

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
Другий (магістерський)
Освітній рівень

Особливості прояву стресових станів у комбатантів, учасників
операції Об'єднаних Сил

назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма Психологія

номер залікової книжки

Виконав студент 2 курсу, група ППМ-20-1 Мінтян Д.А.

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник кандидат психологічних наук, доцент Попелюшко Р.П.

науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

Є. М. Потапчук

Підпис

Ініціали, прізвище

_____ 2021 р.

Хмельницький, 2021

АНОТАЦІЯ

Особливості прояву стресових станів у комбатантів, учасників операції Об'єднаних Сил

Мінтян Дмитро Андрійович

Ключові слова: стрес, комбатант, бойові дії, психічна травма, психологічна профілактика.

Об'єкт дослідження – стресові стани у комбатантів, учасників ООС.

Предмет дослідження – методи та засоби корекції стресових станів у комбатантів, учасників ООС.

Встановлені факти і сформовані на їх основі висновки були отримані за результатами дослідження щодо наявності рівнів стресового стану у комбатантів, учасників ООС.

Практична значущість дослідження полягає у виявленні особливостей стресових станів і методів їх корекції у комбатантів, учасників ООС та можливості застосування розроблених практичних рекомендації комбатантам по ефективному подоланню та профілактиці стресових станів.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СТРЕСОВИХ СТАНІВ У КОМБАТАНТІВ, УЧАСНИКІВ ООС.....	9
1.1 Психологічні особливості прояву стресу як психофізіологічної реакції організму.....	9
1.2 Особливості виникнення та протікання стресових реакцій у комбатантів.....	16
1.3. Психологічні особливості надання допомоги при стресових станах комбатантам учасникам ООС.....	21
1.4 Організації заходів профілактики психологічної травматизації комбатантів.....	27
Висновки до розділу.....	32
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, УЧАСНИКІВ ООС	35
2.1 Опис та підбір методів дослідження.....	35
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження стресових станів у військовослужбовців, учасників ООС	41
2.3 Практичні рекомендації комбатантам щодо профілактики стресових станів та ефективного їх подолання.....	48
Висновки до розділу.....	53
ВИСНОВКИ.....	56
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	60
ДОДАТКИ.....	64
Додаток А Шкала психологічного стресу Л. Рідера	64
Додаток Б Шкала оцінки впливу травматичної події М. Горовіца.....	65
Додаток В Тест «Перцептивна оцінка типу стрес-стійкості»	68
Додаток Г Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості особистості	70
Додаток Д Багаторівневий особистісний опитувальник «адаптивність»	72

ВСТУП

Війна, що відбувається на сході нашої країни, накладає відбиток на психіку військового, який повертаються із зони ООС. Понад 6 років ведення ООС участь у бойових діях взяли близько 400 тисяч захисників України. Точних даних щодо стану здоров'я ветеранів ООС в Україні немає, але за офіційними даними прес-служби Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, станом на вересень 2017 року, з 350 тисяч демобілізованих бійців ООС, 315 тисяч (90%) потребували проведення комплексної реабілітації. Протягом наступного періоду: від кінця 2015 до кінця 2016 років, – кількість військовослужбовців з ПТСР з 24,5%, збільшилася до 32,6% (від загальної кількості населення з ПТСР). Серед військовослужбовців спостерігаються: суїцидальна поведінка (518 випадків), агресивна поведінка, яка часто пов'язана із вживанням алкоголю та інші види аддиктивної поведінки (15% злочинів серед військовослужбовців пов'язані з вживанням алкоголю чи наркотичних речовин, а кожна шоста невоєнна втрата пов'язана з пияцтвом), депресія, алкоголізм, розлучені шлюби, девіантна поведінка тощо.

Ситуація «бойових дій», призводить до явних змін «функціонального стану» психічної діяльності, що характеризується розвитком сильних «негативних емоцій», таких як «тривога», «страх», «важка розумова і фізична перевтома». Стрімкий перехід до «мирної» дійсності часто не дозволяє військовим «адекватно» реагувати на ті чи інші обставини з огляду на навколишню реальність. Стрес, набуваючи «хронічного» перебігу, проникає майже у кожен аспект життя колишнього військового, включаючи «роботу», «міжособистісні відносини», «фізичне здоров'я», «самооцінку» та ін. Разом із тим, соціально-педагогічні аспекти реабілітації комбатантів, учасників ООС, вивчені недостатньо.

Тому, незважаючи на те, що проблема вивчення особливостей прояву стресових станів у комбатантів, учасників операції Об'єднаних Сил,

являється актуальною, проте, ступінь її дослідження не являється задовільною.

Присутність виявлених суперечностей і зумовили вибір теми нашої кваліфікаційної роботи – **«Особливості прояву стресових станів у комбатантів, учасників операції Об'єднаних Сил».**

Об'єкт дослідження – стресові стани у комбатантів, учасників ООС.

Предмет дослідження – методи та засоби корекції стресових станів у комбатантів, учасників ООС.

Мета дослідження полягає у дослідженні стресових станів та методів їх корекції у комбатантів, учасників ООС.

Гіпотеза дослідження: своєчасне проведення профілактичних заходів щодо комбатантів, учасників ООС, сприяє зниженню в них психосоціального стресу.

Взявши до уваги мету та гіпотезу дослідження, в кваліфікаційній роботі ставляться такі **завдання:**

1. Визначити особливості виникнення та протікання стресових реакцій у військовослужбовців, учасників ООС;
2. Провести кількісно-якісний аналіз рівнів стресових реакцій у військовослужбовців, учасників ООС;
3. Розробити практичні рекомендації комбатантам по ефективному подоланню та профілактиці стресових станів.

При вирішенні поставлених завдань були використані такі **методи дослідження:**

- *теоретичні:* методи аналізу; синтезу; порівняння та узагальнення; класифікація;

- *емпіричні:* методи спостереження, тестування, опитувальники (шкала психосоціального стресу Л. Рідера, шкала оцінки впливу травматичної події» М. Горовіца, тест «Перцептивної оцінки типу стрес-стійкості», методика «Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості особистості» Д. Рассела і М. Фергюссона);

– *методи математичної статистики*: обробка даних і графічна репрезентація результатів здійснювалась за допомогою комп'ютерної програми «Excel». Результати представлені в таблицях і малюнках.

Теоретичне значення дослідження полягає у доповненні теоретичних уявлень про психологічні особливості переживання стресового розладу комбатантами, учасниками ООС.

Практична значущість дослідження полягає у виявленні особливостей стресових станів і методів їх корекції у комбатантів, учасників ООС та можливості застосування розроблених практичних рекомендації комбатантам по ефективному подоланню та профілактиці стресових станів.

Експериментальна база дослідження. Дослідження відбувалося протягом 2021 року, та проводилася на базі «Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни». Загальна вибірка комбатантів, що приймали участь в дослідженні, склала 40 комбатантів, які демобілізувалися від 3 місяців до 2 років тому. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 20 до 45 років.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку 40 джерел посилань, 5 додатків, 5 рисунків та 6 таблиць. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 81 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СТРЕСОВИХ СТАНІВ У КОМБАТАНТІВ, УЧАСНИКІВ ООС

1.1 Психологічні особливості прояву стресу як психофізіологічної реакції організму

Проблема «стресу» у сучасній науці вивчається представниками різних «шкіл та напрямків». Це як «універсальністю даного феномена», і важливістю того значення, яке «стрес» займає у житті «сучасного» суспільства. Саме тому вивчення стресу є одним із пріоритетних завдань сучасної психології.

«Традиційно» початком розробки проблеми «стресу» вважають «1936 рік», коли «канадський дослідник Г. Сельє» звернув увагу на те, що у «пацієнтів», які страждають на різні захворювання, проявляється ряд «загальних» симптомів: «почуття нездужання», «втрата апетиту та ваги», «болі в м'язах та суглобах», «шлунково-кишкові розлади». Характеризуючи та аналізуючи ці дані, «Г. Сельє» вперше вжив слово «стрес» для позначення «стану неспецифічної напруги» у живому «організмі», що виявляється в «реальних морфологічних» змінах у різних «органах», і особливо в «ендокринних залозах», контрольованих «гіпофізом» [24].

“Наукова новизна” підходу “Г. Сельє” полягало в тому, що між «неспецифічними ознаками» він побачив «певний зв'язок», що відображає характер «захисної реакції організму» на шкідливий вплив. “Вчений” зрозумів, що це “найважливіший біологічний феномен”, властивий усім “живим істотам” з досить високим ступенем “структурно-функціональної організації”. Саме ці «клінічні» прояви «хвороби взагалі» та виявлений «експериментальний» синдром відповіді на «пошкодження» як таке стали підставою для створення «Г. Сельє» теорії про загальний, або «генералізований адаптаційний синдром» [7]. Ця «теорія» розроблялася їм

протягом «сорока років» і знайшла своє відображення у низці «фундаментальних робіт».

Хоча «Г. Сільє» і вважають «засновником стресу», передумови виникнення «вчення» з'явилися набагато раніше. На думку, не менші «заслуги» у створенні «теоретичних основ» вчення про «стрес» належать «У. Кеннон», який розробив «концепцію гомеостазу» і тим самим створив одну з «найважливіших передумов» для виникнення «вчення про стрес» [5].

Якщо зробити «змістовну характеристику стресу», то обов'язково слід визначити, що «стрес» насамперед спрямовано «відновлення гомеостазу організму», відновлення «постійного стану його внутрішнього середовища». По суті, «поняття гомеостаз» включає значення «співіснування середовища», в якому знаходиться «організм», і його власного «внутрішнього середовища». У «механізмі гомеостазу» чітко проявляється властивість «приспосовування», «адаптації організму» до зміни умов «зовнішнього» середовища, в якому він «існує» і з яким він «співіснує» [10].

Загалом стрес може бути визначений як механізм відновлення гомеостазу організму. У поняття «гомеостазу» у своїй вкладається значення «реального стану організму», у якому відбито відносно «динамічна сталість» його «внутрішнього середовища» у «фізіологічно допустимих межах». Цей «стан» підтримується завдяки складним «координаційним та регуляторним взаєминам», які здійснюються на різних «рівнях».

"Перша назва" , під яким "стрес" ввійшов у "наукове звернення" , це "загальний адаптаційний синдром" [5], у науці використовується "англійський термін" "General Adaptation Syndrom". Термін містить "безпосередню характеристику" того напрямку, в якому реалізуються стрес-реакції організму. "Особливу увагу" слід звернути на те, що при дії "дратівливих факторів" організм прагне перейти в "новий стійкий стан", змінюючи "характер сформованих внутрішніх зв'язків": "нейроендокринні", "метаболічні" і т.д. Стійкість "нового стану" визначається "системним характером змін" , зумовленим дією "зовнішнього чинника". Це також із

самого «поняття» загального «адаптаційного синдрому», запропонованого «Г. Сільє». Він назвав цей «синдром» загальним, тому що він «викликаний» лише «агентами», що призводять до «загального стану стресу» (оскільки вони впливають на «великі» ділянки тіла), і своєю чергою «викликає генералізоване», тобто системне «захисне явище». Він назвав його "адаптаційним" тому, що "воно" сприяє "придбанню" стану звички та "підтримує" цей стан. Він назвав його "синдромом" тому, що його "окремі прояви" координовані і навіть частково взаємопов'язані [5].

Отже, "фізіологічне" значення "стресу" базується на "висловленому" його розумінні, тобто "стрес" є способом набуття "резистентності організму" під впливом "шкідливого фактора".

Однією з «найбільш прийнятних» вважатимуться «когнітивну теорію стресу» Р. Лазаруса і «співавторів», за якою «стрес сприймається як «двоспрямовані відносини організму та середовища» [17]. "Стрес" є реакцією не так на "фізичні властивості ситуації", як на "особливості" взаємодії між "особистістю та навколишнім світом". Згідно з цією теорією, «стрес» – це значущі для «благополуччя особистості» відносини з «середовищем», які мають «існуючі» у розпорядженні «ресурси організму» і часом можуть їх «перевищувати». В результаті «когнітивної оцінки» значимості «реально діючого» або «уявного фактора» відбувається передбачення можливих «небезпечних наслідків». Загроза є "центральною ланкою" у концепції "психологічного стресу Р. Лазаруса". Загроза породжує «захисну діяльність» щодо усунення чи зменшення «передбачуваної небезпеки», що може «виражатися» у подоланні «ситуації», її прийнятті чи запереченні. Отже, "когнітивна оцінка", "детермінована" взаємодією "особистісного фактора" зі "стимулами зовнішнього середовища" обумовлює характер "стресової реакції".

