

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)
Освітній рівень

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

на тему: «Посттравматичний стресовий розлад як наслідок
участі у бойових діях»

Шифр ДРМ _____

номер залікової книжки

Виконав студент 2 курсу, група ППМ-20-1 _____ Гуцалюк В.С.
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник кандидат психологічних наук, доцент _____ Попелюшко Р.П.
науковий ступінь, вчене звання Підпис Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор _____ Є. М. Потапчук
Підпис Ініціали, прізвище

_____ 2021 р.

Гуцалюк Валентин Сергійович

Ключові слова: ПТСР, комбатант, бойові дії, бойова психічна травма, психологічна реабілітація

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження: психологічна реабілітація учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом.

Встановлені факти і сформовані на їх основі висновки були отримані за результатами дослідження щодо наявності рівнів посттравматичного стресового розладу у комбатантів як наслідку їх участі у бойових діях.

Результати, отримані під час дослідження полягають у виявленні особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій та можливості застосування розроблених рекомендацій комбатантам, по психологічній допомозі та самопомозі по подоланню посттравматичного стресового розладу.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У КОМБАТАНТІВ ЯК НАСЛІДКУ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ.....	11
1.1 Причини виникнення та механізм розвитку ПТСР у комбатантів.....	11
1.2 Учасники бойових дій як об’єкт впливу психотравмуючої ситуації.....	23
1.3. Симптоми та наслідки ПТСР у комбатантів, які постраждали внаслідок бойових дій	29
Висновки до розділу.....	38
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У КОМБАТАНТІВ, УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	40
2.1 Опис та підбір методів дослідження.....	40
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження особливостей ПТСР у комбатантів учасників бойових дій	43
2.3 Практичні рекомендації щодо проведення заходів по зниженню рівня ПТСР у комбатантів	55
Висновки до розділу.....	61
ВИСНОВКИ.....	64
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	68
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Початок Україно-Російської війни був досить великою несподіванкою для всіх українців, а загальний занепад пост-радянських країн після розвалу СРСР давав знати у всіх можливих частинах нашого життя. Особливо на рівні медицини та реабілітації. Досить довгий час не надавалось ніяких особливих поштовхів для кардинального розвитку вітчизняної медицини, яке в результаті привело до неготовності не очікуваних наслідків. І якщо на даний момент у нас існує певний апарат роботи з жертвами ПТСР який активно працює з постраждалими комбатантами, хоч і потребує постійної модернізації та розвитку, щоб по завершенню війни, всі учасники бойових дій різко не перестали бути потрібними країні та суспільству як це відбулося при завершенні війни у В'єтнамі та першої Чеченської кампанії, в Україні існує величезна кількість людей, яка не поглиблена в тему довгого розвитку та формування образу ПТСР та його суті як важкого психічного розладу. Що приводить до частих випадків непорозуміння між постраждалими військовослужбовцями та цивільним населенням.

В останні роки увага великої кількості дослідників спрямована на проблему збереження здоров'я та працездатності осіб, які зазнавали впливу факторів екстремальних ситуацій. Щороку десятки і сотні тисяч людей стають жертвами різних природних, технологічних чи соціальних лих чи катастроф. А необхідність вивчення психологічних змін у збройних конфліктах, війні виходить із загальновизнаного положення про їх виражений психотравмуючий вплив, яким обумовлено можливий розвиток як психічної, так і психосоматичної патології [13; 17; 35].

Локальний військовий конфлікт, що спалахнув в Україні, накладає свій відбиток на психологію комбатантів, що повертаються з зі сходу країни. Ситуація «бойових дій» призводить до виражених змін функціонального стану психічної діяльності, що характеризується розвитком надзвичайно

сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, тяжка розумова і фізична перевтома. Швидкий перехід у мирну дійсність часто не дозволяє учасникам бойових дій адекватно реагувати на ті чи інші обставини з погляду навколишньої більшості. Посттравматичний стресовий розлад, набуваючи хронічного перебігу, зачіпає майже кожен аспект життя військового, включаючи роботу, міжособистісні стосунки, фізичне здоров'я, самооцінку та ін.

Вже під час Другої світової війни стресові явища, зумовлені участю у бойових діях інших екстремальних ситуаціях, стали предметом широкого вивчення. Узагальнення отриманих результатів дозволило з 1980 офіційно говорити про об'єктивне існування «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР) [2; 15; 32; 38].

Також, велика увага приділяється профілактичним заходам, які сприяють підвищенню стресостійкості. Важливу роль в їх розробці відіграє ідея в тому, що значення посттравматичних стресових механізмів та ефектів певною мірою сприяє можливості розпізнати їх в себе та інших, ставлячись до цього як до природного процесу. Актуальність вивчення ПТСР, як наслідка участі у бойових діях, виходить із уявлення про надзвичайний травмуючий вплив «бойових дій», що зумовлює як психічні, так і «психосоматичні» порушення. Одним із видів «бойової психічної патології» є «бойовий ПТСР», який може виникнути в комбатанта через невизначений проміжок часу після закінчення «бойових дій» (від кількох місяців до кількох десятиліть) [6; 10; 14; 29; 33; 36].

Тому, незважаючи на те, що проблема вивчення причин виникнення та психологічної реабілітації комбатантів, учасників бойових дій, є доволі актуальною, ступінь її вивченості не можна назвати задовільною.

Наявність виявлених суперечностей й зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи – **«Посттравматичний стресовий розлад як наслідок участі у бойових діях».**

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження: психологічна реабілітація учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом.

Мета дослідження: теоретично описати та експериментально дослідити особливості ПТСР як наслідка участі комбатантів у бойових діях.

Гіпотеза дослідження: своєчасне проведення реабілітаційних заходів щодо комбатантів, що пройшли бойові дії, сприяє зниженню розвитку ПТСР.

Виходячи з мети та гіпотези дослідження, у роботі ставляться такі **завдання:**

1. На основі теоретичного вивчення літературних джерел виявити характеристики учасників військових дій та особливості перебігу у них посттравматичного стресового розладу;

2. Провести практичне дослідження посттравматичного стресового розладу в комбатантів, учасників воєнних дій;

3. Розробити практичні рекомендації з психологічної допомоги та самопомоги по подоланню ПТСР для комбатантів, учасників воєнних дій.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження:**

- *теоретичні методи:* аналіз; синтез; узагальнення; порівняння та класифікація літературних джерел;

- *емпіричні:* тестування, спостереження, опитування (Міссісіпська шкала ПТСР - «військовий варіант», шкала самооцінки наявності ПТСР, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР);

- *методи математичної статистики* – статистичну обробку даних та графічну презентацію результатів здійснено за допомогою комп'ютерної програми «Microsoft Office Excel». Аналіз результатів представлений в таблицях та малюнках.

Практична значущість дослідження полягає у виявленні особливостей посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій та можливості застосування розроблених рекомендацій учасникам бойових

дій, по психологічній допомозі та самопомозі по подоланню посттравматичного стресового розладу.

Експериментальна база дослідження. Реалізація експериментального дослідження здійснювалася у 2021 році. Дослідно-експериментальна робота проводилася у Реабілітаційному та Неврологічному відділенні, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни. Загальна кількість комбатантів, які були охоплені дослідженням, склала 54 комбатанта, із середнім терміном перебування в зоні проведення ООС - 12 місяців. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 19 до 40 років.

Апробація результатів експериментального дослідження була відображена у таких статтях та тезах, як:

1.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку 67 джерел посилань, 4 додатків, 6 рисунків та 5 таблиць. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 83 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У КОМБАТАНТІВ ЯК НАСЛІДКУ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ

1.1 Причини виникнення та механізм розвитку ПТСР у комбатантів

Посттравматичний стресовий розлад – важкий психічний розлад який проявляється у великій сукупності негативних наслідків, одним з головних яких є постійне нагадування та переживання одної або декількох психотравматичних подій (статеве або побутове насильство, катастрофи, стихійні біди або участь в бойових діях) які могли сильніше всього вплинути на подальший світогляд жертви. Характерне емоційне вигорання, високий рівень гнівливості, апатія та використання здобутих навичок внаслідок прояву «флеш-беку» або відбуття тригерної події (комбатант почувши звук який нагадав йому про загрозу обстрілу, може кинутись на пошук укриття). Як результат, внаслідок прояву багатьох негативних характеристик порушується ступінь соціалізації жертви ПТСР, відбувається її віддалення від звичайного життя та розвивається дезадаптація. В наслідок цього може розвинути алкогольна чи наркотична залежність.

Також помічено, що відсоток комбатантів, які після повернення з зони бойових дій набувають ПТСР. Частіше всього, це люди які не змогли пройти повторну соціалізацію в наслідок особистих причин, відсутності підтримки зі сторони (комбатант немає родичів, знайомих, відсутня допомога від держави в процесі реабілітації, негативне відношення суспільності, відсутність робочого місця де була б можливість проявити свої набуті під час служби навички). В результаті у жертви проявляється стійке бажання продовжити службу і повернутись в вже комфортне для себе місце, де по його думці від нього був би сенс та користь.

Важливим фактором успішної реабілітації постраждалого під час участі в бойових діях, є не тільки лікування фізичних травм набутих під час служби та психологічної або психотерапевтичної допомоги, а й успішна соціалізація комбатанта. В таку входить пошук інтересу, мети, роботи або хобі на якому можна було б сконцентрувати велику долю уваги та почати процес розслаблення задля зняття фізичної та емоціональної напруги. При наявності сім'ї, комбатант в першу чергу може триматися саме за неї, що являється досить міцним підґрунтям не стільки в реабілітації, скільки в самій мотивації виживання в зоні бойових дій. Не меншу роль відіграє пошук місця роботи, в якій повинне допомагати держава по програмі допомоги ветеранам, бо певна кількість учасників ООС та минулих військових конфліктів, страждали від безробіття. Іноді роботодавці просто відмовляються брати військовослужбовців на роботу по чітким політичним мотивам [27].

Як результат, це приводить до факту того, що навіть відношення самих звичайних цивільних має свій фактор впливу на стан постраждалого комбатанта. Частіше всього це проявляється в політичних мотивах, викликаних розділом суспільства в країні яка переживає певну політичну кризу і представником якої був комбатант під час участі в бойових діях. При досить слабкій боротьбі державного апарату та невпевненому матеріалу пропаганди з ворожим відношенням до самої країни в її середині, приводить до формування прошарки населення, яка твердо або навіть радикально представляє свої погляди і відкрито проявляє ворожнечу до представників іншого політичного блоку, частіше всього якими являються самі комбатанти, як противники ідеї яку відстоює представник антидержавних настроїв [22].

Негативне та інколи навіть вороже відношення до ветеранів приводить до розвитку думок про сенс самої війни в який приймав участь військовослужбовець. При відсутності допомоги від країни, поважного відношення до особистості учасника бойових дій та триваючої кризи в країні і її посилення, може призвести до поглиблення посттравматичного синдрому у комбатанта, занепад мотивації і відсутність мотиву продовжувати служити

країні. В більш негативних випадках це може перейти в відкрите протистояння державі яке може призвести до використання насилля з використанням зброї та метою випустити накопичену негативну енергію на тих, хто винний в тому що відбувається в країні та з життям комбатанта по його власній думці.

Розчарування в мотивах війни в яких комбатант приймав участь, також може привести до поглиблення або виникнення почуття провини, яка виражається у нав'язливих думках про скоєне ним під час військової служби. Зазвичай це думки про вбитих, особливо якщо військовослужбовець приймав участь в військових злочинах проти бійців ворожої сторони або громадянського населення. Ще з самих давніх часів та до вісімнадцятого століття, в епохи розвинутого містицизму та релігійних забобонів, таке вважали проявом привидів убитих воїном, які починали переслідувати його за скоєне з ними [12].

Перші значні роботи по прийняттю до уваги проблем військовослужбовців після бойових дій, почалися після громадянської війни в США та Наполеонівських війн в Європі. Саме тоді проявилися такі деталі як можливість виникнення серечно-судинних захворювань під час пережитого стресу та стан ступору і помилкову оцінку реальності через сплутану свідомість під час бойових дій. Зазвичай кожен можливий подібний синдром, мав свою назву: «Синдром гарматного ядра», «Солдатське серце», «Залізничний мозок», «Травматичний невроз». Але всіх їх об'єднує наявність травмуючої події та подібних один до одного симптомів, що говорить про належність всіх них до посттравматичного синдрому. А саме в останньому терміні наданому Германом Опенгеймом в 188 році, зазначаються такі терміни як «нав'язливі спогади», «жахи», «безсоння», «фобії» та «емоційна нестабільність».

