



ISSN 2450-6486

<http://ehs.eeipsy.org>DOI: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2020.4.03>

УДК:159.922



Геннадій ЛОМАКІН

Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР у комбатантів

GENNADIY LOMAKIN. Analysis of socio-psychological aspects of PTSD of combatants. *In this work, the modern scientific approaches what concerns post-traumatic stress disorder (PTSD), reasons of its formation and characteristics of its manifestation in individuals who participated in military actions were analyzed and considered; the data of experimental investigation of the manifestations of PTSD and widespreading of these disorders in the groups of war and participants of the military actions who didn't get injured. Particularities of manifestation of certain characteristics of social-psychological adaptation of combatants in peacetime have been studied and analyzed; practical recommendations of psychological counselling and ways of solving the topical problems of combatants, strategies of overcoming personal and crisis have been suggested.*

Key words: *combatants, participants of the military actions, combat stress, concerns post-traumatic stress disorder (PTSD), veterans, the invalids of war, rehabilitation, adaptation, readaptation, socialization.*

Сучасне суспільство характеризується навантаженням різноманітних стресогенних чинників та ситуацій в житті кожної людини, що пов'язано з тенденцією до зростання техногенних катастроф, аварій, стихійних лих, збройних конфліктів, локальних війн та інших впливів що потрясають світову спільноту. Дані тенденції не обходять і Україну, на Сході якої військовими проводиться операція об'єднання сил (раніше АТО), що розпочалася в травні 2014р. і продовжується по теперішній час.

Зауважимо, що не один збройний конфлікт (руйнування звичної життєві ситуації) не обходиться без психологічних ускладнень [10, 12], як для безпосередніх учасників бойових дій (комбатантів), так і для постраждалих мирних мешканців регіону де він відбувається, що в свою чергу призводить до порушень соціальної адаптації їх учасників, психічних розладів та психосоматичних захворювань. Ці ускладнення не закінчуються з припиненням конфлікту або виходом з нього і досить довго супроводжують соціум і особу вже в умовах безконфліктного, мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо проігнорувати або вирішити односторонньо. Тому дослідження проблем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) стає все більш актуальним не лише в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті.

ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойових обставин і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Світова статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і травмованих - кожен третій. Дослідження так званого бойового стресу (Василевський В.Г., Довгополук А.Б., Дмитрієва Т.Б., Євдокимова Н.О., Єпачинцева Е.М., Зливков В.Л., Литвинцев С.В., Лукомська С.О., Растовцев Г.О., Снедков Є.В., Тимченко Г.М., Фастовцев Г.А., Федан О.В., Харитонов О.М., та інші.) довели, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через кумульовані (накопичені) в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими. Статистичні дані свідчать, що під час війни у В'єтнамі загинуло 58226 американських громадян. Після ж повернення з війни покінчили з собою в три рази більше ветеранів, ніж загинуло; третина ув'язнених в американських в'язницях тоді були учасниками

війни у В'єтнамі [5]. На території СНД вибіркові клінічні роботи визначають показник ПТСР серед ветеранів афганської війни у 30%, і до 55% у комбатантів (учасників бойових дій), які брали участь у локальних війнах останніх десятиліть [13, С.10-12]. За даними національного дослідження ветеранів в'єтнамської війни (1988 р.) у 30,6% спостерігалось ПТСР. У 55,8% осіб, що мають ПТСР, були виявлені прикордонні (між нормою і патологією) нервово-психічні розлади; ймовірність опинитися безробітним у них в 5 разів більше в порівнянні з іншими, розлучення були у 70%, проблеми з вихованням дітей у 35%, крайні форми ізоляції у 47,3%, виражена ворожість у 40% [6; С. 257]. За даними Харківської міської Співки ветеранів Афганістану, після «афганської» війни померло від ран і захворювань у п'ятеро більше її учасників, ніж загинуло, кількість інвалідів збільшилася втричі! І хоча на даний момент немає повних даних за сучасними конфліктами, можна припустити, що ситуація істотно не відрізняється.

Таким чином, **актуальність** порушеної теми визначається соціальною ситуацією, що складається в суспільстві і гострою потребою учасників бойових дій у соціально-психологічній реабілітації та підтримці.

Метою даної роботи є аналіз особливостей соціально-психологічних проявів ПТСР в учасників бойових дій, з визначенням шляхів психологічної допомоги, ефективних методів реадaptaції до мирних умов життя, збереження їх здоров'я та працездатності.

Предмет аналізу – це психологічні наслідки участі у бойових діях, які проявляються у вигляді психічної травми бойового стресу і ПТСР.