"Основна ідея" у характеристиці "особливостей розгортання стресу" полягає в тому, що "стрес" - давній "морфофункціональний механізм". Він склався в ті часи, коли захист організму здійснювався лише від зовнішньої,

фізичної небезпеки. Виникнення "стресу" у членів "сучасного суспільства" обумовлено переважно суто соціальними причинами [17]. Проблема полягає в тому, що стрес, починаючись на соціальному рівні, негайно охоплює фізіологічний та психологічний рівні, що, у свою чергу, різко погіршує працездатність, самопочуття та професійну діяльність людини. Це призводить до «погіршення якості соціальної активності особистості», створюючи, таким чином, «замкнене коло», розірвати яке людина, спираючись на «сформовані» в нього настанови «життя та діяльності», вже не в змозі. Саме з цим, на нашу думку, пов'язана проблема перевантаженості сучасної людини стресовими станами. Людина «стереотипно» реагує на стан «загрози» навіть у тому випадку, коли «вона» не реальна, а лише виникає внаслідок «реакції психіки» людини внаслідок її «гіперсоціалізованості».

Докладніше «визначення» використовує Дж. Мак-Грат: «Стрес» є істотним «дисбалансом» між вимогою та можливістю «відреагувати» у разі, коли «неспроможність» виконати вимогу призводить до «важливих наслідків» [4].

«Дж. Грінберг» визначає «стрес» як комбінацію «стрес-факторів» та «стресової реактивності» [10].

«К. Вільям» дає таке визначення: «Стрес» є порушенням «спокою», що виникає як «реакція² на певну ситуацію чи діяльність як «зовнішню», і «внутрішню»[22]. «Ст. Калошин» до найбільш поширених «причин стресу» відносить вплив «довкілля» - шум, забруднення, спека, холод тощо; "навантаження підвищеної інтенсивності"; "фізичні"; «фізіологічні» – хвороба, розлад, травма; «інформаційні» – надмірний обсяг інформації, яку слід запам'ятати, переробити; "емоційні"; «виробничі» – значні зміни на роботі, проблеми та конфлікти; "монотонність у трудовій діяльності", в "емоційних контактах"; "повсякденні подразники": відсутність необхідних "зручностей", "сварки з оточуючими", "напружена психологічна атмосфера", "очікування", "запізнення"; відсутність «значних, бажаних соціальних зв'язків», соціальна «ізоляція», порушення «емоційно значимих»

міжособистісних відносин; важкі "життєві ситуації": "хвороба", "смерть близьких людей", "труднощі", "пережиті близькими", "втрата роботи або загроза її", стрімкі зміни "умов життя"; переломні «етапи життя»: «розлучення», «народження дітей», «початок та закінчення навчання», «перехід на нову роботу», «вихід на пенсію»; особистісна дисгармонія: внутрішньо особистісні конфлікти, кризи невідповідності реального та бажаного, кризи розвитку особистості; незадоволеність «матеріальним забезпеченням»; «невизначеність чи конкретна загроза»; «соціальні та соціально-психологічні» фактори - безробіття, соціальна незахищеність [23].

«А. Бернар» у своєму дослідженні «Стрес виліковний», зазначав, що: у 70-ті роки говорили про «позитивний вплив стресу», зокрема на «професійні» та «спортивні» результати. Так народилося «поняття корисний стрес». Визнавши помилку минулих років, сьогодні всі вважають стрес шкідливим. Підтримувати «стрес» однаково, що вживати «наркотичні речовини», причому з усіма відомими «наслідками», «передчасною зношеністю» і «ризиком зробити помилки». Стрес завжди шкідливий [21].

Традиція, що склалася дотепер у різних «галузях медичної науки», характеризує «стрес» як шкідливе явище, що завдає значної «шкоди організму». У «науковій» літературі «стрес» найчастіше розглядають як «головну» причину виникнення «захворювань» і навіть «смерті».

Справді, «різні автори» вказують на десятки «ушкоджень», які «стрес завдає організму». Найбільш «загальними і поширеними» фізичними симптомами «стресу» є «головний біль», «шлунковий біль», «відчуття здавлювання грудної клітки», «біль в області попереку», «тяжкість», «напруга в основі шиї», «хронічні запори». Можливі й інші "симптоми": "безсоння", "зниження працездатності", "нездатність повністю зосередитися", "дратівливість", "розрив" або "ускладнення" відносин з близькими, "млявість", "інертність", "загальний життєвий" спад. Під впливом «стресу» люди впадають у «депресію», «втрачають сон», «стають нетовариськими», «роздратованими», «легковажними», «неспокійними», «апатичними».

Крім перелічених «симптомів», «стрес» є причиною виникнення багатьох «соматичних» захворювань. Експериментально було доведено: "затяжні", "негативні емоції, що стереотипно повторюються" призводять до розвитку "специфічних тілесних" розладів, "психосоматичних захворювань" [1].

«Дж. Грінберг» визначає «психосоматичне» захворювання як «фізичну хворобу», причиною якої є «емоційний стрес». "Хвороба" не викликається проникненням "хвороботворних мікроорганізмів"; ця свідомість змінює «фізіологію» в такий спосіб, що відбувається порушення «нормального функціонування організму» [10].

У "психологічної літературі" розмежовуються поняття "фізіологічний стрес" і "психологічний стрес". "Фізіологічний стрес" це "стрес", що виникає в результаті впливу "зовнішніх факторів", як: "температура", "біль", "голод", в той же час його перебіг може супроводжуватися "психологічними змінами", оскільки організм є "єдиною системою", і «дія» однією її складовою впливає іншу. Хоча «стрес» не можна розглядати лише як «фізіологічну реакцію» на «соціально-психологічні» стимули, а слід брати до уваги залежність цих «реакцій» від «природи відносин» і "мотивів поведінки" індивіда. Саме на цьому наголосив «Г. Вольф», зазначивши, що «стресові реакції» виникають як від явних «фізичних», і від «символічних небезпек»[19].

Найбільш повно в «науковій літературі» представлено обґрунтування «психологічного стресу», що розглядається як «стан», що виникає, коли людина сприймає «ситуацію», в якій перебуває, як «складну, загрозову», що викликає появу таких емоцій, як «тривога», "страх", "гнів". Різні дослідники намагалися «описати та пояснити» психологічний «стрес» з наступних позицій: «ролі провідних мотивів та відносин особистості», «співвідношення певних особистісних характеристик», «психодинамічних та нейродинамічних властивостей індивіда», «статевого диморфізму», «біологічних ритмів», зокрема, явища «десинхронозу» та ін.

А. Каган, Л. Леві підтверджують, що поява "захворювань", головним чином "тілесних", відбувається під впливом "несприятливих соціальних" та "психологічних факторів" [3].

Зокрема, С. Ваде, С. Тавріс [6] встановили, що не лише «біологічні умови» можуть спричинити «хворобу». Не можна не брати до уваги, що:

– «по-перше», між «стресором і стресом» ще знаходиться така ланка, як «індивідуальна оцінка події», одна людина може сприйняти «подію» як «неприємну», іншу як «приємну чи нейтральну». По суті, "індивідуальна оцінка події" формується як з урахуванням "характеристик самої ситуації", так і з урахуванням "особистісних особливостей людини". У такому «оцінці» може переважати емоційний чи раціональний компонент;

– «по-друге», важливим є те, як «індивід» долає «стрес». Не кожна людина в стані «стресу» поводиться однаково. При «сильному психотравмуючого фактора» визначальну роль у виникненні «дистресового стану» грає не так «оцінка ситуації», як різка «емоційна реакція» людини на подію [6].

Тому зрозуміло, що для такого «виду стресу» мають значення й «умови різного ієрархічного рівня», а саме: «тріада показників стресу», яка виявляється лише за умов «вищого рівня» високою активною «мотивацією». До нижчого «ієрархічного рівня» умов, що визначають «стрес», відносяться «нейродинамічні властивості індивідуума», «властивості нервової системи» та «темпераменту». І такої думки дотримуються «Г. Горбунов та Ю. Сосновікова», акцентуючи, що «психологічний стрес» виникає на рівні «мотивів», «спрямованості особистості», на «рівні відносин», «властивостей темпераменту», «порушення цілісності організму».

Отже, «стрес» справді може спричинити велику кількість «різноманітних негативних наслідків». Багато «дослідників» не відносять однозначно «стрес» до «негативного чи позитивного явища» у житті, через різні «умови», що визначають характер «стресових реакцій». Відповідно до

цього підходу "стрес" це "сильні", як "неблагополучні", так і "благополучні" для організму реакції "різного" роду.

1.2 Особливості виникнення та протікання стресових реакцій у комбатантів

Наша держава задля забезпечення територіальної цілісності України змушена проводити бойові дії у вигляді ООС на Сході країни. Антитерористична операція "нашої держави" змушена пропускати через себе "багатотисячні маси молодих людей" і після "демобілізації" повертає їх назад в "громадянське суспільство", вносячи до нього при цьому всі особливості "мілітаризованої свідомості" і надаючи "істотний вплив" на подальший розвиток "соціум". У багатьох "наслідків" (економічних, політичних, соціальних), які будь-яка "війна" несе для суспільства, з'являються також і "психологічні наслідки" для людини, особливо для тих, хто брав безпосередню участь у "бойових діях" [5].

Психологічними наслідками участі у бойових діях та антитерористичних операціях є психічна травма, бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад та ін. Жахи війни знижують психічну стійкість і опірність стресам. При дії стресу бойової обстановки відбувається збільшення частоти алкоголізації, наркотизації, частішають випадки порушення дисципліни [30].

Психотравмуючі чинники впливають не лише на психіку воїна, але і на увесь організм в цілому. Психотравмуючі дії в умовах війни мають не лише психічну, але і соматичну сторону впливу. Страх, викликаний бойовою обстановкою, пригнічується ціною великої нервової напруги. Досягнута рівновага порушується додатковою дією, як правило, соматичного характеру. В якості одного з наслідків дії стрес-факторів особистого розвитку розглядається психічна травма [19].

При цьому, як зазначає О. Буряк, І. Гіневський, Г. Катеруша, війна приносить не тільки фізичну, а й душевну інвалідність. Учасники бойових дій, часто навіть не усвідомлюючи цього, несуть в собі тягар болю довгі роки. Одні, в силу особистісних якостей, можуть подолати ці проблеми самотійно. Іншим необхідна психологічна допомога і підтримка протягом усього життя. [5].

"Комбатант" термін "міжнародного права", що позначає "осіб", що входять до складу "регулярних збройних сил" воюючих сторін і безпосередньо беруть участь у "бойових діях", а також тих, хто належить до "особового складу ополчень", "добровольчих" і «партизанських загонів», за умови, що їх очолює «командир» і вони мають ясно видимий «відмітний знак», відкрито носять «зброю» і дотримуються «законів і звичаїв війни» [9].

Неодноразово в "психолого-педагогічній літературі" зазначалося, що діяльність "комбатантів" характеризується "екстремальністю", "фізичним" та "психічним травматизмом", що істотно впливає на "психічне здоров'я" особового складу "підрозділів" та "частин".

«Військовий конфлікт», що відбувається в «східних областях» нашої країни, накладає свій «відбиток» на психологію «комбатантів», що повертаються із зони ведення «бойових дій». Ситуація «бойових дій» призводить до виражених змін «функціонального стану» психічної діяльності, що характеризується «розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій», таких як «тривога», «страх», «важка розумова та фізична перевтома». Швидкий перехід до "мирної дійсності" часто не дозволяє "комбатантам" адекватно "реагувати" на ті чи інші обставини з точки зору "навколишньої" дійсності. ПТСР, набуваючи «хронічної течії», торкається майже кожного «аспекту» життя «комбатанта», включаючи «роботу», «міжособистісні стосунки», «фізичне здоров'я», «самооцінку» та інші.

«Військово-травматичний стрес» є одним із різновидів ПТСР. Він виникає у "комбатантів", тобто є "захворюванням" військовослужбовців. Виникнення ПТСР у «комбатанта» проявляється у таких обставинах:

1. "Стрімка зміна" умов громадянського життя на "бойову обстановку", до якої доводиться дуже швидко "адаптуватися". Це робить практично "постійним" перебування у стані "небезпеки", "руйнування", "загибелі побратимів". Деякі дослідники позначають терміном "військово-травматичний" стрес реакції, що виникають саме в цей період.

2. Швидка зміна "бойової ситуації на мирну", до якої колишньому "комбатанту" знову доводиться "адаптуватися". У цей період «дезадаптації комбатанта», як правило, досить тривалі, але все ж таки носять «тимчасовий характер», і носять назву власне ПТСР [15].

