МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра практичної психології та соціальної роботи

**Красуленко О.О.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Психологічне дослідження посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО**

Сєвєродонецьк

2018

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет** **гуманітрних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_6.030103 – Практична психологія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: **«**Психологічне дослідження посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО»

Виконала: студентка групи ФЛ-441 Красуленко О.О.

Керівник: д. мед. н., проф. Шаповалова В.А.

Завідувач кафедри практичної

психології та соціальної роботи:

д. психол. н., проф. Завацька Н.Є.

Рецензент: к. психол. н., доц.

Нормо-контроль:

к. психол. н., доц. Жигаренко І.Є.

Сєвєродонецьк – 2018

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

**Факультет** **гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_6.030103 – Практична психологія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

**практичної психології**

**та соціальної роботи**

**проф. Завацька Н.Є.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“ 13 ” лютого 2018\_року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА СТУДЕНТУ**

**Красуленко Олександрі Олексіївні**

1. Тема роботи: Психологічне дослідження посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО

Керівник роботи\_ Шаповалова В.А., д.мед.н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “ ” \_\_\_\_\_\_2018 року № \_\_\_\_\_

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2018 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 123 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 63 дж., додатки – 9.*

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: *проаналізувати наукові джерела з особливостей реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *рисунки - 6, схем - 1.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  Консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Шаповалова В. А. – д.мед.н., проф., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 13.02.2017 р. | 05.06.2017 р. |
| 2. | Шаповалова В. А. – д.мед.н., проф., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 13.02.2017 р. | 05.06.2017 р. |

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_**\_\_**10.02.2018 р**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів дипломного проектування** | **Строк виконання етапів** | **Примітка** |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 02.2018р. | 02.2018р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 02.-03.2018р. | 02.-03.2018р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 03.2018р. | 03.2018р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2018р. | 04.2018р. |
| 5 | Розробка та проведення програми психологічної корекції, спрямованої на реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом | 05.2018р. | 05.2018р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2018р. | 06.2018р. |

**Студент Красуленко О.О.**

**Керівник роботи Шаповалова В. А**

РЕФЕРАТ

Текст – 90 с., рис. – 6, схем. – 1, додатків – 9, джерел – 63

В бакалаврській роботі представлено дослідження посттравматичного стресу та його наслідків у військовослужбовців, представлено аналіз наукових підходів щодо дослідження психічних реакцій учасників антитерористичної операції. Розглянуто психологічні прояви дезадаптивної поведінки у військовослужбовців та членів їх сімей, шляхи реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом, також психологічні основи побудови системи реадаптації і реабілітації для членів сімей.

Проведено аналіз та підібрано психодіагностичні методики, спрямовані на дослідження щодо проявів посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО. Проведено констатувальний експеримент та зроблено психологічний та статистичний аналіз його результатів. Розроблено практичні рекомендації, спрямовані на реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом.

Ключові слова: ДІЯЛЬНІСТЬ, СТРУКТУРА, ОРГАНІЗАЦІЯ, КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ СИНДРОМ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕАДАПТАЦІЯ, СТРЕС, ДЕЗАДАПТИВНА ПОВЕДІНКА, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, РОДИНА, ВЕТЕРАНИ АТО, ПСИХОДІАГНОСТИКА, ДОСЛІДЖЕННЯ, РЕАКЦІЯ.

**ЗМІСТ**

**ВСТУП...…………………………………………………………………………..8**

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА ЙОГО НАСЛІДКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ……...13**

1.1. Аналіз наукових підходів щодо дослідження психічних реакцій учасників антитерористичної операції …………………………………………………….13

1.2. Характерні ознаки посттравматичного стресового розладу……………..16

1.3. Психологічні прояви дезадаптивної поведінки у військовослужбовців та членів їх сімей …………………………………………………………………...21

Висновки до Розділу 1…………………………………………………………..28

**РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АДАПТАЦІЇ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ТА ЇХ СІМЕЙ.................................................................................29**

2.1. Система соціально-психологічної реадаптації і реабілітації для воїнів АТО та членів їх сімей…………………………………………………………..29

2.2. Створення умов для особового зростання в консультуванні військовослужбовців «групи ризику» ПТСР і членів їх сімей...……………..55

2.3. Групова робота з особами з ПТСР................................................................59

Висновки до Розділу 2…………………………………………………………..72

**РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО СИНДРОМУ У ВОЇНІВ АТО**

3.1. Вибір та обґрунтування методик дослідження……………………………73

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження………………………...75

3.3. Практичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом……………………………………..82

**ВИСНОВКИ..........................................................................................................86**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.................................................89**

**ДОДАТКИ……………………………………………………………………….96**

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** У зв’язку з тимчасовою окупацією території Автономної Республіки Крим та проведення антитерористичної операції на Сході України, з 2014 року на вирішення військових конфліктів залучено численну кількість військовослужбовців Збройних Сил України та військових за призовом під час мобілізації.

Як і при інших військових операціях, спроби вирішення надзвичайної ситуації на Сході країни призводять до психологічних травм військовослужбовців, які як наслідок можуть проявитися у розладах психічної діяльності, а також до неможливості соціалізуватися у мирному суспільстві при їх поверненні із зони проведення антитерористичної операції.

Більшість військовослужбовців психологічно нездатні самостійно повернутися в систему соціальних зв'язків і норм мирного життя, тому постає потреба в спеціалізованому наданні соціальної та психологічної допомоги. Така соціально-психологічна реабілітація, є різновидом психологічної допомоги, спрямованої на відновлення втрачених або порушених психічних можливостей і здоров'я військовослужбовців.

Посттравматичний стресовий синдром (ПТСР, посттравматичний розлад,) важкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), який виникає в результаті одиничної або повторюваних психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, військовими діями, важкою фізичною травмою або загрозою смерті.

Досягнення сучасної психологічної науки і практики забезпечують рішення багатьох важливих соціальних задач. На сьогодні накопичено достатньо спеціальних знань, практичних методик і техніки для вирішення надзвичайно актуальної, суспільно значущої задачі - реабілітації військовослужбовців, що брали участь в локальних війнах і військових конфліктах.

Центральним моментом практичної роботи з цією категорією військовослужбовців є реадаптація до мирного цивільного життя, психологічна реабілітація, які неможливі без подолання психологічних наслідків війни: посттравматичного стресового синдрому. У роботі досліджувався особливий стрес, що виникає у людини, яка пережила щось що виходить за рамки звичайних напружених ситуацій.

Численними дослідженнями було встановлено, що перебування в травматичних ситуаціях може привести згодом до специфічних змін в психіці. Але перебування в травматичних ситуаціях - це тільки одна сторона, одна з основних причин, що можуть викликати посттравматичний стресовий стан.

Інша, і не менш важлива, сторона пов'язана з тим, як людина реагує на саму травматичну подію, і як вона інтегрує пережите, тобто мова йде про рівень емоційної стійкості індивіда, про його особові ресурси, якісну своєрідність захисних психологічних механізмів, наявність або відсутність тісних емоційних зв'язків з навколишніми людьми, підтримки з їх сторони. До числа травматичних ситуацій відносять участь в бойових діях, насилля, стихійні і технологічні катастрофи і тому подібне. Тут ми говоримо тільки про один з видів травматичних подій, а саме: участі в бойових діях. На війні людина не тільки є свідком насилля, але і його активним учасником. І те, і інше служить джерелом травматичних переживань. Те, яким чином це відбивається на психіці солдата, вже давно служило предметом досліджень, в основному кліницистів, а в останні десятиріччя до розв'язання цих проблем підключилися і психологи.

Істотний науковий внесок в дослідження протікання і механізмів посттравматичного стресового розладу - головного психологічного наслідку участі в бойових діях - внесли такі психологи як А. Г. Караяні. О. О. Лазебна, М. Е. Зеленова, Я. В. Подоляк, Н. В. Тарабріна, Б. Бадмаєв, А. Столяренко та багато інших.

Проблему виникнення травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вивчали і вітчизняні, і зарубіжні психологи та науковці, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, В. Конторович, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, К. Калмикова, З. Фрейд, М. Горовіц, М. Падун, Н. Ласко, Н. Тарабріна, Р. Яноф-Бурман та ін. Відомо про науковий доробок в галузі вивчення механізмів розвитку стресу та ПТСР (М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус); психологічні основи впровадження в практику технологій діагностики та подолання стресових розладів, зокрема ПТСР (І. Котєньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко).

**Об'єкт дослідження –** посттравматичний стресовий синдром.

**Предмет дослідження -** психологічне дослідження посттравматич­ного стресового синдрому у воїнів АТО.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та провести практичне дослідження посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукові підходи щодо дослідження психічних реакцій учасників антитерористичної операції.

2. Виявити психологічні прояви дезадаптивної поведінки у військовослужбовців та членів їх сімей.

3. Встановити шляхи реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

4. Провести емпіричне дослідження щодо проявів посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО.

5. Надати практичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом.

**Методологічну і теоретичну основу дослідження** становили: фундаментальні положення і принципи психології: принцип системного підходу до розуміння особистості (Б. Ананьєв, Б. Ломов, В. Мерлін, К. Платонов та ін.); положення про особистість як активний суб’єкт діяльності (К. Альбуханова – Славська, М. Боришевський, Л. Бурлачук, Г. Костюк, С. Максименко, С. Рубінштейн); принцип детермінізму та розвитку, єдності свідомості та діяльності особистості (Б. Ананьєв, Л. Божович, Л. Виготський, Д. Ельконін, С. Рубінштейн); принцип дослідження людини як психологічної системи (А. Асмолов, Б. Братусь, Л. Дорфман, В. Зінченко, В. Клочко, В. Слободчиков); положення про мораль як форму суспільної свідомості, визнання її соціальної та індивідуально–особистісної детермінації; положення про психологію стресу (Ю. Щербатих, Р. Тиграян, Е. Тарасов); основні характеристики посттравматичного стресового розладу (Р. Набіуллліна, Л. Столяренко, А. Герцена).

**Методи дослідження:** Методичний комплекс, використаний у роботі, охоплює декілька блоків:

1) *методики, спрямовані на вимірювання ознак і рівня ПТС*, – Структуроване клінічне інтерв’ю (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R); Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS: Clinical – Administered PTSD Scale); Шкала суб’єктивної оцінки тяжкості впливу травматичної події, (Impact of event scale – revised, IOES-R); Міссісіпська шкала – військовий і цивільний варіант (МS, Mississippi Scale);

2) *методики, спрямовані на вивчення психопатологічних характеристик*, – опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List); Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (ЛТ, СТ); Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory, BDI);

3) *методики для вивчення особистісних і когнітивних параметрів* – Особистісний опитувальник (адаптований варіант методики Айзенка) (Eysenk Personality Inventory, EPI); Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS); Опитувальник переживання терористичної загрози, розроблений Н. Тарабриною у співавторстві з Ю. Биховець.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в тому, що виявлено і узагальнено ознаки, основні види та детермінанти виникнення, розвитку та становлення посттравматичного стресового розладу у воїнів АТО, на основі психологічного синтезу існуючих психолого-педагогічних досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених; визначено поняття морально-психологічних особливостей станів військовослужбовців з ПТСР; теоретично обґрунтовані особливості психологічної корекції морально-психологічних особливостей воїнів, що мають посттравматичний стресовий розлад;

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що емпірично досліджено прояв морально-психологічних особливостей та узагальнено результати цього дослідження, що дозволяє розробляти та впроваджувати різноманітні корекційні заходи щодо психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом.

Результати дослідження можуть бути використані в роботі практичних психологів, соціальних працівників, при реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом, психологічної корекції, в роботі з ветеранами АТО.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА ЙОГО НАСЛІДКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**1.1. Аналіз наукових підходів щодо дослідження психічних реакцій учасників антитерористичної операції**

За час перебування на території проведення бойових дій, учасник АТО може стикатися зі значною кількістю ризиків, які в подальшому житті можуть призвести до розладів психічної діяльності, а саме:

* обстріл ворога;
* попадання у засідку або полон до ворога;
* перебування у незнайомому місці та серед вороже налаштованого місцевого населення також може серйозно ускладнити його життя;
* новини про загибель або травмування товаришів;
* мертві тіла або частини тіл як норма навколишнього оточення;
* отримання значних травм від бомб, мін або інших вибухових пристроїв.

Як наслідок перебування учасника військових дій в зоні АТО, при попаданні його до мирного середовища існує ймовірна загроза проявів сприйняття навколишнього середовища через «військову призму дійсності», замкнутості в собі, тривоги щодо зміни ставлення сім’ї до нього, відчуття боязкості за свою сім’ю, щоб сім’я не дізналася про жахи війни.

Кожному члену сім'ї важливо розуміти причини поведінки учасника бойових дій для того, щоб допомогти йому впоратися з його внутрішніми проблемами.

Кожен учасник АТО потребує певного часу для *адаптації до* *мирного життя*. З проблемами адаптації сім’я може зіткнутися у перший місяць після повернення бійця додому. Так, можуть проявлятися неоднозначні фізичні, емоційні та поведінкові реакції учасника бойових дій. Такі реакції є *нормальною складовою процесу адаптації* та більшість бійців, які повертаються додому, адаптуються до мирного життя протягом кількох місяців після повернення з зони проведення антитерористичної операції.

*Основними проявами фізичних реакцій є*:

* безсоння, постійна втома;
* проблеми зі шлунком та вживанням їжі;
* головний біль та пітливість при думці про війну;
* швидке серцебиття і дихання;
* загострення існуючих захворювань.

*До емоційних реакцій можна віднести*:

* погані сни, кошмари;
* злість, ненависть;
* часті негативні спогади про війну;
* відчуття суму, самотності, непотрібності;
* відчуття безпорадності, страху, нервування;
* відчуття збудження, схвильованість;
* відчуття шоку, оніміння, неможливості відчувати позитивні емоції;
* легке погіршення настрою;
* почуття провини, сорому, самоосуду;
* почуття безнадії щодо майбутнього.

Учасник бойових дій, який повернувся додому у мирне життя може негативно реагувати на різноманітні подразники. Так, на події, які можуть нагадувати про війну людина може реагувати від появи нав’язливих образів перед очима і появи небажаних думок до спогадів бою. Ці спогади можуть бути настільки реалістичними, що людині здається, ніби вона знову опинилися на території проведення бойових дій. Разом з тим, виникнення будь-яких незначних проблем, може призвести до проявів агресії та злості демобілізованого бійця.

*Можна розрізняти також й поведінкові реакції демобілізованих військовослужбовців, до них відносяться:*

* надмірна пильність та нав’язливі думки про безпеку;
* труднощі з концентрацією уваги;
* лякання при гучних та різких звуках;
* уникання людей або місць, пов’язаних з травмуючою подією;
* надмірне вживання алкоголю, паління або вживання наркотиків;
* проблеми з виконанням звичних завдань удома або на роботі;
* агресивний стиль водіння автомобіля або зацікавленість до небезпечних видів спорту.

Незважаючи на те, що більшість учасників бойових дій стикаються в мирному житті зі значною кількістю проблем та своєрідних реакцій, яких не було в них раніше, можна виділити й тих військовослужбовців, серед яких можна відмітити й позитивні зміни в особистості.

До таких змін можна віднести зростання особистісної зрілості військовослужбовця; переосмислення того, що час проведений разом з сім’єю є найцінніший; почуття впевненості у собі та власній сім’ї; зрозуміння свого покликання та віра у свою справу та власні сили.

Одним зі найважливіших аспектів проявів реакцій у демобілізованого бійця є те, що вони можуть виникати одночасно (як позитивні так і негативні), що в свою чергу свідчить про довготривале перебування бійця у постійному стресі у період проведення бойових дій.

**1.2. Характерні ознаки посттравматичного стресового розладу**

Військово-травматичний стрес є одним з різновидів посттравматичного стресового розладу. Він виникає в учасників бойових дій, тобто є захворюванням військовослужбовців. ПТСР послідовно виявляється в наступних обставинах:

1. Різка зміна умов з мирного цивільного життя на бойову обстановку, до якої доводиться дуже швидко пристосовуватися. Це примушує зробити практично постійне перебування в стані небезпеки, руйнування, пожежі, загибель товаришів. Деякі дослідники означають терміном «військово-травматичний стрес» реакції, виникаючі саме в цей період;

2. Швидка зміна бойової ситуації на мирну, до якої колишньому воїну знову доводиться пристосуватися. Дезадаптації, які виникають в цей період, як правило, досить тривалі, але все ж тимчасового характеру, носять назву власне посттравматичного стресового розладу (синдрому).

У цілому ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади складають від 10 до 50% медичних наслідків бойових подій.

Бойові дії накладають помітний відбиток на протікання психічної діяльності і поведінку військовослужбовців. Бойовий стрес, зігравши свою позитивну роль в збереженні цілісності організму і особистості воїна в екстремальних умовах, виступає причиною подальшої дезадаптації учасників бойових подій. «По суті саме стресові пристосувальні трансформації за межами життєвонебезпечної ситуації виявляються негативними, дезадаптивними і утворять осьову симптоматику бойових стресових розладів». [1] Н. В. Якушин зазначає, що «... саме травматичний стрес, що виникає під час військових дій, є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до мирного життя. Травматичний досвід, відображений в психіці ветерана, тримає його в стані внутрішньої війни» [2].

Соловйов И. відмічає: «Повертаючись до звичайного мирного життя, людина, часто залишається адаптованою до бойової ситуації. Образно це можна представити у вигляді сильно стислої пружини, яка не мала можливості виконати дію повного розтиснення, оскільки після часткової своєї роботи, вона знов і знов стискувалася» [3]. Посттравматичні стресові реакції, на думку Соловйова І., діляться на три групи: «1) невмотивована агресія відносно випадкових людей, дуже часто відносно рідних і близьких; 2) порушення сну, зниження настрою, загального життєвого тонусу, нез'ясовне почуття провини, відхід в себе і тому подібне; 3) психічні розлади, необхідність психіатричної допомоги». [4]

Звертаючись до фундаментальних досліджень стресу і стресових реакцій, за Аракеловим Г. Г. відмітимо: «Для більш пізньої фази стресу, коли організм знаходиться на грані норми і патології, (прикордонний стан), підходять розроблені рядом авторів системи групових ознак:

1. Клінічні - особова і реактивна тривожність, зниження емоційної стабільності.

2. Психологічні - зниження самооцінки, рівня соціальної адаптивності і фрустраційної толерантності.

3. Фізіологічні - переважання тонусу симпатичної нервової системи над парасимпатичною, зміна гемодинаміки.

4. Ендокринні - підвищення активності симпатико-адреналової і гіпоталамо-гіпофізарної надниркової систем.

5. Метаболічні - підвищення в крові транспортних форм жиру, зсув ліпопротеїдного спектра в строну атерогенних фракцій». [5]

Посттравматичний стресовий розлад може викликати ці ознаки при найменшому нагадуванні про бойовий досвід. Таким чином, ПТСР - це постійний «стрес, що сховався», здатний відродитися в будь-яку хвилину.

Посттравматичний стресовий розлад не покидає людину і, через багато років. На думку авторів, «... не дивлячись на те, що цей розлад, безумовно, важка «спадщина» травматичного досвіду, він розвивається все-таки у меншості жертв травматичного стресу, при цьому у 2/3 хворих згодом зникає». [8]

Є ще одна істотна грань проблеми: зміна життєвої перспективи у людей, що пережили психотравмуючу ситуацію. «Минуле розкладається на час «до» і «після» травми, теперішній час болісний, майбутнього неначе б то немає, або воно «знеструмлене» - бажання, мети, плани - все, що рухає людиною в звичайному житті, паралізоване. Цей стан означається, як почуття укороченої життєвої перспективи, і включено в перелік діагностичних симптомів ПТСР в Американський діагностичний стандарт». [9] У ветеранів локальних воєн і учасників інших серйозних травматичних подій, пов'язаних з прямою або відстроченою загрозою життя, що знається, спостерігається яскраво виражене відчуття скороченої життєвої перспективи і небажання будувати будь-які плани на майбутнє.

