

References

1. Andrijejeva G. M. Social'na psihologija : [pidruch. dlja stud. vyssh. navch. zakl] / G. M. Andrijejeva. – M., 2001. – 290 s.
2. Arnhejm R. Mystectvo i vizual'ne spryjnattja / R. Arnhejm. – M., 2012. – 392 s.
3. Bernbaum B. Šutnist' fotografii' / B. Bernbaum. – SPb, 2016. – 176 s.
4. Garipova U. R. Pochuttja. Emocii'. Perezhyvannja : vizualizacija / U. R. Garipova. // RazLich. – 2015. – № 3. – S. 6-7.
5. Nazarevych V. Vykorystannja resursnyh spogadiv u fototerapii' / V. Nazarevych, I. Borejchuk. // Tezy dop. nauk.-prakt. seminaru «Tvorch bagato vymirnist' prostoru art-terapii'». – 2016. – S. 5-8.
6. Njemov R. S. Osnovy zagal'noi' psihologii' / R. S. Njemov. – M., 2003. – Kn. 1. – 68 s.
7. Nikitin V. M. Art – terapija : navch. posib. / V. M. Nikitin. – M., 2015. – 460 s.
8. Prokopenko T. V. Psihologija zorovogo spryjnattja : navch. posib. / T. V. Prokopenko, V.A. Trofymov, L. P. Sharok. – Odesa, 2006. – 154 s.
9. Rubinshtejn S. L. Osnovy zagal'noi' psihologii' / S. L. Rubinshtejn. – SPb, 2001. – 720 s.
10. Cherkaj O. V. Emocii' i motyvacija / O. V. Cherkaj. // Piznav. psihologija. – 2016. – №3. – S. 13.
11. Weiser J. (2002) Phototherapy techniques: exploring the secrets of personal snapshots and family albums // Child and Family. – Spring/Summer. – P. 16-25.

Boreychuk I.O., Matoohno E.V. THE PERSONAL POSITIVE MOTIVATOIN BY USING PHOTO MEMORIES

The article is devoted to the peculiarities of using photo memories as a method of positive individual motivation and a photography as a powerful personal motivator. The authors reveals the opportunities of photographs as an effective instrumentality of the individual emotional states and the possibilities of generating the positive emotions. The photography gives the way to convert and organize memories, it channels to the corresponding layer of material that is kept hidden in our autobiographical memory, prevents their reconstruction, recovery in the second memory. The memories applied by photos is activating process of motivation in the ability of better understanding and realizing themselves through oversight, self identifying, understanding personal filters, stereotypes, attitudes by observation through photos and understanding the importance of emotional by visual content. Photography is an important component in the structure of the individual motivation, it serves as a source of external motivation, motivational activates individual processes leads to motivational arousal.

The article proposes the analyze of the possibilities and functions of photography as an instrument of positive filling with the individual's memories, as process of activation the individual motivational sphere, as well as, as a communicative way of knowledge about the person, which is carried out. Also the authors shows the main methods of phototherapy and the role of photography in the processes of memory (memories), the structure of motivation processes, the form of active individual activity which are considered. It is indicated, on the interdependence of photomemories and emotions, photos and motivation, emotions in the structure of motivational processes, on the construction of positive motivation, through interaction with photography.

Key words: photo memories, positive motivation, the photo, memories, emotions, phototherapy, visual perception.

УДК1 [159.923:159.944.4]:355.4–057.36(477)

Т.І. БУЛЬЧИК, М.І. МУШКЕВИЧ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО ТА СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ
УЧАСНИКІВ АТО**

Стаття презентує теоретичний та практичний доробок щодо основних психологічних показників особистісного та сімейного функціонування учасників антитерористичної операції. Розглянуто феномен посттравматичного стресового розладу в ретроспекції та виділено сучасні підходи щодо аналізу психологічних особливостей особистісного функціонування учасників бойових дій. Вказано, що більшість учасників потребують додаткового медико-психологічного обстеження та психологічного супроводу. Виявлено, що учасники АТО характеризуються порушеннями сну, проявами депресії, загальною тривожністю, агресією, невмотивованою пильністю, залежністю, почуттями провини, порушеннями пізнавальної сфери, деструктивними способами вирішення конфліктної ситуації, емоційною вразливістю, психофізіологічними розладами. В сімейних ситуаціях характеризуються станом байдужості, проблемами у виконанні домашніх обов'язків, униканням вирішення конфліктних ситуацій, гіперактивністю тощо. Зазначено, що виділені ознаки особистісного сімейного функціонування допоможуть у майбутньому виділити ту категорію осіб, які потребують відстроченого психологічного супроводу, а також допоможуть підібрати ефективні способи та засоби подальшої ефективної психологічної консультативної та терапевтичної допомоги.