Формування сучасного образу ПТСР в психіатрії почалося під час «Російсько-Японської» війни 1904-1905 рр. Саме тоді, в суспільстві стало відомо, що війна все-таки негативно впливає на психічний стан людини то

відділення «душевно-хворих» і «нервово-хворих» від фізично постраждалих під час бойових дій та захворівших на інфекційні захворювання [23].

З різким проривом у цій галузі психіатрії, постала потреба в розвитку нових умов для допомоги постраждалим. На фронті духовною підтримкою фронтовиків займались капелани, за якими відзначився факт проведення позабогослужбових бесід які в умовах бойових дій приймали свій характер, де розмова з воїном і священником переходила на теми примусового вбивства на війні, страхів, ймовірної смерті, переживань та що їх чекає в загробному житті за скоєне під час бойових дій. На 1905 рік більш актуальними стали теми розпачу у військах, важкість умов життя та незадоволення результатами війни і постійними відступами. В плані таких делікатних розмов, військовослужбовці завжди довірялися саме священникам, а не товаришам і офіцерам [7].

Також в результаті великої кількості появи нових хворих, на допомогу їм були вперше виділені військові психіатри, які спостерігали за ними, допомагали та проводили заняття. Постійно відкривались нові відділення, проводилася евакуація хворих назад до царської Росії, але ефект новизни мав і свій вплив, тому багато лікарів ставилися доволі негативно до роботи з душевно-хворими, та економили на них. Спочатку основною причиною їх відокремлення були не особливості захворювання, а буйний характер постраждалих які могли в стані афекту скоїти щось жахливе. Саме під час «Російсько-Японської» війни, через використання сучасної на той час артилерії, стали проявлятися перші симптоми так званого «Гарматного шоку», який буде признаний під час Першої світової війни.

Але не зважаючи на прорив імперських психіатрів, Європа була зовсім не готова до тої кількості психічно травмованих під час війни через певні заскорублі традиції, які за весь час існування, сильно вкоренилися у військові структури та розум високопоставлених військових, для яких самим головним була честь, традиції, патріотизм та виконання боргу та самопожертви, а ті хто на це був не здатний, були або зрадниками або жалюгідними людьми в їх

очах. Також свою роль відмови признавати вразливість людської психіки, зіграла військова пропаганда тих часів, яка зробила з військових образ героїв-захисників, які просто не могли проявляти якусь психічну слабкість [24].

Як результат, великою несподіванкою була кількість психічно-травмованих в перші роки «Російсько-Японської» війни, що стільки нервових-зривів і не боєдатних вже було неможливо ігнорувати. Все більше комбатантів поступало з передової не пораненими, а з симптомами амнезії, втрати зору, смаку та нюху, нервових зривів та апатії, втрата можливості ходити та концентруватись на своїх думках. В 1915 році було офіційно введено термін «Гарматний шок» Чарльзом Семюелем Майерсом. Саме він став засновником розвитку психологічної допомоги в збройних силах Великої Британії. Він настоював на тому, що допомога військовим необхідна так само, як і переоцінка поглядів на саму суть порушення психологічного здоров'я у військовослужбовців, бо стара практика відношення до таких воїнів як до божевільних, лише погіршує ситуацію [42].

На відміну від російського досвіду евакуації травмованих, Ч. Майерс був впевнений, що при своєчасній та кваліфікованій допомозі, можна позбавити постраждалого від симптомів «гарматного шоку», щоб це сприяло його поверненню на фронт. В результаті йому вдалося умовити командування на створення «Центрів Реабілітації неподалік від лінії фронту» у 1916 році. Це сприяло появі великої кількості нових методів лікування постраждалих, яких в ті часи розділили на дві групи, «травматична істерія» і «тривожний невроз», для кожних були свої методи лікування. «Травматичну істерію» лікували навіюванням, переконанням, перенавчанням, гіпнозом який став досить швидко завойовувати популярність у спеціалістів як метод лікування, та навіть фізичними засобами з застосуванням електрики. Тим часом, для лікування «другої групи» потребувався більш делікатний підхід у вигляді досить довгої та детальної розмови постраждалого з спеціалістом, про його життя до отримання травми, емоції в той момент, життя після отримання травми та страхи, переживання і плани на майбутнє. Тим часом в

країнах центрального блоку не надавали такої уваги цим дослідженням. Навпаки, по «Германській Імперії» широко поширювали пропаганду про неповноцінність психічно-постраждалих та їх егоїзм який заважав планам на перемогу германської нації. Як результат, больові процедури електрошоком та відсутність лікарняних та виплат пенсій, на відміну від представників Антанти [42].

Коли Перша світова війна була закінчення, сподівання про поступове виліковування у пацієнтів з нагоди завершення причини їх травмування, не справдилися. Кількість постраждалих у яких проявився посттравматичний синдром значно виросла і всі потребували лікування [25].

Але не дивлячись на це, Перша світова війна мала великий вплив на формування самого образу психічно травмованого комбатанта. Ветерани воюючих сторін страждаючи від проявів «гарматного шоку» отримали право на пенсію і лікування. Була написана велика кількість робіт і статей, створення кружків та суспільств, таких як «Товариство Військової Психології» в Російській Імперії.

Наступним великим проривом і фактичним завершенням формуванням образу посттравматичного синдрому яким той являється в наші дні, являється війна у В'єтнамі. Саме під час неї, в «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів», термін «травматичного неврозу» замінили на усім відомий «посттравматичний стресовий розлад» [26]. Сама війна стала одною з самих неоднозначних за всю історію ХХ-го століття. Відстань фронту від територій самої країни учасниці, жахливі втрати, важкі умови клімату та боїв в джунглях і саме головне, відсутність сенсу в цій війні і у всіх тратах на її протязі для громадян США. Це стало причиною створення одного з самих сильних анти-військових рухів, коли подібні настрої захопили розум молодих американців. Масові протести нахлинули на країну, велика кількість чоловіків намагались ухилитись від служби. Як результат, кількість призовників які змогли не потрапити в армію, складала біля 40 відсотків [56].

СМІ та телебачення проводили масштабну компанію по створенню негативного образу комбатанта США на території В'єтнаму, демонструючи кадри всіх жахів війни і військових злочинів проти корінних мешканців. Все це погіршувало ситуації з антимілітаристичною кризою і призвело до демонізації образу «воїна США» в ті часи. Багато підприємців не хотіли їх брати на роботу, а в газетних оголошеннях тих років зустрічалися уточнення, по типу: «Ветеранів В'єтнаму прохання не звертатися». Учасник бойових дій у В'єтнамі представлявся звичайним громадянам психічно неврівноваженим, часом агресивним, негативно налаштованим до уряду, той хто часто вживає наркотики або алкоголь. Комбатанти стали зображуватися як «клінічний випадок»: люди, у яких якщо зараз немає видимих розладів психіки, то вони можуть раптово з'явитися в майбутньому [57].

В результаті всього, було виявлено що велика кількість ветеранів страждали від посттравматичного синдрому, який був посилений нав'язливими думками про безцільність перебування на В'єтнамському фронті, нав'язаний суспільством та СМІ образ чудовиська та вбивці, факт програшу у війні. І з цими раніше не проявленими так чітко в історії факторами, довга відсутність підтримки від держави привела до того, що в результаті участі США в бойових діях на території В'єтнаму, від посттравматичного стресового розладу страдало понад 830 тисяч комбатантів [60], 500 тисяч мали спробу самогубства, а 55000 комбатантів покінчили з собою після повернення в США [63].

Перші пільги для військовослужбовців США почали надаватись лише з 1966 року, і поступово ситуація покращувалася і з'являлися все нові і нові закони, пільги і тому подібне що значно покращувало ситуацію. І хоч результати цієї війни залишилися в історії і в пам'яті людей назавжди, протягом 20-30 років, США значно покращила систему соціальної допомоги та реабілітації своїх військовослужбовців, дав приклад для всього світу [66].

До початку російсько-української війни, відбулась низка іншої великої кількості конфліктів який мала свій вплив на розвиток посттравматичних

досліджень, серед найбільш значущих була низка «Арабо-Ізраїльських» конфліктів та терористичних актів на території Ізраїлю, яка зробила поштовх в ізраїльській медицині [51]. Війни в Югославії, інтервенція СРСР в Афганістан яка привела до розвитку вітчизняної медицини в цьому плані, досвід військових США у Афганістані та Іраку [47] та перша й друга «Чеченська війна» за досвідом Російської Федерації, яка по результатам першої програної компанії повторила негативний досвід Америки у В'єтнамі в плані ігнорування проблем ветеранів і їх емоційного занепаду.

Початок війни на сході України вплинув всіма можливими засобами на всю Україну та її населення. Політична ситуація та гібридна війна з Росією, ностальгія за СРСР у деяких громадян, привели до часткового роздроблення в нації. Більше всього, цей факт проявився під час політичної кризи та проявлення незалежності республік підконтрольних бойовикам, коли на вулицях міст велися бої між про-українським та про-російським населенням. Особливим шиком був факт зради країни, яка досить довгий час представлялась в образі багатьох людей як товариш, союзник та гарант незалежності за «Будапештським меморандумом», але він в одну мить став ворогом і багатьом добровольцям та комбатантам, приходилося жити з думкою про те, що вони піднімуть зброю проти вчорашніх «братів» [39].

При поверненні з лінії вогню, бійця ООС чекати може що завгодно. Як і овації та народна любов від співгромадян, так і ненависть і плювки в сторону від про-радянських пенсіонерів і людей які знаходяться під впливом російської пропаганди. Через такі чинники, в Україні і по сей день знаходиться величезна кількість вороже настроєних людей до комбатантів, хоч і не так серйозно як це було на перших роках війни. Коли могли зустрітися випадки того, коли учасник бойових дій попадав на реабілітацію в шпиталь, його керівник і персонал міг мати відкриту ворожнечу позицію, як і більша частина населення міста [34].

Така негативна зустріч може вплинути на людину з гострими проявами ПТСР. Це може викликати сумніви в тому що вона коїла і привести до апатії

або депресії, або показати багатьох цивільних в негативному світі для комбатанта, як негідних людей, ради яких він пішов на війну і ради яких він відстоював мир у своїй країні.

Багато авторів описували різні стани військової психотравми в учасників різних воєн, з'явилися такі терміни як «корейський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром». Деякі автори почали вживати термін «чеченський синдром».

В сучасних військових конфліктах санітарні втрати психіатричного профілю становлять 2-4 %, у Другій світовій війні – 11-13 %. На перший погляд, це полегшує завдання військовим психіатрам. Проте, враховуючи явне переважання у локальних війнах серед психічних розладів «гострих психологічних реакцій стресу» (щонайменше половина від особового складу військ, задіяного в активних бойових діях), число комбатантів, які потребують психіатричної, зокрема, та медико-психологічної, допомоги різко збільшується [40].

Отже, ПТСР виникає як «відставлена чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які можуть спричинити дистрес практично у будь-якої людини» [43]. По суті ПТСР є реакцією у відповідь на потужні емоційні подразники, на стресову ситуацію, що вже фактично настала.

До основних психологічних факторів ПТСР зазвичай включають страх бути вбитим, отримати поранення або потрапити в полон, враження від картини поранення і загибелі товаришів по службі, почуття провини за загибель товаришів, біль, який відчувається самим пораненим при пораненні і його переживання з приводу своєї подальшої долі, які зазвичай посилюються неминучим почуттям надмірної фізичної та психічної перевтоми.

Якщо ми говоримо, що та чи інша людина «хвора» на ПТСР, ми маємо на увазі, що ця людина пережила подію, що травмує, тобто, відчув щось

жахливе, що не часто трапляється з людьми. За визначенням психіатрів, події що травмують виходить за межі нормального людського досвіду.

Війна в Південно-Східній Азії, в ході якої було підірвано більше боєприпасів, ніж усіма воюючими сторонами у Другій світовій війні, породила більш ніж досить травмуючих переживань. Події, що там відбувалися, просто не вкладалися в голову, не мали нічого спільного з нормальним людським життям.

Але ПТСР - це не тільки наявність події, що травмували в минулому. Така подія – лише частина загальної картини, зовнішня обставина, яка відіграла свою роль у хворобливому процесі [44].

Травмуючі події траплялися з людьми за всіх часів. Але в'єтнамські ветерани займають особливе місце, оскільки на їхню частку випала надто велика доза нелюдських переживань. Жахи тієї війни впливали не лише своєю інтенсивністю, а й частою повторюваністю: травми слідували одна за одною, так що людина не мала часу «прийти в себе».