Крім того, у людей з травматичним досвідом виникає особливий вид стресу, який дослідники назвали «інформаційним». Дія цього стресу розтягнута у часі і має перспективу. Виявляється він в постійних наполегливих думках «Що зі мною сталося?», «Як з цим жити далі?», «навіщо це було?». Людина - творець своєї долі настільки, наскільки усвідомлює, що у нього є майбутнє, він може його, багато в чому, будувати за своїм бажанням. «Під впливом травматичної ситуації порушується процес сприйняття безперервності життя, і руйнуються індивідуальні пояснювальні схеми, які до травматичного впливу робили суб'єктивний мир зрозумілим і передбачуваним... У випадку, коли схеми порушені, людина не може передбачити майбутнє і будувати плани, оскільки йому просто немає на що спиратися...» [10]. Результати досліджень Місько Е. А. і Тарабріної Н. В. ясно свідчать про те, що хворі на посттравматичний стресовий синдром живуть вкороченою «ближньою» перспективою, тобто, не планують подій свого життя і, образно виражаючись, знають лише про те, що будуть робити сьогодні увечері і не далі. Крім того, життєва перспектива стає «песимістичною» - люди перестають чекати хорошого, «безнадійною» - ветерани не відчувають себе господарями свого життя. Ці відчуття і вияви тим вище, ніж яскравіше була травмуюча подія.

Вплив тривалих, екстраординарних психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загрозою життя, приводить до таких особових змін, коли загострюються одні властивості особистості, і нівелюються інші. Можуть виникнути і невластиві людині межі. «Посттравматичний стресовий розлад частіше виникає у осіб з акцентурованими типами особистості, такими як емотивний, дистимний, збудливий, застряглий. Тенденція до подальшої акцентуації після виникнення ПТСР виявилася у дистимного, тривожного, застряглого, афективно-екзальтованого, збудливого, педантичного і демонстративного типів. З іншого боку, поменшала у осіб з гіпертимним і циклоїдним характером» [11].

У ветеранів локальних воєн більш серйозно страждає емоційний компонент побудови майбутнього. На думку Якушина Н. В., «... на первинний стрес, отриманий під час війни, накладається повторний, виниклий при поверненні додому. Це стає внутрішньою основою для психічної і соціальної дезадаптації ветерана в суспільстві». [12]

Ахмедова Х. Б. зазначає, що «ознаки посттравматичних стресових розладів (ПТСР) можуть розглядатися як основа, на якій формуються особові зміни різних рівнів». [13] Помітимо, що ПТСР є формою порушення психологічного здоров'я особистості, прямо пов'язаного з наявністю патологічних змін особистості. Уявлення про критерії психологічного здоров'я, до даного моменту досить устоялися, для того щоб кваліфікувати ПТСР як його порушення. Поняття «психологічне здоров'я» сформувалося під впливом переконань А. Маслоу і передбачає, по-перше, «прагнення людей бути «всім, чим вони можуть», розвивати весь свій потенціал через самоактуалізацію... І друга складова психологічного здоров'я - прагнення до гуманістичних цінностей». [14] Психологічно здорова людина, передусім, творить, його агресія мінімальна. Крім того, уміє жити «тут і тепер», зберігаючи почуття віддаленої перспективи, для нього характерні трансцендентальні переживання. Цінності тоді є дійсними, коли людина може їх реалізувати в життєвому процесі. Більшість ветеранів воєн позбавлені можливості реалізовувати те головне, що вони винесли зі свого бойового досвіду - цінності, «де на першому місці стояли життя людини і бойове братство». [15] Психологічне нездоров'я, з цієї точки зору, виражається в тому, що колишній учасник військових дій не може знайти свого місця в мирному житті, позбавлений можливості «стати всім, чим він може». Безсумнівно, головним наслідком для особистості з ПТСР стає деформація самооцінки: часто вона стає неадекватно заниженою, або компенсаторно завищеною. Будучи на війні героєм, при поверненні в мирне життя, солдат стає не просто пересічним громадянином, а часто відкидається внаслідок особових змін, що з'явилися у нього,які відбиваються на способах спілкування і ведіння справ. Зміна самооцінки надзвичайно істотна і важко коректується, оскільки «відносячись до ядра особистості, самооцінка є важливим регулятором її поведінки». [16]

Відмічу, що в житті рідко бувають події, які можна трактувати як однозначно хороші, або однозначно погані. Бойовий досвід і його наслідки у вигляді ПТСР, багато учасників військових дій трактують як позитивний життєвий досвід. «... Травматичний вплив в ряді випадків сприяє особовому зростанню і підвищенню самоповаги, активізуючи процес переоцінки цінностей і формування нових пріоритетів. Це дозволяє особистості в посттравматичному періоді стати навіть більш активним суб'єктом життя, ніж до травми». [17] Подібна активність в побудові свого життя викликана суб'єктивним почуттям «особової зміненості» [18], що оцінюється позитивно. Ті ветерани, які вважають участь у військових діях яскравою сторінкою свого життя, включають її в свій досвід, осмислюючи його, дотримуються думки, що вони стали сильніше, у них з'явилося більше можливостей, їм легше долати життєві труднощі.

Я розділяю погляд психологів, що детально досліджували проблему реадаптації на ПТСР як на один з варіантів нормального розвитку життєвих подій ветерана. Усі, хто повернувся з війни, випробовують тимчасову дезадаптацію в мирних умовах. «Успішне подолання негативних наслідків переживання травматичних подій залежить від рівня активності суб'єкта посттравматичної адаптації і його здібності до реалізації оптимальних стратегій виходу з кризової ситуації». [19]

**1.3. Психологічні прояви дезадаптивної поведінки у військовослужбовців та членів їх сімей**

Під час постмобілізаційного етапу усі члени родини з нетерпінням очікують на свого бійця та з кожним днем уявляють цю так довго очікувану зустріч. Однак, члени родини можуть зіткнутися з тим, що повернення їх бійця додому не відповідає їх очікуванням. Під час військової служби військовий може зазнати різних стресів під час травмуючи обставин або ж життя вдома може змінитися з появою нової дитини, або захворювання когось із членів сім’ї.

Будь-які з нових обставин за час відсутності бійця вдома можуть ускладнити його повернення до звичайного життя.

У членів сім’ї може з’явитися відчуття відчуженості військовослужбовця від родини. Але слід пам’ятати, що військовослужбовець стикався зі складними обставинами під час проведення бойових дій, тому членам сім’ї для відновлення колишньої близькості, довіри і підтримки необхідно навчитися знову довіряти одне одному і покладатися один на одного. [20] Може з’явитися необхідність переглянути та переоцінити сімейні ролі.

Жінка за час відсутності чоловіка військовослужбовця могла стикатися з різними проблемами і самостійно вирішувати їх. [21] У зв’язку з цим, у жінки можуть виникати почуття як злості через те, що довелося самостійно справлятися з проблемами, так і відчуття гордості за свої досягнення.

При поверненні бійця додому, члени родини можуть стикатися з проблемами у стосунках, а саме: поява нових знайомих та друзів, виникнення почуття підозри невірності другої половини. [22] У такі моменти членам родини в обов’язковому порядку необхідно розмовляти один з одним, обговорювати ті почуття, які в них виникають та разом шукати шляхи вирішення проблем.

Як чоловіки так і жінки військовослужбовці при поверненні додому впевнені, що члени їх родини та друзі не розуміють через що їм довелося пройти. У зв’язку з цим, вони можуть ізолювати себе від близьких людей та шукати підтримку у бойових товаришів. Для того, щоб члени родини та друзі могли надати моральну підтримку демобілізованому військовослужбовцю, їм необхідно намагатися ставитися з розумінням до почуттів та реакцій (як негативних, так і позитивних) та не нехтувати ними [23].

У зв’язку з тим, що за час відсутності батька (мати) військовослужбовця в сім’ї потреби дітей могли дещо змінитися, тому потрібно звернути увагу на підготовку дітей до возз’єднання родини. Адже, їм може знадобитися деякий час, щоб знову відчути душевну близькість з батьком, особливо, якщо вони були дуже маленькими на час його від’їзду.

При підготовці дітей до повернення у сім’ю батька (матері) бійця, необхідно враховувати те, що реакції дітей на зміни в їх житті залежать від їх віку [24].

*Діти до 12 місяців* можуть реагувати на зміни у розпорядку дня, оточенні, на зміни настрою матері або відсутність її уваги. Діти можуть ставати апатичними, відмовлятися від їжі і навіть втрачати вагу [25].

*Діти 1-3 років* можуть ображатися, плакати, влаштовувати гнівні істерики, погано спати, якщо мама перебуває в стресовому стані [26].

*Діти 3-6 років* можуть повертатися до більш дитячої поведінки, регресувати, смоктання пальця, проблеми зі сном, тривожність, роздратування, боязнь втрати матері, відчуття своєї провини через мобілізацію батька. Також вони можуть легко роздратовуватися, впадати у гнів, бути пригніченими або агресивними, або ж скаржитися на неприємні відчуття або біль [27].

*Діти 6-12 років* можуть бути нервовими, агресивними або капризувати і скаржитися, істерити. У них може з’являтися головний або шлунковий біль тощо. Дуже часто дошкільнята або молодші школярі турбуються, переживають про безпеку батька вдома [28].

*Діти 13-18 років* можуть хвилюватися, нервувати, протестувати. Також їм може не подобатися новий розподіл сімейних ролей і сімейних обов’язків під час відсутності батька та після повернення його додому. Разом з тим, у зв’язку з пережитим стресом, підлітки можуть потрапити до груп ризику, а саме: зловживання алкоголем, тютюнопаління, наркотичні засоби, схильність до суїциду та правопорушень [29].

При підготовці дитини, незважаючи на її вік, до повернення одного із батьків додому, слід огорнути її додатковою увагою та піклуванням, проявити розуміння до почуттів та реакції дитини (почуття злості, агресії, провини), обговорити сформовану ситуацію в сім’ї та зберігати звичайний ритм життя.

Батьки та інші члени сім’ї повинні пристосовуватися до повернення військового із зони проведення АТО. За час військової служби як учасник бойових дій, так і його сім’язмінилися і подорослішали. Тому стосунки батьків з сином (військовослужбовцем) змінилися і будуть іншими.

Батьки військовослужбовця будуть хотіти піклуватися про нього як і раніше, в результаті чого вони можуть зіткнутися з його негативною реакцією.

Батькам слід пам’ятати, що їхній дитині довелося пережити психічні та можливі фізичні травми, які могли змінити його особистість, тому їм необхідно бути наполегливими у тому, щоб дати військовослужбовцю час звільнити свої думки від впливу війни та пристосуватися до мирного життя.

Наслідки військових дій для особистості військовослужбовця могли б бути значно слабші, якби не негативна громадська думка, що складається відносно колишніх учасників боїв. Громадська думка формується в тісній залежності від масштабів військового конфлікту. Аналіз психологічних аспектів першої і другої світових воєн показує, що «з початком військових подій подібного роду корінним образом змінюються змістовні і динамічні характеристики суспільства у всіх воюючих державах. У надрах соціального організму відбуваються могутні «тектонічні» зсуви: змінюється зміст і режим діяльності більшості інститутів держави». [30] По суті, починається відлік нового соціального часу. Кальмансон А. А., соціолог, учасник Другої світової війни, пише: «Істотні зміни зазнали соціальна структура, система статусів і ролей, тип мотивації і соціальний контроль. Змінився процес соціалізації, суть якого в тому, що індивід вписується вже не в норми, права і обов'язки мирного часу, а в систему норм і прав воюючого народу». [31] З цієї точки зору, перемога і поразка у війні торкається як армії, так і народу. Антитерористична операція, відрізняється тим, що не відбувається перебудови економічної і соціальної сфер життя суспільства і держави. Громадяни діляться на учасників збройного конфлікту і неучасників. Неучасники, що становлять більшість мирного населення формують громадську думку з приводу збройного конфлікту, загалом, і дій армії, зокрема. Як правило, «по сприйняттю локального військового конфлікту, по ціннісних орієнтаціях відносно його, по пов'язаних з ним соціальних очікуваннях в суспільстві і армії можуть спостерігатися істотні відмінності». [32] Для кожного учасника бойових дій це може мати прямі соціальні наслідки. Дуже яскраво вони виявилися, наприклад, в житті ветеранів війни США у В'єтнамі. «Поки молоді американські парубки гинули в джунглях, щиро вірячи в те, що захищають національні інтереси, в їх рідній державі поширювалася антивоєнна кампанія. У ході цієї кампанії вони ставали в очах своїх співвітчизників вбивцями, злочинцями, бездумними істотами, сліпо виконуючими злу волю Пентагона». [33] У схожій ситуації виявилися українські воїни, що воювали на Донбасі. В окремих регіонах Луганської та Донецької областей намагання наших військових захистити мирне населення від російської агресії сприймаються вкраї агресивно цим же «мирним населенням». Таким чином, самі характеристики локального військового конфлікту і звичайна на нього суспільна реакція, в майбутньому забезпечують посилення ПТСР у військовослужбовців і, як наслідок, дезадаптації в мирних умовах.

Дезадаптації, викликані ПТСР, виявляються в поведінці, діяльності, спілкуванні військовослужбовця. Крім того, що військовослужбовець сам страждає від виявів цього розладу, зазнають труднощі і негативних переживань і близькі йому люди, друзі, і трудовий колектив.

Дуже важливим показником дезадаптацій при ПТСР є порушення соціального статусу. Лазебна Е. О. і Зеленова М. Е [34]. виявили значущі відмінності між групами адаптованих і дезадаптованних ветеранів за показником «наявність роботи». Соціальна дезадаптація виявляється в тому, що ветерану важко знайти роботу і на ній затриматися. Для них характерна низька стабільність професійного життя. Вони частіше міняють місце роботи, частіше є низькооплачуваними і низькокваліфікованими працівниками, рідше роблять хорошу кар'єру.

Зниження рівня соціальної адаптованності - найбільш очевидний для навколишніх наслідок психічної травми. Серед ветеранів АТО значно частіше зустрічаються такі форми дезадаптивної поведінки як алкоголізм, наркоманія, схильність до здійснення актів насилля. Також значно частіше проявляється аутоагресивна поведінка у вигляді самоушкоджень і суїцидальних спроб. Показники ПТСР багато в чому співпадають з характеристиками суїцидальних особистостей: [35]

- депресивний настрій, часто з втратою апетиту, життєвої активності, проблеми зі сном;

- може бути присутня сильна залежність від наркотиків або алкоголю;

- почуття ізоляції;

- відчуття безнадійності або безпорадності. у такий момент загроза суїциду може бути першим сильним почуттям;

- нездатність спілкуватися з іншими людьми через почуття безвихідності і думок про самогубство;

- думки про те, що краще не стане ніколи;

- володіння «тунельним баченням», нездатністю побачити те позитивне, що могло б бути в них. вони бачать тільки один вихід з ситуації.

У багатьох людей, що брали участь в АТО, особистість отримує агресивне або деструктивне забарвлення. Підвищення агресивності може бути з'ясовне з точки зору як фрустраційної теорії агресії, так і з точки зору теорії соціального навчання. «Фрустраційні теорії агресії вводять чинник для пояснення поведінки - ситуаційний. Агресія виступає як реакція на фрустрацію (і будь-яка фрустрація неминуче викликає агресію)». [36] Соціальне навчання передбачає, що у людини закріплюються ті форми поведінки, які отримують позитивне підкріплення. У умовах бойових дій агресія, направлена на противника, отримує позитивне підкріплення. «Ситуативний розвиток агресивних дій стає залежним від особових структур». [37] В мирних умовах суспільство не приймає і засуджує застосування агресії, чим створюється вимога соціального перенавчання.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається у осіб, що перенесли травмуючі події, частіше за все, в умовах бойових дій;

ПТСР накладає істотний відбиток на протікання психічної діяльності людини;

До важливої симптоматики ПТСР можна віднести укорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу;

ПТСР спричиняє за собою особові зміни, найважливішими виявами яких стають агресивність і конфликтність;

ПТСР є причиною соціальної дезадаптації;

ПТСР є не тільки особистою проблемою військовослужбовця, але і суспільним питанням, оскільки, багато в чому, його вияви породжуються громадською думкою і відношенням мирного населення до ведіння бойових дій в зонах локальних конфліктів.

Показники ПТСР багато в чому співпадають з характеристиками суїцидальних особистостей.

Наслідки військових дій для особистості військовослужбовця могли б бути значно слабші, якби не негативна громадська думка, що складається відносно колишніх учасників боїв. Громадська думка формується в тісній залежності від масштабів військового конфлікту.

У цілому ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади складають від 10 до 50% медичних наслідків бойових подій.

**РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АДАПТАЦІЇ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ТА ЇХ СІМЕЙ**

**2.1. Система соціально-психологічної реадаптації і реабілітації для воїнів АТО та членів їх сімей**

В перспективі було б доцільно, щоб у кожному районному військкоматі країни був штатний психолог, який здійснював би моніторинг учасників АТО. Це буде мінімальна робота з повернення їх до життя, яка потрібна для того, щоб учасники АТО не думали, що їх кинули. Реабілітація цих людей має бути справою всієї держави, а не тільки Міністерства оборони.

На думку психологів, бійцям необхідна відпустка хоча б раз на рік, щоб відновити психіку. Також фахівці надають наступні *рекомендації:*

1. Військовослужбовцям, які повертаються до своїх сімей, необхідно надати можливість не менш ніж тиждень провести у нейтральній обстановці для поступової адаптації до мирного життя.

2. Затвердження Державної програми соціальної і професійної адаптації військовослужбовців [47], як основи соціального та правового захисту осіб, які приймали участь у бойових діях, перебувають на військовій службі, або звільняються у запас.

За час війни на Донбасі через психіатричні відділення військових госпіталів пройшли тисячі українських військовослужбовців з різними симптомами психічних порушень. Це офіційна інформація від Міністерства оборони України. Насправді ж кількість бійців, які проходять або потребують психіатричної допомоги в рази більше. Тільки в Київському військовому госпіталі на сьогоднішній день у відділенні психіатрії лікуються більше 500 бійців. Більшість з них – амбулаторно. Лікування тут проходять в основному з діагнозом «гостра реакція на стрес», але є й декілька випадків шизофренії.

Психіка людей, перебудована під потреби війни, виявляється непристосованою до мирної обстановки, до стандартних цінностей суспільства, до оцінки мирними громадянами пережитого учасником військових дій. Потужними факторами психічної травматизації є поранення, особливо що викликали інвалідність.

Втім, у кожного бійця своя історія, своя правда і своя мотивація. Але майже всіх, хто побував або продовжує перебувати в АТО не омине доля порушення психіки. Нажаль, таке психічне навантаження витримують далеко не всі бійці, приблизно 50% яких «ламаються». Це стається тому, що на війні «картина миру» простіша: є ти, ворог, зброя, і все. У житті після війни все набагато складніше. А найтяжче буває жити зі спогадами, які постійно переслідують бійця.

Рано чи пізно АТО закінчиться і солдати повернуться додому. Їхній світ вже змінився, а в звичайному, мирному житті вони можу відчути себе зайвими або недооціненими. Це вже абсолютно інші люди. Війна, або антитерористична операція закінчиться тільки для тих, хто загинув відстоюючи свою правду на Донбасі. Для родичів та сімей загиблих, поранених і їх оточення ця війна триватиме. Дуже важлива для бійців допомога та визнання їх з боку держави, заради цілісності якої вони ризикували своїм здоров’ям та життям.

Україна вже стикалася з проблемою повернулися після бойових дій військовослужбовців. Тоді наші співвітчизники повертали після війни в Афганістані. Вони воювали на чужій землі, але повернулися з такими ж психологічними проблемами. В повному обсязі так і не запрацювала жодна програма реабілітації і тисячі чоловіків виявилися не при справах. «Афганцям» було складно знайти роботу, багато з них просто спивалися, багато хто йшов в організовані бандитські угруповання. Поки Міноборони України тільки обіцяє посадити психолога в кожен військкомат і реанімувати відділення психіатрії в усіх військових госпіталях. Інші міністерства та відомства розробляють програми щодо подальшого навчання та працевлаштування АТОшніків. Тобто наявність проблеми держава визнає, але от наскільки ефективним і якісним буде її рішення, ми зможемо судити лише через роки, а поки розповсюдження «синдрому АТОшніка» набирає обертів.