Ключові слова: учасники АТО, особистісне функціонування, сімейне функціонування, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад, емоційні реакції, психологічний стан, психологічна травма.

Стаття представляє теоретичні та практичні дослідження по основним психологічним показателям особистого та сімейного функціонування учасників Антитерористическої операції. Розглянуто феномен посттравматического стресового розладу в ретроспекції та виділені сучасні підходи до аналізу психологічних особливостей особистого функціонування учасників бойових дій. Вказано, що запропонована діагностическа процедура допомогла виявити, що більшість учасників потребують додаткового медико-психологіческого обстеження та психологіческого супроводження. Виявлено, що учасники АТО характеризуються порушеннями сну, проявленнями депресії, загальною тривожністю, агресією, немотивованою бдителльністю, залежністю, почуттями вини, порушеннями пізнавальної сфери, деструктивними способами рішення конфліктної ситуації, емоціональної уязвимістю, психофізіологіческими розладуваннями. В сімейній ситуації характеризуються станом безрозличчя, проблемами в виконанні домашніх обов'язків, избеганнем рішення конфліктних ситуацій, гіперактивністю та ін. Відзначено, що виділені ознаки особистого сімейного функціонування допоможуть в майбутньому виділити ту категорію осіб, які потребують в терміновому психологіческому супроводженні, а також допоможуть вибрати ефективні способи та засоби подальшої ефективної психологіческої консультативної та терапевтическої допомоги.

Ключеві слова: учасники АТО, особисте функціонування, сімейне функціонування, посттравматическе стресове розладування (ПТСР), гостре стресове розладування, емоціональні реакції, психологіческе станування, психологіческе травмування.

Постановка проблеми. У нашій країні відбуваються глибокі зміни, які стосуються усіх сфер життя громадян та суспільства в цілому. Це пов'язано не лише з політичними та економічними нововведеннями, а й з ситуаціями збройного конфлікту, що склалася на Сході України. Разом з бойовим досвідом, учасники конфлікту отримують фізичні та психологічні травми, а їхня психіка зазнає певних змін, які згодом можуть перешкодити нормальному функціонуванню у мікро- та макросоціумі та призводять до травматичного стресу. Наслідки такого стресу у своєму крайньому прояві детермінуються як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуацію і є загрозою для життя чи здоров'я людини.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Про феномен посттравматичного стресового синдрому було відомо ще за часів Громадянської війни у США. Я. Да Коста у 1871 році вжив еквівалентний термін «солдатське серце», у зв'язку із наявністю у солдат кардіальних вегетативних порушень. У роки Першої Світової війни такий синдром мав назву «снарядного шоку», так як були припущення, що він є результатом мозкової травми, отриманої внаслідок вибухів снарядів. У часи Другої Світової війни симптоми ПТСР спостерігалися у осіб, що пережили атомні бомбардування у Японії [3]. Такі дослідники, як Р. Гринкер та Д. Шпігель є одними з перших, які почали розглядати відтерміновані психічні стани ветеранів війни як реакції на бойовий стрес. В своїй праці «Люди під дією стресу» (1945 р.), виділено найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес: дратівливість, агресивність, висока стомлюваність, апатичність, складнощі з засинанням, тривожність, підвищена реактивність, напруженість, втома, депресивність, порушення пам'яті, погіршення концентрації уваги, нічні кошмари, фобічні реакції, часті спогади про війну, погіршення апетиту, алкогольна залежність, інші психосоматичні симптоми [4]. Проте, як самостійну нозологічну форму, посттравматичний стресовий розлад почали виділяти по закінченню війн у Кореї та В'єтнамі. У 1960-1970 роках утворився такий термін, як «посттравматичний стресовий розлад», який у 1980 році був введений у DSM III до групи тривожних розладів [5], і лише у 1995 році ПТСР і його діагностичні критерії включили до редакції МКХ – 10 [3].

