МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Кас’яненко С. Е**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Реабілітація військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

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

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична реабілітація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

**на тему: «Реабілітація військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом»**

Виконав: студент групи ЗЛ-16д Кас’яненко С.Е.

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

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц. Афонін Д.М.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

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

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична реабілітація\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

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

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Кас’яненко Соф’ї Едуардівни**

## *Тема роботи: «Реабілітація військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом»*

## *Керівник роботи Шаповалова Валентина Андріївна, проф. мед. наук.*

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

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 69 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 73 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення 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).

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Шаповалова В. А. – проф. мед. наук. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Шаповалова В. А. – проф. мед. наук. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом. | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студент Кас’яненко С.Е.**

**Керівник роботи проф. Шаповалова В. А.**

**ЗМІСТ**

ВСТУП 6

РОЗДІЛ 1. ВІЙСЬКОВО-ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС І ЙОГО НАСЛІДКИ 9

* 1. Сутність посттравматичного стресового розладу (синдрому)………………..9
  2. Дезадаптивні прояви у військовослужбовців з ПТСР як соціально-психологічна проблема 23

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 27

РОЗДІЛ 2. ВІЙСЬКОВО-ПСИХОЛОГІЧНА СИСТЕМА РЕАДАПТАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 28

2.1 Психологічні основи побудови системи реадаптації та реабілітації в Збройних силах України 28

2.2 Основні напрями роботи, організаційні форми та ефективні методи діяльності військового реабілітолога, які забезпечують функціонування системи реадаптації та реабілітації в Збройних силах України 36

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 50

РОЗДІЛ 3. ОСОБИСТІСНИЙ РІСТ ВІЙСКОВОСЛУЖБОВЦЯ ЯК ПОКАЗНИХ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ 51

3.1 Створення умов для особистісного росту в консультуванні військовослужбовців «групи ризику» по ПТСР та членів родини 51

3.2 Групова робота з особами з ПТСР: методи, які сприяють особистісному росту 55

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3 60

ВИСНОВКИ 62

СПИСОК ВИКОРИСТАННОЇ ЛІТЕРАТУРИ 64

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Актуальність дослідження визначається зростанням випадків ПТСР у військовослужбовців, які повернулися з «гарячих точок», змінах в психіці людей, які перебувають в травматичних ситуаціях та особливостей протікання в умовах глобальних змін, що відбуваються в нашому соціумі.

Досягнення сучасної реабілітації, психологічної науки та практики забезпечують вирішення багатьох важливих соціальних завдань. На цей час накопичено досить спеціальних знань, практичних методик і технік для вирішення надзвичайно актуальною, суспільно значущої задачі — реабілітації військовослужбовців, які брали участь у 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 своїй роботі я досліджую 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 призвести згодом до специфічних змін в психіці. Але перебування в травматичних ситуаціях — це лише 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 саме травматичну подію, і як вона ж інтегрує пережите, тобто мова йде про рівень емоційної стійкості індивіда, про його особистісні ресурси, наявності або відсутності тісних емоційних зв'язків з оточенням, підтримки з їхнього боку.

До числа травматичних ситуацій відносять участь в бойових діях, насильство, стихійні та технологічні катастрофи й тому подібне. Тут ми говоримо тільки про один з видів травматичних подій, а саме: участь у бойових діях.

На війні людина не тільки є свідком насильства, 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 клініцистів, а в останні десятиліття до розв'язання цих проблем приєдналися і реабілітологи.

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

**Предмет дослідження** – реабілітація військовослужбовців з посттравматичним стресовим синдромом.

**Мета дослідження** – визначити теоретичні та практичні аспекти системної реабілітації військовослужбовців.

З**авдання дослідження:**

1. Узагальнити і системно викласти практичний досвід реабілітологів з проблем реабілітації та реадаптації військовослужбовців з ПТСР.
2. Дослідити та оцінити ефективність системи реадаптації та

реабілітації, що склалася на даний момент в Збройних силах України.

1. Намітити нові підходи до вирішення приватних практичних завдань в системі реадаптації і реабілітації.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз літератури, спостереження, бесіда, констатувальний експеримент, тестування, методи психопрофілактики та психокорекції, методи математичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у розкритті теоретико-методологічних засад дослідження військовослужбовців з ПТСР, розгляді видів посттравматичних розладів у військовослужбовців та сучасних підходів до корекції військовослужбовців з посттравматичним розладом.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у дослідженні особливостей посттравматичного розладу у війсьвокослужбовців, психологічному та статистичному аналізі отриманих результатів та наданні профілактичних рекомендацій щодо попередження постравматичних розладів у військовослужбовців та їх корекції.

Результати дослідження можуть бути використані реабілітологами для сприяння посилення боєздатності Збройних сил України, дозволять зберегти та зміцнити психологічне здоров'я кожного військовослужбовця та можуть бути використані у ході консультування та корекції військовослужбовців з ПТСР.

РОЗДІЛ 1. ВІЙСЬКОВО-ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС І ЙОГО НАСЛІДКИ

1.1 Сутність посттравматичного стресового розладу (синдрому) (ПТСР)

Військово-травматичний стрес є одним з різновидів посттравматичного стресового розладу. Виникає він в учасників бойових дій, тобто є захворюванням військовослужбовців. При виникненні ПТСР людина послідовно опиняється в наступних обставинах:

1. Різка зміна умов мирного цивільного життя на бойову обставину, до якої доводиться дуже швидко пристосовуватися. Це примушує людину практично весь час перебувати в стані небезпеки, руйнування, загибелі товаришів. Деякі дослідники позначають терміном «військово-травматичний стрес» реакції, що виникають саме в цей період.

2. Швидка зміна бойової ситуації на мирну, до якої колишньому військовому знову доводиться адаптуватися, пристосовуватися. Дезадаптація, що виникає в цей період як правило досить тривала, але все ж тимчасового характеру, має назву власне посттравматичного стресового розладу (синдрому).

В ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади становлять від 10 до 50% всіх медичних наслідків бойових подій.

Помітний відбиток на перебіг психічної діяльності і поведінку військовослужбовців накладають саме бойові дії. Зігравши свою позитивну роль в збереженні цілісності організму та особистості військового в екстремальних умовах бойовий стрес виступає причиною подальшої дезадаптації учасників бойових подій."По суті саме стресові пристосувальні трансформації за межами життєвонебезпечної ситуації виявляються негативними, дезадаптивними і утворюють осьову симптоматику бойових стресових розладів ». [1] Н.В. Якушин зазначає, що «... саме травматичний стрес, який виник 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 І. зазначає: «Повертаючись до звичайної мирного життя, людина часто залишається адаптованою до бойової ситуації. Це можна уявити у вигляді сильно стислої пружини, яка не мала можливості виконати дію, бо після часткової своєї роботи, вона знову і знову стискалася ». [3]

Для оточуючих постравматичні стресові реакції, на думку Соловйова І., діляться на три види:

1. Невмотивована агресія відносно випадкових людей, дуже часто в відношенні рідних і близьких.

2. Порушення сну, зниження настрою, загального життєвого тонусу, незрозуміле почуття провини тощо.

3. Психічні розлади, необхідність в психіатричній допомозі . [4]

Звертаючись до фундаментальних досліджень стресу і стресових реакцій, слідом за Аракеловим Г.Г. відзначимо: «Для більш пізньої фази стресу, коли організм знаходиться на межі норми і патології (прикордонні стани), підходять розроблені рядом авторів системи групових ознак:

1. Клінічні — особистісна і реактивна тривожність, зниження емоційної стабільності.

2. Психологічні — зниження самооцінки, рівня соціальної адаптованості та фрустраційної толерантності.

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

4. Ендокринні — підвищення активності симпатоадреналінової і гіпоталамо-гіпофізарної надниркової систем.

5. Метаболічні — підвищення в крові транспортних форм жиру, зрушення ліпопротеїдного спектра в частину атерогенних фракцій ». [5]

Наявність посттравматичного стресового розладу здатна викликати ці ознаки при найменшому нагадуванні про бойовий досвід. Таким чином виявляється, що ПТСР — це постійний стрес, «що ховається» та який здатен відродитися в будь-яку хвилину.

ПТСР не покидає людину і багато років потому. «Цим розладом навіть через 15-19 років після закінчення війни страждало майже півмільйона ветеранів В'єтнаму – чоловіків (15,2%). Аналогічні результати (17%) були отримані в США при обстеженні експериментальної вибірки учасників бойових дій в Афганістані ». [6]

« Ними (стресовими розладами), до цього дня, страждають 29-45% ветеранів Другої світової війни, 25-30% американських ветеранів в'єтнамської війни. Близько 80% поранених і 30% хворих ветеранів чеченського конфлікту, які перебували на лікуванн, відчували симптоматику посттравматичних стресових розладів: фобії, нічні кошмари, нав'язливість, знижений тону настрою і ін. » [7]

Слід додати, що, на думку цих авторів, «... не дивлячись на те, що це розлад, безумовно воно розвивається все-таки у меншості жертв травматичного

стресу, при цьому у 2/3 хворих з часом зникає ». [8]

Є ще одна суттєва сторона проблеми — це зміна життєвої перспективи у людей, які пережили психотравматичну ситуацію. «Минуле розкладається на час «до» і «після» травми, нинішнє болісне, ​​майбутнього нібито немає, або воно «знеструмлено» - бажання, мети, плани - все, що рухає людиною в звичайному житті, паралізовано.

Цей стан позначається, як почуття укороченої життєвої перспективи, і включено до переліку діагностичних симптомів ПТСР в Американський діагностичний стандарт ». [9]

В учасників серйозних травматичних подій та ветеранів війн, які пов'язані з прямою чи значною загрозою життю, спостерігається небажання будувати якісь плани пов'язані з майбутнім та відчуття скороченої життєвої перспективи, яке яскраво виражене.

Крім того, у людей, у яких спостерігається травматичний досвід, виникає особливий вид стресу, дослідники назвали його «інформаційним». Цей стрес має перспективу та його дія розтягнута у часі. Він виявляється в постійних та наполегливих думках: як жити далі, що зі мною сталося, навіщо це взагалі було? Людина — творець своєї долі, тому що усвідомлює, що у неї є майбутнє, вона може багато в чому його будувати за своїм бажанням. [10]

«Під впливом травматичної ситуації порушується процес сприйняття безперервності життя і руйнуються індивідуальні пояснювальні схеми, які до травматичного впливу робили суб'єктивний світ зрозумілим і передбачуваним ... В випадку, коли схеми порушені, людина не може передбачити майбутнє і будувати плани, оскільки йому просто нема на що спертися... » [11]

Результати досліджень Миско Е. А. і Тарабрина Н. В. ясно свідчать про те, що особи з посттравматичним стресовим синдромом живуть укороченою «ближньою» перспективою, тобто, не планують подій свого життя і, образно висловлюючись, здогадуються лише про те, що будуть робити сьогодні ввечері й не далі. Крім того, життєва перспектива стає песимістичною — люди перестають чекати хорошого, безнадійною — ветерани не відчувають себе господарями свого життя. Ці відчуття і прояви тим вище, чим яскравіше були події, що травмували військовослужбовця.

Вплив тривалих, екстраординарних психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загрозою життю, призводить до таких особистісних змін, коли загострюються одні властивості особистості та нівелюються інші.

Можуть виникнути й невластиві людині риси.

«Посттравматичний стресовий розлад частіше виникає у осіб з акцентуйованим типом особистості, такими як емотивний, збудливий, той що застрягає. Тенденція до подальшої акцентуації після виникнення ПТСР ... виявилася у, тривожного, афективно-екзальтованого, збудливого, педантичного і демонстративного типів. З іншого боку, зменшилася у осіб з гіпертимним і циклоїдним характером » [12]

У ветеранів локальних війн більш серйозно страждає емоційний компонент побудови майбутнього, ніж когнітивний.На думку Якушина Н.В., «... на первинний стрес, отриманий під час війни, накладається вторинний, що виник при поверненні додому. Це стає внутрішньою основою для психічної і соціальної дезадаптації ветерана в суспільстві ». [13]

Ахмедова Х.Б. зазначає, що «ознаки посттравматичних стресових розладів (ПТСР) можуть розглядатися в якості основи, на якій формуються особистісн зміни різних рівнів ». [14]

Зауважу, що ПТСР є формою порушення психологічного здоров'я особистості, безпосередньо пов'язаного з наявністю патологічних змін особистості. Уявлення про критерії психологічного здоров'я до теперішнього моменту досить устоялися для того, щоб кваліфікувати ПТСР як його порушення.

