doi.org/10.1177/0022167805274729>
73. Barskova, T., Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1709–1733. <https://doi:10.1080/09638280902738441>
74. Baumann, S. (2018). From posttraumatic stress disorder to posttraumatic growth: A paradigm shift or paradox?. *Nurs. Sci. Q*, 31, 287–290. <https://doi.org/10.1177/0894318418774923>
75. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Ruscio, A., Shahly, V. et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*, 46(2), 327–343. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869975/>
76. Bezdjian, S., Schneider, K., Burchett, D., Baker, M., Garb, N. (2017). Resilience in the United States Air Force: Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Psychol Assess*, 29(5), 479–485. <https://doi:10.1037/pas0000370>
77. Blight, S. & Norris, K. (2018). Positive psychological outcomes following Antarctic deployment. *The Polar Journal*, 8(2), 351–363. <https://doi.org/10.1080/2154896X.2018.1541552>

78. Brähler, E. & Scheer, J. (1995). Der Gießener Beschwerdebogen. 2. ergänzte und revidierte Aufl. Bern : Huber.
79. Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. (2008). GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen [GBB-24. Giessen Complaint List]. Bern, Switzerland : Hans Hube.
80. Breslau, N., Peterson, E., Kessler, R., Schultz, L. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*, *156*(6), 908–911. [https://doi: 10.1176/ajp.156.6.908](https://doi:10.1176/ajp.156.6.908)
81. Briere, J., Scott, C. (2012). Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment. Second edition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine.
82. Burt, M., Katz, B. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal violence*, *2*(1), 57–81.
83. Bush, N., Skopp, N., McCann, R., & Luxton, D. (2011). Posttraumatic growth as protection against suicidal ideation after deployment and combat exposure. *Military Medicine*, *176*(11), 1215–1222. <http://dx.doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00018>
84. Calhoun, L. & Tedeschi, R. (1999). Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. Mahwah, NJ: Erlbaum.
85. Calhoun, L. & Tedeschi, R. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC: American Psychological Association.
86. Calhoun, L. & Tedeschi, R. (2006). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: research and practice* (pp. 1-3). Mahwah, NJ: Erlbaum.
87. Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, *15*, 93–102.
88. Calhoun, L., Cann, A., Tedeschi, R. & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, *3*(3), 521–527. [https://doi: 10.1023/A:1007745627077](https://doi:10.1023/A:1007745627077)

89. Campbell-Sills, L., & Stein, M. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
90. Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R. et al. (2010). The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety Stress Coping, 23*(1), 19–34.
91. Cao, C., Wang, L., Wu, J., Li, G., Fang, R., Cao, X., Liu, P., Luo, S., Hall, B., & Elhai, J. (2018). Patterns of posttraumatic stress disorder symptoms and posttraumatic growth in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors: A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 1549. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01549>
92. Carrion, V., & Kletter, H. (2012). Posttraumatic stress disorder: Shifting toward a developmental framework. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21*, 573–591. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.004>
93. Christopher, M. (2006). A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology review, 24*, 75–98.
94. Chun, S., Lee, Y. (2010). The Role of Leisure in the Experience of Posttraumatic Growth for People with Spinal Cord Injury. *Journal of Leisure Research, 42*(3), 393–415.
95. Creamer, M., O'Donnell, M., Carboon, I., Lewis, V., Densley, K., McFarlane, A., Silove, D., Briant, R. (2009). Evaluation of the Dispositional Hope Scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality, 43*(4), 613–617.
96. Currier, J., Lisman, R., Irene Harris, J., Tait, R., & Erbes, C. (2013). Cognitive processing of trauma and attitudes toward disclosure in the first six months after military deployment. *Journal of clinical psychology, 69*(3), 209–221.

97. Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of personality and social psychology*, 75(2), 561–574.
98. Decker, V. (2016). *Posttraumatic growth in combat veterans with PTSD* [Master-thesis. University of Twente]. https://essay.utwente.nl/70673/1/Decker_MA_BMS.pdf
99. Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94–101.
100. Dekel, S., Mandl, C., & Solomon, Z. (2011). Shared and unique predictors of post-traumatic growth and distress. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 241–252.
101. Dohrenwend, B., Neria, Y., Turner, J., Turse, N., Marshall, R., Lewis-Fernandez, R., & Koenen, K. (2004). Positive tertiary appraisals and posttraumatic stress disorder in U.S. male veterans of the war in Vietnam: The roles of positive affirmation, positive reformulation, and defensive denial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 417–433. <https://doi:10.1037/0022-006X.72.3.417>
102. Elder, G., Clipp, E. (1989). Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life. *Journal of personality*, 57(2), 311–341.
103. Elder, G., Gimbel C., Ivie R. (1991). Turning points in life: The case of military service and war. *Military Psychology*, 3, 215–231.
104. Engelhard, I., Lommen, M., Sijbrandij M. (2014). Changing for Better or Worse? Posttraumatic Growth Reported by Soldiers Deployed to Iraq. *Clinical Psychological Science*, 3(5). <https://doi.org/10.1177/2167702614549800>
105. Erbes, C., Eberly, R., Dikel, T., Johnsen, E., Harris, I., Engdahl, B. (2005). Posttraumatic Growth among American Former Prisoners of War. *Traumatology*, 11(4), 285–295.
106. Eriksson, M., Lindström, B., & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special

- case? *Journal of epidemiology and community health*, 61(8), 684–688. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.047498>
107. Evers, A., Kraaimaart, F., Langveld, W., Jongen, P., Jacobs, J., Bijlsma, J. Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for Chronic diseases. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 69, 1026–1037.
108. Feder, A., Southwick, S., Goetz, R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B. W., et al. (2008). Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry*, 71, 359–370. <https://doi:10.1521/psyc.2008.71.4.359>
109. Finkel, N. (1975). Strens, traumas, and trauma resolution. *American Journal of Community Psychology*, 3(2), 173–178.
110. Flanagan, S., Patterson, T. (2015). Longitudinal investigation of the relationship between unconditional positive self-regard and posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 191–200.
111. Flowers, S. (2014). Veterans' experience of posttraumatic growth through Christian spirituality: A heuristics study. Doctoral dissertation. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3669371).
112. Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *The American journal of geriatric psychiatry*, 17(12), 1030–1039.
113. Frankl, V. (1954). The concept of man in psychotherapy. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 47, 975–980. <https://doi.org/10.1177/003591575404701115>
114. Frazier, P., Conlon, A. (2001). Glaser, T. Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048–1055.
115. Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does selfreported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Journal of Psychological Science*, 20(7), 912–919.

116. Freedy, J., Steenkamp, M., Magruder, K., Yeager, D., et al. (2010). Post-traumatic stress disorder screening test performance in civilian primary care. *Family Practice*, 27, 615–624. <https://doi:10.1093/fampra/cmq049>
117. Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103–110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
118. Galea, M. (2014). The Relationship of Personality, Spirituality and Posttraumatic Growth to Subjective Wellbeing. *Open Access Library Journal*, 1(8), 1–10. <https://doi:10.4236/oalib.1101069>
119. Galea, M. (2018). Predicting Post-Traumatic Growth among a sample of Maltese Tertiary Students. *Psychology*, 9(11). <https://doi.org/10.4236/psych.2018.911146>
120. Galea, M. (2017). Vicarious PTG after Fireworks *Trauma Psychology*, 8(14). [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/journal/paperinformation.aspx?paperid=81281](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/journal/paperinformation.aspx?paperid=81281)
121. Gallaway, M., Millikan, A., & Bell, M. (2011). The association between deployment-related posttraumatic growth among US army soldiers and negative behavioral health conditions. *Journal of clinical psychology*, 67(12), 1151–1160.
122. Godfrey, R., Lilley, S., & Brewis, J. (2012). Biceps, bitches and borgs: Reading Jarhead's representation of the construction of the (Masculine) military body. *Organization Studies*, 33(4), 541–562. <https://doi.org/10.1177/0170840612443458>
123. Gonzalez, S., Moore, E., Newton, M., & Galli, N. (2016). Validity and Reliability of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in Competitive Sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 23, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.10.005>
124. Gosling, S., Rentfrow, P., Swann, W. (2003). A Very Brief Measure of the Big Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504–528. [https://doi:10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi:10.1016/S0092-6566(03)00046-1)
125. Gray, M., Schorr, Y., Nash, W., Lebowitz, L., Amidon, A., Lansing, A., et al. (2012). Adaptive disclosure: An open trial of a novel exposure-based intervention for service members with combat-