У подальшому до вивчення впливу травмуючої події на психіку людини зверталися зарубіжні та вітчизняні вчені, такі як Р. Волошин, В. С. Галенко, Е. М. Залкінд, А. Карднер [2], Л. Китаєв-Смик, Е. Крапелін, Р. Лазурис, Д. Майерс, І. Малкіна-Пих, А. Л. Пушкар'єв, Г. Сельє [4], М. В. Соловійова. Вчені класифікують реакцію на психотравмуючу подію за тривалістю її переживання: 1. Травматичний стрес – нормальна реакція на ненормальні обставини; стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Час переживання події під час інциденту і одразу після нього – до 2 діб. 2. Гострий стресовий розлад – реактивний стан, що безпосередньо розвивається під час надзвичайної дії по вираженості психотравмуючої ситуації протягом кількох хвилин, проявляється у вигляді афективно-шокової реакції. Тривалість від 2 діб до 4 тижнів. 3. ПТСР – непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Тривалість розвитку ПТСР – це переживання події під час критичного впливу і через місяць після – більше 4 тижнів [2; 4].

У свою чергу, О. Л. Пушкар'єв виділив фактори, що спричиняють травматичний стрес у бійців: 1) чітке усвідомлення загрози життю (так званий біологічний страх смерті, поранення, болі, інвалідизації); 2) стрес, який виникає під час бою і його ні з чим не можна порівняти: у зв'язку з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний з загибеллю побратимів чи з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних факторів бойового оточення; 4) проблеми із задоволенням необхідних потреб; 5) незвичайний для учасників війни клімат і рельєф місцевості [6].

Українські вчені, вивчаючи психологічний стан військових та бійців Національної гвардії, виділили такі чинники їхньої психічної травмування: реальна загроза життю, яка виникає при пересуванні на позиції без відповідного захисту; загроза підризу на вибуховому пристрої; загроза загибелі під вогнем снайпера; постійне

очікування загострення ситуації; необхідність бачити тіла загиблих та торкатись до них; спілкування з важкопораненими. Інші українські психологи, які працювали з учасниками АТО та їхніми сім'ями описали, що родичі та близькі військових, що перебувають у зоні АТО, також схильні отримати травматизацію, яка може бути зумовлена такими чинниками, як побоювання за життя близьких, які безпосередньо беруть участь у бойових діях; інформація про поранених та загиблих, що несли службу разом з їх родичами [4].

Формулювання цілей статті: вивчити особливості переживання психологічної травми учасниками АТО, представити детально аргументований аналіз дослідження їх психологічних особливостей особистісного та сімейного функціонування для подальшої розробки ефективної програми реабілітації.

Виклад основного матеріалу дослідження. Психологічне дослідження особливостей особистісного та сімейного функціонування учасників АТО проводилося під час реалізації проекту «Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям» протягом 2014-2016 рр. До проекту були залучені учасники АТО з таких бригад та батальйонів, як: 128 ОМБР, 14 (51) ОМБР, 30 ОМБР, 28 ОМБР, 90 ОМБР, 25 ОМБР, 20 ОМБР, 24 ОМБР, 18 ОМБР, 53 ОМБР, 54 ОМБР, 81 ОДШ, ОБПК-2, 25 дисантна бригада, авіаційна бригада, спецпідрозділ «Айдар», Добровольчий український корпус, Територіальний батальйон «Волинь», Луцький прикордонний загін, Територіальний батальйон «Донбас», авіаційна бригада, батальйон «Світязь», окремі військові частини ВДВ та УСБУ, батальйон особливого призначення «Азов», Національна гвардія.