Є декілька варіантів посттравматичного стресового розладу у війсьвокослужбовців:

1. Дисфоричний
2. Тривожний
3. Астенічний
4. Іпохондричний

Усі вони відрізняються за клінічними ознаками, факторами соціально-психологічної дезадаптації та засобами реабілітації.

**Дисфоричний варіант посттравматичного стресового розладу.**

Клінічні ознаки:

• прогредієнтний тип перебігу ПТСР з середньо-високим рівнем стресу.

• депресивний епізод легкого ступеня.

• виражена фізіологічна збудливість з ворожістю, роздратуванням, люттю, гнівом, настороженістю.

• порушення концентрації, уваги.

Фактори СПД:

• відсутність шлюбних (сімейних) стосунків.

• незадоволеність:

- положенням (статусом) в суспільстві, матеріальним станом, житлово-побутовими умовами;

- обстановкою в суспільстві і державі;

- роботою до служби в ЗСУ;

- громадською та службовою підтримкою.

Механізми СПД:

• «домінування»;

• «неприйняття інших».

Можливі причини ПТСР:

• загибель, поранення товаришів по службі і друзів, які зникли без вісті

• спостереження вбивств і поранень в ході бойових дій

• перспектива втрати військової служби через хворобу.

Самопоміч:

• Дихальна гімнастика (вправи з глибоким диханням), прогресуюча м'язова релаксація з досягненням ефектів заспокоєння, поновлення, активації.

Взаємодопомога:

• забезпечення базових потреб (їжа, вода, безпека)

• доступ до інформації.

Клінічні результати:

1. Купірування вираженої збудливості, реактивності, дратівливості і агресивності, проявів депресивного розладу.

2. Відновлення відчуття цінності власної особистості.

3. Вироблення навичок самоконтролю, прийняття травми, ворожості, настороженості.

4. Відновлення функцій концентрації уваги.

Особистісні результати:

1. Усвідомлення і корекція:

- основних причин і механізмів формування збудливого типу емоційного реагування;

- помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з особливостями збудливої акцентуації особистості.

2. Вироблення і закріплення емоційної стійкості до фрустраційних життєво важливих потреб; ефективних комунікативних та соціальних навичок в поведінці.

3. Формування емоційного стану з відчуттям оптимізму, врівноваженості, довіри і безпеки.

Соціально-психологічні результати:

1. Формування гармонійних сімейних відносин на основі взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємопідтримки.

2. Корекція негативного ставлення військовослужбовця до матеріального і соціального становища, економічних і соціально-побутових умов життя, взаємин з товарищами по службі, до нинішній ситуації в суспільстві і державі, що склалися.

3. Відтворення втрачених і порушених громадських зв'язків і відносин військовослужбовця або формування нових зв'язків, усунення різних соціально-психологічних обмежень.

4. Зниження почуття ізоляції і формування почуття приналежності, доречності, спільності цілей, комфорту і підтримки.

5. Забезпечення соціальної підтримки військовослужбовця.

6. Вироблення ефективних шляхів вирішення психологічних проблем повсякденного і екзистенціального рівнів в мирних умовах.

Соціальне функціонування:

1. Навчання методам прийняття наслідків бойових психотравм.

2. Формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на пережиті травми бойових умов служби і мирного часу.

**Тривожний варіант посттравматичного стресового розладу.**

Клінічні ознаки:

• стабільний тип течії ПТСР з середньо-високим рівнем стресу;

• депресивні розлади легкого ступеня;

• виражені симптоми вторгнення з нав'язливими спогадами про подію, що викликає стрес, з переживаннями обставин травматичної події, з вираженими флешбек-ефектами і снами про травматичну

подію.

Фактори СПД:

• відсутність шлюбних (сімейних) стосунків;

• незадоволеність:

- відносинами з дружиною (для одружених), дітьми, батьками,

друзями і знайомими;

- станом пихологічного благополуччя;

- міжособистісними взаємодіями.

Механізми СПД:

• «неприйняття себе»;

• виражена «відомість».

Можливі причини ПТСР:

• загроза власному життю через обстріли;

• погана забезпеченість засобами індивідуального захисту і надання першої медичної допомоги;

• травматичні події ментального характеру;

• тривале (понад 4-6 місяців) знаходження в зоні обстрілу з боку противника;

• часта участь (понад 30-50 разів) в обстрілі противника;

• висока частота (більше 30-50 разів) пережитої небезпеки бути вбитим або пораненим, попадання в засідку і т. д.

Самопоміч:

• Дихальна гімнастика (вправи з глибоким диханням), прогресуюча м'язова релаксація з досягненням ефектів заспокоєння, поновлення, активації.

Взаємодопомога:

• забезпечення базових потреб

(Їжа, вода, безпека)

• доступ до інформації.

Клінічні результати:

1. Купірування тривожних розладів і їх еквівалентів, нав'язливих страхів, спогадів і переживань, пов'язаних з травматичною подією.

2. Нормалізація вегетативних функцій організму.

3. Корекція помилкових висновків і когнітивних спотворень, пов'язаних з травматичною подією.

4. Зменшення почуття провини, відновлення відчуття цінності власної особистості.

5. Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють пацієнтові знижувати рівень тривоги і уникати розвитку

вторинних страхів.

Особистісні результати:

1. Ідентифікація когнітивних елементів і фізичних симптомів формування тривожного стану.

2. Вироблення навичок опанування тривожністю

і ефективного управління своїм станом і емоційними реакціями.

3. Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють пацієнтові знижувати рівень тривоги і уникати розвитку вторинних страхів.

Соціально-психологічні результати:

1. Вироблення навичок сімейних відносин, пов'язаних взаємопідтримкою, взаємодопомогою і емпатією.

2. Зниження почуття ізоляції і формування почуття групової приналежності, спільності цілей і психологічного комфорту при спілкуванні.

3. Забезпечення соціальної підтримки війсковослужбовця, створення підтримуючої атмосфери прийняття себе та інших.

4. Вироблення самостійності і ефективних шляхів вирішення проблем повсякденного і екзистенціального рівнів.

5. Відтворення втрачених і порушених громадських зв'язків і відносин військовослужбовця або формування нових зв'язків.

Соціальне функціонування:

1. Навчання методам прийняття наслідків бойових травм.

2. Реоріентація відносини військовослужбовця до травм бойових умов служби.

3. Формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на травми отримані в бойових умовах служби і мирного часу. [15]

**Астенічний варіант посттравматичного стресового розладу.**

Клінічні ознаки:

• регредієнтний тип перебігу ПТСР із середнім

рівнем стресу;

• депресивні розлади середнього ступеня з депресивним настроєм, явищами деперсоналізації і дереалізації, порушеннями сну (труднощі з засинанням), пам'яті і концентрації уваги.

Фактори СПД:

• низька працездатність;

• безробіття (страх втратити роботу);

• незадоволеність:

- способом життя;

- особистісною реалізацією.

Механізми СПД:

• «емоційний дискомфорт»;

• «ескапізм».

Можливі причини ПТСР:

• загроза втратити життя через обстріли;

• загибель товаришів по службі і друзів;

• недостатня тривалість сну (неповноцінний відпочинок)

Самопоміч:

• Дихальна гімнастика (вправи з глибоким диханням), прогресуюча м'язова релаксація з досягненням ефектів заспокоєння, поновлення, активації.

Взаємодопомога:

• забезпечення базових потреб (Їжа, вода, безпека)

• доступ до інформації

Клінічні результати:

1. Купірування астенічних, депресивних розладів, нормалізація сну.

2. Вироблення і закріплення емоційної стійкості по відношенню до травм.

3. Формування навичок і вмінь адекватного емоційного і поведінкового реагування на травми, що виключає астено-депресивні механізми.

Особистісні результати:

1. Усвідомлення і корекція:

- основних причин і механізмів формування депресивного типу емоційного реагування.

2. Вироблення і закріплення:

- емоційної і поведінкової стійкості до формування реакцій депресивного спектра;

- соціальних навичок, пов'язаних з взаємопідтримкою, взаємодопомогою, взаєморозумінням, самоповагою.

Соціально-психологічні результати:

1. Корекція негативного ставлення військовослужбовця до сформованого образу свого життя і характеру особистісної реалізації.

2. Реоріентація відносини військовослужбовця до образу свого життя і характеру особистісної реалізації (в разі неможливості їх зміни), що склалися за рахунок формування альтернативних установок, інтересів, цінностей і життєвих цілей.

3. Формування у військовослужбовця почуття спільності цілей і підтримки з боку соціального оточення.

4. Вироблення навичок самостійного і ефективного вирішення соціально-психологічних проблем повсякденного і екзистенціального рівнів.

5. Формування професійної адаптації, реадаптації військовослужбовця спільного з метою збільшення рівня його задоволеності своєю професією і службою.

Соціальне функціонування:

1. Навчання методам прийняття наслідків бойових травм.

2. Реоріентація відносини військовослужбовця до травм, отриманих в

бойових умовах.

3. Формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на пережиті травми, отримані в бойових умовах.

**Іпохондричний варіант посттравматичного стресового розладу.**

Клінічні ознаки:

• середньо-високий рівень стресу;

• тривожні розлади середнього ступеню з соматичними сенсорними і серцево-судинними симптомами;

• депресивні розлади легкого ступеню

з соматичнию тривогою, іпохондричними розладами;

• виражені прояви перебільшеного реагування на звичайні подразники з симптомами уникнення подразників, що асоціюються з травмою,

Фактори СПД:

• відсутність шлюбних (сімейних) стосунків;

• незадоволеність:

- змістом служби в бойових умовах, умовами професійної діяльності;

- фізичним станом

Самопоміч:

• Дихальна гімнастика (вправи з глибоким диханням), прогресуюча м'язова релаксація з досягненням ефектів заспокоєння, поновлення, активації.

Взаємодопомога:

• забезпечення базових потреб (їжа, вода, безпека);

• доступ до інформації.

Клінічні результати:

1. Купірування проявів загальної тривоги, іпохондричних страхів, перебільшеного реагування на звичайні подразники і подразники, що асоціюються з психотравмою.

2. Афективна переоцінка травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості.

3. Формування нових форм когнітивного і поведінкового реагування, що дозволяють пацієнту знижувати рівень загальної і соматичної тривоги і уникати розвитку вторинних іпохондричних страхів.

Особистісні результати:

1. Усвідомлення і корекція:

- основних причин і механізмів формування іпохондричного типу емоційного реагування;

- помилкових висновків і когнітивних спотворень.

2. Ідентифікація когнітивних елементів і фізичних симптомів формування тривожного стану.

3. Вироблення і закріплення емоційної і поведінкової стійкості до формування реакцій тривожного спектру.

4. Формування нових форм когнітивного реагування, що дозволяють пацієнтові знижувати рівень ипохондритизації.

Соціально-психологічні результати:

1. Вироблення вмінь формування гармонійні сімейні відносин.