- related psychological stress injuries. *Behavior Therapy*, 43, 407–415.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.09.001>
126. Greenberg, J., Tsai, J., Southwick, S., Pietrzak, R. (2020). Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the national health and resilience in veterans study // PubMed. 2020, Dec 24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33601714/>
127. Grinker, R., Spiegel, J. (1945). Men Under Stress. *Philadelphia*, 5, 86–106.
128. Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327–338. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20124>.
129. Guo, J., Yang, Y., Li, X., Jiang, X., Guo, M., Liu, Z., Huang, P., Pan, J. (2019). Research Progress on Post-Traumatic Stress Disorder and Its Animal Model. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 9(4). [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55.\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2488246](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55.))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2488246)
130. Habib, A., Stevelink, S., Greenberg, N., Williamson, V. Post-traumatic growth in (ex-) military personnel: review and qualitative synthesis. *Occupational Medicine*, 68(9), 617–625. <https://doi:10.1093/occmed/kqy140>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30590773/>
131. Hall, B., Hobfoll, S., Palmieri, P., Canetti-Nisim, D., Shapira, O., Johnson, R., & Galea, S. (2008). The psychological impact of impending forced settler disengagement in Gaza: Trauma and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 22–29. <https://doi.org/10.1002/jts.20301>
132. Harris, J., Erbes, C., Engdahl, B., Tedeschi, R., Olson, R., Winskowski, A., McMahill, J. (2010). Coping functions of prayer and posttraumatic growth. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20(1), 26–38.
133. Helgeson, V., Reynolds, K., & Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 74, 797–816. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>

134. Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
135. Hijazi, A., Keith, J., & O'Brien, C. (2015). Predictors of posttraumatic growth in a multiwar sample of US Combat veterans. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 21(3), 395.
136. Huss, E., & Samson, T. (2018). Drawing on the arts to enhance salutogenic coping with health-related stress and loss. *Frontiers in Psychology*, 9, e1612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01612>
137. Idan, O., Eriksson, M., & Al-Yagon, I. (2017). The Salutogenic Model: The role of generalized resistance resources. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 57–70). Springer.
138. Jackson, C. (2003). An autogenic approach to the management of critical incidents and examination of teacher's stress responses and coping, and school management strategies and interventions. PhD Thesis, Swinburne University, Australasian Digital Theses Program.
139. Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113–136.
140. Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
141. Janoff-Bulman, R. (1992). Happystance. (1992). A review of Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective. *Contemporary Psychology*, 37, 162–163.
142. Johansson, L., Lingfors, H., Golsäter, M., Kristenson, M., & Fransson, E. (2021). Physical activity related to mastery and vitality in a Swedish adult population with economic difficulties. *BMC Public Health*, 21, e2193. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12194-6>

143. Joseph, S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*, 18(2), 335–344.
144. Joseph, S. (2011). *What Doesn't Kill Us: The New Psychology of Posttraumatic Growth*. Basic Books; New York, NY, USA. [[Google Scholar](#)]
145. Joseph, S., Butler L. (2010). Positive Changes Following Adversity PTSD Research Quarterly. 21(3), 1–3.
146. Joseph, S., Linley, P., Andrews, L., Harris, G., Howle, B., Woodward, C., Shevlin, M. (2005). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: psychometric evaluation of the changes in outlook questionnaire. *Psychological assessment*, 17(1), 70–80.
147. Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6(2), 271–279.
148. Kadri, A., Gracey, F., Leddy, A. (2022). What Factors are Associated with Posttraumatic Growth in Older Adults? A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*. <https://doi:10.1080/07317115.2022.2034200>
149. Kaiser, A., Park, C., King, L., King, D., Shuster, J., Spiro, A., Moore, J., Kaloupek, D., Keane, T. (2011). Long-term effects of coping with extreme stress: Longitudinal study of Vietnam-era repatriated prisoners of war. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 680–690.
150. Kalmbach, K., & Moore, B. (2019) Posttraumatic Growth in Military Populations: Theory, Research, and Application. https://digitalcommons.tamusa.edu/psyc_faculty/13
151. Keane, T., Fairbank, J., Caddell, J. Zimering, R., Taylor, K., & Mora, C. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment*, 1, 53–55. <https://doi:10.1037/1040-3590.1.1.53> PTSDpubs ID: 01555.
152. Keeling, M., Ozuna, S., Kintzle, S., & Castro, C. (2018). Veterans' civilian employment experiences: Lessons learnt from focus groups.

- Journal of Career Development*, 46(6), 692–705.
<https://doi.org/10.1177/0894845318776785>
153. Keeling, M., Williamson, H., Williams, V., Kiff, J., Evans, S., Murphy, D., Harcourt, D. (2023). Body image and psychosocial well-being among UK military personnel and veterans who sustained appearance-altering conflict injuries. *Military psychology*, 35(1), 12–26. <https://doi.org/10.1080/08995605.2022.2058302>
154. Kim, Y. (2022). Factors Associated With Post-Traumatic Growth in Korean Survivors of Childhood Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 49(1), 71–80. <https://doi:10.1188/22.ONF.71-80>
155. Klosky, J., Krull, K., Kawashima, T., Leisenring, W., Randolph, M., Zebrack, B., Stuber, M., Robison, L., & Phipps, S. (2014). Relations between posttraumatic stress and posttraumatic growth in long-term survivors of childhood cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Health Psychology*, 33(8), 878–882. <https://doi.org/10.1037/hea0000076>
156. Kokun, O. (2023). The personal growth resources of the adult population following the first months of the war in Ukraine. *International Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ijop.1291>
157. 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(3), 315-326. <https://www.ijpsy.com/volumen20/num3/554.html>
158. Kolb, B., & Gibb, R. (2014). Searching for the principles of brain plasticity and behavior. *Cortex*, 58, 251–260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2013.11.012>.
159. Kondratyuk, V., & Puchalska-Wasyl, M. (2019). Posttraumatic growth, resiliency, and basic hope in soldiers fighting in Eastern Ukraine. *Annals of Psychology*, 22(3), 213–231. <http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2019.22.3-2>

160. Kovack, K. (2012). Coping-mediated differences in posttraumatic growth. Doctoral dissertation. 2012. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3522911).
161. Kulka, R., Schlenger, W., Fairbanks, J., Hough, R., Jordan, B., Marmar, C., Weiss, D., & Grady, D. (1990). Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York, NY: Brunner Mazel.
162. Lahav, Y., Bellin, E., & Solomon, Z. (2016). Posttraumatic Growth and Shattered World Assumptions Among Ex-POWs: The Role of Dissociation. *Psychiatry*, 79(4), 418–432. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1142776>
163. Lee, J., Luxton, D., Reger, G., Gahm, G. (2010). Confirmatory factor analysis of the Posttraumatic Growth Inventory with a sample of soldiers previously deployed in support of the Iraq and Afghanistan wars. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 813–819.
164. Lehmann, A. (1986). Gefangenschaft und Heimkehr. Deutsche Kriegsgefangene in der Sowjetunion. München, 40–53. <https://www.amazon.de/Albrecht-Lehmann-Gefangenschaft-KriegsgefangeneSowjetunion/dp/B00QZ0IM04>
165. Lepore, S., & Helgeson, V. (1998). Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89–106. <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jsocp.1998.17.1.89>
166. Lepore, S., & Revenson, T. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 24–46).
167. Linley, P., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
168. Liu, A., Wang, L., Li, H., Gong, J., & Liu, X. (2017). Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 380–389.

https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2017/05000/correlation_between_posttraumatic_growth_and.7.aspx

169. Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.
170. Maguen, S., Vogt, D., King, L., King, D., & Litz, B. (2006). Posttraumatic growth among Gulf War I veterans: The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics. *Journal of Loss and Trauma*, 11(5), 373–388. <https://doi:10.1080/15325020600672004>
171. Malinak, D., Holt, M., Patterson, V. (1979). Adults reactions to the death of a parent. *American Journal of Psychiatry*, 136. 1152–1156.
172. Mana, A., Catz, O., Mana, Y., Neuman, M., Benheim, S., & Sagy, S. (2021). How Do People Cope During the COVID-19 Pandemic and Stay Well? A Salutogenic Longitudinal Study in Israel. *Frontiers in psychology*, 12, 729543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.729543>
173. Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3). 442–454.
174. Mark, K., Stevelink, S., Choi, J., & Fear, N. (2018). Post-traumatic growth in the military: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(12), 904–915. <https://www.jstor.org/stable/26894646>
175. Marotta-Walters, S., Choi, J., Shaine, M. (2015). Posttraumatic growth among combat veterans: A proposed developmental pathway. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 356–363.
176. Marshall, E., Frazier, P., Frankfurt, S., & Kuijer, R. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and depreciation after two major earthquakes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 112–121. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000005>
177. Mattson, E., James, L., & Engdahl, B. (2018). Personality Factors and Their Impact on PTSD and Post-traumatic Growth is Mediated by

- Coping Style Among OIF/OEF Veterans. *Military medicine*, 183(9-10), 475–480. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx201>
178. McMillen, J., Fisher, R. (1998). The Perceived Benefit Scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*, 22, 173–187.
179. McMillen, L., Smith, E., Fisher, R. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733–739.
180. Michael, C., Cooper, M. (2013). Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*, 28(4), 18–33. <http://doi:10.53841/bpscpr.2013.28.4.18>
181. Michélsen, H., Therup-Svedenlöf, C., Backheden, M., & Schulman, A. (2017). Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *European journal of psychotraumatology*, 8. <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2017.1302691>
182. Moran, S., Schmidt, J., & Burker, E. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder in veterans. *Journal of Rehabilitation*, 79(2), 34–43. [https://www.researchgate.net/publication/279037964Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Disorder in Veterans](https://www.researchgate.net/publication/279037964Posttraumatic_Growth_and_Posttraumatic_Stress_Disorder_in_Veterans).
183. Morris, B., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 575–585.
184. Nagle, Y., Rani, E., Masood, A. (2021). Validation of Connor-Davidson resilience scale on Indian military soldiers. *European Journal of Psychological Research*, 8(1), <https://www.idpublications.org/wp-content/uploads/2021/01/Full-Paper-VALIDATION-OF-CONNOR-DAVIDSON-RESILIENCE-SCALE-ON-INDIAN-MILITARY-SOLDIERS.pdf>
185. Naik, A., & Khan, S. (2019). Post traumatic growth: An overview. *International Journal of Advance and Innovative Research*, 6 (4, II). https://www.researchgate.net/publication/336881274_post_traumatic_growth_an_overview