Емпіричне дослідження передбачало такі методи, як: бесіда, анкетування і тестування. Для вивчення стану бійців після впливу надзвичайних факторів нами було застосовано методіку «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків». Згідно з отриманими результатами, ми можемо зробити наступні висновки: усі досліджувані за проявами ознак ПТСР умовно діляться на 2 групи: перша група включає в себе осіб, у яких ознаки ПТСР проявляються незначною мірою – 21 %; у другій групі (21 %) – ознаки ПТСР характеризуються помірною вираженістю. Найбільш яскрава вираженість ознак ПТСР спостерігалась у 58 % учасників АТО, котрі потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу.

Найчастіше проявлялися такі ознаки ПТСР, як порушення сну та прояви депресії – 46 %. Друге місце за результатами займає загальна тривожність – 42 %. Слід відмітити наявність високого рівня агресії та невмотивованої пильності – 37,5 %. Зловживання наркотичними речовинами та лікарськими препаратами, невимушені (непрошені) спогади, почуття провини характерні для 33,3 %. 29,2 % опитуваних властиві такі ознаки ПТСР, як «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій. Галюцинаторні переживання проявляються у 25 % досліджуваних. Останній показник за цим опитувальником – напади люті. До нападів люті схильні лише 17 %. Тобто, учасники бойових дій характеризуються такими особливостями переживання ПТСР, як: порушення сну та прояви депресії, загальна тривожність, агресія, невмотивована пильність, зловживання алкогольними напоями, невимушені спогади, почуття провини, вибухова реакція, порушення пам'яті та уваги, притупленість емоцій, галюцинаторні переживання та напади люті. За «Шкалою оцінки впливу травматичної події» виявлено три переважаючих типи реагування на травматичну подію: уникання, фізіологічна збудливість та вторгнення. Результати дослідження показали, що домінуючим типом реагування на травматичну подію є захисний механізм «уникання», який склав 41,6 % досліджуваних від загальної вибірки. Бійці із таким захисним механізмом мають виражене зниження інтересу до того, що раніше цікавило. У них виникає сильна апатія, втрата сенсу буття, а як наслідок – небажання планувати своє майбутнє. Подальша бесіда допомогла нам виявити такі особливості захисного механізму «уникання», як: почуття відстороненості та відчуженості від інших, відчуття самотності, власної нікчемності та відкинутості, невпевненості у собі, а також загальна депресія. 35,3 % досліджуваних характеризувалися таким типом реагування на травматичну подію, як «вторгнення». Такий захисний механізм проявлявся обмеженою емоційною включеністю в поточну ситуацію, зниженням інтересів, відсутністю перспектив на майбутнє. Досліджувані, в яких переважав цей захисний механізм, часто страждали від нічних жахів, нав'язливих станів, образів і думок, які певним чином пов'язані з травматичною подією. «Вторгнення» для досліджуваних було тією межею, де захисні механізми вже не можна використати. Звідси у досліджуваних виникали флешбеки, що є особливим симптомом повторного переживання стресора. Бійці, без видимих причин, з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново), повторно переживали ті ж емоції, що в період травматичних подій. Для них цей стан супроводжувався у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії.

«Фізіологічна збудливість» спостерігалася у 23,1 % осіб. Симптоми даного типу реагування на травматичну подію проявлялися у труднощах при засинанні (безсоння), підвищеній дратівливості, в труднощах концентрації уваги, спалахах гніву і вибухових реакціях, невмотивованій надпильності та підвищеній готовності до «реакції втечі». За таких умов у більшості учасників АТО підвищувалася ймовірність вживання алкоголю, зниження рівня переживання позитивних емоцій, їх «вигорання», «блокада». У багатьох відзначалося зниження настрою, наявність симптомів фобічних проявів різного характеру та перебільшеного реагування, а також зростання загальної агресивності. Домінуючими типами реагування на травмуючу ситуацію в учасників АТО є: вторгнення, уникнення, фізіологічна збудливість.

За допомогою «Опитувальника перитравматичної дисоціації» нам вдалось визначити наявність у бійців такого захисного механізму психіки як дисоціація. Результати дослідження вказали, що: лише 2,1 % осіб мають високий рівень прояву перитравматичної дисоціації; 60,4 % учасників бойових дій мають певні симптоми дисоціації; у 37,5 % досліджуваних перитравматичної дисоціації немає.