2. Формування професійної адаптації, реадаптації військовослужбовців з метою збільшення рівня його задоволеності своєю професією і службою. [16]

Вітчизняне поняття «психологічне здоров'я» сформувалося під впливом поглядів А. Маслоу і передбачає, по-перше, «прагнення людей бути «всім, чим вони можуть », розвивати весь свій потенціал через само актуалізацію ... І друга складова психологічного здоров'я – прагнення до гуманістичних цінностей ». [17]

Психологічно здорова людина перш за все творить, її агресія мінімальна. Крім того, вміє 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 ». [18] 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: найчастіше вона стає неадекватно заниженою, або компенсаторно завищеною. Будучи на війні героєм, при повернення в мирне життя, солдат стає не просто рядовим громадянином, а часто стає нікому не потрібним в силу особистісних змін, що в нього з’явилися, що відбиваються на способах спілкування і ведення справ. Зміна самооцінки надзвичайно істотно і важко коригується, так як «Ставлячись до ядра особистості, самооцінка є важливим регулятором її поведінки ». [19]

Відзначу, що в житті рідко бувають події, які можна трактувати як однозначно хороші, або однозначно погані. Бойовий досвід і його наслідки у вигляді ПТСР дуже багато учасників військових дій трактують як позитивний життєвий досвід. «... Травматична вплив в ряді випадків сприяє особистісному 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 ».1 [20] Подібна активність в побудові свого життя викликана суб'єктивним почуттям «особистісної зміни» [21] , 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 поділяю погляд психологів, які детально досліджували проблему реадаптації на ПТСР як на один з варіантів нормального розвитку життєвих подій ветерана. Будь-яка людина, яка повернулася з війни, відчуває тимчасову дезадаптацію в мирних умовах. «Успішне подолання негативних наслідків переживання травматичних подій залежить від рівня активності суб'єкта посттравматичної адаптації та його здатності до реалізації оптимальних стратегій виходу з кризової ситуації ». [22]

1.2 Дезадаптивні прояви у військовослужбовців з ПТСР як соціально-психологічна проблема

Наслідки військових дій для особистості військовослужбовця могли б бути значно слабкіше, якби не негативна громадська думка щодо колишніх учасників військових конфліктів.

Громадська думка формується в тісній залежності від масштабів військового конфлікту. Аналіз психологічних аспектів Першої та Другої світових війн показує, що «з початком військових подій подібного роду докорінно змінюються змістовні і динамічні характеристики суспільства у всіх воюючих державах. У надрах соціального організму відбуваються потужні «тектонічні» зрушення: змінюється зміст і режим діяльності більшості інститутів держави ». [23] 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, в яку б страту він ні входив, вписується вже не в норми, права і обов'язки мирного часу, а в систему норм і прав воюючого народу ». [24] Якщо подивитися з цієї точки зору, то перемога і поразка в війні стосується як армії, так і народу.

Військовий конфлікт, в якому беруть участь наші військові, відрізняється тим, що не відбувається перебудови економічної та соціальної сфер життя суспільства і держави. Громадяни діляться на учасників збройного конфлікту та тих, хто не брав участь. Ті, хто не беруть участь складають більшість мирного населення формують громадську думку з приводу збройного конфлікту в загальному і дій армії зокрема. Як правило, «по сприйняттю військового конфлікту, по ціннісним орієнтаціям щодо його, по зв'язаних з ним соціальним очікуванням у суспільстві і армії можуть спостерігатися істотні відмінності ». [25] Для кожного учасника бойових дій це може мати прямі соціальні наслідки.

Таким чином, самі характеристики локального військового конфлікту і звичайна на нього громадська реакція, в майбутньому забезпечують посилення ПТСР у військовослужбовців і, як наслідок, дезадаптації в мирних умовах.

Дезадаптація, викликана ПТСР, проявляється в поведінці, діяльності, спілкуванні військовослужбовця. Крім того, що військовослужбовець сам зазнає труднощів, страждає від проявів цього розладу і негативних переживань, страждають також близькі йому люди, друзі та трудовий колектив.

Порушення соціального статусу при ПТСР є дуже важливим показником дезадаптації.Лазебна Е.О. і Зеленова М.Е [26] виявили значущі відмінності між групами адаптованих і дезадаптованих ветеранів за показником «наявність роботи». Соціальна дезадаптація проявляється в тому, що ветерану важко знайти роботу і на ній затриматися. Для них характерна низька стабільність в професійному житті. Вони частіше змінюють місце роботи, частіше ця робота є низькооплачувана і низькокваліфікована, працівники рідше роблять гарну кар'єру.

Зниження рівня соціальної адаптованості — найбільш очевидний для оточення наслідок психічної травми. Серед ветеранів локальних війн і збройних конфліктів частіше зустрічаються такі форми дезадаптивної поведінки як алкоголізм, наркоманія, схильність до вчинення актів насильства. Також значно частіше відбувається аутоагресивна поведінка у вигляді самоушкоджень і суїцидальних спроб. Показники ПТСР багато в чому збігаються з характеристиками суїцидальних особистостей:

1. Депресивний настрій, часто з втратою апетиту, життєвої активності, проблеми зі сном.

2. Може бути присутня сильна залежність від наркотиків чи алкоголю.

3. Почуття ізоляції.

4. Відчуття безнадійності або безпорадності. В такий момент загроза суїциду може бути першим сильним почуттям.

5. Нездатність спілкуватися з іншими людьми через почуття безвиході і думок про самогубство.

6. Вони вважають, що краще не стане ніколи.

7. Вони мають «тунельне бачення», тобто нездатність побачити щось позитивне, що могло б бути прийнятно для них. Вони бачать тільки один вихід з ситуації, що склався. [27]

При яскравому прояві ПТСР форму і частоту дезадаптивної поведінки в групах ветеранів можна порівняти з найбільш нещасливими соціальними групами. Лазебна Е.О. і Зеленова М. Є., які наводять дані по різних групах населення, ясно вказують на те, що в більшості випадків розвиток асоціальної поведінки в будь-якій формі передувало ПТСР і девіантна поведінка є, по суті, яскравою формою поведінки дезадаптивної. «В цілому, рівень функціонування в сфері соціальних контактів у дезадаптованих афганських ветеранів виявився нижче. Серед них спостерігався більш високий рівень алкоголізації, випадки наркотичної залежності, більше розлучень і менша кількість вступили в шлюб, а також частіше зустрічалися сім'ї, в яких не було дітей ... ». [28]

Значно вищим у ветеранів військових конфліктів зі зниженими показниками соціальної адаптації є рівень конфліктності та агресивності у взаєминах. Підвищення рівня конфліктності поведінки наука пояснює в першу чергу суб'єктивними причинами. Зовнішній конфлікт з оточенням є проекцією конфлікту внутрішнього, а той, у свою чергу, викликаний високим ступенем фрустрації, виникає «при обмеженнях суспільства щодо потреб індивіда». [29] «Внутрішня детермінанта грає особливо важливу роль внутрішньоособистісних конфліктах, оскільки вони, проектуючи міжособистісними і міжгруповими конфліктами, самі виробляють їх. Як приклад російський дослідник А.В. Брушлинский посилається на існування посттравматичного стресу, який людина відчуває тривалий час після травми і який позначається на поведінці особистості і її стан » [30] Загострення конфліктності пов'язано зі зміненими цінностями особистості, загостренням певних рис характеру, посиленням акцентуації і спробами зберегти нормальну самооцінку. Крім того, соціальні навички, частина з яких була втрачена у військових умовах, вимагає відновлення і розвитку. Частково конфліктність посилюється через те, що подальша поведінка в мирних умовах ветеран завжди вибудовує з урахуванням можливої небезпеки для життя і здоров'я, завжди залишаючись насторожі.

У багатьох людей, які брали участь у військових конфліктах, особистість набуває агресивну або деструктивну забарвлення. Підвищення агресивності може бути пояснено з точки зору як фрустраційної теорії агресії, так і з точки зору теорії соціального навчання. «Фрустраційна теорія агресії вводить фактор для пояснення поведінки - ситуаційний. Агресія виступає як реакція на фрустрацію (і будь-яка фрустрація неминуче викликає агресію) ». [31] Соціальне вчення передбачає, що у людини закріплюються ті форми поведінки, які отримують позитивне підкріплення. В умовах бойових дій агресія, спрямована на супротивника отримує позитивне підкріплення. «Ситуативний розвиток агресивних дій стає залежним від особистісних структур ». [32] В умовах світу суспільство не сприймає і засуджує застосування агресії, чим створюється вимога соціального перенавчання.

ВИСНОВНИ ДО РОЗДІЛУ 1

Коротко узагальнюючи, можна зробити наступні висновки за матеріалами Першого розділу:

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

2. ПТСР накладає істотний відбиток на перебіг психічної діяльності носія.

3. До важливої ​​симптоматики ПТСР можна віднести вкорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу.

4. ПТСР тягне за собою особистісні зміни, найважливішими проявами яких стають агресивність і конфліктність.

5. ПТСР є причиною соціальної дезадаптації.

6. ПТСР у багатьох випадках передує асоціальній і девіантній поведінці військовослужбовців, включаючи суїцидальні спроби;

7. ПТСР є не лише особистою проблемою військовослужбовця, але і громадським питанням, так як, багато в чому, його прояви породжуються громадською думкою і ставленням мирного населення до ведення бойових дій в зонах військових конфліктів.

РОЗДІЛ 2. ВІЙСЬКОВО-ПСИХОЛОГІЧНА СИСТЕМА РЕАДАПТАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Психологічні основи побудови системи реадаптації та реабілітації в Збройних силах України

Реабілітація — це відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними і соціальними чинниками. Нині реабілітація застосовується для ефективного і раннього повернення хворих і людей з інвалідністю д побутових і трудовим процесів, відновлення особистісних властивостей людини Вона складається з медичного, фізичного, психічного, професійного, соціально-економічного аспектів.

Безумовно, здоров'я і норма не існують без суперечностей і дати однозначно вичерпне визначення цих понять важко На підставі обліку біологічної значущості фізіологічної реакції організму на подразник Загрядскій В.П. (1972) висунув наступне, що не претендує на закінченість, визначення поняття норма. «Пі фізіологічною нормою слід розуміти зону фізіологічних змін досліджувани показників, в межах якої зберігається оптимальна в даних конкретних умовах життєдіяльність організму і в заданих параметра ефективності та тривалості працездатність (боєздатність) людини ». [33]

Також складно, але необхідно розмежувати поняття «втома» і «хвороба». Праці Бертлі С., Хіта Е., Медведєва В.І. дозволяють говорити про те, що стомлення характеризується тимчасовим зниженням працездатності людини внаслідок тривалості виконання інтенсивної роботи і погіршенням функціонального стану організму. Втома, за своєю суттю, є прикордонним станом між «нормою» і «патологією». Воно може перерости в перевтому, яка повністю відповідає поняттю хвороба і зажадає проведення спеціальних лікувально-профілактичних заходів.

Ми виходимо з того, що здоров'я військовослужбовця і будь-якої іншої людини — це таке якісний стан організму, який дозволяє в конкретних клімато-географічних, екологічних та соціальних умовах відчувати себе з фізичної, психічної, соціальної і моральної точок зору найбільш комфортно. На оптимальному рівні здоров'я у людини відповідно до вікових та індивідуальних норм здійснюються всі його фізіологічні функції, біохімічні та поведінкові реакції.

Основною складовою поняття здоров'я є вроджена і набута здатність адекватно адаптуватися до постійних і швидко мінливих природних, виробничих і соціальних умов середовища проживання і при цьому підтримувати фізичний і розумовий добробут. Стани здоров'я і хвороби обмежені станом напруги, яка розвивається в результаті активації процесів адаптації, і використовують резерви організму.

Фізична реабілітація військовослужбовців — це певний комплекс заходів, спрямований на відновлення функціонального стану організму, заповнення адаптаційних резервів, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер особистості, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово-професійну працездатність і довголіття.

Фізична реабілітація військовослужбовців включає оцінку:

1. Функціонального стану військовослужбовців.
2. Визначення оптимальних шляхів і методів впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності.
3. Оцінку фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності, зіставлення їх з номінальними показниками професійної працездатності.
4. Здійснення професійної реабілітації.
5. Корекцію самосвідомості, самооцінки і самопочуття.

Система фізичної реабілітації військовослужбовців повинна включати наступні складові:

1) психологічну — естафети, прогулянки, екскурсії (психологічне розвантаження);

2) фізичну (фізичні вправи, що застосовуються і в ЛФК, АФК);

3) медичну — оцінка функціонального стану для вибору адекватних

фізичних навантажень; масаж, гідро- та термопроцедури, фармакологічний вплив;

4) соціальну — тестування за якістю життя (професійне довголіття);

5) професійну — професійне довголіття.