Методами дослідження були: аналіз літератури, опитування, анкетування та інтерв'ю учасників бойових дій в Афганістані (з урахуванням критеріїв оцінки психологічної травми Консультативно-міждисциплінарної психіатричної служби PCLS). Методики виявлення ПТСР та окремих його ознак: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій Т.Кіна (1988) (військовий варіант); опитувальник Бека для оцінки депресії (Beck Depression Inventory - BDI) і Опитувальник психологічного стресу Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18).

На відміну від гострої стресової реакції ПТСР виникає не під час стресової події, а у віддалені терміни – після виходу людини зі стресової ситуації. Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в Америці і були

названі «синдром солдатського серця» [7]. У 1941 р. А. Кардинер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій. Фундаментальні дослідження ПТСР в Росії проведені професором Н.В.Тарабриною і співробітниками показали, що «після впливу бойового травматичного психологічного стресу учасникам бойових дій доводиться фактично заново відтворювати в умовах мирного життя структуру свого суб'єктивного життєвого простору, в тому числі і структуру самоставлення, самооцінки і смисложиттєвих орієнтацій» [2; С. 91]. Також нею розроблений метод діагностики глибини і небезпеки цих розладів [12]. У 1980 р. група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше - для МКХ-10. Згідно МКХ-10 *слідом за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що призводить до патологічних змін особистості комбатантів, часткової або повної їх дезадаптації в умовах мирного часу.*

Яскравою відзнакою «бойового стресу» є те, що на війні людина є не тільки свідком насильства, але і його активним учасником, і те, і інше служить джерелом травматичних переживань [6]. Страх, викликаний бойовими обставинами, пригнічується ціною великого нервового напруження. А в якості одного з головних наслідків впливу стрес-факторів на особистість розглядається психічна травма, в основі якої можуть лежати усвідомлювані і неусвідомлювані зміни у фізіологічній, емоційній, когнітивній (інтелектуальній) і поведінковій складових системи регуляції [1]. Саме це й спостерігається у випадку зі стрес-фактором участі в бойових діях, де крім фізіологічних факторів, якщо не яскравіше діють психологічні. Але якщо безпосередньо у позначеній стресовій ситуації дані зміни можна вважати нормою, то в мирному житті вони часто викликають дезадаптивні реакції. Цими невідповідностями, в сукупності з соціокультурним контекстом та фактором соціальної підтримки, і породжується ПТСР [11].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, яка здатна викликати

психічні порушення. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за рамки звичайного людського досвіду (серйозна загроза життю, фізичної цілісності, вимушене вбивство, фізичне ушкодження, смерть або каліцтво близької людини) і здатного викликати дистрес [6]. Вплив такого екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР.

До основних симптомів ПТСР відносять: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливий повернення); нездатність згадати (уникнення); підвищена пильність; зверхзбудження (неадекватна зверхмобілізація) [7]. *До вторинних симптомів ПТСР відносять:* депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, психосоматичні захворювання, порушення Его-функціонування тощо [8].

Єдиної теорії патогенезу ПТСР немає. Тому багато дослідників, ґрунтуючись на різних гіпотезах, запропонували різні психологічні й інші моделі: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну і мультифакторну модель ПТСР. Також цікаві підходи до розуміння сутності ПТСР з урахуванням психоаналізу, трансової і диссоціативної теорії, гіпотези про травматичний імпринт, теорії формування патологічних асоціативних емоційних мереж [3, 6]. Так, об'єднуючи в собі основні підходи, розроблений психосоціальний підхід, де вводиться вплив зовнішнього середовища на виникнення ПТСР. Ця модель реагування на травму також є багатофакторною і враховує вагу кожного фактору у розвитку реакції на стрес. У ній виділені такі соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації потерпілих від психічної травми як: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, фактор соціальної підтримки з боку суспільства і близьких людей [6].

Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в умовах вже мирного часу, через підвищене почуття справедливості, тривожності, «вибухових» реакцій та депресивних станів, у ветеранів порушується соціальна взаємодія, виникають сімейні та проблеми з працевлаштуванням, втрачається інтерес до суспільного життя.

У нашому дослідженні взяли участь 40 учасників бойових дій в Афганістані, середній вік яких – 53 роки. До групи досліджуваних увійшли інваліди війни (ІБД) – особи, які в бойових діях отримали фізичні травми та контузії (ЗЧМТ) і учасники бойових дій (УБД), які таких не мають.

Таблиця 1.

