

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА:  
**ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ  
ВІЙСЬКОВИМИ В КОНТЕКСТІ ПОВНОМАСШТАБНОГО  
ВТОРГНЕННЯ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр»  
з напрямку 053 «Психологія»

студентки ОКР «Магістр»

**Черкащенко Дарини Андріївни**

Науковий керівник:

кандидат психол. наук, асистент кафедри  
психодіагностики та клінічної психології

**Проскурня Аліна Сергіївна**

Допустити до захисту в ЕК №2  
кафедра психодіагностики та клінічної психології  
Протокол №\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_  
завідувач кафедри:  
доктор психологічних наук, професор  
Крупельницька Людмила Францівна

КИЇВ – 2023

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ТА ЇЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Психологічні та соціальні аспекти уявлення про смерть.....	7
1.2. Стадії, реакції та механізми адаптації у сприйнятті смерті.....	14
1.3. Вплив воєнних дій на психічне здоров'я військових.....	20
Висновки до першого розділу.....	26
<b>РОЗДІЛ 2. СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ВІЙСЬКОВИМИ В УМОВАХ ВЕЛИКОЇ ВІЙНИ.....</b>	<b>28</b>
2.1. Вплив стресових ситуацій на психіку військовослужбовців.....	28
2.2. Травма бойових дій: психологічні та патопсихологічні наслідки.....	36
Висновки до другого розділу.....	40
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ВІЙСЬКОВИМИ В УМОВАХ ВЕЛИКОЇ ВІЙНИ.....</b>	<b>41</b>
3.1. Методика та процедура емпіричного дослідження.....	41
3.2. Отримані результати та їх аналіз.....	45
3.3. Рекомендації щодо психологічної підтримки військових.....	80
Висновки до третього розділу.....	85
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>87</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>90</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>99</b>

## ВСТУП

**Актуальність проблеми** зумовлена тим, що смерть є невід'ємною частиною життя кожної людини, але сприйняття та реакції на неї відрізняються в залежності від культурних, соціальних, індивідуальних та інших факторів. Смерть на полі бою має особливе значення для військових, які зіштовхуються з нею набагато частіше, ніж більшість цивільних осіб.

В умовах великої війни, коли загибель стає повсякденністю, питання про психологічний стан військовослужбовців, їх сприйняття смерті, а також можливі патопсихологічні наслідки цього сприйняття стає надзвичайно актуальним.

Розуміння патопсихологічних особливостей сприйняття смерті військовими дозволить розробити ефективні методи психологічної підтримки, адаптації та реабілітації військових після бойових дій. Це, в свою чергу, допоможе зменшити ризик розвитку психічних розладів, посилення депресивних станів та суїцидальних тенденцій серед учасників військових конфліктів.

Більшість досліджень, пов'язаних з військовою психологією, зосереджена на стресі, посттравматичних стресових розладах та методах психологічної допомоги. Однак патопсихологічні особливості сприйняття смерті, які виникають під впливом війни, потребують докладного та глибокого аналізу.

Враховуючи зростаючу частоту військових конфліктів у світі, а також їх вплив на психічне здоров'я учасників, вивчення цієї проблеми є невідкладним і вкрай важливим для сучасної психопатології та військової психології.

Війна невідворотно вносить глибокі зміни в долю кожної людини, яка стикається з її жахами. Трагічність військового конфлікту виявляється не лише у втратах на фронті, але й у долях тих, хто залишив свої домівки, а їхні рідні стали захисниками рідної землі. Події після 24 лютого 2022 року назавжди змінили повсякденність багатьох сімей, додаючи їм нові випробування та труднощі.

Важливість цього дослідження полягає в тому, щоб звернути увагу на те, що військовослужбовці, які стоять на варті нашої безпеки, не є просто номерами в статистиці. Це наші брати, батьки, сини, чий життя та долі нерозривно пов'язані з нами, їх родинами. Дослідження психологічних та патопсихологічних особливостей їх сприйняття смерті дозволить нам краще розуміти і підтримувати їх у цей непростий час.

**Об'єкт дослідження:** сприйняття смерті військовими.

**Предмет дослідження:** патопсихологічні особливості сприйняття смерті військовими.

**Мета дослідження:** вивчити патопсихологічні особливості сприйняття смерті військовими в контексті великої війни, розробити рекомендації щодо психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців.

Згідно з поставленою метою було визначено **основні завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз підходів до сприйняття смерті та його патопсихологічних аспектів.
2. Визначити соціально-психологічні аспекти уявлення про смерть.
3. Вивчити патопсихологічні особливості сприйняття смерті військовими
4. Розробити рекомендації щодо психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, які стикнулися зі стресовими ситуаціями та втратами на війні.

**Методологічна та теоретична основа дослідження.** Особливості патопсихології вивчались такими вченими, як: С. Д. Владичко, В. Я. Анфімов, А. Ф. Лазурський. Відомі також дослідження у царині трансперсональної психології С. Грофа, Дж. Хеліфакса, психотерапевтичні роботи Л. Розенберга, Д. Гая, а також глибокі культурологічні та філософські дослідження теми смерті Ф. Арьеса, Ф. Хуземана.

Ставлення до смерті в критичних ситуаціях вивчала А.А. Баканова. Є.А. Федотова досліджувала вплив ставлення до смерті на особистість у ситуації онкологічного захворювання. Вітчизняні вчені Д.В. Лебедев,

С.Ю. Лебедева, О.О. Назаров, Н.В. Оніщенко, В.П. Садковий, О.В. Садковий, О.В. Тімченко досліджували ціннісно-смісловий аспект ставлення до життя та смерті в умовах надзвичайних ситуацій, що є дотичним до діяльності військовослужбовців.

Історія поняття травми впливає з ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейера. В роботі було також використано положення вітчизняних та зарубіжних дослідників щодо травматичних подій: (І. Г. Малкіна-Пих, Л. В. Трубіцина, О. О. Лабезна, Ф. Е. Василюк, В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан).

**Методи дослідження.** У роботі було використано комплекс дослідницьких методів:

- теоретичних (аналіз, абстрагування, систематизація, узагальнення);
- емпіричних (діагностика за такими методиками):

1. Авторська анкета, яка містить основну інформацію про респондентів та має 3 блоки питань: Блок 1. Емоційний рівень сприйняття смерті; Блок 2. Раціональний рівень сприйняття смерті та Блок 3. Діяльнісний рівень сприйняття смерті (ДОДАТОК А);

2. Методика дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю. (ДОДАТОК Б);

3. Симптоматичний опитувальник SCL-90 R (ДОДАТОК В);

4. Контент-аналіз;

- статистичний метод (частотний аналіз).

**Вибірка:** Дослідження було проведено за допомогою Гугл-форми. Вибірку склали особи, які є військовослужбовцями по всій території України від 23 до 55 років, різної статі. Кількість респондентів 31 особа обох статей.

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, що об'єднують вісім підрозділів, кожен із яких має висновки, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі розглянуто теоретичні основи сприйняття смерті та її психопатологічні аспекти. У другому розділі описано сприйняття смерті військовими в умовах великої війни. У третьому

розділі проведено та описано емпіричне дослідження особливостей сприйняття смерті військовими в умовах великої війни. Загальний обсяг роботи – 109 сторінки, із яких 87 сторінок основного тексту, містить 74 літературних джерел.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ТА ЇЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

#### 1.1. Психологічні та соціальні аспекти уявлення про смерть

Представлений у різних формах психологічного життя людини, феномен смерті пронизує всі його аспекти і має невичерпну актуальність на різних рівнях його інтерпретації. Таємничість явища скінченності буття є одвічним джерелом пошуку життєвого сенсу. Серед світоглядних засад розуміння смерті важливу роль відіграє глибинно-символічна детермінація як самого процесу формування концепту смерті, так і його змістових результатів. Неабияке, якщо не основоположне, значення в цій детермінації мають споконвічні міфологічні символи та образи – найбільш ранні уявлення людини про смерть, що є продуктами міфологічної свідомості і її структурними елементами. У цей час формуються архетипи колективного несвідомого щодо смерті, які персоніфікуються у міфах в образах Танатоса, Аїда, Персефони (грецька міфологія), Анубіса (єгипетська міфологія), Хель, Одіна (германо-скандинавська міфологія), Марани (слов'янська міфологія), Ями (китайська міфологія), кожен з яких мав своє призначення і виконував свою специфічну роль (судити, карати, знищувати, руйнувати, розпоряджатися долею покійного після смерті, виконувати смертний вирок, супроводжувати підземним світом, вказувати подальший шлях після переходу, допомагати в переродженні тощо). Отже, уже тоді образ смерті наділявся конкретною функцією, яка забезпечувала світоглядний порядок та організовувала хаос у певну первинну структуру [12].

Початкова міфологічна уява про життя та смерть не була конкретизована у просторовому та часовому вимірах. Люди не мали уявлення про момент своєї смерті, не знали про долю їхньої душі після смерті чи місце її наступного існування. Реалії живих та мертвих мали симетричний характер: світ мертвих

відображав бажані особливості світу живих, звідси виникає думка про відновлення «світу живих» після народження «померлих». Існує неперервна взаємодія понять, таких як «старість – відродження» або «життя – смерть». В такому контексті міфологічного розуміння світу формується уява про смерть як невід’ємну частину життя. Ця уява знаходить відображення у представленнях про підземні царства, де мертві продовжують своє існування (наприклад, Аїд у давніх греків або Орк у римлян). Міфи слугували засобом для людини в її спробах передбачити майбутнє, хоча вона не могла безпосередньо впливати на його втілення, не маючи для цього ні можливостей, ні прав. Отже, в людському ставленні до смерті домінували прийняття і пасивність, адже доля вже була попередньо визначена вищими силами. Міфологічна епоха була пронизана фаталізмом щодо теми смерті, але це не робило смерть простим кінцем життя. У свідомості людини смерть сприймалася як переходовий міст до іншого рівня існування, що залежав від якості її земного життя і волі богів. Як підкреслював В. Полікарпов, душі померлих у грецькій міфології не страждали фізично в загробному світі; їхні муки були більше емоційними – туга за рідними та місцями [28].

На основі цього розуміння можна виділити ідею смерті як початку нового життя – ключову для міфологічного сприйняття. Цей концепт включає в себе бачення смерті як активного процесу, що завершує життєвий цикл існуючого і зберігає енергію для майбутнього відновлення. Смерть стає каталізатором перетворення і, відповідно, джерелом еволюції життя. Ця міфологічна концепція відродження через смерть виявилася настільки глибокою та впливовою, що стала ключовим елементом у багатьох світових релігійних доктринах.

Після міфологічного погляду на смерть настав період філософського осмислення цього явища, де монолітний міфологічний світ розділився на дві реальності. Людина почала задаватися питаннями про сенс свого існування та долю після смерті. Різниця між живими та мертвими стала більш очевидною, вносячи в дискусію про смерть численні інтерпретації. З появою філософського

мислення міфологічний підхід до смерті втратив свою актуальність, не відповідаючи на глибокі питання людства про природу смерті [11].

Філософське мислення відрізняється від міфологічного підходу, де раніше поняття зливалися. Замість цього, філософія прагнула розділити та протиставити поняття (згідно з Демичевим, Кожевом, Лосевим). Смерть тепер вже не розглядається як частина життя, а як його протилежність, базуючись на різних опозиціях, таких як: смерть-безсмертя, добро-зло та ін. Платон, наприклад, досліджував смерть як явище, що може бути одночасно і добром, і злом. З його точки зору, смерть відкриває істинну сутність душі, яка визволяється від обмежень тіла та повертається до своїх коренів [41].

Тематика смерті займає ключове положення в сучасних роздумах у філософському та психологічному контекстах. Відношення людства до цієї великої загадки є амбівалентним: з однієї сторони, багато хто б хотів уникати думок про неї, але з іншої - ми прагнемо зрозуміти та прийняти її, позбавляючись страху перед нею. Людське бажання «привласнити» явище смерті та зробити його більш прийнятним знаходить своє відображення в численних оповіданнях, міфах і ритуалах, як-от похорони. Така «ігрова» інтеграція смерті допомагає людям вбачати її менш віддаленою від їхнього життя [53].

Просте знання про смерть, яке ми отримуємо з наукових джерел, не може надати нам глибокого розуміння цього феномену. Д.О. Леонт'єв стверджує, що хоч ми і маємо базові поняття про смерть, це не сильно впливає на наше повсякденне життя. Для того, щоб ідея смерті стала дійсно значущою, необхідний глибший процес осмислення, який не здійснюється просто через набуття інформації [19]. М. К. Мамардашвілі вказував на цю проблему, стверджуючи, що розуміння не є простим перекладом інформації, а потребує особистісного осмислення. Таким чином, глибоке розуміння смерті, яке передбачає усвідомлення її сенсу, не може бути базоване лише на наукових знаннях. Смерть завжди залишається таємницею, яку неможливо повністю зрозуміти логічно. Кожна особа сприймає смерть по-своєму, і лише після

усвідомлення реальності своєї власної смерті можна говорити про її справжнє розуміння [24].

У сфері психотерапії питання смерті та смертності особливо вивчає І. Ялом, представник екзистенційного підходу. Згідно з І. Яломом, екзистенційна психотерапія полягає у тому, щоб допомогти клієнту знайти відповіді на ключові життєві питання: сенс існування, смерть, відповідальність, екзистенційна провина та ін. Ялом вважає, що смерть, абсурдність, самотність та провина є чотирма основними аспектами людського досвіду, які торкаються кожної особистості, незалежно від її віку, статі чи інших характеристик. У роботі з клієнтами, які переживають страх перед смертю або зіштовхнулися з думкою про неї, І. Ялом застосовує «терапію екзистенційного шоку». Наприклад, він радить клієнтам уявити напис на своєму надгробку, аби спонукати їх до переосмислення своєї життєвої позиції, переконань і відчуттів щодо життя та смерті [76].

Основним моментом у психотерапевтичній та філософській доктрині Р.Мея є явище тривоги. Згідно з його поглядами, відчуття звичайної тривоги людиною є «...сприйняттям Існування на тлі Неіснування». Тобто, особа, відчуваючи екзистенційний трепет, усвідомлює свою смертність, підтверджуючи тим самим реальність свого буття [39].

Тема обмеженості життя та його сенсу виявляється в логотерапії. Наприклад, В. Франкл наголошує на особливому способі розуміння індивідуального сенсу життя через страждання. Можливо, людина, переживаючи біль від хвороби з можливим смертельним наслідком, долаючи свої страждання, відшукує сенс свого існування [62].

У працях В.Ю. Баскакова, смерть розглядається як основний предмет дослідження. Він, як засновник танатотерапії, характеризує цей метод як *«специфічний підхід у психотерапії, який спрямований на вирішення психологічних труднощів, відновлюючи втрачений зв'язок з процесами смерті та вмирання»* [6].

В цілому, психологічні дослідження у цій сфері часто асоціюють з питаннями, характерними для певних вікових категорій (наприклад, сприйняття смерті у підлітків, молоді, старість). Також важливі дослідження, спрямовані на розуміння ставлення до смерті у людей з термінальними захворюваннями.

При дослідженні питань, пов'язаних з обмеженістю життя, не можна обійтися без робіт Е. Кюблер-Росс. Вона досліджувала, як люди на останніх стадіях хвороби реагують на власне життєве становище. Однією з ключових розробок Е. Кюблер-Росс є визначення етапів реакції на звістку про смертельну хворобу: заперечення, коли пацієнт не приймає реальність; гнів, в якому людина може звинувачувати медичний персонал у недостатньому професіоналізмі; торг - спроби домовитися з вищими силами або долею; депресія, яка супроводжується відчуттям відчаю та ізоляцією; та прийняття, хоча лише невелика частина людей доходить до цього етапу, будучи в змозі сприймати своє життя як цінне і готові до його завершення. Е. Кюблер-Росс також створила методику психологічної підтримки тим, хто стикається зі смертю [29].

У аналітичному дослідженні, присвяченому відношенню до смерті, В.О. Климчук підкреслює, що питання стосовно ставлення до смерті та страху перед нею активно розглядається у міжнародних психологічних дослідженнях.

Тематика смерті займає ключове положення в сучасних роздумах у філософському та психологічному контекстах. Відношення людства до цієї великої загадки є амбівалентним: з однієї сторони, багато хто б хотів уникати думок про неї, але з іншої - ми прагнемо зрозуміти та прийняти її, позбавляючись страху перед нею. Людське бажання «привласнити» явище смерті та зробити його більш прийнятним знаходить своє відображення в численних оповіданнях, міфах і ритуалах, як-от похорони. Така «ігрова» інтеграція смерті допомагає людям вбачати її менш віддаленою від їхнього життя [2].

Деякі часописи, такі як «Death Study» («Вивчення смерті»); «Journal of Death and Dying» («Журнал смерті і помирання»); «Journal of Near-Death

Studies» («Журнал досліджень, пов'язаних зі смертю»), який належить Міжнародному товариству досліджень, пов'язаних зі смертю. Вчені Європи та США розробили низку методик для вивчення ставлення до смерті, серед яких «Шкала тривоги щодо смерті» Д. Темплера, «Шкала фантазій щодо смерті» Дж. МакЛенана та інші [12].

Додатково, вчені як С. Гроф, Дж. Хеліфакс, Л. Розенберг, Д. Гай займалися дослідженнями у галузі психотерапії та трансперсональної психології. Ф. Арьєс та Ф. Хуземан вивчали культурологічні та філософські аспекти смерті [1].

Тема смерті також вивчається національними науковцями. Їх дослідження фокусуються на різних аспектах: ставленні різних вікових груп до смерті, реакціях на смерть у специфічних ситуаціях, психотерапевтичних методик роботи з людьми, які переживають втрату, а також теоретичних дослідженнях в танатології. Просте знання про смерть, яке ми отримуємо з наукових джерел, не може надати нам глибокого розуміння цього феномену. Д.О. Леонтьєв стверджує, що хоч ми і маємо базові поняття про смерть, це не сильно впливає на наше повсякденне життя. Для того, щоб ідея смерті стала дійсно значущою, необхідний глибший процес осмислення, який не здійснюється просто через набуття інформації. М. К. Мамардашвілі вказував на цю проблему, стверджуючи, що розуміння не є простим перекладом інформації, а потребує особистісного осмислення. Таким чином, глибоке розуміння смерті, яке передбачає усвідомлення її сенсу, не може бути базоване лише на наукових знаннях. Смерть завжди залишається таємницею, яку неможливо повністю зрозуміти логічно. Кожна особа сприймає смерть по-своєму, і лише після усвідомлення реальності своєї власної смерті можна говорити про її справжнє розуміння [24].

Фрейд стверджував, що життя втрачає свою глибину і цікавість, коли найважливіший його аспект - саме життя - виключено з розгляду. Сприйняття смерті як кінцевості свого існування викликає у людині найглибші емоції. І численні філософи та митці вбачають в цьому потенціал для творчості. Однак

слід здатним перетворити та спрямувати ці глибокі почуття. Інколи люди настільки прив'язані до своєї звичайної реальності, що бояться можливих змін, обмежуючи свою свідомість і відкидаючи частину своїх можливостей. Це відкинуте може призвести до внутрішнього розколу та конфліктів. Сама ж сутність життя підтримується завдяки концепції смерті, яка спонукає нас покинути один стан на користь іншого. В результаті, можна сказати, що смерть дає початок життю [74].

Страх перед смертю настільки потужний, що ми споживаємо величезну частину нашої енергії, намагаючись його заперечити. Цей страх є центральним у наших переживаннях. Люди намагаються переконвертувати свою тривогу, перетворюючи її з абстрактного стану в щось конкретне. К'єркегор вказував на це, кажучи, що об'єкт нашого жаху з часом набуває більш конкретних форм. Те ж саме мав на увазі Ролло Мей, заявляючи, що тривога шукає конкретного вияву в страху. Несвідомий страх смерті може стати причиною внутрішніх конфліктів. Однак освоюючи і взаємодіючи із своєю тривогою та страхом смерті, людина може інтегрувати їх у своє життя, перетворюючи їх негатив на позитивну енергію [4].

У своїй статті Рассел Нойс розглядає результати досліджень, в ході яких опитував двісті осіб, які зазнали небезпеки для життя (аварії, ризик утоплення, падіння під час альпінізму тощо) [25]. Він вказує, що більшість з них (23%) навіть через довгий час згадують:

- відчуття минучості життя та його великої цінності;
- зростання ентузіазму до життя;
- підвищену уважність до оточуючого світу;
- здатність насолоджуватися кожним моментом;
- глибше розуміння значущості життя і природи;
- бажання цінувати кожен день.

Багато опитаних відзначили «переоцінку цінностей», стверджуючи, що стали більш чутливими і співчутливими до інших.

За результатами психологічного дослідження Моніки Ардельт з Флоридського університету [18] про страх смерті, люди, що вважають своє життя порожнечою і безсеновим, більше бояться смерті. Тим часом люди, для яких життя має сенс, ставляться до смерті як до осмисленого процесу і менше її бояться. Страх смерті був обернено пов'язаний із таким поняттям, як «мудрість», яке Моніка визначала як глибоке сприймання реальності.

Підводячи підсумок, можна сказати, що розуміння смерті має ключове значення в психотерапії, оскільки це торкається кожної людини. Життя і смерть тісно пов'язані: хоча фізично смерть є кінцем, але сама думка про неї може надихати нас. Усвідомлення смерті акцентує наше уявлення про життя і корінним чином його змінює, надаючи новий імпульс до більш глибокого і осмисленого життя.

## **1.2. Стадії, реакції та механізми адаптації у сприйнятті смерті**

Сприйняття смерті часто супроводжується глибоким емоційним стресом, і розуміння цього стресу може бути ключовим для того, щоб допомогти людині пройти через процес траурювання та адаптації. Стадії, реакції та механізми адаптації при сприйнятті смерті мають безпосередній зв'язок із стресовими реакціями організму. Перше сприйняття втрати може викликати гостру стресову реакцію. Людина може відчувати нереальність відбуваючого, паніку або, навпаки, повне відсутність емоцій. Стрес, пов'язаний із сприйняттям смерті, може проявлятися не тільки на психологічному рівні, але і фізіологічно: безсоння, втрата апетиту, підвищена втома [56].

Для багатьох людей відмова вірити, відсутність реакції або занурення у роботу можуть стати способами впоратися із стресом та болем від втрати. Стрес, викликаний смертю близької людини, змушує багатьох шукати підтримку у родині, друзях або професійних консультантах. З часом, коли первинний шок починає відступати, людина може знову відчувати стрес у

вигляді глибокого смутку, гніву або відчаю. Адаптація у цьому контексті полягає в пошуках нового змісту життя без улюбленої людини [33].

Розуміння особливостей стресових реакцій під час сприйняття смерті може сприяти ефективнішому підходу до підтримки тих, хто переживає втрату, а також допомогти уникнути можливих негативних наслідків для їхнього здоров'я та добробуту.

Стрес - це психічний стан напруги, що може виникати при перебуванні в складних і вимогливих умовах. Життя подекуди нагадує нелегку школу для особистості. Різноманітні виклики, які стають на нашому шляху (від невеликих незручностей до трагедій), викликають у нас негативні емоційні відгуки, які супроводжуються рядом змін на фізіологічному та психологічному рівнях [9].

До дослідження стресу підходять різноманітно, але однією з найбільш відомих є концепція Г. Сельє. Згідно з нею, всі живі істоти мають внутрішній механізм, який забезпечує їх стабільність та рівновагу. Сильні подразники можуть цю рівновагу порушити, на що організм відповідає захисною реакцією. Ця реакція є загальною для організму і виявляється у вигляді стресу [47].

Якщо стимул не припиняє своєї дії, стрес посилюється, викликаючи в організмі ряд специфічних реакцій. Це спроба організму захистити себе, але його ресурси обмежені. За довготривалого та інтенсивного стресу, ці ресурси можуть бути вичерпані, що веде до хвороб або навіть летального ісходу. Екстремальні обставини можуть торкатися кожної людини кілька разів на день, і дозовані стреси можуть бути корисними, адже вони підвищують енергетику. Проте, досягнувши певного межового рівня, вони можуть завдати шкоди не лише здоров'ю, але й продуктивності особистості. При сприйнятті та переживанні втрати, особливо смерті близької людини, людський організм та психіка вступають у активну реакцію на стресову ситуацію. Відомо три основних відгуки на загрозу чи стрес, які можна співставити із стадіями, реакціями та механізмами адаптації при переживанні смерті [40]:

1. Боротьба або втеча. У цій стадії людина мобілізує усі ресурси для активних дій: будь-яких спроб вирішення проблеми, спроб втікати від болю або

змінити реальність. Це може виявитися у пошуках відповідей, намаганнях змінити ситуацію або уникненні думок про втрату. Після активних дій чи рішень рівень стресу може зменшитися.

2. Застигання або травматичні щипці. Після осмислення реальності смерті, коли людина усвідомлює, що втрати неможливо повернути, може виникнути стан застигання. Ця реакція є відгуком на відчуття безсилля і може проявлятися у відчутті зневіри, неможливості діяти або сприймати реальність. Подібний стан може виникати від як об'єктивних обставин (наприклад, раптова втрата), так і від суб'єктивних переживань особистісних травм.

3. Посттравматичний стресовий розлад. Якщо стан застигання триває занадто довго і людина не може знайти шляху до адаптації, це може призвести до серйозних психологічних наслідків. Такі явища, як деперсоналізація, відчуття відсутності реальності чи дисоціація, можуть виникнути як реакція на тривале і інтенсивне стресове навантаження.

Зрозуміло, що при переживанні смерті близької людини ці стадії можуть виявлятися по-різному у кожної особи, адже процес траурювання є індивідуальним. Однак знання цих механізмів дає можливість краще розуміти свої емоції, реакції та шукати шляхи адаптації.

Сприйняття смерті є складним психологічним процесом, що включає ряд стадій, реакцій та механізмів адаптації. Досліджуючи цю тему, вчені намагалися класифікувати і зрозуміти, як люди реагують на втрату, а також на відомість про власне смертельне захворювання чи небезпеку.

Стадії сприйняття смерті [61]:

1. Заперечення. Ця стадія часто є першою реакцією на вістку про смертельне захворювання або іншу небезпеку. Людина може відмовлятися вірити у реальність події.

2. Гнів. Після заперечення людина може відчувати гнів, злість або роздратування. «Чому саме я?» - це типове питання цієї стадії.

3. Угода. На цій стадії людина може намагатися «домовитися» з вищими силами або з долею, пропонуючи, наприклад, покращити своє життя в обмін на більше часу.

4. Депресія. Людина може відчувати смуток, відчай чи пригніченість через свою ситуацію.

5. Прийняття. В останній стадії людина приймає реальність смерті і може відчувати спокій або розуміння.

У контексті сприйняття смерті, розглядаючи різні фактори, які можуть спричинити психологічне травмування, можна зауважити глибокий взаємозв'язок між травмуючими подіями та переживанням втрати. Стадії, реакції та механізми адаптації у сприйнятті смерті тісно пов'язані із способами, якими ми реагуємо на події, що здатні спричинити психологічне травмування. Такі події, до яких відносяться воєнні дії, кримінальні вчинки, стихійні лиха, включаючи раптову втрату близької людини, або аварії, є факторами, які можуть збільшити інтенсивність стресової реакції на смерть. Причому, людина може стати потерпілою психологічного травмування не тільки внаслідок безпосереднього перебування в центрі травмуючої події, але й будучи свідком такої події або навіть отримуючи інформацію про неї. Це важливо зазначити, оскільки в нашому інформаційному суспільстві новини про катастрофи або війни швидко поширюються, що може впливати на сприйняття смерті та втрат [50].

Ключовими чинниками, які можуть спричинити глибоке психологічне травмування, є раптовість, інтенсивність, відчуття безвихідності та тривалість події. При цьому, люди, які мають досвід подібних травмуючих ситуацій та вже працювали над своєю реакцією на них, можуть мати менший ризик розвитку посттравматичного стану після нової травмуючої події, включаючи смерть близької особи.

Реакції на смерть [23]:

1. Шок і невіра - початкова реакція, яка може бути короткочасною.

2. Емоційний бурхливий період, який може включати плач, безсонність, втрату апетиту.

3. Організація та стабілізація, коли людина починає адаптуватися до нової реальності без улюбленої особи.

Механізми адаптації:

1. Психологічна захист, який може включати відтворення спогадів, реалізацію позитивних аспектів ситуації та ін.

2. Пошук підтримки, під час якої проходить обговорення своїх почуттів із близькими людьми, групами підтримки або психотерапевтами.

3. Релігійні вірування, коли для багатьох людей релігія і духовність можуть служити великою підтримкою під час процесу оплакування.

4. Втілення у діяльність, яка може допомогти зосередитися і відволіктися від болю, а також придатися для знаходження сенсу у житті після втрати.

Важливо розуміти, що кожна особа може проходити через ці стадії та реакції по-своєму, і не завжди вони проходять послідовно або передбачувано. Вплив культури та соціокультурних чинників на сприйняття смерті є також важливим. Різні культури мають свої власні погляди на смерть, що може впливати на те, як особа сприймає її та реагує на неї. У деяких культурах смерть розглядається як початок нового життя чи повернення до попередньої реінкарнації, тоді як в інших вона може бути побоюванням або кінцевою карою. Інформованість про смерть, процес помирання та ритуали, пов'язані із смертю, може полегшити перехід. Люди, які розуміють, що відбувається з їхнім тілом або з тілом їхньої улюбленої особи, можуть відчувати менше страху та тривоги [35].