Ще за часів Майдану почала діяти Психологічна служба – ініціативна група фахівців, які відгукнулися на події в суспільстві. Тепер ця організація працює з переселенцями і населенням в зоні АТО. З часом фахівці зрозуміли, що повинні діяти інституціалізовано, оскільки потрібно було працювати з військовими, примиряти дві [48] частини суспільства. У Національній гвардії є люди з міліції, а також добровольці, тобто люди, що стояли на Майдані по різні сторони барикад.

Всеукраїнська організація Психологічної служби охоплює 18 обласних центрів, об’єднує близько 500 фахівців. Один з напрямків її роботи – це групи екстреного реагування, що функціонують по всій Україні. До їх складу входять підготовлені люди, які на додачу до власного досвіду пройшли спеціальний інструктаж. На цих курсах першої психологічної допомоги людей готують до того, з чим їм доведеться мати справу на Сході, вчать, як впоратися зі своїм стресом, як розпізнати бойову травму, як допомогти товаришеві. Також проводиться робота в тренінгових групах.   
Окремий напрямок діяльності служби – реабілітація тих, хто був тимчасово виведений з зони АТО на відпочинок і відновлення. Таким чином, назріла необхідність створення державної системи комплексної реабілітації військовослужбовців, що беруть або брали участь у бойових діях, які перенесли бойові психічні травми. Створення такої системи дозволить цілеспрямовано здійснювати заходи щодо забезпечення збереження фізичного і психічного здоров’я військовослужбовців, забезпечить профілактику постстресових реакцій, буде сприяти підтримці готовності особового складу до виконання завдань у будь-яких умовах обстановки.

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 416 [49] затверджено «Положення щодо Державної служби України по справам ветеранів війни та учасників антитерористичної операції». Визначено, що вказана Служба є центральним органом виконавчої влади, який реалізує, в тому числі, державну політику в сфері соціальної и професійної адаптації військовослужбовців, що звільняються з військової служби, осіб, звільнених з військової служби, і учасників бойових дій та учасників антитерористичної операції. Служба повинна здійснювати підготовку та проведення психологічної реабілітації учасників АТО. При цьому слід відзначити, що згідно законів України «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та «Про зайнятість населення» органами державної служби зайнятості надаються соціальні послуги безробітним, в тому числі учасникам АТО. Тільки в середині липня 2014 року Верховна Рада України прийняла, а Президент України підписав зміни в закон, які надають учасникам АТО статус учасників бойових дій.

Як стало відомо, тодішній прем’єр-міністр України Яценюк А.П. пообіцяв учасникам бойових дій надавати фінансову допомогу на проведення протезування кінцівок у розмірі до 609 тис. грн. І це тільки те, що стосується здоров’я фізичного.

Між тим спеціалісти-психологи попереджують: психічні травми на війні неминучі – питання лише в тому, коли і як проявиться травма в кожному окремому випадку. Якщо соціальна адаптація (працевлаштування, або повернення на попередню роботу, допомога з навчанням, якщо в цьому є потреба, в цілому, повернення до «звичайного» життя) може здійснюватися одноразово, то психологічна допомога, яка необхідна кожному бійцю, може бути необхідна тривалий час, а деяким навіть протягом цілого життя. Без активної участі держави вищевказані проблеми не вирішити, тому життєво необхідна програма реабілітації учасників АТО, щоб поєднувати зусилля держави, суспільства і враховувати досвід іноземних держав. Програма повинна передбачати законодавчо закріплені гарантії та аспекти реабілітації та адаптації, що безпосередньо стосуються учасників бойових дій (УБД) АТО:

– медичну реабілітацію, що передбачає відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, протезування та ін.;

– психологічну реабілітацію, що передбачає психологічні, психолого-педагогічні, соціальні заходи, які направлені на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного й соціального статусів [50];

– професійну реабілітацію, що складається з професійної орієнтації, професійної освіти, професійно-виробничої адаптації;

– соціальну реабілітацію, яка передбачає соціальну та соціально-побутову адаптацію; Необхідно також створення сприятливих умов для реалізації на рівні центральних та місцевих органів державної влади, бізнесу, волонтерських, громадських й міжнародних організацій умов, необхідних для реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО:

– залучення фінансової, організаційної та технічної допомоги;

– виділення на пільгових умовах кредитів;

– фінансування будівництва житла;

– створення робочих місць, в тому числі для інвалідів-учасників БД АТО;

– організацію центрів реабілітації та адаптації;

– залучення кваліфікованих медичних та військових фахівців;

– законодавче урегулювання та розширення поля діяльності волонтерських організацій;

– додаткова матеріально-фінансова підтримка учасників БД та АТО та їх сімей з недержавних фондів.

Крім того, програма повинна охоплювати інформаційну, пояснювальну суспільну політику, що сприяє подоланню посттравматичного стресового синдрому, серед учасників БД АТО й соціальної адаптації:

– гарантій представництва в органах державної влади;

– створення громадських організацій та асоціацій;

– вплив на процеси прийняття державних рішень, що стосуються учасників БД та АТО;

– формування сприятливої суспільної думки по відношенню до учасників АТО.

Слід зазначити, що подібні програми вже починають розроблятися й втілюватися на регіональному рівні. Наприклад, на сесії Львівської міської ради був затверджений комплекс заходів по підтримці учасників АТО та їх сімей. Але це місцева ініціатива, одиничний випадок, який не вирішує проблему в цілому. Прийняття та реалізація даної Програми на загальнонаціональному рівні дозволило б в подальшому уникнути тих негативних явищ, з якими стикалися воїни-афганці та ліквідатори аварії на ЧАЕС, у зв’язку зі скороченням або ліквідацією пільг, переглядом їх статусу та гарантій державної допомоги. І думати про розробку та втілення даної програми необхідно вже сьогодні. Потрібно обов’язково звернутися до західних країн з метою заключення відповідних домовленостей [51].

Подібний досвід був, наприклад, в Грузії, де створювалися центри реабілітації за участю Міноборони США. Якщо західні партнери за політичних причин не квапляться допомагати нам у війні, то вже допомога у подоланні її наслідків питань викликати не повинна. Досвід психологічної реабілітації, окрім Грузії, у країн колишньої Угорщини, а в США після Іракської війни він просто величезний. Українські фахівці повинні переймати цей досвід вже зараз. Але для цього сьогодні, а не «коли після перемоги» потрібні рішення політиків. Терміново повинно ініціюватися створення робочої групи по розробці Програми реабілітації та адаптації учасників АТО, у яку увійдуть нардепи, експерти, волонтери та представники бізнесу.

Справа навіть не в загрозі соціальної нестабільності, яку несе поява у нашій країні великої кількості «невлаштованих» ветеранів. Просто якщо країна не впорається з цими викликами, вона не впорається і з усіма іншими нашими труднощами та проблемами. Ця проста думка повинна прописатися у свідомості політиків вже сьогодні і змусити їх міркувати не про бюджетні копійки, а про Героїв України. За останні місяці парламентом України було внесено кілька десятків змін до діючі українських законів, щоб надати бійцям української армії, відповідно їх заслугам перед Батьківщиною, гарантії та пільги.

По-перше, треба уточнити, кого в Україні можна вважати учасниками бойових дій. Для цього внесено зміни до ст.6 Закону «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Тепер до учасників бойових дій належать військовослужбовці Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, особи рядового, начальницького складу і військовослужбовці Міністерства внутрішніх справ України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України. Трохи пізніше цей список був розширений. До учасників бойових дій депутати також зарахували військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) і працівників Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, а також працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися до участі в антитерористичній операції в порядку, встановленому законодавством України.

При цьому закон дає чітке визначення того, коли і кого можна вважати учасником бойових дій: «Учасниками бойових дій визнаються особи, які брали участь у виконанні бойових завдань по захисту Батьківщини у складі військових підрозділів, з'єднань, об'єднань всіх видів і родів військ Збройних Сил діючої армії (флоту), у партизанських загонах, підпіллі та інших формуваннях, як у воєнний , так і в мирний час». Перелік пільг, які отримають від держави українські бійці, перераховані в ст. 12 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту". Так, згідно зі ст. 11 зазначеного закону, військовослужбовці, військовозобов'язані та резервісти, які призвані на військові збори, мають право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу у військово-медичних установах. "За відсутності за місцем проходження військової служби військово-медичних закладів охорони здоров'я, відповідних відділень або спеціального медичного обладнання, а також у невідкладних випадках, медична допомога надається державними або комунальними закладами охорони здоров'я за рахунок Міністерства оборони України та інших, утворених відповідно до закону України, військових формувань і правоохоронних органів".

21 березня Президент України, Верховний Головнокомандувач ЗС України Петро Порошенко у своєму [47] інтерв’ю заявив, що для адаптації учасників АТО будуть тимчасово виділені будинки відпочинку та санаторії України. Відповідно до ст. 16-2 цього Закону, учасникам бойових дій призначається і виплачується одноразова грошова допомога в розмірі: при загибелі воїна (сім'ї загиблого): 609 тис. грн.; інвалідність І групи внаслідок поранення: 304,5 тис. грн.; інвалідність ІІ групи внаслідок поранення: 243,6 тис. грн; інвалідність ІІІ групи внаслідок поранення: 182,7 тис. грн; інвалідність І групи внаслідок захворювання: 146,2 тис. грн; інвалідність ІІ групи внаслідок захворювання: 109,6 тис. грн; інвалідність ІІІ групи внаслідок захворювання: 85,3 тис. грн; Крім того, членам сімей військовослужбовців, які померли внаслідок поранення, контузії, захворювання чи каліцтва, одержаних при захисті Батьківщини, при участі в бойових діях або виконанні інших обов'язків військової служби, в тому числі і в мирний час, призначається пенсія. Регулюється це питання Законом України "Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби та деяких інших осіб".

Встановлені державою і інші преференції для членів сімей загиблих учасників АТО. Зокрема, передбачено пільги дітям військовослужбовців при вступі до навчальних закладів, які діють протягом трьох років після закінчення ними школи. При цьому, діти загиблих або зниклих безвісти військовослужбовців, зараховуються поза конкурсом за особистим вибором спеціальності до державних і комунальних вищих та професійно-технічні навчальні закладів України для навчання за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Проблема вивчення, діагностики та корекції негативних психологічних наслідків, що виникають в результаті впливу стресогенних факторів, джерелами яких є різні травмуючи події [43] (аварії, катастрофи, військові дії, насильство), відноситься до числа найбільш актуальних. Це змусило психологів ведучих держав світу впритул зайнятися проблемами реабілітації постраждалих. Особливої уваги потребують учасники збройних конфліктів, так як у всьому світі, а на сьогодні, на жаль, і в нашій країні, багато осередків напруженості, що супроводжуються активними бойовими діями. Все більше число військовослужбовців залучається до вирішення цих конфліктів, бере участь в боях. Вперше посттравматичний стресовий розлад було описано в США після тривалого вивчення стану солдатів, що повернулися з війни у В’єтнамі. Воно отримало назву «в’єтнамський синдром».

Війна, яка йде в нашій країні, незвичайна. Таких війн не було ніде, навіть в Афганістані – не було таких страшних смертей, такої підступності. Переживання такі, що вони виливаються не просто в психологічні проблеми, а й в психіатричні. За статистикою, в першому бою всі бійці отримують психологічну травму. Ці психологічні переживання проходять за кілька годин або діб. Що стосується психічних захворювань, то статистика свідчить, що це 10 – 20% від загальної кількості учасників бойових дій у війні. Якщо війна локальна (а АТО можна охарактеризувати як «локальну війну»), то санітарні втрати психологічного профілю – ще плюс 10%. І це вже колосальний збиток! Природно, що основну патологію складають неврози, які йдуть під егідою посттравматичних стресових розладів.

Є і ще одна проблема, яка стає все актуальнішою, це – алкоголізація бійців. Із нею слід боротися не тільки лікарям і військовим психологам, але й військовим юристам та органам місцевого самоврядування, для того, щоб обмежити надходження міцних напоїв туди, де базуються військові батальйони. Багато бійців, зокрема ті, що прийшли з-під Іловайська, зіткнулися із зрадництвом, нерозумінням, дефіцитом підтримки з боку кого б то не було (а часто з боку безпосереднього командування), відсутністю порозуміння з боку населення. Фахівцям довелося зіткнутися з демонстративними суїцидами, і це ще раз підкреслює необхідність розробки й прийняття закону, що забезпечуватиме учасникам бойових дій безкоштовну багаторічну підтримку групової та індивідуальної терапії.

Програма реабілітації передбачає лікувальні та психологічні заходи, спрямовані на попередження розвитку патологічних процесів після ПТСР [44], що призводять до порушення соціальних зв’язків, професійної та особистісної дезінтеграції, алкоголізму, наркоманії, суїцидів. Таким людям держава повинна забезпечити значне інформаційне поле, соціальну та фінансову підтримку, вибір напрямку перепідготовки та професійного навчання з гарантіями працевлаштування. Дуже важливою виявляється ідеологічна та моральна підтримка бійців, а також етична оцінка їх бойового досвіду в суспільстві. Психологічна допомога учасникам бойових дій включає в себе групові заняття та індивідуальну терапію.

Групові заняття, тренінги – спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальної адаптації. Це спільна діяльність пацієнтів в лікувальних цілях, яка активізує подолання неконструктивної фіксації на хворобливому стані, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички.

Індивідуальна програма терапії – спрямована на відновлення деформованої психіки пацієнтів і використовує роботу з образами в стані крайнього розслаблення із застосуванням апарату імпульсної терапії. Робота з мислеобразами в стані релаксації дозволяє відключати зовнішню реальність і призупиняти, за рахунок цього, збудження центральної нервової системи. У цей період відновлюються енерговитрати, оптимізуються процеси центральної нейрорегуляціі, забезпечується самовідновлення. Можливість самостійної подальшої роботи за даною програмою замінює негативні відбитки минулого у свідомості людини.

Метою психологічної реабілітації є надання військовослужбовцю допомоги у відновленні оптимального, для продовження професійної діяльності, психічного здоров’я. Психологічна реабілітація, на думку психологів А.Н. Глушко, Б.В. Овчіннікова, Л.А. Янишева, повинна включати чотири ключові етапи:

1. *Діагностичний етап* – вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров’я і життєдіяльність. Завданнями вивчення психічного стану військовослужбовців, які зазнали впливу бойового стресу, є:

а) визначення наявності, складу та вираженості виявлених негативних психологічних наслідків бойового стресу;

б) з’ясування причин їх виникнення та прояви рецидивів;

в) встановлення ефективності способів совладання військовослужбовця з негативними психологічними наслідками бойового стресу;

г) визначення доцільності використання тих чи інших методів психологічної допомоги конкретному військовослужбовцю.

Процес здійснення діагностичної бесіди можливий за умови подолання комунікативного бар’єру, який, як правило, виникає у військовослужбовців щодо інформації, пов’язаної з пережитим ними психотравмуючим досвідом. Проведення діагностичної бесіди дозволяє військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося в психотравмуючій обстановці бойової діяльності, відреагувати емоції, пов’язані з періодом їхнього життя, який важко згадувати, поглянути на подію як би з боку, відновити цілісну картину, значущих для їх актуального психічного стану, подій. Глибше усвідомити і, можливо, переосмислити те, що вони пережили в психотравмуючій ситуації, і те, як це вплинуло на їхні наступні вчинки, життєдіяльність і здоров’я.   
Повноцінне проведення діагностичної бесіди сприяє також психологічній підготовці військовослужбовців до подальшої участі, якщо це необхідно, в реабілітаційній роботі [45].

2. *Психологічний етап* – передбачає цілеспрямоване використання конкретних методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців.   
 3. *Реадаптаційний етап* – здійснюється, переважно, при проведенні специфічної реабілітації.

4. *Етап супроводу* – включає спостереження за військовослужбовцями, їх консультування та, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги після етапу психологічної реабілітації.

*Основними принципами* проведення психологічної реабілітації є:

1. Оперативність – що означає доцільність надання психологічної допомоги найближчим часом після закінчення дії стресів бойової діяльності;

2. Системність – використання методів, що дозволяють здійснювати комплексний вплив на психіку військовослужбовців, виходячи зі структури основних форм прояву негативних наслідків бойового стресу;

3. Гнучкість – своєчасна зміна форм і методів психологічного впливу в залежності від психічного стану військовослужбовців та умов проведення психологічної реабілітації;

4. Багатоступінчатість – оперативне використання пунктів і центрів психологічної реабілітації залежно від складності завдань, що вирішуються в процесі реабілітації.

При обиранні методів реабілітації і професійної соціальної допомоги необхідно враховувати ряд факторів, які викликають та стимулюють подібні стани.

Ці фактори називають *ситуативними факторами*. Вони притаманні безпосереднім учасникам бойових дій:

– ясно усвідомлюване відчуття загрози для життя;

– вибухами, пораненнями, загибеллю товаришів;

– необхідність вбивати;

– специфічні фактори бойових обставин: невизначеність, хаос, раптовість;   
 – позбавлення побутових умов життя: поганий сон, харчування, антисанітарія і т.д.;

– кліматичні та географічні умови.

Особливу увагу необхідно звернути на *особистісні фактори*, якими є:

– неврастенічний чи психотичний склад особистості;

– алкогольна та наркотична залежність;

– наявність психічних травм, особливо в ранньому дитинстві; – соціальна та інтелектуальна незрілість;

– соціально-патологічні акти поведінки;

– неповна сім’я;

– соціальна ізольованість;

– неблагополучне близьке оточення.

Такі люди потребують комплексну допомогу фахівців різних організацій:   
 – соціально-правових;

– медико-психічних;

– громадських фондів та організацій.

Психічний стан людини виконує *три найважливіші функції*:

– адаптаційна (проявляється на фізіологічному, психологічному та соціальному рівні);

– регулююча діяльність (проявляється на поведінковому, комунікативному та соціальнорольовому рівні);

– інтегруюча структуру особистості (пов’язана з великим діапазоном поведінкових явищ, таких як потреби, бажання, наміри, цінності, які є джерелом внутрішньої активності особистості та її ресурсами).   
Розповсюдженість постстресових розладів виявляється у 70 % учасників бойових дій. Хронічний характер ці розлади приймають у 50 % військовослужбовців, звільнених у запас. Окремі прояви спостерігаються у 45 %, гострі – у 18 % військовослужбовців запасу.

*Показниками поведінки бійця*, що вказують на необхідність термінової медичної реабілітації є:

– реакція інтенсивного страху та безпорадності в результаті наявності реальної психотравмуючої події, що зафіксована документально;

– поранення чи каліцтво;

– нав’язливе відтворення психотравмуючої події в образах та уяві, що повторюється;

– ефекти раптового пожвавлення психотравми у стані алкогольної інтоксикації чи в просонному стані;

– психогенна амнезія;

– труднощі з засинанням, поганий сон чи раннє пробудження;

– уникнення розмов та дій, що викликають стимуляцію психотравми;

– зловживання алкоголем та наркотиками;

– суїцідальні наміри;

– соматичні скарги: головний біль, м’язове напруження, стомлюваність, розлади шлунковокишкового тракту, запаморочення, біль у серці;

– уникнення соціальних контактів;

– дистанціювання від близьких та рідних людей;

– підвищена дратівливість та агресія;

– немотивовані спалахи гніву;

– професійна та особистісна деградація.

Дані порушення спостерігаються на протязі одного місяця. Психологічна допомога військовослужбовцям може надаватися індивідуально і в психотерапевтичної групі.

Індивідуальна психотерапія може ґрунтуватися на базі психотерапевтичного навчання, яке включає в себе *шість основних компонентів*:

1. Корекцію помилкових уявлень щодо стресової реакції, які найбільш часто зустрічаються;

2. Надання пацієнтові інформації щодо природи стресової реакції;

3. Фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку захворювання;

4. Приведення пацієнта до самостійного усвідомлення прояви стресової реакції і характерних симптомів ПТСР;

5. Розвиток у пацієнта здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресів;

6. Повідомлення пацієнту про ту активну роль, яку він сам грає в терапії надмірного стресу.

Посттравматичні симптоми мають згубний вплив на взаємини з іншими людьми. Неконтрольований гнів, емоційне відчуження і нездатність належним чином спілкуватися з представниками соціальних інститутів влади – все це ускладнює відносини між особами, що підверглися травмам і тими, хто стикається з ними в житті. Внаслідок цього актуальною стає трифазна модель групової психотерапії.