Оцінка психологічної травми PCLS (DSM 5)

Рівні травматизації								Показники X2
Низький		Середній		Високий		Дуже високий		
%		%		%				
УБД	ІБД	УБД	ІБД	УБД	ІБД	УБД	ІБД	
20	-	30	30	40	45	10	25	21,78*

Примітка. * $\chi^2_{\text{крит}} = 13,82$; при $p \leq 0,001$; $n = 2$, $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; розрізнення значущі

У ході проведеного нами опитування та анкетування (табл. 1), було з'ясовано як самі комбатанти оцінюють рівень отриманої психологічної травматизації під час участі у бойових діях.

Як видно з отриманих даних 70% осіб, що отримали поранення (контузії) та 50% комбатантів, які таких не мають, оцінюють участь у бойових діях, як таку подію, що значним чином впливає на психологічний стан та являється благодатним тлом для розвитку ПТСР та психосоматичних захворювань майже у всіх учасників. Також, можемо бачити, що серед комбатантів, які мають поранення (контузії) психологічну травму отримали значно більше ($p \leq 0,001$) учасників бойових дій, ніж серед тих, що таких не мають.

Також у ході проведеного нами опитування, інтерв'ю та анкетування (згідно критеріїв Консультативно-міждисциплінарної психіатричної служби PCLS (DSM 5)) було діагностовано такі важливі характеристики (табл. 2) наявності ПТСР, що спостерігаються у комбатантів, як повторювані, тривожні і небажані спогади (сни) про стресову ситуацію, раптове відчуття, що стресова ситуація знову відбувається в реальності (флешбек-епізоди), бажання уникнути спогадів, думок або почуттів, а також зовнішніх нагадувань, пов'язаних зі стресовою ситуацією, суперпильності, проблемами зі сном та інші [4, 6].

Як можемо бачити з наведених в таблиці даних, прояви ПТСР спостерігаються у значної частини комбатантів (за різними показниками від 10% до 80%). Також значно більше поширення проявів ПТСР, на рівні достовірності $p \leq 0,001$, спостерігається у групі комбатантів, які мають фізичні ушкодження, поранення та контузії.

Важливим показником, що може свідчити про наявність ПТСР у комбатанта є, так звані флешбек-епізоди, тобто раптове відчуття, що

Таблиця 2.

Статистичні дані χ^2 -критерій окремих розладів при ПТСР

		Рівні						Показники X2
№ п/п	Показники	Низький		Середній		Високий		
		%		%		%		
		УБД	ІБД	УБД	ІБД	УБД	ІБД	
1.	Повторювані, тривожні і небажані спогади про стресову ситуацію	40	10	30	45	30	45	35,14*
2.	Повторювані, тривожні сни про стресову ситуацію	35	10	35	45	30	45	26,83*
3.	3. Раптове відчуття, що стресова ситуація знову відбувається в реальності (Ви якби повернулися туди і переживаєте її знову)	40	30	40	35	20	35	15,29*
4.	Відчуття сильної фізичної реакції, коли щось нагадувало Вам про стресову ситуацію (наприклад, прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість)	30	10	25	10	45	80	48,06*
5.	Бажання уникнути спогадів, думок або почуттів, пов'язаних зі стресовою ситуацією	60	20	10	20	30	60	66,6*
6.	Бажання уникнути зовнішніх нагадувань про стресову ситуацію (наприклад, людей, місць, розмов, дій, об'єктів або ситуацій)	60	10	10	40	30	50	144,99*
7.	Небажання пригадувати важливі деталі стресової ситуації	60	40	10	20	30	40	19,99*
8.	Відчуття сильних негативних почуттів, таких як: страх, жах, гнів, почуття провини або сором	50	20	10	60	40	20	69,66*
9.	Почуття дистанційованості або відрізаності від інших людей	70	50	-	40	30	10	15,71*
10.	Складнощі з позитивними емоціями (нездатність відчувати щастя або відчувати почуття любові до близьких Вам людей)	70	50	20	30	10	20	20,71*
11.	Дратівливість, злість або спалахи агресії	40	30	20	30	40	40	7,5**
12.	«Суперпильність» або обережність, або настороженість	20	40	10	20	70	40	42,85*
13.	Утруднення в концентрації уваги	40	30	20	20	40	50	5
14.	Проблеми із засинанням або сном	30	20	10	10	60	70	4,96

Примітка. * $\chi^2_{крит} = 13,82$; при $p \leq 0,001$; $n = 2$, $\chi^2_{емп} > \chi^2_{крит}$; розрізнення значущі** $\chi^2_{крит} = 5,99$; при $p \leq 0,001$; $n = 2$, $\chi^2_{емп} > \chi^2_{крит}$; розрізнення значущі

стресова ситуація знову відбувається в реальності, так ніби комбатант повернувся в зону бойових дій і знову, як на яву, переживає травмируючу психіку ситуацію. Дослідження показують наявність таких включень у 20% комбатантів, а у тих що отримали поранення (контузії) у 35%. Це надто високі показники і доводять про необхідність застосування реабілітаційних та психокорекційних заходів.