Віковими особливостями сприйняття смерті є те, що діти, підлітки, дорослі та літні люди можуть сприймати та розуміти смерть по-різному. Наприклад, діти можуть не розуміти постійності смерті або думати, що вона є тимчасовою. Підлітки можуть відчувати відчуття нереальності щодо смерті, відчуваючи свою нездоланність, тоді як літні люди можуть мати більше рефлексії про смерть через наближення до неї [64].

Дослідження показують, що жінки та чоловіки можуть відчувати та виражати свої почуття щодо смерті по-різному. Зокрема, жінки можуть бути більш емоційно відкритими та виразними, тоді як чоловіки можуть захищатися від вираження своїх почуттів [21].

Як згадувалося вище, релігійні вірування можуть служити як джерело підтримки та розуміння. Релігія може надавати контекст та розуміння смерті, а також надію на життя після смерті.

У контексті великої війни, військові часто стикаються із загрозою смерті, втратами серед товаришів та іншими травматичними подіями, які мають вплив на їхнє сприйняття смерті.

На основі описаної вище інформації, можемо виділити стадії реакції військових стосовно розуміння смерті [79]:

- Після несподіваної втрати або травматичної події багато солдатів можуть спробувати заперечити реальність того, що сталося. Це може бути спробою самозахисту від болю та шоку.

- Відчуття безсилля перед загрозами життю може викликати роздратування та гнів на обставини, інших людей або долю взагалі.

- Намагання «торгуватися» зі смертю або долею, шукаючи способи уникнути неминучого або адаптуватися до нової реальності.

- Солдати можуть відчувати відчайдушний смуток, безнадію або відчуття вини, особливо якщо вони втратили товаришів або були свідками загибелі інших.

- Потім відбувається стадія прийняття, коли військові починають приймати реальність своєї ситуації, адаптуючись до неї та знаходячи способи справлятися зі своїми почуттями.

Механізми адаптації для військових виділяємо [14]:

1. Камерадство. Часто близькі взаємини з товаришами по озброєнню стають ключовим механізмом підтримки. Відчуття належності та розуміння того, що інші також проходять через схожі переживання, може бути дуже важливим.

2. Тренування та підготовка. Стратегічне тренування та підготовка можуть допомогти військовим зосередитися та контролювати свої реакції на стресові ситуації.

3. Духовність та релігія. Для багатьох військових віра і духовність є важливими в управлінні своїми страхами та тривогами.

4. Психотерапія. Професійна допомога може бути необхідною для деяких військових, щоб справлятися з травмами війни.

Велика війна має глибокий вплив на сприйняття смерті серед військових. Врахування цих стадій реакції та механізмів адаптації може допомогти краще розуміти та підтримувати військових у цей важкий час.

Сприйняття смерті є комплексним та багатограним процесом, який може відрізнитися в залежності від індивідуальних, культурних, релігійних та соціальних факторів. Розуміння цього процесу може допомогти людям краще адаптуватися до втрат та працювати з власними почуттями і переживаннями щодо смерті.

### **1.3. Вплив воєнних дій на психічне здоров'я військових**

Війна, що розпочалася 24 лютого 2022 року і в якій до сих пір перебуває Україна, завдає удару економіці та соціальній сфері країни, маючи руйнівний вплив на благополуччя та здоров'я її громадян. Війна призводить до довготривалих фізичних та психологічних наслідків для дітей та дорослих.

Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) показують, що майже 10% осіб, які пережили військові дії, у майбутньому стикнуться з важкими психічними проблемами. Ще 10% з них матимуть проблеми в поведінці, які перешкоджатимуть їх нормальному життєвому устрою в суспільстві [16].

Війна часто сприймається як гуманітарна трагедія, але така оцінка не дозволяє глибоко розуміти, як людина адаптується до воєнних реалій. Новітні підходи в психології, наприклад, психологія витривалості та психологія

кризових ситуацій, акцентують нашу увагу не лише на аналізі тяжких обставин, але й на шляхах, якими людина може здорово долати їх.

Згідно О. Штепи, психологічний ресурс особистості об'єднує саморозвиток, особистісний потенціал та компетентність. Вона розглядає саморозвиток як зусилля людини розвивати у себе якості, які дозволять їй максимально реалізувати свої можливості. Психологічний потенціал є виявом того, ким людина є або хоче бути, його втілення сприяє її автентичності. Компетентність характеризується як спроможність особи ефективно реагувати на виклики, базуючись на своїх здібностях, інтересах та комунікативних навичках [65].

До ключових психологічних ресурсів людини можна віднести: впевненість у собі, готовність допомагати, ставлення до людей з добром, творчість, віру в позитивне, прагнення до особистісної мудрості, самовдосконалення, відповідальність і реалізація у професійній діяльності. Ці ресурси – це внутрішні екзистенційні здібності особистості, які допомагають їй у самоідентифікації. Психологічна ресурсність характеризується як спроможність людини активно використовувати свої внутрішні ресурси для особистісного росту, самореалізації у відносинах та підтримці інших. Автентичність особистості проявляється через її психологічну ресурсність. Ознаки психологічної ресурсності включають усвідомленість особою своїх внутрішніх ресурсів, їх реалізацію та вміння їх оновлювати, що забезпечує гармонійний розвиток та соціальну адаптацію особистості [42].

Зберігання особистісних ресурсів та їх цілісності досягається завдяки активній соціальній діяльності. Основним тут є підтримка високої активності. Варто зосередитися на знаходженні такої діяльності, яка спонукатиме до активного ставлення до виниклих обставин. Дії, що дозволяють відчувати себе потрібним в певних умовах, мають велике значення. Важливим є планування наступних кількох днів, яке допомагає зосередити свідомість на майбутньому та бути активним у теперішньому. Підсилення віри позитивно впливає на сприйняття поточної ситуації та вигляду на майбутнє.

Слід вдаватися до надійних джерел для вивчення досягнень армії, яка захищає державу. Підтримка має велике значення: допомагати іншим та дозволити іншим допомогти вам. Важливі є спроби візуалізувати бажане майбутнє, створюючи уявлення про мирне завтра, яке може посилити надію.

Залучення особистості до повсякденного життя підкреслює активний підхід до викликів, де проявляються її індивідуальні якості у відповіді на життєві труднощі. Ключові аспекти активного підходу включають поєднання планування та запобігання з активною саморегуляцією, взаємозв'язок між досягненням цілей та використанням соціальних ресурсів, а також активне протистояння у саморегуляції досягнення цілей. Психологічні ресурси допомагають людині виявляти її потенціал, підтримувати інших, створювати плани, подолати виклики та стрес, зокрема у військовий час. Такий підхід стимулює особистість до встановлення цілей, дозволяючи ефективно реагувати на проблеми та дбати про своє фізичне і психічне благополуччя [20].

Зафіксовано, що найчастішими психічними проблемами є стан тривоги, депресія та психосоматичні розлади, такі як безсоння чи болі в животі та спині. Розглянемо міжнародний досвід наслідків військових конфліктів для психіки людини. Результати вивчення впливу громадянської війни в Камбоджі у 1960-х на біженців, які були досліджені десятиліттям пізніше, вказують на високий рівень психічних розладів серед них. Незважаючи на можливість отримання якісної меддопомоги, більше 80% опитаних відчували симптоми депресії та інші психосоматичні розлади [5].

Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко у своєму виступі акцентував на негативних наслідках впливу війни на психічне здоров'я, які впливатимуть надалі та створюватимуть додаткове навантаження на систему охорони здоров'я [36]:

- психічні розлади мають негативні наслідки в першу чергу на поширення серцево-судинних хвороб, діабету, артритів, астми, онко;
- психічні розлади погіршують результати лікування хронічних хвороб та збільшують смертність від онкологічних хвороб;

- понад 50% (в 4 рази частіше, ніж загальне населення) осіб з психічними розладами мають також розлади сну, що часто призводять до хвороб органів дихання;

- особи з психічними розладами більш схильні до куріння, важче кидають згубну звичку та в середньому курять більше;

- в цілому звернення до лікарів, увага до власного здоров'я та періодичність проходження рутинних обстежень падає за наявності психічних хвороб, що призводить до пізньої діагностики хвороб та меншої успішності їх лікування;

- ризик смерті від раку за наявності депресивних розладів зростає на 50%, а від серцевих - на 67%;

- серед осіб з ПТСР більш поширені гіпертонія, стенокардія, тахікардія, інші захворювання серця, виразка шлунка, гастрит і артрит. Крім того, ПТСР часто спонукає до ризикової поведінки, що призводить до зловживання алкоголем, - наркотиками чи деструктивної поведінки та пов'язаних з ними наслідків;

- у разі важких пережитих травм окремі ризики можуть наставати на 10-15 років раніше, ніж в середньому в популяції.

Результати досліджень науковців із медичної школи в Єрусалимі свідчать, що під час війни реакція психіки людини буває різною: від помірного і тимчасового стресу, до важких психічних травм, які мають негативні наслідки для здоров'я, включаючи депресію, зловживання психотропними речовинами і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Тим більше, дослідження проведене науковцями із США доводить, що травматичні події війни можуть мати довгостроковий вплив на здоров'я та благополуччя [67].

Проект науковців із Огайо (США) показує, що більшість людей, які пережили війну, поступово пристосовуються до нової реальності, відновлюються, а деякі у відповідь на стресові обставини і події відчувають піднесення, немовби у них відкривається «друге дихання». Цей феномен пояснюється теорією Хобфолла, відповідно до якої травма може призвести як

до втрати, так і до отримання важливих ресурсів. Тож можна очікувати, що вплив війни може призвести до глибшого розуміння цінності життя, що, як наслідок, може підвищити досягнення й рівень задоволення життям [59].

Науковці Г. Вагнер, П. Глік, У. Хаммаш та інші здійснили вивчення в Палестині серед молоді, яка стала свідком війни на Близькому Сході. Вони виявили, що основними психічними наслідками військової діяльності та взаємодії з насильством (безпосередньо та опосередковано) були підвищені ознаки тривоги та депресії. Встановлено, що молоді жінки менш схильні до агресивних дій, але з іншого боку, вони частіше за всіх розповідали про симптоми тривоги, депресії та стресу. Дослідники також зауважили, що в цих осіб поширене фаталістичне бачення власного існування та песимістичний погляд на майбутнє, особливо це стосується чоловіків [10].

Щодо здоров'я палестинської молоді, результати анкетування 2601 учнів 7-9 класів показали, що у майже 26% з них були суїцидальні думки чи плани стосовно самогубства протягом останнього року. Спроби самогубства серед цих дітей були вищими, порівняно з іншими країнами регіону Східного Середземномор'я. Було також з'ясовано, що підлітки-хлопці демонстрували значно вищий рівень суїцидальних думок, ніж їхні ровесниці. *Це свідчить про необхідність покращення їх доступу до отримання психологічної допомоги задля підтримання належного рівня психічного здоров'я* [17, с. 86].

Ізраїльські діти також відчувають негативний вплив безперервних військових конфліктів на своє психічне здоров'я. Згідно з результатами дослідження доктора Рут Пат Хоренчик з Ізраїльського центру по лікуванню психотравм в Меморіальному госпіталі Герцога, діти, які мешкають у Сдероті, мають у 3-4 рази вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу порівняно з рештою дітьми країни [34].

Тривале одинадцятилітнє дослідження, яке здійснили науковці Х. Контесс, С. Пауелл, А. Сольдо та інші серед мешканців Боснії, що пережили війну та проживають у регіоні після конфлікту, вказує на різний рівень психічних проблем. У тих, хто залишався в епіцентрі війни, симптоми з часом

зменшувалися; у внутрішньо переміщених осіб вони залишалися стабільними, але серед колишніх біженців зросла кількість психічних відхилень. Дані показники можуть бути пояснені травматичним досвідом під час війни та збільшенням стресогенних факторів після її завершення. Ці відомості підтверджують довгостроковий негативний вплив військових конфліктів і переселення на психічне здоров'я осіб, а також те, що післявоєнні стреси можуть цей вплив збільшувати [49].

Слід уникати шкідливих методів боротьби із стресом, таких як вживання алкоголю, куріння чи використання наркотичних речовин; шукати підтримку серед рідних; регулювати свій денний режим; якщо можливо, відновлювати звичайні справи, займатися легкою фізичною активністю або релаксаційними вправами для зниження стресу; зберігати спокій, контролювати емоції, шукати нові цілі у житті [11].

Слід зауважити, що ПТСР як наслідок переживання травматичних подій може виникнути приблизно у 20% осіб, незалежно від фізичних травм. Воно може проявлятися як психічними, так і психосоматичними розладами. Виникнення та розвиток ПТСР залежить від специфіки та інтенсивності травматичних подій. Основну роль відіграють надзвичайні обставини, глибокі емоції страху, жаху та відчуття власної безсилості [49].

Загальний рівень ПТСР під час війни коливається від 15% до 30%, що приблизно відповідає показникам жертв злочинів (15-50%). У мирний час після важких стресових ситуацій ПТСР виникає лише у 0,5-1,2% випадків. За деякими даними, під час війни у В'єтнамі понад 58 тисяч американських військових загинуло, при цьому майже півмільйона отримали поранення. Проте протягом наступних 10 років після війни майже 60 тисяч ветеранів вчинили самогубство. Аналогічні тенденції спостерігаються і після війн в Афганістані та Іраку [44].

Дослідження показують, що ПТСР складає 10-50% медичних наслідків бойових дій. Ці симптоми часто тримаються 15-20 років після завершення війни. Наприклад, симптоми ПТСР було зафіксовано у 29-45% ветеранів Другої

світової війни та 25-30% американських ветеранів війни у В'єтнамі [13]. Внаслідок воєнних дій значна частина військових стикається з Посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який може виникнути навіть при відсутності фізичних травм.

Отже, воєнні дії суттєво впливають на психічне здоров'я військових, призводячи до тривалих психічних розладів, які вимагають особливого підходу та допомоги для їх подолання.

### **Висновки до першого розділу**

У сучасному суспільстві уявлення про смерть перебуває під впливом культурних, релігійних та соціальних факторів. Смерть часто сприймається як табу, і про неї рідко говорять відкрито. Психологічно особа може реагувати на думки про смерть страхом, відчуттям власної смертності або роздумами про сенс життя. Соціальні стандарти, в свою чергу, формують наше ставлення до смерті, зокрема, як ми виражаємо смуток, оплакуємо втрати або підтримуємо тих, хто переживає втрату.

Сприйняття смерті проходить кілька стадій, зокрема заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття. Особа може переживати ці етапи не послідовно та неодноразово. Важливою частиною процесу адаптації є розуміння власних емоцій і знаходження способів справляння з болем. Механізми адаптації можуть включати пошук підтримки, психотерапію, релігійні роздуми та інше.

Воєнні дії впливають на психічне здоров'я як військових, так і цивільних осіб. Військові можуть переживати посттравматичний стресовий розлад, депресію або анкіозні розлади в результаті безпосереднього участі в бойових діях. Цивільні особи, які стають свідками або жертвами воєнних дій, також можуть мати психічні проблеми, що сягають від анкіозності та стресу до тяжких депресивних розладів. Важливим є надання психологічної допомоги всім потерпілим від воєнних дій, незалежно від їх ролі на війні. Залежно від умов та характеру бойових дій, поширеність ПТСР може коливатися від 0,5%

до 50% серед військових. Симптоми ПТСР можуть триматися декілька десятків років після завершення воєнних дій, що підкреслює довготривалу природу впливу війни на психіку військових. Травматичний досвід воєнних дій може призвести до високого рівня самогубств серед ветеранів, як це було після війн у В'єтнамі, Афганістані та Іраку. Багато військових, що пережили травматичні події, можуть вдаватися до нездорових методів самозаспокоєння, таких як зловживання алкоголем, куріння та наркотики. Залучення підтримки близьких, професійна допомога та реабілітаційні програми є ключовими для відновлення психічного здоров'я військових після воєнних дій.

## РОЗДІЛ 2.

### СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ВІЙСЬКОВИМИ В УМОВАХ ВЕЛИКОЇ ВІЙНИ

#### 2.1. Вплив стресових ситуацій на психіку військовослужбовців

Світова практика демонструє, що наслідки локальних війн, що мали місце за останні десятиліття, зокрема проблеми посттравматичних стресових розладів, психологічна реабілітація ветеранів та адаптація переселенців, залишаються нагальними протягом тривалого часу. Особливість української ситуації полягає у тому, що так звана гібридна війна, яка тут відбувається, непередбачувана у часовому аспекті, а високотехнологічна психологічна зброя може спричинити масовий негативний ефект на психічний стан населення. Проблематика дослідження, діагностики та корекції негативних психологічних наслідків, породжених стресогенними факторами, такими як травмуючі події (аварії, катастрофи, військові дії, насильство), є однією з найбільш актуальних. Бойові дії на сході України впливають на виникнення бойових психічних травм у військових, що може призвести до порушень психічної діяльності, повної чи часткової втрати боєздатності та, у подальшому, працездатності та дезадаптації в суспільстві. Не один борець, зокрема ті, хто повернулися з-під Іловайська, стикалися зі зрадою, непорозумінням, відсутністю підтримки від різних сторін (іноді навіть від командування) та із нерозумінням з боку суспільства. Спеціалістам доводиться мати справу із випадками суїцидів, алкоголізмом, психічними розладами серед військових тощо [76].

Україна перебуває у стані військової агресії з боку Росії вже більше півтора року, і це визначає тяжкі випробування для всієї країни та її громадян. Військова агресія охоплює велику частину території України, призводячи до численних людських втрат та руйнації. Багато військових, які знаходяться на передовій або беруть участь у бойових діях, страждають як фізично, так і психологічно. Фізичні травми, поранення, загибель товаришів - все це залишає

великий слід на психіці бійців. Багато хто із них може зазнавати стресу, тривожності, депресії, а також розладів, викликаних посттравматичним стресом.

Ці питання вимагають негайного втручання та комплексного підходу з боку держави, громадських організацій та медичних установ. Психологічна допомога та реабілітація ветеранів є вкрай важливими для підтримання їхнього здоров'я та адаптації до мирного життя. Зокрема, важливо розробляти програми психосоціальної підтримки, надавати консультації, проводити терапію для тих, хто переживає психічні труднощі. Не менш важливо також зосередити увагу на фізичному здоров'ї військових, оскільки травми та хвороби, отримані на війні, можуть суттєво ускладнити їхнє подальше життя та реінтеграцію в соціум. Медична допомога, реабілітація та соціальна адаптація мають бути доступними для всіх потребуючих. Крім того, розширення інформаційної кампанії щодо проблем військових та їхніх сімей допоможе підвищити обізнаність суспільства і залучити більше ресурсів та уваги до цих питань. Залучення громадськості та волонтерських організацій також може сприяти підтримці та реабілітації військових, які пережили агресію.

У зв'язку з продовженням агресії з боку Росії, Україні важливо зосереджувати зусилля на захисті своїх громадян, а також на підтримці тих, хто вже постраждав від цього конфлікту, з метою забезпечення майбутнього благополуччя та стабільності країни. Тому військово-політична та соціально-психологічна обстановка в країні робить актуальним питання впливу бойового стресу на психоемоційні стани військовослужбовців.

Взяття участі в бойових діях впливає на психіку людини, ініціюючи в ній серйозні якісні трансформації. Посттравматичні стресові розлади кондиціонують становлення характерних сімейних зв'язків, неповторних життєвих сценаріїв та можуть мати вплив на всю подальшу долю людини. На противагу гострій стресовій реакції, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) формується не в момент травматичної події, а в довготривалій період після того, як людина виходить зі стану величезного стресу. Латентний період

зазвичай становить 2-6 місяців від моменту отримання психологічної травми [7].

У сучасний час наша країна переживає глибокі трансформації, які торкаються всіх аспектів життя громадян і суспільства загалом. Це зумовлено ситуацією по всій території України та зростанням числа учасників бойових дій за останні півтора року, що постійно відбувається від 24 лютого 2022 року. Разом із бойовими знаннями, вони отримують фізичні та психологічні травми, а їхній психічний стан претерпив вагомі зміни. Згодом учасники цих екстремальних подій можуть зіткнутися з психічними порушеннями та відчутти труднощі в адаптації до мирного життя. Таким чином, з'являється необхідність у розробці ефективних методів адаптації та соціально-психологічної реабілітації для військових, які перебували в зоні воєнних конфліктів.

Вперше психічні трансформації у людей, що пережили екстремальні обставини, були зафіксовані Да Коста у 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в США і отримали назву «синдром військового серця». У 1941 р. А. Кардинер характеризував це явище як «хронічний військовий невроз» і виявив, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну основу. Він вперше зробив повний опис симптомів: збудливість і дратівливість; нестримана реакція на несподівані подразники; фіксація на обставинах травматичної події; віддалення від реальності; схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [36].

Професор Г.Г. Аракелов під час ґрунтовних досліджень стресу та стресових реакцій вказував, що в пізнішій фазі стресу, коли організм балансує на межі між нормою і патологією, виникають характерні групи ознак стресового розладу [9]:

1. Психологічні – зниження самооцінки, адаптаційної здатності та толерантності до фрустрації;
2. Фізіологічні – домінування тонусу симпатичної нервової системи над парасимпатичною, модифікація гемодинаміки;

3. Ендокринні – активація симпатико-адреналінової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркових систем;

4. Кінічні – індивідуальна та реактивна тривожність, зниження емоційної стабільності;

5. Метаболічні – зростання в крові транспортних форм жирів, зміщення ліпопротеїдного спектра в бік атерогенних фракцій.

Навіть незначне згадування бойового досвіду, котре може викликати вищезгадані симптоми, свідчить про наявність ПТСР. Отже, ПТСР – це постійно «латаючийся» стрес, який може активізуватися в будь-який момент.

Варто також акцентувати увагу на іншому важливому аспекті проблеми: зміна життєвої перспективи у учасників бойових дій, які пережили травматичну ситуацію. Їх минуле поділяється на періоди «до» і «після» травми, їх реальність – болюча, майбутнє здається відсутнім або «ілюзорним» - бажання, цілі, плани – все, що мотивує людину в повсякденному житті, знаходиться в стані паралічу. Цей стан характеризується відчуттям обмеженої життєвої перспективи і входить до списку діагностичних симптомів ПТСР за Американським діагностичним стандартом. У учасників бойових дій, що стикалися з безпосередньою чи відстроченою загрозою життю, спостерігається глибоко виражене відчуття скороченої життєвої перспективи і відсутність бажання ставити будь-які майбутні цілі [21].

Учасники бойових дій із травматичним досвідом переживають специфічний тип стресу, який дослідники назвали «інформаційним». Він має тривалий характер і перспективність. Виявляється через постійні нав'язливі думки та питання: «Що сталося зі мною?», «Як жити з цим далі?», «Навіщо це треба було?». Людина є творцем своєї долі, оскільки вона усвідомлює, що має майбутнє, і може його в багатьох аспектах формувати за власним бажанням.

У 1980 році М. Горовиць висунув пропозицію виділити ПТСР як самостійний синдром. Під його керівництвом було розроблено діагностичні критерії для ПТСР, які спершу були інтегровані у американські класифікації психічних розладів (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше – у МКХ-10, де ПТСР

коротко описано в рубриці F 44.88. За МКХ-10, ПТСР може розвинутися внаслідок травмуючих подій, які є винятковими за людськими стандартами, і може викликати патологічні зміни особистості та дезадаптацію ветеранів у мирний час.

ПТСР визначається як відстрочена не психотична реакція на винятковий стрес, яка може спричинити різноманітні психологічні та поведінкові відхилення. Важливо, щоб людина піддавалася впливу стресора, який є винятковим за людськими стандартами і може викликати дистрес. Основні симптоми ПТСР включають порушення сну, патологічні спогади, амнезію на окремі події, підвищену пильність та надмобілізацію. Вторинні симптоми обгортають депресію, тривогу, імпульсивність, алкоголізм, соматичні проблеми, та порушення функціонування «Его». Участь у бойових діях та наслідки ПТСР можуть призвести до соціальних конфліктів, проблем з працевлаштуванням, та втрати інтересу до суспільного життя у ветеранів, особливо у мирний час. Щодо теорії патогенезу ПТСР, єдиної думки немає. Складність синдрому та багатогранність адаптивних та дезадаптивних процесів під ним спричинили розробку різних моделей ПТСР, включаючи психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну та мультифакторну [41].

Аналіз досліджень, присвячених вивченню впливу бойового стресу на формування негативних психічних станів військових, з яких можуть розвинутися посттравматичні стресові розлади, допомагає уточнити поняття «бойовий стрес». Під цим терміном мається на увазі багаторівневий процес адаптаційної діяльності людського організму в умовах війни, який супроводжується активацією механізмів реактивної саморегуляції та встановленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Інтенсивність і тривалість пережитого бойового стресу визначає можливість виникнення у військового деструктивних психічних станів. Ці стани можуть виявитися як кілька місяців після повернення з військової діяльності, так і

протягом кількох десятиліть мирного життя, проявляючись у симптомах посттравматичного стресового розладу.

Бойовий стрес виникає у людини під час діяльності в екстремальних умовах, пов'язаних з впливом могутніх зовнішніх та внутрішніх стрес-факторів. Такі фактори становлять загрозу життю, адверсно впливають на здоров'я, зменшують продуктивність або ведуть до порушення діяльності. Стрес виявляється на фізіологічному та психологічному рівнях, основними елементами якого є емоційний та інформаційний стрес. Вони у поєднанні мають негативний ефект на людину, що може спочатку призвести до гострої стадії стресу, а згодом – до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Ми розглянули наукові погляди зарубіжних експертів, які присвячені проблемі бойового стресу та захисту від нього. Згідно з поглядами Ізраїльських спеціалістів з системи військової охорони психічного здоров'я, необхідність та організація такої системи є без дискусійними. До її складу входять різні структурні компоненти, що дозволяють всеосяжно реалізовувати основні напрями збереження та підсилення психічного здоров'я військових, а саме [11]:

- система діагностики, профілювання та профорієнтації;
- система психологічної підтримки військовослужбовців;
- методика контролю за психологічним станом військовослужбовців;
- спеціалізовані центри психічного здоров'я;
- реабілітація та робота з демобілізованими;
- підтримка цивільного населення у кризових обставинах.

Неспростовно, ключовим наслідком для особистості військовослужбовця, який страждає від ПТСР, є спотворення самооцінки: часто вона або неправильно занижена, або компенсаційно завищена. Бувши героєм на війні, при поверненні до мирного життя військовослужбовець часто стає не тільки звичайним громадянином, але і ізольованим та відкинутим, оскільки перетворення його особистості впливає на методи комунікації та поведінку. Деформація самооцінки є особливо значущою та складною для корекції, адже, будучи частиною ядра особистості, самооцінка регулює її дії [55].

Варто підкреслити, що рідко в житті трапляються події, які можна однозначно класифікувати як повністю добрі чи повністю погані. Багато учасників бойових дій вважають військовий досвід і його наслідки у формі ПТСР позитивним життєвим досвідом. В деяких випадках травматичні враження сприяють особистісному розвитку та підняттю самоповаги, активізуючи переосмислення цінностей та формування нових пріоритетів. Це дозволяє особистості стати більш активним учасником життя після травми, ніж до неї. Така активність у формуванні власного життя є результатом суб'єктивного відчуття «особистісних змін», які військовослужбовець сприймає позитивно. Ті, хто вважають участь у бойових діях важливою частиною свого життя, інтегрують це в свій досвід, осмислюють його та вірять, що стали сильнішими, здобули більше можливостей та змогли легше протистояти життєвим труднощам.

Військовослужбовці, які повертаються з війни, відчувають тимчасову неадаптованість у мирному середовищі. Успішне подолання негативних наслідків травматичних уражень залежить від активності особистості у процесі посттравматичної адаптації та його здатності до впровадження оптимальних стратегій виходу з кризової ситуації [49].

Лазебна О.О. та Зеленова М.Є. висвітлюють дані з різних груп населення, що чітко демонструють, із ПТСР зазвичай передують більшість випадків виникнення асоціальної поведінки в різних її проявах, а девіантна поведінка представляє собою насправді виразну форму дезадаптивної поведінки. Вони також вказували, що в загальному, рівень соціального функціонування адаптованих афганських ветеранів виявився зниженим. Серед даної категорії було зафіксовано вищий рівень алкогольної залежності, випадки наркоманії, збільшена кількість розлучень і зменшена кількість укладених шлюбів, а також були виявлені сім'ї, в яких не мали дітей [7].

Зазначено, що у учасників військових дій із зниженим рівнем соціальної адаптації рівень конфліктності та агресивності у міжособистісних відносинах є значно вищим. Наукова та практична психологія пояснює зростання рівня

конфліктності поведінки, в першу чергу, суб'єктивними чинниками. Зовнішній конфлікт із оточуючими є відображенням внутрішнього конфлікту, який, в свою чергу, є наслідком високого рівня фрустрації, що виникає при обмеженні суспільством потреб особистості. Внутрішня детермінанта відіграє особливо важливу роль у внутрішньоособистісних конфліктах, адже вони, переносячись на міжособистісні та міжгрупові конфлікти, генерують їх. Посилення конфліктності асоціюється із змінами ціннісних орієнтацій особистості військовослужбовця, загостренням окремих рис характеру, акцентуацією та спробами зберегти адекватну самооцінку. На додаток, соціальні навички, деяка частина яких загубилася у військовому середовищі, потребують відновлення та розвитку. Конфліктність особистості зростає через те, що учасник бойових дій у мирний час формує свою поведінку, враховуючи потенційну небезпеку для життя і здоров'я, завжди перебуваючи в стані готовності [71].