У низці "досліджень" констатується, що ПТСР у "комбатантів" складають від "10 до 50%" всіх "медичних" наслідків "бойових подій".

Результати «досліджень» дозволили виділити «чотири групи» факторів та умов формування ПТСР як «віддаленого слідства» впливу «психотравми» у «комбатантів» [12]:

1. Особливості пережитої «психотравмуючої ситуації»: «зміст»; "раптовість або непередбачуваність виникнення"; "Тривалість, інтенсивність"; "масовий, груповий чи індивідуальний характер"; "інформованість"; "своєчасність надання медико-психологічної допомоги"; «Наявність вторинних психотравмуючих факторів».

Також, існують деякі «чинники», що посилюють «небезпеку» виникнення «психічної травми» у «комбатантів», серед них слід зазначити «реальну загрозу смерті», «втрату працездатності», «втрату соціальних зв'язків», «невизначеність майбутнього», зокрема стану здоров'я, "помилки за медичної допомоги", "соціальної підтримки", "почуття безпорадності".

Виходячи з вище сказаного, необхідно зазначити, що «травматичні події» можуть набувати форми «незвичайних обставин» або «ряд подій», які наражають на «комбатанта» екстремального, інтенсивного «впливу» загрози

життю чи здоров'ю як самого «військового», так і його «значного оточення» та порушують «почуття його безпеки». Дані ситуації можуть бути «короткочасними», однак «надзвичайно сильними», тривалість може коливатися від «декілька хвилин до декількох годин», або «довготривалими» або «регулярно повторюваними», але менш інтенсивними за силою «травмуючого впливу».

2. "Соціальні" та "соціально-психологічні" фактори: "соціальна підтримка комбатанта та захист на державному та відомчому рівні"; доступність медичної «допомоги та реабілітаційних програм»; "розвиненість та характер мікросоціальних зв'язків"; "релігійність"; "соціально-економічний статус комбатанта"; «Ставлення суспільства до того, що відбувається».

Багато «досліджень» вказують на те, що достатній «рівень соціальної підтримки комбатанта», доступність його до «медичної допомоги» та «реабілітаційних програм», задовільний «соціально-економічний статус», розвиненість «соціальних зв'язків комбатанта», приналежність до якоїсь з «релігійних конфесій», які істотно знижують ризик розвитку «травматичних розладів» [2].

Ставлення «соціуму» до «психотравмуючої події» та її учасників залежить від «рівня розвитку» даного «соціуму» та його «соціально-психологічних стереотипів» і може бути як «фактором ризику», так і «фактором анти ризику» розвитку ПТСР. В даний час дії спрямовані на «звільнення захоплених» та «анексованих» територій власної країни від «окупантів та банд формувань», звільнення «полонених», захоплення «окупантів та злочинців», попередження «терористичного акту», сприймаються як «патріотичні» та супроводжуються . загалом, меншим рівнем "психічної травматизації", ніж непопулярні події.

3. «Індивідуально особистісні фактори»: «індивідуальна значущість події, що травмує, для комбатанта»; "індивідуально-типологічні особливості"; «ціннісно-мотиваційна сфера»; "Рівень нервово-психічної

стійкості»; «особливості емоційно-вольової та інтелектуальної сфери комбатанта»; «особливості життєвого стилю та стратегії подолання, механізмів психологічного захисту»; наявність в анамнезі «комбатанта нервово-психічних та соматичних захворювань та психотравмуючих факторів».

Крім «психотравми», існують додаткові «чинники», які визначають певною мірою те, як «комбатант» переживає «травму». Вплив «психотравми» на розвиток «травматичного розладу» у «комбатанта» без урахування його особистості дуже утруднений, адже «травматичний характер військових дій» залежить від того, яке вони мають значення для «військовослужбовця». Залежно від «особистісного досвіду» та досвіду дій у «бойових умовах», «стрес-толерантності комбатанта», його «адаптаційних можливостей», «навичок подолання стресу», «розуміння небезпеки ситуації», та сама «подія» може бути "психотравмуючим" для однієї особи і не здійснить "сильної травматизації" на іншу.

Дослідження, що проводилися серед «оперативних працівників силових структур» [2], показали, що ризик виникнення ПТСР, як «віддаленого наслідку впливу травматичної події», зростає в осіб з «високим рівнем особистісної тривожності», «заклопотаності станом свого здоров'я», «внутрішньої напруженості», підвищеною чутливістю та сентиментальністю.

4. «Демографічні фактори»: «вік», «стаття», «сімейний стан», «соціальний статус», «приналежність до професій підвищеного ризику».

Для «військовослужбовців» існують певні фактори, які «мінімізують ймовірність виникнення» ПТСР, такі як:

- «Наявність якісного профвідбору»;
- «Високий рівень професійної підготовки»;
- «готовність до діяльності у бойових умовах»;
- «Високий рівень психопрофілактичного забезпечення службової діяльності».

Ще одним «значущим фактором» мінімізації ймовірності виникнення ПТСР у «комбатантів» є надання їм «допомоги та підтримки» у вигляді «психологічної терапії». «Психотерапія» при ПТСР, ставить за мету допомогти «комбатанту» переробити «проблеми» і впоратися з «симптомами», які продукуються в результаті зустрічі з «психотравною ситуацією».

У своїх дослідженнях стресу та стресових реакцій Г. Аракелов зазначав, що для пізнішої «фази стресу», коли організм знаходиться на «межі норми та патології», виникають такі «системи» його ознак:

1. "Психологічні": зниження "самооцінки", рівня "соціальної адаптованості" та "фрустраційної толерантності".

2. «Фізіологічні»: переважання «тонусу симпатичної нервової системи» над «парасимпатичною», зміна «гемодинаміки».

3. «Клінічні»: «особистісна та реактивна тривожність», зниження «емоційної стабільності».

4. «Ендокринні»: підвищення «активності симпатико-адреналінової» та «гіпоталамо-гіпофізарної надниркової системи».

5. "Метаболічні": підвищення у крові "транспортних форм жиру", зміщення "ліпопротеїдного спектру" у бік "атерогенних фракцій" [14].

Наявність у військовослужбовців, учасників ООС, ПТСР викликає ці «ознаки» за найменшої згадки про «бойовий досвід». Таким чином, посттравматичний стресовий розлад у комбатантів, це постійно прихований стрес, здатний відродитися будь-якої хвилини.

1.3 Психологічні особливості надання допомоги при стресових станах комбатантам учасникам ООС

«Психотерапія» при ПТСР, ставить за мету допомогти «комбатанту» «переробити» проблеми та «впоратися» з «симптомами», які продукуються в результаті зустрічі з «психотравною ситуацією».

Ефективним підходом при досягненні цієї мети є допомога «комбатанту» у відреагуванні «травматичного досвіду», обговорюючи і наново переживаючи «думки та відчуття», пов'язані з «травмою», у безпеці «терапевтичної» обстановки. Ця діяльність призводить до «управління реакціями», які раніше були «некерованими». Цей підхід передбачає, щоб «комбатант» знову занурювався у зміст «пережитих подій», розглядаючи та «аналізуючи свої дії» та «емоційні реакції», що супроводжували те, що відбувається. «Психотерапія комбатанта», що страждає на ПТСР, залежно від виразності його «психологічної дезадаптації», може тривати від «6 місяців до кількох років» [18].

Психологи проводять «реабілітаційну роботу», як у районі «бойових дій», і у мирних умовах, органічно включаючи свою діяльність у «трирівневу систему реабілітації» [21, 22, 23]. На «технологічному» та «методичному» рівнях при роботі в різних умовах існують «відмінності»: у «бойовій» обстановці «психологічна реабілітація» тісно пов'язана з «психологічною допомогою та підтримкою», а в «мирній» ситуації – «психологічна реабілітація» здійснюється у комплексі з «медичними заходами», «повноцінним відпочинком», включає «роботу із сім'єю комбатанта», діяльність із відновлення «соціального статусу» і, безперечно, проводиться на основі «хорошої матеріально-технічної бази». Але за будь-яких умов «реабілітаційна» діяльність психолога повинна здійснюватися в наступних «напрямах»:

1) "організаційна робота", що включає в себе всі "рівні планування" діяльності психолога, а також "підготовчу" та "безпосередню роботу" за всіма видами та напрямками "професійної діяльності";

2) «психопрофілактика» – діяльність із «запобігання небажаним» проявам у психіці «комбатанта»;

3) «психодіагностика», як діяльність «психолога» щодо виявлення психологічних характеристик «комбатантів», «військових колективів» та різних сторін «військової служби»;

4) «психологічне консультування» – діяльність психолога, який має «рекомендаційний характер», заснована на спільному виявленні «причин та недоліків існуючих станів»; "консультування" здійснюється у формі планомірного прийому "комбатантів" та членів їх сімей;

5) "психокорекція", організація якої дозволяє "цілеспрямовано" впливати на особистість та психіку "комбатанта", з метою зміни, "зміцнення" або "формування" необхідних якостей;

6) «психотерапевтична дія» забезпечує цілеспрямовану зміну необхідних «якостей і властивостей комбатанта», на користь «військової служби», здійснену у «вербальному та невербальному» впливі на «емоційно-вольову», «інтелектуальну», «мотиваційну» сферу особистості «комбатанта», а також у створенні «комфортних» умов проходження «військової служби»;

7) робота із сім'ями «комбатантів» [11].

У загальному вигляді «модель психологічної реабілітації комбатантів» із ПТСР містить такі послідовні «кроки»:

- «взаємна адаптація психолога та комбатанта»;
- «навчання комбатанту методам саморегуляції»;
- катарсичний етап (повторне переживання травматичних подій);
- «обговорення найбільш типових форм поведінки» (з прикладу життєвих ситуацій);
- "Апробація нових способів поведінки через гру" [11].

У роботі з "комбатантами" добре зарекомендували себе такі напрями "психотерапії", як "гештальт-терапія", "сімейна терапія", "нейролінгвістичне програмування", "символ-драма", "тілесно орієнтована терапія", "арт-терапія", метод «десенсибілізації» та «перетворення рухами очей» та ряд інших.

«Психологічної реабілітації» потребують також діти, батьки та члени сімей «комбатантів», які самі перебували в «психотравмуючій ситуації», чекаючи щодня страшної звістки. Засобом реабілітації таких сімей можуть

бути спеціальні центри соціально-психологічної реабілітації комбатантів, клуби родичів осіб, які пройшли через військові дії.

«Психологічна допомога комбатантам» – учасникам «бойових дій» в Україні має містити кілька «напрямів» [10]:

1. «**Діагностика** синдрому соціально-психологічної дезадаптації у комбатанта» виходячи з результатів «психодіагностики» індивідуальних особливостей «військовослужбовця».

Основними «завданнями» вивчення психічного стану «комбатантів», які зазнали впливу «бойового стресу», є:

1. «визначення наявності, складу та виразності виявлених негативних психологічних наслідків бойового стресу»;

2. «з'ясування причин їх виникнення та збереження»;

3. "встановлення ефективності способів подолання комбатантом негативних психологічних наслідків бойового стресу";

4. «Визначення доцільності використання тих чи інших методів психологічної допомоги конкретному комбатанту».

Здійснення «діагностичної бесіди» можливе за умови подолання «комунікативного бар'єру», який, як правило, виникає у «комбатантів» з приводу інформації, пов'язаної з «психотравмуючим досвідом», який вони переживають. Проведення «діагностичної бесіди» дозволяє «комбатантам» розповісти про те, що сталося з ними під час «бойової психотравмуючої ситуації», відреагувати «емоції», пов'язані з періодом їх життя, що важко згадується, «подивитися на те, що сталося» ніби з боку, "відновити цілісну картину" значимих їм актуального " психічного стану " подій. Більш ґрунтовно усвідомити і, можливо, «переосмислити» те, що вони пережили в «психотравмуючій ситуації», і те, як це вплинуло на їхні «подальші вчинки», «життєдіяльність та психічне здоров'я». Повноцінне проведення «діагностичної бесіди» сприяє також «психологічній підготовці комбатантів» до подальшої участі, якщо це необхідно, у «реабілітаційній роботі».