Застосування фізичної реабілітації у військовослужбовців дозволить швидко і якісно відновити функціональний стан організму, заповнити адаптаційні резерви, нормалізувати емоційну, моральну і мотиваційну сфери особистості, досягти оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово-професійну працездатність і довголіття. [34]

Система реабілітації та реадаптації в Збройних силах України базується на двох основних підходах:

1. У першому випадку, реабілітація і реадаптація розуміється як відновлення цільового психологічного ресурсу військовослужбовців. «Під цільовим психологічним ресурсом розуміється сукупність особистих психологічних можливостей військовослужбовця в доступних для використання обставин соціального і ергономічного середовища, що обумовлюють його здатність вирішувати бойові завдання певного типу (класу, рівня) ». [35]

2. У другому випадку як відновлення соціального, психічного статусу і підвищення адаптивних можливостей в мирному житті.

Для першого підходу розроблено Концепцію психологічного забезпечення бойових дій особового складу частин Сухопутних військ в військових конфліктах. У викладі А.Г.Караяні, «Психологічне забезпечення являє собою технологічну систему, призначену для формування, збереження і відновлення цільового психологічного ресурсу, необхідного учасникам локального військового конфлікту для ефективного вирішення ними бойових завдань. Вона виступає невід'ємним елементом системи вищого порядку – морально-психологічного забезпечення бою ». [36]

Дуже довгий час поняття« морально-психологічного забезпечення» військовими вченими не розроблялося. Капітан першого рангу запасу зазначає: «Ми багато разів проводили опитування офіцерів про те, що ж вони розуміють під цим терміном і отримували від них самі суперечливі відповіді ». [37]

Розробка Концепції, яка викладається, проводилася в два етапи: теоретичний і експериментальний, і має серйозні наукові та практичні основи. Для реабілітаційної та ре адаптаційної роботи в ній відводиться особливе місце, точно визначаються основні поняття, головні напрямки побудови та організації психологічної роботи.

Відповідно до цієї Концепції, рішення задач психологічного забезпечення здійснюється на стратегічному, оперативному і тактичному рівнях. На стратегічному рівні вирішуються завдання створення сприятливого зовнішнього середовища і психологічних передумов для ефективних бойових дій військ. Однією з важливих задач роботи на цьому рівні є «розгортання і організація функціонування системи психологічної реабілітації та соціально-психологічної реадаптації з урахуванням прогнозованих обсягів психотравматизації військовослужбовців і потреби в психологічної корекції ». [38]

На оперативному рівні серед інших задач, як найбільш важлива виділяється: «Здійснення першого етапу соціально-психологічної реадаптації воїнів, які завершили участь в бойових діях ». [39]

На тактичному рівні психологічне забезпечення охоплює комплекс заходів, що стосуються лише частин і з'єднань, що діють безпосередньо в бойовій обстановці або готуються до вирішення бойових завдань.

Тобто, справжня Концепція передбачає, що реадаптація і реабілітація проводиться на тактичному, оперативному і стратегічному рівнях і включає в себе наступні елементи: «Психологічний карантин» (перебування військовослужбовців деякий час в середовищі товаришів по службі з поступовим допуском в нього цивільних осіб); створення соціального середовища в країні, місцях постійної дислокації, в сім'ях учасників бойових дій, що реадаптуються; проведення психореабілітаційні заходів з військовослужбовцями, що зазнали психотравматизації; психологічний моніторинг станів воїнів, які повернулися з району бойових дій.

Проблема реадаптації і більш глибокого відновлення психіки і організму солдата після військових дій стає актуальною вже безпосередньо після закінчення бою і військових дій загалом. Таке розуміння проблеми «психологічної дезінфекції» збройними силами всього світу сформувалося не відразу. Найбільш просунулися в цьому питанні фахівці армії США. Одну із загальних установок, на основі якої будується реадаптаційна система США можна сформулювати наступним чином: реадаптація починається в зоні бойових дій і при виведенні військ з місць збройного конфлікту. «Американське командування та військові психологи, вирішуючи проблему психологічної адаптації військовослужбовців при їх поверненні в мирне життя, акцентували увагу на наступних моментах:

1. Виведені війська потребують психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються в Штати, слід організувати теплий прийом, суть якого - «Ентузіазм, прощення і турбота».

2. Робота з оцінки психологічного стану військ і по ліквідації психологічних наслідків війни (стресів) повинна вестися в процесі переформування і передислокації частин.

3. «Втома після бою» може трансформуватися в посттравматичні розлади психіки (стреси). До цього треба ставитися як до природної реакції людини, що опинилася в протиприродній ситуації (на війні) ». [40]

В даний час в багатьох арміях світу прийнята система саме таких установок, що дозволяють правильно ставитися до післябойових проблем військовослужбовців, а також сприймати посттравматичний синдром як одне з найпоширеніших наслідків війни.

Психологічна оцінка і самооцінка військовослужбовця і первинна психологічна допомога йому у вигляді консультації, бесіди проводиться незабаром після бою на післябойових оглядах. Такий огляд в ідеалі допомагає військовослужбовцю розібратися в своїх переживаннях, настроях, зібратися з думками, проаналізувати, що ж сталося з ним в ході бою і після нього.

Система реадаптації будується з урахуванням потреб не тільки самого ветерана, а й його найближчого соціального оточення. Метою діяльності командирів, заступників з виховної роботи, військових психологів на етапі «карантину» є задоволення природних потреб учасників бойових дій у визнанні, розумінні, знятті психологічної напруженості, психологічна підготовка до мирних умов життя. На даному етапі, як показує практика військових конфліктів в Афганістані, В'єтнамі, доцільне проведення наступних заходів:

1. По-перше, необхідно здійснити ретельний розбір бойових дій особового складу, в ході якого оцінити внесок кожного у вирішення бойових завдань підрозділу, частини.

2. По-друге, протягом періоду реадаптації, військовослужбовці повинні бути залучені в ненудну і нескладну діяльність (бойові навчання, робота з обслуговування техніки, написання листів, культурна та спортивна діяльність); малорухливі заходи повинні бути зведені до мінімуму.

3. По-третє, необхідно організувати спеціальну психологічну підготовку учасників бойових подій до життя і діяльності в мирних умовах. Тут доцільно використовувати лекції, бесіди, консультації, групові заняття.

4. В-четвертих, досвід проведення реадаптації військовослужбовців показує, що необхідно вже на цьому етапі ретельно виявляти військовослужбовців, які отримали бойові психічні травми. На цьому етапі необхідно дотримуватися конфіденційності, тому що включається механізм психіатричної стигматизації. [41]

Проблема своєчасного виявлення військовослужбовців, які отримали бойовий стрес, є особливо гостро, якщо врахувати, що «при збереженні психотравмуючих впливів, відсутності терапії та деяких інших обставин ослаблена психічна дезадаптація поступово може стабілізуватися, в результаті чого невротичне реагування розширюється на все більш широке коло впливів на людину (загальна дезадаптація, невротичний стан і т.д.). [42]

Таким чином, чим більше часу проходить з моменту отримання бойового стресу, тим більше шансів, що у військовослужбовця розвинеться серйозна форма дезадаптації. Якщо розуміти реадаптацию і реабілітацію як відновлення соціального, психічного статусу військовослужбовця і підвищення його адаптивних можливостей в мирному житті, то потрібно зазначити, що військові вчені та практики вважають доцільною трирівневу систему психологічної реадаптації ветеранів бойових дій:

1. Перший рівень базується на можливостях, які є у військових частин і військових комісаріатів.

2. Другий рівень передбачає використання санаторіїв, будинків відпочинку, туристичних баз.

3. Третій рівень складають державні і недержавні реабілітаційні центри. Світовий досвід свідчить, що число і пропускна здатність реабілітаційних центрів повинні забезпечувати перебування в них кожного ветерана протягом одинадцяти тижнів, в тому числі з їхніми дружинами і дітьми. [43]

Психореабілітаційні заходи проводяться в мирних умовах в спеціальних реабілітаційних центрах, державних і недержавних. У комплексі з медикаментозною терапією і роботою по відновленню соціального статусу військовослужбовця, проводяться і психологічні заходи, спрямовані на подолання ПТСР.

«Реабілітація - це не тільки профілактика, лікування або працевлаштування, це, перш за все, новий підхід до людини ». [44]

У реабілітаційному центрі республіки Білорусь використовується чимало коштів для реабілітації психіки. «По-перше, немедикаментозна терапія, психотерапія індивідуальна і групова, сімейне консультування, методики релаксації і біологічного зворотного зв'язку. По-друге – фізіотерапія. Фізіотерапевтичні методи врівноважують і активізують процеси збудження і гальмування, сприятливо впливають на емоційно-вольову сферу, сприяють зняттю втоми, підвищують загальний тонус організму. По-третє – фармакотерапія, де накопичено великий досвід лікування і реабілітації розладів, пов'язаних з тривожністю ». [45]

Якушкін зазначає, що у всіх реабілітаційних заходах необхідно звернення до особистості хворого. Шлях до одужання лежить через когнітивну переробку травми, трансформацію особистості, через особистісний ріст. Для одужання ветерану необхідно прийти до згоди з самим собою і реальними подіями свого військового життя.

Особистість військовослужбовця вторинна по відношенню до його обов'язків. Необхідність звернення до особистості військовослужбовця і до поняття особистісного зростання до сих пір не усвідомлена, не дивлячись на величезний світовий досвід і статистику психічних втрат в війнах.

Психологічна робота в Збройних силах України по реабілітації та реадаптації ґрунтується на принципах:

1. Гуманізму, що підкреслює пріоритетність особистості військовослужбовця в системі цілей психологічного забезпечення та забезпечує моральний вибір засобів впливу на військовослужбовців.

2. Системного підходу, який передбачає, що об'єктом діяльності є система «військовослужбовець-середовище».

3. Конфіденційності, яка передбачає збереження таємниці про проблеми військовослужбовця, застосування психологічних знань про нього строго за призначенням.

4. Матеріально-технічної оснащеності, яка передбачає наявність відповідної бази для психологічних заходів.

Ефективність психологічного забезпечення можна оцінити через досягнення необхідного стану цільового психологічного ресурсу військовослужбовця. Військовослужбовець повинен бути готовий діяти як в бойовій обстановці, так і після відповідної реабілітації та реадаптації нормально жити в мирних умовах.

2.2 Основні напрями роботи, організаційні форми та ефективні методи діяльності військового реабілітолога, які забезпечують функціонування системи реадаптації та реабілітації в Збройних силах України

Війна залишає слід на кожному, хто хоча б день брав участь в бойових діях.

Повертаючись додому, кожна людина може опинитися в ситуації, коли буде мати потребу в додатковій медичній та психологічній допомозі. На сьогодні Центральна військово-медична комісія вже видала понад 10 тисяч постанов, що зв'язують поранення, контузію, каліцтво або захворювання за участю в АТО. А в Рекомендаціях за результатами парламентських слухань, що відбулися в жовтні 2016-го року, було зазначено: близько 4000 учасників АТО отримали статус інваліда війни.

З огляду на наведені дані, цілком ймовірно, що навантаження на медико-реабілітаційні заклади буде рости, а характер звернень створить нові виклики для української системи охорони здоров'я.

З аналізу норм чинного законодавства, зокрема Закону "Про реабілітацію інвалідів в Україні" №2961-IV від 06.10.2005 р., слідує, що система реабілітації спрямована тільки на тих, хто вже має інвалідність. І це парадокс, оскільки реабілітація насамперед потрібна для того, щоб уникнути інвалідизації і запобігти погіршенню стану здоров'я.

Ніякі спеціальні норми по реабілітації військовослужбовців, які брали участь в бойових діях, чинним законодавством теж не передбачені. Протоколи по стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), затверджені Наказом МОЗ "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі" №121 від 23.02.16 р., — єдиний документ, що стосується реабілітації військовослужбовців. Однак протоколи регулюють вузькоспеціалізовані питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям в закладах МОЗ. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях і розладах, які можуть виникнути у людини, яка пройшла через бойові дії, законодавством поки не встановлено.

