

концентрації уваги, навіть поліпшенні пам'яті, наприклад, під час важливих перемовин, звітів, підійдуть ефірні масла: мускату; неролі; розмарину; гвоздики (Ніколаєвський В., 2000).

Алан Хірш, американський невролог і психіатр вважає, що запахи – це перемикач нашого настрою. З їх допомогою можна впливати на своє тіло: сповільнювати або прискорювати серцебиття, контролювати тиск, заспокоїтися або навіть міцно заснути. Підбадьорливі запахи допоможуть працівнику впоратися зі складними завданнями, а освіжаючі – піднімуть тонус. Наприклад, розмарин стимулює пам'ять і творче мислення, цитрусові чудово підійдуть для поліпшення мозкового кровообігу, підбадьорять і надихнуть (Хірш А., 2020).

У Японії успішно практикується «примусова» ароматизація офісів: вранці співробітників підбадьорює лимонний запах; до полудня його змінює сконцентрований квітковий аромат; після обіду працівники насолоджуються заспокійливим запахом троянд; далі до кінця дня працівники вдихають аромат евкаліпта і цитрусових. При розумових навантаженнях співробітникам рекомендується використовувати запахи, що поліпшують діяльність головного мозку: жасмин, імбир, чайне дерево, ялівець. Щоб відпочити і відновити сили після мозкового штурму або набратися сил перед мозковим штурмом, підійдуть аромати мірри, м'яти, ялівцю, бергамоту (Пугачьова М., 2007).

Отже, підвищення професійної працездатності ефективно здійснювати через використання різних ароматів. Практики в корпораціях усього світу активно використовують системи озонування, іонізації, ароматизації повітря. Для ароматерапії також використовують спеціальне обладнання, яке через систему кондиціонування розпорошує бажаний аромат. Таке розпорошення робить позитивний вплив на працездатність працівників.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ НАУКОВИХ УЯВЛЕНЬ ЩОДО ЧИННИКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О. М. Кокун,
*чл.-кор. НАПН України,
доктор психологічних наук, професор,
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Постановка проблеми. Як відомо, посттравматичні стресові розлади (ПТСР) являють собою патологічну відповідь на травматичну подію як то бойові дії, природні лиха або фізичне чи сексуальне насильство (Boutey, Risbrough, & Lang, 2012). В останні три десятиліття спостерігається посилення дискусій щодо травми та її наслідків, з особливим фокусуванням на ПТСР

(Dami et al., 2018). Це пов'язують з тим, що ПТСР пов'язаний з чисельними негативними наслідками для здоров'я людини (Rauch et al., 2010). Саме ПТСР вважається основною проблемою для здоров'я військовослужбовців, які брали участь у війнах. При цьому саме важкі бої, як правило, називаються основною причиною виникнення ПТСР (Shen, Arkes, & Pilgrim, 2009). Koven (2018) наголошує, що багато ветеранів, позбавлених видимих вад здоров'я, отримали невидимі шрами, які негативно впливають на них протягом усього життя, мають серйозні наслідки для родини, друзів, громади та суспільства в цілому. Адже, розлади психічного здоров'я, розлучення, алкоголізм, зловживання наркотиками, депресія, безробіття та злочинна діяльність являють собою негативні побічні ефекти травматичного стресу. Результати Graham et al. (2016) показали, що у ветеранів з бойовими травмами істотно зростає відстороненість та відчуження від інших.

Зокрема, приблизно 271000 ветеранів війни у В'єтнамі і через 40 або більше років після війни мають повний ПТСР, третина з них нині має й серйозний депресивний розлад. Це зумовлює необхідність психіатричної та психологічної допомоги ветеранам із симптомами ПТСР протягом багатьох десятиліть після війни (Marmar et al., 2015). За даними різних дослідників поширеність ПТСР серед ветеранів може сягати 30%. Gates et al. (2012) вказують, що поширеність ПТСР серед військовослужбовців США, які беруть участь у військових а миротворчих операціях, сягає 14–16%. За даними Fulton et al. (2015) ця частка серед Іракського контингенту складала 23%; 11-17% за даними Hoge et al. (2014); 21,8% вказується в роботі Seal et al. (2009); і 13-15% в роботі Lapierre, Schwegler, and Labauve (2007). Ferrajão and Oliveira (2015) зазначають, що 30% Португальських ветеранів страждають від хронічного ПТСР.

Нижче ми проаналізуємо, вплив яких чинників може призводити до виникнення у військовослужбовців ПТСР, або виступати в якості захисних факторів.

Стресовий вплив на людину значно зростає в періоди політичної невизначеності, небезпеки війни та / або в регіонах постійних або невирішених конфліктів (Pinto, Griffiths, Weinstein, Demetrovics, & Szabo, 2019). А ПТСР вважається тривожним розладом, що виникає саме після травматичної події, в якій людина пережила або була свідком загрози серйозної травми або смерті, зазнавши сильного страху, безпорадності або жаху (Tanielian, & Jaycox, 2008).