Інша сторона ПТСР відноситься до внутрішнього світу особистості та пов'язана з реакцією людини на пережиті події. Всі ми реагуємо по-різному: трагічна подія може завдати тяжкої травми одному і майже не торкнеться психіки іншого. Дуже важливо також, у який момент відбувається подія: та сама людина у різний час може реагувати по-різному [21].

Найбільш безпосередніми психічними проявами ПТСР є сильні відносно короткочасні емоційні переживання. Одні з них можуть бути відносно простими, фізіологічними, як реакція страху, паніки. Інші характеризуються складнішими проявами, що протікають на психотичному рівні. В інших розвиваються патологічні стани, що протікають на невротичному рівні – невротичні реакції, які нерідко набувають затяжного характеру (патологічні розвитку тощо).

ПТСР частіше називають «в'єтнамським» або «афганським» синдромом. Це абсолютно правильно, тому що походження розладу абсолютно чітко пов'язане з важким, дуже важким переживанням, яке

виходить далеко за рамки звичайного людського досвіду. Війни, раптові техногенні та природні катастрофи, грубе та загрозливе для життя насильство - ось ситуації, переживши які, людина ризикує захворіти на ПТСР [30].

ПТСР описано порівняно недавно, це зробили американські психіатри, які вивчали ветеранів війни у В'єтнамі. На превеликий жаль, частота цього розладу в світі повинна бути дуже великою - враховуючи всі біди та війни, які йдуть одна за одною ось уже багато років.

Враження, яке роблять страждаючі ПТСР на оточуючих, приємним не назвеш. Вони виглядають ворожими, замкненими, грубими. З ними важко розмовляти, тому що не вдається досягти порозуміння, ніби говориш з ними різними мовами. Часто здається, що хворий ставиться до тебе з презирством, тримає себе навмисне зухвало, «в гріш тебе не ставить». Зрозуміло, що у зв'язку з цим люди, які страждають на ПТСР, важко влаштовуються і ще з більшим трудом утримуються на роботі, особливо якщо врахувати, що звичайні вимоги до трудової дисципліни виявляються для них неприйнятними. Неприятливий «імідж» цих людей посилюється їхньою схильністю до спиртного та наркотиків. Все це сприяє їхньому соціальному відторгненню, в результаті вони дуже часто залучаються до кримінальних структур [58].

Але це лише одна сторона медалі. Суб'єктивно ПТСР виглядає зовсім інакше. Це глибоко страждаючі нещасні люди, що роздираються страшними спогадами про пережите; ці спогади раптово, мимоволі виникають все знову і знову, наяву і уві сні - що особливо жахливо, тому що сон у них і так порушений, а коли вдається заснути, він переривається кошмарними сновидіннями. Тяжкий настрій переслідує їх постійно. Він посилюється враженням, що більшість людей, які не пережили того, що пережили вони, не в змозі їх зрозуміти. Спілкуватися ж із товаришами по нещастя важко з тієї причини, що це спілкування оживляє спогади, яких так хотілося би позбутися [53].

Виділено кілька варіантів виникнення посттравматичних стресових розладів під час бойових дій [42]:

Гостра бойова психічна травма. Виникала в стрімко та бурхливо мінливих обставинах бою. Виявлялася різкими, психотичними змінами психічної діяльності. Пораненими та хворими відзначалася «суб'єктивна раптовість». Дехто говорив про те, що «не встиг навіть злякатися, біль і страх виникли потім, коли побачив кров». Емоційні враження у різних поранених комбатантів були, часто, полярними. В одних відзначалися тривога, страх, ажитація, відчуття безвиході ситуації, в інших апатія, «все відбувалося як уві сні», «ніби не зі мною», «дивився на це все ніби збоку».

Пролонгована бойова психічна травма [16]. При ній стресові фактори були розтягнуті за часом (від кількох годин до кількох тижнів), відбувається накопичення емоційної напруги та негативних переживань. Хворі розповідали про свої переживання з приводу можливого раптового нападу бойовиків, майбутнього бою, загибелі товаришів по службі, страхах «підірватися на міні», «стати мішенню для снайпера». При цьому на тлі емоційної напруги одні відчували невпевненість, тривогу та страх, інші – байдужість, пригніченість.

Спостерігалася варіативність виникнення та розвитку хворобливого емоційного стану, але, як правило, на першій стадії відбувалося накопичення емоційного напруження, яке через взаємодію певних особистісних особливостей та ситуативних впливів не знаходило відреагування.

Отже, ПТСР виникає як відставлена чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які можуть спричинити дистрес практично у будь-якої людини [46]. По суті ПТСР – це реакція у відповідь на потужні емоційні подразники, на стресову ситуацію, що вже фактично настала.

Також, ПТСР одна з тих речей, яка переслідує людей майже на протязі всієї історії і суть якої остаточно стала зрозуміла лише зараз. Протягом всього часу формувався його остаточний образ. Одна відкрита деталь

доповнювала іншу і протягом двох століть постійних дослідів жертв війни, нещасних випадків, катаклізмів, терористичних атак і тому подібного. І весь отриманий досвід у всьому світі, був по більшій частині занехаяний у нашій країні, як щось не важливе и не потрібне, через відсутність страху перед участю в можливій війні.

Але «Революція гідності» різко все змінила, призвела до переродження країни та її нації в державній кризі та розпочатій війни, хоча це засвоїли і не всі. І хоча на перший погляд бійцям та захисникам рада вся країна, не кожен з них може знайти щастя та мир на батьківщині. А деякі будуть бажати повернутись туди, де їх точно цінять але де вони можуть загинути влюбий момент. Хоч Україна і зробила за ці практично вісім років великий крок в розвитку власного уявлення про реабілітацію комбатантів, цього не достатньо і країна повинна продовжувати розвивати цей шлях, застосовуючи не тільки власний досвід а і досвід колишніх конфліктів, які і допомогли сформулювати образ сучасного посттравматичного стресового розладу.

1.2 Учасники бойових дій як об'єкт впливу психотравмуючої ситуації

Стан «бойового стресу» за умов театру військових дій переносить кожен. Виникаючи ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою, «бойовий стрес» триває до виходу із зони «бойових дій». Завдяки стресовому механізму закріплюється пам'ятний слід нових «емоційно-поведінкових навичок та стереотипів», першочергово значущих для збереження життя. «Бойовий стрес» водночас є станом дестабілізуючого [37].

Жахи війни впливали на їх учасників не лише своєю інтенсивністю, а й частою повторюваністю: травми йшли одна за одною, так що людина не мала часу «прийти до тями». Стереотипи поведінки, придатні лише для бойової обстановки, так глибоко пустили коріння, що позначатимуться ще багато років. Наприклад, у сучасних бойових ветеранів гул гелікоптера, що низько

летить, або звук, що нагадує вибух, може викликати «гостру стресову» реакцію, «як на війні». Тому психіка виробляє спеціальний механізм захисту від хворобливих переживань [31].

Всі психічні порушення «воєнного часу» об'єднуються в три основні групи і називаються ПТСР. Насамперед виділяють порушення психіки, провідним симптомом яких є «**патологічний страх**». Його типову картину становлять: серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, що охоплює часом все тіло, мимовільне відділення сечі та калу, функціональні паралічі кінцівок, заїкання, втрата мови [20].

Друга група реакцій є спроби людини викреслити бойові епізоди з пам'яті. Наслідками таких реакцій найчастіше є різні дисциплінарні провини, вживання алкоголю, наркоманія [19].

У **третю групу** виділяють порушення, іменовані «бойової втомою», пов'язані з тривалим веденням бойових дій. Найчастішими їх проявами є надмірна дратівливість, нервозність, замкнутість, втрата апетиту, головний біль, швидка стомлюваність. У випадках середньої тяжкості психічні порушення проявляються у вигляді істеричної реакції, агресивності, тимчасової втрати пам'яті, депресії, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що іноді переходить у паніку, втрати відчуття реальності того, що відбувається. У важких випадках в уражених виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів [9].

Існують різні типи реагування на потрясіння, отримане під час військових дій. Це типи психічної реакції – нормальна, знижена активність, депресія, індивідуальна паніка, гіперактивність, реакція з величезним переважанням фізичних компонентів. В будь-яких випадках психічної реакції на стресори війни необхідно виявити доброзичливість до комбатанта, запропонувати випити щось тепле, поїсти, дати закурити, проводити в санчастину, вислухати. Не рекомендується акцентувати увагу на стані військового, призначати дисциплінарні заходи [8].

У осіб, що постійно займаються фізичною підготовкою, розвиваються позитивні зміни в організмі, зокрема у функціональному стані систем, які піддаються найбільшому впливу психогенних чинників. Найбільш важливим є зростання ефективності серцевої діяльності, поліпшення легеневої вентиляції, зменшення жирової тканини, зниження артеріального тиску [8].

Соловйов І.М. зазначав, що повертаючись до звичайного мирного життя, людина часто залишається адаптованою до бойової ситуації. Для оточуючих посттравматичні стресові реакції, поділяються на три види:

- 1) невмотивована агресія щодо випадкових людей, дуже часто щодо рідних та близьких;
- 2) порушення сну, зниження настрою, загального життєвого тону, незрозуміле почуття провини, відхід у себе тощо;
- 3) психічні розлади, необхідність психіатричної допомоги [50].

ПТСР не залишає УБД і через багато років. Незважаючи на подібний прогноз - це розлад розвивається все-таки у меншості жертв «травматичного стресу» [18].

Дуже важливим показником дезадаптації при ПТСР є порушення соціального статусу. Науковці виявили значну різницю між групами адаптованих і дезадапованих комбатантів за показником «наявність роботи». Соціальна дезадаптація проявляється в тому, що комбатанту важко знайти роботу та на ній затриматись. Їм характерна низька стабільність професійного життя. Вони частіше змінюють місце роботи, частіше є низькооплачуваними та низькокваліфікованими працівниками [52].

Також значно частіше відбувається аутоагресивна поведінка у вигляді самоушкоджень та суїцидальних спроб. Показники посттравматичного стресового розладу багато в чому збігаються з характеристиками суїцидальних особистостей [54]:

- депресивний настрій, часто із втратою апетиту, життєвої активності, проблеми зі сном;
- може бути присутня сильна залежність від наркотиків або алкоголю;

- почуття ізоляції або знедоленості;
- відчуття безнадійності чи безпорадності (в цей момент загроза суїциду може бути першим сильним почуттям);
- нездатність спілкуватися з іншими людьми через почуття безвиході та думки про самогубство;
- вони вважають, що краще не стане ніколи;
- вони мають «тунельне бачення», тобто нездатність побачити те позитивне, що могло б бути прийнятно для них, вони бачать лише один вихід із ситуації [59].

В динаміці переживання травматичного досвіду можна назвати деякі загальні закономірності.

Першу стадію переживання можна позначити як «шок». Діапазон відповідного феномену широкий – від легкого відчуття, що час почав йти повільніше або звуки чути не так чітко, до важкої дисоціації.

«Шоковий стан» триває від кількох хвилин до кількох днів і змінюється стадією різноманітних реакцій, що має глибоко індивідуальний характер. Можна спостерігати характерні психологічні захисту, страхи, почуття провини, агресію, прояви магічних установок та багато іншого. У межах цієї стадії, що триває зазвичай від кількох тижнів до кількох місяців, виділяють від 2 до 5 під-стадій [49].

Як приклад може бути описана ситуація, коли той, хто горить, все глибше усвідомлює непоправність своєї втрати, стикається з новими гранями своїх травматичних переживань, тоді як його близькі вже «йдуть на поправку» і повертаються до звичайного ритму життя.

Переживання травми завершується її «опрацюванням». Тут говорять про прийняття того, що сталося, конструктивне використання набутого досвіду, про постановку нових життєвих цілей. Важливими є особливості широкого оточення, адже постраждалий відновлює активну соціальну взаємодію, виходячи за межі звичного, комфортного кола сім'ї та друзів [19].

При ПТСР спостерігаються такі клінічні симптоми [42].

1. **Немотивована пильність.** Людина пильно стежить за всім, що відбувається довкола, ніби їй постійно загрожує небезпека.

2. **«Вибухова» реакція.** При найменшій несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуку гвинтокрила, що низько пролітає, різко обертається і приймає бойову позу).

3. **Притупленість емоцій.** Буває, що людина повністю або частково втратила здатність до емоційних проявів. Йому важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, йому недоступні радість, любов, творче піднесення, грайливість та спонтанність.

4. **Агресивність.** Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих кожного разу, коли хоче досягти свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

5. **Порушення пам'яті та концентрації уваги.** Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитись або щось згадати. Варто виникнути будь-якому стресовому фактору, як людина вже не в змозі зосередитися.