А тим часом зміни, внесені у 2015 році в ст. 11 Закону "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей", вимагають від військовослужбовців обов'язкового проходження психологічної реабілітації після повернення з районів бойових дій. Ухвалення зазначеної норми супроводжувалося шквалом критики, оскільки вона прямо суперечить основам законодавства України про охорону здоров'я, що містить пряму заборону обов'язковості і примусового медичного або психологічного втручання. А брак бюджетного фінансування остаточно унеможливлює обов'язкове проходження психологічної діагностики та реабілітації учасниками АТО.

Першим підзаконним актом, покликаним вирішити проблему реабілітації, був Указ президента "Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО" №150 / 2015 від 18.03.2015 р. Зокрема, в ньому визначено завдання Кабміну розглянути питання про збільшення штатної кількості психологів в закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників АТО, і, в разі необхідності, забезпечити збільшення відповідного фінансування таких закладів.

Указом президента було поставлено завдання забезпечити залучення фахівців з фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу учасників АТО в госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників АТО.

Крім того, згідно з указом Кабмін повинен був вирішити питання про створення регіональних центрів психологічної реабілітації та лікування, служб соціально-психологічного відновлення учасників АТО, а також спеціалізованої психологічної, психіатричної, психотерапевтичної допомоги шляхом залучення до роботи у відповідних центрах кваліфікованих фахівців.

Цим же указом президент поставив завдання розробити Державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників АТО. Програмою, яка повинна була розроблятися за участю Київської міськдержадміністрації і обласних держадміністрацій, пропонувалося передбачити співпрацю з міжнародними організаціями для реалізації нових проєктів, спрямованих на соціальну адаптацію учасників АТО.

У відповідь на поставлені президентом завдання Кабмін видав Розпорядження "Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО" № 359-р від 31.03.15 р., яким передбачено вживання наступних заходів:

- проведення обов'язкового медичного огляду військовослужбовців, звільнених у запас (демобілізованих), оскільки сьогодні Наказ міністра оборони "Про порядок проходження військово-медичної експертизи в ЗСУ" №402 не передбачає проходження обов'язкового медичного огляду для військовослужбовців після звільнення зі служби;

- створення і розвиток транспортних служб з перевезення осіб з інвалідністю для транспортування учасників АТО, що отримали поранення в заклади охорони здоров'я;

- надання психологічної реабілітації військовослужбовцю не пізніше ніж за тиждень до його звільнення з військової служби;

- сприяння волонтерської діяльності в проведенні заходів з реабілітації та соціальної адаптації демобілізованих військовослужбовців, і т.п.

Сьогодні питання психологічної реабілітації військовослужбовців найбільш комплексно врегульовано підзаконними актами Міноборони. І тут є деякі проблеми, а саме: реабілітація — це те ж санаторно-курортне лікування з елементами медичної і медико-психологічної реабілітації. Однак нормативно-правова база є досить відпрацьованою.

Наказом Міноборони №703 від 09.12.2015 р. було затверджено переліки медичних показань і протипоказань до санаторного лікування та медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах ЗСУ. Тобто визначено перелік захворювань.

Наказом Міноборони №702 від 09.12.2015 р. затверджено Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів).

У Положенні зазначено, що реабілітаційні заходи проводяться з усіма військовослужбовцями зі складу військових частин, які проходять відновлення боєздатності, в зв'язку з великою поширеністю стресових розладів серед військовослужбовців.

Таким чином, після виведення з району проведення АТО для відновлення боєздатності військової частини починається етап психофізіологічної діагностики військовослужбовців. На цьому етапі особовий склад проходить обов'язкове психодіагностичне обстеження, проведене штатними посадовими особами і силами позаштатних (спеціалізованих) груп. Положенням визначено, що кожен військовослужбовець повинен бути проінформований про умови та форми здійснення реабілітаційних заходів.

Основні завдання психологічної реабілітації військовослужбовців, що наважуються на цьому етапі — оцінювання рівня бойової готовності військових частин, виявлення військовослужбовців, які мають хворобливий характер психічних реакцій, і спрямування їх до закладів охорони здоров'я. Крім того, проводиться діагностика індивідуальних психофізіологічних станів військовослужбовців з виявленням гострих реакцій на стрес і виявлення військовослужбовців з ознаками фізичної і розумової перевтоми, вираженою астенізацією, психічною дезадаптацєю і т.п.

Після чого проводиться індивідуальне психологічне консультування військовослужбовців з проблем особистого характеру, професійних, зловживання алкоголем і наркотиками, асоціальної поведінки, проблем при гострих психологічних кризах і т.д. Тривалість психологічної реабілітації військовослужбовців визначається рішенням командира військової частини за погодженням з керівником позаштатної або спеціалізованої групи. [46]

Організація і контроль виконання заходів психологічної реабілітації військовослужбовців покладаються на Генштаб ЗСУ.

Медичну реабілітацію проводять у формі санаторно-курортного лікування у відповідних закладах Збройних Сил України та на підставі Наказу Міноборони №703.

У ВСУ також діє Інструкція про організацію санаторно-курортного лікування, медичної і медико-психологічної реабілітації, затверджена Наказом Міноборони України №591 від 04.11.2016 р. Згідно з Інструкцією, на санаторно-курортне лікування можуть бути спрямовані особи при наявності одного з діагнозів, визначених Наказом Міноборони №703.

Напрямок може бути наданий військовослужбовцям (крім строкової служби), членам їх сімей, членам сімей загиблих військовослужбовців, ветеранам війни з числа військовослужбовців, ветеранам Нацгвардії і органів внутрішніх справ, які супроводжують інвалідів війни І групи (без права на лікування), працівникам ЗСУ.

Напрямок надається на підставі рішення санаторно-курортних відбіркових комісій. Путівкою особа може бути забезпечено один раз на рік. Військовослужбовці та працівники ЗСУ забезпечуються путівками в період відпусток. Термін санаторно-курортного лікування в центрах (санаторіях) становить 21 календарний день і, в разі необхідності, може бути продовжений на 10 днів.

Медична реабілітація доступна тільки військовослужбовцям ЗСУ. В окремих випадках передбачена можливість отримання путівки для людей, що супроводжують військовослужбовців (без права на лікування). На медичну реабілітацію особи переводяться з лікувально-профілактичних закладів за наявності медичних показань, визначених тим же наказом Міноборони №703. Рішення про переведення приймає госпітальна військово-медична комісія.

Заходи медико-психологічної реабілітації спрямовані переважно на осіб, які брали участь в бойових діях, в АТО, і на військовослужбовців. Направлення на реабілітацію надається після стаціонарного лікування в лікувально-профілактичних закладах через поранення, травми, захворювання і в разі наявності медичних показань, визначених Наказом №703.

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців проводиться спільно командою фахівців в складі лікаря, який є керівником команди, психолога (психотерапевта), лікаря фізичної і реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, в разі необхідності — ерготерапевтами та іншими фахівцями. [47]

І медико-психологічна, і медична реабілітація, і санаторно-курортне лікування проводяться на базі відомчих санаторіїв Міноборони. Відповідно, порядок оформлення путівки приблизно однаковий.

Для отримання санаторно-курортного оздоровлення особи, звільненої зі служби, вона повинна перебувати на обліку у військкоматах, а військовослужбовці — у військових частинах.

Відбір військовослужбовців, працівників Збройних Сил України та членів їх сімей, що потребують санаторно-курортного лікування здійснюється санаторно-курортною відбірковою комісією (СКВК) військових частин за місцем служби (роботи, перебування на обліку), згідно з діагнозом, що визначено Наказом №703, на підставі результатів щорічного медичного обстеження (для військовослужбовців) і довідки на отримання путівки на санаторно-курортне лікування за формою №070 / о.

Відбір на санаторно-курортне лікування ветеранів війни здійснюється СКВК військових комісаріатів на підставі заяви, довідки на отримання путівки на санаторно-курортне лікування за формою №070 / о, паспорта, посвідчення.

Військовослужбовці проходять обов'язковий медичний огляд і психологічну діагностику в пунктах постійної дислокації своїх частин згідно з Наказом №702.

Військовослужбовці з ознаками перевтоми, хронічної втоми або дезадаптаційних розладів особистості або гострою реакцією на стрес направляються командирами військових частин на амбулаторне обстеження в лікувально-профілактичні заклади.

За результатами амбулаторного медичного обстеження і на підставі висновку госпітальної військово-медичної комісії (ГВМК) військовослужбовці направляються на медико-психологічну реабілітацію у центри (санаторії).

Відповідальним за відбір на медико-психологічну реабілітацію є голова ГВМК. Начальник медичної служби військової частини на підставі висновку ГВМК становить і подає командиру військової частини на затвердження заявку на необхідну кількість путівок на медико-психологічну реабілітацію.

Всупереч песимістичним прогнозам і недосконалості чинних норм і бюджетів, не слід все ж забувати про задекларовані плани і завдання в сфері безпеки і оборони. Зокрема, Указом президента № 240/2016 від 6.06.2016 р. було введено в дію рішення РНБОУ "Про Стратегічний оборонний бюлетень України" від 20.05.2016 р., де була вказана необхідність створення системи медичної реабілітації, яка забезпечувала б відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби.

СОБ — це фактично дорожня карта реформи оборони з визначенням шляхів її впровадження до 2020 року. Згідно з Планом дій, повинен бути затверджений ряд нормативно-правових актів, спрямованих на побудову системи психологічної та медичної реабілітації військовослужбовців. Відповідно, до 2020 року варто очікувати затвердження порядку залучення системи охорони здоров'я держави до надання медичної допомоги, лікування та медичної реабілітації поранених, а також створенню реабілітаційних закладів як складових єдиної системи реабілітації.

Повинні бути затверджені Військово-медична доктрина України, принципи і політика медичного забезпечення Сил оборони згідно з принципами та політиці медичного забезпечення НАТО (МС 0326/3), з урахуванням національних особливостей. Крім того, повинні бути розроблені методики проведення медичної реабілітації для відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій і т.п. [48]

Реабілітаційна робота реабілітологами військових частин проводиться як в мирних умовах, так в районі бойових дій, органічно включаючи свою діяльність в трирівневу систему реабілітації. На методичному і технологічному рівнях є істотні відмінності при роботі в різних умовах : в бойових умовах реабілітація тісним чином пов'язана з підтримкою і психологічною допомогою, а в мирних умовах — реабілітація здійснюється в комплексі з повноцінним відпочинком, медичними заходами, діяльність по відновленню соціального статусу, включає роботу з сім'єю військовослужбовця і, безсумнівно, проводиться на основі гарної матеріально-технічної бази. Але все рівно реабілітаційна діяльність психолога здійснюється в наступних напрямках:

1. Організаційна робота, що включає в себе всі рівні планування діяльності психолога, а також підготовчу і безпосередню роботу по всіх видах і напрямках повсякденної праці.

2. Психотерапевтичний вплив забезпечує цілеспрямована зміна необхідних якостей і властивостей суб'єкта, в інтересах військової служби, укладена в вербальному і невербальному впливі на емоційно-вольову, інтелектуальну, мотиваційну сферу особистості військовослужбовця, а також у створенні комфортних умов військової праці.

3. Психодіагностика, як діяльність психолога з виявлення психологічних характеристик військовослужбовців, військових колективів і різних сторін військової служби.

4. Психологічне консультування - діяльність психолога, носить рекомендаційний характер, що базується на спільному виявленні причин і недоліків існуючих станів. Консультування здійснюється у формі планомірного прийому військовослужбовців, членів їх сімей і цивільного персоналу військовим психологом.

5. Психопрофілактика - діяльність щодо запобігання небажаних проявів в психіці військовослужбовця.

6. Психокорекція, організація якої дозволяє цілеспрямовано впливати на особистість і психіку воїна, з метою зміни, зміцнення або формування необхідних якостей.

7. Робота з сім'ями військовослужбовців. [49]

Робота психолога з реадаптації й реабілітації проводиться в групових і індивідуальних формах. Для використання є обов'язковими консультації з питань психологічного стану, бесіди з військовослужбовцями, тренінгові форми роботи, освітянські лекції. Як було сказано вище, однією з основних задач є визначення в бойовій обставині людей, які схильні до психотравматизації. Експрес методикою, що дозволяє в районі військових дій виявляти людей, що потребують підтримки, може служити класифікаційна сітка, яку запропонував Ю.А. Александровский. [50]

Відповідно неї до фізіологічних (непатологічних) невротичних явищ відносять адаптаційні реакції (реакції на бойовий стрес). Вони проявляються в підвищені емоційної напруженості та психомоторних змінах, викликані страхом (безладне, безцільне метання, безліч недоцільних рухів, уривчаста незв’язна мова, знерухомлення).