Дратівливість, злість, спалахи агресії спостерігаються на рівні 40%, як у осіб з інвалідністю, так і серед тих, що такої не мають. Також у значного відсотка комбатантів (60%, що не отримали поранення, травми, контузії і 70% комбатантів, що такі мають) спостерігаються проблеми із засинанням або сном, що з часом приводить до виснаження організму та розвитку психосоматичних захворювань. Також, вище зазначені прояви ПТСР викликають у комбатантів почуття дистанційованості або відрізаності від інших людей (30%), породжують депресивні стани, що потребує негайного втручання та психо-корекційної роботи з ними.

Для виявлення ПТСР та психологічних порушень у комбатантів була застосована Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій. Отримані результати (табл. 3) вказують, що у значної частини ветеранів спостерігаються явні ознаки ПТСР і психічних розладів, що збігається з даними попередніх [9] наукових досліджень.

Дослідження показало, що 35% комбатантів повністю змогли адаптуватися в мирних умовах, 52,5% мають певні психічні розлади, а у 12,5% спостерігається наявність ПТСР.

Таблиця 3.

Розподіл досліджуваних за рівнями прояву ПТСР

Показники Групи	Рівні ПТСР					
	Адаптованість		Психічні розлади		ПТСР	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
УБД	12	60	8	40	-	-
ІБД	2	10	13	65	5	25
Всього	14	35	21	52,5	5	12,5

Примітка. За травматизацією $\chi^2_{\text{емп}} = 69,6$; $\chi^2_{\text{крит}} = 13,82$; $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; $n = 2$, при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі

Серед учасників бойових дій адаптованих ветеранів більше ніж серед інвалідів і складає 60% до 10%. Також ми можемо бачити 65% комбатантів, які отримали фізичні ушкодження, поранення або контузії потребують реабілітаційних заходів. Це підтверджує про необхідність реадaptaційних заходів, які сприяли б подоланню наслідків бойового стресу, розвитку психосоматичних захворювань, в тому числі ПТСР.

Розвиток ПТСР нерозривно пов'язаний і з депресивними станами, які спостерігаються у значної частини комбатантів та впливають на їх реадaptaцію і соціалізацію в суспільстві.

Дослідження наявності депресії в учасників бойових дій проведено за допомогою опитувальника депресії Бека (табл. 4).

Таблиця 4.

Рівні прояву депресивних станів у групах ветеранів

Показники Групи	Рівні депресивного стану							
	відсутність		помірний		критичний		явно виражений	
	кіль- сть	%	кіль- сть	%	кіль- сть	%	кіль- сть	%
УБД	9	45	11	55	0	0	0	0
ІБД	1	5	9	45	7	35	3	15
Всього	10	25%	20	50%	7	17,5%	3	7,5%

Примітка. За травматизацією $\chi^2_{\text{емп}} = 83,8$; $\chi^2_{\text{крит}} = 16,27$; $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит.}}$; $n = 3$, при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі

Як впливає з отриманих результатів, лише у 25% випробовуваних на час проведення експерименту не було виявлено ніяких проявів депресії, а у 25% (сумарно) виявлено критичний і явно виражений її рівень. Отримані експериментальним шляхом дані підтверджують, що відсоток комбатантів з явно вираженим і критичним рівнями депресії спостерігається в осіб з інвалідністю (50%), а в учасників бойових дій не спостерігається взагалі!

Таким чином можна стверджувати, що високий рівень депресії, як прояв ПТСР, спостерігається у групі комбатантів, які під час участі у бойових діях отримали поранення, фізичні травми, контузії. У стані посттравматичного стресу та соціальної дезадаптації депресія може

посилюватися і доходити до відчаю, коли здається, що немає ніякого сенсу й усе марно. Її супроводжують нервові виснаження, апатія і негативне ставлення до життя [4, 6], що без втручання та підтримки з боку близьких комбатанту людей може призвести до тяжких наслідків аж до суїциду.

Також ПТСР сприяє розвитку психосоматичних захворювань, що в значній мірі ускладнює процес реадaptaції комбатантів до умов мирного життя, значно обмежує їх працездатність та впливає

Таблиця 5.