У першій фазі терапії формуються «групи взаєморозуміння», що складаються виключно з тих, хто отримав серйозні психічні травми. На другій фазі до групи приєднуються, щонайменше, 2 – 3 нових особи, діагноз яких дещо відрізняється. Утворену групу називають «психотерапевтичною». Введення нових членів сприяє емоційному сплеску найбільш дезорганізованих пацієнтів з травмованими «Я». Результатом такого терапевтичного маневру зазвичай є дратівлива поведінка членів групи, ослаблення «ми-почуття» (групового колективного почуття), гнів, пов’язаний з тим, що члени групи зіткнулися з «реальним» світом і його складнощами. Проте, під керівництвом психотерапевта члени групи поступово вчаться керувати своїм гнівом і аналізувати свої переживання, після чого переходять в третю фазу, тобто в «психоаналітичноорієнтовану групу» [46].

Надзвичайно важливі для психосоціальної адаптації травмованих їх відносини в родині. У сім’ях бійців зараз відбувається безліч деструктивних процесів, і це величезна ділянка роботи для психологів та інших фахівців: потрібно створювати клуби, об’єднувати людей і пояснювати, як у сім’ї потрібно поводитися з бійцями, що повертаються із зони бойових дій. Є випадки розлучень у сім’ї через неможливість перебування у сімейному колі. Виникає проблема «випалювання душі». Залишається здатність тільки воювати і втрачається людська мирна звичка спілкуватися з дружиною, просто говорити їй хороші слова, радіти спілкуванню з сім’єю, гуляти з дитиною в парку.

Психологічна робота з сім’ями учасників бойових дій виділяє в собі два аспекти:

а) роботу з ними як з одним з найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації та психологічної допомоги для осіб, що повернулися з війни;

б) надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців, що воювали.

Одним з основних напрямків у рамках даної програми має стати робота з сім’ями військовослужбовців перед їх поверненням, проведення семінарів, яким доцільно розповсюджувати *наступні рекомендації*:

1. Необхідно уважно вислуховувати розповіді свого партнера про те, що йому довелося пережити. Дуже важливо дати йому виговоритися в комфортній обстановці моральної підтримки близької і коханої людини.

2. Потрібно намагатися допомогти своїй близькій людині психологічно повернутися в нормальне звичне життя.

3. Проявляти увагу і терпіння до проблем близької людини, які неминуче виникають після бойового стресу, до його психологічного дискомфорту, до підвищеної дратівливості, можливого тривалого депресивного стану і т.п. Це тимчасове явище, треба допомогти йому з ним впоратися;

4. Необхідно враховувати, що за час розлуки вся члени сім’ї дещо змінилися, необхідно якийсь час, щоб знову звикнути один до одного.

5. Особливу увагу приділіть дітям. Важливо, щоб при відновленні відносин з чоловіком, вони не опинилися без належної уваги і турботи.

6. Створювати сприятливу інтимну обстановку, давати зрозуміти партнеру, що в ньому мають потребу і підтримують його в подальшому житті.

7. Не заохочувати вживання алкоголю – при можливості, ввести мораторій на алкоголь у сім’ї. Активно розпитувати, доброзичливо та уважно вислуховувати про найбільш неприємні та важкі переживання – при цьому зменшується афективна напруга, структуруються переживання, активізується цілеспрямована діяльність постраждалих.

У результаті досягається:

– зміна ставлення до ситуації як до однієї з можливих, що вже сталися, що трапилися, що стали реальністю;

– релаксація;

– підвищення порога чутливості до психогенного фактору;

– відреагування;

– емоційна підтримка;

– тактильний контакт з потерпілим.

Крім того, використовують різні методи і техніки психодинамічної, поведінкової, когнітивної, гіпносуггестивної терапії, гештальт-терапії, нейролінгвістичного програмування, терапії мистецтвом і творчим самовираженням, логотерапія, трансактного аналізу, психодрами та інші методики.

При цьому *методи орієнтовані* на:

1. Усвідомлення і осмислення тих подій, які послужили причиною актуального психічного стану.

2. Відреагування переживань, пов’язаних із спогадами про психотравмуючі події бойової діяльності.

3. Прийняття того, що сталося, як невід’ємної частини життєвого досвіду.

4. Актуалізацію поведінки, необхідної для подолання негативних наслідків бойового стресу і реадаптації до змінених внутрішніх і зовнішніх умов життєдіяльності.

Для військовослужбовців може проводився наступний комплекс психотерапевтичних заходів: світломузика, фітобар, масаж, сауна, медитація, спортивні ігри, творча самодіяльність і т.д. Таким чином, психологічна реабілітація є важливим складовим елементом психологічної роботи в сучасних умовах військової служби. Повністю уникнути психотравм серед військовослужбовців у бойовій обстановці неможливо, однак за допомогою психопрофілактичних заходів, за допомогою своєчасного надання психологічної допомоги та здійснення реабілітаційних заходів можна знизити відсоток психологічних втрат.

Дуже важливо для бійців мати якусь особисту мету: наприклад, освоєння сучасних комп’ютерних технологій, вивчення іноземних мов, оволодіння цивільними спеціальностями і т.д. Якщо людина тренувалася, потрібно створити їй таку можливість. Це особливо необхідно, оскільки людина в бойових умовах має високий рівень тривожності і м’язової напруги. А спортивне навантаження є кращим способом розслабитися. Накопичені негативні емоції знімаються через тренування. Бійцям необхідно організувати безкоштовні психотерапевтичні сеанси, заняття в спортивних і тренажерних залах, благодійні танцювальні та розважальні програми, концерти. І тоді з’являється інтерес до життя, розуміння того, що можна просто жити і є до кого і навіщо повертатися у світ без війни. І є, кому про пережите розповісти.

Слід зауважити, що процес психологічного відновлення та позбавлення від наслідків «синдрому бойових дій» у повній мірі залежить від благополуччя військовослужбовця в таких сферах життя: стабільність фінансових доходів, забезпеченість житлом, гармонічні відносини у сім’ї, підтримка близьких людей та можливість отримувати повноцінне медичне обслуговування, систематично проходити реабілітаційні заходи в санаторіях.

Для людини, яка пережила реальну небезпеку, характерно зневага до тих, хто її не відчував. Звідси можливі конфлікти на роботі. Колишній військовий навряд чи погодиться винести догану з боку начальника, який «не нюхав пороху». Для емоційного вибуху може бути достатньо однієї іскри. А в умовах соціальної нестабільності таких випадків буде багато. Крім хвилі самогубств, в країні може відбутися підвищення рівня криміналу. В виснаженому війною суспільстві не всі зможуть реалізувати себе в мирних заняттях. Людині, яка вже застосовувала зброю, легше, ніж кому іншому, буде адаптуватися у злочинному світі. Ми знаємо, що багатьох «афганців», які опинилися не при справах, перетягували до себе бандитські угруповання.

Посттравматичний синдром – це бомба уповільненої дії, він може проявитися через півроку, а може і через десять років. Він може вдарити по всій нації. Адже в зоні АТО воюють чоловіки від 18 до 60 років, тобто працездатна, репродуктивна частина населення країни. Якщо через шість місяців є чіткі клінічні ознаки розладу, лікувати військовослужбовця потрібно комплексними методами, які включають фармакологію, психіатричну і психологічну допомогу. Є люди, у яких розлад перетікає в хронічну форму. На жаль, в нашій країні військовослужбовці випадають з поля зору психологів і соціальних служб – їх лікування вимагає грошей, а грошей у держави немає.

Фахівці сходяться на думці, що подолати проблему можна, лише об’єднавши зусилля лікарів – психіатрів, психотерапевтів і психологів. Фахівці наполягають: психологічну допомогу повинні отримувати не тільки військовослужбовці, але і їх родичі. За думкою психотерапевтів, найбільш значущою для бійців, що повернулися з війни, є підтримка матері, дружини та командира. Дуже сприятливим засобом виходу зі стану ПТСР є систематична організація зустрічей між бійцями та створення груп взаємо підтримки між тими, що разом пройшли через бойові дії, а ще краще, коли ці зустрічі проходять за участю командира, який є лідером та взірцем для своїх підлеглих. При взаємодії психотерапевта з бійцями АТО дуже важливо враховувати такіі принципи: повага і чесність, намагатися не використовувати фрази «Я тебе розумію», тому що солдат дуже гостро реагує на висловлення тих, хто реально не приймав участі у бойових діях, це лише роздратує його. Найкраще в цьому випадку використовувати фрази: «Я поважаю те, що ти зробив», «Я хочу тобі допомогти», тощо.

Адаптація - це зміна самого себе (настанов, рис характеру, стереотипів поведінки тощо) відповідно до нових вимог діяльності, соціальних умов і нового оточення. Це входження в нову соціальну позицію і нову систему взаємин. Іншими словами, адаптація– це вроджена реакція організму пристосовуватися до нових умов життя.

Соціальна адаптація військовослужбовців – це широке поняття, яке включає в себе декілька основних складових:

психологічну складову – оволодіння системою цінностей (нормами, установками, зразками поведінки), культурою, які існують у цивільному середовищі з метою виконання існуючих у ньому вимог до особистості;

правову складову – освоєння юридичних норм, які регламентують статус, правове положення людини, що визначає її нові права, обов’язки і можливості, а також знання тих структур, які можуть допомогти освоєнню цих норм і реалізації своїх можливостей;

професійну складову – залежно від військової професії вона передбачає спеціалізоване удосконалення наявних професійних знань, вмінь і навичок або оволодіння новими професійними знаннями, вміннями та подальше успішне працевлаштування [38].

При виникненні ПТСР у військовослужбовців проявляється група характерних симптомів, таких як:

* часте, повторне нагадування, уявлення і переживання травматичних, стресових ситуацій;
* психопатологічні переживання;
* випадіння пам'яті про травмуючі події;
* високий рівень тривожності;
* уникнення або заціпеніння;
* надмірна пильність або надмірне нервове збудження;
* труднощі з концентрацією.

Такі характерні симптоми можуть зберігаються більше місяця після психологічної травми.

Якщо члени родини тривалий час спостерігають у демобілізованого військовослужбовця прояви подібних симптомів, то їм необхідно звернутися до спеціаліста за консультацією та у разі підтвердження у військовослужбовця ПТСР - отримати необхідну допомогу.

Перш за все кваліфікований спеціаліст оцінить прояви симптоматики у демобілізованого військовослужбовця за допомогою інтерв’ю та тестів, проінформує про ПТСР або інші психічні стани і реакції на стрес та про те, як вони можуть впливати на нього.

В подальшому спеціаліст обирає механізм допомоги з урахуванням інтересів людини та у разі необхідності залучає інших спеціалістів.

Слід зауважити, що члени сім’ї демобілізованого військовослужбовця, в якого виявлено ПТСР можуть проявляти різні реакції поведінки, як і позитивні на перший погляд, так і негативні [39].

До позитивних проявів можна віднести симпатію, однак з метою допомоги військовослужбовцю, важливо те, щоб він не відчував себе приниженим та безпорадним.

Також, при поверненні бійця у сім’ю, члени родини можуть усвідомити те, що їх близький втратив ті риси, які були рідними для них. При цьому, найкращий спосіб уникнення таких вражень, членам родини необхідно спільно з військовослужбовцем прийняти кваліфіковану допомогу психолога. У разі відмови бійця від сторонньої допомоги, членам родини рекомендовано звернутися до психолога самостійно з метою отримання консультацій про ПТСР [40].

Ще одним негативним проявом поведінки як у військовослужбовця, так і членів його родини може бути уникання будь-яких речей та обставин, які можуть викликати різноманітні негативні реакції. Але слід розуміти, що таке уникання може призвести до більшого відчуження один від одного, тому поступово необхідно намагатися знаходити які-небудь особисті кордони перетину.

Не слід забувати той факт, що одним з частих відчуттів у членів сім’ї, в якої є військовослужбовець – це депресія. При поверненні демобілізованого учасника АТО, члени родини можуть відчувати почуття душевного болю або втрати по тій людині, яким військовослужбовець був до потрапляння до зони бойових дій. Однак необхідно пам’ятати, що процес становлення сім’ї після повернення бійця із зони бойових дій – це обопільний процес, який потребує більшого часу ніж при виникненні звичайних розбіжностей та сварок. Адже можливо справитися з негативними почуттями, якщо прийняти їх не як прояв чиєїсь провини та помилки, а зрозуміти, що вони виникають як реакція на отримані травму та стрес.

На жаль, ПТСР може бути не єдиною проблемою, яка може трапитися після демобілізації. Тому членам родини демобілізованого військовослужбовця слід спостерігати за його ознаками поведінки та реакціями.

Серед найпоширеніших проблем можна виділити:

* депресію (довготривале почуття пригніченості, яке займає більшу частину часу ніж звичайне світосприйняття; втрата інтересу до хобі, спорту або до інших справ, які приносили задоволення та радість; постійна втома, відчуття безвихідності);
* думки про самогубство;
* насильство та агресія (погрози, критика, лайка, штовханина, приниження, бійка; прагнення постійного контролю над іншими членами родини; покладання відповідальності за конфлікти і проблеми на інших людей; суттєві перепади настрою; само руйнівна поведінка; занадто ризикова поведінка);
* вживання психоактивних речовин (алкоголь, наркотичні засоби, тютюнопаління).

Зважаючи на вищенаведене, члени сім’ї можуть значно допомогти демобілізованому військовослужбовцю, головне, щоб боєць розумів, що члени родини готові вислухати його або зрозуміють, якщо він не захоче чи не зможе говорити. Необхідно надати військовослужбовцю певний простір та не допитуватися в нього про події, які відбувалися у зоні проведення антитерористичної операції. Військовослужбовець повинен відчувати підтримку членів родини, а не тиск, оскільки їх підтримка є дуже важливою для нього [41].

Члени родини можуть знизити ймовірність негативних проявів поведінки демобілізованого військовослужбовця, якщо:

* надавати військовослужбовцю можливість проводити якусь частину вільного часу віч-на-віч із кожним членом родини або близьким другом;
* підтримувати його у стосунках з іншими, але в той же час також надавати йому якийсь час провести наодинці з самим собою;
* надавати можливість проводити певний час з бойовими друзями та товаришами;
* проводити спільний час з військовослужбовцем при різноманітних обставинах (прогулянки, відвідування театрів, тощо);
* висловлювати впевненість в возз’єднанні родини та вирішенні будь-яких проблем;
* розподілити домашні обов’язки та обговорити ймовірні нові зобов’язання;
* поважати думки та дії кожного, при потребі йти на компроміси.

Окрім рекомендацій, які можуть сприяти пришвидшенню адаптації демобілізованого учасника АТО до мирних обставин, існують й ті рекомендації, через порушення яких може вникати загострення негативних проявів поведінки бійця.

Члени родини, до якої повернувся демобілізований учасник бойових дій не повинні допускати:

* тиску на бійця, щоб він в свою чергу розповів про свій бойовий досвід. Адже він може бути не готовий розповісти про події, які трапилися з ним на території проведення АТО. В свою чергу, в момент розповіді військовослужбовця про відповідні події – не зупиняйте його.
* оцінки діям демобілізованого військовослужбовця;
* вказівок, що «треба» робити військовослужбовцю;
* використання установлених виразів або кліше («Війна - це пекло», «Якщо ти вже повернувся, можеш залишити все у минулому» тощо). Замість цього краще висловити бійцю свою турботу та переживання за нього [42].

**2.2. Створення умов для особового зростання в консультуванні військовослужбовців «групи ризику» по ПТСР і членів їх сімей**

Індивідуальне консультування в умовах Збройних сил починається з процесу виявлення осіб, потребуючих індивідуальної консультації. Для цього використовуються, передусім, діагностичні програми.

«Програма комплексного психодіагностичного обстеження і проведення коррекційних заходів з військовослужбовцями, що виводяться з місць бойових дій» [53], розробленої 625 Центром психологічної допомоги і реабілітації СКВО (Додаток 1 «Програма комплексного обстеження і проведення психокоррекційних заходів з військовослужбовцями, що виводяться з місць бойових дій»), на першому етапі передбачає масове обстеження військовослужбовців, що повернулися з «гарячих точок» з метою виділення «групи ризику» і підбору індивідуальних або групових методів роботи з ними. Ця програма дозволяє направити військовослужбовців на консультацію в декількох випадках:

- якщо у військовослужбовця виявлені особові розлади;

- невротичні симптоми;

- глибока дезадаптація;

- суїцидальні тенденції.

У вивченій мною психологічній літературі, я зустріла тільки одне джерело [54], в якому особове зростання військовослужбовця розглядалося як основа успішної реабілітації. У основному, реабілітаційне консультування розглядається як можливість підвищити адаптивність, уникнути асоціальної поведінки, зняти невротичні симптоми.

На мою думку консультування в системі адаптації і реабілітації повинне бути направлене на інтеграцію досвіду військовослужбовця, самоприйняття, розвиток самосвідомості, формування нових мотивів самоактуалізації і творчості, пошук «самого себе». Я прийшли до такого розуміння проблеми через узагальнення досвіду консультування військовослужбовців.

Для успішного консультування військовослужбовців з ПТСР необхідно забезпечити атмосферу відвертості, свободи висловлювання і переживань, співчуття, відсутність оцінки. У цьому випадку військовослужбовець неминуче стикається з власним «Я», з тією людиною, якою він є і тим, яким він може стати. Звернемося до великого психотерапевта К. Роджерса: «Стати собою - значить швидше розкрити єдність і гармонію, яка існує у власних почуттях і реакціях, ніж старатися використати маску для приховання досвіду або старатися додати йому таку структуру, якою він не володіє. Це означає, що реальне «Я» - це щось, що може бути спокійне відкрито у власному досвіді, а не щось, що йому нав'язується» [55].

Військовослужбовець О. звернувся за консультацією «як би між справою», немов не вирішуючись серйозно розказувати про свої проблеми. У процесі консультування з'ясувалося, що він страждає короткочасними запоями, під час яких відчуває себе людиною сильною, якій все по плечу. У періоди тверезості буває в пригніченому, депресивному стані. Його ніщо не радує. Відчуває ниючий душевний, начебто ні з чим не пов'язаний біль. Повернувшись з району бойових дій, він постарався забути і нікого не непокоїти розповідями про те, що він там пережив. Якщо «стримати мову» не вдається, переживає сильне почуття провини за те, що «розклеївся», «ослабів». Психологу вдалося спонукати О. розповідати про найяскравіші його переживання військових дій, одночасно дозволяючи йому розказувати, спонукаючи його приймати свої почуття і свій життєвий досвід такими, які вони є. Поступово, через 4 консультації О. зрозумів, що «носить маску сильного героя». І, що носити її нелегко і, загалом, безглуздо. Одночасно у нього дещо підвищився звичайний настрій, з'явилася надія і його «спричинив шлях» таємниці власної особистості, він став сам собі цікавий.

Як найважливіший показник успішності особового зростання К. Роджерс називає «відвертість досвіду». Під цим він розуміє протилежність психологічним захистам, розширення здатності взаємодії і обміну інформацією зі світом. Відвертість досвіду неминуче приводить до появи нових можливостей в житті військовослужбовця, затухання старих переживань, більш швидкої корекції уявлень про себе і самовідношення відповідно до реальності, що змінюється. Враховуючи, що військовослужбовці з ПТСР мають схильність «застрявати» в минулому, бояться планувати, мають укорочену життєву перспективу, психологічна робота, направлена на підвищення відвертості з неминучістю приводить до особового зростання.

Військовослужбовця П. на консультацію привела дружина, яка стала помічати за ним неадекватні реакції. Якщо його щось не влаштовувало, то події розвивалися приблизно по одному сценарію: він «розкалявся», потім відчував приступ безсилля, все кидав і йшов. Побудова взаємовідносин, особливо ділових, стала майже неможливою, і, як наслідок почало відбуватися зниження соціального статусу. Внаслідок спільного з психологом аналізу, було виявлено, що в ситуаціях соціального напруження вмикався механізм психологічного захисту. Психіка, «що не перебудувалася на мирні рейки», сприймала ситуацію як загрозливу життю і здоров'ю, не дозволяючи новому досвіду «просочитися» і інтегруватися. Були вироблені декілька можливих стратегій поведінки в подібних ситуаціях, військовослужбовця навчили деяким прийомам саморегулювання, що знімають стресову реакцію. Через півроку йому вдалося знизити емоційне напруження своїх реакцій, з'явилася допитливість до скрутних соціальних ситація, з’явилося природне почуття гумору.