6. **Депресія.** У стані посттравматичного стресу депресія досягає найтемніших і безпросвітних глибин людського відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Цьому почуттю депресії супроводжують нервові виснаження, апатія та негативне ставлення до життя.

7. **Загальна тривожність.** Виявляється на фізіологічному рівні - ломота в спині, спазми шлунка, головні болі; у психічній сфері - постійне занепокоєння та занепокоєння, «параноїдальні» явища - наприклад, необґрунтована боязнь переслідування; в емоційних переживаннях - постійне почуття страху, невпевненість у собі, провини.

8. **Напади люті.** Не припливи помірного гніву, саме вибухи люті, за силою подібні до виверження вулкана. Багато пацієнтів повідомляють, що такі напади найчастіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Проте бувають і за відсутності алкоголю чи наркотиків.

9. **Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами.** У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато пацієнтів,

особливо «в'єтнамські ветерани», вживали марихуану та алкоголь. Важливо відзначити, що серед ветеранів жертв посттравматичного стресового розладу існують ще дві великі групи: ті, хто приймає тільки лікарські препарати, прописані лікарем, і ті, хто взагалі не приймає ні ліків, ні наркотиків.

10. Непрохані спогади. Мабуть, це найважливіший симптом, що дає право говорити про наявність посттравматичного стресового розладу. У пам'яті пацієнта раптово спливають моторошні, потворні сцени, пов'язані з подією, що травмує. Ці спогади можуть виникати як уві сні, так і під час неспання. Наяву вони з'являються в тих випадках, коли навколишнє оточення чимось нагадує те, що трапалося «на той час», тобто під час події, що травмує [42].

Два соціальні наслідки травматизації, які мають найбільше значення для організації та здійснення реабілітації – це «соціальна дезадаптація» та «стигматизація». У першому випадку потерпілий нездатний виконувати колишні функції та підтримувати колишні відносини у сім'ї, дружньому колі, колективі. «Стигматизація» виникає, якщо характер травматизації постраждалого викликають громадське осуд [3].

Проблема психічного здоров'я військових, що беруть участь у сучасних локальних війнах та збройних конфліктах, є на сьогоднішній день одним із найбільш актуальних, особливо в контексті медико-реабілітаційних завдань. Під «бойовим стресом» слід розуміти адаптацію людського організму за умов «бойової обстановки», у яких закріплюються специфічні пристосувальні зміни. Повертаючись додому, УБД потрапляв у таке середовище, де ці зміни справляли дивне враження. І оточуючі вказували, що настав час припинити поводитися як на війні. Але ніхто не пояснив, як це зробити. Практичний досвід показує, що кожна травма призводить до виникнення суспільних проблем.

1.3. Симптоми та наслідки ПТСР у комбатантів, які постраждали внаслідок бойових дій

Травмуючі події траплялися з людьми за всіх часів. Але ветерани воєн та збройних локальних конфліктів займають особливе місце, оскільки на їхню частку випала надто велика доза нелюдських переживань. Жахи війни впливали як своєю інтенсивністю, а й частою повторюваністю: травми слідували одна одною, отже в людини не було часу «отямитися».

Щоб переконатися, наскільки це природно і наскільки важливо для душевного комфорту, звернемося ще раз до психіатричного визначення: лікарі вважають, що подія, яка має всі ознаки травмуючої, вплине практично на будь-яку людину. І при цьому, втрата душевної рівноваги, бурхливі психічні прояви - абсолютно нормальні.

Якщо травма була порівняно невелика, то підвищена тривожність та інші симптоми стресу поступово пройдуть протягом кількох годин, днів або тижнів. Якщо ж травма була сильною або події, що травмували, повторювалися багаторазово, хвороблива реакція може зберегтися на багато років.

Наприклад, у сучасних бойових ветеранів гул гвинтокрила, що низько летить, або звук, що нагадує вибух, може викликати «гостру стресову» реакцію, «як на війні». У той самий час людина прагне думати, відчувати і діяти так щоб уникнути важких спогадів [21].

Подібно до того, як ми отримуємо імунітет до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, яка пережила трагічну втрату близьких, надалі підсвідомо уникає встановлювати з будь-ким тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації він повівся безвідповідально, йому згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось чи щось.

Проблема психічного здоров'я комбатантів, що беруть участь у бойових діях, є на сьогоднішній день однією з найбільш актуальних для вітчизняної військової психіатрії, а психолого-психіатричні наслідки БПТ, особливо в контексті медико-реабілітаційних завдань, наукового та практичного інтересів як цивільних, так і військових спеціалістів.

Під «бойовим стресом» слід розуміти багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах «бойової обстановки», що супроводжується напругою механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін [42].

Стан «бойового стресу» за умов бойових дій переносить кожен. Виникаючи ще до прямого контакту з реальною «вітальною» загрозою, «бойовий стрес» триває до виходу із зони військових дій. Завдяки «стресовому механізму» закріплюється пам'ятний слід нових емоційно-поведінкових навичок та стереотипів, першочергово значущих для збереження життя. «Бойовий стрес» водночас є станом дестабілізуючим, перед-патологічним, що обмежує функціональний резерв організму, що збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких сомато-вегетативних дисфункцій.

Частота «гострих стресових реакцій» серед комбатантів за умов ведення важких інтенсивних боїв зазвичай сягає близько 10-25 %. При поганій навченості військ, невмілому керівництві ними, дефіциті об'єктивної інформації, аномальні «стресові реакції» можуть за механізмами індукції блискавично охопити майже сто відсотків особового складу, виливаючись у явище, відоме як «колективна паніка» [15].

Клінічні прояви БПТ тісно пов'язані з характером бойових дій та тривалістю перебування у «бойовій обстановці». Істотне модифікуюче значення у її формуванні та динаміці мають відсутність «соціальної підтримки» з боку суспільства, товаришів по службі та командирів, недостатня згуртованість підрозділу, фактори біологічної депривації (їжі,

сну, відпочинку). Чинники «конституційної» схильності (діатезу) виявляють значущість у початковий період перебування у бойовій обстановці, у своїй превалює реагування як «втечі від реальності» [15; 36].

Поряд з природними, «нормальними» психологічними реакціями тривоги і страху без ознак дисфункції психічної діяльності в умовах інтенсивних «бойових дій» досить часто виникають «транзиторні психічні розлади» - гострі реакції на стрес, що мають картину змішаних і мінливих симптомів депресії, тривоги, гніву, гіперактивності або загальмованості на тлі явищ «оглушеності», деякого звуження поля свідомості, нездатності адекватно реагувати на зовнішні стимули, іноді з наступною частковою або повною амнезією. Розвиток гострих стресових реакцій серед комбатантів негативно позначається лише на рівні боєздатності військ і нерідко створює додаткову загрозу життю самого комбатанта чи його товаришів. Оскільки жоден із симптомів «дистресу» не переважає тривалий час і всі вони припиняються швидко (від кількох годин до двох-трьох днів), «синдромологічна» оцінка стану уражених по суті неможлива. Проте наявність таких симптомів вимагає проведення невідкладних «психокорекційних заходів», зважаючи на небезпеку розвитку більш тривалих і менш оборотних неспецифічних, а далі - і «нозо-специфічних стресових розладів» [42].

У бойовій обстановці головні причини «психологічного стресу» - загроза життю і відповідальність за виконання завдання, недостатність і невизначеність інформації, що надходить, дефіцит часу при прийнятті рішень і здійсненні бойових дій, невідповідність рівня професійних навичок вимогам, що пред'являються умовами бою до особистості, психологічна невідповідність до виконання конкретного завдання, невпевненість у надійності зброї, відсутність довіри до командування, фактори ізоляції (при діях у відриві від основних сил, перебування у ізольованих укриттях) тощо.

Розлад психічної діяльності пов'язаний з травмуючим психіку переживанням, зумовленим бойовою обстановкою індивідуальний, проте

ступінь її значною мірою залежить від сукупності реакцій цього чинника всього підрозділу. Колективна реакція дуже впливає на дисципліну та організованість підрозділів.

Іншим фактором, що впливає на психіку людини, є ступінь оволодіння зброєю та бойовою технікою, повнота об'єктивного уявлення про майбутні умови ведення бойових дій. Важливим фактором, що сприяє виникненню БПТ є порушення режиму сну. Вже після однієї безсонної ночі боєздатність знижується, швидко зменшується обсяг пам'яті, насамперед короткочасної, що призводить до меншого засвоєння інформації, що надходить, і ускладнює прийняття рішень у відповідальні моменти. Реакція на критичні ситуації, що раптово виникли, знижується [61].

Усі психічні порушення «воєнного часу» фахівці поєднують у три основні групи. Насамперед виділяють порушення психіки, провідним симптомом яких є «патологічний страх». Його типову картину становлять: серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, що охоплює часом все тіло, мимовільне відділення сечі та калу, функціональні паралічі кінцівок, заїкання, втрата мови [47].

Розрізняють «рухові та заціпенілі форми страху». Двигуни є, як правило, різні види «неконтрольованих рухів», наприклад: втеча від джерела небезпеки. Військовий, охоплений «заціпенілою формою страху», знаходиться в заціпенінні, обличчя у нього сірого кольору, погляд згасаючий, контакт з ним утруднений. До цієї групи відносять також «приховану» форму страху, яка отримала назву «гарячкова пасивність» і характеризується безглуздою діяльністю, що призводить до зриву завдання. У штабах така «активність» уповільнює чи навіть паралізує роботу. Конкретним її проявом може бути утворення нових робочих груп, які нічого істотного не роблять, крім організації численних телефонних дзвінків та радіограм, що суперечать одна одній.

Почуття страху серед людей поширюється як ланцюгова реакція, що пояснюється відсутністю в особистості при знаходженні в організованому

колективі персональної відповідальності та переважають у її діях емоціями, які найчастіше носять примітивний характер. Це призводить до виникнення колективних реакцій, одна з яких – «паніка» [55].

Друга група реакцій є спроби людини «викреслити бойові епізоди з пам'яті». Наслідками таких реакцій найчастіше є різні дисциплінарні провини, вживання алкоголю, наркоманія. Як правило, зазначені реакції виникають після бойових дій, але можуть виникнути й у період.

У третю групу виділяють порушення, іменовані «бойової втомою», пов'язані з тривалим веденням бойових дій. У цій групі виділяють «бойовий шок» - проста емоційна реакція, що виникає за кілька годин або днів інтенсивних бойових дій. Характеризується почуттям тривоги, депресією та страхом. «Бойовою перевтомою» - виникає за кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

БПТ розрізняють також за ступенем тяжкості. Найчастішими їх проявами легкою є надмірна дратівливість, нервозність, замкнутість, втрата апетиту, головний біль, швидка стомлюваність. У випадках середньої тяжкості психічні порушення проявляються у вигляді істеричної реакції, агресивності, тимчасової втрати пам'яті, депресії, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що іноді переходить у паніку, втрати відчуття реальності того, що відбувається. У важких випадках у уражених виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів.

«Бойові рефлекси» не здавались чимось незвичайним, поки людина знаходилася в районі воєнних дій. Але повертаючись додому, потрапив у таке середовище, де подібні рефлекси справляли щонайменше дивне враження. Тисячу разів, прямо і опосередковано, безліччю різних способів людині вказували, що настав час припинити поводитися як на війні. Але ніхто не пояснив, як це зробити [5].

За розповідями багатьох ветеранів, повернення додому було не менше, а то й важчим, ніж військові переживання: ні з ким було поговорити до душі, ніде не відчувалося повної безпеки, і легше було придушувати емоції, ніж

дозволити їм вирватися назовні, з ризиком втратити контроль. У такій ситуації психічна напруга довгий час не знаходить собі виходу.

Коли в людини немає можливості розрядити внутрішню напругу, її тіло та психіка знаходять спосіб пристосуватися до цієї напруги. В цьому, в принципі, і полягає механізм «посттравматичного стресу». Його симптоми - які в комплексі виглядають як «психічне відхилення» - насправді не що інше, як глибоко укорінені способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями минулого.

При ПТСР порушеннях спостерігаються такі клінічні симптоми [42]:

1. **Надмірність.** Людина пильно стежить за всім, що відбувається довкола, ніби їй постійно загрожує небезпека. Але ця небезпека не тільки зовнішня, а й внутрішня - вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, що мають руйнівну силу, прорвуться до тями. Часто надмірність проявляється у вигляді постійної фізичної напруги. Це фізичне напруження, яке дозволяє розслабитися і відпочити, може створити чимало проблем. По-перше, підтримання такого високого рівня пильності вимагає постійної уваги та величезних витрат енергії. По-друге, людині починає здаватися, що це і є його основна проблема і щойно напругу вдасться зменшити або розслабитися, все буде добре.