Важливим фактором ризику для ПТСР є бойовий стрес (Pietrzak, Whealin, Stotzer, Goldstein, & Southwick, 2011). З одного боку вказується, що військовослужбовці, які брали участь в бойових діях мають вищий ризик ПТСР (Hines, Sundin, Rona, Wessely, & Fear, 2014). А з іншого, що бойовий досвід є особливо сильною формою травми, пов'язаної з підвищеними показниками ПТСР, порівняно з іншими формами травми (Kessler et al., 1995).

Вищевказане підтверджуються результатами досліджень багатьох науковців. Так Sipos, Bar-Haim, Abend, Adler, and Bliese (2014) встановили, що солдати, які більше бали участь у бойових діях, мають вищий рівень ПТСР.

Cesur, Sabia, and Tekin (2012) показано, що часті перестрілки, поранення, спостереження за смертю або пораненнями інших людей (співслужбовці, цивільні, противник), пов'язані із суттєвим збільшенням ризику суїцидальних думок та ПТСР. В дослідженнях Henning and Frueh (1997) встановлено, що тяжкість вини щодо бою позитивно корелює із такими симптомами ПТСР як переживання та уникнення, а також загальним показником важкості ПТСР.

Paige, Renshaw, Allen, and Litz (2019) вказують на чотири типи потенційно травмуючого досвіду театру військових дій: вчинення моральної шкоди, спостереження за моральною шкодою, загроза життю та травматичні втрати. King, Gudanowski, and Vreven (1995) визначено чотири концептуалізації досвіду стресових ситуацій в зоні бойових дій у дещо іншому ракурсі: традиційні бої, жорстокість, жорстоке насильство, сприйнята загроза та зловмисне середовище. Nash et al. (2013) підкреслюють, що досвід зони бойових дій може призвести до несприятливих психологічних наслідків, таких як ПТСР, не тільки тому, що вони піддають життя людей загрозі, але також тому, що вони можуть суперечити глибоко дотримуваним морально-етичним переконанням та очікуванням.

Shen et al. (2009) підтверджують необхідність розрізнення бойових стресорів (спостереження мертвих людських тіл, досвід нападу на себе чи засідки, особисте знайомство з кимось, хто був серйозно поранений або вбитий) та оперативних стресових факторів (невизначеність дати виведення з бойової зони, тривале бойове розгортання, розлука з родиною, відсутність приватного життя).

Щодо залежності між тривалістю бойового розгортання та рівнем ПТСР Rona et al. (2007) встановлено, що у військовослужбовців, які брали участь у бойовому розгортанні 13 і більше місяців впродовж трьох років у значно більшому ступені є вираженими симптоми ПТСР. Ці автори також показали, що виникнення ПТСР також пов'язано з невідповідністю очікувань щодо тривалості розгортання та реальністю. Shen et al. (2009) свідчать, що ймовірність ПТСР істотно зростає при розгортанні тривалістю більше 180 днів (на прикладі розгортання в Іраці та Афганістані).

Kang et al. (2003) доводять існування значного зв'язку між інтенсивністю стресових факторів та ПТСР серед ветеранів війни в Перській затоці. Однак, наголошується (Fajarito & Guzman, 2017), що досі немає єдиної думки щодо конкретних типів травм та відповідних профілів симптомів ПТСР.

Отже, аналіз можливих стресорів, що призводять до виникнення у військовослужбовців ПТСР, показує, що в наявних наукових роботах вони представляються переважно узагальненою. Дані щодо того, які саме бойові стресори в більшій чи меншій мірі здатні зумовлювати на виникнення у військовослужбовців ПТСР практично відсутні. У той же час, такі дані можуть бути дуже важливими з метою їх використання для профілактики та терапії ПТСР у військовослужбовців, що беруть участь в збройних конфліктах.

На користь останнього також можна навести думку Pietrzak et al. (2011) по те, що вивчення взаємозв'язку між конкретним бойовим досвідом та

пов'язаним з ним ПТСР у ветеранів може допомогти створити етіологічні моделі ПТСР з метою ефективної профілактики та лікування цих розладів. Як одне з небагатьох досліджень в цьому напрямку слід відзначити роботу Guyker et al. (2013), в якій підкреслюється те, що валідне, надійне та специфічне вимірювання є необхідним для розширення наявних знань про бойовий досвід і точної відповіді на клінічно важливі питання щодо лікування та реабілітації.