186. Nordstrand, A., Bøe, H., Holen, A., Reichelt, J., Gjerstad, C., & Hjemdal, O. (2020). Social support and disclosure of war-zone experiences after deployment to Afghanistan—Implications for posttraumatic deprecation or growth. *Traumatology*, *26*(4), 351–360. <https://doi.org/10.1037/trm0000254>
187. Palmer, E., Murphy, D., & Spencer-Harper, L. (2017). Experience of post-traumatic growth in UK veterans with PTSD: a qualitative study. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, *163*(3), 171–176. <https://doi.org/10.1136/jramc-2015-000607>
188. Papadopoulos, R. (2002). Refugees, home and trauma. In *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. Edited by R. Papadopoulos. London: Karnac.
189. Park, C., Aldwin, C., Fenster, J., & Snyder, L. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(3), 300–312. <http://doi:10.1037/a0014054>.
190. Park, C., Cohen, L., Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality*, *64*(1), 71–105.
191. Peterson, C., Park, N., Pole, N., D’Andrea, W., & Seligman, M. (2008). Strength of Character and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 214–217.
192. Pięta, M., Rzeszutek, M. (2021). Posttraumatic growth and well-being among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis in recognition of 40 years of HIV/AIDS. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-021-02990-3>
193. Pietrzak, R., Goldstein, M., Malley, J., Rivers, A., Johnson, D., Morgan, C., & Southwick, S. (2010). Posttraumatic growth in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Journal of Affective Disorders*, *126*(1), 230–235.
194. *Post-Traumatic Growth for Military Service Personnel: Facilitator’s Guide Religious Education Brigham Young University*. (2014). <https://www.churchofjesuschrist.org/bc/content/shared/>

[english/military/2018/Facilitators-Guide-Post-Traumatic-Growth.pdf?lang=eng](https://doi.org/10.1080/15325020902724271)

195. Powell, T., Ekin-Wood, A., Collin, C. (2007). Post-traumatic growth after head injury: a long-term follow-up. *Brain Injury*, 21(1), 31–38.
196. Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14(5), 364–388. [https://doi: 10.1080/15325020902724271](https://doi.org/10.1080/15325020902724271).
197. Rajkumar R. (2021). Suffering and Salutogenesis: A Conceptual Analysis of Lessons for Psychiatry From Existential Positive Psychology (PP2.0) in the Setting of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychology*, 12, 646334. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646334>
198. Roger, V. (2007). An examination of the relationships among trauma, posttraumatic growth and related factors. Doctoral dissertation. 2007. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3268719).
199. Schok, M., Kleber, R., & Lensvelt-Mulders, G. (2010). A model of resilience and meaning after military deployment: personal resources in making sense of war and peacekeeping experiences. *Aging & mental health*, 14(3), 328–338. <https://doi.org/10.1080/13607860903228812>
200. Schroevers, M., Helgeson, V., Sanderman, R., Ranchor, A. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46–53. <https://doi:10.1002/pon.1501>.
201. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-Nelson.
202. Seidm Mahmoodi, J., Rahimi, C., Mohamadi, N. (2011). Resiliency and religious orientation: Factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(4), 145–150.

203. Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 433–439. <https://doi:10.1002/jts.21730>
204. Shakespeare-Finch, J., & Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*(4), 421–424. <https://doi:10.1002/jts.20347>
205. Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
206. Sheikh, A. (2008). Posttraumatic growth in trauma survivors: Implications for practice. *Counseling Psychology Quarterly, 21*(1), 85–97.
207. Sledge, W., Boydstun, J., Rahe, A. (1980) Self-concept changes related to war captivity. *Arch Gen Psychiatry, 37*, 430–443.
208. Solomon, Z., Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 303–312 <https://doi:10.1002/jts.20216>
209. Solomon, Z., Waysman, M., Neria, Y., Ohry, A., Schwarzwald, J., Wiener, M. (1999). Positive and negative changes in the lives of Israeli former prisoners of war. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(4), 419–435.
210. Staugaard, S., Johannessen, K., Thomsen, Y., Bertelsen, M., & Berntsen, D. (2015). Centrality of Positive and Negative Deployment Memories Predicts Posttraumatic Growth in Danish Veterans. *Journal of clinical psychology, 71*(4), 362–377.
211. Suedfeld, P., Brcic, J., Johnson, P., & Gushin, V. (2012). Personal growth following long-duration spaceflight. *Acta Astronaut, 79*, 118–123.
212. Suliman, S., Mkabile, S., Fincham, D., Ahmed, R., Stein, D., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive psychiatry, 50*(2), 121–127.

213. Tait, R. (2014). *The Role of Prayer Coping and Disclosure Attitudes in Posttraumatic Outcomes Among Iraq and Afghanistan Veterans*. Doctoral dissertation. 2014. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3605004).
214. Taku, K., Cann, A. (2014). Cross-national and religious relationships with posttraumatic growth: The role of individual differences and perceptions of the triggering event. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 45*(4), 601–617.
215. Taku, K., Cann, A., Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of traumatic stress, 21*(2), 158–164. <https://doi.org/10.1002/jts.20305>
216. Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1994). The perceived benefits scale: Assessing the positive side of trauma. Paper presented at the annual meeting of the Southeastern Psychological Association, New Orleans.
217. Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
218. Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18. https://doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
219. Tedeschi, R., & McNally, R. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *The American psychologist, 66*(1), 19–24. <https://doi.org/10.1037/a0021896>
220. Tedeschi, R., Calhoun, L. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471.
221. Tedeschi, R., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress, 30*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
222. Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic growth: Changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.

223. Tedeschi, R., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. (2018). *Posttraumatic growth : theory, research and applications*. New York, NY : Routledge.
224. Thomas, L., DiGiulio, R., Sheehan, N. (1991). Identifying loss and psychological crisis in widowhood. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 79–295.
225. Tsai, J., El-Gabalawy, R., Sledge, W., Southwick, S., & Pietrzak, R. (2014). Post-traumatic growth among veterans in the USA: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychological Medicine*, 45(1), 165–179. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001202>
226. Tsai, J., Pietrzak, R. (2017). Trajectories of posttraumatic growth among US military veterans: a 4-year nationally representative, prospective cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(5), 483–492.
227. Tsai, J., Sippel, L., Mota, N., Southwick, S., & Pietrzak, R. (2016). Longitudinal course of posttraumatic growth among US Military Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Depression and anxiety*, 33(1), 9–18.
228. Ullman, S. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 257–271.
229. Ullman, S., & Filipas, H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369–389. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011125220522>.
230. Valladares-Garrido, M., Huamani-Colquichagua, Y., Anchay-Zuloeta, C., Picón-Reátegui, C., Valladares-Garrido, D. (2022). Time in Service and Resilience in Active Military Personnel during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Northern Peru. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(17), 11052. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711052>
231. Wassif, J. (2014). The utilization of adventure based programming to foster posttraumatic growth within a veteran population: A mixed

- methods study. Doctoral dissertation. 2014. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3672991).
232. Weathers, F., Blake, D., Schnurr, P., Kaloupek, D., Marx, B., Keane T. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>.
233. Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Schnurr, P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>.
234. Willey, R. (2013). The gift of trauma: Stories of posttraumatic growth and spiritual transformation in war survivors from Uganda and Viet Nam. Doctoral dissertation. 2013. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3591681).
235. Wood, M., Britt, T., Thomas, J., Klocko, R., & Bliese, P. (2011). Buffering effects of benefit finding in a war environment. *Military Psychology*, 23(2), 202–209. <https://doi:10.1080/08995605.2010.521732>
236. Wortman, C. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15, 81–90.
237. Wu, R., Ma, Q., Lei, Y., Xu, Z., Li, K., Wang, L., & Qu, L. (2023). Personal growth and values in a 90-day head-down bed rest experiment. *Acta Astronaut*, 202, 453–461.
238. Wu, X., Kaminga, A., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., Liu, A. (2018). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 243, 408–415. <https://doi:10.1016/j.jad.2018.09.023>.
239. Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.
240. Yan, S., Yang, J., Ye, M., Chen, S., Xie, C., Huang, J., Liu, H. (2021). Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.658307/full>
241. Zerach, G., Solomon, Z., Cohen, A., Ein-Dor, T. (2013). PTSD, Resilience and Posttraumatic Growth Among ExPrisoners of War and Combat Veterans. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(2), 91–99.