Насправді фізична напруга може виконувати захисну функцію - захищає нашу свідомість і не можна прибирати психологічний захист, доки не зменшилася інтенсивність переживань. Коли ж це станеться, фізична напруга піде сама.

2. **Перебільшене реагування.** За найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи (різко обертається і приймає «бойову позу», коли хтось наближається до нього з-за спини), раптово здригається, кидається бігти, голосно кричить тощо.

3. **Притупленість емоцій.** Буває, що людина повністю або частково втратила здатність до емоційних проявів. Йому важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, йому недоступні радість, любов, творче

піднесення, грайливість та спонтанність. Багато комбатантів скаржаться, що з часу важких подій, що вразили їх, їм стало набагато важче відчувати ці почуття.

4. Агресивність. Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичної силової дії, але зустрічається також психічна, емоційна та вербальна агресивність. Просто кажучи, людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих щоразу, коли хоче досягти свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитись або щось згадати, принаймні, такі труднощі виникають за певних обставин. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися будь-якому стресовому фактору, як людина втрачає здатність зосередитися.

6. Депресія. У стані посттравматичного стресу депресія досягає найтемніших і безпросвітних глибин людського відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Цьому почуттю депресії супроводжують нервові виснаження, апатія та негативне ставлення до життя.

7. Загальна тривожність. Виявляється на фізіологічному рівні, у психічній сфері, в емоційних переживаннях.

8. Напади люті. Чи не припливи помірного гніву, а саме вибухи люті. Багато УБД повідомляють, що такі напади найчастіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Проте бувають і відсутність алкоголю чи наркотиків, отже було б невірно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність ПТСР багато УБД, зловживати тютюнопалінням, алкоголем та (меншою мірою) іншими наркотичними речовинами. Важливо відзначити, що серед УБД - жертв ПТСР існують ще дві великі групи: ті, хто приймає лише лікарські препарати, прописані лікарем, та ті, хто взагалі не вживає ні ліків, ні наркотиків.

10. Непрохані спогади. Це найважливіший симптом, що дає право говорити про присутність ПТСР. У пам'яті раптово спливають моторошні, потворні сцени, пов'язані з подією, що травмує. Ці спогади можуть виникати як уві сні, так і під час неспання.

Наяву вони виникають у тих випадках, коли навколишнє оточення чимось нагадує те, що сталося «тоді», тобто, під час травмуючої події: запах, видовище, звук, що ніби прийшли з того часу. Яскраві образи минулого обрушуються на психіку та викликають сильний стрес. Головна відмінність від звичайних спогадів у тому, що посттравматичні «непрошені спогади» супроводжуються сильними почуттями тривоги та страху.

«Непрохані спогади», що приходять уві сні, називають нічними кошмарами. В УБД ці сновидіння часто пов'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перші, з точністю відеозапису, передають травмуючу подію так, як вона відобразилася в пам'яті людини, що пережила; у снах другого типу обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (особа, ситуація, відчуття) подібні до тих, що мали місце в події, що травмує. Людина прокидається від такого сну зовсім розбитою; його м'язи напружені, він у поту [7].

У медичній літературі нічне потіння іноді розглядають як самостійний симптом, тому, що багато пацієнтів прокидаються мокрими від поту, але пам'ятають, що їм снилося. Тим не менш, очевидно, потіння проявляється саме як реакція на сновидіння, незалежно від того, запам'яталося воно чи ні. Багато УБД та їхніх близьких відзначають, що під час сну людина кидається в ліжку і прокидається зі стиснутими кулаками; немов готовий до бійки.

Такі сновидіння є, мабуть, найстрашнішим аспектом ПТСР для людини, і люди рідко погоджуються говорити про це.

11. Галюцинаторні переживання. Це особливий різновид непрошених спогадів про події, що травмують, з тією різницею, що при галюцинаторному переживанні пам'ять про те, що сталося, виступає настільки яскраво, що події поточного моменту як би відходять на другий план і здаються менш

реальними, ніж спогади. У цьому «галюцинаторному», відчуженому стані людина поводиться так, ніби вона знову переживає минулу травмуючу подію; він діє, думає та відчуває так само, як у той момент, коли йому довелося рятувати своє життя.

Галюцинаторні переживання властиві не всім: це лише різновид непрошених спогадів, для яких характерна особлива яскравість і болючість. Вони найчастіше виникають під впливом наркотичних речовин, зокрема алкоголю, проте галюцинаторні переживання можуть з'явитися у людини та у тверезому стані, а також у того, хто ніколи не вживає наркотичних речовин.

12. Проблеми зі сном. Коли людину відвідують нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі противиться засипанню, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити цей сон. Регулярне недосипання, що веде до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів «посттравматичного стресу» [7].

13. Думки про самогубство. Людина часто думає про самогубство або планує будь-які дії, які зрештою мають призвести до смерті. Коли життя видається більш страшним і болючим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може здатися привабливою. Коли людина доходить до тієї межі розпачу, де не видно жодних способів виправити своє становище, він починає розмірковувати про самогубство.

Багато УБД повідомляють, що в якийсь момент досягали цієї межі. Усі ті, хто знайшов у собі сили жити, дійшли висновку: потрібне бажання і завзятість – і з часом з'являються світліші перспективи.

14. «Вина того, хто вижив». Почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, що коштували життя іншим, нерідко притаманне тим, хто страждає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, любов, співчуття тощо) з часу подій, що травмують. Багато жертв ПТСР готові на будь-що, аби уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує напади аутоагресивної поведінки [42].

Рефлекс придушення заганає неприємні почуття вглиб – туди, де їхній емоційний вплив відчувається з меншою інтенсивністю. Це, як правило, супроводжується постійною напругою м'язів тіла. І в міру того, як людина звикає пригнічувати в собі негативні почуття (гнів, ненависть, ревності, лють, підозрілість), він одночасно втрачає здатність відчувати позитивні емоції (любов, доброту, дружелюбність, довіру). Адже саме позитивні почуття – до себе, до оточуючих, до життя – дають людині бажання і сили змінити щось у собі та в обставинах свого життя [45].

Отже, актуальність вивчення «бойової психічної травми» виходить із загальноновизнаного уявлення про надзвичайний травмуючий вплив «бойових дій», що зумовлює як психічні, і психосоматичні порушення. Одним із клінічних видів «бойової психічної патології» є «бойовий ПТСР», який може виникнути в УБД через невизначений проміжок часу після закінчення війни (від кількох місяців до кількох десятиліть).

Висновки до Розділу 1.

В розділі здійснено аналіз проблем виникнення, прояву та наслідків ПТСР для комбатантів, учасників бойових дій, на підставі чого сформульовано низку таких положень:

1. Констатовано, що проблема психічного здоров'я комбатантів, що беруть участь у бойових діях, є на сьогоднішній день одною із найбільш актуальних, особливо в контексті психологічної реабілітації. Під «бойовим стресом» розуміють адаптацію людського організму за умов «бойової обстановки», у яких закріплюються специфічні адаптивні зміни.

Наголошено на тому, що ПТСР виникає як пролонгована чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, яка може спричинити дистрес практично у будь-якої людини. Також зауважено, що ПТСР, це реакція у відповідь на потужні емоційні подразники, на стресову ситуацію, що вже фактично настала.

2. Охарактеризовані психофізіологічні особливості комбатантів, у яких простежується посттравматичний стресовий розлад як наслідок їх участі у бойових діях, які включають: надмірність, перебільшене реагування, притупленість емоцій, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресію, загальну тривожність, напади люті, зловживання наркотичними та лікарськими речовинами, непрохані спогади, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном, думки про самогубство та «вину того, хто вижив». Також існують інших психічні явища, що проявляються у комбатантів з ПТСР, до них відносять такі явища, як: песимізму, почуття занедбаності, недовіри, зникнення сенсу життя, неможливості спілкуватися на тематику «війни»; зневіри у власні сили; відчуття втрати контролю; закритості у комунікації з іншими; негативного ставлення до державних структур; схильності до екстремальних пригод і т.д..

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПТСР У КОМБАТАНТІВ, УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1 Опис та підбір методів дослідження

У теоретичній частині кваліфікаційної роботи було розглянуто сучасний стан вивчення заявленої теми дослідження. З'ясовано, що останніми роками у вітчизняній та зарубіжній науці проводилися дослідження з проблеми профілактики ПТСР у комбатантів.

За останнє роки уявлення про ПТСР у комбатантів, змінилося. Вдосконалення критеріїв ПТСР та їх діагностика у комбатантів є невід'ємною складовою реабілітаційного процесу.

Тому питання ефективної діагностики ПТСР у комбатантів стало невід'ємною частиною програми психологічної реабілітації наших військових. Якісна та ефективна діагностика є запорукою успіху психологічної реабілітації комбатантів, та буде сприяти зростанню психологічної стійкості комбатантів та адаптації до мирних умов життя.

Основною метою емпіричного дослідження було експериментально дослідити особливості ПТСР як наслідка участі комбатантів у бойових діях. Відповідно до поставленого завдання експериментальне дослідження здійснювалося в три етапи.

На першому етапі проводився констатуючий експеримент. Реалізація експериментального дослідження здійснювалася у 2021 році. Дослідно-експериментальна робота проводилася у Реабілітаційному та Неврологічному відділеннях, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни. Загальна кількість комбатантів, які були охоплені дослідженням, склала 54 комбатанта, із середнім терміном перебування в зоні проведення ООС - 12 місяців. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 19 до 40 років.

Виходячи з теоретичного аналізу з проблеми та гіпотези кваліфікаційного дослідження, на етапі **констатуючого експерименту** були поставлені такі завдання:

1. Підібрати методики виявлення ПТСР у комбатантів;
2. Здійснити якісний та кількісний аналіз результатів отриманих у ході проведення діагностичних методик.

На другому етапі експериментального дослідження проводився **формуючий експеримент**. Експериментальна вибірка складалася з 54 комбатантів віком від 19 до 40 років, з них 26 осіб увійшли до експериментальної групи та 28 осіб – до контрольної групи.

На етапі формуючого експерименту вирішувалися такі завдання:

1. Сформувати експериментальну вибірку, на якій буде апробуватися програма психологічної реабілітації.
2. Розробити та апробувати програму, орієнтовану на надання допомоги після психотравматичного інциденту з метою зниженню розвитку ПТСР.
3. Обґрунтувати критерії оцінки ефективності розробленої програми.
4. Провести апробацію програми та оцінити ефективність формуючого експерименту.

На етапі експериментального дослідження проводився контрольний експеримент. У ході контрольного експерименту вирішувалися такі завдання:

1. Провести контрольне вимірювання на прояв симптомів ПТСР.
2. Провести аналіз результатів формуючого та контрольного експерименту.
3. Перевірити достовірність відмінностей між показниками констатуючого та контрольного експерименту методом математичної статистики.

Виходячи з мети та завдань експериментального дослідження, використовувалися такі методики:

– **Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант)** – розроблена для з'ясування ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у комбатантів. Ця шкала містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною «шкалою Лікерта».

Оцінка результатів відбувається додаванням балів, остаточний бал дає змогу виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду. Вміщені в опитувальнику пункти входять до 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 тверджень – спрямовані на визначення «симптомів вторгнення»; 11 тверджень – на визначення «уникнення» і 8 тверджень відносяться до критерію «фізіологічної збудливості». П'ять інших тверджень спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності.

Міссісіпська шкала володіє необхідними психометричними властивостями, а саме: висока сензитивність та специфічність; високий прикінцевий бал за шкалою; добре корелюється з діагнозом ПТСР [42];

– **Шкала самооцінки наявності ПТСР** – заснована на критеріях «DSM-4» і має 17 тверджень – ознак ПТСР. «PCL-M» – це військова версія, і питання стосуються травматичного військового досвіду. Респонденти мають оцінити кожне твердження для того, щоб виявити ступінь прояву певного симптому впродовж минулого місяця.

Самооціночні шкали не потрібно використовувати для встановлення формального діагнозу, «PCL» – гарний діагностичний інструмент, а «межі» від 50 балів і вище – є «оптимальним» показником для того, щоб зауважити про потенційне встановлення діагнозу ПТСР у комбатанта [45];

– **Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР** – була створена в США у 1996 році, перекладена й адаптована в тому ж році Котенєвим І.О.. Ця методика спочатку призначалася для швидкого виявлення ознак посттравматичного стресового розладу у людей, які пережили психічну травму будь-якого роду.