Оцінка психічного здоров'я (Brief Symptom Inventory 18)

	Рівні						Показники X2
Показники	Низький		Середній		Високий		
	%		%		%		
	УБД	ІБД	УБД	ІБД	УБД	ІБД	
Відсутність інтересу до всього	40	40	50	30	10	30	48*
Нервозність (внутрішнє тремтіння)	40	20	40	40	20	40	30*
Болі в серці (грудах)	20	-	60	30	20	70	65,71*
Почуття напруженості (хвилювання)	40	30	30	10	30	60	45,83*
Нудота, біль або дискомфорт в шлунку	40	10	40	30	20	60	25*
Почуття страху	50	40	40	30	10	30	44,5*
Складнощі з диханням	50	20	50	40	-	40	20*
Моменти жаху і паніки	80	40	20	30	-	30	25*
Оніміння або поколювання в певних частинах тіла (в руках, ногах, тощо)	30	-	40	20	30	80	41,25*
Почуття песимізму з приводу майбутнього	30	20	30	40	40	40	6,66***
Почуття напруги, тривоги щодо бездіяльності (не можна залишатися на місці)	40	30	30	40	30	30	8,33***
Відчуття слабкості в частинах тіла	20	-	50	50	30	50	13,33**

Примітка. * $\chi^2_{\text{крит}} = 13,82$; при $p \leq 0,001$; $n = 2$, $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; розрізнення значущі

** $\chi^2_{\text{крит}} = 9,21$; при $p \leq 0,01$; $n = 2$, $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; розрізнення значущі

*** $\chi^2_{\text{крит}} = 5,99$; при $p \leq 0,05$; $n = 2$, $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; розрізнення значущі

на психологічний стан і здоров'я. Дослідити рівень психологічного стресу та прояви психосоматичних захворювань (табл. 5) в учасників бойових дій нам дозволило використання скороченої версії опитувальника SCL-90 – BSI-18.

Психологічні травми, непрохані спогади, почуття песимізму та відстороненості і як наслідок депресії, зловживання алкоголю (або наркотичних речовин) - це все спостерігається на тлі загальної тривожності, характерної для ветеранів. Тривожність проявляється як у психічній сфері (занепокоєння, заклопотаність, «параноїдальні» явища), так і в емоційній (почуття страху, невпевненість, комплекс провини) і на фізіологічному рівні (ломота у спині, спазми шлунку, головний біль) [6]. Проведені за допомогою опитувальника BSI-18 дослідження дозволяють стверджувати, що у значної частини комбатантів (до 40%) спостерігається нервозність (внутрішнє тремтіння) та почуття напруженості (хвилювання) (до 60%). При цьому у комбатантів, які мають поранення, фізичні травми та контузії ці прояви значно більші, $p \leq 0,001$. Болі в серці (грудях), нудота, біль або дискомфорт в шлунку спостерігається у 60% комбатантів, які мають поранення, фізичні ушкодження та контузії, що значно вище ніж у тих учасників бойових дій, які таких не мають (20%), $p \leq 0,001$. Також у комбатантів спостерігається відчуття слабкості (30% та 50% у осіб з травматизацією), оніміння або поколювання в певних частинах тіла (30% та 80% у осіб з травматизацією), що свідчить про наявність психосоматичних захворювань у значної частини комбатантів. ПТСР сприяє розвитку почуття песимізму з приводу майбутнього (спостерігається у 40% досліджуваних), також психологічний стан визначається апатією та відсутністю інтересу до всього (у 10% учасників бойових дій та 30% у комбатантів, що мають поранення, фізичні ушкодження, контузії).

Все це може свідчити про те, що травматизація справляє істотний вплив на емоційний стан ветеранів, їх психосоматичне здоров'я та працездатність. Більш того, на прикладі учасників бойових дій в Афганістані (пройшло вже 30 років, як вони повернулися у мирне життя) та проведених досліджень, явно спостерігається потреба комбатантів у проведенні постійних реабілітаційних заходів та спостережень у медичних закладах і військових шпиталях, надання своєчасної медико-соціально-психологічної допомоги та підтримки.

Отже, отримані в результаті дослідження дані підтверджують, що у частини ветеранів – від 12% до 25% проявляються симптоми