2. **"Психологічне консультування"**. В «індивідуальних бесідах» необхідно дати «комбатанту» можливість висловити все наболіле, виявляючи зацікавленість його «оповіданням». Також необхідно роз'яснити, що пережитий ним «стан» – тимчасовий, і він «притаманний усім», хто брав участь у «військових діях». Дуже важливо, щоб комбатант відчув розуміння та побачив готовність допомогти йому не лише з боку фахівців, а й близьких та рідних. Потужним засобом «психологічної реабілітації» є щирий прояв розуміння та терпіння, з боку «психологів» та рідних, до проблем «комбатантів», які пережили «психотруючі» військові події. Відсутність такого розуміння та терпіння іноді призводить до «трагічних» наслідків [10].

3. **«Психокорекційна робота»**. "Психологічна корекція" або "психокорекція" - це діяльність з виправлення тих "особливостей психічного розвитку", які за прийнятою системою "критеріїв" не відповідають "оптимальній моделі". Кваліфікована "психотерапевтична допомога" необхідна тим "комбатантам", у яких відзначаються різко виражені та запущені "порушення адаптації" (прояви "ПТСР": "депресія", "алкоголізм", "девіантна поведінка" тощо).

4. **«Навчання навичок саморегуляції»** (прийомів зняття «напруженості» за допомогою «релаксації», «аутотренінгу» та інших методів).

5. **"Соціально-психологічні тренінги"** з метою підвищення "адаптивності комбатанта" та його "особистісного розвитку".

"Тренінг релаксації". "Комбатанти" з ПТСР навчаються "прогресивної м'язової релаксації".

Цей «тренінг» підвищує можливості «комбатанта» при поданні епізоду «травматичної події» та зменшує занепокоєння, викликане цим уявленням, що необхідно для підготовки «комбатанта» до конструктивної стадії «реабілітації».

"Тренінг позитивних образів". Після досягнення "реакції релаксації комбатанта" вчать уявленню приємних "позитивних образів".

"Тренінг стійкості до стресу" спрямований на формування правил "особистої відповідальності" та "активності" у протистоянні "стресовим подіям", на зменшення почуття "безпорадності та руйнування атрибуції" "пасивної жертвовності".

6. **"Допомога у професійному самовизначенні"**, "профорієнтація" з метою перенавчання та подальшого "працевлаштування" [8].

Основними «принципами» проведення «психологічної реабілітації комбатантів» є:

1. «оперативність» – надання «психологічної допомоги» відразу чи якнайшвидше, після закінчення впливу «стресогенних впливів бойової діяльності»;

2. "гнучкість" - своєчасна зміна "форм та методів психологічного впливу" залежно від "психічного стану комбатанта" та умов проведення "психологічної реабілітації";

3. "системність" - використання "методів", що дозволяють здійснювати "комплексний і взаємопов'язаний" вплив на психіку "комбатанта", виходячи зі структури основних форм прояву "негативних наслідків бойового стресу";

4. "багатоступінчастість" - оперативне використання "пунктів та центрів психологічної реабілітації" залежно від "складності завдань", що вирішуються в процесі "реабілітації" [16].

«Психологічна реабілітація» також має включати «психологічну освіту комбатантів» та членів їхніх сімей, максимізацію існуючої «соціальної» підтримки або створення нової, забезпечення отримання «професійної підтримки» для збереження оптимальної «трудової чи освітньої» продуктивності.

Якщо «комбатант» з ПТСР не отримав користі або очікуваного результату від кількох курсів «комплексної реабілітації», необхідно розглянути застосування інших заходів «психосоціальної реабілітації» для запобігання або зниження «інвалідності чи непрацездатності», пов'язаної з

ПТСР, та для сприяння «відновленню», «соціальної інтеграції» та «покращення якості життя».

Отже, «психологічна реабілітація комбатантів» має здійснюватися одночасно за такими «напрямами», як: «діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у комбатанта»; "психологічне консультування"; «психокорекційна робота»; «навчання навичкам саморегуляції»; "соціально-психологічні тренінги"; «Допомога у професійному самовизначенні, профорієнтації».

1.4 Організації заходів профілактики психологічної травматизації комбатантів

Окрім несприятливих соціально-економічних, політичних, екологічних чинників, інформаційної перенасиченості, пришвидшення життєвого ритму та ін., комбатанти, які залучаються до участі в ООС, відчують потужний негативний вплив стрес-чинників бойової обстановки, що обертається нервово-психічним перенапруженням, зростанням чисельності різноманітних психічних порушень, граничних нервово-психічних розладів, і, як наслідок, зниженням ефективності виконання завдань за призначенням, збільшенням суїцидальної активності, випадків небойових втрат.

Запобігти наслідкам такого впливу можливо за умови якісної психопрофілактичної роботи серед особового складу. Розглядаючи питання збереження психологічного здоров'я військовослужбовців, варто зауважити, що психопрофілактичні заходи тісно пов'язані із заходами психогієни.

Цілі психопрофілактики та психогієни в певній мірі схожі. У психогієни головна мета – збереження, зміцнення і поліпшення здоров'я шляхом відповідної організації природного і соціального середовища, способу життя, трудової (службової) діяльності. Для психопрофілактики основним є попередження психічних розладів. Ряд завдань у психопрофілактики та психогієни загальні. Наприклад, завдання

нейтралізації або послаблення патогенного впливу навколишнього середовища, що викликає ті чи інші порушення психіки [14].

За даними ВООЗ, психопрофілактика поділяється на «первинну», «вторинну» і «третинну»:

- **«первинна психопрофілактика»** – це «комплекс» заходів, вкладених у «попередження шкідливих впливів» на людську «психіку». На цьому «рівні» система «психопрофілактики» полягає у вивченні витривалості психіки за впливом шкідливих агентів навколишнього середовища та можливим «шляхам збільшення цієї «витривалості», а також у попередженні психогенних захворювань;

- **вторинна психопрофілактика** полягає у максимально ранньому виявленні початкових етапів нервово-психічних порушень, попередженні їх негативних наслідків чи психологічної кризи;

- **«третина психопрофілактика»** – це попередження «рецидивів» та «хронізації нервово-психічних захворювань» та відновлення «працездатності людини» [6].

Однією з причин зростання кількості осіб із психічною патологією, у тому числі і тих, у яких діагностуються після травматичні стресові розлади й інші психічні порушення, що обумовлені впливом життєво небезпечних ситуацій, є недостатня розробленість та впровадження програм профілактичної спрямованості [2].

Профілактика після травматичних порушень у тих, хто пережив екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході та містити медичні, психологічні та соціальні заходи [9].

Психопрофілактика повинна здійснюється за наступними принципами: комплексність (вплив на різних рівнях соціального та соціально-психологічного просторів особистості); адресність (урахування віку, статі, соціального статусу); масовість (пріоритет групових форм); позитивність інформації; мінімізація негативних наслідків; особистісна зацікавленість і

відповідальність; максимальна активність особистості; спрямованість на майбутнє, актуалізація позитивних цінностей і цілей [1].

Організація психопрофілактики психологічної травматизації здійснюється з урахуванням завдань, які вона повинна вирішувати.

Завданнями «первинної профілактики» є:

- «формування цінності здоров'я та здорового способу життя»;
- «створення умов розвитку особистісного потенціалу кожної людини»;
- «самореалізації особи у різних видах діяльності»;
- підвищення поінформованості про «загальні питання здоров'я» та «здоровий спосіб життя», наслідки застосування різних «видів алко-, нарко-, токсичних речовин» тощо;
- «мотивування до збереження та зміцнення здоров'я», ведення «здорового способу життя», використання безпечних «поведінкових практик»;
- «формування та розвиток» навичок культурного проведення дозвілля;
- формування «життєвої перспективи» та «умінь» щодо прогнозування «власної поведінки» з оцінкою його «наслідків» та «впливу» на побудовані «життєві стратегії».

«Вторинна профілактика» передбачає обмеження «поширення певних негативних явищ», що вже мають місце в «суспільстві чи соціальній групі», попередження «загострення» таких явищ та їх наслідків, «запобігання поглибленню соціальної дезадаптації осіб», яким притаманна «девіантна поведінка». Основними завданнями вторинної профілактики є:

- надання своєчасної психологічної підтримки або допомоги комбатантам при виконанні завдань за призначенням у разі складних життєвих обставин;
- мотивування до зміни «образу життя» та «відмови» від небезпечних та/або «неправомірних поведінкових практик»;
- «посилення підтримуючого середовища»;

– «розвиток підтримуючих мереж у складі найближчого оточення» [5].

Третинна профілактика спрямована на попередження рецидивів проявів психологічної травматизації. Завданнями «третинної профілактики» можуть бути:

- «зменшення шкоди», заподіяне «особі», «сім'ї», «соціальной групі», «суспільству» існуюче «негативне явище»;
- «виявлення» та, по можливості, усунення причин та умов, що сприяють розвитку після стресових порушень;
- Мотивування осіб до збереження власного психологічного здоров'я всіма доступними засобами;
- відновлення психологічного та соціального статусу комбатанта; покращення якості життя;
- Попередження рецидивів [5].

Т. Журавель виділяє такий «алгоритм дій», що має бути дотриманий під час «реалізації профілактики» незалежно від її «виду»:

- 1) дослідження причин та факторів проблеми;
- 2) "організація взаємодії" суб'єктів "профілактики" у подоланні "проблеми";
- 3) «планування діяльності, організаційна та методична підготовка»;
- 4) "вплив на особистість";
- 5) «вплив на проблемне середовище»: «запобігання негативному впливу середовища»; розширення "можливостей задоволення потреб, подолання проблеми", повноцінної "життєдіяльності";
- 6) "моніторинг проблеми, аналіз ефективності профілактичних заходів".

Якщо оцінка ефективності профілактичного впливу показує незадовільний результат, необхідно повертатися на етап планування та організації профілактичного впливу [5].

На сьогоднішній день вченими та практиками доведено, що окремі «профілактичні заходи» дозволяють вплинути на «обмежену кількість»

факторів «проблеми». Тому слід «погодитися» з тим, що «організовувати профілактичну роботу» тільки у формі «поодиноких», не пов'язаних між собою «заходів» доцільно тоді, коли «причини проблеми» носять «поверховий характер», а їх «усунення» не потребує «значні» зміни «соціального середовища». Здебільшого «профілактичні заходи» будуть «ефективними» лише у «комплексі» з іншими заходами у процесі «реалізації профілактичної програми».

У здійсненні психопрофілактичної роботи психолог керується нормативними та етичними вимогами, що регламентують його професійну діяльність. Ці вимоги чітко сформульовано у нормативно-правових документах психологічної служби у різних сферах суспільної практики. Окрім цього, психолог повинен дотримуватись спеціальних правил організації психопрофілактичної роботи:

- психолог має право і повинен здійснювати психопрофілактичні заходи лише в межах своєї професійної компетенції;
- психолог може розглянути лише психологічні аспекти профілактики (у протилежному випадку він може дискредитувати себе і втратити довіру серед особового складу, що негативно відобразиться на подальшій професійній діяльності);
- при потребі психолог може залучати до організації та проведення психопрофілактичних заходів інших осіб;
- залучення до психопрофілактичних заходів інших суб'єктів має бути вмотивованим та без примусу;
- психолог повинен забезпечувати системність та цілеспрямованість психопрофілактичних заходів, єдність і злагодженість дій усіх залучених суб'єктів психологічної профілактики [17].

Планування та організація психопрофілактичної роботи може здійснюватися за такою схемою:

1. Діагностика і прогнозування стану психопрофілактичної роботи у військовому підрозділі. Це дасть змогу проаналізувати результати

попередньо проведеної психологічної профілактики, визначити, з чого почати свою роботу, які найбільш актуальні напрямки психопрофілактики та прийнятні для даної організації форми й методи її здійснення.

2. Визначення мети і завдань психопрофілактичної роботи. Мета визначається відповідно до актуальної психологічної проблематики підрозділу; у завданнях конкретизується загальна мета; вони визначаються на осяжний період часу, з урахуванням специфіки військового колективу, рівня його готовності до роботи в цьому напрямку, а також виходячи з кількості часу, який психолог планує відводити саме на цю роботу.

3. Розробка плану психопрофілактичної роботи: зазначаються оптимальні форми та методи психологічної профілактики, графік психопрофілактичних заходів, умови співпраці з іншими фахівцями; планування психопрофілактичної роботи повинно здійснюватися за принципами цілеспрямованості, систематичності, цілісності.

4. Організація, виконання та облік-контроль психопрофілактичних заходів: за потреби психолог може корегувати план психопрофілактичної роботи; забезпечується контроль за його виконанням відповідними особами [17].

ВООЗ визначає «якість життя» як «інтегральну оцінку» й ефективність реабілітації та пропонує оцінювати його за такими параметрами: «фізичні»; «психологічні»; «ступінь незалежності»; «життя в суспільстві»; «довкілля»; духовність і особистісні переконання [26].