Ця методика проста і доступна для роботи з пацієнтами будь-якої категорії: опитувальник складається з десяти простих запитань, які

передбачають однозначні відповіді. Як інструмент первинного скринінгу добре визначає найспецифічніші прояви ПТСР, такі як тривога і депресія.

Таким чином, дану шкалу доцільно застосовувати при скринінгу широкого контингенту, в тому числі у польових умовах. Також коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР може застосовуватися для самодіагностики, долучатися до комплексних опитувань особистісного складу, спрямованих на виявлення осіб із груп ризику і т.д. [1].

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження особливостей ПТСР у комбатантів учасників бойових дій

Зважаючи на мету і завдання констатуючого експерименту, а саме здійснити якісний та кількісний аналіз результатів отриманих у ході проведення діагностичних методик, було розпочато його впровадження. На першому етапі проводився констатуючий експеримент. Реалізація експериментального дослідження здійснювалася у 2021 році. Дослідно-експериментальна робота проводилася у Реабілітаційному та Неврологічному відділеннях, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни. Загальна кількість комбатантів, які були охоплені дослідженням, склала 54 комбатанта, них 26 осіб ввійшли до експериментальної групи та 28 осіб – до контрольної групи. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 19 до 40 років.

Для реалізації першого етапу експериментального дослідження, було здійснене діагностичне дослідження за такими методиками, як: Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант) [Я 283]; Шкала самооцінки наявності ПТСР [81]; Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР [1].

Під час проведення «**Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій**» (Додаток А), було виявлено та оцінено прояви ПТСР у комбатантів. Отримано такі результати: в експериментальній групі

ПТСР виявлений у 37,4 % комбатантів, характерні для ПТСР ознаки – 44,2 % комбатантів, добре адаптованими були 18,4 % комбатантів (рис. 2.2.1).

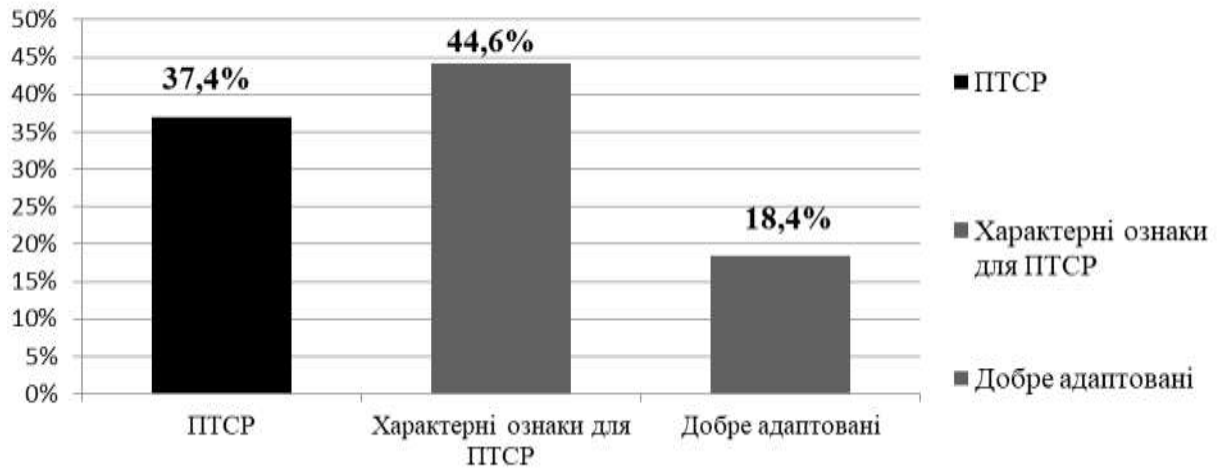


Рис. 2.2.1 Оцінка проявів посттравматичних реакцій у комбатантів експериментальної групи за Міссісіпською шкалою ПТСР

В контрольній групі були виявлені такі результати: ПТСР – у 36,2 % комбатантів, характерні для ПТСР ознаки – в 43,4 % комбатантів, добре адаптованими були 20,4 % комбатанта (рис. 2.2.2).



Рис. 2.2.2 Оцінка проявів посттравматичних реакцій у комбатантів контрольної групи за Міссісіпською шкалою ПТСР

Під час проведення шкали «самооцінки наявності ПТСР» (Додаток Б), були виявлені ознаки ПТСР у комбатантів за діагностичними критеріями «DSM». Були отримані такі результати: в експериментальній групі нормативні показники психічної активності – у 21,2 % комбатантів, ознаки ПТСР – у 41,2 % комбатантів, наявність ПТСР простежувалася у 37,6 % комбатантів (рис. 2.2.3).

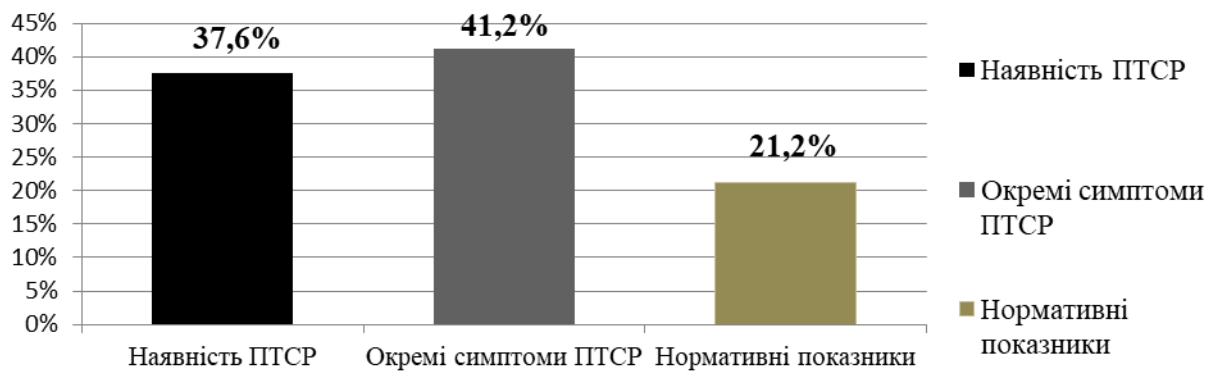


Рис. 2.2.3 Результати «самооцінки наявності ПТСР» в комбатантів експериментальної групи

В контрольній групі, нормативні показники психічної активності виявлено у 22,4 % комбатантів, окремі ознаки ПТСР – в 42,4 % комбатантів, наявність ПТСР – в 35,2% комбатантів (рис. 2.2.4).



Рис. 2.2.4 Результати «самооцінки наявності ПТСР» в комбатантів контрольної групи

Під час проведення «Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР» (Додаток В) було встановлено рівень наявності проявів тривоги, депресії та ПТСР у комбатантів. У результаті дослідження виявлено такі результати: в експериментальній групі нормативні показники, відсутності проявів тривоги, депресії та ПТСР були виявлені - в 20,6 % комбатантів, окремі симптоми ПТСР – у 39,2 % комбатантів, а оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР – у 40,2 % комбатантів (рис. 2.2.5).



Рис. 2.2.5 Результати дослідження тривоги, депресії та ПТСР у комбатантів експериментальної групи

В контрольній групі нормативні показники, відсутності проявів тривоги, депресії та ПТСР були виявлені - в 21,4 % комбатантів, окремі симптоми ПТСР – у 40,4 % комбатантів, а оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР – у 38,2 % комбатантів (рис. 2.2.6).



Рис. 2.2.6 Результати дослідження тривоги, депресії та ПТСР у комбатантів контрольної групи

За результатами діагностичних методик, можна стверджувати, що практично у 80 % комбатантів, які перебували у Реабілітаційному та Неврологічному відділеннях Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни, присутнє ПТСР чи його прояви. Значної різниці у показниках наявності ПТСР, в експериментальній та контрольній групах, виявлено не було. Про те необхідно зазначити, що реакція на БПТ після повернення із зони проведення ООС та попадання у спокійну обстановку, може бути запізною та виявлятися через кілька днів, тижнів, місяців або навіть років. У період участі у бойових діях вивільняються вітальні афекти та активізуються підкіркові інстинктивні механізми.

На **другому етапі** експериментального дослідження проводився формуючий експеримент. На даному етапі дослідження розроблено авторську програму «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій», яка була впроваджена для експериментальної групи (26 осіб чоловічої статі у віці від 19 до 40 років) комбатантів.

Розроблена програма будувалася на таких принципах:

Принцип «особистісно-орієнтованої спрямованості» корекційних заходів, що заснований на безумовному позитивному прийнятті особистості комбатанта, його діяльності, а так само визнанні права на помилку. Результатом є актуалізація внутрішнього психічного та індивідуально-особистісного резерву кожного комбатанта, що стимулює адекватне емоційне функціонування, активізація потреби у самореалізації та самовираженні.

Принцип «довіри», що передбачав віру психолога в самотність та унікальність кожного комбатанта. Результатами роботи за принципом «довіри» було всебічне розкриття комбатанта, віра в свої власні сили та можливості.

Заняття проводилися у підгрупах комбатантів по 12 та 14 осіб.

Програма включала три основні етапи:

Початковий: створення умов для вільного «говоріння», активізація членів групи для самовираження та міжособистісного спілкування.

Основний: складається із семи етапів.

Вступ. Ведучий розповідає, що метою зустрічі є обговорення реакцій учасників на подію, що травмує, а також знайомство з методами корекції виникнення відстроченої реакції на травму.

Передбачуваність та факти. На цьому етапі обговорюється травматична подія у всіх можливих деталях без особливої уваги до думок, почуттів, переживань та емоційних реакцій. Учасників також повідомляють, чи очікували вони на цю подію (це допомагає сфокусувати комбатантів на події і призводить їх до розуміння причин їхньої психологічної реакції).

Думки та враження. Коли реальні факти описані, починається робота над думками та враженнями за допомогою запитань на кшталт: «Про що ви думали коли зрозуміли, що поранені?» або «Що ви тоді стали робити?». За допомогою цієї інформації: конструюється цілісний образ ситуації, реакції індивіда розглядаються у перспективі, відбувається інтеграція травматичного досвіду.

Емоційні реакції. Питання, що обговорюються на попередній стадії, які стосуються почуття та вражень, призводять до відповідей про емоційні реакції. Психолог намагається допомогти учасникам висловити емоції за допомогою питань, змісту яких відображає найпоширеніші в момент травми емоції: страх, жах, безпорадність, фрустрацію тощо. Обговорюються також емоційні реакції, що виникли після події.

Нормалізація. Після цього емоційні реакції виражені, психолог намагається допомогти учасникам у прийнятті їх. Основний наголос робиться на те, що емоційні реакції, що переживаються, нормальні для таких ситуацій. Коли в роботі бере участь більше однієї людини, емоції, що виявляються одним учасником, будуть розділені іншими учасниками. Це також допомагає у нормалізації. Ведучий наголошує, що комбатанти зовсім не повинні переживати всі емоції, які зазвичай переживають після травми, проте емоційне реагування на травматичну ситуацію є нормою. Психолог також описує симптоми ПТСР, що найчастіше зустрічаються, з якими учасники можуть зіткнутися в майбутньому: нав'язливі думки і образи, стани дистресу при актуалізації в пам'яті подій минулого, почуття відгородженості від інших, втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення, тривога і депресія, порушення сну з нічними кошмарами, дратівливість, сором, вина, агресія, надпильність, підвищення реакції переляку.

Планування майбутнього / влада. На цій стадії психолог фокусує групу на подолання симптомів і мобілізації механізмів внутрішньої та зовнішньої підтримки. Акцент робиться на важливість відкритого обговорення переживань учасників з членами їх сім'ї та друзями, а також наголошування на можливості отримання від них додаткової підтримки, якщо така знадобиться.

Завершення. На цій стадії обговорюються інші теми. Поширюються брошури і листівки, що описують звичайні реакції на травму і способи впоратися з нею. Розповідається про можливість отримання психологічної допомоги у майбутньому та про установи, що її надають. Учасникам радять,

звернеться за допомогою, якщо: психологічні симптоми не знижуються через 4-6 тижнів; психологічні симптоми згодом посилюються; виникають явища соціальної дезадаптації; відбуваються виражені зміни особистості.

Заключний: посилення самодостатності, подолання внутрішніх складнощів.

У запропонованій програмі використовувалися такі методи як: дебрифінг, вправи на саморегуляцію, методи арт-техніки (музикотерапія).

Дебрифінг включав два найважливіших компоненти: докладний аналіз інциденту, аж до деталей, з неодноразовим повторенням змісту травматичної події; групова підтримка.

Арт-терапія є методом психологічної корекції афективних станів особистості, одним із методів в арт-терапії є музикотерапія. Музикотерапія – це метод, який використовує музику як засоби корекції емоційних відхилень, страхів, рухових і мовних розладів, при комунікативних труднощах [4].