- 242.Zhenxiang, Z., Yaping, Y., Ruili, W., Juan, L., Beilei, L. (2012). Posttraumatic growth, anxiety, depression of stroke survivors. *Life Science Journal*, 9(4), <http://lifesciencesite.com>
- 243.Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <http://doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008>

ДОДАТКИ

Додаток 1

Опитувальник змін у поглядах

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Прочитайте, будь-ласка, наведені нижче твердження і оцініть, наскільки Ви з ними згодні в результаті зміни Ваших поглядів через участь в бойових діях:

- 1 = абсолютно незгоден;
- 2 = незгоден;
- 3 = не зовсім згоден;
- 4 = в чомусь згоден;
- 5 = згоден;
- 6 = повністю згоден».

№	Твердження	1	2	3	4	5	6
1	Я не очікую від майбутнього нічого хорошого						
2	Моє життя позбавлене сенсу						
3	Я більше не відчуваю в собі сили справлятися зі справами						
4	Я більше не сприймаю життя як буденнуріч						
5	Я тепер значно більше ціную своїх друзів та рідних						
6	Я відчуваю себе людиною, яка пізнала життя						
7	Я більше не відчуваю тривоги і страху, коли думаю про смерть						
8	Тепер я проживаю кожен день в повнусилу						
9	Тепер я дуже боюся смерті						
10	Я ставлюся до кожного дня як до подарунка						
11	Мені весь час здається, що мене очікує щось погане						
12	Я почав краще розуміти інших і з більшим терпінням до них ставитись						

13	Тепер я значно більше вірю в людей						
14	Я не сприймаю людей або речі навколо мене як щось звичайне						
15	Я дуже хотів би відмотати час назад та перенестися туди, де нічого цього ще не трапилося						
16	Іноді мені здається, що бути гарною людиною безглуздо						
17	Тепер я не довіряю людям						
18	Мені весь час здається що я знаходжуся у підвішеному стані						
19	Я практично не вірю в себе						
20	Я став жорсткішим з оточуючими						
21	Я став менш терпимим до оточуючих						
22	Мені набагато складніше спілкуватися з оточуючими						
23	Тепер я більше ціную людей						
24	Тепер я більш рішуче добиваюся успіху в житті						
25	Мене більше нічого не радує						
26	Мені здається, що моє тіло померло і жива лише голова						

**Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу
Н. Бреслау та ін.**

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін. (Breslau et al., 1999) містить 7 запитань.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Дайте, будь-ласка, відповідь на 7 запитань, які наведені нижче, щодо можливої травматичної події (подій), що трапилися під час Вашої участі в бойових діях. Обведіть кружечком свою відповідь».

1. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або дій?

- Так

- Ні

2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?

- Так

- Ні

3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

- Так

- Ні

4. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

- Так

- Ні

5. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

- Так

- Ні

6. Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?

- Так

- Ні

7. Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?

- Так

- Ні

Обробка результатів

Чотири та більше позитивні відповіді вказують на ймовірність у респондента діагнозу ПТСР.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Brähler et. all., 2008) виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я. Він містить 24 симптоми, розподілені за чотирма шкалами (по 6 на кожному): виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла та серцеві скарги. Шкали не відображають клінічні синдроми, які дозволяють діагностувати те чи інше захворювання. Вони виражають середнє поєднання фізичних нездужань, що відчуються людиною.

Сума симптомів складає загальну кількість соматичних скарг (інтенсивність скарг). Вираженість кожного симптому оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 0 = симптом відсутній до 4 = симптом сильно виражений).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Уважно прочитайте представлені нижче 24 симптоми погіршення здоров'я і зробіть відповідну позначку (обведіть кружечком свою відповідь), залежно від ступеня прояву в себе кожного симптому останнім часом:

- 0 = симптом відсутній;
- 1 = симптом злегка відчувається;
- 2 = симптом дещо виражений;
- 3 = симптом відчутно виражений;
- 4 = симптом сильно виражений».

1. Відчуття слабкості	0	1	2	3	4
2. Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця	0	1	2	3	4
3. Відчуття тиску або переповнення в животі	0	1	2	3	4
4. Підвищена сонливість	0	1	2	3	4
5. Болі в суглобах і кінцівках	0	1	2	3	4
6. Запаморочення	0	1	2	3	4
7. Болі в попереку або спині	0	1	2	3	4
8. Болі в шії (потилиці) або плечових суглобах	0	1	2	3	4
9. Блювота	0	1	2	3	4
10. Нудота	0	1	2	3	4
11. Відчуття «комка в горлі», звуження горла або спазму	0	1	2	3	4

12. Відрижка	0	1	2	3	4
13. Печія або кисла відрижка	0	1	2	3	4
14. Головні болі	0	1	2	3	4
15. Швидка виснаженість	0	1	2	3	4
16. Втома	0	1	2	3	4
17. Відчуття загальмованості (затмарення свідомості)	0	1	2	3	4
18. Відчуття тяжкості або втоми в ногах	0	1	2	3	4
19. Млявість	0	1	2	3	4
20. Колючі або тягнучі болі в грудях	0	1	2	3	4
21. Болі в шлунку	0	1	2	3	4
22. Напади задишки (задухи)	0	1	2	3	4
23. Відчуття тиску в голові	0	1	2	3	4
24. Серцеві напади	0	1	2	3	4

Обробка результатів

Обчислюються показники за шкалами:

1. *Виснаження*: $1 + 4 + 15 + 16 + 17 + 19$.

Показник характеризує неспецифічний чинник виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії.

2. *Шлункові скарги*: $3 + 9 + 10 + 12 + 13 + 21$.

Відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових скарг.

3. *Болі в різних частинах тіла*: $5 + 7 + 8 + 14 + 18 + 23$.

Відображає суб'єктивні страждання пацієнта, що мають алгічний або спастичний характер.

4. *Серцеві скарги*: $2 + 6 + 11 + 20 + 22 + 24$.

Шкала вказує на локалізацію скарг переважно в серцево-судинній сфері.

5. *Тиск* – загальна кількість соматичних скарг, включає всі 24 вищенаведені скарги і є інтегральним показником опитувальника.

Оцінка для перших чотирьох шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 24 балів (оскільки кожна шкала складається з 6 пунктів). Для 5-ї шкали, як сумарного показника чотирьох попередніх, оцінка може варіюватися від 0 до 96 балів.

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills, & Stein, 2007), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру напроти кожного з них:

- 0 = повністю невірно;
- 1 = зрідка вірно;
- 2 = вірно час від часу;
- 3 = часто вірно;
- 4 = вірно майже у всіх випадках.

Пам'ятайте, що в даному випадку правильних» чи «неправильних» відповідей бути не може».

№	Твердження	Варіанти відповіді				
		0	1	2	3	4
1	Здатний адаптуватися до змін	0	1	2	3	4
2	Можу впоратися з усім, що трапиться	0	1	2	3	4
3	Дивлюся на речі з гумористичного боку	0	1	2	3	4
4	Впевнений, що подолання стресу зміцнює	0	1	2	3	4
5	Швидко відновлююсь після хвороби або труднощів	0	1	2	3	4
6	Можу досягти своїх цілей не зважаючи на перепони	0	1	2	3	4
7	Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно	0	1	2	3	4
8	Важко розчарувати невдачею	0	1	2	3	4
9	Думаю про себе як про сильну людину	0	1	2	3	4
10	Можу впоратися з неприємними почуттями	0	1	2	3	4

Обробка результатів

Кількісний показник психофізіологічної стійкості за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40).

Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема

Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема (Schwarzer, & Jerusalem, 1995) складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за чотирьохбальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 1 до «повністю вірно» = 4).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями стосовно ефективності Вашої військово-професійної діяльності, обвівши кружечком відповідну цифру:

1 = повністю невірно;

2 = скоріш невірно;

3 = скоріш вірно;

4 = повністю вірно».

№ з/п	Твердження	Повністю невірно	Скоріш невірно	Скоріш вірно	Повністю вірно
1	Якщо я добре постараюсь, то завжди знайду вирішення навіть складних проблем	1	2	3	4
2	Якщо мені щось заважає, то я все ж знаходжу шляхи досягнення своєї мети	1	2	3	4
3	Мені достатньо легко досягати своїх цілей	1	2	3	4
4	В несподіваних ситуаціях я завжди знаю, як поводитись	1	2	3	4
5	Я вірю, що можу справитись з непередбаченими труднощами	1	2	3	4
6	Якщо я докладу достатньо зусиль, то зможу справитись з більшістю проблем	1	2	3	4
7	Я готовий до будь-яких труднощів, оскільки покладаюсь на власні здібності	1	2	3	4
8	Якщо переді мною постає якась проблема, то я звичайно знаходжу кілька варіантів її вирішення	1	2	3	4

9	Я можу щось придумати навіть у безвихідній, на перший погляд, ситуації	1	2	3	4
10	Я звичайно здатен(а) тримати ситуацію під контролем	1	2	3	4

Обробка результатів

Кількісний показник самоефективності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 10 до 40).