ПТСР (залежно від виду), у 50% - 70% спостерігаються психічні розлади або прикордонні стани і лише близько 35% досліджуваних повністю змогли адаптуватися до умов мирного життя. У ході спостережень і отриманих експериментальним шляхом даних добре проглядається зв'язок проявів ПТСР з травматизацією, отриманою в період участі у бойових діях, дезадаптацією та психосоматичними захворюваннями. Також, можемо зазначити, що на розвиток ПТСР за проведеними попередніми дослідженнями [9] значно впливають соціальні умови комбатанта (працевлаштованість, матеріальний статок, сім'я тощо) та їх соціальна активність. Спостерігається тенденція до значного поліпшення якості життя та адаптованості комбатантів при залученні їх до суспільно-корисної діяльності [9]. Це може бути ряд таких заходів, як зустрічі за круглим столом, де обговорюються нагальні проблеми, залучення ветеранів до зустрічей з молодшим поколінням (уроки мужності і патріотична діяльність, спортивно-масові заходи, просвітницька робота), до благодійних заходів тощо. Результати дослідження підтверджують, що суспільно-корисна діяльність у рамках Харківської міської спілки ветеранів Афганістану надає свої позитивні результати на психологічний стан її членів. Ветерани які задіяні в суспільно-корисній діяльності і які займають активну соціальну позицію страждають ПТСР і психічними розладами набагато менше, ніж хто замкнувся на своїх проблемах, у собі.

Досвід спілки ветеранів показує, що якщо не надавати своєчасну психологічну підтримку, без індивідуального підходу, реадаптаційних заходів, їх інтеграція в сучасне суспільство практично не можлива. Особливо якщо це стосується осіб з інвалідністю, які обмежені в своїх фізичних можливостях і, як правило, замкнуті і обмежені в спілкуванні, ізольовані від суспільних відносин. Часом дуже важко розговорити таких людей (спочатку вони цьому дуже пручаються), організувати їм спілкування з іншими ветеранами, але якщо це вдається, то результати не змушують на себе чекати. У ході соціальної взаємодії ветерану набагато легше розкритися, виговоритися, переробити свій військовий досвід, отримати післявоєнний досвід інших таких же як і він ветеранів і, спільними зусиллями, вирішити свої соціальні та психологічні проблеми. А значить якісно поліпшити свій стан і своє життя, переосмислити прожите і знайти перспективи в майбутньому.

Підводячи підсумки, можемо говорити, що пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним з головних внутрішніх

бар'єрів на шляху адаптації ветеранів до звичайного життя. Після повернення до мирних обставин на вже наявні, пов'язані з війною ПТСР, нашаровуються нові розлади, зумовлені стресами, пов'язаними з соціальною дезадаптацією. Ветерани підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт; у них особливим чином з'єднуються способи поведінки, що сформувалися під впливом стрес-факторів бойової обстановки, і колишні (довоєнні) способи поведінки. І можна зробити висновок про те, що посттравматичний синдром учасників військових локальних конфліктів є особистісною кризою з усіма властивими йому ознаками, а, значить, як і будь-яка психологічна особистісна криза, потребує корекції, терапії.

Подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить від трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів та умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни. Взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду призводить або до зростання психічного напруження, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. У результаті можливо очікувати: психічну «рестабілізацію» або виникнення ПТСР. На перший з факторів ми вплинути не в змозі, а ось впливати на умови, в які потрапляє ветеран, можна. Через них, позитивно змінюючи і індивідуальні характеристики ветерана. В цьому і полягає особливість реабілітаційних заходів та соціально-психологічної роботи з успішної реадaptaції ветеранів в мирних умовах. Комплекс реабілітаційних заходів, повинен включати в себе: інформування ветеранів та членів їх сімей про систему підтримки учасників бойових дій; профілактику здоров'я; індивідуальну (точкову) роботу, яка включає організацію відвідувань ветеранів на дому, особливо в періоди кризових станів, психологічне консультування; залучення в соціальну активність і до суспільно-корисної діяльності; ознайомлення з наданими з боку держави пільгами та можливості їх реалізації; робота з представниками влади, проведення семінарів і круглих столів, тощо.

На думку ряду фахівців, повне позбавлення від ПТСР неможливо, його ознаки мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час і наростати, а й виявлятися раптово на тлі зовнішнього благополуччя. Психотравма руйнує когнітивні Я-схеми і звичний погляд на світ. Відтворення зруйнованого буває хворобливим,

тому ефективними у роботі з ветеранами можуть виявитися різні рівні психотерапевтичних технік: вислуховування, консультування, короткочасна і довгострокова динамічна психотерапія і т.д..

Стан ветерана можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів, які спрямовані не тільки на корекцію гострих проявів на початковому етапі адаптації, а й на профілактику можливих відстрочених ефектів. Тим більше що проходження ПТСР часто хвилеподібне і практично неможливо прорахувати піки проявів постстресових розладів. У більшості випадків, особливо при комплексному впливі, застосуванні системи спеціальних заходів, спостерігається одужання. Якщо ж пустити процес адаптації (реадаптації) учасників бойових дій на самоплив, то можливо і затяжний перебіг з наростаючою психопатизацією, епізодами антисоціальної поведінки, алкоголізацією, наркотизацією.