Висновки до розділу

У розділі проведено аналіз проблем виникнення, прояву та наслідків стресових станів у комбатантів, учасників ООС, на підставі чого сформульовано низку таких положень:

1. Констатовано, що «стрес» може «викликати» безліч «негативних наслідків». Багато «дослідників» не відносять однозначно «стрес» до

«негативного чи позитивного явища» у житті «людини», через різні «умови», що визначають «характер стресових реакцій». Відповідно до цього підходу «стрес» – це «сильні, як неблагополучні, і благополучні для організму реакції різного роду». Неодноразово в "психолого-педагогічній літературі" зазначалося, що діяльність "комбатантів" характеризується "екстремальністю", "фізичним" та "психічним травматизмом", що має "істотний вплив" на "психічне здоров'я" особового складу "підрозділів та частин".

2. Звернено увагу, що військовий конфлікт, який відбувається у «східних областях нашої країни», накладає свій «відбиток» на психологію «комбатантів», які повертаються із зони «ведення бойових дій». Ситуація «бойових дій», що призводить до виражених змін «функціонального стану» «психічної діяльності», що характеризується «розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій», таких як «тривога», «страх», «важка розумова» та «фізична перевтома». "Швидкий перехід" до "мирної" дійсності часто не дозволяє "комбатантам" адекватно реагувати на ті чи інші обставини з точки зору навколишньої дійсності. ПТСР, набуваючи хронічного перебігу, торкається майже кожного аспекту життя комбатанта, включаючи роботу, міжособистісні стосунки, фізичне здоров'я, самооцінку тощо.

3. Констатовано, що особливою категорією населення, яка має специфічні особливості соціально-психологічної адаптації, є воїни ООС, які внаслідок участі у бойових діях та антитерористичних операціях отримали значні психологічні травми, бойовий стрес, посттравматичні стресові розлади та ін. Встановлено, що для воїнів ООС часто характерні розлади адаптації. Саме для учасників антитерористичних операцій найчастіше властиві посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації – психічні розлади, що виникають під час бойових конфліктів і в процесі реабілітації після них.

Наголошено, що посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації проявляються переважно емоційно-афективними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних

та пристосувальних особистісних реакцій в умовах зашкоджуючої дії стресогенних чинників. Існують наступні типи перебігу розладів адаптації: прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний. При прогресуючому перебігу розладу адаптації у воїнів ООС спостерігається зростання інтенсивності і спектру проявів, в першу чергу, афективних порушень. Домінуючою характеристикою рецидивуючого типу перебігу розладів адаптації у воїнів ООС є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики, а особливістю регредієнтного типу перебігу розладів адаптації є виражена редукція основної клінічної симптоматики.

4. Зазначено, що психотерапія при «стресовому розладі», ставить за мету допомогти «комбатанту» переробити «проблеми» і впоратися з «симптомами», які продукуються в результаті зустрічі з «психотравною ситуацією». Ефективним "підходом" при досягненні цієї "мети" є допомога "комбатанту у відреагуванні травматичного досвіду", "обговорюючи і наново переживаючи думки та відчуття", пов'язані з "травмою", у безпеці "терапевтичної" обстановки. Ця «діяльність» призводить до «управління реакціями», які раніше були «некерованими». У попередженні дезадаптації та вирішенні проблем соціально-психологічної адаптації воїнів ООС важлива психологічна підтримка та соціальна допомога. Якщо не надати «своєчасну психологічну підтримку», без «індивідуального підходу», «реадаптаційних заходів», інтеграція воїнів ООС, ветеранів бойових дій в сучасне суспільство значно ускладнюється. Особливо це стосується інвалідів, які обмежені у фізичних можливостях і, як правило, замкнуті у спілкуванні, ізольовані від суспільних відносин.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, УЧАСНИКІВ ООС

2.1 Опис та підбір методів дослідження

Психотравмуючі чинники впливають не лише на психіку воїна, але і на увесь організм в цілому. Психотравмуючі дії в умовах війни мають не лише психічну, але і соматичну сторону впливу. Страх, викликаний бойовою обстановкою, пригнічується ціною великої нервової напруги. Досягнута рівновага порушується додатковою дією, як правило, соматичного характеру. В якості одного з наслідків дії стрес-факторів особистого розвитку розглядається психічна травма [19].

За даними П. Волошина, Н. Марути та ін. для воїнів ООС часто характерні розлади адаптації. Розповсюдженими формами патологічних станів, які виникають як у військово-службовців ЗС України, бійців НГ та полонених, так і в їх родичів та біженців, які вимушено лишили місця постійного мешкання, є психічні розлади, що виникають як під час бойових конфліктів, так в процесі реабілітації після них. З найбільшою частотою серед вказаних контингентів спостерігаються посттравматичні стресові розлади (F43.1) та розлади адаптації (F43.2). При цьому П. Волошин, Н. Марура зазначають, що ПТСР та РА проявляються переважно емоційно-афективними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах зашкоджуючої дії стресогенних чинників [12].

Розладам адаптації у воїнів ООС з порушеннями поведінки (за МКХ-10 рубрика F 43.24 «Розлад адаптації з перевагою порушення поведінки») відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дизсоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов'язані за

часом з фактом психотравмуючої події. Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. В клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їх вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що ці порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу [12].

У ході діагностики стресових станів у військовослужбовців, учасників ООС науковці та практики рекомендують використовувати «методичний інструментарій»: «Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу», «Опитувальник респондента про стан здоров'я» – шкала «самооцінки депресії», «Опитувальник Міні-мульти», Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП), Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД), Анкета «Стрес-фактори», «Шкала для клінічної діагностики ПТСР» (Clinicaladministered PTSD Scale, Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО), Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова, «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (військовий варіант), «Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики», в адаптації Н.В. Тарабриної.

Стандартна батарея проєктивних тестів, враховуючи досвід чотирьох десятиліть роботи ізраїльських психологів, може включати в себе тест Бендера, тест Будинок-Дерево-Людина, тест Векслера, Тематичний апперцептивний тест (ТАТ) [22].

Стимульний матеріал (Bender Visual Motor Gestalt Test) складається з 9 стандартних карток із зображеними на них геометричними фігурами, що

пред'являються в певній послідовності для копіювання. Після етапу перемальовування обстежуваному пропонують зобразити фігури, які він пам'ятає.

Тест Л. Бендер чутливий до виявлення органічних і психотичних порушень, в ряді методик він пропонується першим і служить засобом експрес-діагностики грубої патології.

Тест Дж. Бука (House-Tree-Person Test; НТР) пропонує обстежуваному намалювати будинок, потім дерево, потім людську фігуру: чоловіка або хлопчика, жінку чи дівчинку. Після зображення людської фігури клієнта просять зобразити людину іншої статі. Кожен малюнок інтерпретується як репрезентація «Его».

Тест Д. Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale; WAIS) відноситься до числа широко відомих тестів для вимірювання інтелекту.

Тест тематичної апперцепції Г. Мюррея (Thematic Apperception Test; ТАТ), поряд з Роршахом одна з найавторитетніших і найбільш поширених в світі проєктивних методик.

З урахуванням зарубіжного та вітчизняного досвіду, для виявлення психогенезу після стресових порушень військовослужбовців, Лозінська Н.С. у своєму дисертаційному дослідженні, використовує психологічний інструментарій, що дозволяє визначити інтенсивність їх бойового досвіду та отримати інформацію щодо індивідуальної значимості стресогенних чинників бойової обстановки, що можуть бути причиною бойового травматичного стресу і призвести до розвитку психологічної травматизації учасників бойових дій. З цією метою до комплексу психодіагностичних методик вона включає Шкалу оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД) та анкету «Стрес-чинники» [15].

Методичне забезпечення дисертаційного дослідження щодо діагностики ознак психологічної травматизації військовослужбовців внаслідок травматичного стресу базується на сучасних підходах у психологічній науці із зазначеного питання і складається з наступних

психодіагностичних методик: Багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність-200"; «Методика шкальованої самооцінки психофізіологічного стану» А. Кокуна; «Шкала оцінки впливу травматичної події»; «Опитувач для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу»; «Опитувач травматичного стресу» І. Котенєва; «Міссіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (військовий варіант); «Опитувач виразності психопатологічної симптоматики»; Опитувальник "Міні-мульти".

Методика «Рівень задоволеності якістю життя» дозволяє визначити «індекс якості життя комбатантів», що розглядається як «суб'єктивна задоволеність» у «самоактуалізації» особистісних «ресурсів» для подолання «життєвих та службових стресів». Застосування цієї «методики» дозволило її рекомендувати як «індикатор ефективності психопрофілактичної роботи», спрямованої на «мінімізацію» проявів «психологічної травматизації» у військовослужбовців.

Метою експериментального дослідження є проведення діагностики стресових розладів у військовослужбовців учасників ООС за допомогою наступних методик.

Методика "Шкала психосоціального стресу" Л. Рідера (Додаток А), "адаптована та стандартизована" А.С. Копіна, була "включена" нами до складу "дослідження" з метою "забезпечення більш диференційованого підходу" до вивчення "стресових" станів "військовослужбовців", учасників "ООС". Застосування цієї "методики" дозволило визначити "рівень стресу", що провокується "соціальним оточенням людини". За результатами "заповнення шкали Л. Рідера" кожного "досліджуваного" можна віднести до групи з "високим", "середнім" або "низьким" рівнем "психосоціального стресу". Автор «методики» особливо зазначає, що «випробувані» з високим «рівнем психосоціального стресу» потребують «психотерапевтичної допомоги».

Процедура "дослідження" з цієї "методики" у тому, що "учаснику" анкетування пропонується "оцінити", наскільки він згоден із кожним із

тверджень. А.С. Копіною пропонується шкала оцінок від 4 до 1 балів. "Рівень стресу" обчислюється за "формулою":

$$SL = 4 - \frac{\sum n}{7} \quad (2.1.)$$

де «SL» – «рівень стресу»,

« $\sum n$ » – сума балів за «сімома пунктами» тесту.

«Рівень психосоціального стресу» визначається за допомогою «нормативних даних».

«Нормативні» показники рівня «психосоціального стресу» за тестом Л. Рідера наведені у табл. 2.1.

«Таблиця» 2.1 – Показники за тестом Л. Рідера

Рівні психосоціального стресу	Чоловіки	Жінки
Високий рівень	2-3	2,18-3
Середній рівень	1-1,99	1,18-2,17
Низький рівень	0-0,99	0-1,17

«Шкала оцінки впливу травматичної події» (М. Горовіц) – «клінічна тестова методика», спрямована на виявлення «симптомів ПТСР» і оцінку «ступеня їх вираженості» (Додаток Б).

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються за трьома шкалами: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як ніколи (0 балів), рідко (1 бал), іноді (3 бали) або часто (5 балів). Всі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів. На основі порівняння отриманих результатів опитування із наведеними у методиці середніми значеннями показників ПТСР серед різних категорій людей, які схильні до кризових психічних станів, визначається рівень сформованості симптомів посттравматичного стресового розладу у респондента.

Для виявлення «характерних паттернів» поведінки, які можуть збільшувати ризик «виникнення стресових ситуацій», було застосовано тест «Перцептивної оцінки типу стрес-стійкості». "Методика" має форму опитувальника з двадцятьма питаннями, на які "респонденти" відповідають закритими відповідями: "так", "ні", "не знаю". У процесі «дослідження» визначалася приналежність людини до характерного «поведінкового типу». Розрізнялися такі поведінкові типи: тип А, схильність до типу А(А1), схильність до типу В(В1), тип В(Додаток).

Методика «Експрес-діагностика рівня соціальної ізолюваності особистості» (Д. Рассел і М. Фергюссон) призначена для визначення відчуття соціальної ізолюваності у респондентів (Додаток Г).

Містить 20 питань, на які опитуваний має відповісти, обравши одну із відповідей від «0 – ніколи», до «3 – часто». У ході обробки результатів «підраховується» набрана за всі відповіді сума балів. Максимально можливий показник «соціальної ізолюваності» – 60 балів. Високому ступеню «соціальної ізолюваності» відповідають 41-60 балів, «середньому» – від 21 до 40 балів, «низькому» – від 0 до 20 балів.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Маклаков і С. Чермянін) призначений для діагностики адаптаційного потенціалу опитуваного, що включає в себе наступні показники (за шкалами) (Додаток Д):

- Адаптивні здібності (загальний показник особистісної адаптивності);
- Нервово-психічна стійкість;
- Комунікативні здібності;
- Моральна нормативність.