Отримані результати інтерпретуються таким чином:

36-40 балів – висока самоефективність;

30-35 балів – вища за середню;

25-29 балів – середня;

20-24 бали – нижча за середню;

19 і менше балів – низька.

Опитувальник посттравматичного зростання – розширений (PTGI-X)

Опитувальник складається з 25 тверджень, щодо яких досліджуваним пропонується вказати, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у їхньому житті внаслідок участі у бойових діях із захисту України. Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «я не відчув цієї зміни» = 0 до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» = 5). Ці 25 тверджень відповідають п'ятьом шкалам (по 5 на кожен): стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення, духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя. Сума балів за всіма твердженнями складає загальний показник зростання.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Для кожного з нижченаведених 25 тверджень вкажіть, обвівши кружечком відповідну цифру, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у Вашому житті внаслідок участі у бойових діях із захисту України:

- 0 = я не відчув цієї зміни;
- 1 = я відчув цю зміну в дуже незначній мірі;
- 2 = я відчув цю зміну незначною мірою;
- 3 = я відчув цю зміну в помірній мірі;
- 4 = я пережив цю зміну значною мірою;
- 5 = я пережив цю зміну в дуже великому ступені».

1. Я змінив свої пріоритети щодо того, що дійсно є важливим в житті	0	1	2	3	4	5
2. Я став більше цінувати цінність власного життя	0	1	2	3	4	5
3. У мене з'явилися нові інтереси	0	1	2	3	4	5
4. У мене зросло почуття впевненості в собі	0	1	2	3	4	5
5. Я став краще розуміти нематеріальний бік життя	0	1	2	3	4	5
6. У мене зросла впевненість в тому, що можу розраховувати на людей у скрутний час	0	1	2	3	4	5
7. Я намітив новий шлях для свого життя	0	1	2	3	4	5
8. У мене зросло відчуття близькості з іншими	0	1	2	3	4	5
9. Я охочіше став висловлювати свої емоції	0	1	2	3	4	5
10. У мене зросла впевненість в тому, що можу впоратися з труднощами	0	1	2	3	4	5
11. Я зрозумів, що можу зробити різні сторони свого життя кращими	0	1	2	3	4	5

12. Я став більш позитивно сприймати те, як усе складається в моєму житті	0	1	2	3	4	5
13. Я став краще цінувати кожен день свого життя	0	1	2	3	4	5
14. Для мене стали доступними нові можливості, яких раніше не було	0	1	2	3	4	5
15. У мене зросла здатність співчуття до інших	0	1	2	3	4	5
16. Я став вкладати більше зусиль в успішність своїх стосунків	0	1	2	3	4	5
17. У мене зросла рішучість змінити те, що потребує змін	0	1	2	3	4	5
18. У мене зміцнилися мої життєві переконання	0	1	2	3	4	5
19. Я з'ясував, що сильніший, ніж думав раніше	0	1	2	3	4	5
20. Я багато дізнався про те, які насправді люди можуть бути чудовими	0	1	2	3	4	5
21. Я став краще розуміти потреби інших	0	1	2	3	4	5
22. У мене зросло відчуття гармонії зі світом	0	1	2	3	4	5
23. У мене зросло відчуття взаємопоєднання з усім існуючим в світі	0	1	2	3	4	5
24. Для мене стали зрозумілішими питання про життя і смерть	0	1	2	3	4	5
25. Я став краще розуміти сенс життя	0	1	2	3	4	5

Обробка результатів

Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з ключем (сума балів).

1. Стосунки з оточуючими – 8, 9, 15, 16, 21.
2. Нові можливості – 1, 3, 6, 7, 14.
3. Особистісне зміцнення – 4, 10, 17, 19, 23.
4. Духовні та екзистенційні зміни – 5, 18, 22, 24, 25.
5. Поцінування життя – 2, 11, 12, 13, 20.
6. Загальний показник – сума всіх показників.

Оцінка для перших п'яти шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 25 балів. Для шостої шкали, як сумарного показника п'яти попередніх, оцінка може варіюватися у діапазоні від 0 до 125 балів.

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Keane et al., 1989) використовується з метою визначення інтенсивності дії на військовослужбовця семи основних бойових стресорів. Інтенсивність кожного бойового стресора оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 0 = жодного разу до 4 = більше 50 разів).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Сім нижченаведених запитань пов'язані за з Вашим особистим досвідом участі у бойових діях. Під кожним запитанням є шкала, що має ранги від 0 до 4. Оберіть на цій шкалі позицію, обвівши кружечком відповідну цифру, яка максимально наближена до Вашого бойового досвіду».

1. Чи ходили Ви коли-небудь у військовий дозор або виконували інше завдання в умовах підвищеної небезпеки?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

2. Чи перебували Ви коли-небудь в зоні обстрілу з боку противника?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

3. Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

4. Скільки людей у відсотковому співвідношенні у Вашому підрозділі було вбито, поранено чи пропало без вісти під час бойових дій?

0	1	2	3	4
жодного	між 1-25 %	між 26-50%	між 51-75%	більше ніж 75%

5. Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

6. Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

7. Як часто Ви наражалися на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

Обробка результатів

Враховується кількісний показник інтенсивності кожного з семи бойових стресорів, а також їх сумарне значення, що відображає загальну інтенсивність дії на військовослужбовця бойових стресорів.

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (ТІРІ)

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (україномовна адаптація М. Кліманської та І. Галецької – ТІРІ-UKR) використовується з метою діагностування п'яти глибинних особистісних рис, виокремлених в п'ятифакторній теорії особистості: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду. Ці риси розуміються як універсальні, надкультуральні та наддемографічні. Опитувальник складається з 10 тверджень, щодо яких досліджуваним пропонується оцінити те, в якому ступені кожна якість йому притаманна. Оцінювання здійснюється за семибальною шкалою Лайкерта (від «повністю незгоден» = 1 до «повністю згоден» = 4).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Позначте, будь ласка, кожне твердження (обвівши кружечком), відповідно до того, в якому ступені кожна пара якостей Вас характеризує:

- 1 = повністю незгоден;
- 2 = незгоден;
- 3 = скоріш незгоден;
- 4 = важко сказати;
- 5 = скоріш згоден;
- 6 = згоден;
- 7 = повністю згоден».

Бачу себе як людину, яка є:

1. Товариська, активна	1	2	3	4	5	6	7
2. Критична, конфліктна	1	2	3	4	5	6	7
3. Сумлінна, дисциплінована	1	2	3	4	5	6	7
4. Тривожна, схильна перейматися	1	2	3	4	5	6	7
5. Відкрита до нового, різностороння	1	2	3	4	5	6	7
6. Стримана, тиха	1	2	3	4	5	6	7
7. Тактовна, співчутлива, приязна	1	2	3	4	5	6	7
8. Неорганізована, легковажна	1	2	3	4	5	6	7
9. Спокійна, емоційно стабільна	1	2	3	4	5	6	7
10. Не любить змін і пошуку нових рішень	1	2	3	4	5	6	7

Обробка результатів

Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з ключем (сума балів). Пункти, позначені *, рахують з інверсією. Оцінка для всіх шкал знаходиться в діапазоні від 2 до 14 балів.

1. Екстраверсія: 1, 6*.
2. Дружелюбність: 2*, 7.
3. Добросовісність: 3, 8*.
4. Емоційна стабільність: 4*, 9.
5. Відкритість новому досвіду: 5, 10* .

Опитувальник «Перелік симптомів ПТСР» за шкалою PCL-5

Опитувальник містить 20 запитань, кожне з яких оцінюють від 0 до 4 балів, залежно від вираженості симптому. Його зазвичай використовують для скринінгу ПТСР. Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають у людей у відповідь на великий стрес. Будь-ласка, уважно прочитайте кожен пункт проблеми і потім обведіть кружечком одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки названа проблема турбувала Вас протягом останнього місяця».

	Жодним чином	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
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, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, спітніння)?	0	1	2	3	4
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7. Уникання зовнішніх нагадувань про стресовий досвід (людей, предметів, місць...)?	0	1	2	3	4
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9. Сильні негативні переконання щодо себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, такі думки. як «я поганий», «зі	0	1	2	3	4

	Жодним чином	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти» , «світ – небезпечне місце»)?					
10. Самозвинувачення або звинувачення інших у стресовому досвіді, або у тому, 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 людей?	0	1	2	3	4
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або відчувати любов до близької людини)?	0	1	2	3	4
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка	0	1	2	3	4
16. Занадто ризиковано поводитися або робите речі, які можуть зашкодити Вам?	0	1	2	3	4
17. Бути «суперуважним», дуже пильним або «насторожі»?	0	1	2	3	4
18. Відчуття постійної напруги, знервованості, лякливості?	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

Обробка результатів

Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В (симптоми інтрузії) – від 1-го до 5-го запитання.
- Критерій С (симптоми уникнення) – 6-те та 7-ме запитання відповідно.
- Критерій D (негативні думки та емоції) – від 8-го до 14-го запитання.
- Критерій Е (симптоми надмірної реактивності) – від 15-го до 20-го запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимальний – 80. Для діагнозу ПТСР обов'язковою є наявність експозиції до травматичної події.