Ще одним показником безперечного особового зростання є, а думку К. Роджерса «віра в свій організм» [56]. Людина, відкрита для досвіду все більше довіряє своєму організму, своїм емоціям, своїм передчуттям. Ще один важливий момент: на думку В. Франкла «... люди будують своє життя шляхом виборів, які вони роблять. Навіть в найгірших ситуаціях, наприклад, під час перебування в нацистських концтаборах, існувала можливість приймати важливі рішення, що стосуються життя і смертей, таких як рішення, боротися за виживання». [57] Людина вільна вибирати свої власні цінності, а не реалізовувати чужі.

Вдова військовослужбовця З., загиблого в районі бойових дій, протягом останніх п'яти років зберігала пам'ять про чоловіка, міфологізуючи його образ. У її пам'яті він був найкращим чоловіком, що не мав недоліків. Єдине, що пригноблювало її - це постійний непроходящий смуток втрати. Це почуття є одним з тих, що звичайно переживаються при втраті [58]. Але в нормі, згодом воно повинно слабшати, потім зникнути зовсім. Людина повинна бути здатна побудувати нові відносини. Для цього їй необхідно їх побажати. У цьому випадку, нових відносин вдова не побудувала, а продовжувала жити минулим, спілкуючись з образом загиблого. Найцікавіше, що її найближче оточення схвалювало її поведінку. Аналіз стилю її життя показав, що вона не здійснила роботу горя, не прийняла смерть чоловіка почуттями. І, як наслідок не змогла вибрати і розвинути нову ідентичність. У процесі консультування разом з психологом вона поверталася до своєї втрати, до переживання горя і пов'язаних з ним негативних почуттів. У результаті їй захотілося вибрати не минуле, а теперішній час. У даний момент вона побудувала нову благополучну сім'ю.

Гуманне відношення до людини передбачає, що в його владі вибрати жити або померти. І ніхто, крім нього не буде нести за це відповідальність. Одним з найтяжчих виявів ПТСР є суїцидальні спрямування і наміри.

Війсьовослужбовець К. звернувся до психолога в зв'язку з постійно виникаючими думками про небажання жити. Йому здавалося, що все навколо не таке, як там... І з людьми не сходиться, і почуття небезпеки постійне, і ніяких досягнень в житті. Все краще вже було. У мирному житті всі не так: люди не друзі, а конкуренти один одному. Можуть один одного обдурити заради особистої вигоди, скрізь треба хитрити і обманювати. Навіщо жити в такому світі? Стражданням не буде кінця, тому їх можна припинити, не чекаючи природній смерті. У цьому випадку, нам не залишалося нічого, як чесно виразити своє відношення до намірів клієнта і обговорити з ним, за пропозицією В. Франкла «не стільки причини небажання жити, скільки значення життя для нього». Так почалася довга і важка дорога нашого клієнта до самого себе, яка продовжується досі.

Найбільш успішним є консультування в тому випадку, коли психолог-консультант в ПТСР бачить не корінь біди військовослужбовця, а закладені в йому можливості зміни особистості.

**2.3. Групова робота з особами з ПТСР: методи, сприяючі особовому зростанню**

В реабілітаційній та адаптаційній роботі з військовослужбовцями з ПТСР використовуються групові форми і вважаються не менш ефективними, ніж індивідуальні при дотриманні тієї ж умови: психолог повинен бути орієнтований на бачення роботи реабілітаційної системи через призму особового зростання військовослужбовців. Це значно посилює ефективність тренінгових заходів, групових релаксаційних занять, корекційних циклів, психотерапевтичних груп.

Найбільш вживаними є групові релаксаційні заняття із застосуванням вправ аутотренінга і саморегулювання. Основна мета таких занять - психологічна допомога військовослужбовцю з ПТСР прийти в згоду з самим собою, зняти психічне напруження, побути в енергетично багатих станах «аутогенного занурення», що дозволяє глибоко відпочити і пропустити в свідомість нові життєві ідеї, значення, побачити невидимі до цього грані реальності. «Загалом переживання станів релаксації і аутогенного занурення істотно підвищує можливості профілактики виражених станів - зняття стресових реакцій, а також формування станів підвищеної працездатності». Використовується в цій роботі релаксаційне обладнання для відео- і аудіотерапії, фітотерапії, ароматерапії,, спеціальні світильники, фонтани, анатомічні крісла, електромассажери. Програми будуються з урахуванням наявного обладнання.

Заняття по релаксації, саморегулюванню і аутотренінгу, крім того, що вони знімають нервово-психічне напруження, відновлюють емоційну рівновагу, передусім, відкривають можливості прислухатися до самого себе, почати діяти, керуючись своїми почуттями та інтересами. По мірі участі в такого роду заняттях, військовослужбовець «все частіше починає відчувати, що локус оцінки лежить всередині нього. Все менше і менше шукає він у інших схвалення або несхвалення, рішень, виборів і стандартів, по яких треба жити».

Недаремно стародавні вважали медитацію і релаксацію шляхом до свободи. Сучасний психотерапевт Р. Мей вважає, що «допомагаючи клієнту подолати особову проблему, консультант допомагає йому стати більш вільним». Для військовослужбовців з ПТСР релаксаційні заняття представляють шлях до звільнення від переживань, душевного болю, невротичних розладів, настроюють на філософський лад.

Відгуки військовослужбовців однієї з груп формулювалися таким чином:

- «добре так, неначе побував на перекурі, неспішно викурив сигарету» (для військовослужбовця перекур - це належний тільки йому час, в який він може подумати і отримати задоволення);

- «Я і не знав, що заспокоєння може бути таким глибоким»;

- «Здається, що любиш весь світ і завжди його любив»;

Хочеться відмітити особливий катарсичний ефект групових релаксаційних занять. Військовослужбовці із застарілим накопиченим афектом можуть від нього частково звільнитися: на першому етапі розслаблення частково знімається контроль над своєю поведінкою, і учасники групи можуть почати плакати, переживати панічний страх, регресувати в дитинство: трансформується, переживається те, що заважає людині вирости, прийняти себе таким яким він є.

Ще одним вживаним на практиці виглядом робіт психолога є групові корекційні заняття, що включають як елементи тренінгу соціальних навиків, так і психотерапевтичний вплив, побудований на використанні можливостей групової динаміки. Гомогенність групи в цьому випадку має першорядне значення: в групі беруть участь військовослужбовці, що повернулися з району бойових діях з різними показниками ПТСР. Проведення коррекційної роботи засновується на принципах нормативності, корекції «зверху вниз» і системного розвитку психічної діяльності. Підхід в корекції глибоко особовий: психолог не може орієнтуватися на єдиний підхід до всіх військовослужбовців, оскільки у них по-різному протікають психічні процеси. Принцип системності корекції відхилень психічної діяльності вимагає враховувати, які психологічні утворення є більш важливими, а які другорядними. У цьому випадку успіх корекції зумовлюється результатами діагностичного обстеження, що представляє системи причинно-наслідкових зв'язків, і ієрархії відносин між симптомами і причинами. «Забезпечення умов всілякого особового зростання в практиці психокорекційної роботи досягається використанням природних рушійних сил психічного і особового розвитку. Для досягнення успіху потрібно використати всі види діяльності і ті системи відносин, які є особово значущими для військовослужбовця, по відношенню до яких є емоційно насичені переживання». Спрямованість тренінгу, передусім, на особове зростання відображає вже його організація, «необхідними умовами якої є:

1. Підготовка місця проведення і визначення часу проведення тренінгу зазделегідь;

2. Створення невимушеної і довірчої обстановки;

3. Доведення до учасників норм поведінки в тренінгу;

4. Легка розминка на початку тренінгу;

5. Всі військовослужбовці повинні бути забезпечені ролями».

Приведемо витримки з протоколу проведення тренінгового корекційного заняття, що вельми яскраво показує, що корекція засновується на гострих емоційних переживаннях учасників, що дозволяють добудувати або перебудувати моделі спілкування, актуалізувати соціальні навики, ніби «викреслені» з життя за непотрібністю.

В корекційній групі використовувалася вправа «погана компанія», заснована на правилах взаємодії в примітивній групі. Учасники групи отримали, зафіксовані на табличках ролі: Ватажок, Авторитет, Наближений, Підлабузник, Блазень, Маріонетки, Незадоволений і Забиті. (Додаток 2 «Варіанти ігрових ситуацій»).

За правилами Ватажка, якщо він говорить, не може переривати ніхто, Авторитет - всіх, крім Ватажка, Наближені - всіх, крім Ватажка і Авторитету і т. д. Тема, що Розігрується: використання вільного часу.

При обміні ролями учасники стають здатні почути і зрозуміти один одного за рахунок розвитку рефлексії, емпатії і отримання зворотного зв'язку і нового досвіду. Виробляється навик виходу зі скрутної соціальної ситуації. Так чи інакше, відбуваються зміни в «Мені-образі» військовослужбовця.

Ще один напрям, надзвичайно ефективний в роботі з військовослужбовцями - раціональна терапія. Цей напрям ефективний тому що образ психолога, як людини, що займається навіюванням, обговоренням щодо думки людини багато в чому, співпадає з життєвим уявленням про фахівця цієї професії. Крім того, військовослужбовці, в основному, чоловіки. Для чоловіків характерна замкненість в переживаннях, небажання винести свої почуття на люди. Тому раціональний рівень є найбільш прийнятним. Цей вигляд терапії вимагає від психолога великої наполегливості. Він є ефективним при алкоголізмі, неврозі нав'язливих станів, девіантній поведінці. (Додаток 3 «Методи немедичної психотерапії»). Від психолога потрібно організувати в групі раціональний розгляд заявленої проблеми військовослужбовця. Постаратися зробити так, щоб вся група шукала аргументи переконати його в чому-небудь. Таким чином, полегшуються навіть неврозоподібні стани. У групової корекційній роботі в армії велике майбутнє. У даний момент, коли підвищується увага до особистості людини, армія приходить до розуміння, що психологію людини важко переробити наказами, виникає перспективна можливості використати групові види робіт з різною спрямованістю для розвитку особистості і подолання ПТСР військовослужбовців.

***Метод психологічного дебрифінгу***

Дослідники проблематики учасників бойових дій, зокрема, Т.П. Паронянц, В.О. Лесков, В.С. Сідак, Н.В. Павлик стверджують, що для більшості з них адаптація до цивільного життя супроводжується важкими відчуттями краху перспектив, ізоляції та відчуження від суспільного життя, оскільки в реальному житті їх досвід та знання часто виявляються незатребуваними [51, 52]. Якщо ветерани бойових дій із посттравматичними стресовими розладами стають об'єктом уваги лікарів, психологів, психіатрів, соціальних працівників, то особам з екзистенційними розладами, втратою ідентичності, орієнтації у власній ціннісній системі особистості приділяється набагато менше уваги. Відтак, проблема повноцінної соціальної інтеграції учасників бойових дій в суспільство, сприяння активному включенню їх в процес соціального функціонування, реалізації свого особистісного потенціалу набуває особливого значення.   
Необхідність соціальної підтримки при вирішенні цілої низки проблем, таких як: адаптація до нових умов соціального середовища, наявність несприятливих психологічних факторів, незадоволення новим соціальним та професійним статусом, гостра потреба для багатьох учасників бойових дій у соціально-психологічному захисті та психологічній реабілітації, – зумовлює актуальність теми дослідження.

За підрахунками Кабінету Міністрів за час проведення АТО в операції прийняли участь понад 50 тисяч бійців. Всім їмх, крім медичної, потрібна і психологічна допомога. Аналіз досліджень [50; 51] дозволяє стверджувати, що учасники бойових дій і особливо інваліди відчувають стійку ситуаційну соціально-психологічну дезадаптованість. Це зумовлено наявністю у них травматичних та посттравматичних стресових розладів. Їх основними проявами є:

– симптоматичні повторення (нав'язливі спогади трагедії, що повторюються; сновидіння, що повторюються; відтворення переживань у формі ілюзій, галюцинацій,флешбек-епізодів);

– симптоми уникнення (намагання втекти від розмов, думок, почуттів, місць, людей – всього, що може нагадувати про трагедію; блокування пам'яті; відсторонення від близьких);

– симптоми збудження (труднощі у засипанні; роздратованість; підвищена пильність; необґрунтовані вибухи злості).

Дієвими формами соціально-психологічної підтримки є індивідуальні консультації для учасників бойових дій і членів їх сімей, організація бесід стосовно особливостей переживання і подолання людиною кризових станів і кризових і надзвичайних ситуацій, психологічний дебрифінг, а також проведення соціально-психологічних тренінгів екзистенційної спрямованості [37]. Відносно новим засобом зменшення психологічних наслідків пережитого стресу для учасників бойових дій в Україні є застосування психологічного дебрифінгу.

***Метод «дебрифінг критичного інциденту»*** розроблений американським психологом Дж. Мітчелом у 1983 році для працівників «небезпечних професій» (рятівники, пожежники, військовослужбовці під час бойових дій та ін.). Дебрифінг являє собою психолого-педагогічний груповий метод дискусії під керівництвом підготовленого фахівця. Це – особливим чином організоване групове обговорення, спрямоване на те, щоб допомогти учасникам кризового інциденту подолати психологічні наслідки кризи, а також виробити навички, які потрібні в разі повторного зіткнення з аналогічною ситуацією. Процедура дебрифінгу дозволяє учасникам в умовах безпеки і конфіденційності відреагувати на враження, реакції та почуття, пов'язані із подіями. Зустрічаючи схожі переживання в інших людей, учасники отримують полегшення, – в них зменшується відчуття унікальності та ненормальності власних реакцій, знижується внутрішня напруга. В групі виникає можливість отримати підтримку від інших учасників.

Мета дебрифінгу – зменшити негативні психологічні наслідки після пережитого стресу і попередити розвиток синдрому посттравматичних стресових розладів.

До основних завдань дебрифінгу можна віднести:

– урегулювання вражень, почуттів, реакцій;

– зменшення індивідуальної і групової напруги;

– зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій;

– мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності, розуміння;

– підготовка до переживання тих симптомів чи реакцій, які можуть виникнути;

– інформування учасників про те, де вони в подальшому можуть отримати допомогу.

Проводити дебрифінг можна в будь-якому місці. Важливо, щоб приміщення було зручним, доступним та ізольованим. Оптимальна кількість учасників в групі від 10 до 15 осіб. Проводиться дебрифінг під керівництвом двох підготовлених фахівців-дебриферів. Не допустимим є присутність сторонніх осіб, які не мають безпосереднього відношення до події. Час проведення чітко визначається на початку і складає 2-2,5 години без перерви.

Обмеження застосовуються у зв'язку з тим, що за цей час відбувається дуже інтенсивна переробка досвіду, в якій задіяні досить сильні емоції.   
Дебрифінг має чітку структуру і включає в себе сім послідовних фаз: вступна фаза; фаза опису фактів; фаза опису думок; фаза опису переживань; фаза опису симптомів; фаза навчання; заключна фаза.

*Вступна фаза.* Процедура починається зі знайомства – дебрифери та учасники представляються. Потім встановлюється мета дебрифінгу – допомогти впоратись з наслідками травмуючої ситуації. Для створення атмосфери безпеки слід дотримуватись наступних правил:

– Бути присутніми весь час.

– Говорити тільки за себе (не узагальнювати висловлювання).

– Не відволікатися від теми.

– Право не висловлюватись.

– Відноситись один до одного з повагою, не висловлювати оціночних суджень.

– Збереження конфіденційності.

Учасники можуть доповнити цей список. Можуть задати уточнюючі питання. Правила визначаються для того, щоб зменшити хвилювання. Єдина умова участі – учасники повинні назвати своє ім'я та виразити своє відношення до події. При цьому від учасників вимагається вміння вислухати, не перебиваючи і дати можливість висловитись усім бажаючим. Потрібно щоб учасники групи знали, що дебрифінг не передбачає оцінок, критики, суперечок. Доцільно проговорити, що під час процедури можливе посилення сильних переживань. Через це учасники можуть відчути себе гірше. Але це необхідний етап опрацювання травматичного досвіду, без якого неможливо від цих переживань позбавитись.

*Фаза опису фактів.* Учасникам пропонується по черзі відповісти на наступні запитання:

– Хто ви і як пов'язані з подією?

– Де ви були, коли сталась подія?

– Що трапилось?

– Що ви бачили? Чули?

Таким чином, кожна людина коротко описує те, що сталося з ним під час інциденту: як вона побачила подію та в якій послідовності. Доцільними є перехрестні запитання учасників один одному, які допомагають прояснити і сформувати об'єктивну картину події. Це дає можливість відновити відчуття орієнтації в ситуації, що може сприяти впорядкуванню думок і почуттів. Знання всіх подій та їх послідовності створює відчуття когнітивної організації.

Тривалість фази фактів може коливатись. Чим довше тривав інцидент, тим довше має бути ця фаза. Однак слід пам'ятати, що людина може мати власне бачення ситуації, яке визначається різними факторами: її місцем знаходження в цей момент, тривалістю участі, поміченими дрібницями тощо. Власне бачення визначає особистий сенс того, що трапилось для даної конкретної людини і стає в подальшому джерелом страждань.

*Фаза опису думок.* На цій фазі дебрифінг фокусується на процесах прийняття рішень і мислення. Учасники відповідають на питання:

– Яка була ваша перша думка, коли ви усвідомили що трапилось?

– Які рішення ви приймали? Чому?

Перша думка зазвичай включає те, що складає основу тревоги. Однак, виказати ці думки учасникам може бути складно тому, що вони можуть здаватись недоцільними або недостойними. Тим більш важливо поділитися ними. Співставлення своєї реакції з подібними реакціями інших людей знижує напругу і формує спільність.

*Фаза опису переживань.* Зазвичай це найтриваліша фаза дебрифінгу. Попередні фази актуалізували переживання, які достатньо потужні і можуть бути руйнівні для людини.

Задача цього етапа – створити такі умови, при яких учасники мали б змогу пригадати і виразити сильні почуття в умовах підтримки групи і в той же час підтримати інших учасників, які також переживають сильні страждання.

На цій фазі можуть допомогти наступні питання:

– Як ви реагували?

– Що було для вас найгіршим із того що трапилось?

– Що запам'яталось вам найбільш яскраво?

– Які тілесні відчуття ви відчували під час події?

– Що б ви сказали загинувшим, як би мали таку можливість?

Бажано, щоб всі висловлювались по черзі. Завдання ведучих – підтримувати прояв почуттів зі сторони учасників. При цьому потрібно заохочувати учасників відповідати один одному, висловлювати підтримку і виражати її іншими засобами (дотиком, обіймами, поглядом).

Особливо важливо мобілізувати групову підтримку в моменти, коли стан того хто говорить погіршується. Учасники мають відчувати, що будь-які їх емоції мають право на існування, що вони важливі і варті уваги. Часто звучать такі почуття як жах, страх, безпорадність, безсилля, самотність. Досить характерним почуттям є почуття вини. Люди засуджують себе за ті рішення, які їм доводилось приймати в умовах недостатньої інформації, паніки. Можливе виникнення так званої «провини вижившого» – коли людина відчуває відповідальність за їх гибель, провину за нездатність допомогти їх і врятувати загинувших, переживає установки типу: «краще б замість нього загинув я».

Якщо хтось виходить за двері, один з ведучих має піти за ним і поговорити певний час, для того щоб підтримати і дати виразити сильні почуття. Вираз інтенсивних почуттів знизить напругу і дозволить повернутись в групу. Важливо звернути увагу на тих, хто складає враження найбільш травмованих, хто мовчить або у кого найбільш виражені симптоми. До таких учасників слід підійти після закінчення і поговорити індивідуально.

*Фаза опису симптомів.* Учасників просять описати симптоми (емоційні, когнітивні, фізичні), які вони пережили на місці дій; після закінчення небезпечної ситуації; коли вони повернулись додому; протягом наступних днів і в даний час.

Обов'язково потрібно задати питання про незвичні переживання, про труднощі повернення до нормального режиму життя та роботи.

*Фаза навчання.* На цій фазі узагальнюються реакції учасників і надається інформація про типові реакції на стрес. Інформацію можна роздати учасникам у письмовому вигляді і попросити їх визначити, які з цих реакцій вони переживають.