Патологічні реакції проявляються, як симптоми істеричного, депресивного, астенічного, та інших синдромів. Основний показник того, що рівень травматизації не зачіпає психіку воїна, є збереження їм достатньою мірою критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності. На даному етапі повинен включатися механізм реабілітації воїна, що виражається в ґрунтовній психологічній підтримці.

На даний момент підтримка в бойовій обстановці виражається в двох формах: комунікативна і організаційно-діяльна. Комунікативні способи поділяються на вербальні, візуальні, тактильні і так далі. Організаційно-діяльні способи зводяться до твердого управління діями підлеглих, перестановці військовослужбовців, попередження контактів військовослужбовців з деморалізованими особами. [51]

Важливими корекційними засобами в бойових умовах є експрес-методи, які застосовуються на першому етапі реабілітації. «... Часто виникає необхідність на тлі нормалізації стану (головним чином, за рахунок заспокоєння, розслаблення) активізувати протікання відновних процесів, посилити мобілізацію ресурсів, тим самим створюючи передумови для формування іншого типу станів - станів високої працездатності. Існують різні методи і модифікації методик саморегуляції, по загальній спрямованості адекватні цим завданням. До них, перш за все, слід віднести техніки активної нервово-м'язової релаксації, метод аутогенного тренування, прийоми самогіпнозу, ідеомоторного тренування ». [52]

Позитивний ефект дають самомасаж і масаж, до яких військовослужбовець може вдаватися для того, що відновити та зміцнити нормальний стан в будь-якій обставині та на будь-якому етапі реабілітації.

Найбільш часто використовуваними прийомами є: прогладжування, розтирання, розминання, вібрація. [53]

Також модна навчити військовослужбовця самомасажу та найпростішим прийомам масажу. У процесі комплексної реабілітації на її другому і третьому етапах масаж здійснює професійний масажист або реабілітолог.

У разі, якщо психіка воїна піддалася бойовому стресу і його реакції можна кваліфікувати як психогенні, потрібне здійснення повномасштабних психореабілітаційних заходів. Показаннями до цього служать різні симптоми, що супроводжуються втратою критичності і можливостей цілеспрямованих дій. Основними завданнями реабілітації в цьому випадку є: діагностика психічного розладу, евакуація військовослужбовців, яким потрібна госпіталізація для відновлення психічного здоров'я, відновлення порушених психічних функцій, корекція самосвідомості, надання допомоги в підготовці до хірургічної операції тощо.

«Основними методами діагностики є візуальна діагностика і психодіагностична бесіда. Після евакуації психотравмованих воїнів із загрозливої ​​обставини можуть проводитися додаткові заходи з використанням різних тестових методик ». [54]

До таких методик відноситься методика FPI, що дозволяє вивчити рівень невротизації, спонтанної агресивності, дратівливості і іншого, а також виділити групи ризику, орієнтуючись на критерії «порушення поведінки», «порушення емоційної сфери», «високий ризик можливості суїцидальної поведінки».

«Описані критерії дозволяють виділити групу військовослужбовців, як потребують поглибленої діагностики та проведення корекційної роботи ». [55]

Крім того, для поглибленої діагностики використовується діагностичний блок: опитувальник Леонгарда-Шмишека, РСК, опитувальник Спілбергера-Ханіна, проективна методика (Малюнок неіснуючої травини, «Будинок, дерево, Людина»).

В даний час найбільш широке застосування в арміях різних держав знаходять 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 релевантна для вирішення завдань психологічної реабілітації військовослужбовців, які беруть участь в бойових діях, і поширеною формою групової раціональної терапії, є методика «Дебрифінг стресу критичних інцидентів». Вона являє собою організоване обговорення стресу, пережитого військовослужбовцями спільно при вирішенні загального бойового завдання. Мета дебрифінгу - мінімізація страждань військовослужбовців ». [56] Дебрифінг проводиться в перші 48 годин після травмуючої події. Основним механізмом дебрифінгу є техніка «закриття минулого». Вона полягає в підведенні своєрідного підсумку під тим, що було пережито і в демонстративному, фіксованому розриві зі своїми тривогами, сумнівами, нічними жахами.

В термінах майбутнього визначаються основні стратегії подолання наслідків бойового стресу, а також випадків, в яких учасник дебрифінгу повинен буде шукати спеціальну допомогу (наявність постстресових симптомів через 6 місяців після дебрифінгу, ескалація названих симптомів, наявність труднощів у виконанні найпростішої роботи і т.д.).

Таким чином, психологічна реабілітація в бойовій обстановці передбачає збереження боєготовності військовослужбовців, і уникнення ними ПТСР згодом.

На прикладах роботи реабілітаційних центрів України висвітлимо реабілітаційну роботу на другому і третьому етапах. Здійснення її проходить в мирних умовах і в комплексі з медичною та соціальною реабілітацією. "У центрі реабілітації створюється система комплексної реабілітації, яка включає в себе:

1. Психологічний блок.

2. Медичний (психотерапевтичний, неврологічний, кардіологічний) блок.

3. Блок соціальної реабілітації.

Психологічна робота з пацієнтами центру проводиться в умовах цілодобового стаціонару (протягом 24 днів) і / або амбулаторно. Психолог забезпечує систему заходів, спрямованих на психологічну реабілітацію пацієнтів центру ». [57]

Дана система реабілітації включає в себе:

1. Первинне психодіагностичне обстеження і до тестове консультування. Основне завдання цього етапу полягає у визначенні психоемоційного стану та індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів. Первинна діагностика включає в себе:

- виявлення ознак посттравматичного стресового розладу (Міссісіпскій опитувальник бойового ПТСР, Шкала CAPS для клінічної діагностики ПТСР (за критеріями DSM-IV);

- вимір рівня особистісної та реактивної тривожності (методик Спілбергера-Ханіна); .

- дослідження особистісних особливостей (16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла, ММРI і т.д.);

- вивчення особливостей емоційного стану пацієнта (тест колірних переваг М. Люшера).

При необхідності проводиться додаткова діагностика, яка доповнюється іншими методиками відповідно до цілей кожного конкретного обстеження.

2. Індивідуальна програма психологічної реабілітації (ІППР) пацієнта складається на основі аналізу отриманих в ході діагностики даних з метою найбільш ефективної реалізації реабілітаційного потенціалу пацієнта, з урахуванням його індивідуальних особистісних особливостей і запиту.

3. Виконання заходів, передбачених ІППР.

Психокорекційна робота (групова і індивідуальна) будується і проводиться відповідно до діагностичних досліджень. В психокорекційній роботі можна виділити кілька напрямків: формування навичок саморегуляції, корекція індивідуальних психологічних властивостей особистості і розвиток вищих психічних функцій і здібностей, а також особистісний ріст і розвиток комунікативних здібностей.

Колодзин в своїй роботі і рекомендаціях ветеранам військ виходить з таких принципів:

1. Справжнє фізичне і моральне здоров'я полягає не в тому, щоб відповідати чиїмось нормам і стандартам, а в тому, щоб прийти згоди з самим собою і реальними фактами свого життя.

2. Істинне зцілення приходить тоді, коли ми віддаємо належне всьому, що дізналися на своєму життєвому шляху і користуємося цими знаннями.

3. Повага створює сприятливий клімат для світу. Неповага створює сприятливий клімат для війни.

4. Вказуючи на приховані форми конфлікту, що виникає, ветерани можуть багато чому навчити людство. Знайшовши свій шлях проти конфлікту і страху, як у своїй душі, так і навколо себе, людина відчує, що життя його наповнилося змістом ». [58]

«Важливо пам'ятати, що солдат, який повернувся з фронту може довгі роки залишатися в полоні своїх спогадів і переживань, що його необхідно повернути в мирне життя психологічно, щоб він примирився з собою і дійсністю, навчився прощати себе.»

Незалежно від успіхів або невдач комітету реформ Міноборони і ЗСУ в цьому напрямку, без комплексного підходу до питання реабілітації військовослужбовці та ветерани АТО і надалі будуть позбавлені медико-психологічних послуг належної якості. Тільки побудова сучасної системи реабілітації, її твердження в законі, підкріплені порядками і бюджетними програмами, здатні забезпечити ефективне і стійке рішення для тих, хто повертається з війни додому.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Узагальнюючи все вищевикладене в цьому розділі, я можу зробити

наступні висновки:

1. Реабілітація і реадаптація служать, перш за все, відновленню цільового психологічного ресурсу військовослужбовця.

2. Реадаптація і реабілітація проводиться на тактичному, оперативному та стратегічному рівнях.

3. Реадаптація і реабілітація починається в зоні бойових дій.

4. В даний час в Україні розгорнута система трирівневої реадаптації і реабілітації.

5. Основним завданням психологічної реабілітації та

реадаптації є протидія ПТСР.

6. Реабілітація - це не тільки комплекс заходів. Це - ставлення до військовослужбовця з ПТСР.

7. Істинний шлях до одужання військовослужбовця лежить через особистісний ріст, примирення з самим собою і інтеграцію свого бойового і життєвого досвіду.

РОЗДІЛ 3. ОСОБИСТІСНИЙ РІСТ ВІЙСКОВОСЛУЖБОВЦЯ ЯК ПОКАЗНИХ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1 Створення умов для особистісного росту в консультуванні військовослужбовців «групи ризику» по ПТСР та членів родини

Індивідуальне консультування в умовах Збройних сил починається з процесу виявлення осіб, які потребують індивідуальної консультації. Для цього використовуються, перш за все, діагностичні батареї і програми.

«Програма комплексного психодіагностичного обстеження та проведення корекційних заходів з військовослужбовцями, виведеними з місць бойових дій », [59] на першому етапі передбачає масове обстеження військовослужбовців, які повернулися з бойових дій з метою виділення групи ризику та підбору індивідуальних або групових методів роботи з ними. Ця програма дозволяє направити військовослужбовців на консультацію в декількох випадках:

• якщо у військовослужбовця виявлені особистісні розлади;

• невротичні симптоми;

• глибока дезадаптація;

• суїцидальні тенденції.

Крім того, члени сімей військовослужбовців (живих і загиблих) також можуть звернутися до реабілітолога, психолога. Проблеми, з якими найчастіше звертаються дружини і матері військовослужбовців, які повернулися з району військових дій - це глибокі негативні переживання через підвищену агресивність чоловіка або сина, труднощі його адаптації в мирному житті, руйнування контактів сім'ї, алкоголізму, депресії, а також через негативний вплив на дітей в сім'ї. Особливий підхід застосовується до військовослужбовців, подружжя і родичів військовослужбовців, загиблих в районі бойових дій.

Треба відзначити, що військовослужбовці з ПТСР не вважають себе такими, що потребують спеціальної психологічної допомоги (реакції за типом «само пройде», «у всіх так», «не потрібно на цьому зациклюватися», «вип'єш - і все стане на місце »), і тому рідко звертаються до психолога самостійно. Через родичів військовослужбовця його можна залучити до консультування.

У вивченій мною психологічній літературі, я зустріла тільки одне джерело, [60]

в якому особистісне зростання військовослужбовця розглядається як основа успішної реабілітації. Переважно, реабілітаційне консультування розглядається як можливість підвищити адаптивність, уникнути асоціальної поведінки, зняти невротичні симптоми. На мою думку консультування в системі реадаптації і реабілітації повинне бути спрямоване на інтеграцію досвіду військовослужбовця, самоприйняття, розвиток самосвідомості, формування нових мотивів самоактуалізації і творчості, пошук «самого себе».

Я прийшла до такого розуміння проблеми через узагальнення досвіду консультування військовослужбовців. Для успішного консультування військовослужбовців з ПТСР необхідно забезпечити атмосферу відкритості, свободи висловлювань та переживань, співчуття, відсутність оцінки. В даному випадку військовослужбовець неминуче стикається з власним «Я», з тією людиною, якою він є і тим, яким він може стати.