Щоб інтерпретувати результати, маємо два підходи:

1. Підрахунок балів за кластерами симптомів. Досліджуваний відповідає на 2+ балів за одним запитанням із критеріїв В та С і на два – критеріїв D та E.

2. Підрахунок загальної кількості балів. Загалом досліджуваний набирає 33 або більше балів.

АНКЕТА
посттравматичного зростання військовослужбовців звільненнях з
ворожого полону (умов примусової ізоляції)

Шановний пане / шановна пані!

Пропонуємо Вам взяти участь у науковому дослідженні, що проводиться Науково-дослідним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України з метою з'ясування соціально-психологічних аспектів перебування громадян України у ворожому полоні (в умовах примусової ізоляції).

Просимо Вас висловити особисту думку з визначеного кола питань. Адже набутий Вами досвід та Ваші думки є надзвичайно важливими для упровадження ефективних заходів підготовки військовослужбовців військових формувань України до виживання в бойових та екстремальних умовах, їх відновлення та реабілітації після повернення додому.

В подальшому надані Вами відповіді опрацьовуватимуться з дотриманням вимог конфіденційності. В процесі обробки відповідей Ваші персональні дані, зазначені в анкеті, будуть деперсоналізовані, а результати – опрацьовані в узагальненому вигляді.

Зважаючи на те, що дослідження проводитиметься у два етапи (через 3 та 9 місяців), просимо вказати Ваші контактні дані для подальшого зв'язку з Вами.

Дякуємо Вам за співпрацю!

ЗАЯВА

про добровільну згоду на участь у науковому дослідженні

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові)

_____ , _____

(військове звання)

(посада)

контактна інформація: моб. телефон +38 (0 _____) _____ ,

електронна пошта: _____ ,

даю згоду на участь у науковому дослідженні щодо вивчення досвіду виживання в екстремальних умовах (полоні) та обробку моїх персональних даних.

Я стверджую, що мене поінформовано про наступне:

перед початком наукового дослідження – щодо його мети, порядку проведення та змісту;

анкетування (тестування) проводиться на добровільних умовах українською мовою (за потреби уточнення змісту та значення запитань – звертатимусь до психолога);

мені доведено про необхідність надати відповіді на всі запитання анкети (тестів).

Згоду на участь у науковому дослідженні **підтверджую власним підписом.**

____.____.20____

(підпис, ім'я та прізвище)

Заяву прийняв і зробив необхідні роз'яснення :

____.____.20____

(підпис психолога, ім'я та прізвище)

Порядок заповнення анкети: Вам пропонується із запропонованих варіантів відповідей на питання, обрати ті, які найбільше співпадають із Вашою думкою. Позначте їх або напишіть власну відповідь там, де це запропоновано.

1. Ваша стать (підкресліть): - чоловіча; - жіноча.

2. Вік (кількість повних років) _____ .

3. Ваш сімейний стан (підкресліть):

- одружений / заміжня;
- неодружений / незаміжня;
- розлучений / розлучена;
- цивільний шлюб (цивільне партнерство);
- вдівець / вдова.

4. Чи є у Вас діти (підкресліть):

- немає дітей;
- одна дитина;
- двоє дітей;
- троє дітей або більше.

5. До якого виду (окремого роду) військ Ви належите (напишіть):

6. Термін перебування на останній посаді _____

7. Військово-облікова спеціальність (ВОС) _____

8. Рівень освіти (підкресліть):

1) цивільна:

- повна загальна середня освіта (9 класів, 11 класів);
- професійна (професійно-технічна) освіта (початковий; базовий; вищий рівні);
- фахова передвища (фаховий молодший бакалавр);
- вища (молодший бакалавр; бакалавр; магістр (спеціаліст); доктор філософії (кандидат наук), доктор наук).

2) **військова**: тактичний рівень; оперативний рівень; стратегічний рівень.

9. **Загальний термін військової служби (вистуга років)** _____

10. **Досвід безпосередньої участі в бойових діях:**

1) з 24 лютого 2022 р. – _____ міс.

2) загальний _____ років _____ міс.

11. **На час захоплення в полон Ви:**

1 - проходили строкову військову службу;

2 - проходили військову службу за контрактом;

3 - проходили службу у військовому резерві;

4 - проходили військову службу за мобілізацією;

5 - належали до територіальної оборони;

6 - належали до добровольчих формувань територіальних громад;

7 - військову службу не проходив (-ла), цивільний (-на);

8 – інше (напишіть) _____

12. **Скільки днів Ви перебували в полоні (напишіть):** _____

13. **Наявність поранень (підкресліть):** _____ - так; _____ - ні;

якщо «так», зазначте їх кількість та важкість _____

14. **Чи отримали унаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із ваших рідних? (підкреслити):** _____ - так; _____ - ні.

15. **Чи загинув унаслідок війни хтось із Ваших рідних? (підкреслити):**

_____ - так; _____ - ні.

16. **Чи постраждало під час війни Ваше житло (підкреслити):**

- житло втрачене або зруйноване;

- житло серйозно пошкоджене;

- житло зазнало часткових ушкоджень;

- житло не постраждало;

- інше _____

17. **Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище після початку широкомасштабної агресії росії (підкреслити):**

- істотно погіршилося;

- погіршилося;

- не змінилося;

- покращилося.

18. **Як Ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни (підкреслити):**

- істотно погіршився;

- погіршився;

- не змінився;

- покращився;

- істотно покращився.

19. Яка стратегія виживання, з Вашої точки зору, найбільш ефективна в полоні? (дайте відповідь по кожному рядку за 5-бальною шкалою, де 5 – найвища, 1 – найнижча оцінка):

Варіанти відповіді	Варіанти оцінки				
	1	2	3	4	5
Активний супротив					
Пасивний опір					
Прикинутися дурником					
Змиритися					
«Овоч» ззовні, людина всередині					
Залишитися «одинаком» («одиначкою»)					
Втеча					
Закритися, нікому й нічого не говорити					
Прикидатися неадекватним (нетямущим), зберігаючи розум					
Йти на співпрацю із противником					
Ваш варіант					

20. Що використовував противник щодо Вас особисто (можна обрати декілька варіантів відповіді) (підкреслити):

- 1 – образи;
- 2 – приниження людської гідності;
- 3 – погрози, залякування;
- 4 – психологічний тиск;
- 5 – побиття;
- 6 – тортури;
- 7 – підкуп;
- 8 – полегшення умов утримування;
- 9 – цькування собаками;
- 10 – постриження налісо;
- 11 – зміна статусу з військовополоненого на кримінального злочинця;
- 12 – ненадання медичної допомоги;
- 13 – зменшення обсягу їжі;
- 14 – інше

(напишіть) _____

21. Як Ви оцінюєте зміни стану особистого здоров'я за час війни (підкреслити):

- істотно погіршився;
- погіршився;
- не змінився;
- покращився
- істотно покращився.

22. Чи надавалася Вам медична допомога, якої потребував Ваш стан здоров'я (підкреслити): - так; - ні

23. Що Вам допомогло вижити й повернутися з полону (можна обрати декілька варіантів відповідей):

- 1 – мої особисті якості (сміливість, витримка, кмітливість тощо);
- 2 – знання про те, як себе поводити в полоні;
- 3 – заходи, що вживала держава щодо звільнення своїх громадян;
- 4 – збіг обставин;
- 5 – довіра до своїх;
- 6 – піклування про інших;
- 7 – віра в Бога;
- 8 – правильно обрана стратегія виживання;
- 9 – заняття, яке я собі знайшов (-шла) і що допомогло мені відволіктися від негативних думок;
- 10 – віра в обов'язкове повернення;
- 11 – думки про рідних та близьких, що я їм потрібен (-на) і вони мене чекають;
- 12 – широкий розголос про перебування громадян України в полоні;
- 13 – віра в Збройні Сили України – вони своїх не залишають;
- 14 – інше (напишіть) _____

24. Яким чином Ви оцінюєте власні життєві перспективи на даний момент (підкреслити):

- внаслідок війни мої життєві перспективи суттєво погіршилися;
- внаслідок війни мої життєві перспективи погіршилися;
- життя через деякий час відновиться на попередньому рівні або близькому до нього;
- оцінюю свої життєві перспективи переважно оптимістично;
- оцінюю свої життєві перспективи безумовно оптимістично.

25. Ваші плани щодо подальшого проходження військової служби (підкреслити):

- буду звільнятися;
- буду продовжувати службу в своєму підрозділі;
- буду продовжувати службу, але не в своєму підрозділі;
- остаточно не вирішив (-ла);
- інше (напишіть) _____

Дякуємо Вам за співпрацю!

АНКЕТА
посттравматичного зростання військовослужбовців, які проходять
медико-психологічну реабілітацію

Шановний пане / шановна пані!

Пропонуємо Вам взяти участь в опитуванні, що проводиться Науково-дослідним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України з метою з'ясування соціальних, психологічних та психофізіологічних змін, що відбулися у військовослужбовців Збройних Сил України під час російсько-української війни.