Потрібно:

– підкреслити те, що описані стани та симптоми – це нормальна реакція на ненормальну ситуацію, що з часом вони минуть;

– розповісти, які реакції можуть бути в подальшому;

– проговорити методи самодопомоги;

– інформувати учасників про те, де вони зможуть отримати допомогу;

– відповісти на питання учасників.

*Заключна фаза.* Для закріплення досвіду потрібно:

– Коротко підсумувати те, що було сказано.

– Запитати, чи не залишилось чогось важливого, про що хотілось би сказати зараз.

– Подякувати всіх за участь, за те, що змогли поділитися своїми почуттями, підтримати один одного.

– Нагадати про конфіденційність.

– Запропонувати учасникам подумати про те, як вони можуть підтримати один одного в подальшому.

– Можна визначити час і місце нової зустрічі, яку вони зможуть організувати самі або при підтримці ведучих.

*Пост-дебрифінг.* Протягом 20-30 хвилин після завершення слід виділити час тим з учасників, які викликали найбільшу стурбованість у ведучих, поговорити з ними один на один. Потім слід обговорити з лідером пророблену роботу, встановити зворотній зв'язок, проговорити найбільш важливі моменти. Слід відмітити, що дебрифінг – це метод групової психологічної корекції, що дозволяє поділитися своїми відчуттями та реакціями, допомогти собі та іншим, дізнатися про те, які зазвичай бувають реакції на схожі події і як з ними впоратись.

Доцільно використовувати всі форми соціальнопсихологічної підтримки учасникам бойових дій комплексно, розробляти цілісну систему надання психологічної допомоги.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Психотравмуючі події, складна соціальна ситуація яка склалася в Україні породжують стан тривоги та переживання у військовослужбовців.   
Для подолання несприятливих наслідків стресової ситуації потрібна спрямована психологічна допомога. Відтак, вкрай важливо здійснювати наукові та прикладні пошуки нових (для вітчизняної системи соціальної роботи) методів соціально-психологічної допомоги та послуг для учасників АТО. Перспективою подальших пошуків буде створення реабілітаційної програми для учасників бойових дій на Сході України, в основу якої буде покладено метод психологічного дебрифінгу.

Негайні психологічні наслідки участі військовослужбовців в бойових діях посилює незадовільний рівень їхнього соціального самопочуття.

Існує гостра необхідність в спеціальних програмах комплексної реабілітації військовослужбовців, що приймали участь в бойових діях, в комплексі заходів психологічної допомоги та підтримки спільно з заходами соціального захисту та матеріального забезпечення.

Індивідуальне консультування в умовах Збройних сил починається з процесу виявлення осіб, потребуючих індивідуальної консультації. Для цього використовуються, передусім, діагностичні програми.

Для успішного консультування військовослужбовців з ПТСР необхідно забезпечити атмосферу відвертості, свободи висловлювання і переживань, співчуття, відсутність оцінки.

**РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО СИНДРОМУ У ВОЇНІВ АТО**

**3.1. Вибір та обґрунтування методик дослідження**

Бойові дії накладають помітний відбиток на перебіг психічної діяльності і поведінку військовослужбовців. Основними проблемами колишніх солдатів є страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%). До їх поведінкових особливостей належать конфліктність у сім’ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками [55].

Крім того, їм характерні нестійкість психіки, за якої найнезначніші втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; боязнь нападу ззаду; відчуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Учасникам бойових дій притаманні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги; а також повторювані яскраві сни бойових ситуацій та нічні жахіття, нав’язливі спогади про психо- травмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з «поверненням» у психотравмуючі ситуації.

До інших психічних явищ, присутніх у ветеранів воєн, варто віднести стан песимізму, відчуття занедбаності оточуючими; недовіру до інших людей, нездатність говорити про війну; втрату сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; відчуття, що він загинув на війні; відчуття нездатності впливати на хід подій; неспроможність бути відкритим у спілкуванні навколишніми; тривожність; потребу мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об’єкта сексуального задоволення; потребу брати участь у небезпечних «пригодах»; спробу знайти відповідь на питання, чому загинули друзі, а не він.

Усі ці прояви, які науковці називають посттравматичними стресовими розладами, свідчать про наявність в учасників бойових дій посттравматичного синдрому.

Емпіричне дослідження організовано та проведено на базі 24-ї окремої механізованої бригади (м. Яворів), а також у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи, визначеному як основний заклад охорони здоров’я для лікування та реабілітації учасників антитерористичної операції.

**Методичний комплекс**, використаний у роботі, охоплює декілька блоків:

1) *методики, спрямовані на вимірювання ознак і рівня ПТС*, – Структуроване клінічне інтерв’ю (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R); Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS: Clinical – Administered PTSD Scale); Шкала суб’єктивної оцінки тяжкості впливу травматичної події, (Impact of event scale – revised, IOES-R); Міссісіпська шкала – військовий і цивільний варіант (МS, Mississippi Scale);

2) *методики, спрямовані на вивчення психопатологічних характеристик*, – опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List); Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (ЛТ, СТ); Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory, BDI);

3) *методики для вивчення особистісних і когнітивних параметрів* – Особистісний опитувальник (адаптований варіант методики Айзенка) (Eysenk Personality Inventory, EPI); Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS); Опитувальник переживання терористичної загрози, розроблений Н. Тарабриною у співавторстві з Ю. Биховець.

Інтегративний підхід до дослідження клініко-психологічних, когнітивно-емоційних, особистісних феноменів у різних соціальних контекстах дозволяють поєднувати сучасну психометричну діагностику, якісний аналіз матеріалів спостереження, опитування, експертні оцінки, врахування зовнішніх критеріїв.

**3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

За результатами порівняння даних емпіричного дослідження «травмованих» і осіб «ризику» виокремлено 4 групи, до яких віднесено обстежених, що вирізняються як травматичним професійним досвідом, так і симптоматикою ПТСР та інших психічних порушень. Далі розроблено механізм розпізнавання ризику стресових розладів (поділ їх на дві групи, що відрізняються ступенем ризику) за показниками «психологічних захистів»:

1) учасники бойових дій в Афганістані;

2) ліквідатори аварії на ЧАЕС;

3) військовослужбовці ЗСУ, які побували в зоні АТО;

4) військовослужбовці ЗСУ, які не проходили службу в зоні АТО.

На першому етапі обробки весь контингент було розділено за критерієм імовірності переживання травматичного стресу. До першого блоку ввійшли групи:

1– учасники бойових дій в Афганістані, ліквідатори аварії на ЧАЕС;

2 – військовослужбовці та працівники ОВС, які побували в зоні АТО. Контингент першого блоку – це особи, умовно позначені як «травмовані», що пережили в анамнезі травматичну ситуацію, пов’язану з безпосередньою загрозою життю, тобто таку, що входить у регістр травматичних за класифікацією DSM–4.

Контингент другого блоку – особи, професійна діяльність яких пов’язана з підвищеним ризиком попадання в травматичні ситуації. Названі групи порівнювали за показниками, отриманими за допомогою психометричного комплексу, спрямованого на вимірювання ознак посттравматичного стресу, в який включає: Міссісіпську шкалу (МШ), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), опитувальник Спілбергера-Ханіна та опитувальник Бека.

Порівняння проводили за середнім значенням підсумкового показника МШ за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA). Групи відрізнялися за рівнем вираженості психопатологічної симптоматики, показниками особистісної тривожності і рівнем депресивності, котрі були вищими в групі «травмованих» (P < 0,001). Цей результат підтверджує припущення про те, що рівень травмованості суб’єкта є тим вищим, чим імовірнішим є його зіткнення з впливом травмуючих стресорів.

Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) підсумкового показника МШ у групах з високим, середнім і низьким рівнем посттравматичного стресу продемонстрував значущі відмінності між цими групами (P < 0,001); на такому ж рівні значущості розрізняються ці групи за показниками психометричних характеристик. Поділ вибірки на групи з різним рівнем ПТС проводили з метою підтвердити висунуту у статті гіпотезу про специфіку взаємозв’язків досліджуваних психологічних характеристик залежно від рівня травматизації суб’єкта, що здійснили на третьому етапі обробки даних.

Було проведено кореляційний аналіз психометричних характеристик у групах з високим (В), середнім (С) і низьким (Н) рівнем посттравматичного стресу з використанням критерію Пірсона. Під час проведення кореляційного аналізу була впевненість в присутності достовірних взаємозв’язків між досліджуваними показниками, тому застосовувався психологічний інструментарій, спеціально підібраний для вимірювання психологічних параметрів посттравматичного стресу. Попри це було зроблено спробу знайти відмінності в кореляційних залежностях у групах з різним рівнем посттравматичного стресу.

Аналіз результатів кореляційного аналізу в групі з високим рівнем ПТСР (Група В) показав, що досліджувані характеристики достовірно взаємопов’язані, відсутній взаємозв’язок МШ та освіти, однак освіта позитивно корелює з віком.

У групі зі середнім рівнем ПТСР (Група С) показники також переважно достовірно взаємопов’язані, проте вони нижчі, ніж у групі В. Параметри МШ не взаємозалежні з віком і освітою. Наявні взаємозв’язки освіти і субшкали соматизації з опитувальника депресивності Бека, а також зі шкалами SCL-90-R: соматизація, обсесивнокомпульсивний, депресії, додаткові питання, психотизм, загальний індекс тяжкості дистресу.

До групи зі середнім рівнем ПТС увійшли особи, щодо яких прогнозувати подальше можливе виникнення будьяких форм дезадаптацій або, навпаки, їх позитивний особистісний розвиток складно без спеціального додаткового клініко-психологічного обстеження – це залежить від рівня їх фізичних і психологічних ресурсів, а також наявності в їхньому житті сприятливих чи, навпаки, ускладнювальних соціальних факторів. Дуже ймовірно, що до групи «середніх» належать особи, стан яких визначається субклінічним рівнем, що не відповідає діагностичним критеріям МКБ-10, які не потрапляють в діагностичну категорію постстресових розладів, тому вони не стають пацієнтами клініцистів. Однак присутність виокремлених у дослідженні психопатологічних параметрів змушує припустити, що ці особи потребують психологічної допомоги, до того ж індивідуально, позаяк певний рівень посттравматичного стресу в сукупності з виділеними психопатологічними ознаками можуть бути мішенями психокорекційного впливу.

Група з низьким рівнем ПТС складається з осіб без порушення їх особистісної інтегрованості. Вони пережили травмуючі ситуації без втрати своєї психобіологічної адаптації: це життєстійкі люди, здатні до протистояння впливу травми, її осмислення та інтегрування на суб’єктивно-особистісному рівні.

Отримані результати досліджень сприяють можливості здійснювати гнучкий підхід при виявленні ризику стресових розладів у військовослужбовців та розробляти різні варіанти методичного комплексу, а також систему критеріїв віднесення обстежуваних до груп ризику дезадаптивних станів.

На сьогодні найширшого застосування в арміях різних держав набули такі способи психологічної реабілітації, як: фізіологічні (глибокий сон, якісна їжа, відпочинок і т. д.); аутогенні (аутотренінг, саморегуляція, медитація); медикаментозні; організаційні; психотерапевтичні (раціональна психотерапія, музико-, бібліо-, імаго-, арттерапія та ін.). Найбільш релевантною для вирішення завдань психологічної реабілітації військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, і поширеною формою групової раціональної терапії є методика «Дебрифінг стресу критичних інцидентів».

Психолохічна корекція віддалених наслідків впливу психотравми

Первинна профілактика (надання невідкладної психологічної допомоги)

Психологічна корекція

Психологічна діагностика

Медична допомога

Соціальна допомога

Психологічна допомога

Надання допомоги після впливу психотравми

Правові

Кадрово-управлінські

Соціально-економічні

Матеріально-технічні

Психологічні

Заходи профілактики

Профілактика впливу травмуючих факторів службової діяльності

Мінімізація проявів ПТСР як реакції на дію психотравмуючих умов несення служби

*Рис. 1. Схема методики мінімізації проявів ПТСР за І. М. Слюсар*

Для досягнення успіху слід використовувати всі види дій та ті системи відносин, які є особистісно значущими для військовослужбовця, тобто стосовно яких наявні емоційно насичені переживання. Ще один напрямок, надзвичайно ефективний у роботі з військовослужбовцями, – раціональна терапія.

Під час дослідження було проведено тренінг соціальних умінь і навичок – раціональну групову психотерапію з використанням методу формуючого експерименту. Обстежуваних розділили на 3 групи залежно від стажу служби (18–24 роки; 25–35 років; 36 і більше років). Психодіагностичне обстеження, проведене напередодні тренінгу, охоплювало визначення учасниками всіх трьох груп рівня умінь і навичок військовослужбовців ЗСУ (рис. 2, 3).

*Рис.2 Самооцінка соціальних умінь*

*Рис.3 Самооцінка соціальних навичок*

Опитування учасників груп напередодні і після закінчення психотерапевтичного тренінгу показало ріст самооцінки рівня соціальних умінь і навичок (рис. 4–6):

*Рис.4 Самооцінка в групі 1*

*Рис.5 Самооцінка в групі 2*

*Рис.6 Самооцінка в групі 3*

Отже, дане дослідження засвідчує, що групова корекційна робота в армії має велике майбутнє. У нинішній час, коли зростає увага до особистості індивіда й армія приходить до розуміння, що психологію людини важко переробити наказами, виникає перспективна можливість використовувати групові види робіт з різною спрямованістю для розвитку особистості та подолання ПТСР військовослужбовців.

**Висновок.** Посттравматичний стресовий розлад розвивається в осіб, які пережили травмуючі події, найчастіше в бойових умовах. ПТСР накладає істотний відбиток на психіку військовослужбовця, що призводить до вкорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу. Під час дослідження нами апробовано низку психодіагностичних методів, які дозволяють виявляти різні аспекти цього симптомокомплексу, диференціювати осіб і групи за рівнем посттравматичного стресу й визначати мішені психокорекційної та психотерапевтичної роботи з ними. У реадаптації та реабілітації військовослужбовцям з ПТСР можуть допомогти консультативні форми роботи психолога, групова корекція в різних видах, аутотренінг, саморегуляція. Проведене опитування учасників груп напередодні і після закінчення психотерапевтичного тренінгу показало ріст самооцінки рівня соціальних умінь і навичок.

В окремих випадках психологічна консультація і корекція спрямована не стільки на зняття симптоматики або пошук причин неблагополуччя, скільки «у майбутнє», на особистісне зростання військово- службовця, розвиток його «Я-концепції», самосвідомості, віднайдення нового сенсу життя. Перспективи дослідження пов’язані з вивченням особливостей ПТСР, отриманих військовослужбовцями на різних етапах воєнних дій, а також із відпрацюванням новітніх способів психореабілітації та соціальної адаптації до життєдіяльності в умовах соціальноекономічної та політичної кризи.

**3.3. Практичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом**

Отримані результати дослідження теорії питання, аналізу практичного досвіду показав, що проблема адаптації і реабілітації військовослужбовців з ПТСР - одна з тих, що вирішити найскладніше. Накопичено досить багато практичного матеріалу, зроблена велика кількість наукових досліджень, узагальнений досвід зарубіжних армій, але цього виявляється недостатньо, для того, щоб реабілітація та адаптація була високоефективною. Проаналізувавши наукову літературу і описи практичного досвіду роботи армійських виховальних структур, я виявили, що психологічна робота направлена, швидше, на подолання наслідків, симптомів, іноді причин ПТСР. Увагу психологи приділяють, в основному, минулому військовослужбовця. Цей підхід не є ефективним. Більш того він може зруйнувати крихку рівновагу, адаптацію військовослужбовця до травми.

Гіпотеза про те, що ефективна реабілітаційна та адаптаційна система повинна бути направлена на особове зростання військовослужбовця підтвердилася. Пошуки ліків, «таблетки» від незрозумілої хвороби, яка не є, в повній мірі психічній, але сильно мучить і непокоїть, не даючи побудувати своє подальше життя, посилення ПТСР з роками, повинні лежати на важких шляхах особового зростання - тієї роботи, яку кожен повинен зробити сам.

На основі даного розділу роботи можна зробити наступні практичні рекомендації:

1. Починати здійснювати адаптаційну і реабілітаційну діяльність в районі бойових дій, виходячи не стільки з боєготовності особистого складу, скільки з міркувань особового зростання і індивідуальності життєвого шляху військовослужбовця;

2. Займати відповідну цьому положенню професійну позицію;

3. Використати в районі бойових дій весь доступний арсенал психологічних коштів;

4. Спеціально організовувати психологічну консультативну і корекційну роботу, заздалегідь готуючи місце для роботи, враховуючи найбільш зручний час для військовослужбовців, особливості програми, що проводиться;

5. Постійно вдосконалити свої знання не тільки в області психології, але в області управління, педагогіки, медицини, оскільки це допомагає організувати ефективну раціональну психотерапію і вирішити організаційні питання роботи;

6. Розробляти в міру можливостей, індивідуальні програми адаптації і реабілітації;

7. Простежувати, в міру можливості, життєві події військовослужбовців з ПТСР;

8. Вдосконалити систему оцінки ефективності психологічної системи реабілітації і адаптації, психологічної роботи.

Деякі ***рекомендації***, які бажано виконувати військовослужбовцям з ПТСР для підвищення ефективності процесу відновлення:

1. Регулярні зустрічі з особовим терапевтом або групою підтримки.

2. Оволодіння методами управління напругою: релаксацією, самогіпнозом, аутогенним тренуванням.

3. Уникати перегляду збуджуючих, програм, кінофільмів, відеофільмів з насильством і вбивствами, обговорення цих тем; музики, уявлень або ситуацій, які підсилюють занепокоєння.

4. При порушеннях сну, навчатися методам, сприяючим досягненню повноцінного відпочинку під час сну.

5. Харчування має бути правильно збалансованим за складом вітамінів, мікроелементів і клітковини.

6. Необхідно регулярно займатися активними фізичними вправами.

7. Обов'язково обговорити, питання вживання алкоголю зі своїм терапевтом. Уникати вживання наркотиків.

8. Необхідні постійні зусилля для формування та розширення дружнього, підтримуючого середовища.

9. Необхідна старанна робота в терапії.

10. Повинна бути сформована можливість прийняття і розуміння того, що в процесі відновлення можуть бути затримки.

11. Необхідно регулярно приймати прописані ліки.

12. Звертатися за допомогою, коли це необхідно. Крім цього необхідно спільно з терапевтом розробити план дій на той випадок, якщо ознаки ПТСР знову з'являться. План повинен бути підготовлений у письмовій формі і обов'язково включати в себе опис прояву певних симптомів і необхідних заходів, при їх появі. Необхідно домовитися з терапевтом про можливості негайної зустрічі з ним при необхідності.

**ВИСНОВКИ**

Під час роботи над дослідженням були розв’язані всі завдання та зроблені наступні висновки:

1. Аналіз наукових підходів дослідження психічних реакцій учасників антитерористичної операції.

2. Виявлення психологічних проявів дезадаптивної поведінки у військовослужбовців та членів їх сімей.

3. Встановлення шляхів реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

4. Проведення емпіричного дослідження щодо проявів посттравматичного стресового синдрому у воїнів АТО.

5. Надання практичних рекомендацій щодо реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом.

Сьогодні наша держава для забезпечення територіальної цілісності України вимушена проводити бойові дії у вигляді антитерористичної операції (АТО) на Сході країни. Антитерористична операція нашої держави вимушена пропускати через себе багатотисячні маси молодих людей і після демобілізації повертає їх назад в громадянське суспільство, вносячи в нього при цьому всі особливості мілітаризованої свідомості і роблячи істотний вплив на подальший розвиток соціуму.

В ряді багатьох наслідків (економічних, політичних, соціальних), які будь-яка війна несе для суспільства, з’являються також і психологічні наслідки для людини, особливо для тих, хто приймав безпосередню участь у бойових діях.

Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом’якшені і відстрочені наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров’я військовослужбовців, а й на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій і т.д. Військові медики все частіше використовують такі нетрадиційні термінологічні позначення (які відображують, тим не менш, клінічну реальність), як бойова психічна травма, бойове стомлення; іншими словами, йдеться про «в’єтнамський», «афганський», «чеченський» синдроми, а на сьогодні, в Україні, можна стверджувати, на виникнення «синдрому АТО». «Афганський» і «чеченський» синдроми схожі на «в’єтнамський синдром» у вузькому сенсі термінів.