Методика включає 165 питань, на які респондент має відповісти ствердно або заперечно («так» або «ні»). Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку кількості збігів відповідей опитуваного з ключем по кожній з шкал. Починати обробку слід зі шкали достовірності, щоб оцінити прагнення опитуваного представити себе в більш соціально-привабливому

вигляді. Якщо респондент набирає за шкалою достовірності більше 10 балів, результат «тестування» слід вважати «недостовірним» і після проведення роз'яснювальної бесіди необхідно «повторити» опитування.

У таблицях, наведених у тексті особистісного опитувальника, міститься характеристика високих, оптимальних, і низьких, негативних показників за кожною із досліджуваних шкал – «нервово-психічна стійкість», «комунікативні здібності», «моральна нормативність», а також наведена узагальнена характеристика високого, середнього і низького рівнів прояву адаптаційного потенціалу особистості.

Підібрані методики валідні і надають змогу отримати достовірні результати опитування воїнів ООС щодо показників їх стресових розладів та психологічної ізоляції у суспільному середовищі.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження стресових станів у військовослужбовців, учасників ООС

Для визначення особливостей соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, воїнів ООС, ми організували емпіричне дослідження, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни, у ході якого опитали 40 воїнів (чоловіків), які демобілізувалися від 3 місяців до 2 років тому. На момент проведення дослідження вік опитуваних становив від 20 до 45 років.

Найбільш доцільним методом отримання інформації від них виявилось опитування із використанням бланків стандартизованих методик. Саме цей метод надає змогу отримати достовірну і достатню інформацію про різні особистісні та прояви стресу опитуваних, а процедура обробки результатів за ними сприяє швидкому підрахуванню балів та формулюванню висновків щодо досліджуваних показників.

З метою вивчення рівня психосоціального стресу у військовослужбовців, учасників ООС, який виникає під впливом

психосоціальних факторів, була застосована методика Л. Рідера «Шкала психосоціального стресу», адаптована та стандартизована О.С. Копіною. Результати даної методики наведемо у табл. 2.2.

Таблиця 2.2 - Інтенсивність психосоціального стресу у військовослужбовців, учасників ООС

Рівень психосоціального стресу	Кількість осіб (n=40)
Високий	34 (85%)
Середній	4 (10%)
Низький	2 (5%)

Результати за методикою Л. Рідера підтверджують, що військові мають високий рівень психосоціального стресу навіть за умов повернення з зони бойових дій так як у 34 чоловіків (85%) з 40 досліджуваних було діагностовано проявлення даного рівня стресу (рис. 2.1).

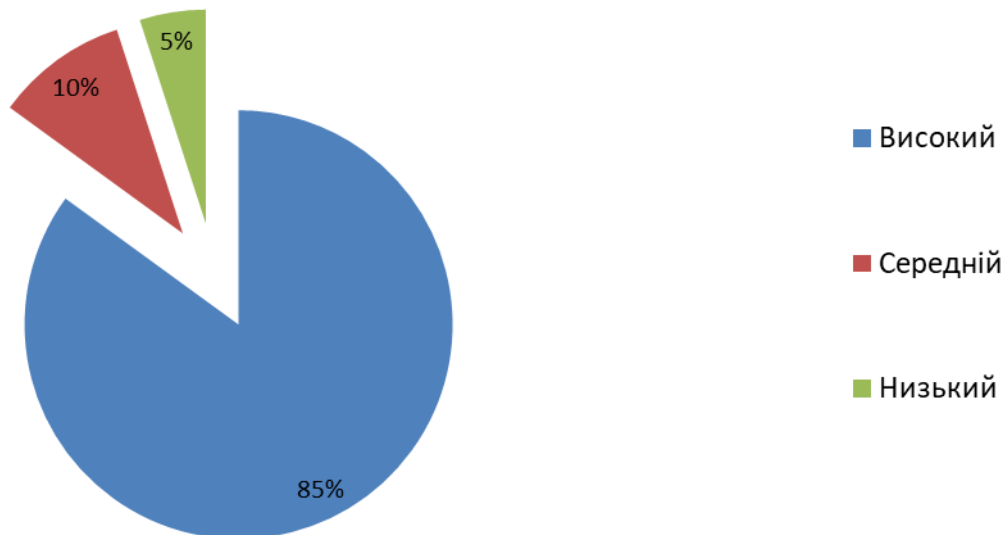


Рисунок 2.1 - Інтенсивність психосоціального стресу у військовослужбовців, учасників ООС, %

Використовуючи «Шкалу оцінки впливу травматичної події» (М. Горовіц), ми встановили виразні прояви симптомів посттравматичного стресу (ПТСР) у третини опитуваних воїнів ООС (табл. 2.3).

Таблиця 2.3 - Індекс впливу травматичної події на військовослужбовців, учасників ООС, їх схильність до ПТСР

Показники / Всього (40 осіб)	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	n	%	n	%	n	%
Сформованість симптомів ПТСР	13	32,5%	17	42,5%	10	25%

У третини воїнів ООС виявлено високу сформованість симптомів посттравматичного стресового розладу (32,5%), що проявляється у психологічних і соматичних наслідках впливу участі в бойових діях, перебування у зоні антитерористичної операції на Сході України.

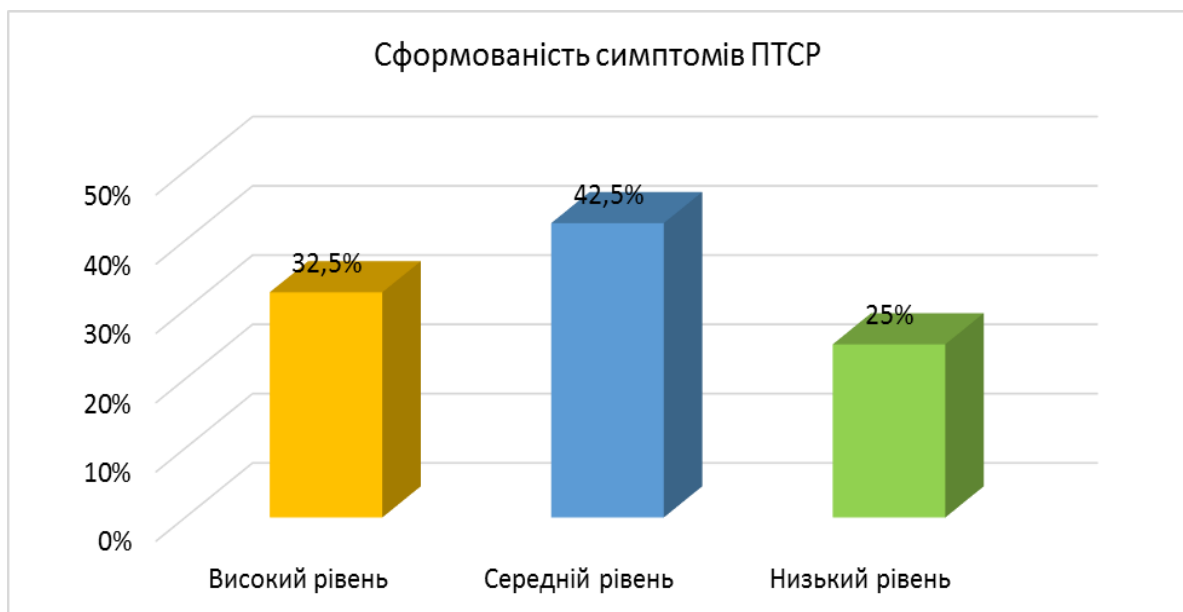


Рисунок 2.2 - Рівень сформованості симптомів ПТСР у військовослужбовців, учасників ООС

У 42,5% воїнів ООС виявлено середній рівень прояву симптомів ПТСР. Відзначимо, що обидві категорії опитуваних військовослужбовців потребують психологічної та медичної допомоги і підтримки для подолання

симптомів ПТСР та активного входження у суспільне життя, активізації їх адаптаційного потенціалу та здібностей.

Тільки у 25% опитуваних воїнів ООС встановлено низький рівень сформованості симптомів ПТСР, при цьому, на нашу думку, вони або замасковані за іншими проявами напруження і стресу, або ж були більш-менш успішно подолані на етапі демобілізації, повернення із зони бойових дій до мирного життя, що відбувалося більше, ніж рік тому назад.

Діагностування показника «стресостійкість», що характеризує регулятивний критерій у комбатантів, проводили за методикою «Перцептивна оцінка типу стресостійкості» (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 - Результати діагностування типу стресостійкості у військовослужбовців, учасників ООС

Рівень прояву стресостійкості	Кількість осіб (n=40)
Помірно виражена нестійкість до стресів	32 (80%)
Висока нестійкість до стресів	4 (10%)
Стресостійкість помірно виражена	2 (5%)
Стресостійкий	2 (5%)

Результати діагностування дозволили дійти висновку, що у 32 військовослужбовців (80%) виявлено помірно виражену нестійкість до стресів, у 4 військовослужбовців (10%) зазначили високу нестійкість до стресів; помірно та високо виражену стресостійкість мають лише 4 військовослужбовців (рис. 2.3). Отже, проведене нами дослідження підтверджує гіпотезу, що у військовослужбовців, учасників ООС визначається високий рівень психосоціального стресу та низька стресостійкість.

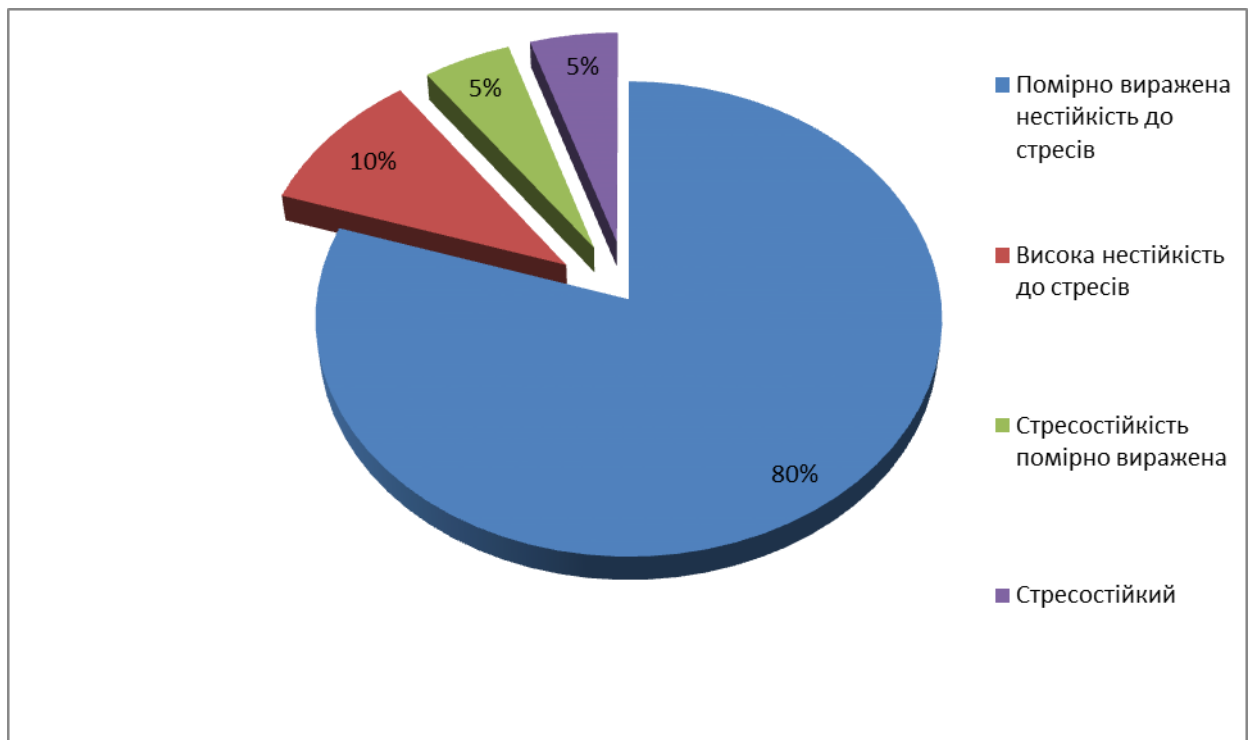


Рисунок 2.3 - Результати діагностування типу стресостійкості у військовослужбовців, учасників ООС, %

За «Експрес-діагностикою рівня соціальної ізолюваності особистості» (Д. Рассел і М. Фергюссон) встановлено незначну перевагу низького рівня ізолюваності у третини воїнів АТО (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 - Прояви почуття соціальної ізолюваності у військовослужбовців, учасників ООС

Показники / Всього (40 осіб)	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	п	%	п	%	п	%
Соціальна ізолюваність	13	32,5%	12	30%	15	37,5%

Третина опитуваних воїнів ООС відчують себе соціально ізолюваними (32,5%). У 30% з них виявляється середній рівень відчуття соціальної ізоляції (рис. 2.4). Відзначимо, що дана методика визначає

суб'єктивне відчуття соціальної ізольованості опитуваного, тобто те, як він відчуває себе у суспільстві, в оточенні близьких, рідних людей, у відносинах із іншими людьми – керівництвом, колегами, незнайомими людьми у громадських місцях тощо.