Просимо Вас висловити особисту думку з визначеного кола питань. Адже набутий Вами досвід та Ваші думки є надзвичайно важливими для упровадження ефективних заходів підготовки військовослужбовців військових формувань України до виконання бойових завдань в екстремальних умовах, їх відновлення та реабілітації.

В подальшому надані Вами відповіді опрацьовуватимуться з дотриманням вимог конфіденційності. В процесі обробки відповідей Ваші персональні дані, зазначені в анкеті, будуть деперсоналізовані, а результати – опрацьовані в узагальненому вигляді.

Зважаючи на те, що опитування проводитиметься у два етапи (через 3 та 9 місяців), просимо вказати Ваші контактні дані для подальшого зв'язку з Вами.

Дякуємо Вам за співпрацю!

ЗАЯВА

про добровільну згоду на участь в опитуванні

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові)

_____ , _____

(військове звання)

(посада)

контактна інформація: моб. телефон +38 (0 _____) _____ ,

електронна пошта: _____ ,

даю згоду на участь в опитуванні щодо вивчення досвіду і соціально-психологічних аспектів участі військовослужбовців у бойових діях та обробку моїх персональних даних.

Я стверджую, що мене поінформовано про наступне:

перед початком опитування – щодо його метою, порядку проведення та змісту;

анкетування (тестування) проводиться на добровільних умовах українською мовою (за потреби уточнення змісту та значення запитань – звертатимусь до психолога);

мені доведено про необхідність надати відповіді на всі запитання анкети (тестів).

Згоду на участь в опитуванні **підтверджую власним підписом.**

____.____.20____

(підпис, ім'я та прізвище)

Заяву прийняв і зробив необхідні роз'яснення :

____.____.20____

(підпис психолога, ім'я та прізвище)

Порядок заповнення анкети: Вам пропонується із запропонованих варіантів відповідей на питання, обрати ті, які найбільше співпадають із Вашою думкою. Позначте їх або напишіть власну відповідь там, де це запропоновано.

1. Ваша стать (підкресліть): - чоловіча; - жіноча.

2. Ваш вік (кількість повних років) _____

3. Ваш сімейний стан (підкресліть):

- одружений / заміжня;
- неодружений / незаміжня;
- розлучений / розлучена;
- цивільний шлюб (цивільне партнерство);
- вдівець / вдова.

4. Якщо Ви одружений/заміжня або проживаєте у цивільному шлюбі, який період часу Ви перебуваєте у стосунках з Вашою дружиною/чоловіком або партнеркою/партнером (зазначте в роках): _____

5. Чи Ваша дружина/чоловік або партнерка/партнер проходять військову службу? - так; - ні.

6. Чи є у Вас діти (підкресліть):

- немає дітей;
- одна дитина;
- двоє дітей;
- троє дітей або більше.

7. До якого виду (окремого роду) військ Ви належите (напишіть):

8. Термін перебування на останній посаді _____

9. Військово-облікова спеціальність (ВОС) _____

10. Рівень освіти (підкресліть):

1) цивільна:

- повна загальна середня освіта (9 класів, 11 класів);
- професійна (професійно-технічна) освіта (початковий; базовий; вищий рівні);
- фахова передвища (фаховий молодший бакалавр);
- вища (молодший бакалавр; бакалавр; магістр (спеціаліст); доктор філософії (кандидат наук), доктор наук).

2) військова: тактичний рівень; оперативний рівень; стратегічний рівень.

11. Загальний термін військової служби (вислуга років) _____

12. Досвід безпосередньої участі в бойових діях:

1) з 24 лютого 2022 р. – _____ міс.

2) загальний _____ років _____ міс.

13. Оцініть рівень Вашої особистої психологічної підготовленості до участі у бойових діях:

- дуже високий;
- високий;
- вищий за середній;
- посередній;
- нижчий за середній;
- низький;
- дуже низький або відсутній.

14. Наявність поранень (підкресліть): - так; - ні;

якщо «так», зазначте їх кількість та важкість _____

15. Чи отримали унаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із Ваших рідних? (підкреслити): - так; - ні.

16. Чи загинув унаслідок війни хтось із Ваших рідних? (підкреслити):

- так; - ні.

17. Чи постраждало під час війни Ваше житло? (підкреслити): - житло

втрачене або зруйноване;

- житло серйозно пошкоджене;
- житло зазнало часткових ушкоджень;
- житло не постраждало;
- інше _____

18. Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище після початку широкомасштабної агресії росії? (підкреслити):

- істотно погіршилося;
- погіршилося;
- не змінилося;
- покращилося.

19. Як Ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни? (підкреслити):

- істотно погіршився;
- погіршився;
- не змінився;
- покращився;
- істотно покращився.

20. Як Ви оцінюєте зміни стану особистого здоров'я за час війни? (підкреслити):

- істотно погіршився;
- погіршився;
- не змінився;
- покращився;
- істотно покращився.

21. Як Ви оцінюєте стан особистого здоров'я у цілому? (підкреслити):

- відмінне здоров'я;
- добре здоров'я (незначні відхилення);
- задовільний стан;
- є суттєві проблеми зі здоров'ям;
- незадовільний стан.

22. Чи надавалася Вам медична допомога, якої потребував Ваш стан здоров'я? (підкреслити): - так; - ні

23. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували протягом останніх 10 днів? (обведіть одну цифру)

- Зовсім не відчував(а).....1
- Дуже слабкий.....2
- Слабкий.....3
- Помірний.....4
- Сильний.....5
- Дуже сильний.....6

24. Як часто останнім часом Ваш фізичний чи емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з іншими людьми? (родичами, друзями, співслужбовцями тощо (обведіть одну цифру))

- Весь час.....1
- Більшість часу.....2
- Іноді.....3
- Рідко.....4
- Жодного разу.....5

25. Назвіть подію, яка трапилася у Вашому житті, і завдала Вам важких переживань та стресу (наприклад, смерть близької людини, фізичне

насилство, поранення, ДТП, пожежа, хвороба тощо)

26. Як давно сталася ця подія (місяців або років тому)? _____

27. Як би Ви оцінили своє здоров'я зараз порівняно з тим, як було до події (обведіть одну цифру)

Значно краще, ніж до події1

Дещо краще, ніж до події2

Приблизно так, як і до події3

Дещо гірше, ніж до події4

Набагато гірше, ніж до події5

28. В якій формі Ви пережили цю подію? (позначити):

- це сталося безпосередньо зі мною;

- я був свідком цього;

- я дізнався, що це сталося з моїм близьким родичем чи другом;

- я неодноразово стикався з цим по роботі/службі (наприклад, як військовий, медпрацівник чи співробітник інших підрозділів першої допомоги).

29. Чи думали Ви про пережиту стресову подію відносно Вашого подальшого життя (вплив події на Ваше майбутнє): - так; -ні.

30. Чи думали Ви про пережиту стресову подію з переконаністю в тому, що винні Ви самі? (підкреслити): - так; - ні.

31. Оцініть за 10-бальною шкалою загрозу, яку ця ситуація представляє/представляла для Вашого благополуччя (можна вибрати кілька пунктів):

1. Фізичного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Психологічного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Фінансового чи матеріального	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Соціального	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Сімейного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Професійного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви відчували себе спокійним (-ою), благодушним (-ою) і умиротвореним(-ою)? (обведіть одну цифру)

Весь час.....1

Більшу частину часу.....2

Значну частину часу.....3

Деякий час.....4

Незначну частину часу.....5

Нітрохи за часом.....6

33. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви були сповнені сил? (обведіть одну цифру)

39. Ваші плани щодо подальшого проходження військової служби (підкреслити):

- буду звільнятися;
- буду продовжувати службу в своєму підрозділі;
- буду продовжувати службу, але не в своєму підрозділі;
- остаточно не вирішив (-ла);
- інше

(напишіть)_____.

Дякуємо Вам за співпрацю!

АНКЕТА
посттравматичного зростання військовослужбовців –
учасників бойових дій

Шановний пане / шановна пані!

Пропонуємо Вам взяти участь у науковому дослідженні, що проводиться Науково-дослідним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України з метою з'ясування соціальних, психологічних та психофізіологічних змін, що відбулися у військовослужбовців Збройних Сил України під час російсько-української війни.

Просимо Вас висловити особисту думку з визначеного кола питань. Адже набутий Вами досвід та Ваші думки є надзвичайно важливими для упровадження ефективних заходів підготовки військовослужбовців військових формувань України до виконання бойових завдань в екстремальних умовах, їх відновлення та реабілітації після повернення додому.

В подальшому надані Вами відповіді опрацьовуватимуться з дотриманням вимог конфіденційності. В процесі обробки відповідей Ваші персональні дані, зазначені в анкеті, будуть деперсоналізовані, а результати – опрацьовані в узагальненому вигляді.

Зважаючи на те, що дослідження проводитиметься у два етапи (через 3 та 9 місяців), просимо вказати Ваші контактні дані для подальшого зв'язку з Вами.

Дякуємо Вам за співпрацю!