Серед найпоширеніших симптомів перитравматичної дисоціації у бійців зони АТО прослідковувались: стани із відчуттями себе в іншому місці, в іншому оточенні; поява певних ілюзій, чи то зорових, чи то слухових. Звуки, звичайні фрази сприймалися як загрозові; симптомом дисоціації було також відчуття втрати реальності, «випадіння з реальності»; дії ставали автоматичними, неусвідомленими, такими, ніби вони на «автопілоті».

До симптомів дисоціації відносилися: відчуття чужої травми, як своєї; перенесення болю; перекручування часу; відчуття того, «що події, які відбуваються, є нереальними, ілюзорними, як у сні чи в кіно»; нездатність згадати найважливіші моменти, пов'язані з травмою, тобто наявність часткової психогенної амнезії, яка стосується найважливішого елементу травми.

За допомогою методики «Особистісний профіль кризи» ми мали можливість визначити основні психосоматичні порушення, що проявлялися на функціональному, емоційному та поведінковому рівнях, а також у пізнавально-аналітичній сфері. Ми визначили, що серед усіх представлених груп найвищі показники мала група функціональних проблем – 94,7 %, а найнижчі показники – порушення емоційної сфери (21,1 %) та загальний стан (15,8 %). Порушення депресивного стану, окрім зниження настрою не виявлено взагалі. Серед представлених сфер психосоматичних порушень проявились такі: функціональні проблеми; ускладнення у пізнавально-аналітичній діяльності; зміни в поведінці і діяльності; порушення емоційного реагування та загальний стан. Виявлено, що бійці загалом оцінюють свій загальний фізіологічний стан як: добрий – 57,9 %; задовільний – 26,3 %; почувають себе незадовільно та мають значні проблеми зі здоров'ям – 15,8 % опитуваних. У групі функціональних показників найбільший відсоток порушень складають проблеми зі сном – 36,8 %. Значними є порушення у роботі серцево-судинної системи – 26,3 %. У 15,8 % респондентів є порушення вегетативної системи. Нижчими є показники порушень шлунково-кишкового тракту – 10 %. Найменше функціональних порушень виявилось у бійців із дихальною системою – 5,3 %.

У групі «Ускладнення у роботі пізнавально-аналітичної системи» найбільше порушень зазнала увага. 21% досліджуваних вказали на порушення концентрації, переключення та розподілу уваги. Порушення функціонування мислення виявили в себе 15,8 % досліджуваних, 10,5 % – порушення функціонування пам'яті. Найменший відсоток склали порушення у функціонуванні сприймання – 5,3 %.

До групи генералізованих емоційних реакцій належали такі емоції, як: почуття провини, гніву та сорому. Значних порушень у цій сфері не виявлено у 15 %, проте є певні скарги та симптоми, які спостерігались у 15 % опитуваних. Вони проявляються у тому, що досліджувані часто думають і згадують про те, що вони не зробили всього можливого для того, щоб уникнути розвитку пережитих подій.

За блоком «Депресивні стани» яскраво виражених ознак депресії не було виявлено, проте наявні певні її ознаки, котрі спостерігаються у 36,8 % досліджуваних. Це проявляється у відсутності або слабо вираженому почутті задоволення від приємних і радісних подій, порівняно з тим, як це було раніше, настрої характеризувалися пригніченістю. Також були скарги на дратівливість та агресивність до своїх рідних та близьких. Депресивний стан не виражений яскраво, проте наявні його прояви та симптоми, що виражались у відсутності або слабо вираженому почутті задоволення від приємних і радісних подій, настрої нестійкий, часто і надовго виникали пригнічений та буркотливий настрої, дратівливість та агресивність до своїх рідних та близьких.