Загалом, на важливості наукових досліджень за проблемою ПТСР військовослужбовців наголошується Angkaw et al. (2013), Hughes et al. (2018), Shen et al. (2009). Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis, and Erbes (2010) також підкреслюють важливість вивчення та втручання для підтримки батьківства та адаптації подружжя серед постраждалих від бойових дій сімей військовослужбовців.

Як зазначають Seal et al. (2009) саме цілеспрямований скринінг та раннє втручання з використанням доказових методів лікування, з урахуванням проблем певних підгруп ветеранів, може бути найкращим захистом від виникнення у них хронічних проблем із психічним здоров'ям, а також соціальних та професійних проблем. Про необхідність скринінгу ПТСР в рамках клінічних післябойових обстежень військовослужбовців говорять й Kang et al. (2003). Dami et al. (2018) у дещо ширшому змісті переконують у необхідності оцінки психічного здоров'я до та після розгортання військовослужбовців, оскільки це допомогло їм б впоратись зі своїм дистресом.

Також важливим аспектом даної проблеми можна вважати розуміння вразливості та захисних факторів, які сприяють розвитку або захищають від ПТСР (Sheerin et al., 2018). Однак наукових даних за цим аспектом також явно бракує. Можна назвати лише поодинокі та несистематизовані дослідження з цього приводу. Так Thomassen, Hystad, S. Johnsen, Johnsen, and Bartone (2018) дійшли висновку, що стиль подолання, орієнтований на уникнення, діє як фактор вразливості для симптомів ПТСР, тоді як життестійкість є як фактором стійкості проти розвитку таких симптомів. Sheerin et al. (2018) також підтверджують, що подолання уникненням, у найбільшій мірі серед стратегій подолання позитивно пов'язана з діагнозом ПТСР. Цими ж авторами також встановлено, що вищі рівні негативних переконань про себе суттєво пов'язані з постановкою діагнозу ПТСР, тоді як самопровина пов'язана зі зниженням ймовірності ПТСР.

Про підвищення ризику виникнення ПТСР внаслідок наявності певних форм когнітивних упереджень (негативні атрибуції, румінація, негативні оцінки, страх перед емоціями та нав'язливий когнітивний стиль) говорять Bomyea et al. (2012). Sung, Chang, Lee, and Park (2019) показують, що захисним фактором від потенційного впливу стресу на психологічну адаптацію може служити когнітивна гнучкість. Hughes et al. (2018) доводять, що така якість як психологічна стійкість може запобігти негативним психологічним наслідкам.

Основними *зовнішніми чинниками*, що можуть призводити до виникнення у військовослужбовців ПТСР є такі чинники бойового досвіду як перестрілки, поранення, спостереження за смертю або пораненнями інших

людей (співслужбовці, цивільні, противник), загроза власному життю, вчинення моральної шкоди іншим, спостереження за іншими проявами жорстокості і насильства; невизначеність дати виведення з бойової зони, тривале бойове розгортання, розлука з родиною та відсутність приватного життя. *Факторами вразливості*, які сприяють розвитку ПТСР, є стиль орієнтований на уникнення, вищі рівні негативних переконань, наявність певних когнітивних упереджень (негативні атрибуції, румінація, негативні оцінки, страх перед емоціями та нав'язливий когнітивний стиль). *Захисними факторами* є життєстійкість, психологічна стійкість, когнітивна гнучкість. Разом з тим, є підстави говорити про нестаток наукових даних як щодо того, які саме бойові стресори в більшій чи меншій мірі здатні зумовлювати виникнення ПТСР у військовослужбовців, що беруть участь збройних конфліктах, так і щодо того, якими є захисні фактори та фактори вразливості щодо розвитку в них ПТСР.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ В КОНТЕКСТІ САМОЗДІЙСНЕННЯ ВИКЛАДАЧА

О. М. Корніяка,

*доктор психологічних наук, професор,
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

І.В. Петренко,

*кандидат психологічних наук,
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України*

Непередбачуваність соціального середовища, його нинішнє кризове становище вимагають від особистості не тільки високої активності й ініціативності, професійної компетентності й відповідальності, а й вияву життєвої стійкості і здатності до нестандартної поведінки – особливо у сфері професійної діяльності. Позаяк стрес-чинники професійного середовища – невміння долати перешкоди, пов'язані з виконанням професійних функцій, вікові кризи, дефіцит життєстійкості тощо – порушують психологічну безпеку, формують деструктивні настановлення, зумовлюють неадекватні реакції, що може призвести до психічних та психосоматичних захворювань фахівця.

Зважаючи на важливість забезпечення особистісної і професійної стійкості фахівця щодо впливу часто проблемного соціального і професійного середовища, необхідність збереження професійного здоров'я, а також на потребу опертя на внутрішній ресурс – передусім життєстійкість – у його професійному самоздійсненні, логічним є вивчення професійної життєстійкості як показника адекватності «регуляції функціонального стану