ЗАЯВА

про добровільну згоду на участь у науковому дослідженні

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові)

_____ , _____

(військове звання)

(посада)

контактна інформація: моб. телефон +38 (0 _____) _____ ,

електронна пошта: _____ ,

даю згоду на участь у науковому дослідженні щодо вивчення досвіду і соціально-психологічних аспектів участі військовослужбовців у бойових діях та обробку моїх персональних даних.

Я стверджую, що мене поінформовано про наступне:

перед початком наукового дослідження – щодо його метою, порядку проведення та змісту;

анкетування (тестування) проводиться на добровільних умовах українською мовою (за потреби уточнення змісту та значення запитань – звертатимусь до психолога);

мені доведено про необхідність надати відповіді на всі запитання анкети (тестів).

Згоду на участь у науковому дослідженні **підтверджую власним підписом.**

____.____.20____

(підпис, ім'я та прізвище)

Заяву прийняв і зробив необхідні роз'яснення :

____.____.20____

підпис психолога, ім'я та прізвище)

Порядок заповнення анкети: Вам пропонується із запропонованих варіантів відповідей на питання, обрати ті, які найбільше співпадають із Вашою думкою. Позначте їх або напишіть власну відповідь там, де це запропоновано.

1. Ваша стать (підкресліть): - чоловіча; - жіноча.

2. Ваш вік (кількість повних років) _____

3. Ваш сімейний стан (підкресліть):

- одружений / заміжня;
- неодружений / незаміжня;
- розлучений / розлучена;
- цивільний шлюб (цивільне партнерство);
- вдівець / вдова.

4. Якщо Ви одружений/заміжня або проживаєте у цивільному шлюбі, який період часу Ви перебуваєте у стосунках з Вашою дружиною/чоловіком (зазначте в роках): _____

5. Чи Ваша дружина/чоловік або партнерка/партнер проходять військову службу?

- так; - ні.

6. Чи є у Вас діти (підкресліть):

- немає дітей;
- одна дитина;
- двоє дітей;
- троє дітей або більше.

7. До якого виду (окремого роду) військ Ви належите (напишіть):

8. Термін перебування на останній посаді _____

9. Військово-облікова спеціальність (ВОС) _____

10. Рівень освіти (підкресліть):

1) цивільна:

- повна загальна середня освіта (9 класів, 11 класів);
- професійна (професійно-технічна) освіта (початковий; базовий; вищий рівні);

- фахова передвища (фаховий молодший бакалавр);
- вища (молодший бакалавр; бакалавр; магістр (спеціаліст); доктор філософії (кандидат наук), доктор наук).

2) **військова**: тактичний рівень; оперативний рівень; стратегічний рівень.

11. Загальний термін військової служби (вислуга років) _____

12. Досвід безпосередньої участі в бойових діях:

1) з 24 лютого 2022 р. – _____ міс.

2) загальний _____ років _____ міс.

13. Оцініть рівень Вашої особистої психологічної підготовленості до участі у бойових діях:

- дуже високий;
- високий;
- вищий за середній;
- посередній;
- нижчий за середній;
- низький;
- дуже низький або відсутній.

14. Наявність поранень (підкресліть): - так; - ні;

якщо «так», зазначте їх кількість та важкість _____

15. Чи отримали унаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із ваших рідних? (підкреслити): - так; - ні.

16. Чи загинув унаслідок війни хтось із Ваших рідних? (підкреслити):

- так; - ні.

17. Чи постраждало під час війни Ваше житло? (підкреслити):

- житло втрачене або зруйноване;
- житло серйозно пошкоджене;
- житло зазнало часткових ушкоджень;
- житло не постраждало;
- інше _____

18. Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище після початку широкомасштабної агресії росії ? (підкреслити):

- істотно погіршилося;
- погіршилося;
- не змінилося;
- покращилося.

19. Як Ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни?

(підкреслити):

- істотно погіршився;
- погіршився;
- не змінився;
- покращився;
- істотно покращився.

20. Як Ви оцінюєте зміни стану особистого здоров'я за час війни? (підкреслити):

- істотно погіршився;
- погіршився;
- не змінився;
- покращився
- істотно покращився.

21. Як Ви оцінюєте стан особистого здоров'я у цілому? (підкреслити):

- відмінне здоров'я;
- добре здоров'я (незначні відхилення);
- задовільний стан;
- є суттєві проблеми зі здоров'ям;
- незадовільний стан.

22. Чи надавалася Вам медична допомога, якої потребував Ваш стан здоров'я? (підкреслити):

- так;
- ні

23. Назвіть подію, яка трапилася у Вашому житті, і завдала Вам важких переживань та стресу (наприклад, смерть близької людини, фізичне насильство, ДТП, пожежа, хвороба тощо) _____

24. Як давно сталася ця подія (місяців або років тому)? _____

25. В якій формі Ви пережили цю подію? (позначити):

- це сталося безпосередньо зі мною;
- я був свідком цього;
- я дізнався, що це сталося з моїм близьким родичем чи другом;
- я неодноразово стикався з цим по роботі/службі (наприклад, як військовий, медпрацівник чи співробітник інших підрозділів першої допомоги);

26. Чи думали Ви про пережиту стресову подію відносно Вашого подальшого життя (вплив події на Ваше майбутнє):

- так;
- ні.

27. Чи думали Ви про пережиту стресову подію з переконаністю в тому, що винні Ви самі? (підкреслити):

- так;
- ні

28. Оцініть за 10-бальною шкалою загрозу, яку ця ситуація представляє/представляла для Вашого благополуччя (можна вибрати кілька пунктів):

1. Фізичного
2. Психологічного
3. Фінансового чи матеріального
4. Соціального
5. Сімейного
6. Професійного

29. Яким чином Ви оцінюєте власні життєві перспективи на даний момент? (підкреслити):

- внаслідок війни мої життєві перспективи суттєво погіршилися;
- внаслідок війни мої життєві перспективи погіршилися;
- життя через деякий час відновиться на попередньому рівні або близькому до нього;
- оцінюю свої життєві перспективи переважно оптимістично;
- оцінюю свої життєві перспективи безумовно оптимістично;

30. Ваші плани щодо подальшого проходження військової служби (підкреслити):

- буду звільнятися;
- буду продовжувати службу в своєму підрозділі;
- буду продовжувати службу, але не в своєму підрозділі;
- остаточно не вирішив (-ла);
- інше (напишіть)_____.

Дякуємо Вам за співпрацю!

Анкета-відгук службової і професійної діяльності на військового спеціаліста

Шановний експерте!

Ми звертаємось до Вас як до досвідченого командира, який добре знає своїх підлеглих. Саме тому Ви можете надати нам суттєву допомогу в підготовці достовірних матеріалів, які надалі використовуватимуться в практиці роботи психологів військових частин та підрозділів.

ПОРЯДОК РОБОТИ

В запропонованій Вам анкеті представлені характеристики, які були виділені як критерії успішності військово-професійної/бойової діяльності.

Вам необхідно оцінити вираженість цих ознак у своїх підлеглих за 10-бальною шкалою, яка умовно розділена на чотири ступеня:

- відмінно – (10,9,8) балів;

- добре – (7,6,5) балів;

- середньо – (4,3) бали;

- слабо – (2,1) бали. Для цього напроти кожної ознаки (характеристики) у межах діапазону рівня оцінок обведіть кружечком потрібний бал.

П.І.Б. підлеглого в\сл _____

№	Оцінювані показники (характеристики)	Оцінка в балах									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Володіння військово-професійними знаннями, уміннями	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Ставлення до виконання бойових (спеціальних) завдань	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Точність і безпомилковість бойової/професійної діяльності	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Уміння самостійно діяти	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Здатність успішно діяти в напружених і складних ситуаціях	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Службова і військова дисципліна	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Особистісні якості	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Результати службово-бойової діяльності (ефективність)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Здатність до співпраці у підрозділі (добре справляється з іншими)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Бажання виконувати бойові завдання	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Характеристика експерта:

1. Прізвище _____
Ім'я _____ По-батькові _____
2. Вік (кількість повних років) _____
3. Військове звання _____
4. Посада в дійсний час _____
5. Термін перебування на посаді _____ років _____ місяців
6. Ваша попередня посада _____ та
час перебування на ній _____ років _____ місяців
7. Загальний стаж військової служби _____ років _____ місяців
8. Освіта:
 - а) цивільна _____
(який навчальний заклад закінчив, рік закінчення)
 - б) військова _____
(який навчальний заклад закінчив, рік закінчення)
9. Ваша класна кваліфікація _____
10. Участь в бойових діях, (де) _____
з _____ по _____

Дякуємо за співпрацю!

Методичне видання

**ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ
БОЙОВИХ ДІЙ**

Частина 1. Теоретичні основи

Методичний посібник

Коkun O.M., Пішко I.O., Лозінська H.C., Олійник B.O.

Підписано до друку 07.11.2023 р.

Формат 60*84/16

Папір офс. Гарнітура Times New Roman. Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 9,94. Наклад 300 прим. Зам. № 1805-23/6

Видавець і виготовлювач ТОВ «7БЦ»

03087, м. Київ, вул. Олекси Тихого, 84

e-mail: 7bc@ukr.net, тел.: (044) 592-00-80

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №5329 від 11.04.2017 р.