Звернемося до психотерапевта К. Роджерса: «Стати собою – значить швидше розкрити єдність і гармонію, яка існує у власних почуттях і реакціях ніж намагатися використовувати маску для приховування досвіду або намагатися надати цьому таку структуру, якою він не володіє. Це значить, що реальне «Я» - це щось, що може бути спокійно відкрито в власному досвіді, а не щось, що йому нав'язується. [61]

Військовослужбовець О. звернувся за консультацією «як би між справою », ніби не наважуючись серйозно розповідати про свої проблеми. В 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 робить щасливим. Відчуває ниючу душевну, начебто ні з чим не пов'язану біль. Повернувшись з району бойових дій, він намагався забути і нікого не турбувати розповідями про те, що він там пережив. Якщо «стримати язик» не вдається, відчуває сильне почуття провини за те, що «розклеївся». Психолога вдалося спонукати О. розповідати про найяскравіших його переживаннях військових дій, одночасно дозволяючи йому розповідати, спонукаючи його приймати свої почуття і свій життєвий досвід такими, якими вони є. Поступово, через 4 консультації О. виявив, що «носить маску сильного героя». І що носити її нелегко і в загальному безглуздо. Одночасно у нього підвищився звичайний настрій, з'явилася надія і його «повів шлях» таємниці власної особистості, він став сам собі цікавий.

В якості найважливішого показника успішності особистісного зростання К. Роджерс називає «відкритість досвіду». Під цим він розуміє протилежність психологічного захисту, розширення спроможності взаємодії та обміну інформацією зі світом. Відкритість досвіду неминуче призводить до появи нових можливостей у житті військовослужбовця, загасання старих переживань, більш швидкої корекції уявлень про себе і самоставлення відповідно реальності, що змінюється. З огляду на те, що військовослужбовці з ПТСР мають схильність «застрягати» в минулому, бояться планувати, мають укорочену життєву перспективу, психологічна робота, що спрямована на підвищення відкритості з неминучістю призводить до особистісного зростання.

Військовослужбовця П. на консультацію привела дружина, яка стала помічати за ним неадекватні реакції. Якщо його щось не влаштовувало, то події розвивалися приблизно за одним сценарієм: він сердиться, потім починає сильно кричати на тему «так ми в Афганістані таких як ви ...», потім відчував напад безсилля, все кидав і йшов. Побудова взаємин, особливо ділових, стало майже неможливим, і як наслідок стало відбуватися зниження соціального статусу. В результаті спільного з психологом аналізу, було виявлено, що в ситуаціях соціальної напруги включався механізм психологічного захисту.

Психіка, "не перебудувалися на мирні рейки», сприймала ситуацію як загрозливу життю і здоров'ю, не дозволяючи новому досвіду інтегруватися. Були вироблені кілька можливих стратегій поведінки в подібних ситуаціях, військовослужбовця навчили деяким прийомам саморегуляції, що знімають стресову реакцію. Через півроку йому вдалося знизити емоційне напруження своїх реакцій, з'явилася допитливість до важких соціальних ситуацій, проявилося природне почуття гумору.

Ще одним показником безсумнівного особистісного зростання є, на думку К. Роджерса, «віра в свій організм». [62] Людина, яка відкрита 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 ситуацій, наприклад, під час перебування в нацистських концтаборах, існувала можливість приймати важливі рішення, що стосуються життя і смерті, такі як рішення, боротися за виживання ». [63] Людина вільна вибирати свої власні цінності, а не реалізовувати чужі.

Вдова військовослужбовця С., який загинув в районі бойових дій, протягом останніх трьох років зберігала пам'ять про чоловіка, міфологізуючи його образ. В її пам'яті він був найкращим чоловіком, який мав недоліків. Єдине, що гнітило її - це постійна неминуча печаль втрати. Це почуття є одним з звичайно пережитих при втраті. [64] Але в нормі, з часом воно має ослабнути, потім зникнути зовсім. Людина повинна бути здатна побудувати нові відносини. Для цього їй необхідно їх побажати. В даному випадку, нових відносин вдова побудувала, а продовжувала жити минулим, спілкуючись з образом загиблого. Найцікавіше, що її найближче оточення схвалювало її поведінку. Аналіз сформованого у неї стилю життя показав, що вона не зробила роботу з горем, не прийняла смерть чоловіка почуттями. І, як наслідок не змогла вибрати і розвинути нову ідентичність. У процесі консультування разом з психологом, реабілітологом вона поверталася до своєї втрати, до переживання горя і пов'язаних з ним негативних почуттів. В результаті їй захотілося вибрати не минуле, а сьогодення. На даний момент вона побудувала нову благополучну сім'ю.

Гуманне ставлення до людини передбачає, що в його владі вибрати жити або померти. І ніхто, крім нього не буде нести за це відповідальність. Одним із найтяжчих проявів ПТСР є суїцидальні наміри.

Військовослужбовець К. звернувся до психолога у зв'язку з постійно виникаючими думками про небажання жити. Йому здавалося, що все навкруги не таке, як там. І з людьми не сходиться, і почуття небезпеки постійне, і ніяких досягнень в житті. Усе найкраще вже було. У мирному житті все не так: люди не друзі, а конкуренти один одному. Можуть один одного обдурити заради особистої вигоди, всюди потрібно хитрувати. Навіщо жити в такому світі? Страждань не буде кінця, тому їх можна припинити, не чекаючи при цьому природної смерті. В даному випадку, залишається нічого, як чесно висловити своє ставлення до намірів клієнта і обговорити з ним, за пропозицією В. Франкла «не стільки причини небажання жити, скільки сенс життя для нього ». [65] Так почалася довга і важка дорога клієнта до самого себе, яка триває досі.

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

3.2 Групова робота з особами з ПТСР: методи, які сприяють особистісному росту

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

Найбільш вживаними є групові релаксаційні заняття із застосуванням вправ аутотренінгу і саморегуляції. Основна ціль таких занять - психологічна допомога військовослужбовцю з ПТСР прийти в згоду з самим собою, зняти психічну напругу, що дозволяє глибоко відпочити і пропустити в свідомість нові життєві ідеї, смисли, побачити невидимі до цього межі реальності. "В цілому переживання станів релаксації і аутогенного занурення істотно підвищує можливості профілактики виражених станів - зняття стресових реакцій, а також формування станів підвищеної працездатності ». [66]

У своїй роботі реабілітологи використовують релаксаційні обладнання для відео- і аудіотерапія, фітотерапії, ароматерапії, кольоротерапії, [67] спеціальні світильники, фонтани, анатомічні крісла, електромасажери. Програми будуються з урахуванням наявного обладнання.

Заняття з релаксації, саморегуляції і аутотренінгу крім того, що вони знімають нервово-психічне напруження, відновлюють емоційну рівновагу, перш за все, відкривають можливості прислухатися до самого себе, почати діяти, керуючись своїми почуттями, інтересами і прагненнями. У міру 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, за якими треба жити». [68]

Сучасний психотерапевт Р. Мей вважає, що «допомагаючи клієнту подолати особистісну проблему, консультант допомагає йому стати більш вільним ». [69]

Для військовослужбовців з ПТСР релаксаційні заняття представляють шлях до звільнення від переживань, душевного болю, невротичних розладів, налаштовують на філософський лад.

Відгуки військовослужбовців однієї з груп формулювалися наступним чином: «Я і не знав, що заспокоєння може бути таким глибоким», «Здається, що любиш весь світ і завжди його любив».

Хочеться відзначити особливий катарсичний ефект групових релаксаційних занять. Військовослужбовці з 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 такою, якою вона є.

Ще одним видом занять, що застосовується в практиці реабілітологом є групові корекційні заняття, що включають як елементи тренінгу соціальних навичок, так і психотерапевтичний вплив, побудований на використанні можливостей групової динаміки. Гомогенність групи в цьому випадку має першорядне значення: в групі беруть участь військовослужбовці, які повернулися з району бойових дій з різними показниками ПТСР. Проведення корекційної роботи ґрунтується на принципах нормативності, корекції «згори донизу» і системного розвитку психічної діяльності. Підхід в корекції глибоко особистісний: психолог не може орієнтуватися на єдиний підхід до всіх військовослужбовців, так як у них по-різному протікають психічні процеси.

Принцип системності корекції відхилень психічної діяльності вимагає враховувати, які психологічні, реабілітаційні освіти є більш важливими, а які другорядними. У цьому випадку успіх корекції обумовлюється результатами діагностичного обстеження, представляє системи причинно-наслідкових зв'язків і ієрархії відносин між симптомами і причинами.

«Забезпечення умов всебічного особистісного зростання в практиці психокорекційної роботи досягається використанням природних рушійних сил психічного і особистісного розвитку. Для досягнення успіху слід використовувати всі види діяльності і ті системи відносин, які є особистісно значущими для військовослужбовця, по відношенню до яких є емоційно насичені переживання ». [70]

Спрямованість тренінгу, перш за все, на особистісний ріст відображає вже його організація, необхідними умовами якої є:

1. Підготовка місця проведення і визначення часу проведення тренінгу заздалегідь.

2. Створення невимушеної і довірчої обстановки.

3. Розповісти учасникам норми поведінки в тренінгу.

4. Легка розминка на початку тренінгу.

5. Всі військовослужбовці повинні бути забезпечені ролями ». [71]

Тренінгове корекційне заняття досить яскраво показує, що корекція ґрунтується на гострих емоційних переживаннях учасників, дозволяє добудувати або перебудувати моделі спілкування, актуалізувати соціальні навички, як би «викреслені» з життя за непотрібністю.

Наприклад, у корекційній групі використовується вправа «Погана компанія », заснована на правилах взаємодії в примітивній групі. [72]

Емоційне напруження в жорсткій ієрархічній драбині, досягає меж за лічені хвилини. При обміні ролями учасники стають здатні почути і зрозуміти один одного за рахунок розвитку рефлексії, [73] емпатії та отримання зворотного зв'язку і нового досвіду. Виробляється навичка виходу з важкої соціальної ситуації. Так чи інакше, відбуваються зміни в «Я-образі» військовослужбовця.

Ще один напрямок, надзвичайно ефективний в роботі з військовослужбовцями - раціональна терапія. Цей напрямок ефективний, мабуть, тому що образ реабілітолога, психолога, як людини, що займається навіюванням, обговоренням багато в чому, збігається з життєвим поданням про фахівця цієї професії.

Крім того, військовослужбовці, в основному, чоловіки. Для чоловіків характерна замкнутість в переживаннях, небажання виносити свої почуття на люди.

Тому раціональний рівень є найбільш прийнятним. Цей вид терапії вимагає від реабілітолога великої наполегливості. Він являється ефективним при алкоголізмі, неврозі, девіантній поведінці.

Від реабілітолога 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 груповій корекційній роботі в армії велике майбутнє. На даний момент, коли підвищується увага до особистості людини, армія приходить до розуміння, що психологію людини важко переробити наказами, виникає перспективна можливість використовувати групові види робіт з різною спрямованістю для розвитку особистості і подолання ПТСР військовослужбовців.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Узагальнюючи все викладене в Розділі 3, я можу зробити наступні висновки і узагальнення:

1. При реадаптації і реабілітації військовослужбовцю з ПТСР можуть допомогти консультативні форми роботи реабілітолога в декількох випадках: якщо у військовослужбовця виявлені особистісні розлади, невротичні симптоми, глибока дезадаптація, суїцидальні тенденції.

2. Психологічна консультація спрямована не стільки на зняття симптоматики або пошук причин неблагополуччя, скільки «в майбутнє», на особистісний ріст військовослужбовця, розвиток його «Я-концепції», самосвідомості, формування нових сенсів життя.

3. Створення умов консультування, спрямованих на особистісний ріст, відповідна позиція реабілітолога сприяє швидкій корекції уявлень про себе і самоставлення відповідно до реальності, яка змінюється.

4. Найбільш успішним є консультування в тому випадку, коли реабілітолог в ПТСР бачить не корінь біди військовослужбовця, а закладені в ньому можливості зміни особистості.