За блоком «Зміни в поведінці та діяльності» було продіагностовано симптоми за трьома показниками: спроба піти від проблем, поглинання проблемою та проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків. Найвищий рівень змін спостерігався у проблемі виконання службових чи домашніх обов'язків – 15,8 %, дещо нижчий – у спробі піти від проблем – 5,3 %, і найменший відсоток займає поглинання проблемою – 2,6 %. Аналіз шкали дозволив зробити висновки, що спроба піти від проблем має найбільший показник за мінімальним рівнем (42,1 %), нижчий – за середнім (36,8 %), і найнижчий – за максимальним (5,3 %). Це свідчить про те, що досліджуваним не цілком притаманне уникнення думок і ситуацій, які б нагадували про проблему, лише частина з них прагне інколи відволіктися від проблеми і втекти від них, не вирішуючи. Окремі досліджувані говорили про те, що часто робота є тим виходом із проблемної ситуації, де можна забути і ні про що не думати. Показник «поглинання проблемою» за максимальним показником спостерігався у 26,3 %, що за даною шкалою є найвищим. Це означає, що ці бійці часто страждають від думок, які змушують пригадувати стресові ситуації, а також від яких настає безсоння. Досліджувані, час від часу, на підсвідомому рівні, пригадують найбільше травматичні для них події і починають аналізувати їх, самі того не бажаючи. Середні (10,5 %) і низькі (21 %) показники за даною шкалою свідчать про те, що у цих досліджуваних вищезгадані симптоми проявляються нечасто, або не проявляються взагалі.

І останній показник – проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків – найбільш гостро проявився у 15,8 % досліджуваних. Ці дані засвідчують те, що багато досліджуваних скаржаться на труднощі і небажання виконувати обов'язки на роботі, вдома, які до цього часу не викликали проблем. Бійці зазначали те, що при виконанні поставлених для них завдань, вони відчували втому, важкість у тілі, тому часто уникали будь-якої роботи, навіть думок про неї. Слід зазначити, що 31,6 % бійців за цією шкалою отримали середні результати, які свідчать про вищевказані симптоми, але які проявляються час від часу. І мінімальні дані за поданим показником, отримали 21 % бійців, які не скаржилися на проблему у виконанні службових чи домашніх обов'язків.

Методика «Міссісіпська шкала посттравматичних стресових реакцій» дозволила продіагностувати ступінь впливу перенесеного бійцем травматичного досвіду, що включала в себе симптоми вторгнення, уникання, фізіологічної збудливості, суїцидальності та почуття провини. Отримані результати засвідчують, що

39,2 % респондентів мають високий рівень реакції на стрес, 13 % – середній і 47,8 % – мінімальний показник. Відтак, 39,2 % бійців антитерористичної операції мають загострену реакцію на посттравматичний стресовий розлад. Вона проявляється у звуженні свідомості і уваги бійців, дезорієнтованості та неможливості повністю усвідомити стресові фактори. Цей стан характеризується «виходом» досліджуваних з оточуючої їх ситуації (аж до стану дисоціативного ступору) або гіперактивністю. Досліджуваним були притаманні і риси панічних розладів (тахікардія, надлишкове потовиділення, почервоніння), а також часткова амнезія. Середній рівень реакції на стрес (13 %) характеризувався у досліджуваних нав'язливими спогадами, думками, нічними жахіттями, які з'являлися на стійкому фоні відчуття заціпеніння, емоційної притупленості, відчуженості від інших людей, безвідповідальності та уникнення дій і ситуацій, що могли б нагадувати про травму. Притаманним для бійців є висока збудливість, підвищена увага на стресові фактори. Середній рівень реакції проявився у бійців тривожністю, депресією, безсонням. Мінімальний, найнижчий рівень впливу посттравматичного стресу (47,8 %) представлений у найбільшій кількості досліджуваних. Цей рівень характеризувався станом суб'єктивного дистресу. У них не виникало думок про суїцидальні наміри; провинна за те, що залишилися живі, лише інколи проявлялась.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок. Отже, емпіричне дослідження психологічних особливостей особистісного та сімейного функціонування учасників АТО дозволило нам зробити наступні висновки: при дослідженні виявлено, що більшість учасників зони АТО потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу; основними ознаками переживання ПТСР є: порушення сну та прояви депресії, загальна тривожність, агресія, невмотивована пильність, зловживання алкогольними напоями та лікарськими препаратами, невимушені (непрошені) спогади, почуття провини, «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій. У бійців наявна дисоціація, яка проявляється із відчуттями себе в іншому місці, в іншій обстановці; появи певних ілюзій: зорових і слухових, коли звуки, звичайні фрази сприймалися як загрозливі; відчуття втрати реальності, «випадіння з реальності»: дії стають автоматичними, неусвідомленими, такими, ніби вони на «автопілоті»; відчуття чужої травми, як своєї, перенесення болю; перекручування часу; відчуття того, «що події, які відбуваються нереальні, ілюзорні, як у сні чи в кіно»; нездатність згадати найважливіші моменти, пов'язані із травмою, наявність часткової психогенної амнезії, яка стосується найважливішого елемента травми; основні психосоматичні порушення у бійців АТО проявлялись на функціональному, емоційному та поведінковому рівнях, а також у пізнавально-аналітичній сфері; бійців охоплює стан повної нечутливості, так, ніби нічого не сталося; часто починає охоплювати стан байдужості до оточуючих, коли нічого не хвилює і не цікавить; виявлено найвищий рівень змін у проблемі виконання службових чи домашніх обов'язків та у спробі піти від проблем; показник «проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків» засвідчує, що досліджувані скаржилися на складність і небажання виконувати обов'язки на роботі, вдома, які до цього часу не викликали труднощів; бійці відчувають втому, важкість у тілі, тому часто уникають будь-якої роботи, навіть думок про неї; проявляється звуження свідомості і уваги бійців, дезорієнтованості та неможливості повністю усвідомити стресові фактори або гіперактивності; були притаманні і риси панічних розладів (тахікардія, надлишкове потовиділення, почервоніння), а також часткова амнезія.