Отже, стресові ситуації неодмінно справляють значний вплив на психіку військовослужбовців. Перебування у зоні бойових дій, конфронтація з небезпекою та невизначеністю, втрати та травматизація – все це суттєво впливає на психологічний стан людини. Перш за все, тривалий вплив стресових факторів може призвести до виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ознаки ПТСР включають постійну гіпербудженість, відтворення травматичних подій, уникнення ситуацій, що нагадують про травму, та негативні зміни в настрої та мисленні. Більше того, постійна напруга та стрес можуть призвести до емоційного вигорання, втоми, депресії та анкіозності. Це може відбиватися на здатності військовослужбовця адекватно реагувати на навколишні події, приймати рішення та взаємодіяти з іншими. Окрім цього, довготривалий стрес може також викликати фізіологічні зміни, такі як зміни в апетиті, сні, та імунітеті. Воно може також підвищити ризик розвитку хронічних захворювань, таких як серцево-судинні хвороби та діабет. Важливо відзначити, що реакції на стрес можуть бути індивідуальними, і те, як військовослужбовець переживає та справляється із стресом, залежить від багатьох факторів, включаючи його особистісні характеристики, досвід,

систему підтримки та доступ до психологічної допомоги. Заходи з підтримки психічного здоров'я, такі як консультування, психотерапія, медикаційна підтримка та соціальна адаптація, можуть допомогти військовослужбовцям справлятися зі стресом та його наслідками, покращуючи їхнє психічне благополуччя та якість життя.

## **2.2. Травма бойових дій: психологічні та патопсихологічні наслідки**

Травма, отримана в ході бойових дій, може мати глибокі та довготривалі наслідки, які сягають далеко за межі фізичного тіла. Ці наслідки часто мають психологічний та патопсихологічний характер, впливаючи на якість життя, соціальну адаптацію та міжособистісні відносини ветеранів.

Провівши аналіз уже проведених досліджень, ми визначили, що після завершення Другої світової війни світ був сценою понад 200 локальних війн та збройних конфліктів, які відбулися в різних куточках світу – від Кореї і В'єтнаму до Сирії, Афганістану та Югославії, і включаючи звісно Україну, де конфлікт триває з 2014 року. Ці конфлікти вимагають детального вивчення структури санітарних втрат, типу використовуваної зброї та її впливу на людський організм для оптимізації діяльності медичних служб, підготовки фахівців та покращення взаємодії медичних установ [78].

Важливо відзначити, що після Другої світової війни типи зброї значно змінилися, що вплинуло на характер бойових травм. У 60-70-х роках ХХ століття були розроблені нові типи боєприпасів, а в 80-90-х збільшилося використання мінно-вибухової зброї. Ураження цією зброєю часто призводять до серйозних ушкоджень та інфікування ран. Вплив на санітарні втрати мають також характер ведення бойових дій та особливості індивідуального захисту. Тактика бойових дій під час локальних конфліктів останніх десятиліть також зазнала змін, з появою нових методів ведення бою та використанням різних видів вибухових пристроїв, що має вплив на характер поранень. Все це вказує на необхідність аналізу структури санітарних втрат з урахуванням сучасних

змін у характері зброї та методах ведення бою для покращення медичної допомоги на полі бою та підвищення ефективності діяльності медичних служб.

У період 1982-2005 рр. було виконано 10 ретроспективних досліджень, під час яких аналізувались дані про санітарні втрати під час війн у В'єтнамі, Лівані, Словенії, Хорватії, Іраку, Сомалі та Афганістані. Було виявлено розбіжності в причинах травм. Травми від фрагментів снарядів були зустрічаються частіше у 90-х роках ХХ століття, ніж під час Війни у В'єтнамі, де домінували вогнепальні поранення. Травми тулуба зареєстровані менше у конфліктах після 1991 року завдяки використанню бронежилетів. Летальність серед поранених солдатів у всіх конфліктах коливалася від 10% до 14%. Відзначено високий відсоток поранень голови та шиї - до 40%. Одночасно зазначаються великі втрати не лише під час війни, але і в постконфліктний період. При цьому смертність серед осіб, які не є членами бойових формувань, може бути значно вищою [64].

Як було згадано, у 90-х роках та пізніше найчастіше поранення спричиняли фрагменти снарядів. Скелетно-м'язові травми по всьому світу в основному зумовлені вибухами мін та боєприпасів. У кожному конфлікті, починаючи з 1938 року, активно використовувалися протипіхотні міни. З 1960-х років у землі приблизно 70 країн світу залишилося близько 110 мільйонів мін. Приблизно 800 осіб щомісяця гинуть від травм, спричинених вибухами наземних мін, близько 15 000-25 000 людей щорічно отримують інвалідність. Близько 80% загиблих - цивільне населення. Встановлено, що 50% жертв гинуть протягом години після вибуху, багато з яких не дістаються до медичних установ. Реальні втрати кількаразово вищі, за даними Міжнародного комітету Червоного Хреста (МКЧХ). Близько 25% поранених отримують медичну допомогу протягом 6 годин, 15% - навіть пізніше [31].

У період з 2002 по 2006 роки в Афганістані зафіксовано 5471 випадок поранення внаслідок вибуху мін та невибухових боєприпасів. Максимальна кількість поранень - 1706 - була зафіксована у 2002 році, але вже у 2003 році їхня кількість значно знизилась до 1049 та продовжувала зменшуватися у

наступні роки. В загальному обсязі 92% жертв були цивільними, 91% склали чоловіки, а 47% - діти молодше 18 років. Рівень летальності був приблизно 17%. Близько 50% усіх травм були викликані невибуховими боєприпасами, а 42% - протипіхотними мінами. Серед дітей 65% травм спричинено невибуховими боєприпасами, і лише 27% - протипіхотними мінами, в той час як у дорослих більшість травм (56%) зумовлені мінами. Діти отримували поранення, переважно, під час випасання тварин, ігор або маніпулювань з вибуховими пристроями, дорослі ж - під час господарської чи комерційної діяльності та маніпулювань з вибуховими об'єктами [49].

Дані з різних військових конфліктів можуть не бути повністю порівнянні, проте існують загальні тенденції щодо характеру травм, смертності, ускладнень та інфекційних захворювань, на які необхідно звертати увагу при плануванні медичного забезпечення в умовах локальних військових конфліктів.

Психологічні наслідки бойових травм включають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність та інші адаптаційні розлади. Ветерани, які зазнали бойових травм, можуть мати важкість у встановленні стосунків, почувати відчуженість та ізоляцію, а також втратити віру в майбутнє. Вони можуть страждати від нав'язливих спогадів, кошмарів та гіперзбудливості, які перешкоджають повноцінному життю [2].

З іншого боку, патопсихологічні наслідки включають у себе розвиток асоціальної поведінки, збільшення агресії, використання алкоголю або наркотиків як механізму справляння зі стресом. У деяких випадках можуть формуватися та виникати антисоціальні розлади особистості та інші психічні захворювання. Соціальна дезадаптація і втрата соціальних зв'язків також є заслуговуючими на увагу аспектами патопсихологічних наслідків бойових травм. Додатково, військовослужбовці можуть відчувати зміни в особистісних цінностях та переживати внутрішні конфлікти, які можуть впливати на їхній світогляд, ставлення до себе та інших людей. Це може призвести до зміни самоідентичності, самооцінки та реалізації себе в суспільстві. Вони можуть відчувати постійну небезпеку та страх, які обмежують їхню здатність до

відновлення та адаптації. Намагання військовослужбовців справитися з цими наслідками можуть бути ускладнені відсутністю підтримки, недостатнім розумінням та стигматизацією в суспільстві. Таким чином, наслідки бойових травм вимагають комплексного підходу та вивчення з метою розроблення ефективних методів допомоги та підтримки [18].

Патопсихологічними наслідками для військовослужбовців, які зазнали травми бойових дій, є ряд серйозних і тривалих розладів. Це зокрема може включати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який характеризується постійним переживанням травматичних подій, відчуттям зневіри, сонячністю та роздратованістю. Люди з ПТСР часто відчують надмірну тривожність, мають проблеми зі сном та страждають від вторгнень спогадів про травму.

Депресія також є загальним патопсихологічним наслідком. Військовослужбовці можуть відчувати постійний смуток, втрату інтересу або задоволення від життя, а також почуття безнадії. Депресія може призводити до фізичних симптомів, зниження енергії та концентрації, і важких випадках – до самогубних думок та дій. Адаптаційні розлади можуть виникнути у відповідь на труднощі адаптації до повсякденного життя після участі в бойових діях. Військовослужбовці можуть відчувати постійний стрес, мати труднощі з концентрацією та відчувати відчуженість від соціального оточення. Синдром хронічної втоми та інші соматичні скарги також можуть виникнути через психологічний стрес та тривалу експозицію до травматичних обставин. Це може призводити до хронічних фізичних симптомів, таких як головні болі, м'язові болі, розлади сну та гастроінтестинальні проблеми. Проблеми зі сном, такі як безсоння та кошмари, часто асоціюються з бойовим стресом і можуть значно погіршити загальний стан здоров'я [44].

Ці наслідки вимагають комплексного підходу до лікування, який може включати медикаментозну терапію, психотерапію, стратегії справляння із стресом та інші методики. Особливо важливо розробляти індивідуалізовані плани лікування, що враховують унікальні потреби кожного військовослужбовця.

## Висновки до другого розділу

У другому розділі нами здійснено глибокий аналіз впливу стресових ситуацій на психіку військовослужбовців та досліджено наслідки травм від бойових дій. Зокрема, детально розглядається, як стресові ситуації, що виникають під час служби, впливають на психічний стан військовослужбовців. Аналізуються основні стресори, механізми адаптації до стресу та його психологічні наслідки.

Також цей підрозділ присвячено дослідженню психологічних та патопсихологічних наслідків, які можуть виникнути у військовослужбовців внаслідок бойових дій. Обговорюються різні види травм, їх прояви та методики корекції та відновлення психічного здоров'я.

Це допомогло нам підвести підсумок здійсненого аналізу впливу стресових ситуацій та бойових травм на психіку військовослужбовців. Окреслюються ключові знахідки, їх значення для розуміння психологічного благополуччя військових, а також формулюються рекомендації для подальших досліджень та практичної діяльності.

## РОЗДІЛ 3.

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙНЯТТЯ СМЕРТІ ВІЙСЬКОВИМИ В УМОВАХ ВЕЛИКОЇ ВІЙНИ

### 3.1. Методики та процедура емпіричного дослідження

У рамках нашого дослідження ми використали ряд методик для вивчення патопсихологічних особливостей сприйняття смерті військовими в контексті великої війни. Респондентами стали 31 військовослужбовець з різних регіонів України, у віці від 23 до 55 років, обох статей. Дослідження було проведено у липні-жовтні 2023 року, за допомогою Гугл-форми. Це забезпечило зручність збору даних і можливість оперативно аналізувати відповіді респондентів.

1. Наша авторська анкета (ДОДАТОК А) розроблена спеціально для військовослужбовців з метою дослідження їхнього сприйняття смерті. Анкета складається з трьох блоків питань, які вивчають емоційний, раціональний та діяльнісний рівні сприйняття смерті.

Основна інформація, що збирається в анкеті, включає демографічні дані, такі як вік, стать, релігійну приналежність, рівень освіти, сімейний стан, наявність військового (бойового) досвіду та професійний статус.

Перший блок питань спрямований на вивчення емоційного рівня сприйняття смерті, включаючи почуття страху, тривоги, досвід стикання зі смертю побратимів та власні переживання щодо смерті.

Другий блок питань зосереджується на раціональному рівні сприйняття смерті, досліджуючи віру в життя після смерті, ставлення до евтаназії, уявлення про рай та пекло, а також вплив військового навчання на сприйняття смерті.

Третій блок досліджує діяльнісний рівень сприйняття смерті, включаючи готовність до планування похорону, обговорення побажань щодо завершення

життя з близькими, наявність регулюючих документів та підготовка до теми смерті в рамках військової служби.

Анкета дозволила нам детально дослідити та аналізувати різні аспекти сприйняття смерті, виявляючи, як військові ставляться до своєї власної смерті, смерті побратимів та загальної концепції смерті. Вона допомогла виявити конкретні емоційні та психологічні потреби військовослужбовців, що може сприяти розробці цільових програм підтримки та інтервенцій. Анкета була розроблена з урахуванням наукових принципів та методології, що забезпечує її валідність. Вона забезпечує достовірні дані, які відображають дійсне сприйняття смерті серед військовослужбовців. Вона була спеціально адаптована для військовослужбовців, що забезпечує високий рівень відповідності та релевантності отриманих даних. Результати, отримані за допомогою цієї анкети, можуть слугувати основою для майбутніх наукових розробок. Дані, отримані від анкети, можуть бути використані для розробки індивідуалізованих та групових програм підтримки, спрямованих на підтримку психічного здоров'я військовослужбовців. Також вона допомогла виявити можливі ризикові фактори та зони, які можуть потребувати додаткової уваги та втручання. Загалом, ця анкета є інноваційним інструментом для глибокого дослідження сприйняття смерті військовослужбовцями і може слугувати основою для розробки стратегій підтримки психічного здоров'я та благополуччя військових.

2. Методика дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю. (ДОДАТОК Б) - інструмент для аналізу структури і динаміки смислових орієнтацій особистості. Така методика виходить із припущення, що сенс людського життя складається з різноманітних смислів, формуючи унікальну для кожної особи смислову систему. Опитувальник містить 24 тверджень, які представляють різноманітні життєві сенси, на які люди можуть орієнтуватися. Респондентам було запропоновано уважно розглянути кожне твердження і визначити, чи відповідає воно їхньому власному уявленню про сенс життя. Респондентам було запропоновано визначити 3 найбільш значущі для них

життєві смисли із запропонованого списку, а потім обрати по 3 твердження, які вони розміщують на 2-му, 3-му та інших місцях аж до 8-го в порядку особистої значущості. Таким чином, учасники дослідження вказували ранг кожного твердження у своїй системі життєвих сенсів, розміщуючи їх у відповідній таблиці. Цей етап дозволяє отримати детальніше уявлення про ієрархію життєвих смислів для кожного індивіда, виявляючи не лише ключові цінності та пріоритети, а й менш виражені, але все ж важливі аспекти смислової системи. Ці твердження включали різні аспекти життєвих цінностей та смислів, такі як допомога іншим, самовдосконалення, досягнення успіху, реалізація себе, пошук щастя, любов, спілкування, пізнання себе та оточуючого світу, вивчення віри та духовності, та інші. Методика допомогла нам систематизувати та класифікувати життєві смисли, які є важливими для різних людей, та вивчити, як індивідуальні смислові переваги взаємодіють у формуванні унікальної смислової системи кожної особи.

3. SCL-90 R (ДОДАТОК В) - цей тест використовується для оцінки рівня психологічного благополуччя і виявлення можливих психопатологічних проявів. Це стандартизований самооціночний психометричний інструмент, розроблений для вимірювання ступеня психопатології у людини. Методика була розроблена Леонардом Дерогатісом у 1970-х роках. SCL-90-R складається з 90 запитань, на які респонденти відповідають за п'ятибальною шкалою, вказуючи на ступінь, в якій вони відчують певні симптоми. Запитання охоплюють різноманітні аспекти психічного здоров'я і розділені на 9 симптомних шкал:

- Соматизація (SOM) - відчуття дискомфорту в різних частинах тіла.
- Обсесивно-компульсивний розлад (О-С) - нав'язливі думки і поведінка.
- Відчуття внутрішньої тривоги (INT) - тривога та напруга.
- Депресія (DEP) - симптоми депресивного стану.
- Анксіозність (ANX) - симптоми тривожності.
- Гнів-ворожнеча (HOS) - агресивність та іритація.
- Фобічна тривога (PHOB) - страхи та фобії.

- Паранояльність (PAR) - параноїдні думки.
- Психотичність (PSY) - відхилення в мисленні та сприйнятті.

Додатково обчислюється загальний індекс симптомів (GSI), який відображає загальний рівень психопатології. Методика SCL-90-R застосовується в клінічній психології для діагностики різноманітних психічних розладів, а також в наукових дослідженнях для оцінки ефективності терапії і вивчення психопатології. Методика SCL-90-R є відомою і широко використовуваною в наукових та клінічних дослідженнях, включаючи оцінку психічного здоров'я військовослужбовців. Вона володіє високою валідністю і надійністю, які були підтверджені численними дослідженнями. Валідність методики означає, що вона дійсно вимірює те, для чого призначена, а надійність свідчить про стабільність і послідовність результатів при повторних вимірюваннях.

Застосування SCL-90-R для військовослужбовців може бути корисним для ідентифікації різних форм психопатології, таких як анксіозність, депресія, симптоми стресу та інші, які можуть бути зумовлені особливостями служби, військовими конфліктами чи стресовими ситуаціями. Отримані дані можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та втручань, спрямованих на поліпшення психічного благополуччя військовослужбовців. Зазначимо, що методика SCL-90-R не є специфічною для військового контексту, але її універсальність і адаптивність дозволяють застосовувати її у різних демографічних і професійних групах, включаючи військових.

4. Контент-аналіз - метод вивчення змісту текстової інформації для виявлення закономірностей, тенденцій, характеристик.

5. Статистичні методи (частотний аналіз) - використовувались для обробки і інтерпретації зібраних даних, визначення частотності певних відповідей, виявлення кореляцій і тенденцій.

Таким чином, комбінація кількісних і якісних методів дослідження дозволила нам глибше вивчити та проаналізувати патопсихологічні особливості

сприйняття смерті військовими і виявити значущі для даної тематики закономірності і тенденції.

### 3.2. Отримані результати та їх аналіз

Нами проведено дослідження сприйняття смерті серед військовослужбовців. За допомогою авторської анкети опитано 31 військового (ДОДАТОК А). Результати вказують на різноманітність відповідей та досвіду учасників.

Вікова структура учасників була різноплановою, від 23 до 55 років, що дозволяє розглядати досвід різних поколінь. У гендерному аспекті була зафіксована домінантність чоловіків (69%) над жінками (30,8%), що може відображати гендерний склад у військових структурах (рис. 3.1):

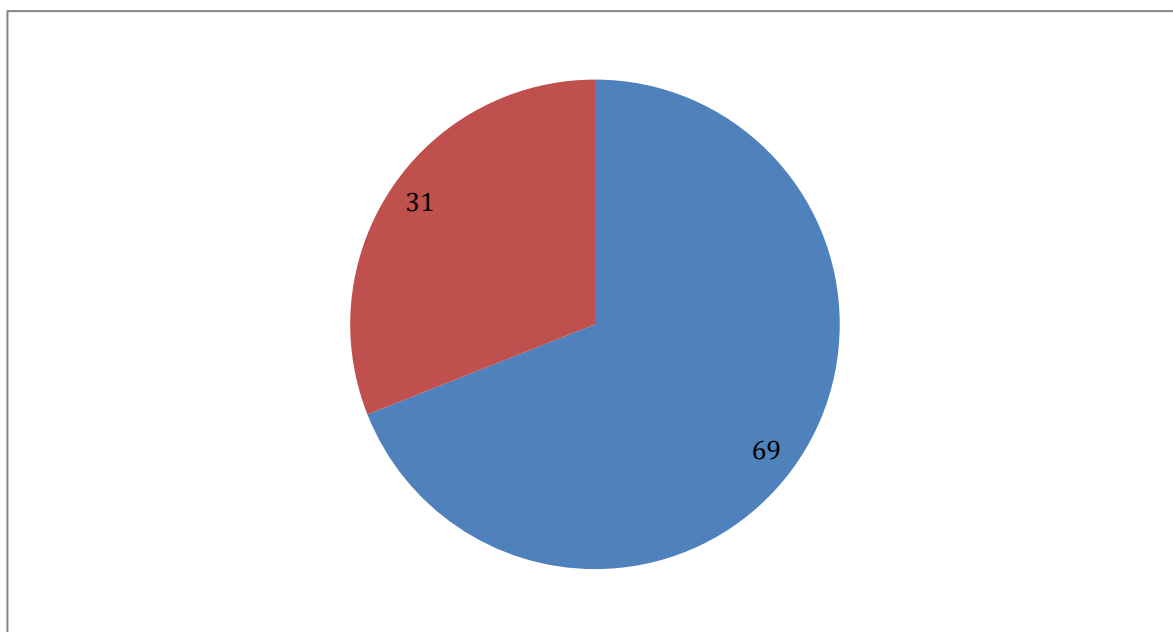


Рис. 3.1 - Гендерні особливості опитаних респондентів

Учасники виявили різноманітність релігійних поглядів: більшість визначили себе як християн (23,1%), атеїсти та віруючі в іслам також склали 23,1%. 7,7% вказали на віру в язичництво, а деякі вірили в себе та людей (7,7%) (рис. 3.2):

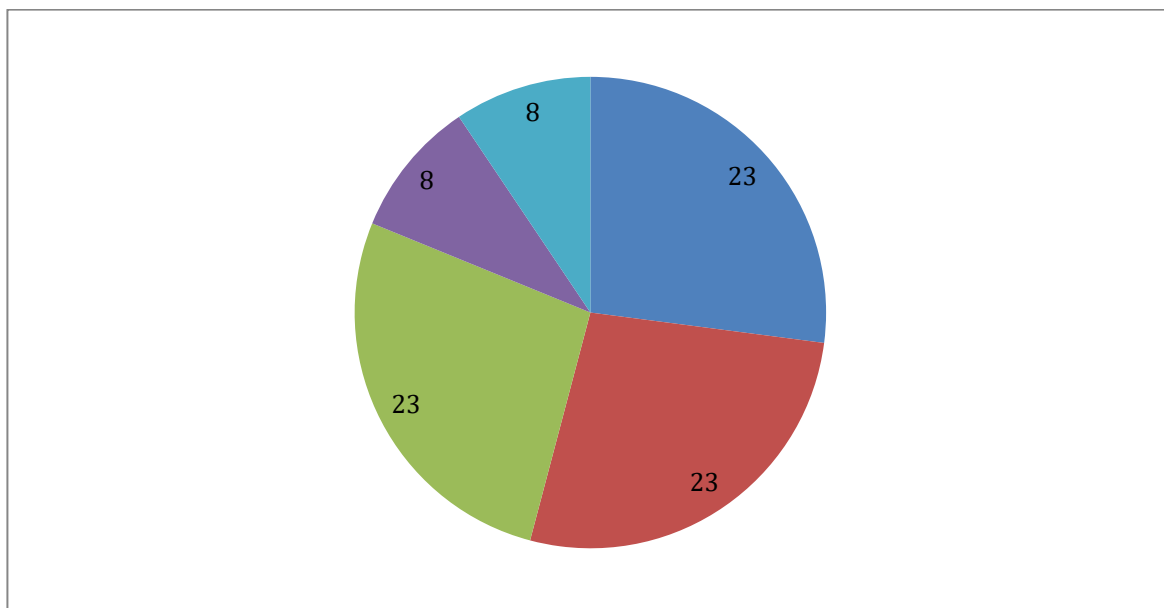


Рис. 3.2 - Релігійні погляди опитаних респондентів

Освітній рівень учасників був високим, з 46,2% випускників з вищою освітою та 30,8% - з професійно-технічною. Тільки 7,7% мають початкову загальну освіту (рис. 3.3):

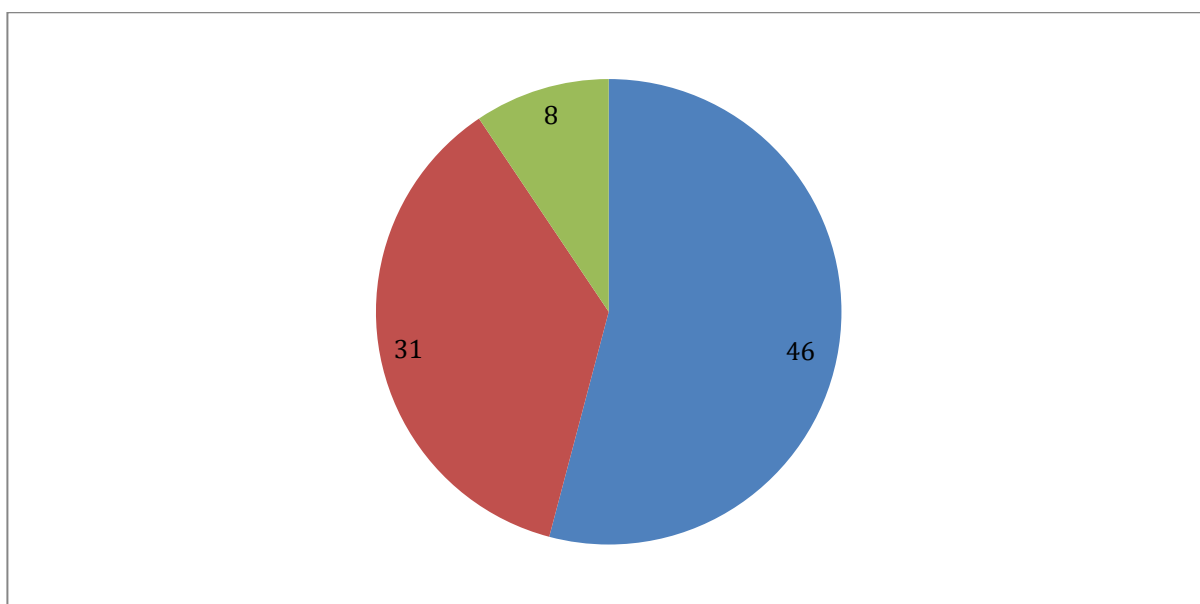


Рис. 3.3 - Освітній рівень опитаних респондентів

Щодо сімейного стану, 38,5% учасників зазначили, що вони одружені/заміжні, 30,8% - неодружені, а 15,4% знаходяться у цивільному шлюбі або розлучені (рис. 3.4):

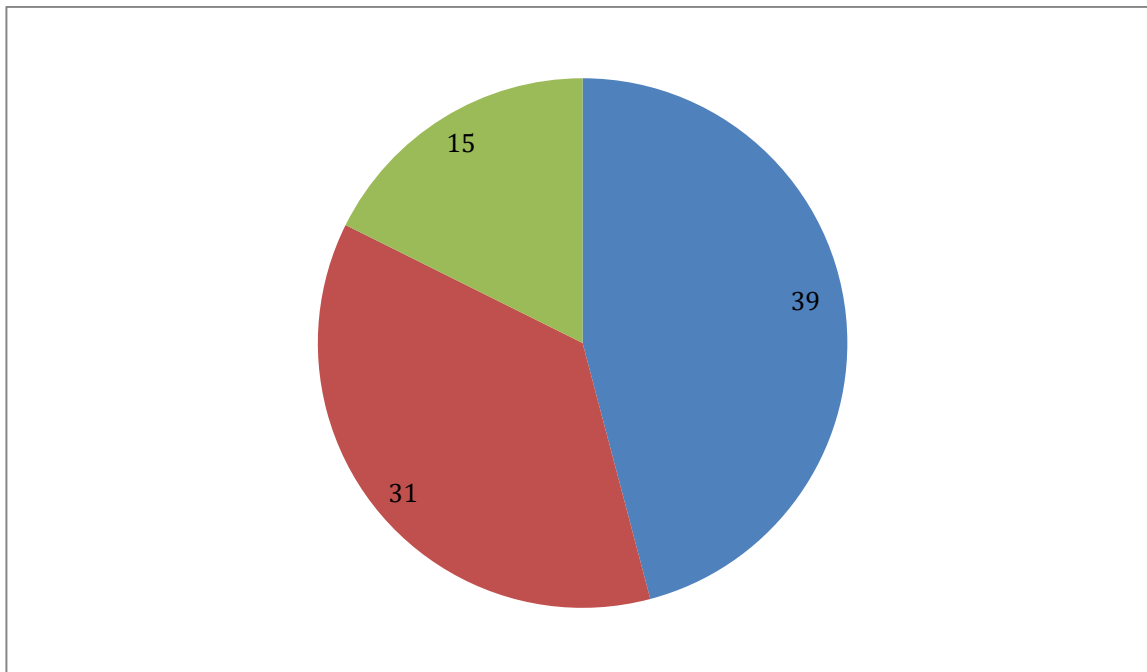


Рис. 3.4 - Сімейний стан опитаних респондентів

Помітно, що більшість учасників мають військовий досвід (38,5% вказали «Скоріше так», а 7,7% - «Так»). Результати анкетування з питання про професійну підготовку та досвід військових дій показують розмаїтість досвіду серед учасників. Зокрема, 15,4% учасників вказали, що є професійними військовими, 38,5% - «скоріше так», що може вказувати на певний рівень військової підготовки або досвіду, 15,4% - відповіли «ні», та 30,8% - «скоріше ні», свідчать про відсутність або низький рівень військового досвіду.