Саморегуляція полягала у використанні прийомів відволікання, перемикання уваги інші об'єкти (див. Додаток Г).

Для вирішення поставлених завдань, після виявлення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що пройшли бойові дії, та проведення авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій», з комбатантами експериментальної групи які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Реабілітаційному та Неврологічному відділеннях Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни, було проведено третій етап дослідження.

На **третьому етапі** дослідження було виділено два під-етапи. На *першому під-етапі* здійснювалася повторна діагностика комбатантів, експериментальної та контрольної груп. На *другому під-етапі* проводився порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики експериментальної та контрольної груп.

Достовірність відмінностей рівнів ПТСР, здійснювалася шляхом математичної статистики (Т-критерій Вілкоксона).

На третьому етапі експериментального дослідження було проведено повторне дослідження комбатантів експериментальної та контрольної груп, та здійснений аналіз ефективності впровадженої авторської програми психологічної реабілітації.

Для повторного дослідження комбатантів були використані ті самі методики, що і при первинному дослідженні.

Повторне дослідження проводилося протягом 2021 року, досліджуваними були комбатанти у кількості 54 осіб, ті самі, що брали участь і в первинному дослідженні: експериментальна група – 26 осіб та контрольна група – 28 осіб чоловічої статі, віком від 19 до 40 років.

Під час проведення «**Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій**» [42] (Додаток А) було виявлено та оцінено прояви ПТСР у комбатантів. Повторна діагностика виявила такі результати: в експериментальній групі, ПТСР - в 25,2 % комбатантів, характерні для ПТСР ознаки - в 38,4 % комбатантів, добре адаптованими стали - 36,4 % комбатантів. В контрольній групі: ПТСР - в 34,4 % комбатантів, характерні для ПТСР ознаки - в 44,4 % комбатантів, добре адаптованими стали 21,2 % комбатантів.

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження ПТСР в комбатантів експериментальної та контрольної груп представлені у таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

Порівняльні результати дослідження комбатантів за методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій

Показники (рівні)	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
ПТСР	37,4 %	25,2 %	36,2 %	34,4 %
Характерні для ПТСР розлади	44,2 %	38,4 %	43,4 %	44,4 %
Добре адаптовані	18,4 %	36,4 %	20,4 %	21,2 %

Під час проведення шкали «Самооцінка наявності ПТСР» [45] (Додаток Б) встановлені ознаки ПТСР у комбатантів за діагностичними критеріями «DSM». Аналіз повторного дослідження показав такі результати: в експериментальній групі - нормативні показники психічної активності виявлено - в 36,4 % комбатантів, окремі ознаки ПТСР - в 37,4 % комбатантів, наявність ПТСР - в 26,2 % комбатантів. В контрольній групі - нормативні показники психічної активності виявлено - в 27,4 % комбатантів, окремі ознаки ПТСР – в 40,2 % комбатантів, наявність ПТСР - в 32,4 % комбатантів.

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження самооцінки наявності ПТСР у комбатантів експериментальної та контрольної груп представлені у таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження комбатантів за методикою «Самооцінка наявності ПТСР»

Показники (рівні)	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
Наявність ПТСР	37,6 %	26,2 %	35,2 %	32,4 %
Окремі симптоми ПТСР	41,2 %	37,4 %	42,4 %	40,2 %
Нормативні показники	21,2 %	36,4 %	22,4 %	27,4 %

Під час проведення «Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР» [1] (Додаток В) було встановлено рівень наявності проявів тривоги, депресії та ПТСР у комбатантів. В результаті повторного дослідження було виявлено: в експериментальній групі - нормативні показники, відсутності проявів тривоги, депресії та ПТСР були виявлені - в 41,2 % комбатантів, окремі симптоми ПТСР - в 33,4 % комбатантів, а оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР - в 25,4 % комбатантів. В контрольній групі нормативні показники, відсутності проявів тривоги,

депресії та ПТСР були виявлені - в 28,4 % комбатантів, окремі симптоми ПТСР - в 38,2 % комбатантів, а оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР - в 33,2 % комбатантів.

Порівняльні результати попереднього і повторного дослідження рівня наявності проявів тривоги, депресії та ПТСР у комбатантів, експериментальної та контрольної груп представлені у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження комбатантів за «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР»

Рівень стресових відчуттів	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
Оптимальний показник ПТСР	40,2 %	25,4 %	38,2 %	33,4 %
Окремі симптоми ПТСР	39,2 %	33,4 %	40,4 %	38,2 %
Нормативні показники	20,6 %	41,2 %	21,4 %	28,4 %

Отже, на основі повторного проведення методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій», «Самооцінка наявності ПТСР» та «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» було встановлено, що ПТСР у комбатантів в експериментальній групі зменшилися приблизно на 30 %. А показники ПТСР у комбатантів контрольної групи залишилися майже на рівні попереднього дослідження.

Відповідно впровадження авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій» для комбатантів з ПТСР експериментальної групи, виявилися результативними.

Зведені результати попереднього та повторного дослідження ПТСР у комбатантів експериментальної групи наведені у таблиці 2.2.4.

**Результати попереднього та повторного дослідження ПТСР у
комбатантів експериментальної групи**

№	Назва діагностичного інструментарію	Попереднє дослідження			Повторне дослідження		
		Рівні у %			Рівні у %		
		Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
1	Міссісіпська шкала ПТСР	18,4	44,2	37,4	36,4	38,4	25,2
2	Шкала самооцінки ПТСР	21,2	41,2	37,6	36,4	37,4	26,2
3	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	20,6	39,2	40,2	41,2	33,4	25,4

Результати попереднього та повторного дослідження ПТСР у комбатантів контрольної групи представленні у таблиці 2.2.5.

Таблиця 2.2.5

**Результати попереднього та повторного дослідження ПТСР у
комбатантів контрольної групи**

№	Назва діагностичного інструментарію	Попереднє дослідження			Повторне дослідження		
		Рівні у %			Рівні у %		
		Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
1	Міссісіпська шкала ПТСР	20,4	43,4	36,2	21,2	44,4	34,4
2	Шкала самооцінки ПТСР	22,4	42,4	35,2	27,4	40,2	32,4
3	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	21,4	40,4	38,2	28,4	38,2	33,4

Вірогідність типового зсуву діагностованих ознак перевірялася за допомогою Т-критерію Вілкоксона. В результаті зіставлення показників наявності ПТСР до та після проведення авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій» для комбатантів з ПТСР, отримано коефіцієнти кореляції: Темп = 54;

Оскільки $T_{кр} -$ для $n = 26$, де n - кількість комбатантів експериментальної групи у вибірці по таблиці $T_{кр} = 55$ ($p = 0,01$), $T_{кр} = 75$ ($p = 0,05$).

Оскільки $T_{емп} \leq T_{кр}$ ($0,01$), то зсув у «типову» сторону інтенсивності достовірності переважає. Отже, різницю між показниками наявності ПТСР у комбатантів до і після проведення авторської програми достовірні.

Таким чином, в результаті порівняльного аналізу даних, отриманих в ході констатуючого та контрольного експерименту, підтвердилася можливість у процесі формуючого експерименту досягти зниження рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій.

2.3 Практичні рекомендації щодо проведення заходів по зниженню рівня ПТСР у комбатантів

Можливі різні стратегії подолання ПТСР, що застосовуються на різних етапах. Ефективність стратегій багато в чому визначається індивідуальними особливостями та вміннями комбатантів до саморегуляції та самодопомоги. Оскільки саморегуляція та самодопомога сприяють подоланню постстресових порушень, це означає мінімізацію негативних наслідків, поліпшення самопочуття, переробку травматичного переживання та інтегрування їх у позитивний життєвий досвід особистості [11].

Оскільки цей стан легше попередити, ніж лікувати, як кажуть медики, то останнім часом велика увага приділяється профілактичним заходам, які сприяють підвищенню стресостійкості. Велику роль їх розробці грає ідея у тому, що знання посттравматичних стресових механізмів та ефектів значною мірою сприяє можливості розпізнати їх у себе та інших, ставлячись до цього як до природного процесу. Для цього психологами та психотерапевтами рекомендується:

1. Ознайомитись з основами теорії посттравматичного стресу, його механізмами, найчастішими травматичними порушеннями;

2. Вирішити комплексне триєдине завдання на даному етапі:

- ознайомити комбатантів із ПСТР як особливим цілісним станом, який не зводиться до набору окремих проявів;
- проаналізувати, що особисто для кожного із комбатантів означає перебування у цьому стані;
- розпочати роботу над індивідуальним стилем подолання ПТСР.

Перш ніж розглядати методи профілактичних заходів для зниження рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій, необхідно зупинитися на фундаментальних принципах терапії та корекції ПТСР [28]:

- негайний початок лікування після психотравми з метою запобігання розвитку хронічної форми ПТСР;
- комплексне багаторічне лікування, що включає фармакотерапію та психотерапію;
- індивідуальна психотерапія.

Основне завдання: допомогти комбатанту усвідомити справжню природу його проблеми, домогтися вирішення внутрішніх конфліктів та життєвої кризи.

Комбатанти, які мають подібні ознаки потребують надання медико-психологічної допомоги, спеціальних заходів психокорекції та психотерапії. У прояві участі, турботи та зацікавленості їх переживаннями достатньо може бути надана перша необхідна їм допомога. В індивідуальних бесідах із цими військовими необхідно дати можливість висловити їм все наболіле, уважно їх вислухати, виявивши при цьому зацікавленість їхнім оповіданням. На наступному етапі доцільно роз'яснити, що з ними відбувається і те, що це тимчасові переживання, які притаманні всім, хто був у бою. Крім того, необхідно сформулювати у цих військових почуття товариської підтримки та впевненість, що його розуміють і завжди готові йому допомогти. Найголовніше - не допустити виникнення почуття самотності та залученості людини до цього почуття.

Розроблено підхід психотерапевтичного навчання, який включає шість компонентів [48]:

- 1) корекція найпоширеніших помилкових уявлень щодо стресової реакції;
- 2) надання пацієнтові інформації про загальну природу стресової реакції;
- 3) фокусування на ролі надмірного стресу у розвитку захворювання;
- 4) приведення пацієнта до самостійного усвідомлення проявів стресової реакції та характерних симптомів ПТСР;
- 5) розвиток у пацієнта здатність до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресорів;
- 6) повідомлення пацієнту про ту активну роль, яку він грає в терапії надмірного стресу.

Спираючись на теоретичний аналіз та результати експериментального дослідження, нами були розроблені методичні рекомендації щодо проведення профілактичних заходів для зниження рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дії:

- Встановити довірчий безпечний контакт, що дає право на отримання доступу до травматичного досвіду, що ретельно охороняється.
- Надавати допомогу у звільненні від спогадів про травму.
- Надавати допомогу у здобутті контролю за емоційними реакціями.
- Надавати допомогу у зниженні тривоги та відновленні почуття особистісної цілісності.
- Допомогати комбатантам адаптуватися і знайти травматичній події, що сталася, належне місце в житті.
- Навчити військового методам релаксації, оскільки почуття тривоги і напруження часто супроводжує його тривалий час після травми.

Для застосування цих рекомендацій можна використовувати різні види терапії:

Групова психотерапія. *Основне завдання:* допомогти військовому впоратися з почуттям провини, станом безпорадності та безсилля, емоційним відчуженням, дратівливістю, гнівом та набути втраченого почуття контролю над оточуючими. Дуже важливими є групи підтримки, в яких військовому можуть допомогти глибше розібратися у значенні травматичної події та її наслідків.

Сімейна психотерапія. Необхідно розповісти родичам військових про клінічні ознаки ПТСР, про його переживання та почуття, про принципи поведінки родичів у цій ситуації. Обов'язково необхідно проінформувати їх про тривалість перебігу цього захворювання та про можливий «flap-backs»-ефект. З близькими родичами також необхідно проведення психотерапевтичних сеансів, бо часто поведінка комбатанта може сприяти розвитку прикордонних психічних розладів.