Отже, комплексна реабілітація учасників бойових дій являє собою систему медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму у зв'язку з участю в бойових діях. Метою реабілітації є відновлення соціального статусу учасника бойових дій і його соціальна адаптація. Реабілітація комбатантів повинна бути комплексною і включати в себе: медичну реабілітацію (відновлювальна терапія, реконструктивна хірургія, протезування, ортезування, тощо); психологічну реабілітацію (психолого-педагогічні, соціальні заходи, що спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу громадян, які отримали психічну травму в зв'язку з участю в бойових діях); професійну реабілітацію (професійна орієнтація та освіта, професійно-виробнича адаптація та працевлаштування); і соціальну реабілітацію (соціально-середовищна орієнтація та соціально-побутової адаптація).

Таким чином, позначимо, що практична спрямованість і перспективи даної роботи полягають у систематизації теоретичних і практичних даних, вивченні особливостей проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій; у розробці моделей, методів і способів корекції та профілактики при організації заходів психосоціальної роботи, реабілітації і реадаптації осіб постраждалих в екстремальних стресових ситуаціях; визначенні рівня їх ефективності. В процесі

комплексної допомоги учасникам бойових дій можлива ефективна профілактика та психокорекція невротичних, психосоматичних розладів, порушень міжособистісних стосунків та досягнення успішної реінтеграції їх у суспільство, з використанням їх бойового, особистісного та життєвого досвіду.

References:

1. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дисс. ... канд. психол. Наук : 19.00.05. Москва, 1994. 223 с.
2. Зеленова М. Е. Исследования смысложизненных ориентаций у ветеранов боевых действий в Афганистане // Боевой стресс: Механизмы стресса в экстремальных условиях. Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ, М.: Истоки, 2005. С. 91.
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 367с.
4. Колодзин Б. Как жить после психологической травмы. М.: Шанс, 1992.
5. Лесной Н.. После войны. ГЕО, 2006. № 2. С. 104 – 108.
6. Малкина-Пых И.Г.// Психологическая помощь в кризисных ситуациях – М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
7. Медицинская реабилитация раненых и больных // Под ред. Ю.Н. Шанина. СПб: «Специальная Литература», 1997. С. 197 – 230.
8. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане: Методические рекомендации // Цыганков Б.Д., Белкин А.И., Веткина В.А. и др. М., 1992 - 16 с.
9. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які брали участь в бойових діях / Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 10. - Харків : НУЦЗУ, 2011. С. 86-98.
10. Охрана психического здоров'я в условиях войны / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ирина Павленко, Евгения Овсянникова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. 1068 с.
11. Снетков В.Н., Литвинцев С.В., Фастовцев Г.А. Стрессогенные психические расстройства у раненых // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб: ВмедА, 1995. С.79 – 82.
12. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварий на ЧАЭС // Психол. журнал, 1994–№5. С. 67-77.
13. Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А. Боевой стресс: Психофизиологические маркеры устойчивости // Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ, М.: Истоки, 2005. С. 10 -12.

Transliteration of References:

1. Abdurahmanov R.A. Psihologicheskie trudnosti v obshchenii, ih korrekciya u

- veteranov boevykh deystviy v Afganistane : diss. ... kand. psihol. Nauk : 19.00.05. Moskva, 1994. 223 s.
2. Zelenova M. E. Issledovaniya smyslozhiznennykh orientacij u veteranov boevykh deystviy v Afganistane // Boevoy stress: Mekhanizmy stressa v ekstremal'nykh usloviyah. Sb. nauchnykh trudov simpoziuma, posvyashchennogo 75-letiyu GNIII VM, M.: Istoki, 2005. S. 91.
 3. Kitaev-Smyk L.A. Psihologiya stressa. M.: Nauka, 1983. 367s.
 4. Kolodzin B. Kak zhit' posle psihologicheskoy travmy. M.: SHans, 1992.
 5. Lesnoj N.. Posle vojny. GEO, 2006. № 2. S. 104 – 108.
 6. Malkina-Pyh I.G.// Psihologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyah – M.: Izd-vo Eksmo, 2005. 960 s.
 7. Medicinskaya reabilitatsiya ranenyyh i bol'nykh // Pod red. YU.N. SHanina. SPb: «Special'naya Literatura», 1997. S. 197 – 230.
 8. Pogranichnye nervno-psihicheskie narusheniya u veteranov vojny v Afganistane: Metodicheskie rekomendatsii // Cygankov B.D., Belkin A.I., Vetkina V.A. i dr. M., 1992 - 16 s.
 9. Pidchasov Ye. V., Lomakin H. I. Analiz sotsialno-psykholohichnykh proiaviv PTSR v osib, yaki braly uchast v boiovykh diiakh / Problemy ekstremalnoi ta kryzovoi psykholohii. Zbirnyk naukovykh prats. Vyp. 10. - Kharkiv : NUTsZU, 2011. S. 86-98.
 10. Okhorona psykhichnoho zdorovia v umovakh viiny / per. z anhl. Tetiana Semyhina, Iryna Pavlenko, Yevheniia Ovsiannikova [ta in.]. — K. : Nash format, 2017. 1068 s.
 11. Snetkov V.N., Litvincev S.V., Fastovcev G.A. Stressogennyye psihicheskie rasstroystva u ranenyyh // Aktual'nye voprosy voennoj i ekologicheskoy psihiatrii. - SPb: VmedA, 1995. S.79 – 82.
 12. Tarabrina N.V., Lazebnaya E.O., Zelenova M.E. Psihologicheskie osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh sostoyaniy u likvidatorov posledstviy avariij na CHAES // Psihol. zhurnal, 1994–№5. S. 67-77.
 13. Ushakov I.B., Bubeev YU.A. Boevoy stress: Psihofiziologicheskie markery ustojchivosti // Sb. nauchnykh trudov simpoziuma, posvyashchennogo 75-letiyu GNIII, M.: Istoki, 2005. S. 10 -12.

The Author

Lomakin Gennadiy Ivanovich
*Candidate of Psychology Sciences,
Teacher of Applied Psychology at UIPA,
Deputy Chairman of the Kharkiv City Union of
Afghan War Veterans (Civic Organization),
Kharkiv, Ukraine
E-mail: lomakin.gennadiy@ukr.net*

Abstracts

ГЕННАДІЙ ЛОМАКІН. **Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР у комбатантів.** У даній роботі проаналізовано та розглянуто сучасні наукові підходи до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), умови формування та особливості його прояву в осіб, які брали участь у бойових діях; наведені дані експериментальних досліджень проявів ПТСР та поширеності цих розладів у групах інвалідів війни та учасників бойових дій, які не отримали каліцтва. Досліджено та проаналізовано особливості прояву окремих характеристик соціально-психологічної адаптованості комбатантів за умов мирного життя; запропоновані практичні рекомендації психологічного консультування та шляхи вирішення актуальних проблем комбатантів, стратегії подолання особистісних криз.

Ключові слова: комбатанти, учасники бойових дій, бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), ветерани, інваліди війни, реабілітація, адаптація, реадaptaція, соціалізація.

ГЕННАДИЙ ЛОМАКИН. **Анализ социально-психологических проявлений ПТСР у комбатантов.** В данной работе проанализированы и рассмотрены современные научные подходы к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), причины формирования и особенности его проявления у лиц, принимавших участие в боевых действиях; приведены данные экспериментальных исследований проявлений ПТСР и распространенности этих расстройств в группах инвалидов войны и участников боевых действий, не получивших увечий. Исследованы и проанализированы особенности проявления отдельных характеристик социально-психологической адаптированности комбатантов в условиях мирной жизни; предложены практические рекомендации психологического консультирования и пути решения актуальных проблем комбатантов, стратегии преодоления личностных кризисов.

Ключевые слова: комбатанты, участники боевых действий, боевой стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), ветераны, инвалиды войны, реабилитация, адаптация, реадaptaция, социализация.

GENNADIJ ŁOMAKIN. **Analiza społeczno-psychologicznych objawów PTSD u kombatanów.** W niniejszej pracy zostały przeanalizowane i rozpatrzone współczesne naukowe podejścia do

zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD), warunki kształtowania oraz szczegóły jego objawów u osób, uczestniczących w działaniach wojennych; zostały podane dane eksperymentalnych badań objawów PTSD oraz rozpowszechnienia tych zaburzeń w grupach inwalidów wojennych i uczestników działań wojennych, którzy nie doznali obrażeń. Zbadano i przeanalizowano szczegóły przejawiania się odrębnych charakterystyk społeczno-psychologicznych zdolności do adaptacji kombatantów w warunkach życia pokojowego; zaproponowano praktyczne zalecenia w zakresie psychologicznego konsultowania oraz sposoby rozwiązywania aktualnych problemów kombatantów, strategie zwalczania kryzysów osobowości.

Słowa kluczowe: *kombatanci, uczestnicy działań wojennych, stres bojowy, zespół stresu pourazowego (PTSD), weterani, inwalidzi wojenni, rehabilitacja, adaptacja, readaptacja, socjalizacja.*