#### Блок 1. Емоційний рівень сприйняття смерті:

1. Як би ви описали свої почуття щодо смерті в одному слові? У результаті анкетування військовослужбовців стосовно почуттів щодо смерті було виявлено широку палітру емоційних реакцій. Найбільша кількість учасників, а саме 13 осіб (32,5%), вказали на почуття спокою щодо смерті. Це може свідчити про певну готовність або прийняття даної ідеї, можливо, через

професійну підготовку або військовий досвід. Також 12 учасників (30%) відзначили неминучість як ключову тему, що свідчить про реалістичний та об'єктивний підхід до питання смерті, розглядаючи її як необхідну складову життя. Страх перед смертю був менш поширеним відгуком, з двома відповідями (5%), що може відображати високий рівень психологічної стійкості та адаптації учасників до ризикованих умов. Почуття прийняття, яке також було вказано двома учасниками (5%), аналогічно до спокою, свідчить про зрілість та збалансованість у ставленні до смерті. Цікавість та циклічність були представлені однією відповіддю кожна (по 2,5%), що може вказувати на філософський підхід або глибокі роздуми учасників з приводу життя та смерті (рис. 3.5):

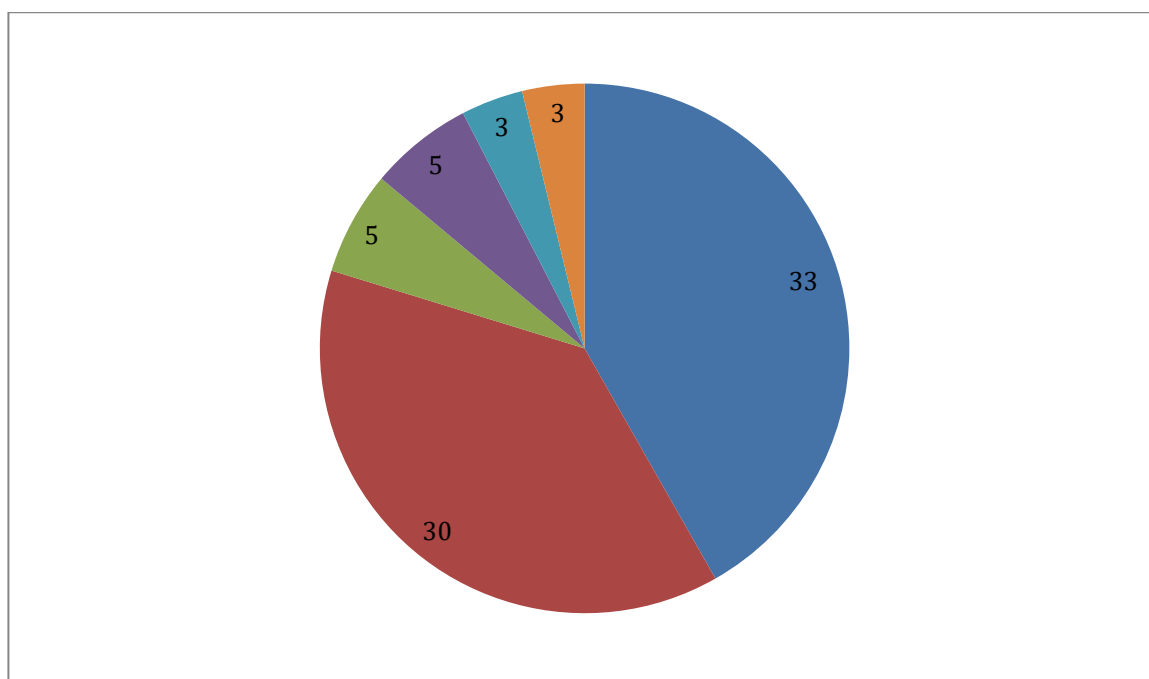


Рис. 3.6 - Відповідь на питання «Як би ви описали свої почуття щодо смерті в одному слові?»

2. Чи відчуваєте ви тривогу, коли розмірковуєте про смерть? Отримані результати щодо тривоги з приводу смерті серед військовослужбовців вказують на значну різноманітність ставлення до смерті. 23,1% учасників відповіли «Так», і 15,4% - «Скоріше так», що підкреслює, що понад третина опитаних

відчують тривогу або стурбованість щодо смерті. Це може бути пов'язане із рядом факторів. Військовослужбовці часто знаходяться у високо ризикованих ситуаціях, що може посилювати відчуття тривоги. Стрес та психологічний тиск, характерні для військової служби, також можуть сприяти виникненню страху смерті. З іншого боку, 30,8% відповіли «Ні», та така ж сама частина – «Скоріше ні», свідчить про те, що більшість військовослужбовців не відчують вираженої тривоги з приводу смерті. Це може бути результатом ефективних стратегій справляння із стресом, професійної підготовки, а також внутрішньої резиліентності. Досвід і тренування можуть допомагати військовим адаптуватися і впоратися з різними аспектами служби, включаючи страх смерті. Також можливо, що деякі військовослужбовці розвивають реалістичний та прагматичний підхід до смерті, враховуючи її як невід'ємну частину життя і професійної діяльності (рис. 3.7):

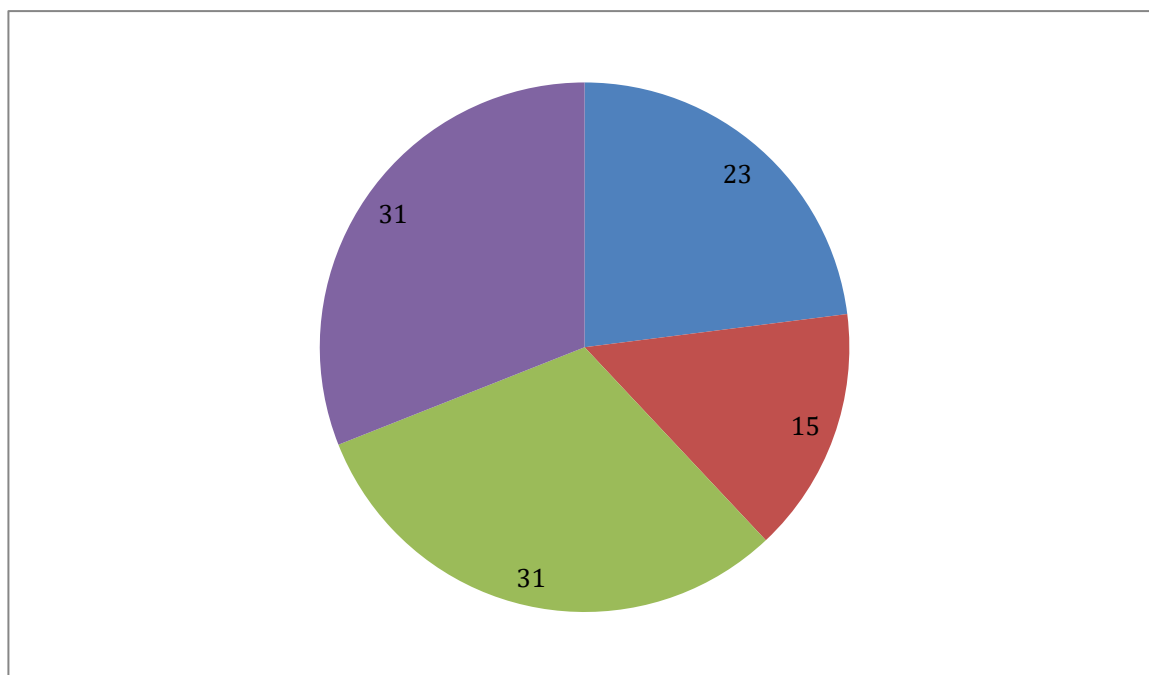


Рис. 3.7 - Відповідь на питання «Чи відчуваєте ви тривогу, коли розмірковуєте про смерть?»

3. Чи бачили ви на власні очі смерть побратимів? Яку емоцію це в вас викликало? Отримані результати були різноплановими. Більшість відгуків була

змішаною, з реакціями, що включали агресію (35%), безнадію (25%), засмучення (20%), та лють (15%). Отже, 5% учасників не стикалися з такою ситуацією. Така варіативність емоційних відгуків може бути пов'язана із характером військової служби та особливостями переживання втрат. Агресія та лють можуть виникати як реакція на несправедливість та біль втрати, а також як спосіб захисту від відчуття власної безпорадності чи вразливості. Безнадія та засмучення часто є природними реакціями на втрату близької особи та можуть вказувати на глибокі емоційні переживання та потребу в психологічній підтримці. 5% учасників, які не стикалися з втратою побратимів, можуть відчувати менше емоційного навантаження у даному контексті, але це також може вказувати на необхідність підготовки до можливих майбутніх травматичних випадків. Ці результати свідчать про важливість психологічного супроводу та розробки стратегій справляння із стресом для військовослужбовців, які можуть стикатися з втратами побратимів. Також необхідно забезпечити психотерапевтичну допомогу для тих, хто вже пережив втрату, для адекватного переживання та працювання з негативними емоціями (рис. 3.8):

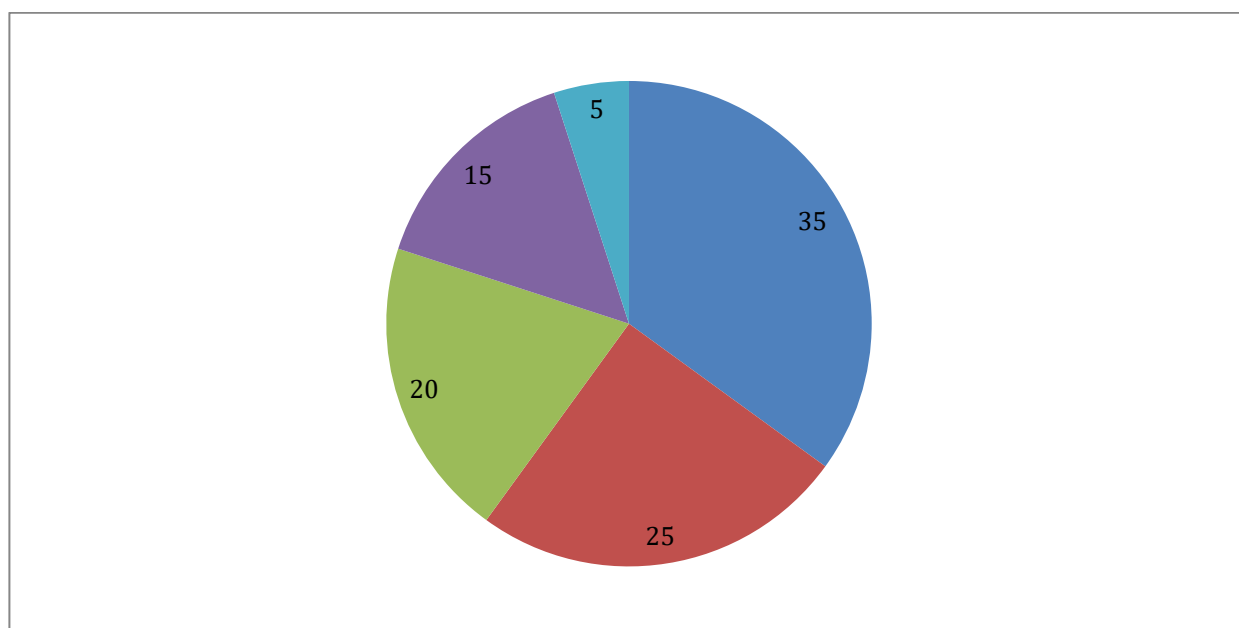


Рис. 3.8 - Відповідь на питання «Чи бачили ви на власні очі смерть побратимів? Яку емоцію це в вас викликало?»

4. Чи доводилося вам взаємодіяти з тілами загиблих воїнів? Яку емоцію це в вас викликало? У цьому питанні серед опитаних респондентів виявлено різноманітність відгуків. Деякі відчували обов'язок (40%), інші - байдужість (30%), а деякі відчували біль (25%). Декілька учасників, а саме 5%, не мали такого досвіду. Відчуття обов'язку, яке виявлено у 40% військовослужбовців, може бути пов'язане з професійними обов'язками та відчуттям відповідальності перед загиблими побратимами. Байдужість, вказана 30% учасників, може бути захисною реакцією на травматичний досвід та способом уникнення емоційного болю. 25% учасників, які відчували біль, можливо переживали глибокий емоційний стрес та мають потребу у психологічній підтримці. 5% тих, хто не мав досвіду взаємодії з тілами загиблих, можуть потребувати підготовки та підтримки для майбутнього (рис. 3.9):

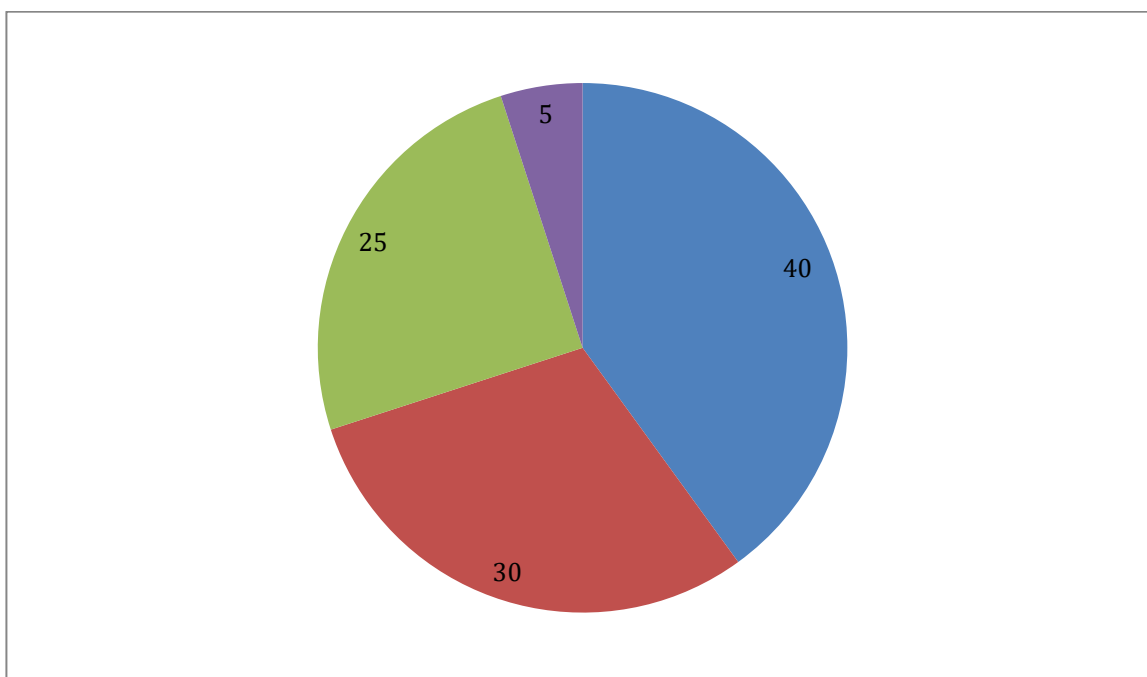


Рис. 3.9 - Відповідь на питання «Чи доводилося вам взаємодіяти з тілами загиблих воїнів? Яку емоцію це в вас викликало?»

Такі результати підкреслюють необхідність належного психологічного супроводу для військовослужбовців, які взаємодіють з тілами загиблих, та розробку ефективних стратегій справляння зі стресом і травмою. Також

важливо забезпечити інформаційну та емоційну підтримку для тих, хто може стикнутися з такими ситуаціями у майбутньому.

5. Чи стикалися ви зі смертю близької людини (не військовий контекст)? Як ви це пережили? У відповідях на це питання в не військовому контексті серед респондентів було виявлено розмаїття емоційних реакцій та способів справляння. Шок було вказано 25% учасників, смуток - 35%, спокій - 20%, та деяка міра полегшення у випадках старості була відчута 15% учасників. Оставші 5% учасників вказано інші способи справляння. Шок і смуток, які були найпоширенішими реакціями (25% і 35% відповідно), є звичайними емоційними відгуками на втрату, та можуть вказувати на потребу у психологічній підтримці та допомозі в процесі оплакування. Спокій, вказаний 20% учасників, може свідчити про високий рівень ресурсів справляння або про вже пройдений процес оплакування. Полегшення, яке відчули 15% учасників у випадках старості, може вказувати на прийняття смерті як частини життєвого циклу та/або сприйняття смерті як полегшення від страждань. (рис. 3.10):

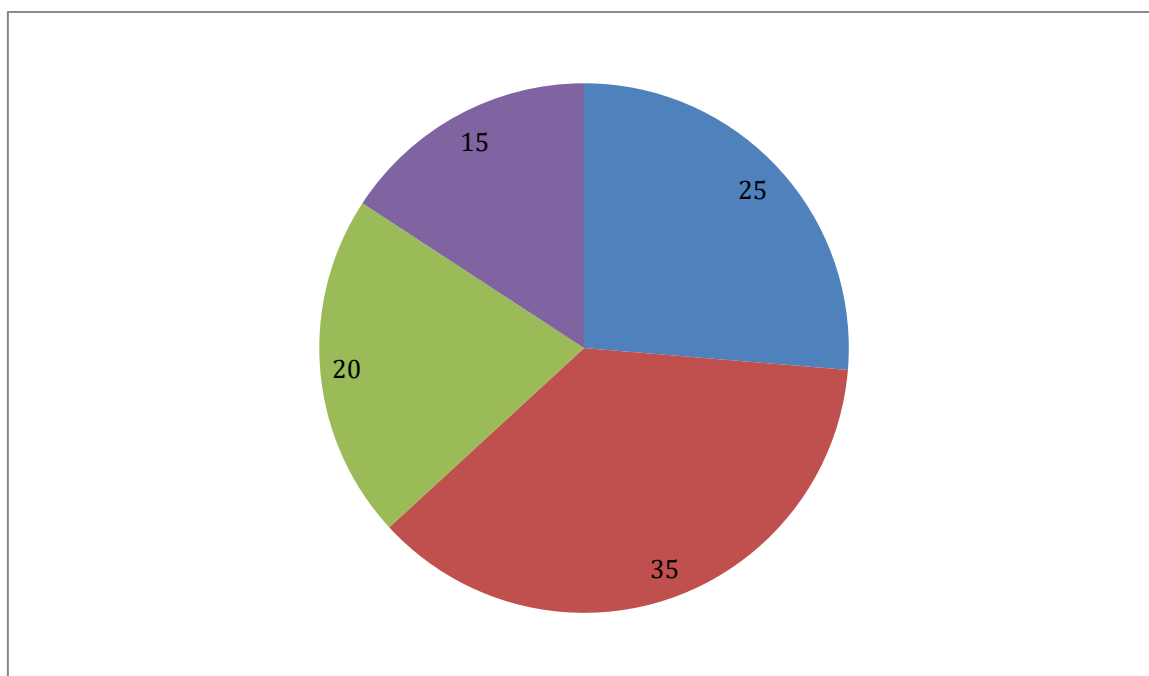


Рис. 3.10 - Відповідь на питання «Чи стикалися ви зі смертю близької людини (не військовий контекст)? Як ви це пережили?»

Ці результати вказують на те, що військовослужбовці можуть мати різні потреби у підтримці та ресурсах для справляння з втратою близької людини. Також це може свідчити про необхідність розробки індивідуальних підходів до надання психологічної допомоги в залежності від способу справляння та емоційної реакції кожного учасника.

6. Чи відчували ви страх перед власною смертю в бойових умовах? Результати анкетування по страху власної смерті в бойових умовах демонструють значну різноманітність у відгуках військовослужбовців. Зокрема, 23,1% учасників відчували страх, 7,7% - скоріше відчували страх, 30,8% - не відчували страх, та 38,5% - скоріше не відчували страх. Така диференціація може бути пов'язана з різницею в індивідуальних характеристиках, таких як рівень відваги, досвіду, психологічної стійкості та віри у власні сили. Військовослужбовці, які виразно відчують страх, можуть мати менший бойовий досвід або ж меншу впевненість у своїх здібностях чи обладнанні. З іншого боку, ті, хто відчують менший страх або його взагалі не відчують, можуть мати більший досвід, кращу підготовку, або вищу впевненість в команді та обладнанні (рис. 3.11):

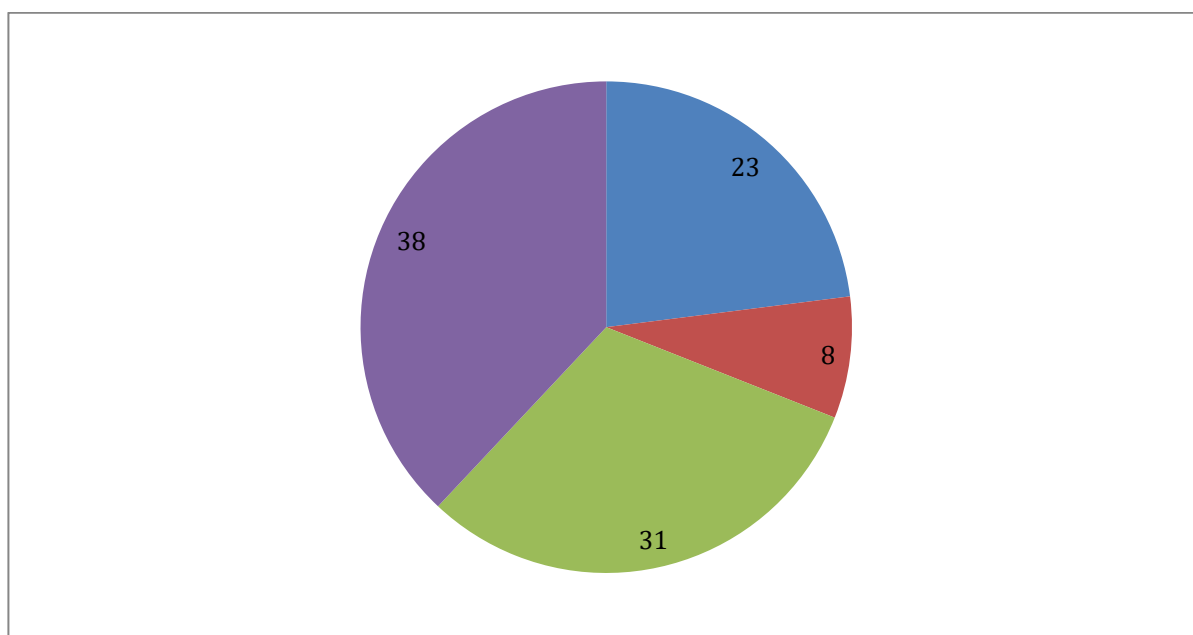


Рис. 3.11 - Відповідь на питання «Чи відчували ви страх перед власною смертю в бойових умовах?»

Також варто враховувати, що різниця у відгуках може відображати індивідуальні стратегії справляння зі стресом та страхом. Деякі можуть використовувати стратегії позитивного переосмислення або відволікання, що допомагає знизити рівень страху. Загалом, різноманітність відгуків підкреслює важливість індивідуального підходу при роботі з військовослужбовцями, оскільки їх відчуття та переживання можуть значно відрізнятися. Це також вказує на необхідність подальших досліджень для визначення ключових факторів, які впливають на страх власної смерті в бойових умовах, і розробки ефективних стратегій підтримки.

7. Як ви оцінюєте свою готовність до власної смерті на шкалі від 1 до 10? Аналіз результатів опитування засвідчує значну диференціацію відповідей стосовно готовності військовослужбовців до особистої смерті. З 31 респондентів, по 15,4% обрали 6 і 7 балів, демонструючи середній рівень готовності до смерті. Відсутність відповідей з найвищими оцінками (8, 9, 10) може свідчити про присутність нестабільності та непевності у сприйнятті даного аспекту. Додатково, 30,8% респондентів показали високий рівень готовності, вибравши 4 бали, в той час як 23,1% зазначили досить низький рівень, вибравши 3 бали. Отримані результати вказують на високий рівень диверсифікації відчуттів та ставлення до смерті серед військових. Глибина розмаїтості може бути обумовлена індивідуальними різницями, такими як рівень військового досвіду, психологічна стійкість, вікові характеристики, а також особистісними віруваннями та цінностями учасників. Цей аспект є критично важливим при конструюванні психологічних програм підтримки та терапевтичних втручань, адже ступінь готовності до смерті може істотно впливати на психологічне благополуччя та адаптаційні здібності військовослужбовців в умовах армійської служби та бойових дій. Ці дані допомагають нам зрозуміти різноманітність емоційного сприйняття смерті серед військовослужбовців і можуть бути корисними для розробки підходів до психологічної підтримки та консультування (рис. 3.12):

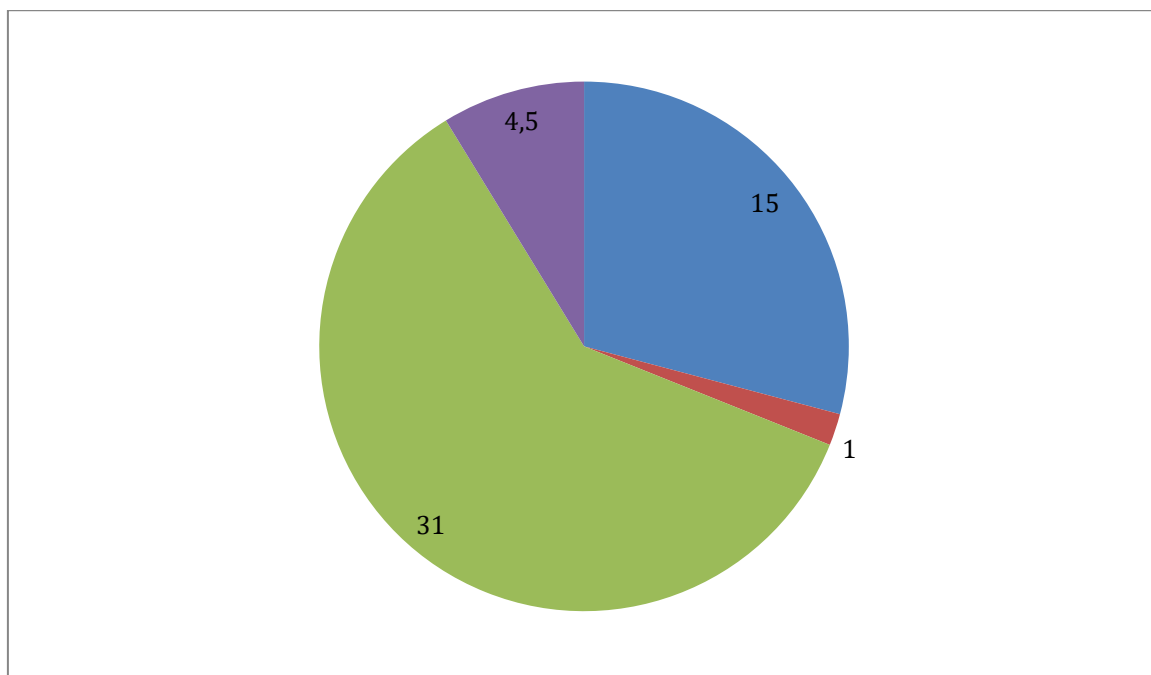


Рис. 3.12 - Відповідь на питання «Як ви оцінюєте свою готовність до власної смерті на шкалі від 1 до 10?»

Отже, аналіз першого блоку відповідей опитування військовослужбовців щодо їхніх почуттів та сприйняття смерті дає зробити наступні висновки. Опитування виявило широкий спектр емоційних реакцій на смерть. Ставлення до смерті серед військовослужбовців варіюється від спокою до відчуття неминучості, та відчуття тривоги. Ця різноманітність може бути зумовлена різними особистісними характеристиками, життєвим досвідом та професійною підготовкою. Більшість учасників мали змішані чи негативні емоції після свідчення смерті побратимів, включаючи агресію, безнадію, засмучення та лють. Це вказує на високу емоційну напругу та потребу в психологічній підтримці і ресурсах для справляння з такими травматичними випадками. Відповіді свідчать про різні способи взаємодії з тілами загиблих, від обов'язку до байдужості та болю, що відображає різні стратегії справляння та може вказувати на потребу в розробці додаткових методів психологічної підтримки. Смерть близької особи в не військовому контексті також викликала різноманітні емоційні реакції, що підкреслює універсальність відчуттів смутку,

шоку та інших емоцій незалежно від контексту. Результати показують, що страх смерті в бойових умовах є поширеним, але не універсальним серед військовослужбовців. Це може вказувати на різні рівні психологічної стійкості та різні механізми справляння. Висновки засвідчують різні рівні готовності до смерті серед військовослужбовців. Відсутність відповідей з найвищими оцінками може свідчити про загальну нестабільність та непевність у сприйнятті смерті.