У розмовах із членами сімей можна рекомендувати наступне [41]:

- уважно та зацікавлено слухати розповідь комбатанта про те, що йому довелося пережити. Дуже важливо дати цій людині виговоритися, особливо за моральної підтримки близької та коханої людини. Необхідно поділитися членам сім'ї своїми переживаннями під час відсутності комбатанта;

- постаратися допомогти психологічно повернутися в нормальне, звичне життя;

- виявити увагу та терпіння до проблем комбатанта, які неминуче виникають внаслідок бойового стресу, до його психологічного дискомфорту, до підвищеної дратівливості, можливого тривалого депресивного стану тощо. Це тимчасові явища, необхідно допомогти йому впоратися з ними;

- необхідно враховувати, що за час розлуки, пов'язаної з виконанням службово-бойових завдань, члени сім'ї дещо змінилися. Потрібен якийсь час, щоб знову звикнути один до одного. Повернення комбатанта до звичного спільного життя може протікати не без ускладнень, необхідно виявити розуміння та терпіння;

- особливу увагу необхідно приділити дітям. Важливо, щоб при відновленні звичних відносин із військовим вони не опинилися без належної уваги та турботи;

- не заохочувати вживання комбатантом алкоголю. Постаратися тактовно дати йому зрозуміти, що це згубно для нього, ваших стосунків та загалом для сім'ї.

Подружня психотерапія. *Основне завдання:* допомогти подружжю пристосуватися до тих змін, що сталися для обох. При її проведенні необхідно враховувати сексуальні проблеми комбатанта, пов'язані з їхнім військовим минулим.

Соціально-історична корекція. *Основне завдання:* усунення переживань і реакцій протесту проти суспільної зневаги.

Шляхи досягнення: обговорення історичної ситуації та визнання заслуг військового у засобах масової інформації, соціальне схвалення учасників бойових дій, стимуляція їхньої соціальної активності та затребуваності. Іншими словами, має бути реалізована тією чи іншою мірою потреба цих людей у суспільному визнанні, виконуваного ними обов'язку та їх суспільної підтримки. На жаль, слід зазначити, що далеко не завжди громадська думка в державі була об'єктивною в оцінці професійної діяльності комбатантів.

При проведенні адаптації необхідно мати комплекс заходів щодо формування підтримки військових, які виконували бойові завдання як у сфері соціально-правових відносин, так і у сфері суспільної психології, моральних відносин. Цим і відрізняється адаптація від реабілітації [42].

Всередині військових колективів, де частина військових не брала безпосередньої участі у виконанні бойових завдань і була весь цей час у пункті постійної дислокації, можуть виникати міжособистісні конфлікти. Виникаюче роздратування у військовослужбовців, що брали участь у бойових операціях з приводу рівних собі людей, але тих хто не пережили того, що довелося пережити їм, найчастіше викликає агресію, причому не лише у солдат, сержантів, а й у офіцерського складу. Виходячи з цього,

необхідно продумати та організувати ритуал урочистої зустрічі з виносом Прапора частини та проведенням мітингу. Воїни, що повернулися, повинні почуватися істинними винуватцями урочистості.

Для структур по роботі з особовим складом у цей час особливим напрямом їх діяльності мають стати підготовка та проведення масових культурно-дозвільних заходів щодо пропаганди бойової діяльності особового складу, скоєних подвигів, прикладів мужності, сумлінного виконання свого військового обов'язку, причому не лише окремих воїнів, але та цілих підрозділів, екіпажів, розрахунків тощо.

Форми роботи: тематичні вечори, вечори-портрети, вечори вшанування героїв, вечори мужності тощо.

Для участі у цих заходах необхідно залучити представників місцевих органів самоврядування, громадськості, батьків, родичів, членів сімей військових, ефективно використовувати зняті у районі бойових дій відеоматеріали, фотодокументи.

Іншим негативним симптомом дезадаптації комбатанта після повернення у звичайні умови служби є можливий прояв конфліктності між солдатами, сержантами та офіцерами, які не були з ними «там», коли цілком законна статутна вимогливість останніх може не завжди адекватно сприйматися їхніми підлеглими. Тут необхідно виявити достатньо такту та розуміння психологічної прихильності до своїх бойових командирів вищої їхньої авторитетності в очах підлеглих. Доцільно на початковому етапі реадаптації залишити важелі управління бойовими підрозділами в руках їх бойових командирів [42].

Отже, негативні наслідки виконання бойових завдань в умовах, пов'язаних з ризиком для життя, є предметом профілактичних, психосоціальних та реабілітаційних заходів, що проводяться психологами та соціальними працівниками. Розроблені нами методичні рекомендації щодо проведення заходів будуть сприяти зниженню рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій.

Висновки до Розділу 2

У розділі здійснено аналіз емпіричного дослідження рівня посттравматичного стресового розладу у комбатантів, учасників бойових дій, на підставі чого сформульовано низку положень, зокрема:

1. Представлено структуру авторську програму «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій», яка мала три етапи. На першому етапі проводився констатуючий експеримент. Реалізація експериментального дослідження здійснювалася у 2021 році. Дослідно-експериментальна робота проводилася у Реабілітаційному та Неврологічному відділеннях, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни. Загальна кількість комбатантів, які були охоплені дослідженням, склала 54 комбатанта, із середнім терміном перебування в зоні проведення ООС - 12 місяців. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 19 до 40 років.

На другому етапі експериментального дослідження проводився формуючий експеримент. Експериментальна вибірка складалася з 54 комбатантів віком від 19 до 40 років, з них 26 осіб увійшли до експериментальної групи та 28 осіб – до контрольної групи. Цей етап передбачав: формування експериментальної вибірки, на якій апробувалась програма психологічної реабілітації; розробка та апробування програми, орієнтованої на надання допомоги після психотравматичного інциденту з метою зниженню розвитку ПТСР; обґрунтування критеріїв оцінки ефективності розробленої програми; проведення програми та оцінка ефективності формуючого експерименту.

На третьому етапі дослідження відбулась повторна діагностика комбатантів, експериментальної та контрольної груп та відбувся порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики експериментальної та контрольної груп. Достовірність відмінностей рівнів ПТСР, здійснювалася шляхом математичної статистики (Т-критерій Вілкоксона).

Отже, на основі повторного проведення діагностичних методик було встановлено, що ПТСР у комбатантів в експериментальній групі зменшилися приблизно на 30 %. А показники ПТСР у комбатантів контрольної групи залишилися майже на рівні попереднього дослідження.

Відповідно впровадження авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій» для комбатантів з ПТСР експериментальної групи, виявилися результативними.

Для виявлення взаємозв'язку між впливом авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій» на ПТСР комбатантів експериментальної групи, було застосовано «Т-критерій Вілкоксона». Після розрахунків отримано показник рангової кореляції Темп = 54. Оскільки Темп \leq Ткр (0,01), то зсув у «типову» сторону інтенсивності достовірності переважає. Отже, різницю між показниками наявності ПТСР у комбатантів до і після проведення авторської програми достовірні.

Таким чином, в результаті порівняльного аналізу даних, отриманих в ході констатуючого та контрольного експерименту, підтвердилася можливість у процесі формуючого експерименту досягти зниження рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій.

2. Для покращення та закріплення результатів реабілітаційного періоду, запропоновано практичні рекомендації щодо проведення заходів по зниженню рівня ПТСР у комбатантів. При цьому акцентовано на тому, що знання посттравматичних стресових механізмів та ефектів значною мірою сприяє можливості розпізнати їх у себе та інших, ставлячись до цього як до природного процесу. Основним завданням наданих рекомендацій є допомога комбатанту у процесі усвідомлення справжньої природи його проблеми та вирішенню внутрішніх конфліктів та життєвих криз.

Для застосування цих рекомендацій можна використовувати різні види терапії, такі як: групова, сімейна та подружня психотерапія, соціально-історична корекція.

Негативні наслідки виконання бойових завдань в умовах, пов'язаних з ризиком для життя, є предметом профілактичних, психосоціальних та реабілітаційних заходів, що проводяться психологами та соціальними працівниками. Розроблені нами методичні рекомендації щодо проведення заходів будуть сприяти зниженню рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій.

ВИСНОВКИ

За підсумками теоретичного та експериментального аналізу проблеми посттравматичного стресового розладу як наслідка участі у бойових діях, нами було зроблено такі висновки:

1. Констатовано, що проблема психічного здоров'я комбатантів, що беруть участь у бойових діях, є на сьогоднішній день одною із найбільш актуальних, особливо в контексті психологічної реабілітації. Під «бойовим стресом» розуміють адаптацію людського організму за умов «бойової обстановки», у яких закріплюються специфічні адаптивні зміни.

Наголошено на тому, що ПТСР виникає як пролонгована чи затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, яка може спричинити дистрес практично у будь-якої людини. Також зауважено, що ПТСР, це реакція у відповідь на потужні емоційні подразники, на стресову ситуацію, що вже фактично настала.

Охарактеризовані психофізіологічні особливості комбатантів, у яких простежується посттравматичний стресовий розлад як наслідок їх участі у бойових діях, які включають: надмірність, перебільшене реагування, притупленість емоцій, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресію, загальну тривожність, напади люті, зловживання наркотичними та лікарськими речовинами, непрохані спогади, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном, думки про самогубство та «вину того, хто вижив». Також існують інших психічні явища, що проявляються у комбатантів з ПТСР, до них відносять такі явища, як: песимізму, почуття занедбаності, недовіри, зникнення сенсу життя, неможливості спілкуватися на тематику «війни»; зневіри у власні сили; відчуття втрати контролю; закритості у комунікації з іншими; негативного ставлення до державних структур; схильності до екстремальних пригод і т.д..

2. Представлено структуру авторську програму «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій», яка мала три етапи. На першому етапі проводився констатуючий експеримент. Реалізація експериментального дослідження здійснювалася у 2021 році. Дослідно-експериментальна робота проводилася у Реабілітаційному та Неврологічному відділеннях, на базі Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни. Загальна кількість комбатантів, які були охоплені дослідженням, склала 54 комбатанта, із середнім терміном перебування в зоні проведення ООС - 12 місяців. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 19 до 40 років.

На другому етапі експериментального дослідження проводився формуючий експеримент. Експериментальна вибірка складалася з 54 комбатантів, з них 26 осіб увійшли до експериментальної групи та 28 осіб до контрольної групи. Цей етап передбачав: формування експериментальної вибірки, на якій апробувалась програма психологічної реабілітації; розробка та апробування програми, орієнтованої на надання допомоги після психотравматичного інциденту з метою зниження розвитку ПТСР; обґрунтування критеріїв оцінки ефективності розробленої програми; проведення програми та оцінка ефективності формуючого експерименту.

На третьому етапі дослідження відбулась повторна діагностика комбатантів, експериментальної та контрольної груп та відбувся порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики експериментальної та контрольної груп. Достовірність відмінностей рівнів ПТСР, здійснювалася шляхом математичної статистики (Т-критерій Вілкоксона).

На основі повторного проведення діагностичних методик було констатовано, що ПТСР у комбатантів в експериментальній групі зменшилися приблизно на 30 %. А показники ПТСР у комбатантів контрольної групи залишилися майже на рівні попереднього дослідження.

Відповідно впровадження авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій» для комбатантів з ПТСР експериментальної групи, виявилися результативними.

Для виявлення взаємозв'язку між впливом авторської програми «Реабілітації комбатантів, учасників бойових дій» на ПТСР комбатантів експериментальної групи, було застосовано «Т-критерій Вілкоксона». Після розрахунків отримано показник рангової кореляції Темп = 54. Оскільки Темп \leq Ткр (0,01), то зсув у «типову» сторону інтенсивності достовірності переважає. Отже, різницю між показниками наявності ПТСР у комбатантів до і після проведення авторської програми достовірні.

Таким чином, в результаті порівняльного аналізу даних, отриманих в ході констатуючого та контрольного експерименту, підтвердилася можливість у процесі формуючого експерименту досягти зниження рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій.

3. Для покращення та закріплення результатів реабілітаційного періоду, запропоновано практичні рекомендації щодо проведення заходів по зниженню рівня ПТСР у комбатантів. При цьому акцентовано на тому, що знання посттравматичних стресових механізмів та ефектів значною мірою сприяє можливості розпізнати їх у себе та інших, ставлячись до цього як до природного процесу. Основним завданням наданих рекомендацій є допомога комбатанту у процесі усвідомлення справжньої природи його проблеми та вирішенню внутрішніх конфліктів та життєвих криз.

Для застосування цих рекомендацій можна використовувати різні види терапії, такі як: групова, сімейна та подружня психотерапія, соціально-історична корекція.

Негативні наслідки виконання бойових завдань в умовах, пов'язаних з ризиком для життя, є предметом профілактичних, психосоціальних та реабілітаційних заходів, що проводяться психологами та соціальними працівниками. Розроблені нами методичні рекомендації щодо проведення

заходів будуть сприяти зниженню рівня ПТСР у комбатантів, учасників бойових дій.

Таким чином, можна стверджувати, що мету кваліфікаційної роботи досягнуто і гіпотезу підтверджено.