Усі ці психологічні особливості дають психотерапевтам, психоконсультантам та практичним психологам уявлення про те, на що звертати увагу у роботі із цією категорією осіб і допомагають підібрати ефективні способи консультування та терапії з метою подолання кризових станів, які завдали психологічної травми та у формуванні і підтримці нових, більш ефективних патернів поведінки.

Список використаних джерел

1. Караяні А. Г., Сиром'ятников І. В. Прикладна військова психологія. – СПб : Питер, 2006 – С. 286–293.
2. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях/ І. Г. Малкіна-Пих. – М. : Ескімо, 2005 – 960 с.
3. Мещенина Т. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов / Т. Мещенина, О. Пашилова // Приклад. психология и психоанализ. – 2003. – № 4. – С. 27–38.
4. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : кол. монографія / М. Мушкевич, Р. Федоренко, А. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. Мушкевич. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – 260 с.
5. Психологический словарь / [под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова]. – М. : Радуга, 2000. – 134 с.
6. Пушкарев А. Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий : метод. рекомендации / А. Л. Пушкарев В. А. Доморацкий, Н. Е. Крылова и др. – Минск : ТравелМост, 2000. – 45 с.

References

1. Karajani A. G., Syromyatnikov I. V. Prykladna vijs'kova psyhologija. – SPb : Pyter, 2006 – S. 286–293.
2. Malkina-Pyh I. G. Psyhologichna dopomoga v kryzovyh sytuacijah/ I. G. Malkina-Pyh. – M. : Eskimo, 2005 – 960 s.
3. Meshhenina T. Osobennosti psihologicheskoy reabilitacii uchastnikov vooruzhennyh konfliktov / T. Meshhenina, O. Pashilova // Prikklad. psihologija i psihoanaliz. – 2003. – № 4. – S. 27–38.
4. Psyhologichna dopomoga uchasnykam ATO ta i'h sim'jam : kol. monografija / M. Mushkevych, R. Fedorenko, A. Mel'nyk [ta in.] ; za zag. red. M. Mushkevych. – Luc'k : Vezha-Druk, 2015. – 260 s.

5. Psihologicheskij slovar' / [pod red. V. P. Zinchenko, B. G. Meshherjakova]. – M. : Raduga, 2000. – 134 s.
6. Pushkarev A. L. Osobennosti korrekcii posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva (PTSR) u uchastnikov voennyh dejstvij : metod. rekomendacii / A. L. Pushkarev V. A. Domorackij, N. E. Krylova i dr. – Minsk : TravelMost, 2000. – 45 s.