## Блок 2. Раціональний рівень сприйняття смерті:

1. Ви вірите в життя після смерті? Результати опитування з вірою в життя після смерті демонструють цікавий розподіл відповідей. Тут 7,7% респондентів вірять у життя після смерті, 46,2% - «скоріше вірять», 15,4% - не вірять, та 30,8% - «скоріше не вірять» (рис. 3.13):

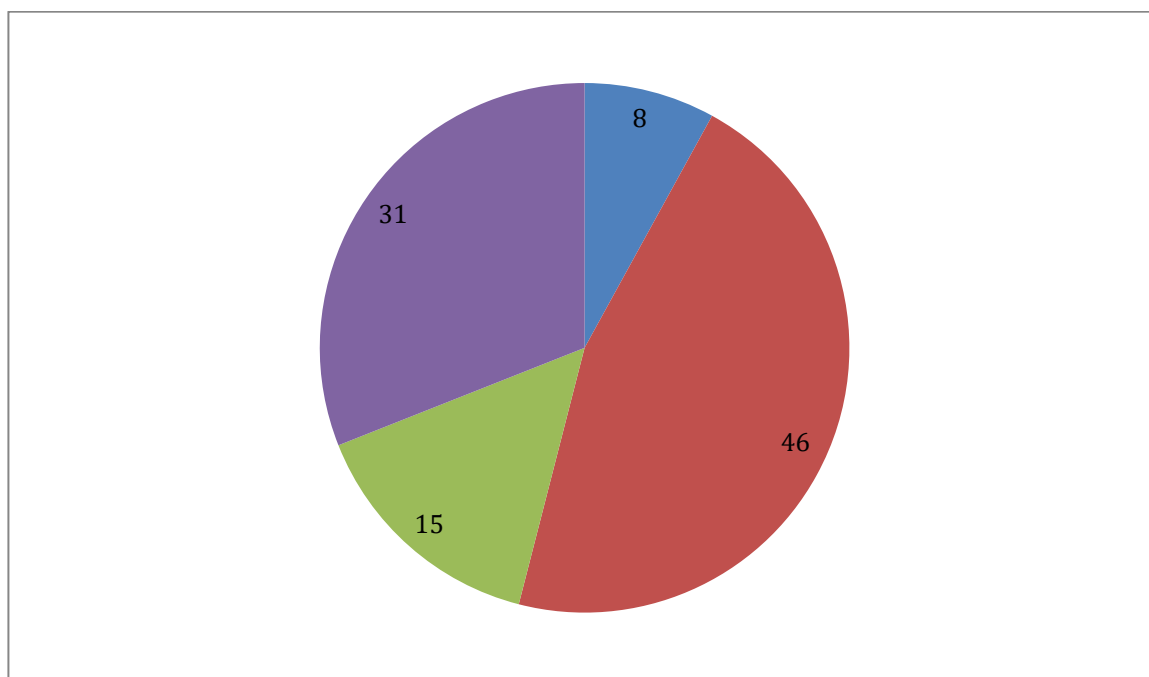


Рис. 3.13 - Відповідь на питання «Ви вірите в життя після смерті?»

Ці дані вказують на високий відсоток тих, хто «скоріше вірить» в життя після смерті, що може вказувати на невизначеність або сумніви у респондентів щодо цього питання. Ця невизначеність може бути пов'язана з військовим контекстом, у якому індивіди часто стикаються з питаннями життя та смерті,

що може активізувати роздуми про посмертне існування. У таких обставинах, люди можуть перебувати в пошуках відповідей, роздумувати над великими питаннями життя та смерті, та виражати сумніви або невпевненість у своїх переконаннях щодо «після життя».

2. Чи думаєте ви, що смерть - це необхідний елемент життєвого циклу? Результати опитування на питання сприйняття смерті як елемента життєвого циклу демонструють наступний розподіл відгуків: 15,4% респондентів вважають, що смерть є необхідним елементом життєвого циклу, та майже 77% - «скоріше схиляються» до цієї думки. Ці результати свідчать про те, що значна більшість учасників дослідження визнає смерть як неминучий аспект життя. Така тенденція може відображати загальноприйняте світоглядне ставлення, де смерть розглядається як природний та необхідний етап життєвого циклу. Це ставлення може також вказувати на прагматичний підхід до життя та смерті, який є характерним для військових, відзначаючи адаптацію до реалій професійного середовища, де питання життя та смерті є актуальними та невід’ємними (рис. 3.14):

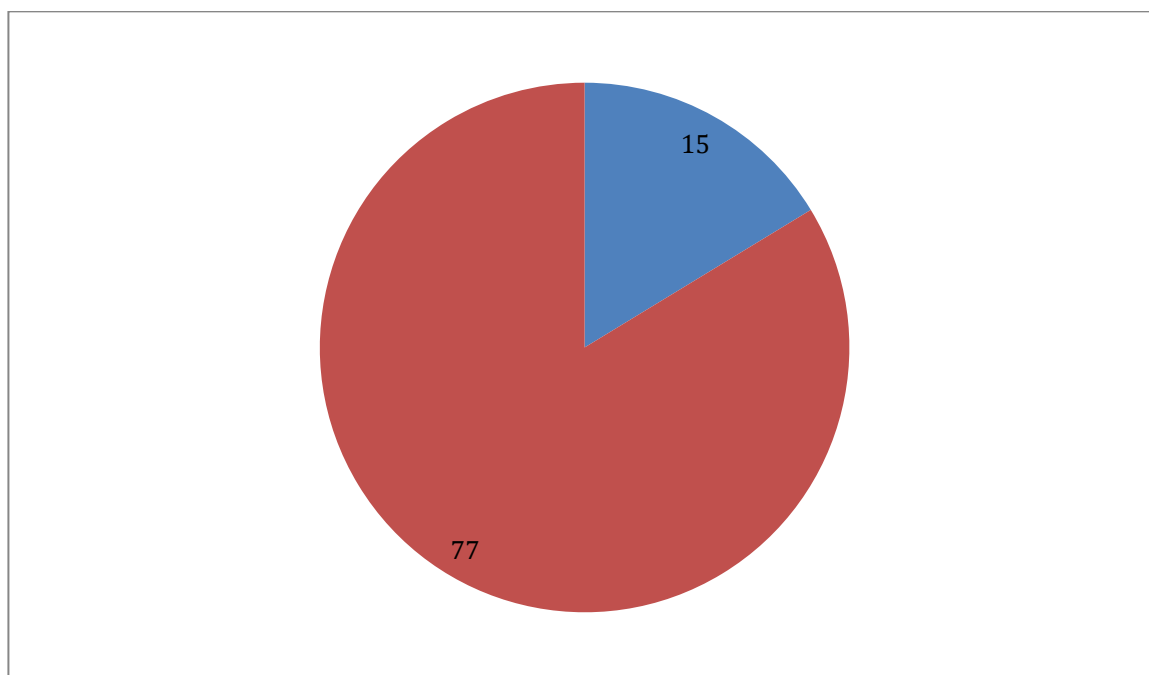


Рис. 3.14 - Відповідь на питання «Чи думаєте ви, що смерть - це необхідний елемент життєвого циклу?»

3. Як ви уявляєте рай/пекло? Уявлення респондентів про рай та пекло варіюються, що відображено у відсотковому розподілі відповідей: енергетичні рівні – 20%, не вірю в це – 25%, не уявляю – 15%, інші уявлення – 40%. Така розмаїтість відгуків свідчить про наявність індивідуальних різниць в уявленнях та віруваннях щодо посмертного життя серед респондентів. Ці різниці можуть бути пов'язані з релігійними, культурними, філософськими чи особистісними переконаннями і досвідом кожної особи. Вони можуть також відображати різноманітність підходів до розуміння смерті та посмертного життя в сучасному суспільстві, де існує велика кількість різних релігійних і світських вірувань. Відмічається, що частина респондентів (25%) не вірить в існування раю та пекла, що може вказувати на секуляризацію вірувань чи критичний підхід до традиційних релігійних концепцій (рис. 3.15):

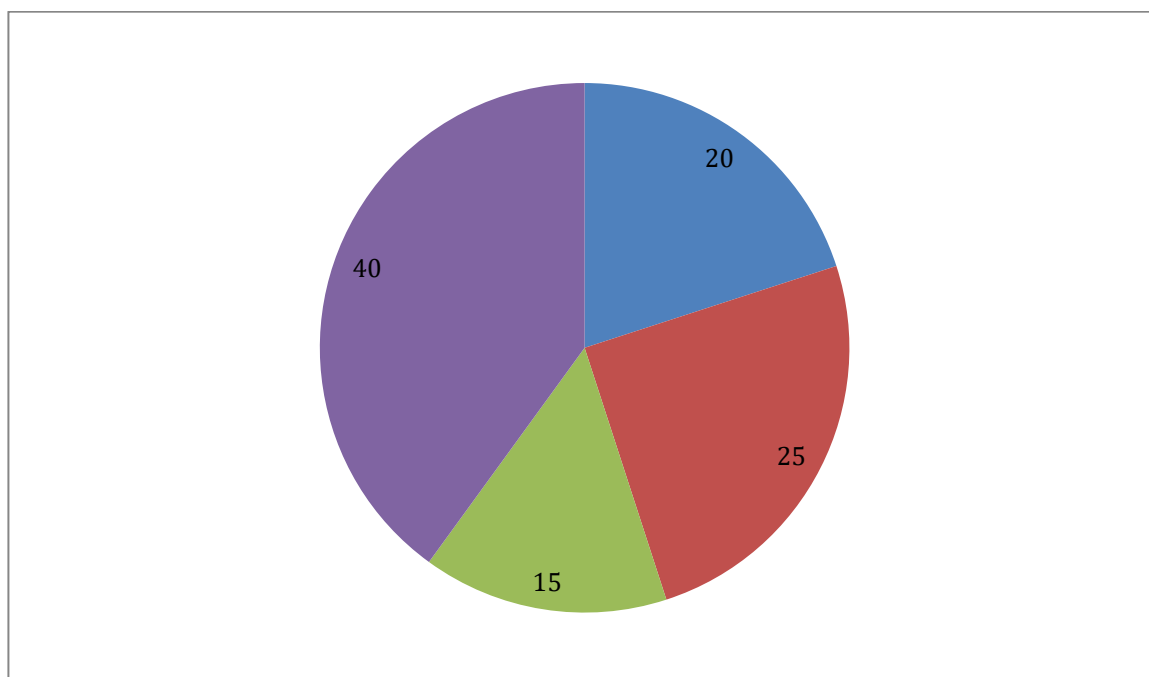


Рис. 3.15 - Відповідь на питання «Як ви уявляєте рай/пекло?»

4. Чи є смерть для вас табу? Серед опитаних, 100% респондентів вказали, що не вважають смерть за табу. Це абсолютна універсальність у відповідях, що дуже рідко зустрічається в соціологічних опитуваннях. Така однозначна позиція може бути пов'язана з професійною відвертістю до теми смерті

військових. Вони часто стикаються з реальністю життя та смерті на службі, тому для них ця тема, можливо, менш емоційно навантажена або, навпаки, є об'єктом рефлексії та прийняття. Також це може відображати культуру відкритості та обговорення цієї теми в рядках військових.

5. Чи вважаєте ви, що ваше військове навчання вплинуло на ваше сприйняття смерті? Вплив військового навчання на сприйняття смерті - 38,5% респондентів вказали, що їхнє військове навчання вплинуло на сприйняття смерті, і ще 30,8% схиляються до такої думки. Загалом, більшість учасників дослідження визнали вплив військової підготовки на їхнє ставлення до смерті. Це свідчить про значущість навчального процесу у формуванні відношення до цього неунікального явища життя. Така динаміка може бути пов'язана з тим, що військове навчання часто включає елементи, які призводять до рефлексії над власною смертю та смертю інших, а також вимагає розвитку стратегій справляння зі стресом та травмою, пов'язаними із смертю (рис. 3.16):

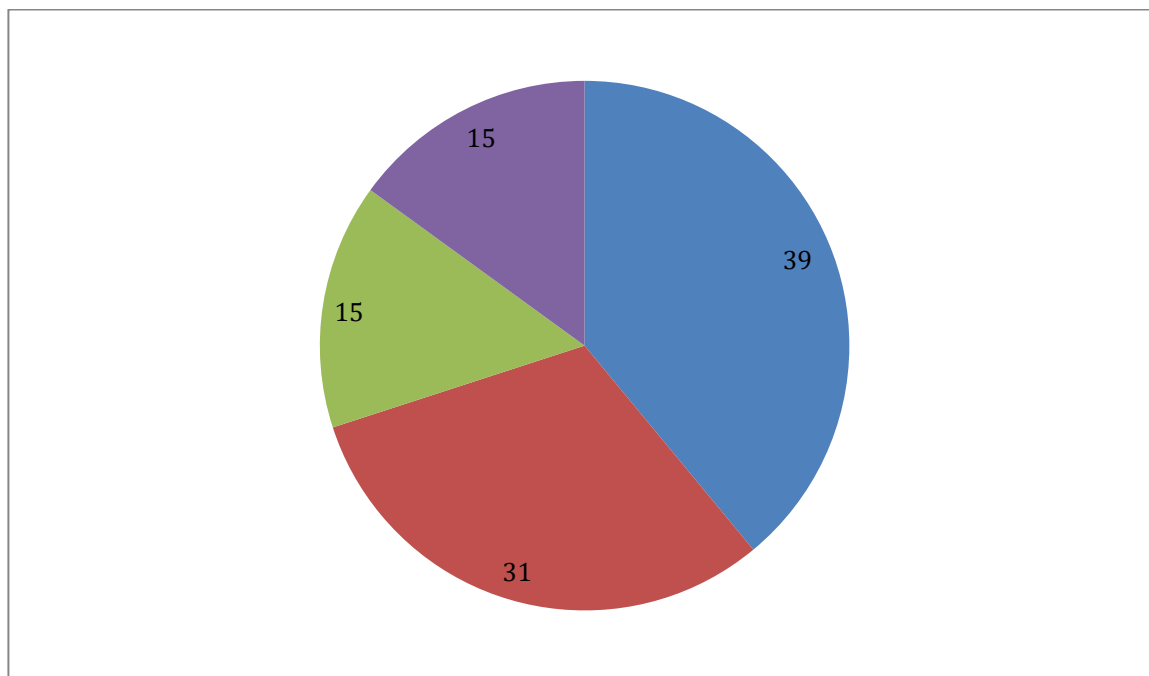


Рис. 3.16 - Відповідь на питання «Чи вважаєте ви, що ваше військове навчання вплинуло на ваше сприйняття смерті?»

6. Яке ваше ставлення до евтаназії? Дослідження показує, що 53,9% респондентів ставляться позитивно чи скоріше позитивно до евтаназії. Це може вказувати на зростаючу соціальну прийнятність та розуміння необхідності евтаназії у певних випадках, особливо, коли людина страждає від невиліковного захворювання. Тим не менше, значна частина учасників (46,2%) висловила нейтральне ставлення до цього питання, що може свідчити про несталість думок, потребу в додатковій інформації чи обговоренні етичних аспектів евтаназії. Варто зазначити, що ці дані можуть відображати загальні тенденції в суспільстві стосовно сприйняття евтаназії та права людини на гідний кінець життя (рис. 3.17):

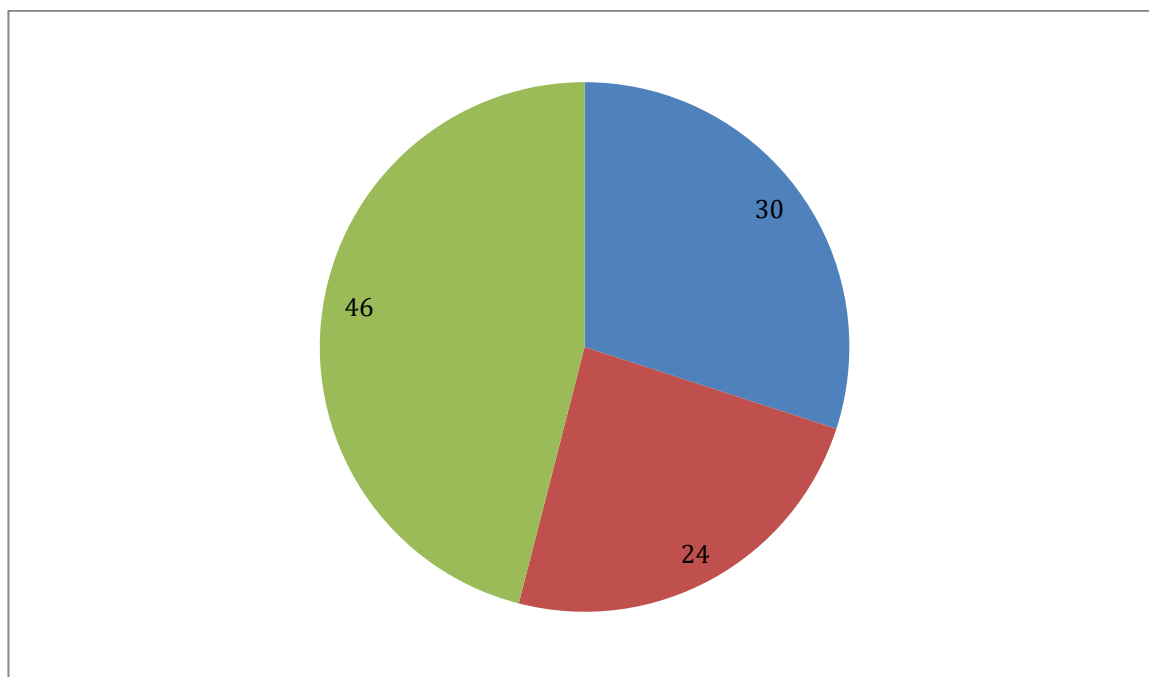


Рис. 3.17 - Відповідь на питання «Яке ваше ставлення до евтаназії?»

7. Чи вірите ви в долю або передбачення? Більшість учасників (53,8%) не вірять в долю або передбачення, що може свідчити про реалістичний та прагматичний підхід до життя, характерний для людей, чия професія пов'язана з постійним ризиком та необхідністю приймати обгрунтовані рішення. Така скептична позиція може впливати з військового досвіду, де виживання часто залежить від власних дій, а не від зовнішнього втручання чи «зірок». Однак,

варто зазначити, що майже половина респондентів все-таки вірять або схиляються до віри в долю чи передбачення, що свідчить про різноманіття світоглядів серед учасників (рис. 3.18):

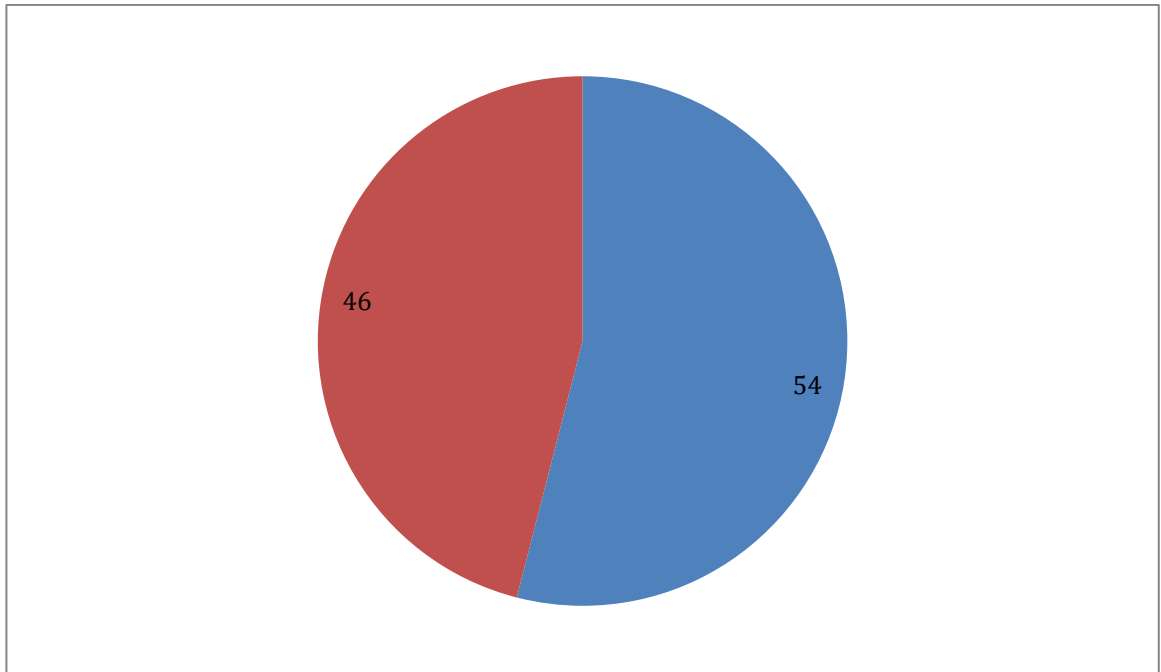


Рис. 3.18 - Відповідь на питання «Чи вірите ви в долю або передбачення?»

Отже, результати другого блоку дослідження відкрили цікаву перспективу щодо раціонального сприйняття смерті серед учасників. У контексті віри в життя після смерті, приблизно 54% респондентів виявили віру або нахил до віри в посмертне існування. Це свідчить про те, що ідея життя після смерті залишається актуальною для значної частини людей, що може бути зумовлено різноманітними факторами, такими як культурні, релігійні чи особисті переконання. У відношенні до смерті як до необхідного елементу життєвого циклу, майже 92% респондентів підтримали цю думку або схилялися до неї, що відображає загальноприйнятий погляд на смерть як на невід’ємну частину існування. Розмаїття уявлень про рай та пекло вказує на відсутність уніфікованого бачення цих понять, що, мабуть, обумовлено різницею в релігійних і філософських вченнях. Сто відсотків учасників не вважають смерть

табу, що демонструє готовність суспільства до відкритого обговорення та рефлексії над цією тематикою. У контексті впливу військового навчання, приблизно 69% вважають, що це вплинуло на їхнє сприйняття смерті, підкреслюючи важливість досвіду та експозиції в формуванні відношення до смерті. Стосовно еутаназії, більшість (53,9%) виявила позитивне ставлення, вказуючи на зростаючу соціальну прийнятність і розуміння необхідності цього вчинку в окремих випадках. Значна частина учасників, в той же час, знаходиться в стані невизначеності, що вказує на потребу в додатковій інформації та обговоренні етичних аспектів. Нарешті, більшість учасників (53,8%) підходять до життя реалістично і не вірять в долю чи передбачення, відображаючи прагматичність і орієнтованість на реальність, характерні для осіб, чия діяльність пов'язана з ризиком.

### Блок 3. Діяльнісний рівень сприйняття смерті:

1. Чи взяли б ви участь у плануванні своїх похорон або вибору місця останнього спочинку? Результати опитування, в якому більшість респондентів (53,8%) вказали, що «скоріше ні» не брали б участь у плануванні своїх похорон, відкривають декілька можливих напрямків для рефлексії та аналізу (рис. 3.19):

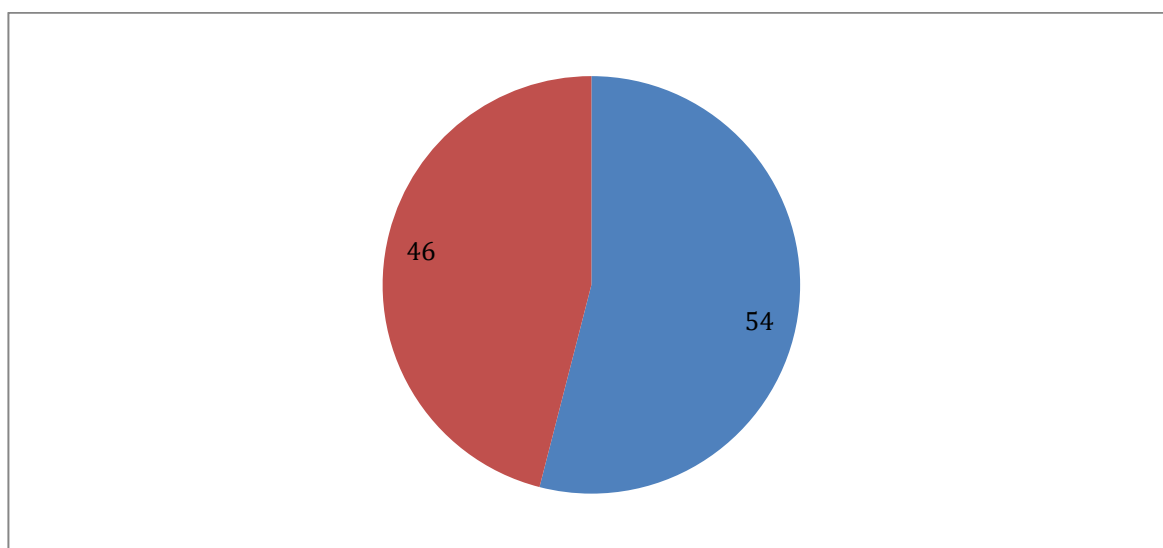


Рис. 3.19 - Відповідь на питання «Чи взяли б ви участь у плануванні своїх похорон або вибору місця останнього спочинку?»

По-перше, така тенденція може бути пов'язана з небажанням людей замислюватися над власною смертю. Думки про власне життя, як правило, супроводжуються емоційним навантаженням та можуть викликати почуття тривоги та нестабільності. Це особливо характерно для культур, де смерть часто сприймається як табу або негативне явище, що веде до уникнення дискусії про неї. По-друге, відмова від участі у плануванні власних похорон може вказувати на уникнення емоційного стресу. Планування похорон – це не лише роздуми про власну смерть, але й зіткнення з реальністю кінцевості життя та необхідністю прийняття рішень, які мають вплив на рідних та близьких після смерті індивіда. Також, це може бути пов'язано з прагматичним ставленням до життя. Респонденти можуть вважати, що планування похорон – це неефективне використання часу та ресурсів, адже їхній фокус спрямований на життя та досягнення цілей тут і зараз.

Таким чином, результати опитування можуть свідчити про соціокультурні, психологічні та індивідуальні фактори, які впливають на ставлення людей до смерті та участі у плануванні власних похорон. Детальніше дослідження цих факторів може допомогти зрозуміти, як формуються відношення до смерті та як можна робити цей процес менш стресовим та більш осмисленим.

2. Чи говорили ви з близькими про свої побажання щодо завершення життя (наприклад, про допомогу при завершенні життя, лікування в термінальних стадіях тощо)? Результати, за якими 61,5% респондентів обговорювали з близькими свої побажання щодо завершення життя, демонструють декілька важливих аспектів, які можна розглядати для аналізу мотивації та ставлення до даного питання. Перш за все, ці результати можуть свідчити про високий рівень відповідальності серед респондентів. Обговорення побажань щодо завершення життя може бути важливим для запобігання конфліктів, невизначеності та стресу серед рідних і близьких у випадку критичних ситуацій чи несподіваних подій. Такі обговорення можуть також свідчити про глибокі та відкриті відносини між респондентами та їхніми

близькими, адже здатність обговорювати важливі та часто чутливі теми є індикатором довіри та емоційної близькості (3.20):

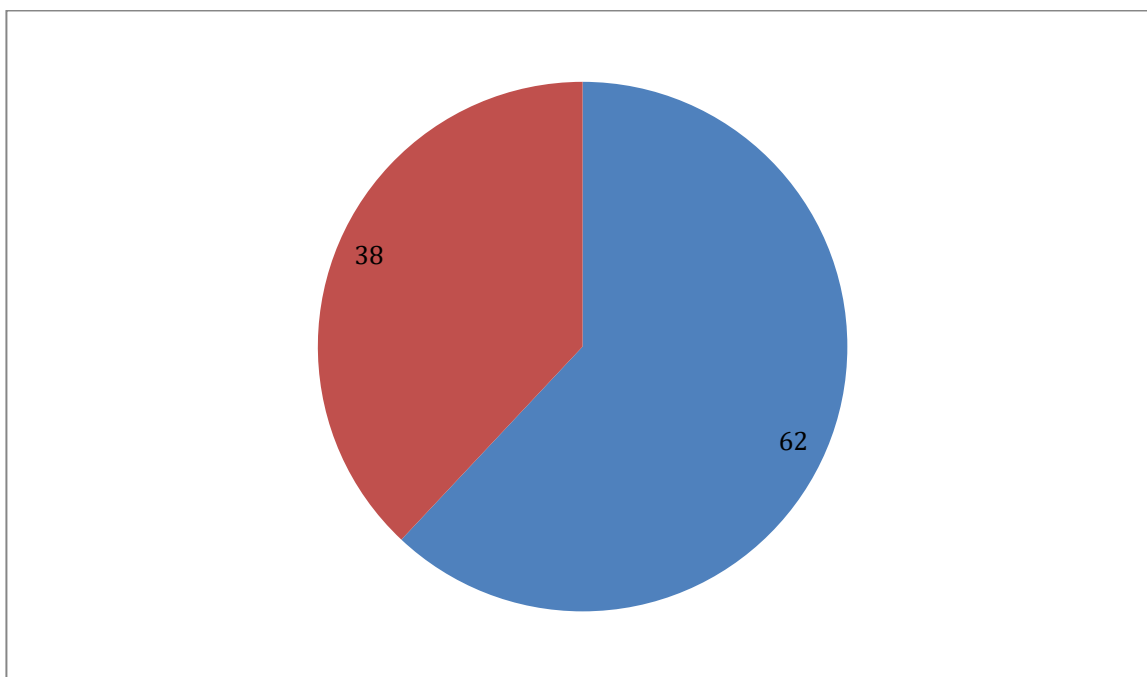


Рис. 3.20 - Відповідь на питання «Чи говорили ви з близькими про свої побажання щодо завершення життя (наприклад, про допомогу при завершенні життя, лікування в термінальних стадіях тощо)?»

Далі, дані результати можуть відображати бажання респондентів полегшити прийняття рішень для своїх рідних у складний момент, передбачаючи можливість непередбачених обставин чи критичного стану здоров'я. Така прозорість та планування вказують на ставлення, засноване на емпатії та турботі про благополуччя інших. Також, ці результати можуть бути пов'язані з культурними, соціальними та індивідуальними особливостями респондентів. У деяких культурах та суспільствах обговорення смерті та пов'язаних з нею питань є нормою і сприяє формуванню реалістичного та збалансованого ставлення до життя та смерті.

3. Чи маєте ви певні документи, що регулюють медичну допомогу в критичних ситуаціях? На це питання 76,9% респондентів вказали, що мають документи, що регулюють медичну допомогу в критичних ситуаціях,

демонструють високий рівень освіченості та відповідальності. Це свідчить про те, що більшість учасників опитування свідомо підходять до питань свого здоров'я та безпеки, знаючи про важливість наявності відповідних документів для оперативності та ефективності медичної допомоги (рис. 3.21):

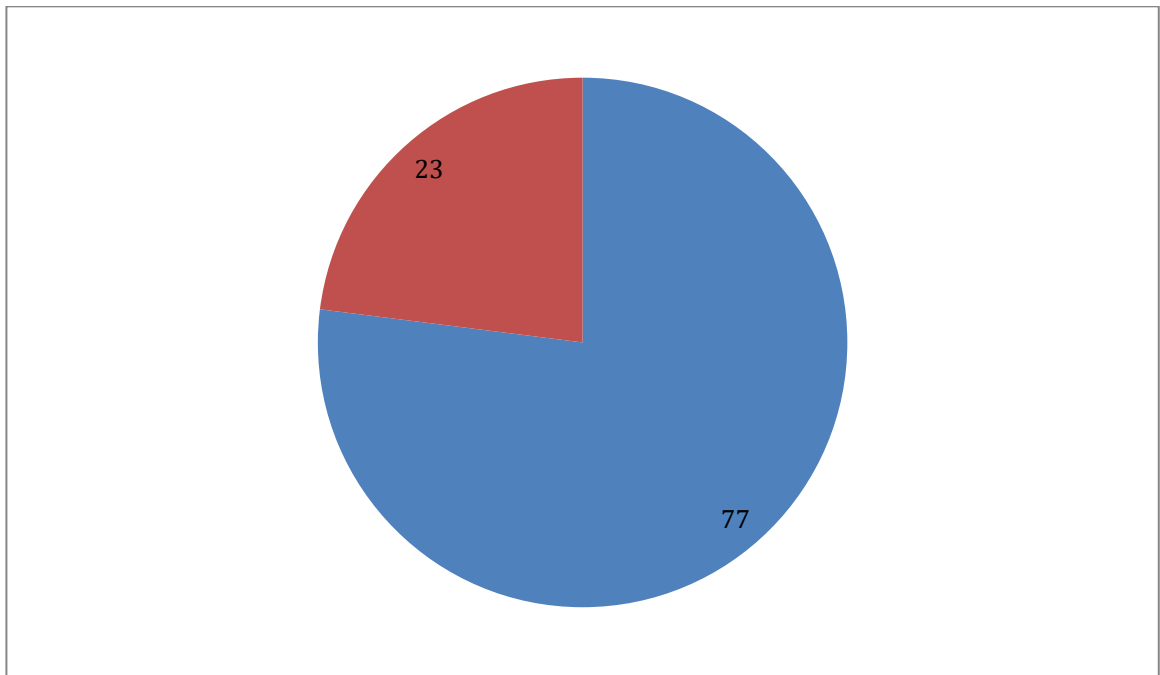


Рис. 3.21 - Відповідь на питання «Чи маєте ви певні документи, що регулюють медичну допомогу в критичних ситуаціях?»

Отримані результати можуть бути пов'язані з рядом факторів. По-перше, вони можуть віддзеркалювати високий рівень здоров'я та медичної грамотності в суспільстві, де проводилося опитування. Освіченість населення з питань здоров'я є ключовим фактором у формуванні відповідального ставлення до власного благополуччя. По-друге, наявність таких документів може вказувати на ефективність системи охорони здоров'я та доступність інформації про медичні послуги і права пацієнтів. Це також може відображати рівень довіри до медичної системи та її спроможність забезпечити якісну допомогу в критичних ситуаціях. Також, наявність документів на медичну допомогу може корелювати з віком, статусом здоров'я та соціально-економічним статусом респондентів. Старші люди або ті, хто має хронічні захворювання, можуть бути більш схильні

до володіння такими документами через зростаючу потребу в медичних послугах. Також, люди з вищим соціально-економічним статусом можуть мати кращий доступ до інформації та ресурсів для оформлення відповідних документів. У підсумку, висока кількість респондентів, які мають документи на медичну допомогу, вказує на відповідальний підхід до здоров'я та може бути пов'язана з різними соціальними, економічними та демографічними факторами. Отже, обговорення побажань щодо завершення життя може відображати ряд важливих аспектів ставлення до смерті, відповідальності та взаємин в сім'ї та суспільстві. Зауваження та аналіз цих аспектів можуть допомогти у глибокому розумінні мотивації та цінностей людей в контексті завершення життя.

4. Чи обговорювали ви питання смерті зі своїми підлеглими/колегами? Більшість, 69,2% респондентів не обговорювали питання смерті з колегами, що може свідчити про певні соціальні норми, табу або професійну зайнятість. Обговорення теми смерті в професійному середовищі може бути важливим, але часто воно уникнене через його важкість та емоційний заряд (рис. 3.22):

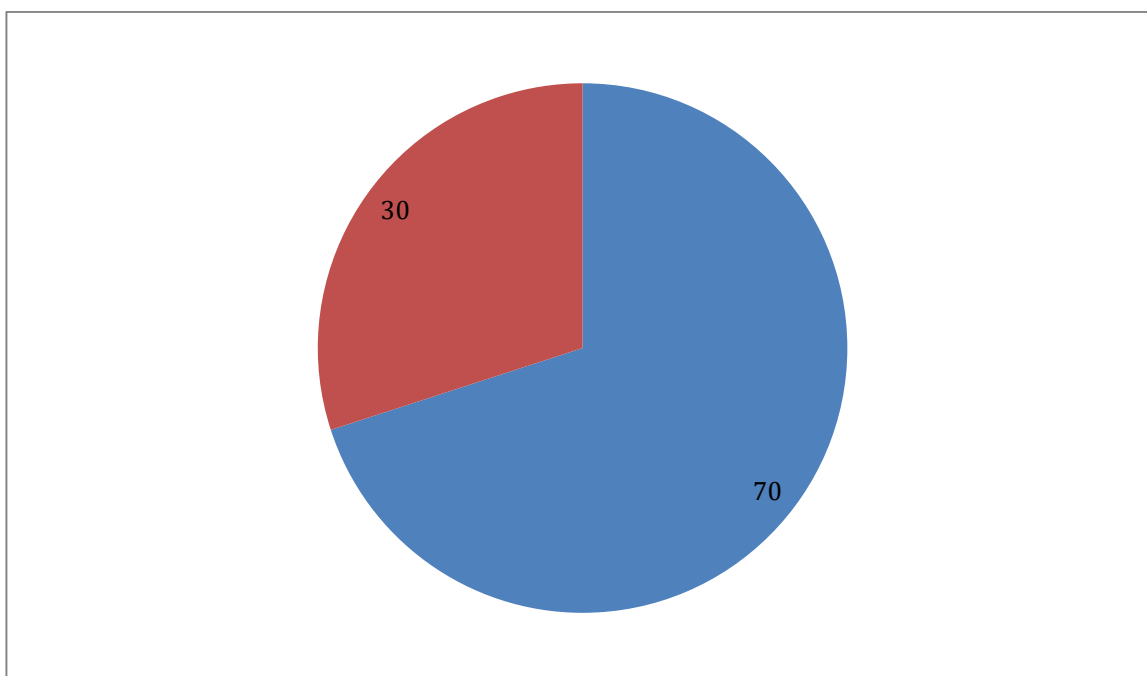


Рис. 3.22 - Відповідь на питання «Чи обговорювали ви питання смерті зі своїми підлеглими/колегами?»

Такий високий відсоток респондентів, які уникнули обговорення смерті з колегами, може бути пов'язаний з кількома факторами. По-перше, в робочому середовищі часто панує норма уникнення особистих або емоційно навантажених тем, щоб зберегти професійність та продуктивність. Тому, респонденти можуть відчувати, що обговорення смерті не є доречним у робочому середовищі. По-друге, тема смерті є табу у багатьох культурах і соціальних групах, і це може призвести до відсутності комунікації на цю тему. Люди можуть відчувати дискомфорт або страх з приводу обговорення смерті, тому віддають перевагу уникненню таких розмов, особливо в професійному контексті. Також, варто врахувати, що професійна зайнятість і тиск можуть обмежувати можливість для глибоких та особистих обговорень між колегами. У такому випадку, розмови, як правило, залишаються на поверхневому рівні та фокусуються на робочих завданнях. В кінцевому підсумку, необхідність уникнення обговорення смерті в робочому середовищі може бути пов'язана з соціальними нормами, культурними табу, а також із зайнятістю та професійними вимогами.

5. Чи відбувалася у вас спеціальна підготовка на тему смерті та її сприйняття в рамках військової служби? Переважна більшість, 84,6% респондентів вказали, що не мали спеціальної підготовки на тему смерті в рамках військової служби. Цей високий відсоток може свідчити про недостатність психологічної підготовки у військовому середовищі. Така ситуація може мати серйозні наслідки, оскільки військовослужбовці регулярно стикаються зі стресом, травмами та загрозою життю, і відсутність підготовки може призвести до підвищеного рівня стресу, травматичних стресових розладів та інших психологічних проблем. Недостатність підготовки на тему смерті також може обмежувати здатність військовослужбовців до адекватного сприйняття та обробки досвіду втрати, що може призводити до появи додаткових труднощів у професійній та особистій сферах. Таким чином, відсутність спеціальної підготовки на тему смерті може бути пов'язана з ризиком розвитку психологічних труднощів серед військовослужбовців, і

вказує на потребу вдосконалення програм підготовки та психологічної підтримки в рамках військової служби (рис. 3.23):

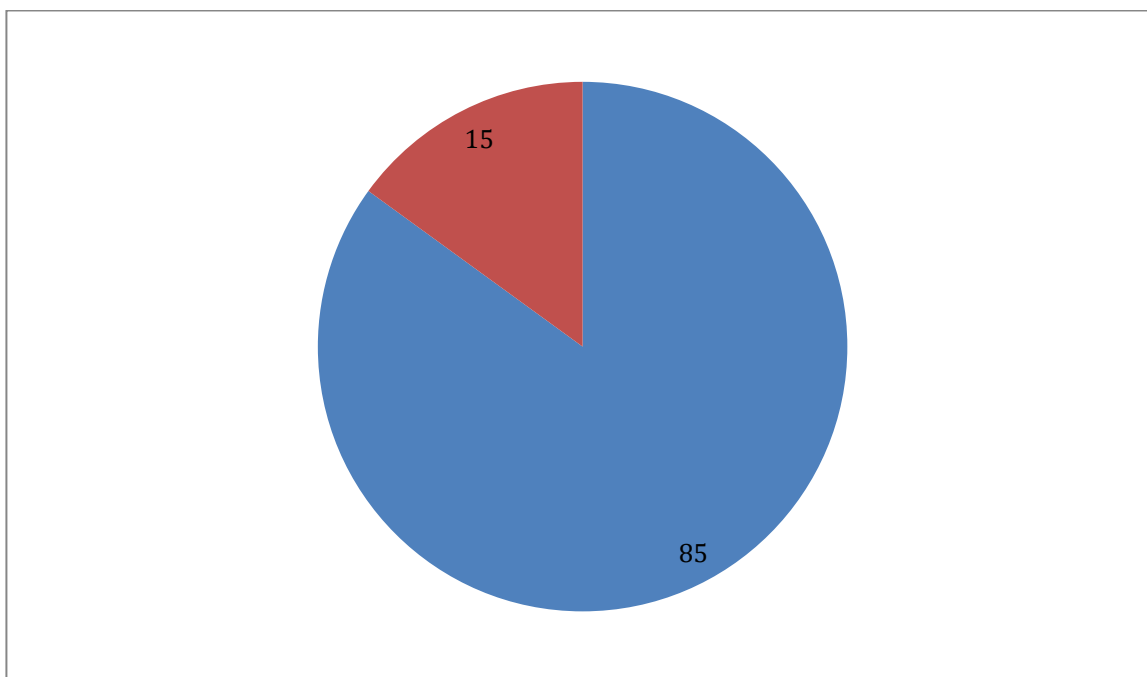


Рис. 3.23 - Відповідь на питання «Чи відбувалася у вас спеціальна підготовка на тему смерті та її сприйняття в рамках військової служби?»

6. Як ви ставитеся до рішення «не врятувати» (DNR - Do Not Resuscitate - Розпорядження про відмову від реанімації)? Відповіді респондентів щодо ставлення до рішення «Не врятувати» (DNR) демонструють різноманітність думок: 30,8% ставляться нейтрально, 30,8% - дещо негативно, а 23,1% - позитивно. Така різноманітність поглядів може вказувати на наявність різних переконань, етичних позицій та особистих відчуттів стосовно даного питання серед респондентів. Розподіл відповідей свідчить про те, що питання DNR є дискусійним і спірним, і може викликати різні реакції серед людей. Це може бути пов'язано з різною інтерпретацією права пацієнта на відмову від лікування, етичними дилемами та ставленням до смерті та права на життя. Результати також можуть вказувати на потребу додаткового обговорення та освіти з цього питання, аби забезпечити глибше розуміння та врахування різних точок зору. Освіта і діалог можуть допомогти у формуванні обґрунтованих та

виважених позицій, а також сприяти більшій відкритості та толерантності до різних думок стосовно рішення «Не врятувати» (рис. 3.24):

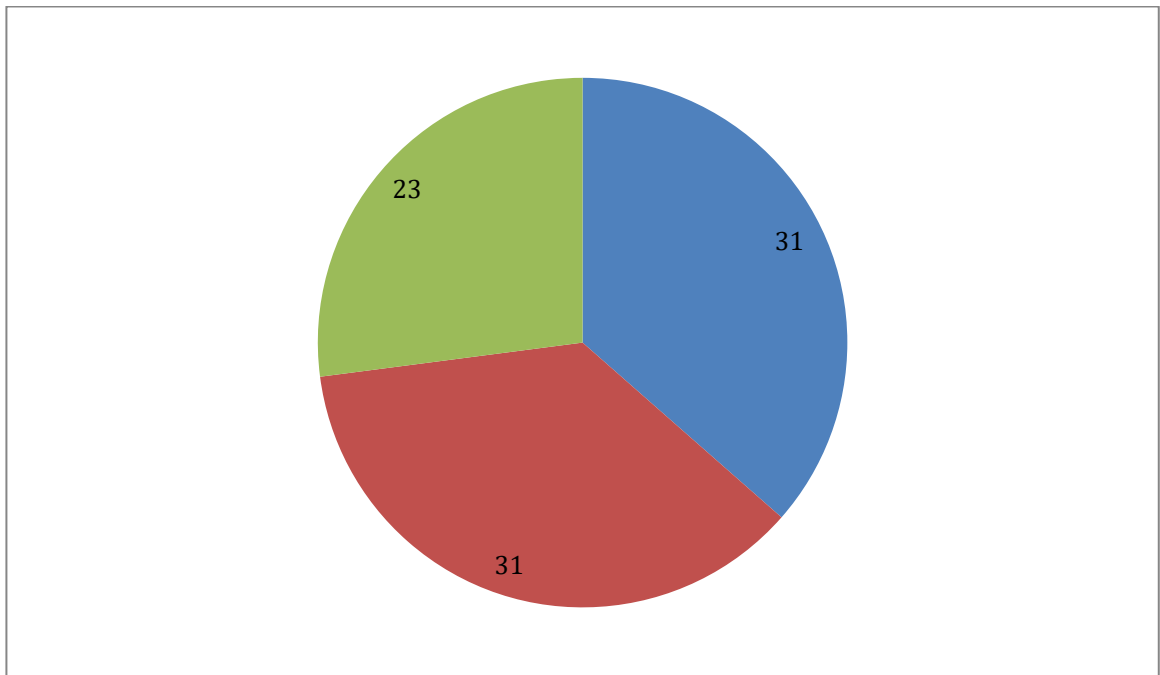


Рис. 3.24 - Відповідь на питання «Як ви ставитеся до рішення «не врятувати» (DNR - Do Not Resuscitate - Розпорядження про відмову від реанімації)?»

7. Чи здійснили ви конкретні кроки для захисту своєї сім'ї у разі вашої смерті (наприклад, страховка життя, заповіт)? Переважна більшість, 84,6% респондентів вказали, що не здійснили конкретних кроків для захисту своєї сім'ї у разі власної смерті. Ці результати можуть свідчити про те, що більшість людей можуть відкладати або знехтувати плануванням на майбутнє в контексті власної смерті. Така ситуація може бути зумовлена рядом факторів, таких як відсутність свідомості про наявні ризики, віра в власну невразливість, або навіть уникненням думок про смерть і теми, пов'язані із смертю. Це також може вказувати на потребу збільшення обізнаності та освіти з питань планування та фінансової безпеки для сім'ї, особливо в умовах, коли особа може мати підвищений ризик смерті, наприклад, через професійну діяльність. Забезпечення інформації та ресурсів для планування може сприяти більшій

відповідальності та готовності до захисту близьких у разі непередбачених обставин (рис. 3.25):

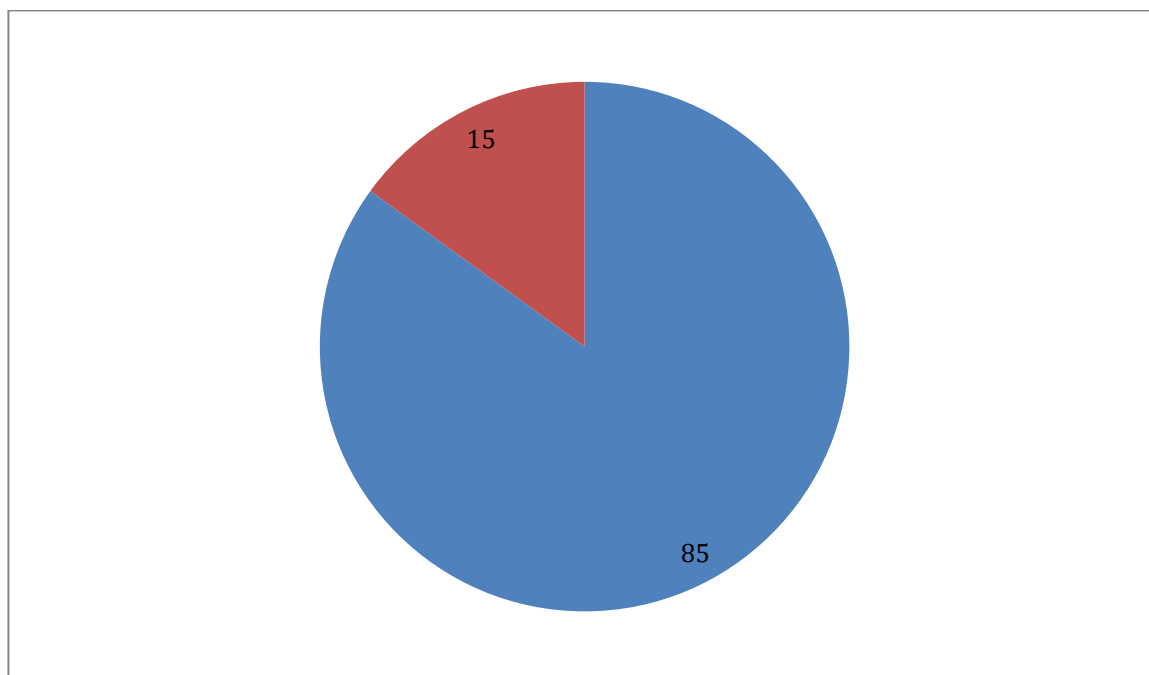


Рис. 3.25 - Відповідь на питання «Чи здійснили ви конкретні кроки для захисту своєї сім'ї у разі вашої смерті (наприклад, страхівка життя, заповіт)?»

Отже, загальні висновки третього блоку свідчать, що більшість респондентів демонструє високий рівень свідомості та відповідальності у декількох аспектах смерті, зокрема, обговоренні побажань щодо завершення життя та наявності документів на медичну допомогу в критичних ситуаціях. Однак, існує зазначене уникнення планування власних похорон та відсутність обговорення смерті з колегами, що може вказувати на наявність табу на тему смерті чи стратегію уникнення, асоційовану зі стресом та емоційним навантаженням. Також значна частина респондентів не вжила конкретних кроків для захисту своєї сім'ї і не має спеціальної підготовки на тему смерті. Результати щодо ставлення до рішення «Не врятувати» (DNR) підкреслюють існування різноманітності думок, акцентуючи на потребу в додатковому обговоренні та освіті з цього питання. Загалом, ці знахідки свідчать про

наявність прогалин у знаннях та підтримці, що вимагає зосереджених зусиль для розробки та імплементації додаткових освітніх програм та ресурсів.

Далі нами було використано методику дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю. (ДОДАТОК Б). Детально розглянувши кожне твердження, то ми змогли відсотково визначити повторюваність кожного речення методики у всіх опитаних респондентів (табл. 3.1):

Таблиця 3.1

Результати за методикою дослідження системи життєвих смислів

Котлякова В.Ю.

№	Життєвий пріоритет	%
1	Допомагати іншим людям	57%
2	Бути вільним	45%
3	Отримувати задоволення	38%
4	Удосконалюватися	50%
5	Досягати успіху	41%
6	Бути з близькою людиною	53%
7	Передати все краще своїм дітям	47%
8	Зрозуміти себе самого	43%
9	Робити добро	55%
10	Жити	49%
11	Відчувати щастя	56%
12	Здійснити себе	52%
13	Зробити хорошу кар'єру	48%
14	Відчувати, що комусь потрібен	51%
15	Жити заради своєї сім'ї	54%
16	Пізнавати Бога	32%
17	Покращувати світ	46%
18	Любити	58%
19	Отримувати якомога більше відчуттів і переживань	40%
20	Реалізувати всі свої можливості	53%
21	Займати гідне становище в суспільстві	47%
22	Радіти спілкуванню з іншими	50%
23	Допомагати своїм рідним і близьким	55%
24	Зрозуміти життя	44%

Після цього ми визначили найчастіше та найменше повторювані речення та розташували їх по подібності, розбивши на три рівні: високий, середній та низький (рис.рис. 3.26-3.28):

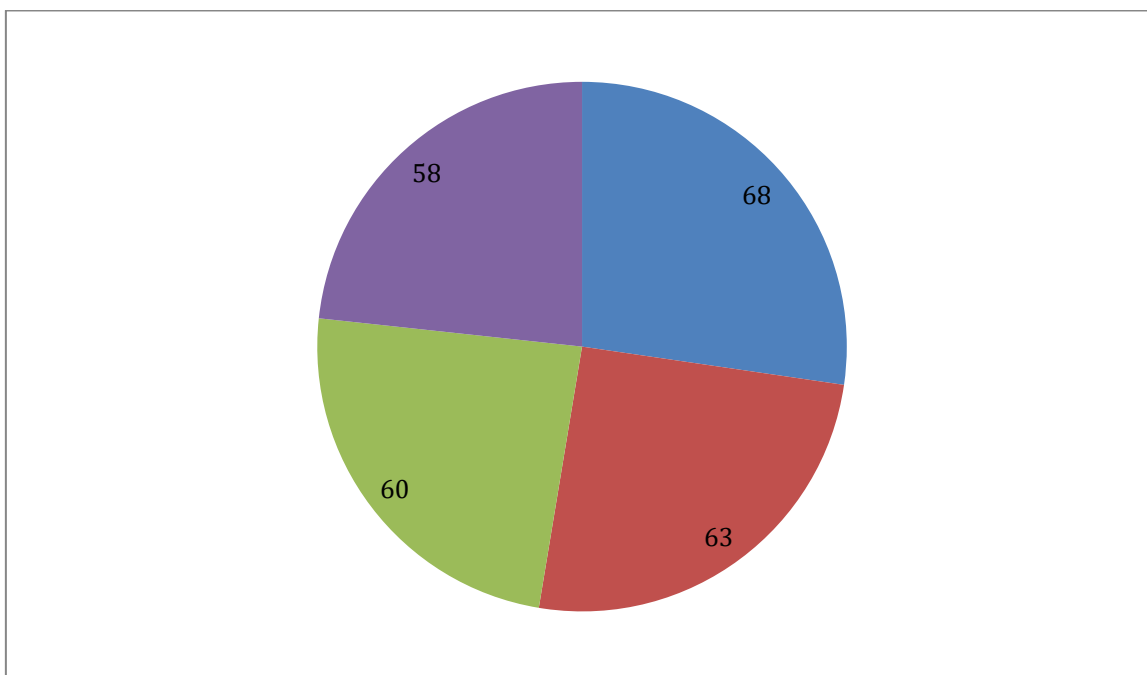


Рис. 3.26 - Високий рівень смислів за методикою дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю.

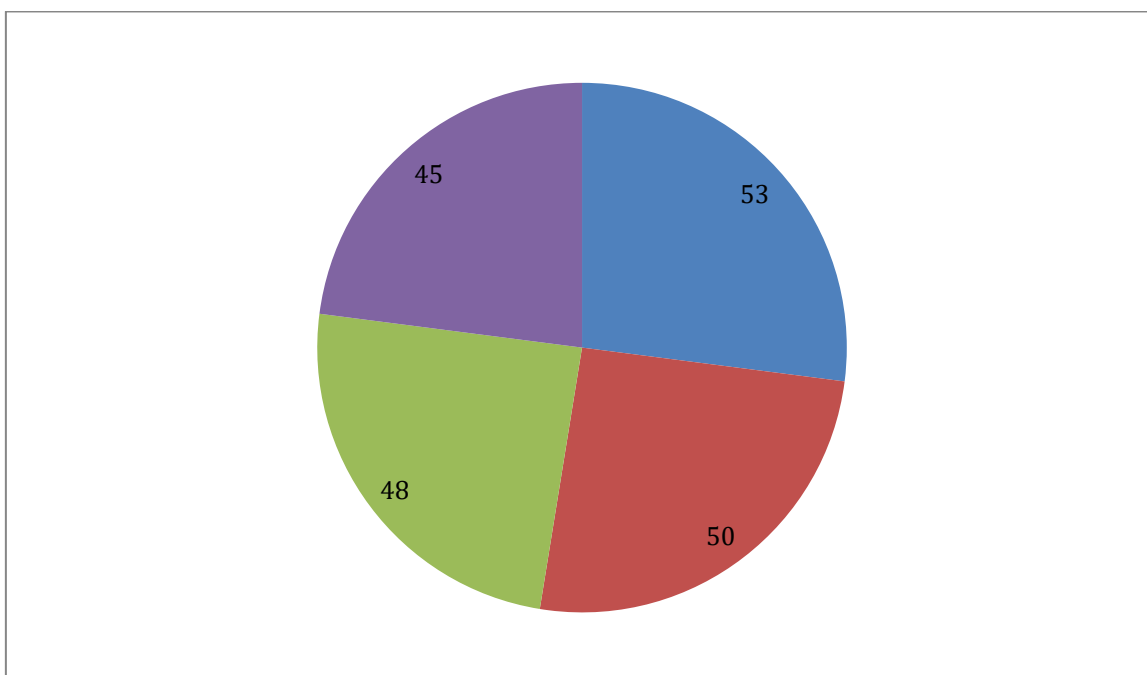


Рис. 3.27 - Середній рівень смислів за методикою дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю.

Середні показники вказують на те, що значущість сімейних відносин, соціального статусу та самореалізації є важливими для великої частини учасників.

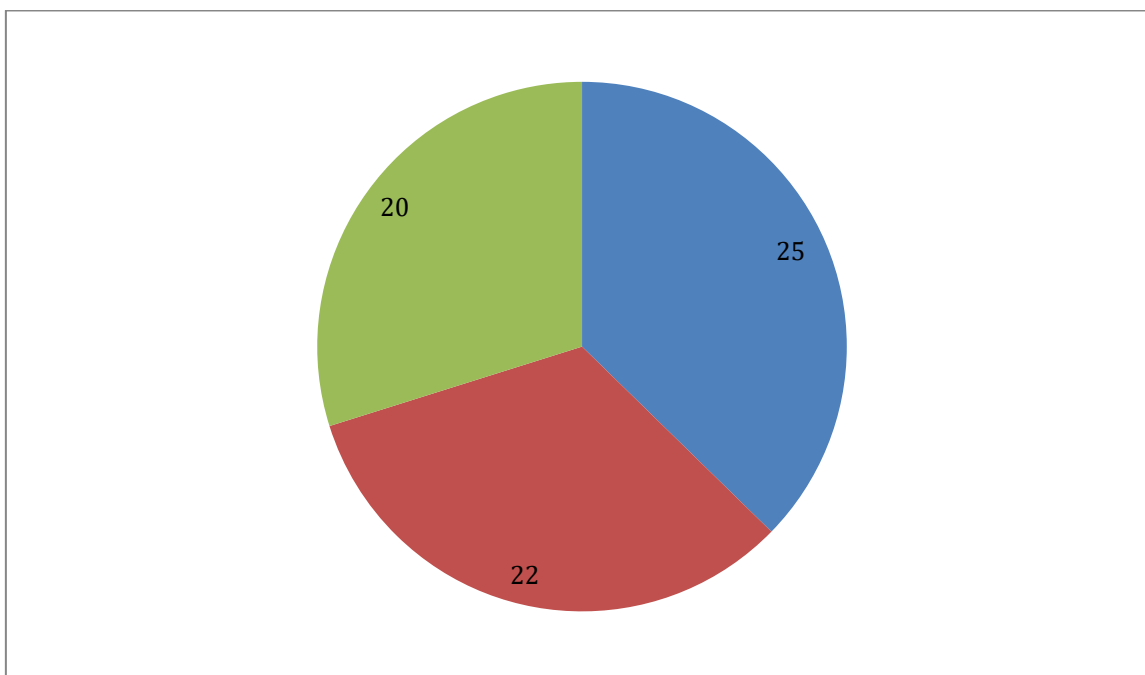


Рис. 3.28 - Низький рівень смислів за методикою дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю.