5. Перспективним напрямок при реабілітації і реадаптації є групова корекційна робота з використанням ефективних методик і технік, вироблених в різних напрямках.

6. Заняття з релаксації, саморегуляції і аутотренінгу знімають нервово-психічне напруження, відновлюють емоційну рівновагу, відкривають можливості прислухатися до самого себе, почати діяти, керуючись своїми почуттями, інтересами і прагненнями.

7. Найбільш ефективним видом групової корекції при реадаптації є психологічний тренінг соціальних умінь і навичок, при реабілітації військовослужбовців з ПТСР – раціональна групова психотерапія.

8. Ефективність групової роботи обумовлена, перш за все, її спрямованістю на особистісний ріст військовослужбовця, прийняття ним свого досвіду і переорієнтація його життєвої перспективи на далеке майбутнє.

ВИСНОВКИ

Отримані результати дослідження теорії питання показав, що проблема реадаптації і реабілітації військовослужбовців з ПТСР - одна з найбільш складно розв'язуваних. Накопичено досить багато практичного матеріалу, зроблено велику кількість наукових досліджень, узагальнено досвід зарубіжних армій, але цього виявляється недостатньо, для того, щоб реабілітація та реадаптація була високоефетивними.

Вітчизняна військова психологія з перших днів свого існування орієнтована на глибоке пізнання закономірностей функціонування людської психіки в умовах бою, на розширення пошуку можливостей людини як бійця, як військового. Але військове середовище повинне складатися з здорових людей. Тому першочерговим завданням стає 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 псіхотравмованих воїнів він не згладжується, а посилюється, виливаючись у асоціальну поведінку, неврозоподібні реакції, соматичні захворювання, таким чином, стаючи вже предметом турботи не реабілітологів та психологів, а медиків.

Після повернення в мирне життя солдат має право розраховувати на реадаптаційні заходи і повноцінну комплексну реабілітацію, частиною якої є психологічна реабілітація.

Психологічна реабілітація проводиться в системі реабілітаційних центрів, де головна увага реабілітолога звертається на розробку індивідуальних програм реабілітації та їх реалізацію.

На мою думку ефективність групової та індивідуальної роботи істотно залежить від того, яку позицію займає реабілітолог, як він ставиться до військовослужбовця. Мова йде не поганому або гарному відношенні, а про глибоке розуміння іншої людини як здатної або нездатної до саморозвитку, самореалізації, до зміни самосвідомості, інтеграції свого досвіду. найбільш суттєві результати з'являються в роботі тоді, коли реабілітолог бачить в ПТСР не корінь проблем і бід, а можливість для військовослужбовця перерости самого себе, стати сильніше. Розуміння того, що ПТСР виникає при нестачі особистісних ресурсів, нестачі розвитку особистості, відкриває хорошу перспективну можливість для подолання ПТСР.

Предметом даного дослідження був процес психологічної реадаптації та реабілітації військовослужбовців з ПТСР в Збройних силах України.

Основними завданнями були:

1. Узагальнили і системно виклали практичний досвід реабілітологів з проблем реабілітації та реадаптації військовослужбовців з ПТСР.
2. Дослідили та оцінили ефективність системи реадаптації та

реабілітації, що склалася на даний момент в Збройних силах України.

1. Намітили нові підходи до вирішення приватних практичних завдань в системі реадаптації і реабілітації.

Основною метою було дослідження теоретичних та практичних аспектів системної реабілітації військовослужбовців.

Проаналізувавши наукову літературу і описи практичного досвіду роботи армійських виховних структур, я виявила, що психологічна робота спрямована, скоріше, на подолання наслідків, симптомів, іноді причин ПТСР. Увагу реабілітологи, психологи приділяють, в основному, минулому військовослужбовця. Цей підхід не є ефективним. Більш того, він може зруйнувати крихку рівновагу, адаптацію військовослужбовця до травми.

Я вважаю, що ефективна реабілітаційна і реадаптаційна системи повинні бути спрямовані на особистісний ріст військовослужбовця. Пошуки ліків від незрозумілої хвороби, яка не є, в повній мірі психічною, але сильно мучить і турбує людину , не даючи побудувати своє подальше життя, посилення ПТСР з роками, повинні лежати на важких шляхах особистісного зростання - тієї роботи, яку кожен повинен зробити сам.

СПИСОК ВИКОРИСТАННОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 164 с.

2. Якушин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам. / Н. В. Якушин. – К.: 1996. – 65 с.

3. Соловйов И. В. Життя після війни. / И. В. Соловйов. – К.: 1999. – 40 с.

4. Соловйов И. В. Життя після війни. / И. В. Соловйов. – К.: 1999. – 41 с.

5. Аракелов Г. Г. Стресс и его механизмы / Г. Г. Аракелов. // Вестник МГУ. – 1995. – С. 47.

6. Лазебная О. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О. Е. Лазебная, М. Е. Зеленова. // Психологический журнал. – 1999. – С. 63.

7. Лазебная О. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О. Е. Лазебная, М. Е. Зеленова. // Психологический журнал. – 1999. – С. 63.

8. Караяни А. Г. Психологическая работа в боевой обстановке. / А. Г. Караяни. – Самара, 1997. – 63 с.

9. Миско А. Е. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС / А. Е. Миско, Н. В. Тарабрина. // Психологический журнал. – 2004. – С. 44.

10. Сутність посттравматичного стресового розладу (синдрому) (ПТСР) [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://medbib.in.ua/suschnost-posttravmaticheskogo-stressovogo.html.

11. Миско А. Е. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС / А. Е. Миско, Н. В. Тарабрина. // Психологический журнал. – 2004. – С. 45.

12. Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни / Х. Б. Ахмедова. – М., 2004. – 102 с.

13. Якушин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам. / Н. В. Якушин. – К.: 1996. – 66 с.

14. Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни / Х. Б. Ахмедова. – М., 2004. – 94 с.

15. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми / О. А. Блінов. – К.: Талком, 2016. – 246 с.

16. Марута Н. О. Принципи реабілітації військовослужбовців з різними варіантами посттравматичного стресового розладу / Н. О. Марута, В. І. Заворотній. // Український вісник психоневрології. – 2018. – №3. – С. 34.

17. Дубровина І. В. Практична психологія виховання / І. В. Дубровина. – М., 1997. – 40 с.

18. Соловйов И. В. Життя після війни. / И. В. Соловйов. – К.: 1999. – 41 с.

19. Словарь Психология – М., 1980. – 352 с.

20. Лазебная О. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О. Е. Лазебная, М. Е. Зеленова. // Психологический журнал. – 1999. – С. 63.

21. Лазебная О. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О. Е. Лазебная, М. Е. Зеленова. // Психологический журнал. – 1999. – С. 71.

22. Лазебная О. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О. Е. Лазебная, М. Е. Зеленова. // Психологический журнал. – 1999. – С. 71.

23. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 63 с.

24. Кальмансон А. А. Война глазами социолога / А. А. Кальмансон., 1995. – 119 с.

25. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 72 с.

26. Лазебная О. Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / О. Е. Лазебная, М. Е. Зеленова. // Психологический журнал. – 1999. – С. 70.

27. Бабенко А. В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим синдромом. / А. В. Бабенко, Л. Н. Домашненко. – Ростов-на-Дону, 2000. – 17 с.

28. Бабенко А. В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим синдромом. / А. В. Бабенко, Л. Н. Домашненко. – Ростов-на-Дону, 2000. – 17 с.

29. Сельченок К. В. Гуманистическая и трансперсональная психология / К. В. Сельченок. – М., 2000. – 50 с.

30. Дмитриев А. В. Конфликтология / А. В. Дмитриев. – М., 2000. – 112 с.

31. Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. / Ф. С. Сафуанов. – М., 2003. – 95 с.

32. Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. / Ф. С. Сафуанов. – М., 2003. – 95 с.

33. Загрядский В. П. Избранные лекции по физиологии военного труда / В. П. Загрядский. – Л., 1972. – 32 с.

34. Здоровье и физическая реабилитация военнослужащих [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-i-fizicheskaya-reabilitatsiya-voennosluzhaschih>.

35. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 128 с.

36. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 128 с.

37. Психологический настрой: как его оценить? // Армия. – 1994. – С. 41.

38. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 130 с.

39. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 132 с.

40. Психологический настрой: как его оценить? // Армия. – 1994. – С. 41.

41. Мисюра В. Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців / В. Ф. Мисюра. – М., 1995. – 87 с.

42. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М., 1976. – 97 с.

43. Трехуровневая система реабилитации. // Ориентир. – 1996. – С. 38.

44. Якушин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам. / Н. В. Якушин. – К.: 1996. – 102 с.

45. Якушин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам. / Н. В. Якушин. – К.: 1996. – 104 с.

46. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції: клінічна настанова / Б. В.Михайлов, В. С. Гічун, О. П. Михайлік, О. М. Зінченко. – Харків; Київ, 2015. – 46 с.

47. Волошин П. В. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова. – Х.: ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. – 80 с.

48. Психологическая и медицинская реабилитация военнослужащих: что нового в законодательстве? [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: https://zn.ua/socium/psihologicheskaya-i-medicinskaya-reabilitaciya-voennosluzhaschih-chto-novogo-v-zakonodatelstve-246295\_.html.

49. Якименко В. Г. Психологическая работа в войсках / В. Г. Якименко. – М., 1998. – 39 с.

50. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский. – М., 1991. – 96 с.

51. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 155 с.

52. Леонова А. Б. Психопрофілактика стресів / А. Б. Леонова, А. С. Кузнєцова. – М., 1993. – 29 с.

53. Фомин В. В. Диалог о боевых искусствах Востока / В. В. Фомин, А. В. Линдер. – М., 1990. – 292 с.

54. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. / А. Г. Караяни. – М., 1998. – 159 с.

55. Бабенко А. В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим синдромом. / А. В. Бабенко, Л. Н. Домашненко. – Ростов-на-Дону, 2000. – 26 с.

56. Черепанов Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / Е. М. Черепанов. – М., 1995. – 67 с.

57. Мещенина Т. М. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов / Т. М. Мещенина, О. В. Пашилова. – К., 2003. – 61 с.

58. Соловйов И. В. Життя після війни. / И. В. Соловйов. – К.: 1999. – 61 с.

59. Бабенко А. В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим синдромом. / А. В. Бабенко, Л. Н. Домашненко. – Ростов-на-Дону, 2000. – 24 с.

60. Якушин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам. / Н. В. Якушин. – К.: 1996. – 104 с.

61. Райгородский Д. Я. Теории личности в западно-европейской и американской психологии / Д. Я. Райгородский. – Самара: 1996. – 398 с.

62. Райгородский Д. Я. Теории личности в западно-европейской и американской психологии / Д. Я. Райгородский. – Самара: 1996. – 402 с.

63. Глэддинг С. С. Психологическое консультирование / С. С. Глэддинг. – СПб, 2002. – 274 с.

64. Бабенко А. В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим синдромом. / А. В. Бабенко, Л. Н. Домашненко. – Ростов-на-Дону, 2000. – 13 с.

65. Кочюнас Р. С. Основы психологического консультирования / Р. С. Кочюнас. – М., 1999. – 201 с.

66. Леонова А. Б. Психопрофілактика стресів / А. Б. Леонова, А. С. Кузнєцова. – М., 1993. – 29 с.

67. Удовик С. Л. Психология цвета / С. Л. Удовик. – М., 1996. – 77 с.

68. Райгородский Д. Я. Теории личности в западно-европейской и американской психологии / Д. Я. Райгородский. – Самара: 1996. – 404 с.

69. Мэй Р. С. Чтение характера / Р. С. Мэй. – Самана, 1998. – 599 с.

70. Якименко В. Г. Психологическая работа в войсках / В. Г. Якименко. – М., 1998. – 98 с.

71. Якименко В. Г. Психологическая работа в войсках / В. Г. Якименко. – М., 1998. – 262 с.

72. Григорьева Т. Г. Основы конструктивного общения / Т. Г. Григорьева, Т. П. Усольцева. – М., 1997. – 109 с.

73. Андрєєва Г. М. Соціальна психологія / Г. М. Андрєєва. – М., 1998. – 56 с.