Bulchyk T.I., Mushkevych M.I. PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PERSONAL AND FAMILY FUNCTIONING OF THE ATO PARTICIPANTS

The article presents theoretical and practical achievements on key indicators of personal psychological functioning and family functioning of the participants of the Antiterrorist Operation. We consider the phenomenon of PTSD in retrospect and select modern approaches to the analysis of the psychological characteristics of personality functioning of the combatants. It is indicated that the proposed diagnostic procedure helped reveal that the majority of participants require additional medical and psychological examination and psychological support. It is found that participants of the ATO are characterized by sleep disorders, symptoms of depression, general anxiety, aggression, unmotivated diligence, addiction, guilt, impaired cognitive sphere, destructive ways of resolving conflict, emotional vulnerability, physiological disorders. In family situations it is characterized by the state of indifference, problems in the performance of domestic duties, avoiding conflict resolution, hyperactivity and more. It is indicated that selected signs of personal family functioning will help in the future to select that category of people who need prolonged psychological support and will help in the choice of the effective ways and means of further effective psychological counseling and therapeutic care.

Key words: ATO members, personal functioning, family functioning, post-traumatic stress disorder (PTSD), acute stress disorder, emotional reactions, mental state, psychological trauma.

УДК 159.923:316.61–058.3

В.Б. БУЧКО

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СПРИЙМАННЯ СПРАВЕДЛИВОСТІ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КУЛЬТУРИ БІДНОСТІ ТА БАГАТСТВА

Стаття присвячена висвітленню психологічних особливостей сприймання справедливості представниками культури багатства та бідності, вказано на психологічні компоненти, які в сукупності дають можливість виокремити представників згаданих культур. Вирізнено антисоціальний тип особистості, який схильний порушувати справедливість насильством або обманом (представники культури «натуральної бідності» та «паразитарного багатства») та просоціальний тип (представники культури «вимушеної бідності» та «натурального багатства»). Автор наголошує на тому, що існує пряма залежність між конструктивними способами відновлення справедливості та моральним розвитком і свідомістю особистості. Чим вищий рівень свідомості, тим більша ймовірність відновлення справедливості добровільно шляхом переговорів або за допомогою посередника.

Ключові слова: справедливість, сприймання справедливості, способи відновлення справедливості, свідомість, моральний розвиток особистості, бідність, багатство, медіація.

Статья посвящена освещению психологических особенностей восприятия справедливости представителями культуры богатства и бедности, указано на психологические компоненты, которые в совокупности дают возможность выделить представителей упомянутых культур. Выделено антисоциальный тип личности, который склонен нарушать справедливость насильем или обманом (представители культуры «натуральной бедности» и «паразитарного богатства») и просоциальный тип (представители культуры «вмужденной бедности» и «натурального богатства»). Автор отмечает, что существует прямая зависимость между конструктивными способами восстановления справедливости и нравственным развитием и сознанием личности. Чем выше уровень сознания, тем больше вероятность восстановления справедливости добровольно путем переговоров или с помощью посредника.

Ключевые слова: справедливость, восприятие справедливости, способы восстановления справедливости, сознание, нравственное развитие личности, бедность, богатство, медиация.

Постановка проблеми. Абстрактні поняття «справедливість», «бідність», «багатство» сприймаються досить по-різному. Самі поняття багатства та бідності мають різне емоційне навантаження у людей, по-різному співвідносяться із раціональною та просоціальною поведінкою. Від розуміння вищезазначеного, інтеграції цінності справедливості, раціональної та просоціальної поведінки в ієрархію загальних цінностей залежить поведінка тієї чи іншої особистості. Особливо це актуально в умовах значної майнової стратифікації, соціальної нерівності населення України, відсутності середнього класу, порушення базових прав та потреб людини. Від сприймання справедливості та раціональності, просоціальної поведінки представників законодавчої, виконавчої та судової влади залежить благополуччя населення на мікро- та макрорівні. Спроможність існувати на встановлений прожитковий мінімум також певним чином свідчить не тільки про фактичний матеріальний стан країни, але і про сприймання справедливості розподілу благ, уявлень про базові потреби тощо. Щоб зрозуміти, що таке справедливість для багатшої чи бідної, просоціальної чи антисоціальної особистості, потрібно