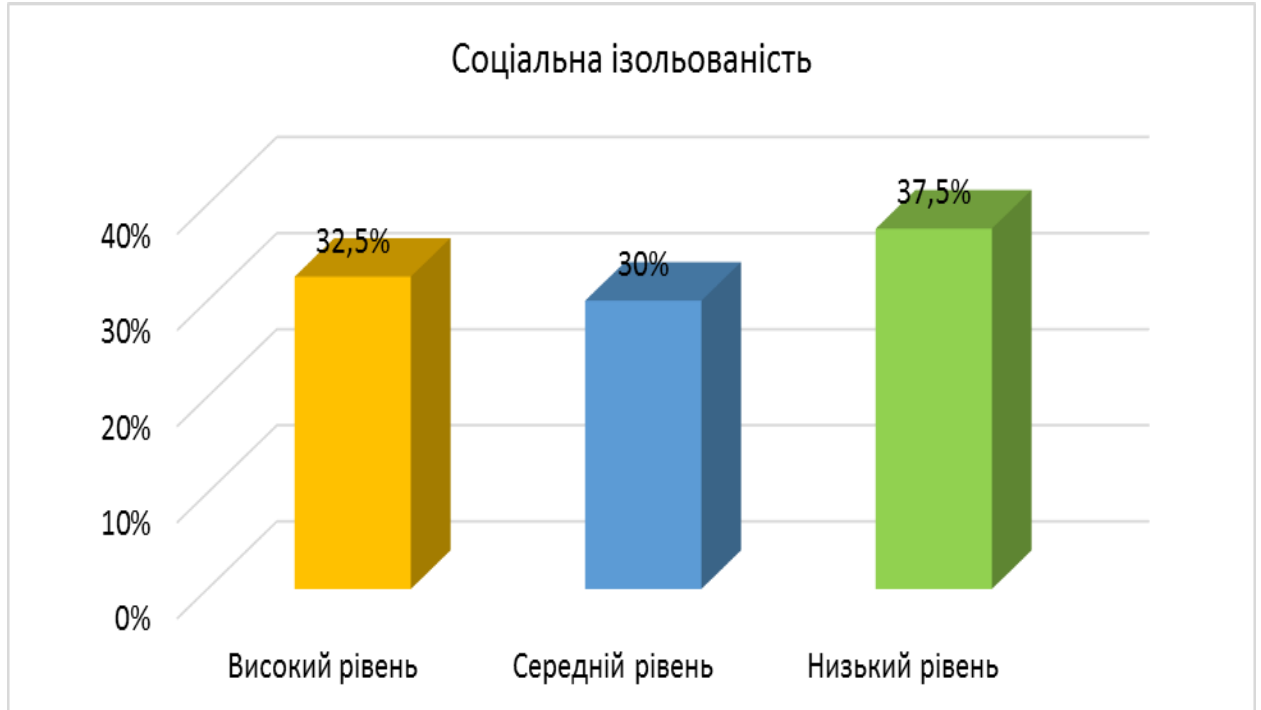


Рисунок 2.4 - Прояви почуття соціальної ізольованості у воїнів ООС, %

Найбільш оптимальним є низький рівень відчуття соціальної ізольованості, виявлений у 37,5% опитаних воїнів ООС, які здатні до активної адаптації в оточуючому середовищі, входженні у суспільство на позиції почесного військовослужбовця, який захищає її суверенність і територіальну цілісність, а після повернення із зони бойових дій – як працюючого та сумлінного, гідного громадянина своєї країни.

Представимо детальніше отримані результати опитування військовослужбовців, учасників ООС щодо показників їх особистісної адаптивності за методикою А. Маклакова, С. Чермяніна (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 - Характеристики особистісної адаптивності у військовослужбовців, учасників ООС

Шкали і показники / Всього (40 осіб)	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	n	%	n	%	n	%
Адаптивні здібності (загальний показник особистісної адаптивності)	13	32,5%	16	40%	11	27,5%
Нервово-психічна стійкість	14	35%	16	40%	10	25%
Комунікативні здібності	15	37,5%	15	37,5%	10	25%
Моральна нормативність	13	32,5%	17	42,5%	11	27,5%

Відповідно до проаналізованих результатів для третини опитуваних воїнів ООС властива нервово-психічна стійкість (35%), високорозвинені комунікативні здібності (37,5%), оптимальні прояви моральної нормативності (32,5%). Ці респонденти володіють високим рівнем адаптивних здібностей, легко пристосовуються до змін у середовищі, активно входять в суспільне і професійне життя.

Для 37,5-42,5% респондентів властиві середні показники адаптивних здібностей, а відповідно не завжди висока нервово-психічна стійкість, посередні комунікативні здібності, епізодичні прояви агресії і конфліктності у відносинах з оточуючими, незадоволення навколишнім світом, урядом, наявними проблемами у стосунках з керівництвом, сусідами тощо.

У 25-27,5% воїнів ООС виявлено низькі адаптивні здібності, що проявляються у не оптимальній здатності до пристосування у суспільстві повернення із зони бойових дій, нестабільності нервової системи та низькій нервово-психічній стійкості, схильності до конфліктності, тривожності, агресивності, здатності до асоціальних дій, не дотримання моральних норм і правил. Отже, від 25% до 27,5% опитаних воїнів демонструють прояви розладів адаптації і потребують кваліфікованої підтримки і допомоги з боку соціальних працівників і психологів для підвищення їх адаптаційного

потенціалу, налагодження процесу соціально-психологічної адаптації у навколишньому суспільному середовищі.

Відповідно до проаналізованих результатів опитування військовослужбовців, учасників ООС встановлено третину респондентів, які мають низький рівень психосоціального стресу, не оптимальні показники соціально-психологічної адаптації, схильність до агресивності і конфліктності, емоційного дискомфорту, ймовірне здійснення асоціальних вчинків. Вони часто відчувають ізольованість та мають високу сформованість симптомів посттравматичного стресового розладу, і потребують кваліфікованої підтримки і допомоги з боку команди фахівців (медиків, соціальних працівників, психологів) для підвищення соціально-психологічної адаптації та попередження і корекції проявів дезадаптації.

2.3 Практичні рекомендації комбатантам щодо профілактики стресових станів та ефективного їх подолання

На сьогоднішній день існує багато якісних методик визначення стресових станів. Ми вирішили описати методику «Шкала психосоціального стресу» Л. Рідера, адаптовану та стандартизовану А. Копіною, застосування якої на практиці дає можливість визначити «рівень стресу», що провокується «соціальним оточенням» людини. За результатами заповнення "шкали Л. Рідера" кожного "досліджуваного" можна віднести до групи з "високим", "середнім" або "низьким" рівнем "психосоціального стресу". Автор методики особливо «наголошує», що «випробувані» з високим рівнем «психосоціального стресу» потребують «психотерапевтичної» допомоги.

В комплексі з такою методикою доцільно застосовувати тест виявлення характерних паттернів поведінки, які можуть збільшувати ризик виникнення стресових ситуацій, такий як «Перцептивна оцінка типу стрес-стійкості». "Методика" має форму "опитувальника" з двадцятьма питаннями, на які "респонденти" відповідають закритими відповідями: "так", "ні", "не знаю". У

результаті " дослідження " визначалася приналежність людини до характерного " поведінкового типу ".

За результатами досліджень вчених-психологів [20, 21, 22], визначено, що комбатанти, учасники ООС значною мірою «виявляють нестійкість до стресів» і на основі цих даних складено «аутогенне тренування» для зміцнення «стресостійкості».

«Аутогенне тренування» ґрунтується на спостереженні, що зміни в «організмі» супроводжуються певними «відчуттями». Тобто, при розслабленні м'язів виникає відчуття тяжкості, а при наповненні кров'ю капілярів шкіри - відчуття тепла. Має місце і "зворотний ефект": "концентрація уваги" на реальній тяжкості "тіла" сприяє "розслабленню м'язів", а "концентрація" на реальному "теплі тіла" - приплив "крові" до капілярів шкіри.

Освоєння «аутогенного тренування» дозволяє досягти низки «ефектів»:

- «заспокоїтися, зняти фізичну та психічну напругу»;
- «швидко відпочити»;
- «регулювати частоту серцевих скорочень та дихання, кровопостачання мозку, що дуже важливо для лікування психосоматичних захворювань»;
- «Активізувати увагу, пам'ять, уяву, здатність до фізичних зусиль»;
- "Активізувати творчі ресурси через розвиток інтуїції, образного мислення";
- «перемагати шкідливі звички шляхом раціональної боротьби зі стресом, емоційною та інтелектуальною активізацією»;
- "Пізнати себе".

"Аутогенний стан" виникає природним чином, якщо "людина":

- «перебуває у тихому місці»;
- «розслабиться у зручній позі»;
- «концентрує увагу на чомусь»;
- «не прагне досягнення будь-якого результату».

Для виконання цих умов "аутогенне тренування" потрібно проводити в "комфортному місці". Не повинно бути "надто холодно" або "жарко", "душно", "шумно". Невеликий "фоновий шум" зазвичай не заважає "заняттям", але слід "виключити раптовий" та "гучний" шум. "Затемнення" не обов'язково. Якщо світло із вікна заважає, можна сісти спиною до вікна.

Перед "заняттям" слід послабити "поясний ремінь", розстебнути верхній "гудзик сорочки", послабити "вузол краватки", "зняти годинник", "окуляри". Жінкам слід займатися у «штанах».

Поза для «аутогенних тренувань комбатантів» – «Наїздник» (рис. 2.5).

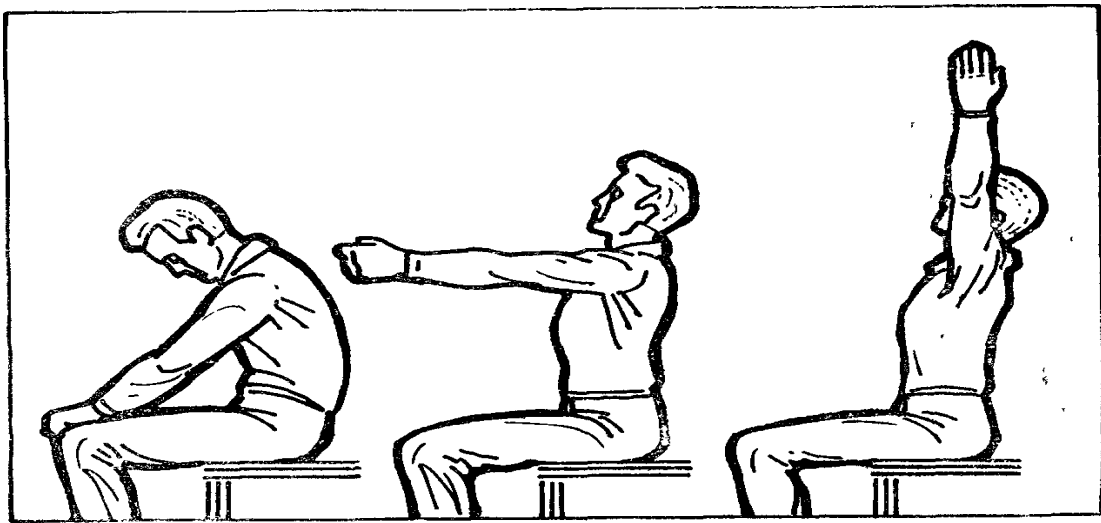


Рисунок 2.5 - «Наїздник»

У цій "позі" можна займатися "практично скрізь", де є "стілець", "стульчик", "ящик підходящої висоти" і т.п.

Сядьте на край сидіння так, щоб край стільця припав на сідничні складки (не слід сидати на всі сидіння, так як це призводить до затікання ніг).

Широко розставте ноги, щоб розслабити м'язи, що зводять стегна.

Гомілки поставте «перпендикулярно» підлозі; якщо після цього залишається "напруга" в "гомілях", посуньте стопи "вперед" на 3-4 сантиметри до зникнення "напруги".