Першочерговою задачею в умовах АТО стає задача вивчення і подолання негативних психічних і психологічних наслідків участі в бойових діях.

Основним негативним наслідком участі особистості у військовому конфлікті є посттравматичний стресовий синдром, особлива підступність якого полягає в тому, що з роками у істотної частини психотравмованих воїнів він не згладжується, а посилюється, виливаючись в асоціальну поведінку, неврозоподібні реакції, соматичні захворювання, таким чином, стаючи вже предметом турботи не психологів, а медиків.

В українській армії адаптація і реабілітація починається вже в районі бойових дій і передбачає забезпечення психологами частин. Після повернення в мирне життя солдат має право розраховувати на адаптаційні заходи і повноцінну комплексну реабілітацію, частиною якої є психологічна реабілітація.

Психологічна реабілітація проводиться в системі реабілітаційних центрів, де головну увагу психологи обертають на розробку індивідуальних програм реабілітації і їх реалізацію.

У практиці роботи з військовослужбовцями, ефективніше усього виявляються консультативні заходи і групові корекційні заняття з військовослужбовцями.

Використовуються різні методи і техніки консультування і корекційної роботи: раціональна терапія, музична терапія, психотерапія світлом і кольором, навчання військовослужбовців саморегулювання, групові заняття, що передбачають аутотренинг і релаксацію. Широко практикується тренінг соціальних навиків і умінь, елементи психотерапевтичних груп, метод психологічного дебрифінгу.

Ефективність групової та індивідуальної роботи істотно залежить від того, яку позицію займає психолог, як він відноситься до військовослужбовця. Мова йде не про погане або хороше відношення, а про глибоке розуміння іншої людини як здатного або нездатного до саморозвитку, самореалізації, до зміни самосвідомості, інтеграції свого досвіду. Найбільш істотні результати з'являються в роботі тоді, коли психолог бачить в ПТСР не корінь проблем і бід, а можливість для військовослужбовця перерости самого себе, стати сильніше. Розуміння того, що ПТСР виникає при нестачі особових ресурсів, нестачі розвитку особистості, відкриває хорошу перспективну можливість для подолання ПТСР.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Караян А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личностного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах/ А.Г. Караян - М.: Наука, 1998.- 134с.

2. Кочюнас Р.П. Основы психологического консультирования/ Р.П. Кочюнас - М.: Юнити, 1999.- 56с.

3. Абрамова Г.С. Практическая психология./ Г.С. Абрамова - Екатеринбург: Ексмо, 1998.- 267с.

4. Леонова А.Б., Психопрофилактика стрессов/ А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова -М.: Наука, 1993.- 375с.

5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства/ Ю.А. Александровский - М.: Юнити, 1991.- 143с.

6. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации их компенсация/ Ю.А. Александровский - М.: Наука, 1976.- 123с.

7. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях/ Ю.А. Александровский - М.: Наука, 1991.- 321с.

8. Фомін В.А. Діалог про бойові мистецтва Сходу/ В.А. Фомін, І.Н. Ліндер - К.: Ексмо, 1990.- 226с.

9. Черепанова Е.М. Саморегулювання і самодопомога при роботі в екстремальних умовах/ Е.М. Черепанова - К.: Векслер, 1995.- 457с.

10. Мисюра В.Ф. Психологическая реабилитация военносужащих/ В.Ф. Мисюра - М.: Ексмо, 1995.- 274с.

11. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агресии/ Ф.С. Сафуанов - М.: Наука, 2003.- 327с.

12. Дмитриева А.В. Конфликтология/ А.В. Дмитриева - М.: Наука, 2000.- 195с.

13. Александровский Ю.А. Гуманистическая и трансперсональная психология/ Ю.А. Александровский - М.: Наука, 2000.- 36с.

14. Серов А.С. Программа коррекционной работы с дезадаптированными военнослужащими / А.С. Серов, А.Н. Жуков, Л.В. Скоробогач - Ростов-на-Дону, 2003.- 69с.

15. Караян А.Г. Психологическая работа в боевой обстановке/ А.Г. Караян -Самара.: Елита, 1997.- 52с.

16. Андреева Г.М. Социальная психология/ Г.М. Андреева - М.:Ексмо, 1988.- 188с.

17. Райгородський Д.Я. Теорії особистості в західноєвропейській і американській психології / Д.Я. Райгородський – Самара, 1996.- 43с.

18. Райгородський Д.Я. Практична психодіагностика /Д.Я. Райгородський - Самара, 1998.- 79с.

19. Гледдинг С.В. Психологическое консультирование/ С.В. Гледдинг - М.:СПб, 2002.- 385с.

20. Райгородський Д.Я. Психологія і психоаналіз характеру / Д.Я. Райгородський – Самара, 1998.- 65с.

21. Подоляк Я.В. Практические вопросы военной психологи/ Я.В. Подоляк - М.: Наука, 1987.- 523с.

22. Соловйов І.М. Життя після війни: робота зі страхом/ І.М. Соловйов// Солдат успіху - 1999. - № 9. - 3-17с.

23. Григорьева Т.Г. Основи конструктивного спілкування / Т.Г. Григорьева, Т.П. Усольцева – К.: Грані-Т, 1997.- 43с.

24. Удовик С.Л. Психологія кольору / С.Л. Удовик - К.: Києво-Могилян. академія, 1996.- 155с.

25. Миско Е.А. Особливості життєвої перспективи у ветеранів війни в Афганістані і ліквідаторів аварії на ЧАЕС/ Е.А. Миско, Н.В. Тарабріна // Психологічний журнал - 2004. - №3. - 5-9с.

26. Ахмедова Х.Б. Посттравматические лисностные изменения у граждан, которые пережили угрозу жизни// Вопросы психологи – 2004. - №3. - 8-10с.

27. Дубровина И.В. Практичная психология образований/ И.В. Дубровина - М.: Ексмо, 1997.- 367с.

28. Словник. Психологія / уклад. Миско О.А. та ін. - К.: Карпенко, 1980.- 443с.

39. Лазебна О.О. Военно-травматичний стрес: особливості посттравматичної адаптації участників бойових дій/ О.О. Лазебна, М.Е. Зеленова // Психологический журнал - 1999. - №5. - 4-6с.

30. Психологічний настрій: як його оцінити?/ Н.В. Тарабріна //Армія – 1994. - №4. - 7-15с.

31. Кучер А.С. Трехуровневая система реабилитации/ А.С. Кучер // Орієнтир - 1996. - №12. - 5-10с.

32. Мещенина Т.О. Особенности психологической реабилитации участников военных конфликтов/ Т.О. Мещенина, О.Т. Пашилова // Прикладная психология и психоанализ - 2003. - №4. - 4-11с.

33. Якушин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре республики Беларусь/ Н.В. Якушин // Психологический журнал - 1996. - №5. - 5-14с.

34. Соловйов І.М. Життя після війни/ І.М. Соловйов// Солдат успіху - 1999. - №8. - 3-7с.

35. Кальмансон А.А. Війна очима соціолога/ А.А. Кальмансон // Соціс - 1995. - №8. - 6-12с.

36. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы/ Г.Г. Аракелов // Вестник МГУ. - сер.14. - Психологія. - 1995. - №4. - 7-19с.

37. Тарабріна Н. В. Психологічні наслідки війни/ Н.В. Тарабріна - К.: Карпенко, 1998.- 167с.

38. Лесков В.О. Психологічна реабілітація військовослужбовців запасу в системі мінімізації виявів негативних психологічних наслідків локальних воєнних конфліктів/ В.О. Лесков // Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К.: Карп, 2006. – Т. VІІІ, вип. 3. – 191-197с.

39. Паронянц Т.П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі колишньої Югославії): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.06 «Юридична психологія» / Т.П. Паронянц. – Х.: Світанок, 2004. – 18 с.

40. Кривоконь Н.І. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи: [монографія] / Н.І. Кривоконь– Харків: ФОП Олійник, 2011. - 480 с.

41. Петрова О.И. Психологические основы реабилитации инвалидов военной службы / О.И. Петрова, Н.Б. Шабалина, Н.Ю. Сысоева, Д.Л. Кикозашвили [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://www.invalidnost.com/ forum/11-1078-1

42. Величко С.В. Адаптационный потенциал военнослужащих в психологической подготовке к гражданской жизни: автореф. дис. ... на соиск. уч. степ. канд. псих. наук: 19.00.07 / С.В. Величко; Северо-Кавказский государственный технический университет. - Ставрополь, 2014. - 14 с.

43. Шпаргалка. Программные вопросы по дисциплине «Военная психология», 2012. - 16с.

44. Чермянін С.В. Соціально-психологічна реадаптація військовослужбовців, які брали участь в контртерористичних операціях / С.В. Чермянін, В.А. Корзунін. – М.: Военно-медицинская академия, 2007. – 7 с.

45. Газета «Время», випуск від 13.01.2015.

46. Матеріали з сайтів [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсів сайтів : http://www. hvylya.net; http://www.planetoday.com; http://www. delo.ua.

47. Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 416 затверджено «Положення щодо Державної служби України по справам ветеранів війни та учасників антитерористичної операції».

48. Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту". 3. Корчемний П.А. Військова психологія: методологія, теорія, практика / П.А. Корчемний. – 2010.

49. Величко С.В. Адаптационный потенциал военнослужащих в психологической подготовке к гражданской жизниь / С.В. Величко. - М.: Ексмо, 2014.- 435с.

50. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www. KP. UA (Комсомольська правда в Україні).

51. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www. gazeta.zn.ua.

52. Куприянов Р.В. Психодиагностика стресса/ Р.В.Куприянов, Ю.М.Кузьмина. – Казань: КНИТУ, 2012

53. Психогенні втрати серед учасників АТО на сході України досягають 80% [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.litres.ru/ pages/biblio\_bookhttp://interfax.com.ua/news/pharmacy/230360.html

54. Бурлака О. В. Професійно-соціальний стрес та стрес-індуковані розлади / О. В. Бурлака, О. А. Золотарьова, В. В. Стеблюк. – Одеса: ТС «Сталкер», 2010. – 174 с.

55. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації пожежних-рятувальників / Л. М. Шафран, Ю. В. Чумаєва, Ю. В. Нехорошкова та ін. // Медична гідрологія та реабілітація. – 2013. – Т. 11. – № 1. – С. 60–75.

56. Котельникова. А. В. Психическая травма и картина мира / А. В. Котельникова, М. А. Падун // Теория, эмпирия, практика / Институт психологии РАН. – М., 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.litres.ru/pages/biblio\_book

57. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців iз посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сироп’ятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська та ін. – К.: О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.

58. Напреєнко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу пост- травматичного стресового розладу / О. К. Напреєнко, Т. Є. Марчук // Архів психіатрії. – 2002. – № 1 (28). – С. 117–119.

59. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. реком. / уклад. П. В. Волошин та ін. – Харків, 2002. – 47 с.

60. Психология и нейропсихиатрия: сборник клинических рекомендаций / учред. И. Д. Иванченко. – К.: Нейроньюс, 2009. – 217 с.

61. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М., 1979. – 89 с.

62. Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників Дорожньо-патрульної служби Державтоінспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: спец. 19.00.06. «Юридична психологія» / І. М. Слюсар; Національна академія внутрішніх справ України. – К., 2005. – 27 с.

63. Слюсар І. М. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу: навч.-метод. посібник / І. М. Слюсар. – К.: Друкарня ФПУ, 2005. – 56 с.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

Програма комплексного психодіагностичного обстеження і проведення психокорекційних заходів з військовослужбовцями, що виводяться з місць бойових дій.

Програма розрахована на комплексне психодіагностичне обстеження великих груп військовослужбовців, що виводяться із зони бойових дій.

***Мета:*** провести комплексне психодіагностичне обстеження, направлене на виявлення осіб з глибокими особовими порушеннями, комплексом поведінкових розладів, суїцидальними тенденціями, вхідними до групи підвищеного ризику. Провести комплекс корекційних заходів, спрямований на запобігання суїцидальної поведінки, дазадаптивної поведінки.

Проведення комплексу корекційних заходів включає в себе індивідуальне консультування, групову терапію, сеанси релаксації.

***Задачі:***

- Провести первинну діагностику в/з, прибулих з району бойових дій;

- Обробити результати первинної діагностики;

- Виділити групу ризику;

- Провести поглиблену діагностику осіб, вхідних до групи ризику;

- Обробити результати повторної діагностики;

- На основі отриманих результатів провести корекційну роботу .

Індивідуальні консультації для військовослужбовців:

- з особовими розладами;

- невротичними симптомами;

- глибокою дезадаптацією;

- суїцидальними тенденціями.

Групова терапія для військовослужбовців з:

- порушеннями поведінки;

- соціальною дезадаптацією

Етапи комплексного психодіагностичного обстеження і проведення корекційних заходів:

*1-й етап:*

***Мета:*** групова діагностика в/з, прибулих з місць боєвих дій. Виділення груп ризику.

***Час:*** 7-10 днів.

***Методичний інструментарій:*** опросник FPI

***Форма проведення:*** групова діагностика.

***Примітка:*** діагностика проводиться одночасно в 2-3 групах по 25-30 чоловік.

***Вивчається:*** невротичність, спонтанна агресивність, дратівливість, товариськість, урівноваженість, реактивна агресивність, відвертість, екстраверсія, інтроверсія, емоційна лабільність, мускулізм, фемінізм.

Виділяються наступні критерії для віднесення до груп ризику:

Порушення поведінки: високий рівень спонтанної агресивності (7-9 балів); високий рівень реактивної агресивності (7-9 балів); низький рівень відвертості (менше за 6 балів); високий рівень невротичності (7-9 балів).

Порушення емоційної сфери: високий рівень дратівливості (від 7 балів); високий рівень інтраверсії (від 2 балів); низький рівень мускулізму - високий фемінізму (для чоловіків).

Високий ризик можливості суіцидальної поведінки: дуже високі або дуже низькі значення по шкалі емоційна лабильність (0-2 або 7-9 балів); плюс яскраво виражені в особовому профілі емоційні і поведінкові порушення, описані вище.

Описані критерії дозволяють виділити групу військовослужбовців, потребуючих поглибленої діагностики і проведення корекційної роботи. Для виділення основних напрямів корекційної роботи проводиться другий етап діагностики.

*2-й етап:*

***Час: 5-7 днів.***

***Мета:*** поглиблена психодіагностика як основа подальшої корекційної роботи.

***Задачі:*** обстежити групу ризику з вираженими суїцидальними тенденціями, глибокими особовими розладами і порушеннями поведінки.

На даному етапі пропонується використати наступний діагностичний блок:

Опросник Леонгарда-Шмишека;

УСК

Опросник Спілбергера-Ханіна

Проективні методики (РНЖ, Дерево)

Зунг

***Форма проведення:*** групова діагностика

Критерії для напряму на індивідуальну або групову корекційну роботу: високий рівень особової тривоги, високий рівень ситуативної тривожності, наявність інтернального локуса контролю, аутоагресія, застрягаючий тип акцентуації характеру зі схильністю до затримки афекту, при одночасній наявності циклотимічної і емотивної акцентуації характеру, високий рівень депресії.

При збігу особових характеристик з описаними критеріями необхідним стає проведення індивідуальної і групової корекційної роботи.

*3-й етап:*

***Мета:*** проведення індивідуальної і групової коррекционной роботи.

***Примітка:*** робота ведеться в декількох групах паралельно, після проведення першої індивідуальної консультації може бути рекомендоване відвідування групових занять.

Причому для людей з яскраво вираженим інтернальним локусом контролю в більшій мірі корисній виявиться індивідуальна терапія, для в/з з екстернальним локусом контролю - групова терапія.

**Додаток Б**

Варіанти ігрових ситуацій

***«Погана компанія»[70]***

В грі беруть участь 12 чоловік: Ватажок, Авторитет, Наближений (2 людини), Підлабузник, Блазень, Маріонетки (2 людини), Незадоволений (2 людини) і Забиті (2 людини). Спочатку виконавців цих ролей повинен підбирати сам ведучий, але обов'язково з числа добровольців, однак надалі, на ту або інакшу роль необхідно обов'язково запрошувати тих, хто був в ролі експертів, і взагалі міняти ролі всередині самої «вдалої», примітивної групи, щоб кожний побував «в шкурі» кожного.

Найбільш важливим елементом гри є правила взаємодії учасників, за виконанням яких повинен уважно стежити ведучий і експерти.

Правила ці такі:

1. Ватажок має право обривати будь-якого.

2. Авторитет - будь-якого, крім ватажка.

3. Наближений - будь-якого, крім Ватажка і Авторитету.

4. Підлабузник - будь-якого, крім Наближеного, Авторитету і Ватажка.

5. Блазень - всіх, крім Ватажка.

6. Маріонетка - тільки Наближених і Ватажка.

7. Незадоволений - всіх, крім Ватажка і авторитету.

8. Забитого обриває будь-який, він же - нікого.

Гравець, що порушив ці правила, переводиться в забиті, ну а якщо їх порушив сам Забитий, то його можуть не тільки дружно засудити, але і вигнати.

Однак крім чіткого виконання правил, ця гра вимагає досить високої театралізації (необхідно, щоб у кожного була табличка з найменуванням ролі). Форм подібної театралізації досить багато - зграя гангстерів, піратський корабель, первісне плем'я, зграя вовків і т. п., але головним тут, мабуть, є те, що не дивлячись на своєрідне «сюжетне» провокування агресивності учасників, театральний варіант дозволяє їх дійсно програти, розкривши одночасно багато які насущні проблеми у взаємовідносинах між військовослужбовцями.

Після закінчення гри доцільно провести її обговорення, де головним повинні бути остаточна дискредитація «поганої компанії» і заклик до створення справжнього колективу.

**Додаток В**

Методи немедичної психотерапії

***Раціональна психотерапія [46]***

Раціональна психотерапія проводиться в формі діалогу між психологом і військовослужбовцем, що звернувся за допомогою, в процесі якого психолог виявляє і демонструє йому логічні помилки в його міркуваннях або роз'яснює причини його теперішнього стану. При цьому психолог знайомить військовослужбовця з певними аргументами зі спеціальної літератури.

Раціональна психотерапія звернена до розуму людини. Спираючись на логіку як науку про закони мислення, психолог переконливо демонструє військовослужбовцю помилки в його міркуваннях, пов'язаної з неправильною оцінкою свого стану.

Найістотнішою межею цього методу є вплив на військовослужбовця логічним переконанням, навчання його правильному мисленню (виходячи з тієї, що в основі психічного розладу лежить логічна помилка, помилки людини). Без логічної аргументації немає раціональної психотерапії. Вона включає в себе навіювання, емоційний вплив, вивчення і корекцію особистості, дидактичні і риторичні прийоми.

У процесі раціональної психотерапії психолог вирішує ряд задач, які на першому етапі його роботи з військовослужбовцями носять переважно діагностичний характер (виявляє суть конфлікту між особистістю і середою, здійснюється всебічне вивчення особистості), а на другому - терапевтичний (складання і здійснення плану корекції мислення, вирішення конфлікту, закріплення отриманих результатів).

Раціональна психотерапія вимагає ерудиції психолога не тільки в своїй області, але і в таких науках, як медицина, логіка, педагогіка, література, соціологія та ін. Психолог, що ставить перед собою задачу корекції мислення особистості, повинен бути всебічно розвиненою людиною.

Раціональна психотерапія може проводитися індивідуально, але практикується і в груповому варіанті. У цьому випадку, великий вплив надає не стільки сам психолог, скільки уміло направлений ним груповий процес.

Свідченнями до раціональної психотерапії є, передусім, невроз нав'язливих станів, психопатії психастенічного кола, сексуальні неврози, алкоголізм, наркоманія, девіантні форми поведінки. Основною перевагою раціональної психотерапії є те, що звернувшийся за допомогою сам активно бере участь в процесі надання психологічною допомоги; мінус методу в тому, що ефект наступає відносно повільно.

**Додаток Г**

***Методика «Шкала психологического стресса PSM-25»17***

*Инструкция*. Дайте оценку вашему общему состоянию. После каждого высказывания обведите число от 1 до 8, которое наиболее четко выражает ваше состояние в последние дни (4-5 дней). Здесь нет неправильных или ошибочных ответов.