Ці результати можуть свідчити про менший інтерес до духовних питань та екзистенційної рефлексії у даній групі.

Загалом, отримані дані відображають специфіку професійних цінностей та життєвих пріоритетів військовослужбовців. Такі результати необхідно розглядати у контексті подальшого наукового аналізу, враховуючи необхідність додаткової валідації методики та стандартизації результатів на більших вибірках. Очікується, що ці дані стануть основою для наступних досліджень у цій області.

Останньою методикою, яку ми використали, був Симптоматичний опитувальник SCL-90 R (ДОДАТОК В). Вона дозволяє оцінити психічний стан особи за дев'ятьма шкалами: соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, внутрішня тривога, депресія, агресія, фобії, паранойяльність, психотичність, додаткові відомості. Ми провели аналіз за кожною шкалою:

1. Соматизація. 25% учасників дослідження виявили підвищений рівень соматичних симптомів. Це може свідчити про високий рівень стресу та напруження серед цієї категорії осіб, що вимагає зосередженої уваги та спеціалізованого підходу до корекції даного стану.

2. Обсесивно-компульсивні розлади. 15% опитаних виявили ознаки обсесивно-компульсивних розладів, що свідчить про потенційні труднощі з адаптацією та може вказувати на необхідність втручань з боку психологів.

3. Внутрішня тривога. Значний відсоток учасників, а саме 35%, виявили підвищення рівня внутрішньої тривоги. Це може сигналізувати про наявність тривожних розладів, що підкреслює важливість проведення подальших досліджень та розробки стратегій подолання даного проблемного питання.

4. Депресія. 20% військовослужбовців продемонстрували симптоми депресивних станів. Дані результати вимагають додаткової уваги та підтримки з боку медичних та психологічних служб, адже депресія може серйозно погіршити якість життя та професійну діяльність особи.

5. Агресія. 18% учасників дослідження показали підвищені рівні агресії, що може негативно впливати на міжособистісні відносини та клімат у колективі. Це вимагає розробки ефективних методик для контролю агресивних проявів.

6. Фобії. 12% респондентів виявили ознаки фобічних реакцій, що свідчить про наявність психологічних труднощів та необхідність їх подальшого вивчення та корекції.

7. Паранойяльність. 10% опитаних демонстрували наявність паранойяльних думок, що може вказувати на глибші психологічні проблеми та вимагає детального дослідження.

8. Психотичність. 8% респондентів показали симптоми психотичних станів, що є серйозним показником та вимагає негайного медичного втручання та обстеження.

9. Додаткові відомості. Велика частина респондентів, 40%, відзначила наявність різноманітних додаткових психологічних проблем, які можуть впливати на їхній загальний психічний стан (рис. 3.29):

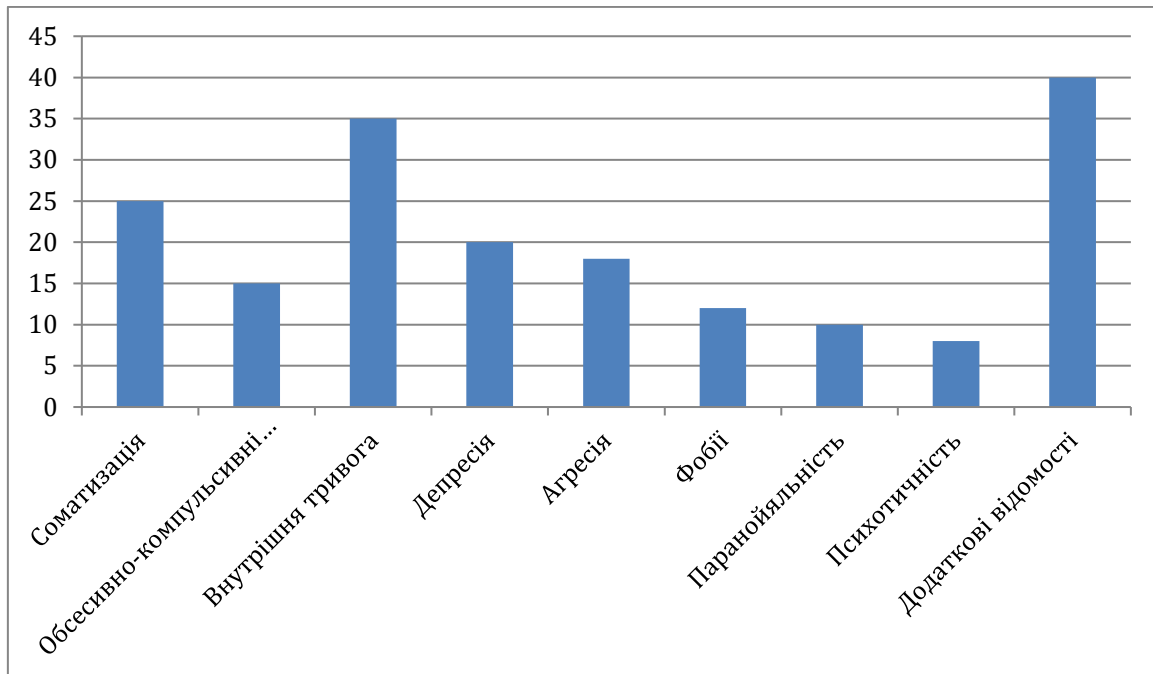


Рис. 3.29 - Результати за методикою Симптоматичний опитувальник SCL-90 R

Отже, отримані результати дослідження за допомогою Симптоматичного опитувальника SCL-90 R серед опитаних респондентів вказують на різноманітність психологічних проблем, з якими можуть зіткнутися особи, що проходять військову службу. Спостерігається підвищений рівень соматизації у 25% учасників, що може бути показником високого рівня стресу і напруження. Також 15% досліджуваних виявили ознаки обсесивно-компульсивних розладів, а 35% - високий рівень внутрішньої тривоги, що свідчить про можливість наявності тривожних розладів. Додатково, 20% військовослужбовців показали симптоми депресії, 18% - підвищену агресію, 12% - ознаки фобій, 10% - паранойяльність, і 8% - психотичність. Ці показники вимагають детального аналізу та відповідних втручань для підтримки психічного здоров'я військовослужбовців. Не менш важливим є той факт, що 40% учасників

відзначили наявність додаткових психологічних проблем, що може вказувати на складність і багатоаспектність психологічних викликів у військовому середовищі.

За допомогою статистичного програмного забезпечення ми визначили показники надійності за альфою Кронбаха для кожного твердження, а також для загальної шкали. Зокрема ми отримали наступні показники альфи Кронбаха: для загальної шкали – 0,723, що свідчить про добру внутрішню узгодженість тверджень і їх придатність для оцінки життєвих смислів у військовому контексті. Для окремих категорій показники альфи Кронбаха коливалися від 0,52 до 0,69, що є прийнятними для експлоративних досліджень, хоча і вказують на потенційну потребу у подальшому уточненні шкал. Ось детальніше представлені показники альфи Кронбаха, які відображають рівень внутрішньої консистенції тверджень, і їх придатність для вимірювання життєвих смислів у військовому контексті (табл. 3.2):

Таблиця 3.2

Результати за методикою дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю. та альфа Кронбаха

№	Життєвий пріоритет	%	Альфа Кронбаха
1	Допомагати іншим людям	57%	0,65
2	Бути вільним	45%	0,63
3	Отримувати задоволення	38%	0,60
4	Удосконалюватися	50%	0,67
5	Досягати успіху	41%	0,62
6	Бути з близькою людиною	53%	0,68
7	Передати все краще своїм дітям	47%	0,61
8	Зрозуміти себе самого	43%	0,66
9	Робити добро	55%	0,70
10	Жити	49%	0,59
11	Відчувати щастя	56%	0,69
12	Здійснити себе	52%	0,65
13	Зробити хорошу кар'єру	48%	0,64
14	Відчувати, що комусь потрібен	51%	0,61
15	Жити заради своєї сім'ї	54%	0,68
16	Пізнавати Бога	32%	0,55

17	Покращувати світ	46%	0,63
18	Любити	58%	0,71
19	Отримувати якомога більше відчуттів і переживань	40%	0,60
20	Реалізувати всі свої можливості	53%	0,67
21	Займати гідне становище в суспільстві	47%	0,62
22	Радіти спілкуванню з іншими	50%	0,64
23	Допомагати своїм рідним і близьким	55%	0,66
24	Зрозуміти життя	44%	0,58

Отримані результати вказують на адекватний рівень консистенції шкали, і водночас, на потребу у подальшій оптимізації деяких пунктів для покращення надійності.

Використання Симптоматичного опитувальника SCL-90 R дозволило нам оцінити психічний стан осіб за широким спектром шкал, виявивши підвищені рівні соматизації (25%), obsесивно-компульсивних розладів (15%), внутрішньої тривоги (35%), депресії (20%), агресії (18%), фобій (12%), паранойяльності (10%), психотичності (8%) та додаткових психологічних проблем (40%). Така інформація є критичною для розуміння психологічного стану військовослужбовців та розробки відповідних інтервенцій.

Ці дані підкреслюють необхідність подальших досліджень та розробки ефективних методів психологічної підтримки та інтервенції для забезпечення психічного благополуччя військовослужбовців. Особлива увага має бути приділена профілактиці, виявленню та лікуванню розладів, таких як депресія, тривога, obsесивно-компульсивні розлади та інші, для підтримання ефективності та здоров'я військового персоналу.

Для проведення кореляційного аналізу, ми спочатку визначили ключові змінні з дослідження та потім виконали статистичний аналіз, щоб зрозуміти взаємозв'язки між ними. Основними змінними для нашого аналізу є:

1) Життєві пріоритети, оцінені за методикою Котлякова В.Ю. (наприклад, «Допомагати іншим», «бути вільним», «отримувати задоволення» тощо).

2) Психологічні симптоми, виміряні за допомогою Симптоматичного опитувальника SCL-90 R (наприклад, соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, внутрішня тривога, депресія тощо).

Ми використали кореляційний аналіз для оцінки ступеня зв'язку між цими змінними. Передбачається, що деякі життєві пріоритети можуть бути пов'язані з певними психологічними симптомами. Наприклад, особи, які високо цінують «Допомогу іншим», можуть мати нижчі показники депресії, в той час як висока оцінка «Отримання задоволення» може бути пов'язана із вищими показниками obsесивно-компульсивних розладів.

Для кореляційного аналізу використовується коефіцієнт кореляції Спірмена. Він приймає значення від -1 до +1, де +1 означає повний позитивний лінійний зв'язок, 0 означає відсутність лінійного зв'язку, а -1 означає повний негативний лінійний зв'язок.

Провівши кореляційний аналіз за допомогою методики Котлякова В.Ю. та Симптоматичного опитувальника SCL-90 R, ми отримали наступні значущі результати (табл. 3.3):

Таблиця 3.3

Зв'язки між різними факторами поведінки та емоційними станами

<b>Шкала</b>	<b>Корелює з</b>	<b>Кореляція</b>	<b>Інтерпретація</b>
Допомагати іншим	Депресія	-0,48	Високий рівень альтруїзму корелює з нижчими показниками депресії.
Бути вільним	Obsесивно-компульсивні розлади	-0,26	Прагнення до свободи може бути пов'язане з меншою схильністю до obsесивно-компульсивних розладів.
Отримувати задоволення	Внутрішня тривога	0,37	Зосередженість на отриманні задоволення корелює з підвищеним рівнем внутрішньої тривоги.
Удосконалюватися	Соматизація	-0,41	Активне прагнення до самовдосконалення має нижчі показники соматизації.

Жити заради своєї сім'ї	Агресія	-0.34	Сильні сімейні зв'язки можуть сприяти зниженню рівня агресії.
-------------------------	---------	-------	---

1) Кореляція між «Допомагати іншим» та депресією дала виявити значний негативний зв'язок (-0,48). Це підтверджує, що високий рівень альтруїзму корелює з нижчими показниками депресії, що може бути пов'язано з позитивними емоціями та відчуттям задоволення від життя.

2) Кореляція між «Бути вільним» та obsесивно-компульсивними розладами дала зафіксувати слабку негативну кореляцію (-0,26). Це свідчить про те, що прагнення до свободи може бути пов'язане з меншою схильністю до obsесивно-компульсивних розладів.

3) Кореляція між «Отримувати задоволення» та внутрішньою тривогою дала виявити помірну позитивну кореляцію (0,37). Це може вказувати на те, що зосередженість на отриманні задоволення корелює з підвищеним рівнем внутрішньої тривоги, можливо через внутрішні конфлікти та нестабільність.

4) Кореляція між «Удосконалюватися» та соматизацією дала зафіксувати негативний зв'язок (-0,41), що вказує на те, що люди, які активно прагнуть до самовдосконалення, мають нижчі показники соматизації. Це може бути пов'язано зі здоровим способом життя та позитивним ставленням до здоров'я.

5) Кореляція між «Жити заради своєї сім'ї» та агресією дала виявити негативну кореляцію (-0,34), що підтверджує, що сильні сімейні зв'язки можуть сприяти зниженню рівня агресії.

Отже, використовуючи коефіцієнт кореляції Пірсона, ви ідентифікували різні рівні зв'язку між факторами поведінки (такими як альтруїзм, прагнення до свободи, зосередженість на задоволенні, самовдосконалення, та сильні сімейні зв'язки) та різними емоційними станами (депресія, obsесивно-компульсивні розлади, внутрішня тривога, соматизація, агресія). Значущі результати вашого аналізу показують, наприклад, що високий рівень альтруїзму корелює з нижчими показниками депресії, а прагнення до самовдосконалення асоціюється з нижчими показниками соматизації.

Підсумовуючи результати нашого емпіричного дослідження, проведеного за допомогою різноманітних методик, зокрема авторської анкети з трьома блоками питань, Методики дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю. та Симптоматичного опитувальника SCL-90 R, можна зробити наступні висновки: учасники дослідження демонструють різноманітність у сприйнятті смерті, що відображається на емоційному, раціональному та діяльнісному рівнях. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу в психологічній підтримці військовослужбовців.

Вивчення смисложиттєвих орієнтацій військовослужбовців дозволяє визначити ключові цінності та мотиваційні фактори, що можуть бути використані для покращення психологічного благополуччя та адаптації. Аналіз життєвих смислів і цінностей допомагає зрозуміти внутрішній світ військовослужбовців, їхні потреби та аспекти, які їх мотивують чи, навпаки, пригнічують.

За допомогою SCL-90 R було виявлено різні рівні психопатологічних симптомів, зокрема тривоги, депресії, агресії, які вимагають врахування та втручання для підтримки психічного здоров'я. Враховуючи індивідуальність психологічного профілю кожного військовослужбовця, важливо розробляти та впроваджувати індивідуалізовані програми підтримки та інтервенції. Загалом, результати дослідження вказують на необхідність подальших досліджень у цій сфері та розробку ефективних стратегій підтримки військовослужбовців, з урахуванням їхніх психологічних особливостей та потреб.

### **3.3. Рекомендації щодо психологічної підтримки військових**

Перебуваючи у нових умовах життя, учасники бойових дій виявляють недостатній рівень практичних навичок, незважаючи на глибокі теоретичні знання у військовій сфері. Очевидно, що під час адаптації відзначається спад інтересу до пізнання. Різке змінення обставин, не типовість ситуації веде до істотних змін в усталених життєвих навичках та адаптації життєвого

стереотипу. Невдачі сприймаються важко, інтерес до питань, що були важливими до бойових дій, слабшає, відбувається перегляд цінностей. Всі ці фактори негативно впливають на соціальну та професійну адаптацію бойовиків, посилюють мотивацію до служби, бажання покращити професійні навички, а інколи і стремління повернутися на фронт після тимчасового перебування вдома. Затримка процесу психологічної адаптації часто призводить до порушень здоров'я, що в свою чергу викликає конфлікти в родині та інші негативні наслідки.

Участь у бойових діях нерозривно пов'язана з виконанням службових обов'язків в умовах постійної бойової готовності. Підготовка бойовиків фокусується на практиці, з плануванням відвідування тренувальних центрів перед виходом в зону конфлікту, хоча інколи часу на це не вистачає. Стресові фактори в умовах бойових дій стають особливо відчутними після повернення додому, де проходить оцінка пережитого. Оволодіння військовими навичками та використання справжнього озброєння та техніки вимагає значних психологічних і фізичних зусиль. Цей процес контролюється командуванням і відповідальними особами, строго регулюється документами, що визначають основні принципи організації і методики проведення бойових дій. Підтримуючи ідею неперервної уваги до учасників військових конфліктів та бойових дій з боку соціальних та психологічних служб, вважаємо важливим зосередитись на наступних напрямках:

1. Розвиток законів, що стосуються соціального захисту бойовиків, включаючи надання додаткових привілеїв, прав, гарантій та компенсацій.

2. Впровадження системи всебічної реабілітації у період участі в бойових діях та після їх завершення. Виявлення тих, хто потребує реабілітації, та забезпечення координованих зусиль командування, психологів, медичних працівників для надання всіх форм допомоги, включаючи направлення до спеціалізованих реабілітаційних центрів.

3. Формування єдиної державної системи реабілітації учасників бойових дій як інтегрованої та взаємодоповнювальної системи психологічних,

медичних, професійних та інших соціальних заходів. Це має на меті повну психофізіологічну реабілітацію та соціальну адаптацію осіб, що служили в умовах військового стану та участвовали в армійських конфліктах.

4. Військово-соціальна робота з родинами загиблих учасників бойових дій. Основна мета – сприяння поліпшенню матеріального становища сімей, допомога вдовам у забезпеченні працевлаштування, подоланні травм від втрати близьких, забезпеченні відпочинку для дітей та державна підтримка в освіті.

Таким чином, рекомендуємо злагоджені дії держави та інших суб'єктів військово-соціальної роботи для ефективного вирішення питань соціального захисту та підтримки учасників бойових дій та їхніх родин.

Серед ключових рекомендацій для зміцнення адаптаційних здібностей учасників бойових дій та членів їхніх сімей у контексті відношення до смерті, а також для соціальної, професійної адаптації та психологічної підтримки, наступні аспекти мають важливе значення:

- Професійне інформування, яке передбачає ознайомлення учасників бойових дій з сучасними сферами виробництва, станом та перспективами ринку праці, потребами економічних секторів у кваліфікованих кадрах, особливостями та тенденціями розвитку професій, а також можливостями для професійного зростання і самовдосконалення.

- Професійна консультація, метою якої є допомога учасникам бойових дій у визначенні професійного шляху, враховуючи індивідуальні психологічні особливості, можливості та потреби ринку праці.

- Професійний відбір для визначення рівня професійної придатності учасників бойових дій та їхніх спроможностей формувати власний стиль роботи.

- Психологічне консультування, спрямоване на самопізнання, коректне самовизначення, адаптацію до реальності, формування ціннісних орієнтацій, подолання кризових моментів та досягнення емоційної стабільності.

- Психологічна корекція, яка передбачає цілеспрямоване втручання з метою гармонізації особистісних та міжособистісних відносин.

- Підвищення бойових навичок для тих, хто готовий повертатися на фронт після відпочинку і знаходиться у гарній фізичній формі.

- Супровід при професійному переосвітленні, включаючи консультації, відбір та психологічний супровід учасників під час навчання.

Основаючись на вищезазначеному, можна виокремити специфічні категорії проблем, які виникають у родинах військовослужбовців, а саме:

1. Соціальні,
2. Психологічні,
3. Особистісні.

Таким чином, розглядаємо, що родини військовослужбовців переживають майже всі військові випробування паралельно з самими військовослужбовцями, особливо це важливо в сучасних умовах. Тому родинам бойовиків необхідна значуща увага і підтримка, як психологічна, так і соціальна, на рівні з самими військовослужбовцями, коли іде мова про смерть побратимів, поранення, власне виживання в складних умовах.

Виокремлюємо наступні ключові аспекти соціальної та психологічної роботи з родинами військовослужбовців:

- регулярний аналіз питань практичної діяльності з родинами військовослужбовців та умов їхнього життя;

- безпосередній діалог командирів і керівників з родинами військовослужбовців та жіночими групами, стабільна увага до життя військовослужбовців, стану морального клімату в їхніх родинах, просування здорового способу життя;

- врахування потреб молодих і багатодітних сімей, сімей загиблих військовослужбовців, питань житла, матеріальної підтримки та допомоги;

- перегляд і вдосконалення нормативно-правових актів щодо соціально-економічного стану, наданих пільг військовослужбовцям та їх родинам;

- забезпечення організації дозвілля та сімейного відпочинку, оздоровлення дітей військовослужбовців і підтримка їхніх дружин, активне

використання потенціалу закладів культури та освіти для збереження інтересів у розвитку та вихованні;

- залучення спеціалістів з роботи з родинами військовослужбовців дій до участі в житлових, атестаційних та інших комісіях, які стосуються інтересів бійців та їх родин.

Тому ми виділяємо ще такі форми роботи з родинами військовослужбовців:

- вивчення ситуації в неблагополучних сім'ях;
- надання адресної матеріальної допомоги малозабезпеченим, багатодітним сім'ям військовослужбовців з хворими дітьми;
- профілактика правопорушень серед підлітків – дітей військовослужбовців;
- організація літнього відпочинку дітей військовослужбовців;
- організація вечорів відпочинку військовослужбовців та членів їх сімей, робота гуртків, секцій за інтересами, художньої самодіяльності;
- робота з сім'ями молодих офіцерів (допомога в працевлаштування дружин, при народженні дитини, влаштуванні дітей в навчальні заклади тощо);
- психологічні та юридичні консультації.

Вважаємо за доцільне вказати, що ніхто не був готовим до ведення війни в 2022 року. Коли йде масова інформатизація суспільства та його розвиток. Зазвичай люди були зайняті своїми проблемами, що стосувалися їх родин. В умовах сьогодення пройшла переоцінка цінностей, відбулося багато втрат, психологічний стан кожної людини зазнав кардинального навантаження. Все це не тільки навчило людей адаптуватися до нових умов, а і боятися за своїх рідних. Родини, які мають військовослужбовців, особливо відчували те, що таке страх за рідну людину, як важливо їй життя та здоров'я. Попри важкі стресові умови люди навчилися гуртуватися та допомагати одне одному. Ми враховуємо силу духу українського народу, їх патріотизм та стійкість. Гордість за власних героїв у кожній родині дає їм сили іти вперед та долати будь-які перешкоди. Саме тому вагомим внеском від психологів вважаємо корисними об'єднання

психологів, які надають безоплатну психологічну допомогу. І сім'ям, які мають військовослужбовців, ця допомога безперечно є гарантованою. Важливо не боятися звертатися за підтримкою та відчувати власний стан, адже адаптація військовослужбовців вдома потребує певної уваги. Ми звертали увагу на каліцтва, втрату здоров'я (повну чи часткову), що потребує не тільки психологічної підтримки з боку рідних та спеціалістів, а і кваліфікованої допомоги реабілітологів та фізичних терапевтів, що в комплексі з психологічною підтримкою є важливим процесом позитивної та продуктивної адаптивності до нових умов після життя на полі бою.

### **Висновки до третього розділу**

Нами було описано використані методики та процедуру емпіричного дослідження, що базується на вивченні стану військовослужбовців.

Підсумовуючи результати нашого емпіричного дослідження, проведеного за допомогою різноманітних методик, зокрема авторської анкети з трьома блоками питань, Методики дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю. та Симптоматичного опитувальника SCL-90 R, можна зробити наступні висновки: учасники дослідження демонструють різноманітність у сприйнятті смерті, що відображається на емоційному, раціональному та діяльнісному рівнях. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу в психологічній підтримці військовослужбовців.

Вивчення смисложиттєвих орієнтацій військовослужбовців дозволяє визначити ключові цінності та мотиваційні фактори, що можуть бути використані для покращення психологічного благополуччя та адаптації. Аналіз життєвих смислів і цінностей допомагає розуміти внутрішній світ військовослужбовців, їхні потреби та аспекти, які їх мотивують чи, навпаки, пригнічують.

За допомогою SCL-90 R було виявлено різні рівні психопатологічних симптомів, зокрема тривоги, депресії, агресії, які вимагають врахування та

втручань для підтримки психічного здоров'я. Враховуючи індивідуальність психологічного профілю кожного військовослужбовця, важливо розробляти та впроваджувати індивідуалізовані програми підтримки та інтервенції. Загалом, результати дослідження вказують на необхідність подальших досліджень у цій сфері та розробку ефективних стратегій підтримки військовослужбовців, з урахуванням їхніх психологічних особливостей та потреб.

На основі аналізу результатів дослідження, у даному підрозділі наводяться конкретні рекомендації та стратегії психологічної підтримки для військових та їхніх родин. Зокрема, розглядаються шляхи забезпечення ефективного діалогу між командуванням та родинами, а також пропонуються методи зміцнення психологічного благополуччя.

## ВИСНОВКИ

Результати проведених теоретичного та емпіричного дослідження дозволяють дійти наступних висновків.

1. Здійснено теоретичний аналіз підходів до сприйняття смерті та його патопсихологічних аспектів. У сучасному світі ставлення до смерті формується під впливом культурних, релігійних та соціальних аспектів. Часто смерть вважається темою, якою важко ділитися відкрито. Людина може відчувати страх, роздумувати про власне життя та своє призначення, думаючи про смерть. Соціум визначає наш підхід до смерті, в тому числі, як ми проявляємо свій смуток, оплакуємо втрати та допомагаємо тим, хто втратив близьких. Смерть сприймається через декілька етапів, таких як заперечення, гнів, пошук компромісу, депресія та прийняття. Ці стадії можуть проходити хаотично та повторюватися. Ключовим моментом адаптації є осмислення власних емоцій та знаходження способів переборення горя. Це може включати звертання по допомогу, психотерапію, релігійні роздуми та інші засоби.

Війни впливають на психологічний стан як військових, так і мирних громадян. Військовослужбовці можуть стикатися з посттравматичним стресовим розладом, депресією чи тривожністю через участь у бойових діях. Цивільні, які стали свідками або потерпіли від воєнних дій, також можуть відчувати психологічні труднощі, від тривожності до глибокої депресії. Допомога потерпілим від воєнних дій є необхідною, незалежно від їхнього статусу в конфлікті. Залежно від особливостей воєнних дій, відсоток ПТСР серед військових може варіюватися від 0,5% до 50%. Симптоми ПТСР можуть відчуватися десятками років після війни, що підкреслює тривалий вплив воєнних дій на психіку. Бойові травми можуть призвести до зростання кількості самогубств серед ветеранів, як було в Афганістані, Іраку та В'єтнамі. Багато тих, хто пережив травми, можуть шукати втіху у нездорових звичках, таких як алкоголь чи наркотики. Підтримка родини, професійна допомога та програми реабілітації важливі для відновлення психіки після воєнних дій.

2. Визначено соціально-психологічні аспекти уявлення про смерть. Проведено докладний аналіз впливу стресових обставин на психологічний стан військовослужбовців та досліджено наслідки, які залишають за собою бойові травми. Зокрема, ми уважно вивчали, яким чином конкретні стресові ситуації, що виникають під час служби, афектують психіку армійців. Було проаналізовано ключові стресори, механізми пристосування до стресу та його психологічні впливи. Спеціальна увага була приділена вивченню психологічних та патопсихологічних реакцій, які можуть розвинути у військовослужбовців, що пережили бойові дії. Було обговорено різноманітні види травм, їхні симптоми, а також методики корекції та стратегії відновлення психічної рівноваги.

3. Вивчено патопсихологічні особливості сприйняття смерті військовими. Це дослідження допомогло нам сформуванати загальне уявлення про вплив стресових ситуацій та бойових травм на психологічний стан військовослужбовців. Були окреслені основні висновки, їх важливість для розуміння психічного благополуччя військових, а також розроблено рекомендації для майбутніх наукових розвідок та практичних застосувань. Ми вважаємо цей аналіз фундаментальним для глибшого розуміння впливу військової служби на психічне здоров'я, а також для розробки ефективних методів підтримки та реабілітації військовослужбовців, які стикаються зі стресом і травмами внаслідок бойових дій.

Ми докладно описали методологію та процедуру емпіричного дослідження, яка мала на меті вивчення ставлення військовослужбовців до смерті через застосування різноманітних наукових інструментів, включаючи авторський опитувальник з трьома блоками питань, Методику дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю., а також Симптоматичний опитувальник SCL-90 R. Підводячи підсумки результатів нашого всебічного емпіричного аналізу, можна висунути декілька ключових висновків. Учасники дослідження виявили різноманітність у сприйнятті смерті, що проявляється на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях. Це вказує на важливість

індивідуального підходу в психологічній підтримці військовослужбовців. Проаналізувавши смисложиттєві орієнтації військовослужбовців, ми визначили основні цінності та мотиваційні чинники, які можуть стати в нагоді для оптимізації психологічного благополуччя та адаптаційних процесів. Глибоке розуміння життєвих смислів і цінностей сприяє кращому врахуванню внутрішніх потреб військових, виявленню того, що мотивує або, навпаки, пригнічує їх. З використанням Симптоматичного опитувальника SCL-90 R було виявлено різні рівні психопатологічних симптомів, таких як тривога, депресія, агресія, що акцентує увагу на необхідності розробки специфічних втручань для підтримки психічного здоров'я. Враховуючи актуальність психологічного профілю кожного військовослужбовця, існує велика потреба в розробці та впровадженні індивідуалізованих програм підтримки та терапевтичної інтервенції. Загалом, результати нашого дослідження підкреслюють необхідність продовження наукових розробок у даному напрямку та формування ефективних стратегій підтримки військовослужбовців, з урахуванням їхніх психологічних характеристик та потреб.

4. Розроблено рекомендації щодо психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, які стикнулися зі стресовими ситуаціями та втратами на війні. Особлива увага приділяється методам забезпечення ефективного діалогу між військовим командуванням та родинами, а також розробці методів для зміцнення психологічного благополуччя.

Перспективами подальших досліджень вбачаємо спостереження за психологічним станом військовослужбовців та їх родинами під час війни та після її закінчення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов В.А. та інш. Медична психологія. Донецьк. 2010. 289 с.
2. Авер'янова Н. М. Гібридна війна: російсько-українське протистояння. *Молодий вчений*. 2017. 3(43), С. 30-34.
3. Абдяхімов, Р. А. Феноменологічні прояви психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27. Вип. 1. С. 65-68.
4. Акименко Ю. Ф. Як допомогти родині учасника бойових дій. Чернігів. Десна Поліграф. 2017. 144 с.
5. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям». *Збірник наукових праць РДГУ*. 2016. Випуск 6. С. 18-21.
6. Берездецька Л. В. Стратегії соціальної адаптації демобілізованих учасників АТО: автореф. дис. канд. соціолог. наук: 22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології. Київ, 2018. 22 с.
7. Болтоносів С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24. № 2. С. 77-80.
8. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Хмельницький нац. ун-т. Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Хмельницький. Тернопіль, 2018. 559 с.
9. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи : тези доповідей. *II Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»*. 2017. С. 19-22.

10. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький . ХІСТ, 2018. Т (1)15. С. 106-110.

11. Бурлака О. В. До питання гендер-специфічної медичної допомоги жінкам військовослужбовцям в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 61-66.

12. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. № 2(43). 2018. С. 176-181.

13. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра пед. наук. 13.00.05. Тернопіл. нац. пед. ун-т ім. Володимира Гнатюка. Тернопіль. 2019. 559 с.

14. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології*. 2018. 40. С. 33-49.

15. Венгер О.П., Ястремська С.О., Рега Н.І. Посттравматичний стресовий розлад. Навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України. Тернопіль. ТДМУ. 2016. 260 с.

16. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. Київ. 1996. С. 76-89.

17. Володарська Н. Д. Перспективи застосування методів діалогової психотерапії в умовах суспільних трансформацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Випуск 2. Том 1. Херсон, 2016. С. 24-30.

18. Волянський О. М. Застосування стандартів НАТО при проведенні реабілітації військовослужбовцям з ампутованими кінцівками. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 78-86.

19. Ворона П., Кривошеєв В. Зарубіжний досвід соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій: на прикладі США. *Науково-практичне забезпечення децентралізації надання послуг в об'єднаних територіальних громадах : матеріали наук.-практ. конф.* Київ. ПК ДСЗУ. 2018. С. 305-309.

20. Гавенко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. Практикум з медичної Психології. Харків. Регіон-інформ. 2002. 248 с.

21. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. *Україна. Здоров'я нації.* 2019. № 1. С. 15-18.

22. Галушка А. М., Подолян Ю. В., Швець А. В. Ретроспективний аналіз поширеності симптомів характерних для акубаротравми у поранених та хворих військовослужбовців-учасників АТО (ООС). *Військова медицина України.* 2019. Т. 19. № 2. С. 17-24.

23. Данілевська Н. В. Синдром відстроченого післябойового відреагування як один зі станів бойової психічної травми у вісковослужбовців, які брали участь в АТО. *Мед. психологія.* 2018. Т. 13. № 2. С. 49-52.

24. Денисюк С.Г., Корнієнко В.О. Адаптація як передумова самореалізації військовослужбовців до умов цивільного життя. *Актуальні проблеми проектування, виготовлення і експлуатації озброєння та військової техніки: матеріали Всеукраїнської науково-технічної конференції.* Вінниця. ВНТУ. 2017. С. 111-113.

25. Дідач В, Василенко Л., Лавренюк В., Івасик С. Аналітичний звіт «Виконання Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції». Київ. Громадська організація «Всеукраїнська правозахисна організація «Юридична сотня». 2017. 44 с.

26. Друзь О. В. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології.* 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 37-43.

27. Євсюкова А. О. Психологічні особливості впливу ПТСР на соціально-психологічну адаптацію військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій.

Харків. 2021. URL : <http://95.164.172.68:8080/khkduk-xmlui/handle/123456789/1647> (дата звернення: 11.09.2023).

28. Загальна та медична психологія (практикум) Під ред. професора І. Д. Спіріної, професора І. С. Вітенко. Дніпропетровськ АРТ. Прес. 2002. 176 с.

29. Климчук В.О. Ставлення до смерті та проблема розвитку его-ідентичності в юнацькому віці. В. О. Климчук, В. В. Горбунова, Я. В. Мойсієнко. *Практична психологія та соціальна робота : Науковопрактичний освітньо-методичний журнал*. 2011. № 5. С. 13-17.

30. Козачинська В.В. Українське бароко: героїкоантичне бачення концепту смерті. *Наукові записки: Філософія та релігієзнавство*. Т. 20. Київ. 2002. С. 51-54.

31. Лебедєв Д.В., Лебедєва С.Ю., Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Тімченко О.В. Відношення до життя та смерті в умовах надзвичайної ситуації: ціннісно-смысловий аспект: Монографія. Харків. УЦЗУ, 2009. 128 с.

32. Лур'є К. І. Особливості структури соматичної патології військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2018. № 1. С. 122-127.

33. Ляшко В. Вплив війни на психічне здоров'я - колосальний. URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko> (дата звернення: 19.09.2023).

34. Макуха М. Ставлення до смерті та міра невротизації особистості. URL : <http://umapallata.livejournal.com/6301.html> (дата звернення: 29.08.2023).

35. Мануальна терапія у лікуванні військових травм. *Фітотерапія. Часопис*. 2019. № 2. С. 70.

36. Медична психологія (підручник): Під заг. ред. професора І. Д. Спіріної, проф. І. С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008. 300 с.

37. Меліченко Т. Д. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям засобами гештальт-терапії. *II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція*. Житомир. 2020. С. 211-215.

38. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Випуск 28. С. 176-185.

39. Назаренко І. І., Якимець В. М., Печиборщ В. П. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1. С. 48-58.

40. Наумов, В. Д. Особливості клініко–психопатологічних проявів розладів адаптації, посттравматичних стресових розладів та постстресових розладів особистості в учасників бойових дій. *Архіви психіатрії*. 2018. Т. 24. № 3. С. 136- 141.

41. Олексюк Н. С. Професійна підготовка фахівців соціальної реабілітації в Україні як вимога часу. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія Педагогічні науки*. 2016. Частина III. С. 40-47.

42. Основи загальної і медичної психології. за ред. Вітенко І.С., Чабан О.С. Тернопіль. Укрмедкнига. 2003. 344 с.

43. Оцінка адаптивних реакцій організму в учасників бойових дій. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 35-39.

44. Півник В. М. Особливості організації надання медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям у взаємодії з закладами охорони здоров'я МОЗ України в зоні проведення АТО (ООС). *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 25-34.

45. Пішель В. Я. Психотичні розлади у структурі розладів психіки та поведінки у комбатантів (за даними офіційної статистики 2015–2017 рр.). *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24. № 3. С. 132-135.

46. Попелюк Т. А. Життя та смерть у контексті української соціонормативної культури. *Мультиверсум. Філософський альманах*. 2003. Т. 33. С. 132-142.

47. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. метод. посіб. Кокурн О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Київ. НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282 с.

48. Савічан К. В. Огляд наукових публікацій, присвячених вторинній гепатопатії після травми. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 69-77.

49. Сайко О. В. Неврологічна симптоматика в гострому періоді струсу мозку на етапі медичної евакуації з військово–мобільного госпіталю. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2018. № 2. С. 19-25.

50. Самойлова О. В. Клінічні особливості розладів адаптації в умовах військового конфлікту на Сході України. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 95-98.

51. Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Бодян В. В., Марущенко К. Ю. Психологія страху на війні. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 55-60.

52. Слюсаревський М. М. Методологічна ситуація у психологічній науці і перспективи соціальної психології. *Наук. студії із соц. та політ. психології*. Київ. Міленіум. 2005. Вип. 10 (13). С. 3-14.

53. Сорока О. В. Формування управлінської компетентності майбутніх фахівців соціальної сфери засобами тренінгу. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету : зб. наук. праць. Серія «Педагогічні науки»*. Ізмаїл. РВВ ІДГУ. 2017. Вип. 36. С. 241-246.

54. Сороківська О. А., Котовська І. В., Луциків І. В. Формування ефективної політики зайнятості ветеранів АТО: Загальнодержавний та регіональний аспекти. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2017. № 18. С. 366-372.

55. Стасюк В. В. Психологічні особливості реадaptaції Учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства*. 2018. С. 153-154.

56. Титаренко Т.М., М.С. Дворник, В.О. Климчук Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник. *Національна академія педагогічних наук України. Інститут соціальної та політичної психології*. Кропивницький. Імекс-ЛТД. 2019. 220 с.

57. Хархаліс У.М. Світоглядне відображення взаємодії життя і смерті в народній обрядовості. *Мультиверсум. Філософський альманах*. 2005. Т. 46. URL : [http://www.filosof.com.ua/Jornel/M\\_46/Harhalis.htm](http://www.filosof.com.ua/Jornel/M_46/Harhalis.htm) (дата звернення: 22.08.2023).

58. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник. Острог. Видавництво Національного університету «Острозька академія». 2015. 160 с.

59. Чапляк А. П. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. №3/1 (51). С. 59-61.

60. Штепа О. Емпіричне вивчення психологічних ресурсів особистості. Актуальні проблеми психології: *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ. 2011. Т. 11. Вип. 4. Ч. 2. С. 335-361.

61. Штепа О. С. Особливості психологічної ресурсності осіб зрілого віку. *Вісник Львівського університету. Серія : Філософські науки*. Львів. 2012. Вип. 15. С. 310-317.

62. Шустова М.А. Порівняльний аналіз ставлення Психологія – Психология. *Psychology 61 «Наука і освіта»*. № 5. 2014 до смерті в неформальних молодіжних об'єднаннях готів та емо: Магістерська робота. Житомир. 2009. 140 с.

63. Lawrence R. Emotional and Psychological Trauma. Segal. 2017. URL : <https://www.helpguide.org/articles/ptsd-trauma/copingwith-emotional-and-psychological-trauma.htm> (дата звернення: 12.08.2023).

64. Overstreet C., Brown E., Berenz E.C. et al. Anxiety sensitivity and distress tolerance typologies and relations to posttraumatic stress disorder: A cluster analytic approach. *Military Psychology*. 2018. P. 30.

65. Adler A., Jager-Hyman S., Brown G. K., Singh T., Chaudhury S., Ghahramanlou-Holloway M., & Stanley B. A Qualitative Investigation of Barriers to Seeking Treatment for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Army Soldiers with a Deployment History. *Archives of Suicide Research*. 2019. P. 1-18. URL : <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1624666> (дата звернення: 15.07.2023).

66. Anestis M. D., Tull, M. T., Butterworth S. E., Richmond J. R., Houtsma C., Forbes, C. N., & Gratz K. L. The Role of Opioid Use in Distinguishing between Suicidal Ideation and Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49 (6). 2019. P. 1680-1692. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12557> (дата звернення: 03.09.2023).

67. Applegart D. M., Wood D. S., Bryan A. O., & Bryan C. J. Examining Help-Seeking Among National Guard Service Members. *Military Behavioral Health*. 7(2), 2019. P. 198-205. URL : <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1526143> (дата звернення: 14.08.2023).

68. Baer M. M., LaCroix, J. M., Browne J. C., Hassen H. O., Perera K. U., Weaver J., Soumoff A., & Ghahramanlou-Holloway M. Lack of Emotional Awareness is Associated with Thwarted Belongingness and Acquired Capability for Suicide in a Military Psychiatric Inpatient Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(5). 2019. P. 1395-1411. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12530> (дата звернення: 08.07.2023).

69. Barnes S. M., Monteith L. L., Forster J. E., Nazem S., Borges L. M., Stearns-Yoder K. A., & Bahraini N. H. Developing Predictive Models to Enhance Clinician Prediction of Suicide Attempts Among Veterans With and Without PTSD. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(4). 2019. P. 1094-1104. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12511> (дата звернення: 04.08.2023).

70. Barr N., Kintzle S., Alday E., & Castro C. How does discharge status impact suicide risk in military veterans? *Social Work in Mental Health*. 17(1). 2019. P. 48-58. URL : <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1503214> (дата звернення: 16.08.2023).

71. Blow A. J., Farero A., Ganoczy D., Walters H., & Valenstein M. Intimate Relationships Buffer Suicidality in National Guard Service Members: A Longitudinal Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6). 2019. P. 1523-1540. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12537> (дата звернення: 19.08.2023).

72. Cameron A. Y., Shea M. T., & Randall A. B. Acute Shame Predicts Urges for Suicide but not for Substance Use in a Veteran Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 50(1). 2020. P. 292-299. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12588> (дата звернення: 04.07.2023).

73. Krafft J., Hicks E. T., Mack S. A., & Levin M. E. Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(5). 2019. P. 1488-1496. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12533> (дата звернення: 09.06.2023).

74. Martin R. L., Bauer B. W., Ramsey K. L., Green B. A., Capron D. W., & Anestis M. D. How Distress Tolerance Mediates the Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and the Interpersonal Theory of Suicide Constructs in a U.S. Military Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(5). 2019. P. 1318-1331. URL : <https://doi.org/10.1111/sltb.12523> (дата звернення: 11.05.2023).

## ДОДАТОК А

## Основна інформація:

Який ваш вік?

Яка ваша стать? (Чоловіча/Жіноча)

Яка ваша релігійна приналежність? (Християнство/Іслам/Буддизм/Атеїзм/Інше)

Ваш рівень освіти

Ваш сімейний стан

Чи є у вас військовий (бойовий) досвід?

Чи є ви професійним військовим, або чи був у вас досвід військових дій до початку великої війни?

## Блок 1. Емоційний рівень сприйняття смерті

1. Як би ви описали свої почуття щодо смерті в одному слові? (Страх, спокій, цікавість, інше)
2. Чи відчуваєте ви тривогу, коли розмірковуєте про смерть? (Скоріше так/Скоріше ні)
3. Чи бачили ви на власні очі смерть побратимів? Яку емоцію це в вас викликало?
4. Чи доводилося вам взаємодіяти з тілами загиблих воїнів? Яку емоцію це в вас викликало?
5. Чи стикалися ви зі смертю близької людини (не військовий контекст)? Як ви це пережили?
6. Чи відчували ви страх перед власною смертю в бойових умовах?
7. Як ви оцінюєте свою готовність до власної смерті на шкалі від 1 до 10?

## Блок 2. Раціональний рівень сприйняття смерті

1. Ви вірите в життя після смерті? (Так/Ні/Не впевнений)
2. Чи думаєте ви, що смерть - це необхідний елемент життєвого циклу? (Так/Ні/Не впевнений)
3. Як ви уявляєте рай/пекло?
4. Чи є смерть для вас табу?
5. Чи вважаєте ви, що ваше військове навчання вплинуло на ваше сприйняття смерті?
6. Яке ваше ставлення до евтаназії?
7. Чи вірите ви в долю або передбачення?

## Блок 3. Діяльнісний рівень сприйняття смерті

1. Чи взяли б ви участь у плануванні своїх похорон або вибору місця останнього спочинку? (Так/Ні)
2. Чи говорили ви з близькими про свої побажання щодо завершення життя (наприклад, про допомогу при завершенні життя, лікування в термінальних стадіях тощо)? (Так/Ні)

3. Чи маєте ви певні документи, що регулюють медичну допомогу в критичних ситуаціях?
4. Чи обговорювали ви питання смерті зі своїми підлеглими/колегами?
5. Чи відбувалася у вас спеціальна підготовка на тему смерті та її сприйняття в рамках військової служби?
6. Як ви ставитеся до рішення «не врятувати» (DNR - Do Not Resuscitate - Розпорядження про відмову від реанімації)?
7. Чи здійснили ви конкретні кроки для захисту своєї сім'ї у разі вашої смерті (наприклад, страхівка життя, заповіт)?

## ДОДАТОК Б

**Методика дослідження системи життєвих смислів Котлякова В.Ю.**

Уявлення про те, що сенс людського життя не може бути зведений до будь-якої простої формули, а, швидше за все, являє собою складно організовану систему смислів, давно і міцно вкоренилося в сучасній психології. Так, наприклад, Л. С. Виготський розглядав динамічну смислову систему (ДСС) як єдність афективних та інтелектуальних процесів свідомості [2], Д. А. Леонтьєв визначав ДСС як «... відносно стійку і автономну ієрархічно організовану систему, що включає в себе ряд різнорівневих смислових структур і функціонують як єдине ціле» [5, с. 3], Б. С. Братусь також говорить про складній динамічній системі, що утворює особливу смислову сферу особистості і зумовлює всю життєдіяльність людини [1].

Всього нами було проаналізовано близько 200 звітів піддослідних. При великій варіативності відповідей (що відображають унікальність індивідуальних життєвих сенсів) ми виявили схожість багатьох відповідей, аж до повної ідентичності. При проведенні контент-аналізу даних нами були виділені групи однорідних смислових переваг, тобто ідентичних або близьких за значенням варіантів відповідей на питання про сенс власного життя. Всього нами було виділено 24 таких групи. Ці виділені групи приватних (індивідуальних) життєвих сенсів стали основою для створення тексту опитувальника, що приводиться нижче.

Методика дослідження системи життєвих сенсів

Інструкція. Перед вами список з 24 тверджень. Це перелік життєвих сенсів, на які можуть орієнтуватися люди в своєму житті. Прочитайте, будь ласка, уважно весь список.

Сенс мого життя полягає в тому:

1. ... щоб допомагати іншим людям
2. ... щоб бути вільним
3. ... щоб отримувати задоволення
4. ... щоб удосконалюватися
5. ... щоб досягати успіху
6. ... щоб бути з близькою людиною
7. ... щоб передати все краще своїм дітям
8. ... щоб зрозуміти себе самого
9. ... щоб робити добро
- 10.... щоб жити
- 11.... щоб відчувати щастя
- 12.... щоб здійснити себе
- 13.... щоб зробити хорошу кар'єру
- 14.... щоб відчувати, що комусь потрібен
- 15.... щоб жити заради своєї сім'ї
- 16.... щоб пізнавати Бога
- 17.... щоб покращувати світ
- 18.... щоб любити

- 19.... щоб отримувати якомога більше відчуттів і переживань
- 20.... щоб реалізувати всі свої можливості
- 21.... щоб займати гідне становище в суспільстві
- 22.... щоб радіти спілкуванню з іншими
- 23.... щоб допомагати своїм рідним і близьким
- 24.... щоб зрозуміти життя

Тепер Вам належить зробити м'яку рейтингову оцінку представленого списку. Для цього виберіть зі списку 3 твердження, які займають 1-е місце в системі Ваших особистих життєвих сенсів. потім 3 твердження, які Ви могли б поставити на 2-е, на 3-є і т.д. до 8-го місця. Запишіть порядкові номери цих тверджень в таблицю 1.

#### Рейтинг представленості життєвих сенсів

Для цього навпроти кожного порядкового номера затвердження Ви повинні вказати ранг (місце), який Ви привласнили цьому твердженню в таблиці 1. Наприклад: першому твердженню Ви привласнили 4-е місце. Навпаки порядкового номера 1 ставите 4 (ранг цього твердження) і т. Д. За всіма порядковими номерами.

Порядкові номери і відповідні їм ранги (місця) тверджень

Сума рангових значень

На закінчення хотілося б підкреслити, що наведений текст є лише заявкою на методику. Ми цілком усвідомлюємо необхідність серйозного випробування даної методики на предмет її надійності та валідності, а також обов'язкової стандартизації результатів дослідження. Сподіваємося, що це стане предметом подальшого дослідження.

## ДОДАТОК В

### Симптоматичний опитувальник SCL-90 R

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) - клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб [9].

Методика створена у 1994 р. L.R. Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методика, що веде свою історію від Cornell Medical Index (A. Wider, 1948), яка, в свою чергу, базувалася на «Шкалі дискомфорту» розробленої M.Parloff з співавторами (1953).

У 1980 р. М. Горовіц і його колеги розглянули SCL у зв'язку із дослідженнями ПТСР, а у 1981 р. було виявлено, що при тестуванні SCL вдалося отримати відмінності у результатах тесту між пацієнтами з ПТСР, які отримували терапевтичну допомогу, і пацієнтами, які не отримували такої допомоги.

Російський варіант SCL застосовувався у комплексному дослідженні, яке проводилося лабораторією психології посттравматичного стресу та психотерапії ІІ РАН.

SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих у шкали. Кожне із 90

питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». SCL-90 (відповідно, і SCL-90-R) містить наступні шкали:

1. Соматизація
2. Обсесивно-компульсивні розлади (нав'язливості)
3. Інтерперсональна чутливість
4. Депресія
5. Тривожність
6. Ворожість
7. Нав'язливі страхи (фобії)
8. Параноїдність
9. Психотизм
10. Загальний індекс важкості
11. Індекс важкості наявного дистресу
12. Кількість позитивних відповідей (Кількість тривожних симптомів)

SCL-90-R – методика, призначена для визначення поточного статусу, вона не підходить для діагностики особистості. Інструкція до методики і її внутрішня суть передбачає вивчення саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності. Крім того, методика не включає шкали брехні, а її структура не спрямована на корекцію настановних відповідей випробуваного, що також має враховуватися при інструктажі та тестуванні (хоча шкала психотизма за рахунок незвичайних симптомів, в неї входить, може використовуватися для оцінки ступеня щирості випробуваного і його схильності до агравації, якщо наперед відомо про відсутність психотичних розладів).

Основне призначення шкали – виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, тому результати опитування \ мають досить приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може застосовуватися досить широко.

Винятком є люди, які не здатні сприйняти зміст інструкцій, пацієнти з деменцією і явно психотичними станами.

Інструкція.

Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

0	1	2	3	4
Зовсім ні	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно

Текст методики.

- 1 Головні болі
- 2 Нервозність або тремтіння всередині
- 3 Повторювані неприємні думки
- 4 Слабкість або запаморочення
- 5 Втрата сексуального потягу або задоволення
- 6 Почуття невдоволення іншими
- 7 Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками
- 8 Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші
- 9 Проблеми з пам'яттю
- 10 Ваша неакуратність або неохайність
- 11 Роздратування, що легко виникає
- 12 Болі в серці або в грудній клітці
- 13 Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці
- 14 Нестача сил або загальмованість
- 15 Думки про те, щоб накласти на себе руки
- 16 Ви чуєте голоси, яких не чують інші
- 17 Тремтіння
- 18 Відчуття, що більшості людям не можна довіряти
- 19 Поганий апетит
- 20 Сльозливість
- 21 Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі
- 22 Відчуття, що Ви потрапили у пастку
- 23 Несподіваний і безпричинний страх
- 24 Спалахи гніву, які Ви не могли стримати
- 25 Боязнь вийти одному з дому
- 26 Відчуття провини
- 27 Болі у попереку
- 28 Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь
- 29 Відчуття самотності

- 30 Пригнічений настрій, "хандра"
- 31 Надмірне занепокоєння з різних приводів
- 32 Відсутність інтересу до усього
- 33 Почуття страху
- 34 Ваші почуття легко зачепити
- 35 Відчуття, що інші проникають у Ваші думки
- 36 Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчувають Вам
- 37 Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся
- 38 Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки
- 39 Сильне або прискорене серцебиття
- 40 Нудота або розлад шлунку
- 41 Відчуття, що Ви гірші за інших
- 42 Болі в м'язах
- 43 Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас
- 44 Вам важко заснути
- 45 Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите
- 46 Труднощі в прийнятті рішень
- 47 Страх їздити в автобусах, метро або поїздах
- 48 Утруднене дихання
- 49 Напади жару або ознобу
- 50 Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають
- 51 Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали
- 52 Оніміння або поколювання в різних частинах тіла
- 53 Комок в горлі
- 54 Відчуття, що майбутнє безнадійне
- 55 Вам важко зосередиться
- 56 Відчуття слабкості в різних частинах тіла
- 57 Відчуття тиску або напруженості
- 58 Важкість в кінцівках
- 59 Думки про смерть
- 60 Переїдання
- 61 Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас
- 62 Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки
- 63 Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь
- 64 Ранкове безсоння
- 65 Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо
- 66 Неспокійний і тривожний сон
- 67 Бажання ламати або трощити що-небудь
- 68 Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші
- 69 Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими
- 70 Почуття зніяковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)
- 71 Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль
- 72 Напади жаху або паніки

- 73 Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях  
 74 Ви часто вступаєте в суперечку  
 75 Нервозність, коли Ви залишилися на самоті  
 76 Інші недооцінюють Ваші досягнення  
 77 Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми  
 78 Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці  
 79 Відчуття власної нікчемності  
 80 Відчуття, що з Вами станеться щось погане  
 81 Ви кричите або жбурляєте речами  
 82 Страх, що Ви втратите свідомість на людях  
 83 Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою  
 84 Вас турбують сексуальні думки  
 85 Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи  
 86 Кошмарні думки або бачення  
 87 Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку  
 88 Ви не відчуваєте близькості ні до кого  
 89 Почуття провини  
 90 Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре

Обробка результатів: Для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто додати бали по питанням, які входять у шкалу і розділити суму на їх кількість.

Якщо з якихось з питань не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть вважатися достовірними.

Результат за шкалою GSI – це середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів всіх питань, поділена на 90.

PST дорівнює кількості питань, на які дані невід'ємні відповіді. PSDI - середня важкість симптомів, обраховується як поділ загального балу за увесь тест на значення PST.

Отже, при  $PST = 90$ , GSI і PSDI дорівнюватимуть один одному, чим менше значення PST, тим більше буде відмінність між ними.

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Інтерпретація.

Шкала 1. Соматизація. Порухення, що називаються соматизацією, відображають дистрес, що виникає із відчуття соматичної дисфункції. Сюди відносяться скарги щодо функціонування кардіоваскулярної, гастрінтестинальної, респіраторної та інших систем організму, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла у тому числі й м'язові, а також – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність психічних розладів, хоча й можуть свідчити про реальні соматичні захворювання.

Шкала 2. Нав'язливості. Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, переважно тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі для «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Шкала 3. Інтерперсональна чутливість. Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Осуд себе, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за даною шкалою повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Шкала 4. Депресія. Симптоми цього розладу відображають широку галузь проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

Шкала 5. Тривожність. Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страхи та деякі соматичні кореляти тривожності.

Шкала 6. Ворожість. Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Шкала 7. Нав'язливі страхи (фобії). Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникаючої поведінки.

Шкала 8. Параноїдність. Дане визначення представляє параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики

проективних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований саме на представленість цих ознак.

Шкала 9. Психотизм У шкалу психотизма включені питання, що вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизма є градуїованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизма. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої агравації, симуляції і недбалого заповнення бланка - при високих значення по ній при відсутності явної симптоматики.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GST) GSI є найкращим індикатором поточного стану і глибини розладу, його слід використовувати в більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивність пережитого дистресу.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI) PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилює або применшує симптоматичний дистрес при відповідях.

Загальна кількість ствердних відповідей (PST) PST – виключно підрахунок кількості симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, - тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає хоч якийсь рівень вище нульового.

Нормативні дані [4]:

**Нормативні дані [4]:**

Шкала	Середнє значення
Соматизація	0,69
Нав'язливості	0,76
Інтерперсональна чутливість	0,83
Депресія	0,68
Тривожність	0,62
Ворожість	0,71
Нав'язливі страхи (фобії)	0,35
Параноїдність	0,67
Психотизм	0,42
Індекс GSI	0,64

**Середні значення (за Н.Тарабріною, 2001) [5]:**

Шкала	Ветерани Афганістану, норма	Ветерани Афганістану, ПТСР	Військові	Соматоформні хворі
Соматизація	0,41	1,08	0,68	1,60
Нав'язливості	0,52	1,15	0,67	1,04
Інтерперсональна чутливість	0,59	1,25	0,77	1,13
Депресія	0,41	1,15	0,59	1,29
Тривожність	0,40	1,16	0,59	1,50
Ворожість	0,51	1,22	0,74	1,10
Нав'язливі страхи (фобії)	0,19	0,76	0,40	0,99
Параноїдність	0,49	1,00	0,67	0,76
Психотизм	0,19	0,72	0,40	0,80
Індекс GSI	1,07	0,64	0,93	1,17

Інтерпретація опитувальника в цілому. Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів. Інтерпретація основних шкал проводиться відповідно до їх опису, призначення і теоретико-методологічних засад експериментатора.

Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Індекс PSDI є виміром інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки «стилю» вираження дистресу випробуваного: чи виявляє випробуваний тенденцію до перебільшення або до приховання своїх симптомів.

Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда. Інформація, отримана з цих трьох джерел, повинна бути ретельно інтегрована для того, щоб отримати найбільш значущу і валідну картину дистресу.