Голову "опустіть" уперед згорбивши спину.

Похитуючись "взад-вперед", переконайтеся, що "поза стійка" за рахунок "рівноваги" між опущеною головою та "згорбленою" спиною.

Покладіть передпліччя на стегна так, щоб кисті м'яко обминали стегна і не стикалися; спиратися «передпліччям» на стегна не слід.

Заплющте очі і дихайте спокійно, як уві сні, роблячи вдих і видих через ніс.

Вправи «аутогенного» тренування

Вправа «Спокій»

«Мета вправи» – підготовка до заняття «аутогенним» тренуванням.

Прийміть одну з поз для тренування, розслабтеся, звернувши особливу увагу на маску релаксації, заплющте очі. Дихайте «спокійно», як уві сні; вдих і видих через «ніс».

Вправа «Труднощі»

"Мета вправи" - відчутти "вагу" тіла. Для цього виконайте такі дії:

Покладіть руку на «повітряну кулю» або «м'який папір», переконайтеся, що під впливом «тяжкості» руки вони стискаються.

Покладіть "руку на ваги", поспостерігайте за відхиленням "стрілки", що відображає тяжкість руки.

Спробуйте «підняти руки», поступово нарощуючи «зусилля» у дельтовидних м'язах (що покривають, подібно до «еполетів», наші плечові суглоби), переконайтеся в тому, що при «малому зусиллі» це не вдається, тому що заважає «тяжкість рук»; відчуйте це «тягар».

Ці дії дозволяють переконатися в тому, що «тяжкість» притаманна нашому «тілу» і немає необхідності її вселяти. Їх треба робити «протягом кількох днів». Вчіться відчувати «невеликий тягар»: «концентруйтеся на тій тяжкості, яка є»; «не чекайте будь-якої особливо вираженої тяжкості».

Вправа «Тепло»

Занурення в "аутогенний стан" супроводжується "перерозподілом" крові в організмі - зменшується її "вміст" у великих "судинах і м'язах", збільшується в "капілярах" шкіри. Це супроводжує відчуття "тепла" в кінцівках і "тулуб".

Щоб відчути тепло, виконайте такі дії. "Сядьте". "Зігни руки в ліктях, розташуйте кисті рук на рівні живота так, щоб кисті зі злегка вигнутими пальцями були звернені долонями один до одного". "Зосередьтеся на теплі, яке випромінюють долоні". «Суб'єктивно це відчувається як теплова куля між долонями». «Зближуючи та видаляючи кисті, можна відчути діаметр цієї кулі». "Займайтеся таким чином протягом 3-5 хвилин, потім наблизьте долоні до щок, на відстань 1-2 сантиметри". «Ви відчуєте щоками тепло, що випромінюється долонями».

Вправа «Дихання»

«Ця вправа сприяє заспокоєнню дихання».

«Дихання під час аутогенного стану спокійне, поверхове, як уві сні; вдих і видих відбувається через носа». "Під час заняття пасивно спостерігайте за диханням, нічого не намагаючись з ним робити". «Незважаючи на зовнішню простоту цієї інструкції, спочатку буває важко її виконати». "Наприклад, іноді виникає спокуса подовжити видих або паузу після нього через те, що на видиху розслаблення і спокій глибше". «Результат – киснева заборгованість, що виникла, неминуче тягне глибокий вдих, що порушує розслаблення».

"Найкраще спостерігати за диханням як би з боку". «Спостерігайте за будь-яким аспектом дихання: рухом повітря на вдиху та видиху, охолодженням ніздрів на вдиху, рухом живота в такт дихання».

Вправа «Сонячне сплетення»

«В аутогенному стані нормалізується діяльність не лише органів грудної порожнини, а й черевної». "Це супроводжується почуттям тепла у животі". Тому пасивна концентрація на реальному теплі у животі або, точніше, в області сонячного сплетення нормалізує діяльність органів черевної порожнини.

«Сонячне сплетення» - «сукупність нервових сплетень, які управляють діяльністю органів черевної порожнини». "Воно знаходиться на задній стінці

черевної порожнини, за шлунком, на середині відстані між нижнім краєм грудини і пупком".

"Перед цим ви навчилися пасивної концентрації на теплі свого тіла".
"Тепер вам доведеться навчитися зосереджувати увагу на теплих в області сонячного сплетення". «Деяку складність уявляє те, що в нашій свідомості живіт, сонячне сплетіння представлені не так явно, як голова, руки».
"Заповнити це можна визначенням проекції сонячного сплетення на шкіру живота та розтиранням цього місця за годинниковою стрілкою".

Висновки до розділу

У розділі здійснено аналіз емпіричного дослідження стресових станів у військовослужбовців, учасників ООС, на підставі чого сформульовано низку положень, зокрема:

1. Констатовано, що допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій, воїнам ООС повинна включати декілька напрямів: діагностику синдрому соціально-психологічної дезадаптації; психологічне консультування (індивідуальне і сімейне); психокорекційну і соціальну роботу; навчання навичкам саморегуляції (прийомам зняття напруження, психоемоційних збуджень); соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця і його особового розвитку; допомогу в професійному самовизначенні, профорієнтацію в цілях перенавчання і подальшого працевлаштування. Також важливою є розробка «державної соціальної політики» в галузі соціального захисту учасників бойових дій, створення системи служб, які надають соціальну підтримку і допомогу, надають послуги соціального і правового захисту, здійснюють медичну, соціально-психологічну і психологічну реабілітацію воїнів ООС. Військовослужбовці, що потребують соціально-психологічної адаптації, мають отримувати належну та кваліфіковану допомогу з боку соціальних центрів, психологів, медиків.

2. Зауважено, що для визначення особливостей соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, воїнів антитерористичної операції, було організовано емпіричне дослідження, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни, у ході якого досліджено 40 воїнів ООС (чоловіків), які демобілізувалися від 3 місяців до 2 років тому. На момент проведення дослідження вік опитуваних становив від 20 до 45 років.

Відповідно до проаналізованих результатів опитування військовослужбовців, учасників ООС встановлено третину респондентів, які мають низький рівень психосоціального стресу, не оптимальні показники соціально-психологічної адаптації, схильність до агресивності і конфліктності, емоційного дискомфорту, ймовірне здійснення асоціальних вчинків. Вони часто відчують ізольованість та мають високу сформованість симптомів посттравматичного стресового розладу, і потребують кваліфікованої підтримки і допомоги з боку команди фахівців (медиків, соціальних працівників, психологів) для підвищення соціально-психологічної адаптації та попередження і корекції проявів дезадаптації.

3. Відзначено, що «комбатанти», учасники ООС у значному ступені проявляють нестійкість до «стресів» і на основі цих даних складено «аутогенне тренування» для укріплення стресостійкості. У роботі надано «практичні рекомендації комбатантам» по ефективному подоланню та профілактиці «стресових станів».

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного та експериментального аналізу проблеми особливостей прояву стресових станів у комбатантів, учасників «Операції Об'єднаних Сил», ми зробили такі висновки:

1. Констатовано, що стрес справді може спричинити велику кількість різноманітних негативних наслідків. Багато дослідників не відносять однозначно "стрес" до "негативного або позитивного" явища в житті людини, через "різні умови", що визначають характер "стресових реакцій". Відповідно до цього підходу «стрес» – це сильні, як «неблагополучні», і «благополучні» для організму реакції різного роду. Неодноразово в "психолого-педагогічній літературі" зазначалося, що діяльність "комбатантів" характеризується екстремальністю, "фізичним" та "психічним травматизмом", що істотно впливає на "психічне здоров'я" особового складу підрозділів і частин.

Звернено увагу, що «військовий конфлікт», що відбувається у східних областях нашої країни, накладає «своє відображення» на психологію «комбатантів», що повертаються із зони ведення «бойових дій». Ситуація «бойових дій» призводить до виражених змін «функціонального стану» психічної діяльності, що характеризується розвитком надзвичайно сильних негативних «емоцій», таких як «тривога», «страх», тяжка «розумова та фізична перевтома». Швидкий перехід до мирної дійсності часто не дозволяє комбатантам адекватно реагувати на ті чи інші обставини з точки зору навколишньої дійсності. «Посттравматичний стресовий розлад», набуваючи «хронічного» перебігу, торкається майже кожного аспекту життя «комбатанта», включаючи «роботу», «міжособистісні відносини», «фізичне здоров'я», «самооцінку» тощо.

Констатовано, що особливою категорією населення, яка має специфічні особливості соціально-психологічної адаптації, є воїни ООС, які внаслідок участі у бойових діях та антитерористичних операціях отримали значні психологічні травми, бойовий стрес, посттравматичні стресові розлади та ін.

Встановлено, що для воїнів ООС часто характерні розлади адаптації. Саме для учасників антитерористичних операцій найчастіше властиві посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації – психічні розлади, що виникають під час бойових конфліктів і в процесі реабілітації після них.

Відзначено, що посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації виявляються переважно емоційно-афективними порушеннями, що розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах стресогенних факторів. Є такі типи перебігу розладів адаптації: прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний. При прогресуючому ході розладу адаптації у воїнів ООС спостерігається зростання інтенсивності та спектра проявів, насамперед, афективних порушень. Домінуючою характеристикою рецидивуючого типу перебігу розладів адаптації у воїнів ООС є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики, а особливістю регредієнтного типу перебігу розладів адаптації є виражена редукція основної клінічної симптоматики.

Наголошено, що «психотерапія» при «стресовому розладі», ставить за мету допомогти комбатанту «переробити» проблеми і «впоратися» з симптомами, які «продукуються» в результаті зустрічі з «психотравмуючою ситуацією». Ефективним підходом при досягненні цієї «мети», є допомога «комбатанту» у «відреагуванні травматичного досвіду», обговорюючи і заново переживаючи «думки і відчуття», пов'язані з «травмою», у безпеці терапевтичної обстановки. Дана «діяльність», призводить до управління реакціями, які раніше були «некерованими». У попередженні дезадаптації та вирішенні проблем соціально-психологічної адаптації воїнів ООС важлива психологічна підтримка та соціальна допомога. Якщо не надати своєчасну психологічну підтримку, без індивідуального підходу, реадаптаційних заходів, інтеграція воїнів ООС, ветеранів бойових дій в сучасне суспільство значно ускладнюється. Особливо це стосується інвалідів, які обмежені у фізичних можливостях і, як правило, замкнуті у спілкуванні, ізольовані від суспільних відносин.

2. Констатовано, що допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій, воїнам ООС повинна включати декілька напрямів: діагностику синдрому соціально-психологічної дезадаптації; психологічне консультування (індивідуальне і сімейне); психокорекційну і соціальну роботу; навчання навичкам саморегуляції (прийомам зняття напруження, психоемоційних збуджень); соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця і його особового розвитку; допомогу в професійному самовизначенні, профорієнтацію в цілях перенавчання і подальшого працевлаштування. Також важливою є розробка державної соціальної політики в галузі соціального захисту учасників бойових дій, створення системи служб, які надають соціальну підтримку і допомогу, надають послуги соціального і правового захисту, здійснюють медичну, соціально-психологічну і психологічну реабілітацію воїнів ООС. Військовослужбовці, що потребують соціально-психологічної адаптації, мають отримувати належну та кваліфіковану допомогу з боку соціальних центрів, психологів, медиків.

Зауважено, що для визначення особливостей соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, воїнів антитерористичної операції, було організовано емпіричне дослідження, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни, у ході якого досліджено 40 воїнів ООС (чоловіків), які демобілізувалися від 3 місяців до 2 років тому. На момент проведення дослідження вік опитуваних становив від 20 до 45 років.

Відповідно до проаналізованих результатів опитування військовослужбовців, учасників ООС встановлено третину респондентів, які мають низький рівень психосоціального стресу, не оптимальні показники соціально-психологічної адаптації, схильність до агресивності і конфліктності, емоційного дискомфорту, ймовірне здійснення асоціальних вчинків. Вони часто відчують ізольованість та мають високу сформованість симптомів посттравматичного стресового розладу, і потребують кваліфікованої підтримки і допомоги з боку команди фахівців

(медиків, соціальних працівників, психологів) для підвищення соціально-психологічної адаптації та попередження і корекції проявів дезадаптації.

3. Відзначено, що комбатанти, учасники ООС у значному ступені проявляють нестійкість до стресів і на основі цих даних складено аутогенне тренування для укріплення стресостійкості. У роботі надано практичні рекомендації комбатантам по ефективному подоланню та профілактиці стресових станів.