Баллы означают:

• 1 – никогда;

• 2 – крайне редко;

• 3 – очень редко;

• 4 – редко;

• 5 – иногда;

• 6 – часто;

• 7 – очень часто;

• 8 – постоянно.

*Таблица 1.*

Шкала психологического стресса PSM-25

|  |  |
| --- | --- |
| Утверждения (высказывания) | Оценка |
| 1. Я напряжен и взволнован (взвинчен) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 2. У меня ком в горле, и (или) я ощущаю сухость во рту | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 3. Я перегружен работой. Мне совсем не хватает времени | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4. Я проглатываю пищу или забываю поесть | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 5. Я обдумываю свои идеи снова и снова; я меняю свои планы; мои мысли постоянно повторяются | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 6. Я чувствую себя одиноким, изолированным и непонятым | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 7. Я страдаю от физического недомогания; у меня болит голова, напряжены мышцы шеи, боли в спине, спазмы в желудке | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8. Я поглощен мыслями, измучен или обеспокоен | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 9. Меня внезапно бросает то в жар, то в холод | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 10. Я забываю о встречах или делах, которые должен сделать или решить | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 11. Я легко могу заплакать | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 12. Я чувствую себя уставшим | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 13. Я крепко стискиваю зубы | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 14. Я не спокоен | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 15. Мне тяжело дышать, и (или) у меня внезапно перехватывает дыхание | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 16. Я имею проблемы с пищеварением и с кишечником (боли, колики, расстройства или запоры) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 17. Я взволнован, обеспокоен или смущен | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 18. Я легко пугаюсь; шум или шорох заставляет меня вздрагивать | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 19. Мне необходимо более чем полчаса для того, чтобы уснуть | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 20. Я сбит с толку; мои мысли спутаны; мне не хватает сосредоточенности, и я не могу сконцентрировать внимание | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 21. У меня усталый вид; мешки или круги под глазами | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 22. Я чувствую тяжесть на своих плечах | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 23. Я встревожен. Мне необходимо постоянно двигаться; я не могу устоять на одном месте | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 24. Мне трудно контролировать свои поступки, эмоции, настроения или жесты | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 25. Я напряжен | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

*Обработка методики и интерпретация результата*. Подсчитайте сумму баллов по всем вопросам. Чем она больше, тем выше уровень вашего стресса.

Шкала оценок:

• меньше 99 баллов – низкий уровень стресса;

• 100-125 баллов – средний уровень стресса;

• больше 125 баллов – высокий уровень стресса.

**Додаток Д**

***Диагностика состояния стресса (А.О.Прохоров)***

*Описание методики*. Методика позволяет выявить особенности переживания стресса: степень самоконтроля и эмоциональной лабильности в стрессовых условиях. Методика предназначена для людей старше 18 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам.

*Инструкция*: «Обведите кружком номера тех вопросов, на которые вы отвечаете положительно».

*Текст опросника*

1. Я всегда стремлюсь делать работу до конца, но часто не успеваю и вынужден наверстывать упущенное.

2. Когда я смотрю на себя в зеркало, я замечаю следы усталости и переутомления на своем лице.

3. На работе и дома сплошные неприятности.

4. Я упорно борюсь со своими вредными привычками, но у меня не получается.

5. Меня беспокоит будущее.

6. Мне часто необходимы алкоголь, сигарета или снотворное, чтобы расслабиться после напряженного дня.

7. Вокруг происходят такие перемены, что голова идет кругом. Хорошо бы, если бы все не так стремительно менялось.

8. Я люблю семью и друзей, но часто вместе с ними я чувствую скуку и пустоту.

9. В жизни я ничего не достиг и часто испытываю разочарование в самом себе.

*Обработка результатов*. Подсчитываете количество положительных ответов по всем 9 вопросам. Каждому ответу «да» присваивается 1 балл (ответ «нет» оценивается в 0 баллов). Результат 0—4 балла — означает высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях; 5-7 баллов — умеренный уровень; 8-9 баллов — слабый уровень.

*Интерпретация результатов*.

*Высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях.* Человек ведет себя в стрессовой ситуации довольно сдержанно и умеет регулировать свои собственные эмоций. Как правило, такие люди не склонны раздражаться и винить других и себя в происходящих событиях.

*Умеренный уровень регуляции в стрессовых ситуациях.* Человек не всегда правильно и адекватно ведет себя в стрессовой ситуации. Иногда он умеет сохранять самообладание, но бывают также случаи, когда незначительные события нарушают эмоциональное равновесие (человек «выходит из себя»).

*Слабый уровень регуляции в стрессовых ситуациях.* Такие люди характеризуются высокой степенью переутомления и истощения. Они часто теряют самоконтроль в стрессовой ситуации и не умеют владеть собой. Таким людям важно развивать навыки саморегуляции в стрессе.

**Додаток Е**

***Экспресс-диагностика склонности к немотивированной тревожности (В. В. Бойко)***

*Инструкция*. На предложенные 11 ситуаций вам необходимо дать ответ «да» или «нет».

*Текст опрісника*:

1.В детстве вы были пугливым, робким ребенком.

2.Ребенком вы боялись оставаться один в доме (возможно, боитесь и сейчас).

3.Вас иногда преследует мысль, что с вами может случиться что-то страшное.

4.Вы пугаетесь во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (пугались в детстве).

5.У вас часто бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности.

6.Вам страшно спускаться в темный подвал.

7.Вам часто снятся страшные сны.

8.В вашем воображении обычно возникают неприятные мысли, когда близкие без предупреждения задерживаются.

9.Вы чаще всего беспокоитесь, как бы чего не случилось.

10.Вы очень переживаете, когда близкие уезжают на отдых, в командировку, за границу.

11.Вам страшно летать самолетом (или ездить поездом).

*Обработка и интерпретация результатов*. Чем больше утвердительных ответов вы дали, тем отчетливее выражена дисфункциональность обсуждаемого стереотипа эмоционального поведения: 10-11 баллов - необоснованная тревожность проявляется ярко и стала неотъемлемой частью вашего поведения; 5-9 баллов - у вас есть некоторая склонность к тревожности; 4 балла и меньше - склонности к тревожности нет.

**Додаток Ж**

***Экспресс-диагностика уровня самооценки***

*Инструкция*. Отвечая на вопросы, указывайте, насколько часты для вас перечисленные ниже состояния по такой шкале:

Очень часто – 4 балла

Часто – 3 балла

Иногда – 2 балла

Редко – 1 балл

Никогда – 0 баллов

*Тестовый материал*.

1. Я часто волнуюсь понапрасну.

2. Мне хочется, чтобы мои друзья подбадривали меня.

3. Я боюсь выглядеть глупцом.

4. Я беспокоюсь за свое будущее.

5. Внешний вид других куда лучше, чем мой.

6. Как жаль, что многие не понимают меня.

7. Чувствую, что не умею как следует разговаривать с людьми.

8. Люди ждут от меня очень многого.

9. Чувствую себя скованным.

10. Мне кажется, что со мной должна случиться какая-нибудь неприятность.

11. Меня волнует мысль о том, как люди относятся ко мне.

12. Я чувствую, что люди говорят обо мне за моей спиной.

13. Я не чувствую себя в безопасности.

14. Мне не с кем поделиться своими мыслями.

15. Люди не особенно интересуются моими достижениями.

*Обработка и интерпретация результатов теста*. Чтобы определить уровень своей самооценки, нужно сложить все баллы по утверждениям. А теперь подсчитайте, каков общий суммарный балл.

*Уровни самооценки*: 10 баллов и менее – завышенный уровень 11-29 баллов – средний, нормативный уровень реалистической оценки своих возможностей. Более 29 – заниженный уровень.

**Додаток З**

***Человек под дождем (графическая психодиагностическая методика)***

Графические методы дают возможность человеку проецировать реальность и по-своему интегрировать ее. А значит, рисунок в значительной мере несет на себе отпечаток личности человека, его настроения, состояния, чувств, переживаний, отношений и т.д.

Практики нередко используют рисуночные тесты. Результаты рисования мало зависят от способности человека вербализовать свои переживания. Да и для испытуемого не всегда понятно, каким образом его рисунки могут быть использованы и какая информация может быть получена с их помощью. Проективные графические методики используются как для целей психодиагностики, так и в процессе психотерапии. Они способствуют самовыражению и самопониманию клиента. Еще Гегель писал: «Лучшее облегчение боли в том, чтобы ее выкричать, высказать ее целиком. Только в выражении она осознается, а то, что осознается, потом уходит».

Интересной и информативной является методика «Человек под дождем». Она ориентирована на диагностику силы Эго человека, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Она позволяет также осуществить диагностику личностных резервов и особенностей защитных механизмов.

Общие положения Инструкция в классическом варианте проста: на чистом листе бумаги формата А4, который вертикально ориентирован, испытуемому предлагается нарисовать человека, а потом, на другом таком же листе — человека под дождем.

Сопоставление двух рисунков позволяет определить, как человек реагирует на стрессовые, неблагоприятные ситуации, что он чувствует при затруднениях. В процессе тестирования важно наблюдать за ходом рисования и обращать внимание на все высказывания испытуемого. Для получения более достоверной информации необходимо провести дополнительное интервью с тестируемым.

При интерпретации рисунков рекомендуется руководствоваться следующими положениями. Когда рисунок готов, важно воспринять его целиком. Необходимо «войти» в рисунок и почувствовать, в каком настроении пребывает персонаж (радостном, ликующем, удрученном и т.д.), ощущает ли он себя беспомощным или, напротив, чувствует в себе внутренние ресурсы для борьбы с трудностями, а возможно, спокойно и адекватно воспринимает затруднения, считая их обычным жизненным явлением. Таким образом, важно отследить глобальное впечатление от рисунка. Это интуитивный процесс. Только после этого можно перейти к анализу всех специфических деталей с точки зрения логики, опираясь при этом на основные положения руководства по интерпретации. Интерпритация

Изменение экспозиции. В рисунке «Человек под дождем» по сравнению с рисунком «Человек», как правило, обнаруживаются существенные отличия. Важно посмотреть, как изменилась экспозиция. Так, например, если человек изображен уходящим, то это может быть связано с наличием тенденции к уходу от трудных жизненных ситуаций, избеганию неприятностей (особенно если фигура человека изображается как бы наблюдаемой с высоты птичьего полета). В случае смещения фигуры человека под дождем в верхнюю часть листа можно предположить склонность испытуемого к уходу от действительности, к потере опоры под ногами, а также наличие защитных механизмов по типу фантазирования, чрезмерного оптимизма, который часто не оправдан. Положение фигуры в профиль или спиной указывает на стремление отрешиться от мира, к самозащите. Изображение, помещенное внизу листа, может свидетельствовать о наличии депрессивных тенденций, чувстве незащищенности. В остальном при интерпретации следует опираться на методику «Человек». Например, изображение, смещенное влево, возможно, связано с наличием импульсивности в поведении, ориентацией на прошлое, в ряде случаев с зависимостью от матери.

Изображение, смещенное вправо, указывает на наличие ориентации на окружение и, возможно, зависимость от отца. Трансформация фигуры. Увеличение размера фигуры иногда встречается у подростков, которых неприятности мобилизуют, делают более сильными и уверенными. Уменьшение фигуры имеет место тогда, когда испытуемый нуждается в защите и покровительстве, стремится перенести ответственность за собственную жизнь на других. Ребята, которые рисуют маленькие фигурки, обычно стесняются проявлять свои чувства и имеют тенденцию к сдержанности и некоторой заторможенности при взаимодействии с людьми. Они подвержены депрессивным состояниям в результате стресса.

Изображение человека противоположного пола может указывать на определенный тип реагирования в сложной ситуации, «включение» поведенческих программ, заимствованных у конкретных людей из ближайшего окружения (мам, бабушек). Изменение возраста указывает на самоощущение человека в ситуации жизненных неурядиц. Если в рисунке «Человека под дождем» при изображении фигуры пропускаются какие-либо части тела (ноги, руки, уши, глаза), то это указывает на специфику защитных механизмов и особенности проявлений Эго-реакций. Функция одежды — «формирование защиты от стихии». Обилие одежды указывает на потребность в дополнительной защите. Отсутствие одежды связано с игнорированием определенных стереотипов поведения, импульсивностью реагирования. Атрибуты дождя. Дождь — помеха, нежелательное воздействие, побуждающее человека закрыться, спрятаться. Характер его изображения связан с тем, как человеком воспринимается трудная ситуация: редкие капли — как временная, преодолимая; тяжелые, закрашенные капли или линии — тяжелая, постоянная. Необходимо определить, откуда дождь «приходит» (справа или слева от человека) и какая часть фигуры подвергается воздействию в большей степени. Интерпретация проводится в соответствии с приписываемыми значениями правой и левой стороны листа или фигуры человека. Тучи являются символом ожидания неприятностей.

Важно обращать внимание на количество облаков, туч, их плотность, размер, расположение. В депрессивном состоянии изображаются тяжелые грозовые тучи, занимающие все небо. Лужи, грязь символически отражают последствия тревожной ситуации, те переживания, которые остаются после «дождя». Следует обратить внимание на манеру изображения луж (форму, глубину, брызги). Важно отметить, как расположены лужи относительно фигуры человека (находятся ли они перед или за фигурой, окружают человека со всех сторон или он сам стоит в луже). Дополнительные детали.

Все дополнительные детали (дома, деревья, скамейки, машины) или предметы, которые человек держит в руках (сумочка, цветы, книги), рассматриваются как отражение потребности в дополнительной внешней опоре, в поддержке, в стремлении уйти от решения проблем путем переключения и замещающей деятельности.

Более полная расшифровка деталей основывается на символическом значении представленных образов. Например, молния может символизировать начало нового цикла в развитии и драматические изменения в жизни человека. Радуга, нередко возникающая после грозы, предвещает появление солнца, символизирует мечту о несбыточном стремлении к совершенству. Зонт представляет собой символическое изображение психической защиты от неприятных внешних воздействий. С точки зрения трактовки образов зонт может рассматриваться как отображение связи с матерью и отцом, которые символически представлены в образе зонта: купол — материнское начало, а ручка — отцовское. Зонт может защищать или не защищать от непогоды, ограничивать поле зрения персонажа, а может и отсутствовать. Так, например, огромный зонт-гриб может свидетельствовать о сильной зависимости от матери, решающей все сложные ситуации за человека. Размер и расположение зонта по отношению к фигуре человека указывают на интенсивность действия механизмов психической защиты. Искажение и пропуск деталей. Отсутствие существенных деталей может указывать на область конфликта и быть следствием вытеснения как защитного механизма психики. Так, например, отсутствие зонта в рисунке может свидетельствовать об отрицании поддержки со стороны родителей в трудной ситуации. Цвет в рисунках.

Рисунки можно выполнять простым карандашом. Тем не менее многие предпочитают использование цветных карандашей. Следует помнить, что точная интерпретация цветового решения не может быть сделана, если у испытуемого нет всего набора цветных карандашей. Цвета могут символизировать определенные чувства, настроение и отношения человека.

Они также могут отражать спектр различных реакций или областей конфликтов. Хорошо адаптированный и эмоционально не обделенный ребенок обычно использует от двух до пяти цветов. Семь-восемь цветов свидетельствуют о высокой лабильности. Использование одного цвета говорит о возможной боязни эмоционального возбуждения. Заключительный этап.

Этот этап в интерпретации рисунка связан с интеграцией информации, полученной на первом и втором этапах. Здесь анализируется весь полученный материал, соотносится с результатами стандартных тестов и с информацией о человеке.

**Додаток І**

***Миссисипский опросник для боевого ПТСР (посттравматического стрессового расстройства)***

Методика используется для диагностики посттравматического стрессового расстройства, полученного в результате участия в боевых действиях.

*Инструкция*: Ниже приводятся высказывания, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. Для каждого высказывания выберите один из вариантов ответа.

*Варианты ответов*:

a) Неверно.

b) Отчасти верно.

c) Верно.

d) Довольно верно.

e) Совершенно верно.

*Опросник*: 1. До военной службы у меня было больше близких друзей, чем сейчас.

2. Я никогда не чувствую никакой вины за то, что я делал в армии.

3. Если кто-нибудь толкнет меня, это может легко привести меня в бешенство.

4. Если происходит что-либо, что напоминает мне о военной службе, я становлюсь расстроенным и угнетенным.

5. Люди, которые хорошо меня знают, боятся меня.

6. Я способен на эмоциональную близость с другим человеком.

7. Мне снятся по ночам кошмары о событиях в армии, которые действительно имели место.

8. Когда я думаю о некоторых из вещей, которые я делал в армии, я думаю, что лучше бы я умер.

9. Кажется, что у меня нет чувств.

10. Недавно у меня были мысли о самоубийстве.

11. Я засыпаю, сплю и просыпаюсь только тогда, когда приходит тревога.

12. Я удивлен, почему я до сих пор жив, когда все другие погибли на войне.

13. В некоторых ситуациях я чувствую себя, как будто я опять на войне.

14. Мои ночные сновидения так реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя бодрствовать.

15. У меня такое чувство, словно я не могу двигаться.

16. Я не смеюсь и не плачу над тем, что обычно смешит или вызывает плач у других людей.

17. Мне по-прежнему нравится делать те вещи, которые я любил делать раньше.

18. Мои мечты, фантазии реальны и пугающи.

19. После увольнения из армии мне было легко работать.

20. У меня были затруднения с тем, чтобы сосредоточиться на задании.

21. Я могу заплакать без причины.

22. Я люблю бывать в компании.

23. Меня пугают мои внезапные желания.

24. Я легко засыпаю по ночам.

25. Неожиданный шум заставляет меня вскрикивать.

26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, каково мне.

27. Я мягкий, добродушный человек.

28. Есть такие вещи, которые я делал на военной службе, о которых я никому не смог бы рассказать, так как считаю, что этого никому не понять.

29. Временами я вынужден употреблять алкоголь или лекарства (наркотики), чтобы уснуть или забыть на время о том, что произошло со мной в армии.

30. Я чувствую себя удобно в толпе.

31. Я теряю спокойствие и взрываюсь по мелочам каждый день.

32. Я боюсь засыпать по ночам.

33. Я стараюсь избежать всего, что мне напоминало бы о моей службе в армии и о том, что там происходило.

34. Моя память такая же хорошая, как и всегда.

35. Мне трудно выразить свои чувства даже людям, к которым я хорошо отношусь и о которых забочусь.

*Ключ к тесту Баллы подсчитываются по следующей схеме*:

- для вопросов: 1,3-5,7-10,12-16,18,20,21,23,25,26,28,29,31-33,35:

a) «Неверно» – 1 балл.

b) «Отчасти верно» – 2 балла.

c) «Верно» – 3 балла.

d) «Довольно верно» – 4 балла.

e) «Совершенно верно» – 5 баллов.

- для вопросов: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34:

a) «Неверно» – 5 баллов.

b) «Отчасти верно» – 4 балла.

c) «Верно» – 3 балла.

d) «Довольно верно» – 2 балла.

e) «Совершенно верно» – 1 балл.

*Интерпретация результатов теста*:

• 35-96 баллов – хороший уровень адаптации;

• 97-111 баллов – нарушение адаптации;

• 112 баллов и более – посттравматическое стрессовое расстройство.

Рекомендовано обратиться в медицинский центр или в центр психологической реабилитации военнослужащих. Интерпретация понятий, используемых в тесте. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV:

**А**. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления: больной пережил, был свидетелем или участником события или событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса. Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

**Б**. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (интрузия):

- повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.

- повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.

- такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).

- сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

- физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

**В**. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере 3 симптома из следующих (избегание):

- попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой;

- попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме;

- частичная или полная амнезия важных аспектов травмы;

- выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них;

- чувство отрешенности или отчужденности от окружающих;

- сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь);

- неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

**Г**. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее 2-х симптомов из следующих (гиперактивность):

- трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна; Раздражительность или вспышки гнева;

- трудность концентрации внимания;

- сверхнастороженность;

- усиленная реакция на испуг.

**Д**. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев Б, В, и Г) более 1 мес. Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной. трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Уточните тип расстройства:

- острое,

– если симптомы сохраняются менее 3 мес.;

- хроническое,

– если симптомы сохраняются 3 мес. и более;

- отсроченное,

– если симптомы возникают по меньшей мере через 6 мес. после окончания воздействия стрессора.

В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности.