

**Державна служба України з надзвичайних ситуацій
Національний університет цивільного захисту України**

**С.Ю. Лебедева, О.О. Назаров, Я.О. Овсяннікова,
Н.В. Оніщенко, Д.С. Похілько, В.О. Тімченко, О.В. Тімченко,
В.Є. Христенко**

**ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ
ПЕРЕБУВАННЯ РЯТУВАЛЬНИКІВ
У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ
ОПЕРАЦІЇ**

Монографія

За загальною редакцією Н.В. Оніщенко, О.В. Тімченка

Харків 2019

Рекомендовано до друку
вченою радою НУЦЗ України
(протокол від 27.12.2018 № 5)

Рецензенти:

доктор психологічних наук, професор **В.О. Лефтеров**
доктор психологічних наук, професор **І.І. Приходько**

УДК 159.9

Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / С.Ю. Лебедева, О.О. Назаров, Я.О. Овсяннікова, Н.В. Оніщенко, Д.С. Похілько, В.О. Тімченко, О.В. Тімченко, В.Є. Христенко. / За заг. ред. Н.В. Оніщенко, О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2019. – 174 с.

ISBN

Колективна монографія присвячена проблемі психологічних наслідків перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції (АТО).

Встановлено, що найбільших змін після повернення рятувальників із зони проведення АТО зазнають підструктури емоційно-вольової та/або афективної сфери, поведінка та спрямованість фахівця.

Визначення та обґрунтування різниці між «військовим синдромом» військовослужбовця та «військовим синдромом» працівника служби порятунку надало змогу не тільки вивчати і прогнозувати поведінкові особливості рятувальників – ветеранів АТО, але й стало підґрунтям для подальшого проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи з ними.

Наукове видання призначено для здобувачів вищої освіти, які навчаються на першому (бакалаврському), другому (магістерському), третьому (освітньо-науковому) рівнях за спеціальністю 053 «Психологія», спеціалізацією «Екстремальна та кризова психологія» на соціально-психологічному факультеті Національного університету цивільного захисту України, а також для психологів ДСНС України.

ISBN ...

УДК 159.9

© С.Ю. Лебедева, О.О. Назаров,
Я.О. Овсяннікова, Н.В. Оніщенко,
Д.С. Похілько, В.О. Тімченко,
О.В. Тімченко, В.Є. Христенко, 2019
© НУЦЗУ, 2019

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
Передмова	6
Розділ I. Проблема «Виходу з війни»: аналіз сучасних психологічних досліджень.....	10
1.1 Соціально-психологічні особливості повернення до мирного життя радянських солдат і офіцерів - ветеранів Другої світової війни	12
1.2 Соціально-психологічні особливості повернення до мирного життя військовослужбовців Збройних Сил СРСР – учасників війни в Афганістані	14
1.3 Соціально-психологічні особливості повернення до мирного життя військовослужбовців Збройних Сил Російської Федерації – учасників різноманітних локальних військових конфліктів та збройних сутичок на теренах пострадянських країн.....	18
Висновки за розділом.....	26
Розділ 2. Організація роботи, характеристика груп та методів дослідження .	27
2.1 Організація роботи та основні етапи дослідження	27
2.2 Характеристика груп досліджуваних	28
2.2.1 Характеристика групи експертів	30
2.3 Загальна характеристика методів та психодіагностичних методик дослідження	31
2.4 Стрес-фактори, що супроводжували фахівців та чинили на них негативний психологічний вплив під час виконання ними професійної діяльності в зоні проведення АТО.....	38
2.5 «Рефлекс придушення» або що заважатиме ветеранам АТО повернутися до умов звичайного мирного життя.....	44
2.6 «Військовий синдром» як психологічний поведінковий маркер ветеранів антитерористичної операції	49
Висновки за розділом.....	55
Розділ 3. Емпіричне дослідження психологічних наслідків, що спостерігаються у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після виконання ними завдань за призначенням в зоні проведення антитерористичної операції.....	58
3.1 Особливості функціонального стану фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після їх повернення із зони проведення антитерористичної операції	58
3.2 Особливості проявів невротичних станів у фахівців рятувальних підрозділів ДСНС України, які виконували завдання за призначенням в зоні АТО.....	70
3.3 Особливості прояву ознак агресивності та ворожості в поведінці рятувальників після повернення їх із зони локального збройного конфлікту.....	74

3.4 Особливості сформованості ознак травматичного стресу у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які перебували в зоні проведення антитерористичної операції	79
3.4.1 Особливості прояву ознак післятравматичного стресового зростання у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів, які виконували свої професійні завдання в умовах проведення АТО.....	89
3.5 Характеристика психологічних наслідків, що проявляються у ставленні рятувальників до ключових смислоутворюючих категорій життєдіяльності	92
3.6 Оцінка реадaptaційних можливостей рятувальників в аспекті особливостей «Я-концепції» фахівців, які отримали досвід виконання професійних завдань в умовах локального збройного конфлікту	99
3.7 Загальна характеристика основних психологічних наслідків, які було зафіксовано у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після виконання ними професійних завдань в умовах АТО	104
Висновки за розділом	114
Висновки	119
Список використаних джерел	121
Додатки	133
Додаток А. Науково-історичний аналіз досліджень психогенних розладів, що виникають під час війн та локальних збройних конфліктів (початок - кінець ХХ століття)	133
Додаток Б. Розпорядження директора департаменту персоналу ДСНС України «про проведення психологічного дослідження» передати електронною поштою	160
Додаток В. Анкета (для експертної групи).....	169
Додаток Г. Проективна методика: «Символічні завдання на виявлення «Соціального Я».....	170
Додаток Д. Алгоритм організації психологічної роботи з фахівцями аварійно-рятувальних підрозділів після виконання ними завдань в умовах локального збройного конфлікту	173

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО – антитерористична операція

ООС – Операція Об'єднаних сил

ГСР – Гострий стресовий розлад

ГУ (У) ДСНС – Головне управління (Управління) Державної служби України з надзвичайних ситуацій

ДП МРЦ ДСНС – Державне підприємство «Мобільний рятувальний центр» Державної служби України з надзвичайних ситуацій

ДСНС України – Державна служба України з надзвичайних ситуацій

ЗМІ – засоби масової інформації

ЗСУ – Збройні Сили України

КТВ – Кольоровий тест відносин

МВС – Міністерство внутрішніх справ України

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

МО – Міністерство Оборони України

МЦШР ДСНС – Міжрегіональний центр швидкого реагування Державної служби України з надзвичайних ситуацій

НГУ – Національна гвардія України

НПС – Нервово-психічна стійкість

ПТСР (PTSD) – Післятравматичний стресовий розлад

СБУ – Служба Безпеки України

СМДО – Структурований метод дослідження особистості

СРСР – Союз Радянських Соціалістичних Республік

1 СЦШР – 1-й Спеціальний центр швидкого реагування та гуманітарного розмінування Державної служби України з надзвичайних ситуацій

УБД – Учасник бойових дій

DSM-4 (DSM-IV) – Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів IV видання (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV).

ПЕРЕДМОВА

Тільки за останні 5,5 тис. років на нашій планеті сталося понад 14,5 тис. великих і малих війн, в полум'ї яких загинуло, померло від голоду та епідемій понад 3,6 мільярдів чоловік [1]. Таку ціну людство заплатило за «продовження політики іншими засобами» [2].

Війна є химерною за своєю реалістичністю і трагічністю драмою, яка незмінно розігрується у душі кожного комбатанта, залишаючи незгладимі сліди.

Рани, отримані в обмежених війнах (особливо душевні), швидко не гояться... Ось чому в пострадянських державах, охоплених локальними збройними конфліктами, найтяжчим випробуванням для учасника бойових дій залишається повернення з війни [3].

Про істинні масштаби негативних наслідків обмежених (малих, локальних, гібридних і та. ін.) війн на сьогодні ми маємо лише приблизне уявлення [4]. Одне, що можна стверджувати абсолютно точно, – жодне з відомих людству природних лих або техногенних катастроф є незрівнянних з війною (і байдуже, з якою: локальною чи широкомасштабною) за ступенем екстремальності та своїми психологічними наслідками [5]. У цьому відношенні можна говорити про те, що поряд з війною зовнішньою, в душі кожного комбатанта йде своя внутрішня війна, війна між страхом та обов'язком. І ця внутрішня війна найчастіше буває більш затяжною та драматичною, ніж зовнішня. Людина, яка побоюється за своє життя, знаходиться у постійній напрузі, намагаючись передбачити час та характер своєї загибелі [6].

Дія екзистенційних факторів Операції Об'єднаних сил (ООС)¹, яка проходить на сході нашої країни, носитиме пролонгований характер. Якщо звичайна людина в зоні природного лиха і, навіть, в умовах військових дій, може знайти можливість для перепочинку, то військовослужбовці, поліцейські, співробітники СБУ, прикордонники чи рятувальники, які виконують професійні задачі у зоні проведення операції об'єднаних сил, будуть перебувати в ситуації небезпеки постійно, незалежно від того, знаходяться вони на лінії зіткнення з противником, у ближньому своєму тилу або тилу противника.

Ще у 1908 році Г.Є. Шумков [7] відмічав, що діяльність людини-бійця в період війни та бою носить особливий характер. Ця діяльність, за спостереженнями Р. Дрейлінга [8], протікає в умовах хронічної небезпеки (іншими словами, постійної небезпеки втратити здоров'я або життя), а з іншої сторони, в умовах не тільки безкарного знищення собі подібних, але й у прямій необхідності та в заохочувальному бажанні робити це якраз в ім'я кінцевих цілей

1 30 квітня 2018 року в Україні офіційно розпочалася Операція Об'єднаних сил. Головна відмінність ООС від АТО полягає у підпорядкованості. Якщо раніше антитерористична операція проходила під загальним керівництвом антитерористичного центру СБУ, то зараз Операція Об'єднаних сил проходить під стратегічним керівництвом Генерального штабу Збройних Сил України (прим. авторів).

задля загального благополуччя як для свого народу, так і з метою власного самозбереження.

Комплекс набутих у зоні проведення антитерористичної операції (операції об'єднаних сил) адаптивних реакцій стає дезадаптивним за межами зони бойових дій.

Ми переконані, що повернення непідготовленого до мирних умов життєдіяльності учасника АТО/ООС із закріпленими у психіці слідами війни може призвести до вторинної психотравматизації. Психічна травма, викликана непідготовленим зіткненням з мирним суспільством, яке вмить стало незрозумілим і чужим, може виявитися більш сильною, ніж бойова психічна травма.

У цих умовах перед державою гостро постають три основні проблеми:

1. Яким чином повернути в соціум повноцінних у психологічному відношенні громадян та водночас захистити суспільство від можливої агресії та неконтрольованої спонтанної войовничості?

2. Як вберегти ветерана антитерористичної операції (операції об'єднаних сил), - а по суті, людину з «оголеною», незахищеною психікою, - від травматичного впливу жорстокого для них мирного життя?

3. Як завершити військовий конфлікт (і не тільки юридично)?

Ми переконані, що сьогодні цілком правомірно використовувати в суспільстві тезу про психологічний критерій закінчення операції об'єднаних сил: «ООС закінчиться лише тоді, коли останній український солдат психологічно повернеться з неї додому»!

Дослідження вітчизняних [9–10] та закордонних [11–16] психологів показують, що фізичне переміщення учасника військового конфлікту в мирну обстановку далеко не завжди означає його інтелектуальне, емоційне, «почуттєве» повернення в обстановку повсякденних зв'язків і відношень.

Треба відверто констатувати, що ця проблема для вітчизняних психологів виявилася практично не дослідженою. І виникла вона з середини 2014 року, з початком проведення антитерористичної операції², а фактично – війни малої інтенсивності, або, як такі війни ще називають закордонні фахівці [17], – війни «трьох кварталів» (це коли в одному кварталі міста точаться запеклі бої, а в інших кварталах – продовжується нормальне мирне життя. Таким чином, учасник «війни трьох кварталів» протягом одного і того ж дня може багато разів опинятися як у бойових, так і в мирних умовах. Як наслідок, відбувається зіткнення ідентичностей та постійна перебудова психіки бійця).

Сьогодні ми вже можемо констатувати, що швидке, але непідготовлене повернення учасника АТО /учасника ООС до мирних умов життєдіяльності породжує цілу низку психологічних проблем. Адже в умовах проведення АТО/ООС військовослужбовець міг вранці брати участь у бойовому зіткнен-

² Згідно Указу Президента № 405/2014 від 13.04.2014 року було введено в дію Рішення Ради національної безпеки і оборони про початок проведення антитерористичної операції (АТО). За цей період Україна провела 6 хвиль мобілізації, за результатами яких у ряди Збройних Сил було призвано 210 тисяч військовослужбовців (прим. авторів).

ні, вдень його міг замінити на бойовому посту інший військовослужбовець, а ввечері він міг опинитися на вулицях населеного пункту, що живе своїм розміреним мирним життям. Реакцію солдата, який щойно вийшов з бою, та наслідки конфліктних ситуацій передбачити надто складно.

Нагадаємо, що після Першої та Другої світових війн учасники бойових дій поверталися на батьківщину впродовж багатьох тижнів та місяців. Вони багато разів ділилися один з одним своїми спогадами, кожен багато разів виступав для своїх товаришів терапевтом, консультантом, розуміючим слухачем. У ході цих задушевних бесід спрацьовували психологічні механізми відреагування, когнітивно-сислової переробки травматичного досвіду в умовах дієвої емоційної підтримки, інтеграції цього досвіду в особистісну історію та актуальне буття комбатанта [18–33].

Сучасне психологічно неусвідомлене повернення учасників локальних військових конфліктів є дуже небезпечним: ветеран, який опинився у мирному суспільстві, подібний до людини без шкіри (без знаменитого фрейдівського «захисного шару» особистості), і тому будь-який дотик до його особистості викликатиме біль та «кровотечу» [34].

Дуже важливо в такій ситуації допомогти жертвам військового стресу адаптуватись у мирному житті. Учасники бойових дій повертаються додому з величезним багажем психологічних переживань, зміною стилю поведінки, іншим ставленням до тих процесів, що зараз відбуваються в державі. Це вносить значні зміни у світогляд і звички людини, які можуть проявлятися у підвищеній агресивності, нездатності акліматизуватись у мирному житті [35].

За статистикою звернень основними проблемами в учасників АТО/ООС є: страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%), підозрілість (75,5%), зловживання алкоголем і наркотиками (50%) [36].

Майже кожен із наших захисників, повернувшись до мирного життя, стикається з проблемами непорозуміння в сім'ї, з родичами, з колегами по роботі та в соціумі [37].

Учасники локального збройного конфлікту, якою, по суті, була антитерористична операція, а сьогодні, - операція об'єднаних сил, - недооцінюють серйозність свого стану і ігнорують можливості психологічної допомоги.

Автори монографії переконані, що допомогти персоналу сектору безпеки та оборони України³ повернутись до мирного життя не тільки тілом, але і

³ До сектору безпеки та оборони України належать Збройні Сили (Сухопутні війська, Повітряні сили, Військово-морські сили, Десантно-штурмові війська, Сили спеціальних операцій) та інші силові та спеціальні структури: Служба безпеки (центр спеціальних операцій із боротьби з тероризмом, захисту учасників кримінального судочинства та працівників правоохоронних органів – спецпідрозділ «Альфа»), Міністерство внутрішніх справ (Національна гвардія України, у т.ч. загін спеціального призначення «Омега», загін спеціального призначення «Ягуар»; Національна поліція України, у т.ч. корпус оперативно-раптові дії; Державна служба України з надзвичайних ситуацій, у т.ч. оперативно-рятувальна служба цивільного захисту України; Державна прикордонна служба України, у т.ч. Морська охорона України) – прим. авторів.

душею, можливо лише за допомогою знань щодо психологічних наслідків участі людини в умовах війни або локального збройного конфлікту.

Пропонуємо Вашій увазі колективну монографію, що відкриває нову сторінку у дослідженнях проблеми психологічних наслідків перебування людини в умовах бойових дій і сподіваємося, що наша робота буде прийнята і вивчена. Ми сподіваємося також і на Ваше прихильне ставлення, шановний читач, та з вдячністю врахуємо усі конструктивні пропозиції в підготовці наступного видання.

РОЗДІЛ I

ПРОБЛЕМА «ВИХОДУ З ВІЙНИ»: АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проблема «виходу з війни» є не менш, а то й найбільш складною, аніж проблема «входження у війну». Діапазон впливу стрес-факторів війни на людську психіку є надзвичайно широким. Він охоплює великий спектр психологічних явищ, в яких зміни людської психіки коливаються від ярко виражених, явних патологічних форм до зовні малопомітних, схованих, пролонгованих, «відстрочених» у часі реакцій.

Наслідки війни вивчалися вітчизняними та закордонними психологами та психіатрами починаючи з початку ХХ століття (див. додаток А).

В. Гуров [37] одним з перших на пострадянському просторі науковців навів узагальнені дані психогенних втрат радянської та російської армій у бойових діях ХХ століття (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Психогенні втрати армій царської Росії, СРСР та Російської Федерації у бойових діях ХХ століття

Війна	Кількість випадків психічних порушень на 1 тис. осіб	Учасники бойових дій, які отримали психічні розлади (у % до загальної кількості особового складу)
Русько-японська	2–3 (3.000 осіб пройшло через Харбінський психіатричний шпиталь)	немає даних
Перша світова війна	6–10	немає даних
Друга світова війна	24–30 (на 300% більше, ніж у Першу світову війну)	38%
Корея, В'єтнам, Афганістан, Карабах, Абхазія, Таджикистан, Чечня, інші «гарячі точки»	немає даних	24–28%
У військовослужбовців строкової служби: психогенні розлади – у 70%; хронічні післятравматичні стани – у 15–20%.		

Як можна побачити з наведеної таблиці 1.1, у відсотковому співвідношенні до чисельного складу армій, що брали участь у бойових діях, показник психічних бойових втрат не дуже великий. Однак протягом ХХ століття ми можемо прослідкувати тенденцію до наростання психогенних розладів військовослужбовців у кожному новому військовому конфлікті.

На жаль, даних щодо психогенних втрат серед радянських солдат у відкритих наукових джерелах нам знайти не вдалося: навіть у вузькоспеціальних публікаціях з військової, екстремальної психології та психології діяльності в

особливих умовах є посилення лише на розрахунки закордонних дослідників по арміях інших держав.

І причин цьому, нам вбачається, декілька. По-перше, після 1917 року усі питання, що пов'язані з морально-психологічною сферою, були ідеологізовані. При цьому досвід руської армії у Першій світовій війні практично ігнорувався, а усі проблеми стосовно морально-психологічного стану Червоної, а потім і Радянської армії, виявилися у веденні не військових фахівців, а представників партійно-політичних структур.

З іншого боку, виходячи з реальної клінічної практики, радянські військові медики продовжували вести спостереження у цій області, але зібрані ними дані, як правило, виявлялися засекреченими – до них допускалося лише дуже вузьке коло спеціалістів. На жаль, для нас, психологів, результати цих досліджень і сьогодні залишаються майже не доступними.

Що ж стосується тенденції психогенних розладів серед військовослужбовців Збройних Сил України, то за даними експертних оцінок військових медиків, отриманих нами у ході консультацій з провідними фахівцями в галузі клінічної психіатрії Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (м. Харків); Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (м. Київ); 16-ї міської лікарні та обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова (м. Дніпро); Дніпропетровського військового шпиталю, і військового шпиталю селища Черкаське (Дніпропетровська обл.); військово-медичного клінічного центру Південного регіону, більш відомого як Одеський військовий шпиталь (м. Одеса); лікарні швидкої медичної допомоги м. Маріуполя, яку тимчасово переобладнали у військовий шпиталь (Донецька обл.); Запорізького міського, Чернігівського базового, Полтавського, Миколаївського та Львівського військових шпиталів, а також першого на Луганщині військово-польового госпіталю, – у цілому ця картина є аналогічною загальносвітовій. Однак на розвиток психогенних розладів серед українських військовослужбовців накладає відбиток ще й сучасна специфіка, пов'язана з тяжкою суспільно-політичною та економічною ситуацією у країні, криза соціальних цінностей, падіння матеріального рівня життя, невпевненість у завтрашньому дні й т. ін. Усі ці психотравмуючі впливи неминуче призводять до збільшення кількості психічних розладів серед комбатантів.

Однак набагато масштабнішими є відстрочені наслідки війни або локального військового конфлікту, які впливають не тільки на психофізіологічне здоров'я військовослужбовців, але й на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій та т. ін. Як правило, фактично без жодних виключень, усе це зазнає суттєвої деформації [38]. Мабуть не випадково відомий радянський письменник, фронтовик Костянтин Сімонов у своїй трилогії «Живі та мертві» зі знанням справи написав: «Іноді людині здається, що війна не залишає в неї незгладимих слідів, але якщо вона дійсно людина, то їй це тільки здається» [39].

1.1 Соціально-психологічні особливості повернення до мирного життя радянських солдат і офіцерів - ветеранів Другої світової війни

Під час масових післявоєнних демобілізацій, що проходили у Радянському Союзі в тяжких умовах розрухи, більшість військових відчували себе безпорадними, «викинутими» у незвичне для них цивільне середовище. Офіцери та солдати, які пройшли жахіття війни та які мали сильний незалежний характер, сформувалися в цих умовах як вольові особистості, спроможні приймати рішення, незалежні від авторитетів, керуючись реальною обстановкою та власним бойовим досвідом. Звикнувши виходити із власного індивідуального вибору та усвідомивши власну особливість та значущість, вони вмиг виявилися «незручними» для начальства у мирній обстановці сталінської системи. «Як це не парадоксально, – зазначав фронтовик Ю.П. Шарапов [40], – але війна була часом свободи думки і поступків, відповідальності та ініціативи. Недарма Сталін та його пропагандистська машина так обрушилися на післявоєнне покоління – покоління переможців».

Саме після масової демобілізації солдат і офіцерів Червоної Армії наше суспільство вперше зіткнулося з проблемою суперечливості впливу специфічних умов Другої світової війни на психологію її учасників. Не буде перебільшенням сказати, що священна війна Радянського народу проти німецько-фашистських загарбників наклала відбиток на свідомість та поведінку людей, які брали безпосередню участь у збройній боротьбі, на усе їх подальше життя.

На жаль, велика кількість тих, хто пройшов війну зі зброєю у руках, не змогли стати «такими, як усі», прийняти «правила гри», від яких вони або вже відвикли, або після усього, що вони пережили, вважали їх безглуздими та неприйнятними. Саме у таких обставинах *найбільш помітними проявами специфічного впливу війни на психологію її учасників стали «фронтний максималізм», синдром силових методів і спроб їх застосування (особливо на перших порах) у конфліктних ситуаціях мирного життя.*

На фронті усе було чіткіше і виразніше: ясно, хто ворог і що з ним треба робити. Миттєва реакція виявлялася запорукою власного спасіння: якщо не вистрілиш першим – вб'ють тебе! Після такої фронтної «ясності» конфлікти мирного часу, коли «противник» формально таким не є і застосування до нього звичних методів боротьби заборонене законом, бувають доволі складними для психологічного сприйняття тих, у кого виробилася миттєва, загострена реакція на будь-яку небезпеку, а у свідомості утвердились переосмислені життєві цінності й інше, аніж у людей «цивільних», ставлення до дійсності.

Солдатам-переможцям у «цивільному» житті було важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички ледве що «хапатися за зброю», чи то у прямому, чи то у переносному сенсі.

Повертаючись з війни, колишні солдати та офіцери підходили до мирного життя з фронтовими мірками, часто переносячи у післявоєнне життя набутий військовий спосіб поведінки. Більшість із фронтовиків розуміли, що така поведінка є недопустимою. А отже, деякі з них починали

«приспосовуватися», намагаючись не відрізнитися від загальної маси радянських громадян. Іншим це не вдавалося, і вони залишалися «бійцями» на усе життя.

Душевні надломи, зриви, озлобленість, непримиримість, підвищена конфліктність – з однієї сторони, та стомленість, апатія, – з іншої, – як природна реакція організму на наслідки тривалого фізичного та нервового напруження, випробуваного в бойовій обстановці, стали характерними ознаками «фронтового» покоління.

Надзвичайно гостру психічну драму після перемоги у Другій світовій війні відчували інваліди, а також ті, хто втратив близьких та залишився без даху над головою. І до сьогодні зловісно звучать слова І.В. Сталіна про те, що загибель однієї людини – трагедія, а загибель сотень і тисяч – лише статистика.

У цей же період ***особливі труднощі повернення до мирного життя відчували ті, хто до війни не мав ніякої професії.*** Пройшовши сувору школу життя, маючи бойові заслуги, людина раптом опинялася ні до чого не придатною. Їй доводилося вчитися заново з тими, хто був значно молодшим за віком, а головне, – за життєвим досвідом. І це було болісним ударом по самолюбству ветерана. Ще найприкріше було виявити, що твоє місце зайняте «тиловим щуром», який дуже добре влаштувався в житті, поки солдат на фронті проливав свою кров. Цей душевний стан із військовою прямою висловив поет і фронтовик Борис Слуцький⁴: «Когда мы вернулись с войны, я понял, что мы не нужны. Захлебываясь от ностальгии, от несовершенной вины, я понял: иные, другие, совсем не такие нужны. Господствовала прямота, и вскользь сообщалось людям, что заняты ваши места и освободят их не будем» [41].

Фактично, процес «звикання» колишніх солдат і офіцерів – ветеранів Другої світової війни до мирного життя протікав доволі складно. Цей процес неодноразово викликав у переможців над фашизмом ***присупи «фронтової ностальгії» – бажання повернутися у минуле, у бойову обстановку або відтворити якусь подобу, хоча б окремі риси бойової обстановки в межах існуючої дійсності. Ці присупи «фронтової ностальгії» змушували ветеранів шукати один одного, групуватися у ветеранські організації та об'єднання.***

Розуміння своє приналежності до «особливої касты переможців» допомагало зберігати між ветеранами війни теплі, дружні, довірливі відносини, пом'якшений варіант «фронтового братерства», коли не тільки однополчани, товариші по службі, але й інші фронтовики намагалися підтримувати один одного.

Саме завдяки радянським ветеранам Другої світової війни виник цей психологічний феномен – феномен «фронтового братерства» вітчизняних ветеранів – учасників наступних війн та локальних збройних конфліктів. Якщо наприкінці 70-х – на початку 80-х років ХХ століття у СРСР серед молодого покоління почали фіксуватися (і, на жаль, непоодинокі) факти бай-

⁴ Наводиться мовою оригіналу (прим. авторів).

дужого ставлення до ветеранів війни, то з появою «афганців» молодь стала краще розуміти фронтовиків, а ті, хто приходив з Афганістану, виявилися духовно ближче до своїх дідів, аніж до батьків, які не воювали.

1.2 Соціально-психологічні особливості повернення до мирного життя військовослужбовців Збройних Сил СРСР – учасників війни в Афганістані

У складі 40-ї армії, яка безпосередньо виконувала свою місію в Афганістані, перебувало понад 150 тисяч українців. Зараз тільки у м. Харкові проживає понад 6 тисяч ветеранів афганської війни (див. табл.1.2).

Таблиця 1.2 – Статистичні дані війни в Афганістані⁵

	Загальна кількість	Дані по Україні	Дані по Харківській області
Брало участь у бойових діях	понад 1.300.000	понад 150.000	понад 13.500
Загинуло	14.751	3.280	252
Зникло безвісті	298	80	немає даних
Поранені, контужені, травмовані	53.753	понад 8.000	немає даних
Захворіло (Боткіна, малярія, шлункові захворювання і т. ін.)	415.392	немає даних	немає даних
Стали інвалідами	немає даних	3.560	немає даних

Сьогодні існують різноманітні точки зору щодо доцільності або недоцільності прийнятого у грудні 1979 року рішення з позицій власне національно-державних інтересів СРСР щодо введення військового контингенту в Афганістан. Відповідь на це питання ми залишимо сучасним історикам і політикам. Ми ж переконані, що саме Афганська війна зіграла далеко не останню роль у стагнації радянської економіки, а у кінцевому рахунку, – й у краху всієї радянської системи.

Із психологічної точки зору, **відмінною рисою Афганської війни стала повна відсутність інформації про неї**. Так:

- до 1984 року радянським людям інформація про події в Афганістані подавалася бадьорими повідомленнями;
- до 1987 року цинкові труни з тілами загиблих ховали в напівтаємно, а на пам'ятниках заборонялося вказувати, що солдат загинув у Афганістані (щось аналогічне відбувається сьогодні в Росії при похованні російських військовослужбовців, які загинули на Донбасі заради так званого «руського миру»);
- до 1989 року в засобах масової інформації домінувала героїзація образу воїна-інтернаціоналіста та спроба подати саму війну в позитивному світлі.

⁵ На сьогодні в Україні кожен 10-й учасник війни в Афганістані помер (прим. авторів).

У травні 1988 – лютому 1989 року. було здійснено повне виведення наших військ з Афганістану. Після прийняття на Другому з'їзді народних депутатів СРСР Постанови про політичну оцінку рішення про введення радянських військ до Афганістану [42], відбулася зміна акцентів у засобах масової інформації (ЗМІ) щодо висвітлювання цієї війни: від героїзації ЗМІ перейшли не тільки до реалістичного аналізу, але й до явних перебільшень, коли негативне ставлення до самої війни стало переноситися на її учасників.

Глобальні суспільні проблеми, викликані ходом «перебудови», економічна криза, *зміна соціального курсу в СРСР призвели до згасання інтересу до Афганської війни, а самі воїни-«афганці», які повернулися з цієї війни, виявилися начебто зайвими, непотрібними не тільки владі, але й суспільству в цілому*, у якого виникло занадто багато інших справ [43]. О.С. Сенявська [44] вірно відмітила: «...якщо суспільство хоче якомога скоріше забути про Афганську війну, відхреститися від неї, водночас побоюючись тих, хто є живим і хворобливим її нагадуванням, – в чому по суті й є розуміння «афганського» синдрому» у широкому його сенсі, – то це означає, що і самих учасників непопулярної війни воно всіляко відторгає, будь то відкрито ворожість, байдужість або просто нерозуміння».

Сприйняття Афганської війни самими її учасниками і тими, хто там не був, виявилось майже протилежним [45]. Так, у грудні 1989 року газета «Комсомольська правда» провела дуже цікаве соціологічне опитування [46], в якому взяли участь близько 15 тисяч громадян СРСР (причому близько половини з опитаних пройшли Афганістан). Основні результати опитування представлені в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3 – Основні результати соціологічного опитування стосовно сприйняття громадянським суспільством Афганської війни

Участь наших військовослужбовців в афганських подіях оцінили як:	Респонденти-«афганці» (у %)	Респонденти, які не воювали (у %)
«інтернаціональний обов'язок»	35	10
дискредитація поняття «інтернаціональний обов'язок»	19	30
«наша ганьба»	17	46
«пишаюся цим»	17	6
«тяжкий, але необхідний крок»	19	19

Таким чином, ми можемо констатувати, що погляди громадського суспільства на афганські події й участь у них нашого обмеженого контингенту військ були дуже полярними. Фактично суспільна думка щодо Афганської війни розділилась на два непримиримих табори.

Наприкінці 80-х – початку 90-х років ХХ століття різноманітні політичні сили намагалися використати воїнів-«афганців» у своїх інтересах (на той час це була вельми активна частина населення). Види на них мали і кримінальні структури. Їх вербували у ряди бойовиків різноманітні сторони локальних військових конфліктів, що розгоралися на теренах колишнього СРСР [47]. Однак

учасники війни в Афганістані, об'єднані цим загальним для них фактом біографії, в іншому являли собою вельми неоднорідну соціальну категорію.

Тим не менш, ця основа, яка їх об'єднувала, дозволяє нам говорити про воїнів-«афганців» не тільки як про особливу соціальну, але й соціально-психологічну групу населення. Адже для самих «афганців» війна стала більшим психологічним шоком, аніж опосередковане її сприйняття усім суспільством. *І в розумінні соціально-психологічного стану воїнів-«афганців» особливе значення має категорія «афганський синдром» в його вузькому сенсі.* Це те, що психологи та медики називають післятравматичним стресовим розладом [48], а мовою самих ветеранів-«афганців» це звучить так: «Ще не вишов зі штопора війни» [49].

Серед основних ознак «афганського» синдрому дослідники [50] виділяють:

- нестійкість психіки, при якій навіть найнезначніші втрати і труднощі штовхають людину на самогубство;

- особливі види агресії;

- страх нападу ззаду;

- провина за те, що залишився у живих;

- ідентифікація себе із загиблими;

- різко негативне ставлення до соціальних інститутів, уряду;

- і днем, і вночі туга, біль, кошмари.

Хочеться відмітити, що синдром, який руйнує особистість ветерана Афганської війни, зовсім не знайомий ветеранам Другої світової війни. Цей синдром збуджують та провокують ті обставини, які є характерними лише для війн та локальних збройних конфліктів на чужих територіях. Наприклад: труднощі з упізнанням дійсного супротивника; війна в натовпі народу; необхідність битися в той час, коли твоя країна, твої однолітки живуть мирним життям; відчуженість при поверненні з незрозумілих фронтів; хворобливе розвінчання цілей війни і т. ін.

Саме «афганський» синдром привів нас до розуміння з точки зору психологічної науки, різкої різниці між справедливою та несправедливою війнами: перші викликають лише відстрочені реакції, пов'язані з тривалою нервовою та фізичною напругою; другі, крім цього, загострюють комплекс провини.

Треба пам'ятати і той факт, що більшість воїнів-«афганців» пережили те, з чим наші пересічні громадяни на той час і не стикалися. І повернулися ці хлопці з Афганської війни набагато дорослішими, аніж їх однолітки, які не воювали. *Вони стали «іншими» – чужими, незрозумілими, незручними для суспільства, яке відгородилося від них цинічною фразою: «Я вас туди не відправляв». І саме тоді вони теж стали замикатися у собі або шукати один одного, об'єднуватися у групи, створювати свій власний світ.* У цьому зв'язку нам здаються дуже показовими спогади ветерана Афганської війни Володимира Бугрова [51]: «Вдома мене зустріли насторожені погляди, порожні запитання, співчуваючі обличчя. Коротше, звалився в порожнечу, немов з

розбігу в незаперті двері. Солдатська форма «афганка» лягла у дальній кут шафи разом з медалями. Ось тільки спогади не хотіли відправлятися туди ж. Я став просипатися від дзвінкої тиші – не вистачало звичної стрілянини по ночах. Так почалося моє повернення на війну. На цій війні не було бомбардувань і засідок, вбитих і поранених – вона йшла всередині мене. Кожну хвилину я порівнював «тут» і «там». Дратувала байдужість оточуючих мене «тут» і згадувалася остання сигарета, яку пустили по колу на вісьмох «там». Я став замкнутий, не розмовляв в колі старих знайомих про Афганістан, поступово віддаляючись від них. Напевно це і є «адреналінова туга». І тоді я почав пити. Наодинці. Під хорошу закуску, щоб вранці не страждати від похмілля. Але кожен день.

І ось одного разу я спіткнувся об погляд людини. Чоловік просто стояв і палив сигарету. У кулак. Днем. Зробив крок мені назустріч:

- Звідки?

- Шинданд, – відповів я.

- Хост, – сказав він.

Ми стояли і згадували роки, проведені на війні. Я більше не був самотнім. У цивільному житті нас сприймали по-різному: і як героїв, і як негідників по лікоть у крові. Спілкування катастрофічно не вистачало, а зустрічатися хотілося зі своїми, хто розумів без зайвих слів...» [51].

Як відмічає А.М. Зеляніна, вірус «афганського» синдрому живе у кожному з ветеранів Афганської війни і у будь-який момент може прокинутися. Усі «афганці» протягом свого життя залишатимуться заручниками Афганської війни [17].

За даними директора психологічної служби Союзу ветеранів Афганістану М.Ш. Магомет-Емінова [52] кількість розлучень та гострих сімейних конфліктів у сім'ях «афганців» складає близько 75%; більш ніж 2/3 ветеранів не задоволені своєю роботою та часто її змінюють в силу виникаючих різноманітних конфліктів; 60% воїнів-«афганців» страждають від алкоголізму та наркоманії.

За оцінками створеного у 1998 році Московського об'єднання організацій ветеранів локальних війн та військових конфліктів, наприкінці 1990-х років щорічно до 3% «афганців» закінчували життя самогубством [51].

На наше глибоке переконання, «афганський» синдром було загнано всередину, у середовище самих «афганців». Суспільство з різноманітних причин відвернулося від проблем ветеранів Афганської війни, поставило самих ветеранів у такі умови, коли вони були змушені шукати застосування своїм силам, енергії й вельми специфічному досвіду там, де, як їм здавалося, вони необхідні, де їх розуміють і приймають такими, якими вони є: в «гарячих точках», у силових структурах, кримінальних угрупованнях.

Комусь у роки стагнації Радянського Союзу було вигідно, щоб «афганці» опинилися саме там: одним потрібні «бойовики», завдяки яким можна було дуже швидко прийти до влади (тому, мабуть, і не випадково у жовтні 1993 року «афганців» активно залучав Б.М. Єльцин для захисту Білого Дому в Мо-

скві); іншим потрібні «пугала», на які легко було перекласти відповідальність за пролиту кров, переключивши увагу суспільства з реальних винуватців, які розв'язали чергову бійню.

А самі «афганці» йшли на черговий локальний військовий конфлікт тому, що так і не змогли повернутися з тієї війни. І винуваті у цьому не вони, а суспільство, яке постійно демонструвало, що на «афганців» йому наплювати.

Набуті «афганцями» навички та вміння було де застосувати уже в самому колишньому Радянському Союзі – в численних «гарячих точках». Ще не минулий «афганський» синдром встиг доповнитися «карабаським», «придністровським», «абхазьким», «таджицьким», «чеченським». А зараз ще й «донецьким», який вітчизняні фахівці вважають набагато страшнішим за «афганський».

1.3 Соціально-психологічні особливості повернення до мирного життя військовослужбовців Збройних Сил Російської Федерації – учасників різноманітних локальних військових конфліктів та збройних сутичок на теренах пострадянських країн

Після розпаду СРСР збройні конфлікти охопили величезний пострадянський простір – приблизно третину території колишнього Радянського Союзу з населенням більш ніж 30 млн. чоловік.

З розпадом Радянського Союзу геополітичний та психологічний аспекти наслідків Афганської війни не тільки не були нейтралізовані, але й отримали досить потужне продовження та набули особливої гостроти [53].

Нагадаємо лише хронологію тривалих збройних сутичок із застосуванням важкого озброєння й участю регулярних збройних сил країн – учасниць збройного конфлікту:

- вірмено-азербайджанський (1988–1994 рр.);
- грузино-осетинський (1991–1992 рр.);
- придністровський (1992 р.);
- осетино-інгушський (1992 р.);
- грузино-абхазький (1992–1994 рр.);
- таджицький (1992–1997 рр.);
- чеченський (1994–1996 рр.);
- безперервні збройні конфлікти та антитерористичні операції на Північному Кавказі (1999–2015 рр.);
- анексія Росією Криму (2014 р.);
- військові дії в Донецькій та Луганській областях України (2014–2016 рр.);

Крім того, хотілося б нагадати і деякі швидкоплинні збройні сутички:

- Сумгаїт і Кіровабад (1988 р.);
- Тбілісі, Фергана (1989 р.);
- Баку, Ош (1990 р.);
- Вільнюс (1991 р.);

- жовтневі події в Москві (1993 р.);
- події в Киргизії та Узбекистані (2005 р.);
- грузино-осетинський конфлікт (2008 р.);
- події в Киргизії (2010 р.).

За оцінкою В. Гурова [37] на території колишнього Радянського Союзу і сьогодні існує понад 200 зон і осередків потенційної або такої, що проявляється, етнополітичної та конфесійної напруженості, 80 з яких пов'язані з нерегульованістю територіальних, етноконфесійних та міждержавних відносин.

На жаль, треба констатувати, що в кожному з локальних військових конфліктів та збройних сутичок, які виникали (або існують і зараз) на території колишнього Радянського Союзу, брали (і беруть) участь військовослужбовці Збройних Сил Російської Федерації.

Незважаючи на велику кількість робіт у російських наукових колах щодо мінімізації впливу наслідків військових конфліктів на психічне здоров'я учасників бойових дій та членів їхніх родин, визначення шляхів вирішення питання побудови дієвої системи психологічної реабілітації ветеранів, напевно є можливим вважати дану проблему вирішеною. І справа тут, як нам бачиться, полягає ось у чому:

- *по-перше*, задля вирішення вищезазначених проблем, перш за все, треба обґрунтувати та побудувати психологічний портрет сучасного ветерана, визначити, так би мовити, «найбільш болючі точки» змін у психіці та поведінці колишнього військовослужбовця;

- *по-друге*, психологічні наслідки участі російських військовослужбовців у бойових діях спробувати трактувати в єдиному науковому руслі (хоча б у власних наукових колах). На сьогодні ми спостерігаємо найрізноманітніші трактування психологічних, медичних, економічних, демографічних, соціологічних, політичних, юридичних та інших наслідків участі військовослужбовців у збройних сутичках та локальних збройних конфліктах;

- *по-третє*, в сучасних наукових розробках російських дослідників практично не розглядаються зміни у психіці конкретних категорій колишніх військовослужбовців, у тому числі й тих, хто отримав поранення, контузії та став інвалідом війни. Між тим, за даними О.Г. Караяні [54], сьогодні в Росії проживає близько 30.000 інвалідів війни та більш ніж 12.000 інвалідів - учасників бойових дій у «гарячих точках» на територіях пострадянських країн.

Пам'ятаючи слова великого Т.Г. Шевченка стосовно того, що кожному з нас треба і свого не цуратися, і чужому навчатися, ми провели моніторинг наукових праць російських вчених стосовно психологічного впливу наслідків військових конфліктів на психічне здоров'я учасників бойових дій та членів їхніх родин. Аналіз 54 дисертаційних досліджень, статей та тез наукових доповідей російських вчених за останні 16 років (починаючи з 2000 року) стосовно вищезазначеної теми [55–106; 3] дозволив побудувати психологічний портрет громадянина Росії - сучасного ветерана бойових дій – чоловіка віком від 18 до 45 років (іншими словами, – представника найбільш працездатної, репродуктивної частини населення Російської Федерації).

Так, за оцінкою самих російських вчених, *соціальний стан сучасного ветерана бойових дій можна охарактеризувати так званою кризою ідентичності* (іншими словами, – втратою цілісності та віри у свою соціальну роль). *Багато хто з таких людей втратив інтерес до суспільного життя, здатність до емпатії та потребу в душевній близькості з іншими людьми.*

Майже половина російських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у Чечні, скаржаться, що не можуть знайти порозуміння ні в суспільстві, ні в сім'ї. Кожен четвертий – відчуває труднощі при спілкуванні у трудовому колективі, а кожен другий вже поміняв місце роботи по тричотири рази. Порушена здатність підтримувати оптимальні соціальні контакти позначається і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий проживає у розлуці з сім'єю.

Страх, агресивність, підозрілість для багатьох ветеранів стають постійними супутниками життя.

Відзначається гостра проблема напружених відносин між ветеранами та громадою. *Абсолютна більшість учасників бойових дій негативно ставляться до представників влади, вважають, що держава обдурила і зрадила їх.*

Труднощі процесу адаптації до умов цивільного життя особливо проявляються в конфліктній поведінці ветерана, його нездатності прийняти нові «правила гри», небажанні йти на компроміси, спробах вирішити суперечки мирного часу звичними силовими методами. У мирній обстановці такі люди виявляються «незручними» для керівництва саме своєю самостійністю, сміливістю та фронтовим максималізмом, тобто саме тими якостями, які їм допомогли їм вижити на війні.

Ветерани війни змушені шукати застосування своїм силам, енергії й бойовому досвіду там, де, як їм здається, вони потрібні, де їх розуміють і приймають такими, якими вони є. Ось чому вони з радістю знову вирушають воювати – їдуть у гарячі точки, їдуть на службу в силові відомства, а деколи – й у кримінальні структури – туди, де можуть бути затребувані їх специфічні навички та досвід (наприклад, за даними Д.Д. Пожидаєва [107] майже 75% сучасних ветеранів бойових дій заявляють про своє бажання повернутися в Чечню чи будь-яку іншу гарячу точку, причому практично кожен четвертий готовий це зробити без всяких роздумів; до 12% колишніх учасників локальних збройних конфліктів останніх років хотіли б присвятити своє життя військовій службі за контрактом у будь-якій з воюючих армій).

У сучасній Росії кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає на нервово-психічні розлади, а серед поранених і калік – кожен третій. За даними російських військових медиків, в учасників бойових дій (у порівнянні зі здоровими людьми) у два-три рази вище ймовірність виникнення таких захворювань, як гіпертонічна хвороба, гастрит, виразкова хвороба шлунка.

Загальний стан здоров'я ветеранів характеризується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головними болями, болями в області серця, сексуальними розладами, порушеннями сну, фобічними реакціями і т.

ін., а в інвалідів доповнюється ще й проблемами, пов'язаними з отриманими пораненнями і травмами.

Серед основних проблем колишніх російських солдатів:

(а) виділяються:

- страх;
- демонстративність поведінки;
- агресивність;
- підозрілість.

(б) відзначаються:

- нестійкість психіки, при якій навіть найнезначніші втрати, труднощі штовхають людину на самогубство;
- особливі види агресії;
- страх нападу ззаду;
- почуття провини за те, що залишився живий;
- ідентифікація себе з убитими;
- емоційна напруженість і емоційна відособленість;
- підвищена дратівливість і агресивність;
- безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги.

Серед основних негативних психічних явищ, присутніх у ветеранів війн та локальних збройних конфліктів, виділяються:

- стан песимізму, відчуття занедбаності іншими;
- недовіра до інших людей, нездатність говорити про війну;
- втрата сенсу життя;
- невпевненість у своїх силах;
- відчуття нереальності того, що відбувалося на війні;
- відчуття того, що ти загинув на війні;
- відчуття нездатності впливати на хід подій;
- нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми;
- тривожність;
- потреба мати при собі зброю;
- неприйняття ветеранів інших воєн;
- негативне ставлення до представників влади;
- бажання зігнати на комусь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося;
- ставлення до жінок тільки як до об'єкта сексуального задоволення;
- потреба брати участь у небезпечних «пригодах»;
- спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти, і т. ін.

Таким чином, підводячи підсумок розглянутим нами соціально-психологічним особливостям «виходу з війни» ветеранів Другої світової та Афганської війн, а також учасників багаточисленних локальних військових конфліктів та збройних сутичок, що мали місце на теренах пострадянських

країн (див. табл. 1.4), зробимо декілька важливих для подальшого дослідження констатацій та висновків:

1. У цілій низці наслідків (економічних, політичних, соціальних та ін.), що приносить кожна війна або локальний військовий конфлікт у суспільство, не менш важливими є психологічні наслідки, адже кожна зі сторін конфлікту пропускає через себе десятки, сотні тисяч військових, а потім «вихлюпує» їх назад у цивільне життя, вносячи, при цьому, усі особливості мілітаризованої свідомості.

2. Кожна війна або локальний збройний конфлікт стає каталізатором, що прискорює виникнення станів психічної дезадаптації, декомпенсації, розвиток психопатологічної симптоматики та особистісних змін серед її учасників. Прояви стресових реакцій у ветерана бойових дій багато в чому будуть впливати з преморбідних особистісних особливостей самого екс-комбатанта.

3. Психологічні особливості «виходу з війни» так само, як і психологія комбатанта, повинні отримати у суспільстві та наукових колах широке розповсюдження, з обов'язковим виходом вказаної проблеми за вузькі межі професійних військових структур. Ці важливі питання повинні зберігати своє значення не тільки в перші післявоєнні роки, коли роль ветеранів-фронтовиків у суспільстві є особливо великою, але і протягом усього життя покоління учасників бойових дій (хоча ми розуміємо, що, згідно із законами буття, з часом цей вплив поступово буде згасати).

4. Зіткнення більшості учасників війн та локальних збройних конфліктів з реаліями звичайного мирного життя без попередньої допомоги психолога (а в деяких випадках, – психотерапевта і, навіть, психіатра) може призвести до посилення їх психотравматизації й маніфестацій післятравматичних стресових розладів.

5. Для суспільства психологічний потенціал учасників бойових дій матиме суперечливе значення, поєднуючи дві основні тенденції – творчу й руйнівну.

І те, яка зі сторін цього потенціалу – позитивна або негативна – виявиться домінуючою в мирному житті, буде залежати від стану самого суспільства та його ставлення до ветеранів бойових дій.

Таблиця 1.4 – Психологічні особливості «виходу з війни» ветеранів Другої світової та Афганської війн, а також учасників локальних військових конфліктів та збройних сутичок, що мали місце на теренах пострадянських країн

Психологічні маркери «виходу з війни»	Ветерани Другої світової війни	Ветерани Афганської війни	Учасники локальних військових кон- фліктів та збройних сутичок
1	2	3	4
<p>Ставлення суспільства до ветеранів</p>	<p>У більшості своїй, суспільство ставилося до фронтовиків з повагою та пошаною.</p>	<p>Відмінною рисою Афганської війни була повна відсутність на перших порах інформації про неї. Надалі відбувалася зміна акцентів щодо висвітлювання цієї війни: від героїзації ЗМІ переходили не тільки до реалістичного аналізу, але й до явних перехльостів, коли негативне ставлення до самої війни переносилося на її учасників. Зміни соціального курсу в СРСР призвели до згасання інтересу до Афганської війни, а самі воїни-«афганці», які повернулися з цієї війни, виявилися начебто зайвими, непотрібними не тільки владі, але й суспільству в цілому. Сприйняття Афганської війни самими її учасниками і тими, хто там не був, виявилось майже протилежним.</p>	<p>Полярне ставлення у суспільстві щодо участі її громадян у різноманітних військових конфліктах та збройних сутичках.</p>

1	2	3	4
Ставлення ветеранів до суспільства	<p>Повертаючись з війни, колишні солдати та офіцери підходили до мирного життя із фронтовими мірками, часто переносячи у після-воєнне життя набутий військовий спосіб поведінки.</p> <p>Найбільш помітними проявами специфічного впливу війни на психологію її учасників стали «фронтний максималізм», синдром силових методів і спроб їх застосування (особливо на перших порах) у конфліктних ситуаціях мирного життя.</p>	<p>Більшість воїнів-«афганців» пережили те, з чим наші пере-січні громадяни на той час і не стикалися. І повернулися ці хлопці з Афганської війни набагато дорослішими, аніж їх однолітки, які не воювали. Вони стали «іншими» – чужими, незрозумілими, незручними для суспільства, яке відгородилося від них цинічною фразою «Я вас туди не відправляв». І саме тоді вони теж стали замикатися у собі або шукати один одного, об'єднуватися у групи, створювати свій власний світ.</p>	<p>Соціальний стан ветерана бойових дій характеризується так званою кризою ідентичності (іншими словами, втратою цілісності та віри у свою соціальну роль). Багато хто з таких людей втратив інтерес до суспільного життя, здатність до емпатії та потребу в душевній близькості з іншими людьми.</p> <p>Абсолютна більшість учасників бойових дій негативно ставляться до представників влади, вважають, що держава обдурила і зрадила їх.</p>
Характерні індивідуально-психологічні ознаки ветеранів	<p>Душевні надломи, зриви, озлобленість, непримиримість, підвищена конфліктність – з однієї сторони, та стомленість, апатія, – з іншої, – як природна реакція організму на наслідки тривалого фізичного та нервового напруження, випробуваного в бойовій обстановці.</p>	<p>Нестійкість психіки, при якій навіть найнезначніші втрати та труднощі штовхають ветерана на самогубство; особливі види агресії; страх нападу ззаду; провина за те, що залишився у живих; ідентифікація себе із загиблими; різко негативне ставлення до соціальних інститутів, уряду.</p>	<p>Стан песимізму, недовіра до інших людей, втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; бажання зігнати на комусь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося.</p>

1	2	3	4
<p>У кого з ветеранів були особливі труднощі при поверненні до мирного життя</p>	<p>Надзвичайно гостру психічну драму після перемоги відчували інваліди, а також ті, хто втратив близьких та залишився без даху над головою. Особливі труднощі відчули і ті, хто до війни не мав ніякої професії.</p>	<p>Надзвичайно гостру психічну драму відчували інваліди.</p>	<p>Надзвичайно гостру психічну драму відчують інваліди і ті, хто перебував у полоні.</p>
<p>Психологічні феномени</p>	<p>Приступи «фронтвої ностальгії» (бажання повернутися у минуле, у бойову обстановку або відтворити якусь подобу, хоча б окремі риси бойової обстановки в межах існуючої дійсності) змушували ветеранів шукати один одного, групуватися у ветеранські організації та об'єднання. Саме завдяки радянським ветеранам Другої світової війни виник цей психологічний феномен – феномен «фронтвого братерства» вітчизняні ветерани – учасники наступних війн та локальних збройних конфліктів.</p>	<p>У розумінні соціально-психологічного стану воїнів-«афганців» особливе значення посіла категорія «афганський синдром». Синдром, який руйнує особистість ветерана Афганської війни, зовсім був не знайомий ветеранам Другої світової війни. Саме «афганський» синдром привів сучасних дослідників до розуміння різкої різниці між справедливою та несправедливою війнами: перші викликають лише відстрочені реакції, пов'язані з тривалою нервовою та фізичною напругою; другі, крім цього, загострюють комплекс провини.</p>	<p>Не минулий у суспільстві «афганський» синдром встиг доповнитися «карабаським», «придністровським», «абхазьким», «таджицьким», «чеченським». А зараз ще й «донецьким». Майже 75% сучасних російських ветеранів бойових дій заявляють про своє бажання повернутися в Чечню чи будь-яку іншу гарячу точку, причому практично кожен четвертий з них готовий це зробити без усіляких роздумів.</p>

Висновки за розділом

1. Діапазон впливу стрес-факторів війни на людську психіку є надзвичайно широким. Він охоплює великий спектр психологічних явищ, в яких зміни людської психіки коливаються від ярко виражених, явних патологічних форм до зовні малопомітних, прихованих, пролонгованих, «відстрочених» у часі реакцій.

Кожна війна або локальний збройний конфлікт стає каталізатором, що прискорює виникнення станів психічної дезадаптації, декомпенсації, розвиток психопатологічної симптоматики та особистісних змін серед її учасників. Прояви стресових реакцій у ветерана бойових дій багато в чому будуть впливати з преморбідних особистісних особливостей самого екс-комбатанта.

2. «Ціною» ефективності військово-професійної діяльності в умовах проведення АТО/ООС на сході України стане виснаження функціональних резервів організму, а також значна асенізація та психопатизація особового складу.

Поряд з відчаєм, фрустрацією, апатією в особового складу можуть розвиватися особистісні трансформаційні процеси, складатися спотворена, патологічна картина світу, формуватися агресивна, конфліктна поведінка.

Психічні порушення військового часу створюють передумови і для виникнення складних психосоціальних наслідків.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ, ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Організація роботи та основні етапи дослідження

Побудова структури дослідження в аспекті вирішення наукової проблеми, поставленої в роботі, здійснювалась з урахуванням специфічних особливостей того середовища, в якому довелося перебувати нашим досліджуваним, які склали вибірку дослідження, – рятувальникам - безпосереднім учасникам операції об'єднаних сил, що починалася у 2014 році як антитерористична операція.

Майже через рік після початку проведення АТО нами було порушено питання щодо необхідності розробки та впровадження в системі ДСНС України програми медико-психологічної реабілітації фахівців Служби порятунку, які залучалися до виконання професійних обов'язків у зоні проведення ООС. Проте такий запит не мав під собою підґрунтя, адже у практичних психологів ДСНС України не було жодної інформації щодо особливостей психічних станів та поведінкових реакцій фахівців-рятувальників, які виконали професійні завдання за призначенням в умовах локального збройного конфлікту (яким, по суті, і була антитерористична операція). Саме тоді й виникла гостра потреба в опрацюванні та дослідженні наступних питань:

- вивчення специфічних проблем, з якими рятувальники повертаються із зони АТО (особистісні, міжособистісні проблеми тощо);
- аналіз соціально-психологічних детермінант, що лежать в основі виникнення психічних порушень у рятувальників - учасників АТО (негативні психічні стани, розлади поведінки тощо);
- дослідження змін у ціннісно-смисловій сфері рятувальників - учасників АТО;
- оцінка особливостей соціального середовища, в яке повертається рятувальник після виконання завдань за призначенням у зоні АТО (родина, друзі, колеги по роботі тощо);
- визначення ступеня задоволеності потребової сфери (отримання задекларованих державою соціальних гарантій – і, в першу чергу, – статусу учасника бойових дій тощо).

Отримані у ході дослідження відповіді на вищезазначені питання надалі дозволили нам: (а) побудувати «зведений» (загальний) портрет рятувальника - учасника АТО; (б) розробити систему психологічної допомоги фахівцям на різних етапах їх реадaptaції до умов нормального (звичного) життя; (в) запропонувати обґрунтування для створення адекватної (дієвої) системи психологічної реабілітації рятувальників – учасників АТО.

Першим етапом дослідження стало проведення теоретико-методологічного дослідження питання особливостей психологічних наслідків, які спостерігаються у рятувальників після їх повернення із зони АТО. Були поставлені мета, завдання та сформульовано гіпотезу дослідження.

На *другому етапі* було підбрано батарею методів та психодіагностичних методик, сформовано вибірку досліджуваних та проведено емпіричне дослідження за участю фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які виконали професійні завдання за призначенням в умовах локального збройного конфлікту.

В межах *третього етапу* було проведено обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.

2.2 Характеристика груп досліджуваних

Дослідженням були охоплені всі ГУ (У) ДСНС України в областях, а також підрозділи безпосереднього підпорядкування ДСНС України.

На момент проведення дослідження кількість фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які виконали свої професійні обов'язки в зоні проведення АТО, склала 560 осіб (див. табл. 2.1).

У нашому дослідженні безпосередньо взяв участь 331 рятувальник⁶. Додатково були залучені ще 133 рятувальники, які увійшли до складу контрольної групи (див. табл. 2.2).

До першої групи досліджуваних (контрольна група) увійшли фахівці аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які не залучалися до виконання професійних завдань в умовах проведення антитерористичної операції.

Другу групу досліджуваних (експериментальна група) утворили саме ті фахівці аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які виконували в зоні АТО професійні завдання за призначенням⁷.

В межах реалізації третього етапу дослідження нами, з метою більш повної диференціації результатів та отримання розгорнутих даних, експериментальну групу було додатково перерозподілено залежно від терміну перебування рятувальників у зоні проведення бойових дій – з цієї групи було виокремлено 65 фахівців, які перебували в АТО більше 3-х місяців (див. табл. 2.3).

⁶ У дослідженні не брали участь рятувальники, які перебували в зоні АТО, але були призвані військкоматами для проходження служби у підрозділах Збройних Сил України, Національної гвардії України або Державної прикордонної служби України. Крім того, у дослідженні не брали участь рятувальники, які фактично відмовились проходити тестування, зіпсувавши при цьому бланки методик. – (прим. авторів.)

⁷ В умовах бойових дій на сході нашої країни рятувальники з ризиком для життя четвертий рік поспіль мужньо і героїчно рятують людей, розмінують території, виконують аварійно-відновлювальні роботи й забезпечують життєдіяльність населення. Так, з липня 2014 року на території Донецької й Луганської областей піротехнічні підрозділи ДСНС очистили від боєприпасів понад 20 500 гектарів території й 57 гектарів акваторії, розмінували майже тисячу об'єктів соціальної інфраструктури і життєзабезпечення, а також знешкодили більш як 125 тисяч вибухонебезпечних предметів, серед яких близько 800 спеціально встановлених терористами особливо небезпечних вибухових пристроїв. Лише у 2017 – 2018 рр. пожежно-рятувальні підрозділи на території Донецької й Луганської областей ліквідували приблизно 6 тисяч пожеж, врятували близько 100 людей і запобігли знищенню вогнем 1162 будівель і 38 одиниць техніки (прим. авторів).

Таблиця 2.1 – Кількість фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які повернулися із зони проведення АТО після виконання завдань за призначенням (станом на 15.11.2015 р.) та які взяли участь у дослідженні

ГУ(У) ДСНС	Номер анкети		Загальна кількість учасників АТО	Загальна кількість досліджуваних
	початок	кінець		
ГУ ДСНС у Вінницькій області	1	17	17	10
У ДСНС у Волинській області	18	30	13	7
ГУ ДСНС у Дніпропетровській області	31	70	40	23
ГУ ДСНС у Донецькій області	71	101	31	16
У ДСНС у Житомирській області	102	110	9	6
У ДСНС у Закарпатській області	111	117	7	3
ГУ ДСНС у Запорізькій області	118	174	57	33
У ДСНС в Івано-Франківській області	175	194	20	13
ГУ ДСНС у м. Київ	195	203	9	6
ГУ ДСНС у Київській області	204	223	20	13
У ДСНС у Кіровоградській області	224	244	21	12
ГУ ДСНС у Луганській області	245	262	18	11
ГУ ДСНС у Львівській області	263	282	20	13
ГУ ДСНС у Миколаївській області	283	288	6	4
ГУ ДСНС у Полтавській області	289	304	16	10
ГУ ДСНС в Одеській області	305	362	58	35
ГУ ДСНС у Рівненській області	363	382	20	13
У ДСНС у Сумській області	383	392	10	6
У ДСНС у Тернопільській області	393	403	11	7
ГУ ДСНС у Харківській області	404	426	23	14
ГУ ДСНС у Херсонській області	427	436	10	6
ГУ ДСНС у Хмельницькій області	437	452	16	10
У ДСНС у Черкаській області	453	472	20	13
У ДСНС у Чернівецькій області	473	477	5	2
У ДСНС у Чернігівській області	478	497	20	13
Підрозділи безпосереднього підпорядкування ДСНС				
МЦШР ДСНС (м. Ромни)	498	516	9	6
ДП МРЦ ДСНС (м. Київ)	517	537	21	12
1 СЦШР (м. Київ)	538	560	23	14
Разом			560	331

Таблиця 2.2 – Характеристика контингенту досліджуваних

Характеристика	I група (контрольна)	II група (експериментальна)
Кількість досліджуваних	133 рятувальники	331 рятувальник
	(464 рятувальники)	
Вік	Від 23 до 57 років	Від 24 до 59 років
Сімейний стан	Одружені – 59,40 %	Одружені – 57,10%
	Неодружені – 40,60 %	Неодружені – 42,90 %

Таблиця 2.3 – Характеристика груп досліджуваних за терміном перебування в зоні бойових дій

№ з/п	Термін перебування у зоні бойових дій	Кількість осіб	%
1.	Менше 30 діб	51	15,41
2.	Від 30 до 60 діб	167	50,45
3.	Від 60 до 90 діб	48	14,51
4.	Більше 90 діб	65	19,63

Крім того, наше дослідження виявило деякі специфічні особливості проведення аналогічних досліджень із таким контингентом досліджуваних, як ветерани АТО:

✓ *по-перше*, – необхідність проведення підготовчого періоду. У цей період проводилася роз'яснювальна робота з досліджуваними щодо мети дослідження, визначався час роботи з опитувальниками, анкетами, давалися поради, на що слід звернути увагу, як заповнювати анкету й т. ін.;

✓ *по-друге*, – необхідність встановлення офіційного і психологічного контакту з керівництвом аварійно-рятувальних підрозділів. Це, ймовірно, була найбільш складна організаційна частина дослідження, оскільки широкомасштабні спеціальні психологічні дослідження серед рятувальників - ветеранів антитерористичної операції не проводилися взагалі. У зв'язку з цим будь-яке проведення опитування, анкетування, не говорячи про застосування спеціальних методик, викликало сторожкість, побоювання і несхвалення з боку окремих керівників.

Таке негативне ставлення до проведення дослідження з боку командування передавалося і рятувальникам. Вони часто відмовлялися від участі у дослідженні, висловлювали недовіру до його результатів, побоювання, що співробітництво з дослідником-психологом негативно вплине на їхню подальшу службу.

2.2.1 Характеристика групи експертів

До групи експертів, які взяли участь у нашому дослідженні, було залучено наступних фахівців:

1. Керівників зведених аварійно-рятувальних загонів ДСНС України – кількістю 8 осіб, професійний стаж у ДСНС України – 12,5 років;

2. Психологів ДСНС України – кількістю 22 особи, професійний стаж на посаді – 6,8 року;

3. Психологів Збройних Сил України (ЗСУ) – кількістю 13 осіб, професійний стаж на посаді – 3,4 років;

4. Психологів Національної гвардії України (НГУ) – кількістю 9 осіб, професійний стаж на посаді – 8,2 роки.

Психологи ЗСУ та НГУ були залучені нами з метою більш детального вивчення основних поведінкових маркерів, за якими можна було б оцінити зміни (наслідки), що могли проявлятися у рятувальників після їх перебування в зоні АТО.

2.3 Загальна характеристика методів та психодіагностичних методик дослідження

Будь-яке емпіричне дослідження вимагає підбору стандартизованих та валідних психодіагностичних методик, чіткого планування дослідження та виваженої послідовності його здійснення. Враховуючи те, що в якості досліджуваних у нашому дослідженні виступали фахівці-рятувальники, які перебували в умовах локального збройного конфлікту та мали високу ймовірність отримання психологічної травми, підбір методів та психодіагностичних методик, в цьому випадку, проводився з урахуванням саме цих особливостей та з метою уникнення небезпеки додаткової травматизації рятувальника (рис. 2.1).

Першу групу методів склали **теоретичні методи**, які були застосовані для вивчення та всебічного аналізу науково-теоретичного доробку, що сформувався на цей час у межах загальносвітової психологічної науки.

До цієї групи увійшли такі методи, як: **аналіз, синтез, класифікація та оглядово-аналітичний метод**. Використання цих методів дозволило вивчити напрацювання в зазначеній галузі, провести огляд та аналіз даних, отриманих іншими вченими, з метою їх подальшої систематизації.

Друга група методів – **емпіричні методи дослідження**.

1. Через обмеженість проведення класичного психодіагностичного дослідження з рятувальниками - учасниками антитерористичної операції, широкого застосування набули **методи візуальної психодіагностики**.

Візуальна психодіагностика дозволила нам визначати особливості психології учасників бойових дій за їх зовнішніми ознаками.

Основний принцип, на якому базується вказана система, полягає в тому, що психіка людини спроектована на її поведінку та реакції.

2. Спостереження як основний метод візуальної психодіагностики використовувалося нами протягом майже всього дослідження.

Так, під час реалізації основної частини емпіричного дослідження, а саме під час проведення збору даних щодо особливостей поведінкових реакцій та особливостей динаміки психоемоційного стану рятувальників - учасників антитерористичної операції, метод спостереження відрізнявся такими рисами:

- ✓ спостереження відбувалося як у «польових», так і в «лабораторних» умовах;
- ✓ спостереження мало як запланований, так і випадковий характер (залежно від ситуації, яка розвивалася під час дослідження);
- ✓ спостереження проводилось як індивідуально (спостереження за одним рятувальником), так і колективно (спостереження за групою досліджуваних);
- ✓ спостереження у процедурному плані було систематичним;
- ✓ спостереження за часовими параметрами не регулювалось через неможливість прогнозування подальшого розвитку подій;
- ✓ при фіксації явищ, які відмічались у процесі спостереження, цей метод міг переходити з констатуючого (усі спостереження фіксувались без винятку та попередньої інтерпретації) до оцінювального (усі спостереження проходили попередню оцінку та аналіз і фіксувались вибірково);
- ✓ спостереження проводилось за заздалегідь розробленою схемою (у нашому випадку це: установка на зовнішні маркери стану людини, а саме емоційні прояви рятувальників; характеристика поведінкових проявів, тобто кінесика, проксемика; характеристики мовлення та деяких висловів).

Таким чином, метод спостереження було використано, з одного боку, для первинного збору психологічної інформації про досліджуваних, з іншого – для збору основного масиву емпіричних даних, узагальнення яких у подальшому дозволило використовувати їх при побудові основних висновків дослідження.

3. Метод інтерпретації супутніх явищ було використано для:

- ✓ отримання максимально повної картини умов професійної діяльності досліджуваних рятувальників;
- ✓ розуміння та прогнозування можливих ускладнень та їх впливу на психоемоційний стан учасників антитерористичної операції;
- ✓ пошуку ресурсів, що допоможуть рятувальникам відновитись після виконання завдань за призначенням в зоні АТО.

4. Метод анкетування – було використано для вивчення соціально-демографічних характеристик досліджуваних – фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України.

Анкетування також було спрямовано на:

- ✓ оцінку об'єктивних факторів, які певним чином зумовлюватимуть реадaptaцію фахівця після виконання ним професійних обов'язків у зоні проведення АТО;
- ✓ оцінку мотиваційного компонента, в межах якого вивчалась психологічна готовність рятувальника до діяльності в особливих умовах;
- ✓ самооцінку свого психічного стану під час перебування в АТО (додаток Б).

Окремим блоком авторської анкети стала «Карта маркерів», яку заповнювали члени експертної групи, метою якої було проведення оцінки психоемоційного стану у фахівців-рятувальників, які повернулися із зони проведення антитерористичної операції (додаток В).

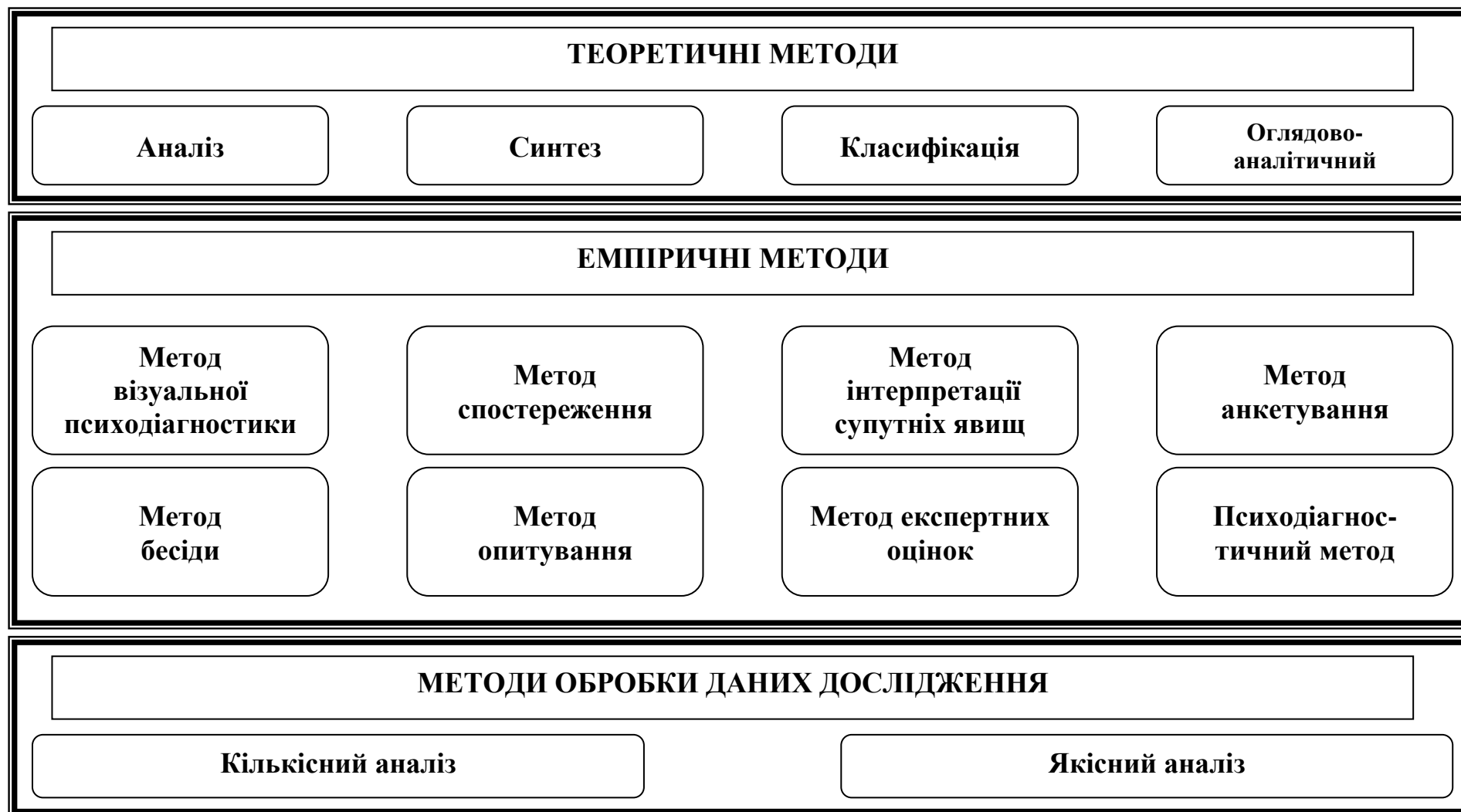


Рис. 2.1 – Структурно-логічна схема використання методів дослідження

5. Метод бесіди був використаний для збору уточнюючої або додаткової інформації як від самих рятувальників, так і від членів експертної групи щодо особливостей переживання рятувальниками травматичної події, якою і стало перебування в зоні АТО. Також за допомогою бесіди проводився збір інформації щодо супутніх явищ, які тим чи іншим чином могли зумовлювати виникнення та розвиток небажаних негативних проявів у досліджуваних.

Метод бесіди в нашому дослідженні відрізнявся від класичного уявлення про процедуру його проведення, адже в аспекті особливих умов здійснення дослідження використовувався дуже обережно та не у всіх випадках і мав властивість діагностично-терапевтичної процедури. Так, питання, що являє собою науково-практичну та емпіричну цінність, були вплетені в загальну схему взаємодії психолога з рятувальником, який повернувся із зони бойових дій, та регулювались (доповнювались або скорочувались, ігнорувались або повторювались декілька разів) залежно від обставин кожного конкретного випадку та особливостей динаміки стану фахівця.

Основні питання, що склали план бесіди, стосувалися уточнення пунктів основних блоків, які було подано в анкеті (додаток В).

6. Метод опитування був використаний для отримання додаткової інформації про стан рятувальників та визначення особливостей переживання ними спогадів про участь в АТО.

7. Метод експертних оцінок застосовувався з метою складання більш розширеного переліку маркерів, ознак, які характеризують наслідки, зміни, що відбуваються з рятувальниками після їх участі в антитерористичній операції, та з метою оцінки цих маркерів в аспекті їх наявності у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України.

8. Психодіагностичний метод був представлений у дослідженні батареєю наступних психодіагностичних методик:

- **«Прогноз–2»** – анкета, розроблена у 1990 році В.Ю Рибніковим для визначення рівня нервово-психічної стійкості та яка дозволяє виявити окремі ознаки особистісних порушень, а також оцінити ймовірність виникнення нервово-психічних зривів. Якісний аналіз відповідей дозволяє уточнити окремі біографічні дані респондентів, а також особливості поведінки та станів психічної діяльності особистості в різноманітних ситуаціях.

Методика містить 86 питань, на кожне з яких обстежуваний повинен дати відповідь «так» або «ні». Результати обстеження виражаються кількісним показником (в балах), на підставі якого формується висновок про рівень нервово-психічної стійкості та ймовірності нервово-психічних зривів. Для проведення обстеження необхідно мати текст опитувальника і реєстраційні бланки. Обстеження триває близько 20 хвилин.

- **Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів** (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) – був розроблений у 1978 році для оцінки невротичних станів особистості.

Опитувальник дає можливість провести якісний аналіз невротичних проявів, дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів. Опитуваль-

ник складається з 68 питань і включає в себе шість шкал: тривога, невротична депресія, астенія, істеричний тип реагування, obsесивно-фобічні порушення (нав'язливості) та вегетативні порушення.

Використання цього опитувальника в нашому дослідженні надало змогу отримати дані щодо рівня виразності тривоги у рятувальників, ознак невротичної депресії, астенічних проявів, вегетативних та obsесивно-фобічних порушень.

• **Методика діагностики показників форм агресії А. Басса та А. Даркі** (адаптація А.К. Осницького) – опитувальник було розроблено у 1957 році для діагностики агресивних та ворожих реакцій. Він складається з 75 тверджень, кожне з яких відноситься до одного з восьми індексів форм агресії чи ворожості:

- ✓ фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи;
- ✓ непряма – агресія, спрямована обхідним шляхом на іншу особу;
- ✓ роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість);
- ✓ негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів;
- ✓ образа – задрість і ненависть до оточуючих за дійсні й вигадані дії;
- ✓ підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди;
- ✓ вербальна агресія – вираз негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози);
- ✓ почуття провини – викриває можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, яка коїть зло, а також відчуття докорів сумління.

Вивчення різних форм агресії в рятувальників може надати дані щодо шляху або способу вираження, прояву накопиченої напруженості внаслідок отриманої психотравми за період виконання професійних завдань на території проведення антитерористичної операції.

• **Опитувальник травматичного стресу** для діагностики психологічних наслідків – був розроблений у 1996 році **І.О. Котєнєвим** для діагностики стану людини після впливу на неї надзвичайних факторів, а саме – перебування в екстремальних умовах.

Опитувальник у нашому дослідженні було використано для вивчення наслідків перенесеної психічної травми, адже в дослідженні не ставилось завдання клінічної діагностики ПТСР, яку неможливо провести лише на основі результатів тестування. При цьому використання цього опитувальника, враховуючи континуальну природу ПТСР, дозволяє дослідити окремі симптоми післястресових станів, які є наслідком пережитої психічної травми.

Загальним обов'язковим критерієм для діагностики післястресових порушень є факт переживання індивідом події, що виходить за межі звичайного людського досвіду, здатного травмувати психіку.

Оцінка симптомів постстресових порушень проводиться на основі критеріїв, що містяться в DSM-4 і побудовані за критеріями МКХ-10 для ПТСР.

При складанні тексту опитувальника були використані окремі пункти методик СМДО (ММРІ в адаптації Л.М. Собчик), шкали тривожності Ч. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна та шкали дисоціації DIS-Q (J.Vanderlinden). Більшість же пунктів опитувальника має оригінальні авторські формулювання і ґрунтується на результатах багаторічних досліджень наслідків психічної травматизації у фахівців ризиконебезпечних професій.

Опитувальник ґрунтується на тезі про те, що клінічні прояви ПТСР формуються через деякий час після впливу екстремального фактора і можуть виникнути спонтанно, на тлі уявного благополуччя.

Методика включає й описує наступні шкали:

ПТСР (Післятравматичний стресовий розлад)

A – Подія травми;

B – Повторне переживання травми – «вторгнення»;

C – Симптоми «уникнення»;

D – Симптоми гіперактивації;

F – Дистрес і дезадаптація;

ГСР (Гострий стресовий розлад)

a – Подія травми;

b – Дісоціативні симптоми;

c – Повторне переживання травми – «вторгнення»;

d – Симптоми «уникнення»;

e – Симптоми гіперактивації;

f – Дистрес і дезадаптація;

L – Неправда;

Ag – Аггравация;

Di – Диссимуляція;

Загальний показник ПТСР; загальний показник ГСР.

• **Кольоровий тест відносин (О.М. Еткінд)** – невербальний діагностичний метод вивчення емоційних компонентів відношення (як свідомого, так і частково неусвідомленого рівнів ставлення) особистості.

Методичною основою для цього тесту став кольороасоціативний експеримент, який ґрунтувався на припущенні про те, що суттєві характеристики невербальних компонентів відношення до значущих об'єктів (понять, людей тощо) та самого себе відбиваються в кольорових асоціаціях до них. На думку дослідників колірних асоціацій, кожен колір має стійкі і певні емоційні значення, дозволяє вивчити закономірності перенесення емоційних значень кольорів на асоційовані стимули.

Колірна сенсорика тісно пов'язана з емоційним життям особистості. Цей зв'язок, підтверджений багатьма експериментально-психологічними дослідженнями, давно використовується в ряді психодіагностичних методів (тести Роршаха, Люшера та ін.). У всіх цих методиках, проте, реакція людини на колірні стимули використовувалася як індикатор загального афективного стану. КТВ відрізняється від цих методів своєрідним способом вилучення реакцій на колірні стимули (асоціативні реакції в КТВ – на відміну від вимірювання по-

рогів або переваг в інших тестах) та іншою постановкою завдання тестового дослідження (вивчення конкретних відношень особистості в КТВ – на відміну від вивчення її загальних властивостей і станів в інших тестах).

При розробці КТВ був використаний набір кольірних стимулів з восьми-кольорового тесту М. Люшера. Цей набір відрізняється достатньою компактністю, зручний в застосуванні. За відносно невеликої кількості стимулів у ньому представлені основні кольори спектру (синій, зелений, червоний, жовтий), два змішаних тони (фіолетовий і коричневий) і два ахроматичних кольори (чорний і сірий). Як показує досвід, асоціативні реакції на колір дуже чутливі до зміни його сенсорних характеристик. Тому виникає безумовна необхідність користуватися у всіх проведених експериментах суто стандартним набором кольорів.

- **Символічні завдання на визначення «Соціального Я» – «*The Self Social Symbols Tasks*» (Б. Лонг, Р.Зіллер, Р.Хендерсон)** – проєктивна методика, яка в ході дослідження була націлена на вивчення складових Я-концепції особистості рятувальника. Проєктивні показники використовувалися для аналізу самовідношення, самооцінки, самоідентичності та соціальної зацікавленості досліджуваних.

Розробники методики виходили з припущення про те, що невербальні відповіді досліджуваних менш схильні до впливу чинників, іррелевантні виміру «Я-концепції».

Самооцінка визначається як сприйняття суб'єктом своєї цінності, значущості в порівнянні з іншими.

Сила визначається як перевага, рівність або підпорядкованість по відношенню до певних авторитетних фігур.

Індивідуація – реальна або уявна схожість або відмінність від інших людей.

Соціальна зацікавленість – сприйняття себе частиною групи або відокремленим від інших.

Ідентифікація – включення або невключення себе в «Ми», утворене з конкретним іншим.

Егоцентричність – сприйняття себе «фігурою» або «фоном» (додаток Г).

- **Опитувальник післятравматичного зростання (Т. Калхаун, адапт. М.Ш. Магомед-Емінова)** – спрямований на вимірювання рівня післятравматичного зростання особистості.

Післятравматичне зростання розуміється як зростання особистості, що виникає у людини, яка пережила травматичний стрес внаслідок травмуючої події.

Опитувальник містить 21 твердження, шкала відповідей будується за 6-бальною схемою (від 0 до 5 балів).

Методика складається з 5 шкал: 1) Ставлення до інших; 2) Нові можливості; 3) Сила особистості; 4) Духовні зміни; 5) Підвищення цінності життя.

Кількісна оцінка післятравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться за «сирими» балами. За допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність післятравматичного зростання за кожним фактором окремо і сумарним балом всього опитувальника.

Третю групу методів дослідження склали **методи обробки даних дослідження**.

1. Кількісний аналіз за допомогою статистичних методів дослідження було використано для проведення математико-статистичної обробки даних, отриманих у нашому дослідженні.

Емпіричні дані, отримані в ході нашого дослідження, піддавалися статистичній обробці за допомогою стандартних і апробованих програм для персональних ЕОМ. Використовувалися спеціалізовані пакети прикладних програм для психологічних досліджень («SPSS 17.0.» та «Microsoft Office Excel 2003»), що забезпечили виконання загальноприйнятих одновимірних статистик і багатовимірних математично-статистичних методів, адекватних для вирішення конкретних завдань дослідження.

2. Якісний аналіз за допомогою методу контент-аналізу було використано для якісної та змістовної обробки даних, які були отримані нами здебільшого в ході опитувань, аналізу супутніх явищ тощо. Суть методу контент-аналізу полягає у фіксації певних одиниць змісту, який вивчається, а також у квантифікації отриманих даних.

Для виявлення рівня значущості у відмінностях порівнюваних показників використовувалися *t-критерій Стьюдента*, *ϕ^* -критерій Фішера (кутове перетворення Фішера)*, *кореляційний аналіз за r-критерієм Пірсона та факторний аналіз*.

Підсумовуючи вищевикладене, зазначимо, що комплексний та індивідуальний підхід, системність у розумінні індивідуальності людини, систематичне викладення експериментальних та статистичних методів дослідження дозволили, на наш погляд, досить ретельно підійти до більш глибокого вивчення питання особливостей психологічних наслідків перебування рятувальників в умовах проведення АТО.

2.4 Стрес-фактори, що супроводжували фахівців та чинили на них негативний психологічний вплив під час виконання ними професійної діяльності в зоні проведення АТО

З метою вивчення суб'єктивного розуміння та оцінки рятувальниками умов, в яких їм довелось працювати під час проведення антитерористичної операції, нами, за допомогою анкетування та бесіди, були зібрані та піддані процедурі контент-аналізу дані, в результаті яких були отримані оціночні переліки основних стрес-факторів, що супроводжували професійну діяльність рятувальників у зоні АТО.

Ми констатуємо, що основним стрес-фактором для працівників Служби порятунку в умовах локального збройного конфлікту є *загроза життю та*

здоров'ю людини, тобто вітальна загроза. Вважаємо, що до вказаного стрес-фактора слід додати і **фактор невідомості та невизначеності** – не відомо, коли та що відбудеться, коли і що почнеться та коли закінчиться, які рішення є невірними, які дії є помилковими. Всі ці особливості, іноді навіть більше, ніж загроза життю, чинять потужний негативний вплив на психіку людини, яка перебуває в умовах локального збройного конфлікту.

Тривалий та досить інтенсивний вплив стрес-факторів АТО на особистість рятувальника зумовлював виникнення та розвиток у них дистресу. Зауважимо, що дистрес виникає за таких умов, коли мають місце пригніченість, безсилля, безпорадність, безнадія та страх [142–145; 122]. Крім того, відомо, що інтенсивність впливу стрес-факторів на рятувальника зумовлена силою та тривалістю цього впливу. При цьому **стрес в умовах локального збройного конфлікту пов'язаний з перепрограмуванням людських ресурсів на виживання в екстремальних ситуаціях.**

Стрес-фактори, що чинили негативний вплив на рятувальників в умовах АТО, можна розділити на ті, що зумовлені безпосередньо специфікою діяльності рятувальника в зоні АТО (зміна режиму; зниження якості харчування та сну; розставання із близькими; загальна обмеженість зовнішніх контактів; робота на новій незнайомій території тощо), та **ті, що зумовлені специфікою самої ситуації, в умовах якої доводиться виконувати свої професійні обов'язки** (потрапляння під обстріли; поранення та загибель когось з оточення або мирного населення; загроза потрапити в полон; загроза загинути або отримати поранення).

Крім того, одним з достатньо потужних стрес-факторів АТО можна назвати **ситуацію постійного очікування тієї чи іншої загрози**, яка зумовлює постійну високу мобілізаційну готовність особистості до адекватного реагування на неї, що, у свою чергу, провокує досить швидке психоемоційне виснаження.

Ситуація очікування загрози може ускладнюватись:

- 1) відсутністю досвіду перебування людини в подібних ситуаціях;
- 2) інформаційним голодом;
- 3) часовим фактором;
- 4) відсутністю занять у вільний час;
- 5) ігноруванням факторів морального та духовного стану тощо.

Отримані за допомогою розробленої нами анкети та проведених бесід результати щодо змісту пережитих рятувальниками травматичних подій дозволили сформулювати певний їх перелік, який представлено в таблиці 2.4.

Зауважимо, що всі перелічені події можна з упевненістю віднести до стресогенних, адже вони набули суб'єктивної значущості для кожного рятувальника, який перебував у зоні АТО, та були відповідно оцінені. В той же час, ми можемо припустити, що ті події, які, за оцінками рятувальників, отримали найвищі рейтингові показники, є особливо важкими та об'єктивно несуть у собі значення, що виходять за межі індивідуальної зна-

чущості: вони є однаково значущими для великої кількості людей (у нашому випадку – фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України).

Переходячи до розгляду отриманих даних, відмітимо, що найбільш часто як стресогенні відмічаються наступні події та ситуації:

- потрапляння під обстріли – 1-е місце;
- загроза власному життю та здоров'ю – 2-е місце;
- поранення колег – 3-є місце;
- поранення мирних жителів – 4-е місце;
- невизначеність строків ротації або терміну перебування в зоні локального збройного конфлікту – 5-е місце.

Таблиця 2.4 – Перелік подій, які справляли негативний вплив на особистість рятувальника під час перебування в зоні АТО

№	Зміст події (ситуації)	Рейтинг
1.	Потрапляння під обстріли	1
2.	Поранення колег	3
3.	Поранення мирних жителів	4
4.	Робота без мап на новій території	11
5.	Невизначеність строків ротації (терміну перебування в зоні АТО)	5
6.	Звинувачення з боку населення при виконанні службових обов'язків	13
7.	Спостереження за трагедіями людей, які опинились у складній ситуації	15
8.	Неадекватне співвідношення функціональних обов'язків з відповідальністю	7
9.	Безпоражність, неможливість змінити перебіг подій	8
10.	Конфлікт із колегами під час виконання службових обов'язків	14
11.	Ізоляція від родини	9
12.	Загроза власному життю та здоров'ю	2
13.	Припинення зв'язку з рідними	12
14.	Неузгодженість вказівок керівництва	10
15.	Непрогнозованість ситуації, в якій доводиться працювати	6

Перелічені фактори можна віднести до тих, що становлять пряму вітальну загрозу для особистості.

Не менш значущими в аспекті чинення негативного впливу на фахівця в зоні АТО є:

- непрогнозованість ситуації, в якій доводиться працювати, – 6-е місце;
- неадекватне співвідношення між функціональними обов'язками та відповідальністю рятувальників – 7-е місце;
- безпорадність та неможливість змінити перебіг подій – 8-е місце;
- ізоляція від родини – 9-е місце;

- неузгодженість вказівок керівництва – 10-е місце та інші.

Перелічені події можна об'єднати за загальними ознаками у три групи, що складатимуться саме з вищезазначених психотравмуючих факторів:

1. **Специфічно-професійні** – робота без мап на новій території; неадекватне співвідношення між функціональними обов'язками та відповідальністю; загроза власному життю та здоров'ю; непрогнозованість ситуації, в якій доводиться працювати.

2. **Ситуаційно-психогенні** – потрапляння під обстріли; поранення колег; поранення мирних жителів; невизначеність строків ротації; звинувачення з боку населення під час виконання службових обов'язків; спостерігання за трагедіями людей, що опинились у складній ситуації; конфлікт із колегами під час виконання службових обов'язків; неузгодженість вказівок керівництва.

3. **Особистісні** – безпорадність, неможливість змінити перебіг подій; ізоляція від родини; припинення зв'язку з рідними.

Додамо, що до групи особистісних психотравмуючих факторів можна віднести як біологічні, так і індивідуально-психологічні фактори.

До підгрупи біологічних можна віднести опіки шкіри та дихальних шляхів; отруєння продуктами горіння, фізичне та сенсорне перевантаження, порушення режимів сну та бадьорості тощо.

До підгрупи індивідуально-психологічних увійдуть наступні фактори: ідентифікація осіб, які отримали поранення, із собою; ідентифікація населення, яке знаходиться в небезпечній зоні, зі своїми родичами; страх болі, поранень; попередній травматичний досвід і таке інше.

Проте біологічні та індивідуально-психологічні фактори не потрапили до визначеного нами рейтингу, адже мають здебільшого суто психологічний зміст і майже не усвідомлюються рятувальними, а отже, і не оформлюються у вигляді поданих тверджень.

Аналізуючи наведені дані, відзначимо, що у групі рятувальників, які довше за інших перебували в зоні проведення антитерористичної операції, вказаний рейтинг матиме дещо інший вигляд (див. табл. 2.5).

Таким чином, найбільш стресогенними для рятувальників, які працювали в зоні АТО протягом 2–3 місяців є:

- попадання під обстріли – 1-е місце;
- загроза власному життю та здоров'ю – 2-е місце;
- невизначеність строків ротації – 3-є місце;
- непрогнозованість ситуації, в якій доводиться працювати, – 4-е місце;
- поранення колег – 5-е місце.

Зі збільшенням тривалості перебування в зоні локального збройного конфлікту більше 90 діб ситуація із присвоєнням рейтингових показників подіям, що чинять травматичний вплив, дещо змінюється.

Так, найбільш важким випробуванням для себе рятувальники вважають:

- невизначеність строків перебування в зоні АТО – 1-е місце;
- загроза власному життю та здоров'ю – 2-е місце;
- попадання під обстріли – 3-є місце;
- спостереження за трагедіями людей, які опинились у складній ситуації, – 4-е місце;
- неузгодженість вказівок керівництва – 5-е місце в рейтингу.

Таблиця 2.5 – Перелік подій, що справляли негативний вплив на особистість рятувальників, які перебували в зоні АТО більше 60 діб

№	Зміст події	Рейтинг	
		60–90 діб	Понад 90 діб
1.	Попадання під обстріли	1	3
2.	Загроза власному життю та здоров'ю	2	2
3.	Невизначеність строків ротації (терміну перебування в зоні АТО)	3	1
4.	Непрогнозованість ситуації, в якій доводиться працювати	4	6
5.	Поранення колег	5	7
6.	Поранення мирних жителів	6	8
7.	Безпорадність, неможливість змінити перебіг подій	7	10
8.	Спостереження за трагедіями людей, які опинились у складній ситуації	8	4
9.	Неузгодженість вказівок керівництва	8	5
10.	Неадекватне співвідношення між професійними обов'язками та відповідальністю	10	9

Звертає на себе увагу той факт, що *найбільш важкими стрес-факторами, за свідченнями фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, є попадання під обстріли, загроза власному життю та здоров'ю, а також невизначеність строків перебування в зоні АТО – прямі ознаки вітальної загрози*. Ці показники дають змогу констатувати, що порушення почуття безпеки викликає переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого є досить різноманітними.

Поряд зі здійсненням виборів та ранжуванням подій за ступенем стресогенності, нами було проведено й оцінювання обраних подій за ступенем частоти зустрічальності в житті рятувальників протягом усього терміну їх перебування в зоні АТО. Отримані результати показали, що рятувальники постійно перебували в умовах невизначеності та непрогнозованості ситуації, в якій доводилося працювати (100% виборів), відчували безпорадність та неможливість змінити перебіг подій (89,56%).

У відповідь на переживання тих чи інших стресогенних подій АТО у рятувальників, як правило, виникав певний дезадаптивний стан (табл. 2.6).

Аналіз даних, отриманих шляхом ретроспективного самооцінювання під час анкетування рятувальниками свого стану в зоні локального збройного

конфлікту, показав, що фахівці, дійсно, відчували непрості переживання та емоції. Найчастіше *рятувальники говорили про те, що під час перебування в зоні АТО вони відчували розгубленість (68,10%) та неабиякий страх (62,79%). Приблизно третина рятувальників відмічала у себе реакції заціпеніння, приблизно кожний четвертий – важкість у кінцівках та прискорене серцебиття.* Такі стани фахівці ДСНС України описували як такі, які відчуваєш, коли тобі наснилося жахіття і ти хочеш бігти, але не можеш ворухнутися, хочеш кричати, але не має голосу, коли тіло не підкоряється та не слухається.

Крім того, цікавими стали результати щодо фіксації рятувальниками у себе проявів агресивної поведінки. Ці показники підтверджуються результатами, отриманими нами за допомогою методики діагностики показників форм агресії (див. пункт 3.3 дисертаційного дослідження, табл. 3.14 та 3.15).

Таблиця 2.6 – Частота зустрічальності дезадаптивних психічних станів у рятувальників під час їх перебування в зоні проведення АТО

№	Характеристика дезадаптивного стану	Кількість відповідей	Частота (у %)
1.	Порушення концентрації уваги	28	9,30
2.	Страх	189	62,79
3.	Розгубленість	205	68,10
4.	Почуття провини	19	6,31
5.	Безсилля	14	4,65
6.	Нервово тремтіння	23	7,64
7.	Пригніченість	46	15,28
8.	Агресія	78	25,91
9.	Панічні прояви	15	4,98
10.	Плач	6	1,99
11.	Загальна слабкість	49	16,27
12.	Заціпеніння	97	32,22
13.	Рухове збудження	45	14,95
14.	Важкість у кінцівках	80	26,57
15.	Порушення координації рухів	23	7,64
16.	Нереальне сприйняття оточуючого світу	19	6,31
17.	Фрагментарність сприйняття	19	6,31
18.	Втрата орієнтації в ситуації та часі	8	2,65
19.	Прискорене серцебиття	71	23,58
20.	Деперсоналізація	3	0,99

Примітка: сума виборів не дорівнює 100%.

Достатньо часто рятувальники, перебуваючи у зоні АТО, відмічали у себе загальну слабкість (16,27%), пригніченість (15,28%), рухове збудження (14,95%), порушення концентрації уваги (9,30%), порушення координації рухів та нервово тремтіння – по 7,64% кожен показник.

Спираючись на вищенаведене, зазначимо, що в умовах локального збройного конфлікту, під час виконання своїх безпосередніх професійних обов'язків, фахівці-рятувальники пережили події, пов'язані із загрозою їх життю та які супроводжувались почуттям потужного страху, безсиллям та безнадією. Отже, ми маємо підстави стверджувати, що фахівці аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які перебували в зоні АТО, пережили психічну травму.

2.5 «Рефлекс придушення» або що заважатиме ветеранам АТО повернутися до умов звичайного мирного життя

На сьогодні вітчизняним фахівцям у галузі екстремальної та кризової психології відома низка досліджень з проблеми психологічної та соціально-психологічної реабілітації ветеранів війн та локальних збройних конфліктів [31; 112; 108–122].

Такі дослідження, як правило, активізуються після загострення певного збройного конфлікту або після певної надзвичайної ситуації. Стосовно реабілітації учасників бойових дій можна сказати, що це питання неодноразово порушувалось як вітчизняними [111; 123; 124], так і закордонними [70; 125] вченими. Однак вітчизняних досліджень з даної проблеми на сьогодні все ж таки набагато менше, ніж закордонних, і, в першу чергу, – російських. Це зумовлено тим, що Україна досить тривалий час була осторонь всіляких збройних конфліктів та сутичок.

Сьогодні в українському суспільстві з'явилася нова соціальна група – учасники локального збройного конфлікту або учасники антитерористичної операції (АТО). І для того, щоб надати цим людям дієву психологічну допомогу, нам, перш за все, треба розібратися у питанні психологічних наслідків участі ветерана у бойових діях.

На сьогодні ми лише можемо здогадуватися про жахливі наслідки перебування особового складу в зоні проведення антитерористичної операції. Згідно статистичних даних двадцятирічної давнини, опублікованих у доповіді головного психіатра Міністерства Оборони РФ В.В. Нечипоренка, у близько 20% військовослужбовців, які брали участь у війні в Афганістані, військових діях у Карабасі, Абхазії, Таджикистані та Чечні, діагностувалися хронічні післятравматичні стани, викликані бойовим стресом. До 12% учасників бойових дій хотіли б присвятити своє життя службі в іншій армії, яка зараз воює. Саме у цих людей виробився свій збочений погляд на заборону вбивства, грабінж, насильство. Саме вони стають головним поповненням військових найманців та членів кримінальних структур у різних країнах світу [1].

Психічні порушення військового часу (див. рис. 2.2) створюють передумови для виникнення складних психосоціальних наслідків.

Порід із відчаєм, фрустрацією, апатією в особового складу можуть розвиватися особистісні трансформаційні процеси, складатися спотворена, патологічна картина світу, формуватися агресивна, конфліктна поведінка. Непід-

готовлене, стихійне зіткнення учасника АТО з реаліями мирного життя чревате посиленням їх психотравматизації та маніфестацією післятравматичних стресових порушень (ПТСР, PTSD).

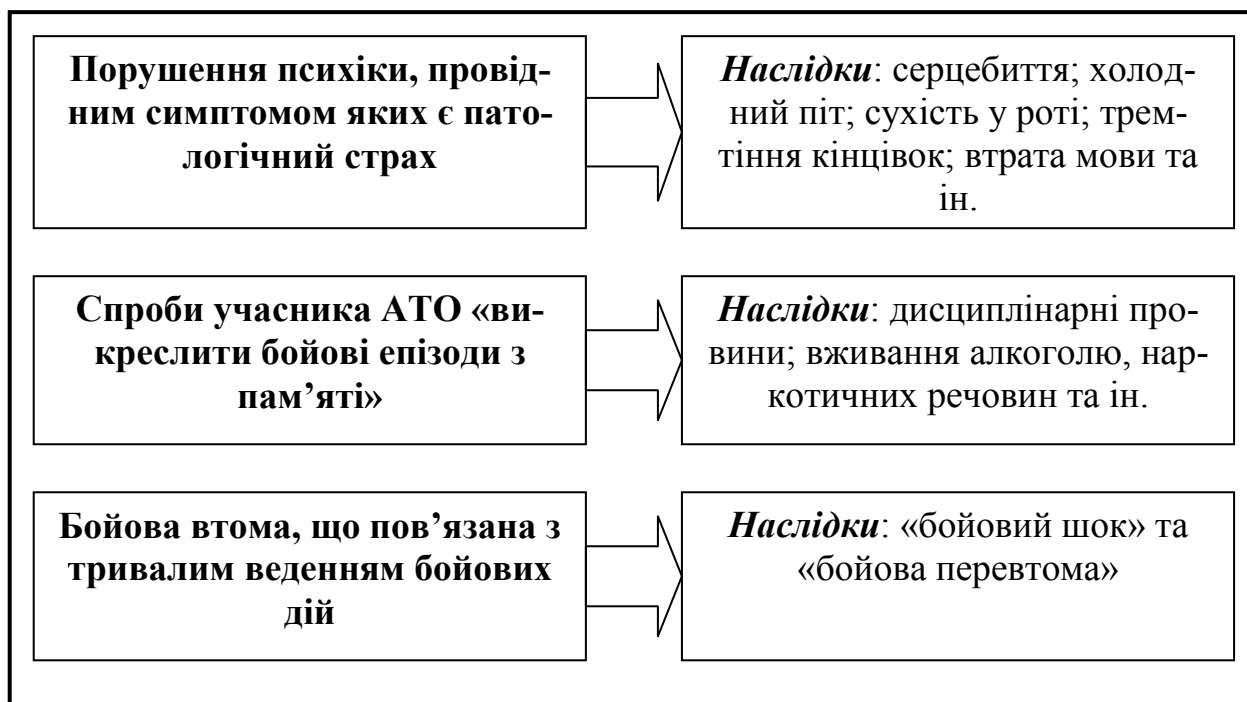


Рис. 2.2 – Психічні порушення військового часу

Аналіз наукової літератури стосовно розвитку у ветеранів війн та локальних збройних конфліктів післятравматичних стресових порушень свідчить (ПТСР), що ПТСР складають від 10 до 50% усіх медичних наслідків бойових дій. На них до сьогодні страждають 29–45% ветеранів Другої світової війни, 25–30% американських ветеранів в'єтнамської війни. Серед осіб, які отримали поранення, ПТСР досягають 42% [126].

За даними дослідження американських ветеранів війни у В'єтнамі, проведеного у 1988 році, у 15,2% з них спостерігалися виражені ПТСР, а ще у 11,1% відмічалися окремі симптоми цих розладів. Серед цих осіб у 5 разів зростав ризик залишитися безробітним, близько 70% з них хоча б один раз розірвали шлюб, у 35% відмічалися батьківські проблеми, у 43,7% – крайні форми ізоляції від людей, у 40% – спостерігалася виражена ворожість до оточення, 36,8% представників цієї соціальної групи здійснюють більше 6 актів насилля на рік, 50% були арештовані й посаджені у в'язницю (у тому числі 34,2% – більш ніж один раз). На початок 1990-х років близько 100 000 ветеранів цієї війни покінчили життя самогубством, 40 000 вели замкнутий, майже аутичний, спосіб життя [127].

І дійсно, війна, збройний військовий конфлікт є одними з найбільш суворих випробувань людського духу, психологічних та фізичних можливостей людини. Сприйняття та переживання подій антитерористичної операції, нападу колишнього братнього слов'янського народу на нашу країну, анексія

Криму – усе це велика драма, що розігрується у душі кожного українця і, особливо, – сьогоднішнього захисника вітчизни.

Локальний збройний конфлікт на сході України, на жаль, розвивається за принципами позиційної війни. Тому і не випадково, що у більшості її учасників розвивається болісна ностальгія, а потім з'являються ознаки депресії, що супроводжуються реакціями закам'янілості [24]. Деякі дослідники називають це «синдромом старого сержанта», що розвивається з картиною хронічної тривоги й астенії, супроводжується зниженням продуктивності, апатичністю, аутизацією, відчуттям безперспективності [128; 129].

Ще у 1946 році В. Гіляровський відмічав у військовослужбовців, які довгий час вели позиційну війну: у перші місяці – легку нервозність, а більш тяжкі картини – через 2–3 роки військової роботи [130].

J.W. Appel [131] та P. Lefebvre [132] рекомендували замінити особовий склад на передових позиціях через кожні 6 місяців, інакше у більшості військовослужбовців починали розвиватися декомпенсації (найчастіше, – через 8–12 місяців після прибуття на фронт).

Останні дослідження науковців науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України доводять, що маневрений спосіб ведення війни (незважаючи на збільшення кількості втрат) висуває менше вимог до толерантності психіки воїна, ніж позиційна війна з довготривалим напруженням очікуванням в атмосфері небезпеки.

Чим довше триватиме антитерористична операція з елементами позиційної війни, тим більшу кількість військовослужбовців з ознаками гострого стресового розладу та післятравматичних стресових порушень ми будемо спостерігати.

Факторами, що збільшуватимуть емоційну напругу в умовах ведення позиційних військових дій, будуть:

- (а) постійна загроза нападу супротивника;
- (б) труднощі у розрізненні мирних жителів та сепаратистів;
- (в) ймовірність несподівано потрапити на заміновану ділянку або під обстріл.

Тому і не випадково, що у більшості військовослужбовців будуть виявлятися часті сенсорні аберації та «ілюзії передових постів».

Страх та тривога, відчуття своєї уразливості долатимуться та компенсуюватимуться захисним механізмом агресивної та дисоціальної поведінки.

Почуття ворожого оточення, що дуже сильно вимотує особовий склад, нерідко призводитиме до жорстокості по відношенню до цивільного населення. Може спостерігатися і зростання рівня споживання алкоголю та інших психоактивних речовин, частішатимуть випадки порушення дисципліни.

Небезпека прояву такої поведінки ще більше зростатиме у зв'язку з розосередженням військ, які будуть діяти дрібними групами.

Потужні стрес-фактори гібридної війни призводитимуть і до перманентної психотравматизації її учасників (див. рис. 2.3).

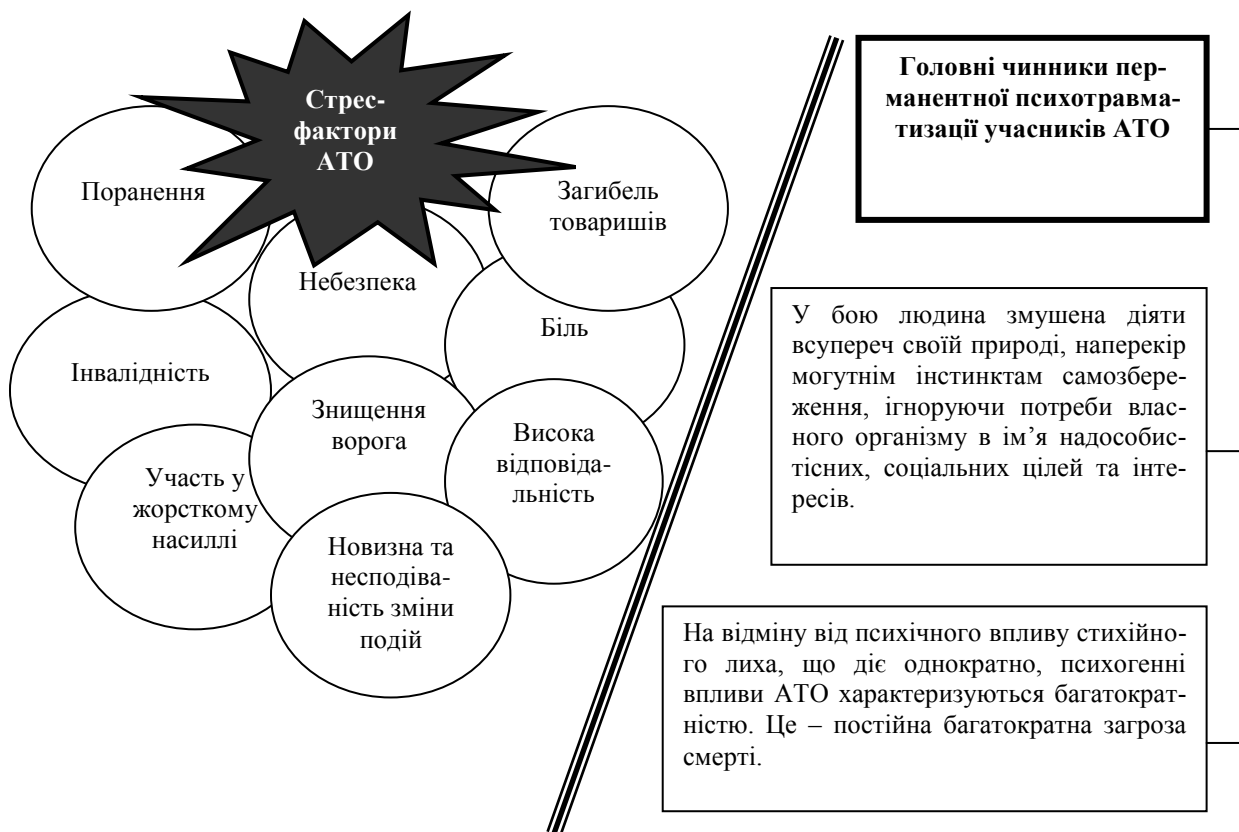


Рис. 2.3 – Стрес-фактори АТО, що призводять до перманентної психотравматизації її учасників

Таким чином, «ціною» ефективності військово-професійної діяльності в умовах проведення антитерористичної операції на сході України стане виснаження функціональних резервів організму, а також значна асенізація та психопатизація особового складу. Не треба доводити, що в таких умовах рано чи пізно відбудеться зрив адаптаційних ресурсів учасника АТО.

Вплив психотравмуючих факторів бойової обстановки зачіпає, перш за все, емоційну сферу, а вже потім, в силу особистісних особливостей, у багатьох військовослужбовців порушується регуляція поведінки, а також морально-етична та когнітивна сфери.

Чим більш негативні характеристики психічного стану учасників АТО після завершення бойових дій, тим тажче буде протікати адаптація до нормальних умов життєдіяльності, тим вище імовірність розвитку ПТСР-симптоматики (див. рис. 2.4).

Коли у ветерана АТО немає можливості розрядити внутрішню напругу, його тіло та психіка знайдуть спосіб пристосуватися до цієї напруги. У цьому, мабуть, і полягатиме механізм післятравматичного стресового розладу.

Його симптоми (які у комплексі виглядатимуть як психічне відхилення) насправді не що інше, як глибоко вкорінені способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями, що виникали в зоні АТО.

При поверненні ветерана до нормальних умов життєдіяльності можна спостерігати у нього наступні порушення (див. рис. 2.5).

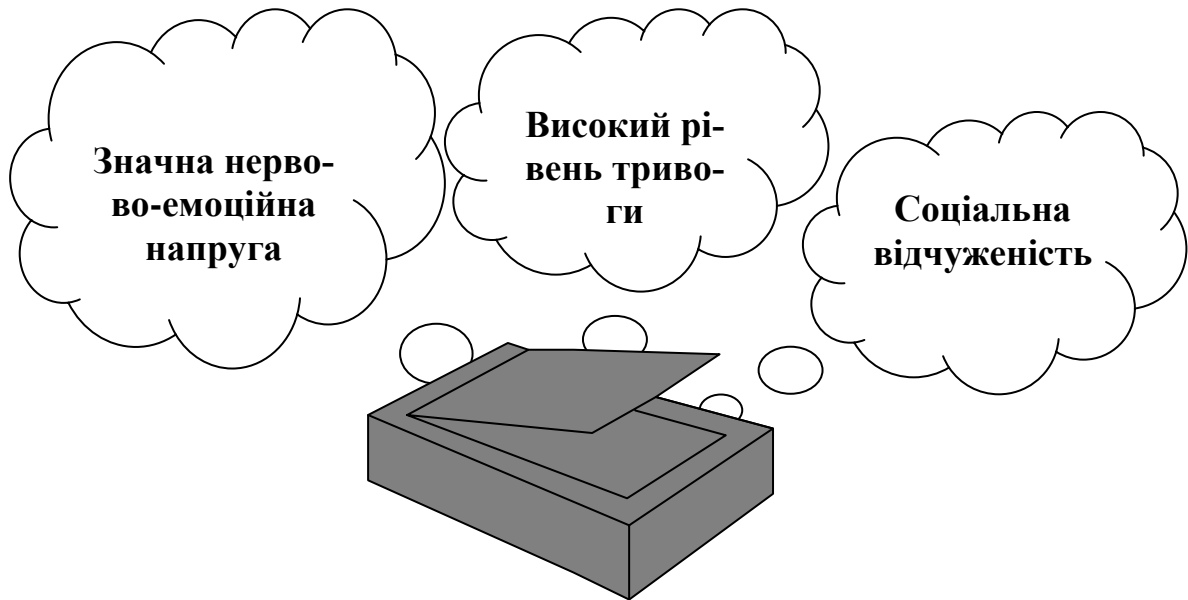


Рис. 2.4 – Маркери характеристик учасників АТО після завершення ними ведення бойових дій



Рис. 2.5 – Основні симптоми розвитку ПТСР у ветеранів антитерористичної операції

Рефлекс придушення заганятиме неприємні почуття вглиб – туди, де їх емоційний вплив відчуватиметься з найменшою інтенсивністю. Це, як правило, супроводжуватиметься постійною напругою м'язів тіла ветерана. І у міру того, як ветеран АТО звикатиме придушувати у собі негативні відчуття (гнів, ненависть, ревності, лють, підозрілість тощо), він одночасно втрачатиме здатність відчувати позитивні емоції (любов, доброту, довіру, емпатію тощо). Але саме позитивні почуття – до себе, до друзів, до родини, до життя – надаватимуть ветерану бажання і сили змінити що-небудь у себе та в обставинах свого післявоєнного життя.

Під час організації психологічної роботи з ветеранами АТО психологам треба пам'ятати, *що під час повернення до умов звичайного мирного життя у екс-комбатантів актуалізується ціла низка потреб*. Ці потреби носять універсальний характер, однак, у даному випадку, вони матимуть надзвичайний ступінь вираженості (див. рис. 2.6).

У тому випадку, якщо перераховані тенденції й особливості психічного життя ветеранів АТО не будуть враховані при роботі екстремального психолога з ними, створяться передумови для виникнення складних психосоціальних наслідків. Разом з відчаєм, фрустрацією, апатією у ветеранів гібридної війни (якою, по суті, і є так звана антитерористична операція на сході України) можуть розвиватися особистісні трансформації, складатися спотворена, патологічна картина світу, формуватися агресивна, конфліктна поведінка.

2.6 «Військовий синдром» як психологічний поведінковий маркер ветеранів антитерористичної операції

Френк Пьюселік – відомий американський психолог, військовий лікар, ветеран В'єтнамської війни – у ході своїх виступів у м. Харкові з проблем реінтеграції ветеранів у звичайне громадянське суспільство наголосив: «...Закони війни діють в умовах військового часу та втрачають свою значущість в умовах миру.

Однак людина, яка пройшла війну, певну частину свого життя не зможе вмить перейти з «миру війни» у «світ мирного життя». Причиною тому стане «військовий синдром» [133].

«Військовий синдром» – бомба сповільненої дії: він може проявитися у ветерана АТО через півроку, рік, а може і через десять років.

«Військовий синдром» може вдарити по усій нації, адже у зоні проведення антитерористичної операції, у більшості своїй, воюють чоловіки віком від 18 до 45 років (іншими словами, – найбільш працездатна та репродуктивна частина населення України).

Відмітимо, що термін «синдром» часто асоціюється з «клінічним» підходом та патологією [134]. Однак у сучасній вітчизняній психологічній науці поняття «синдром» використовується і у більш широкому розумінні – для характеристики поєднань певних психологічних ознак (симптомів), об'єднаних єдиним механізмом виникнення та розвитку конкретного явища [135].

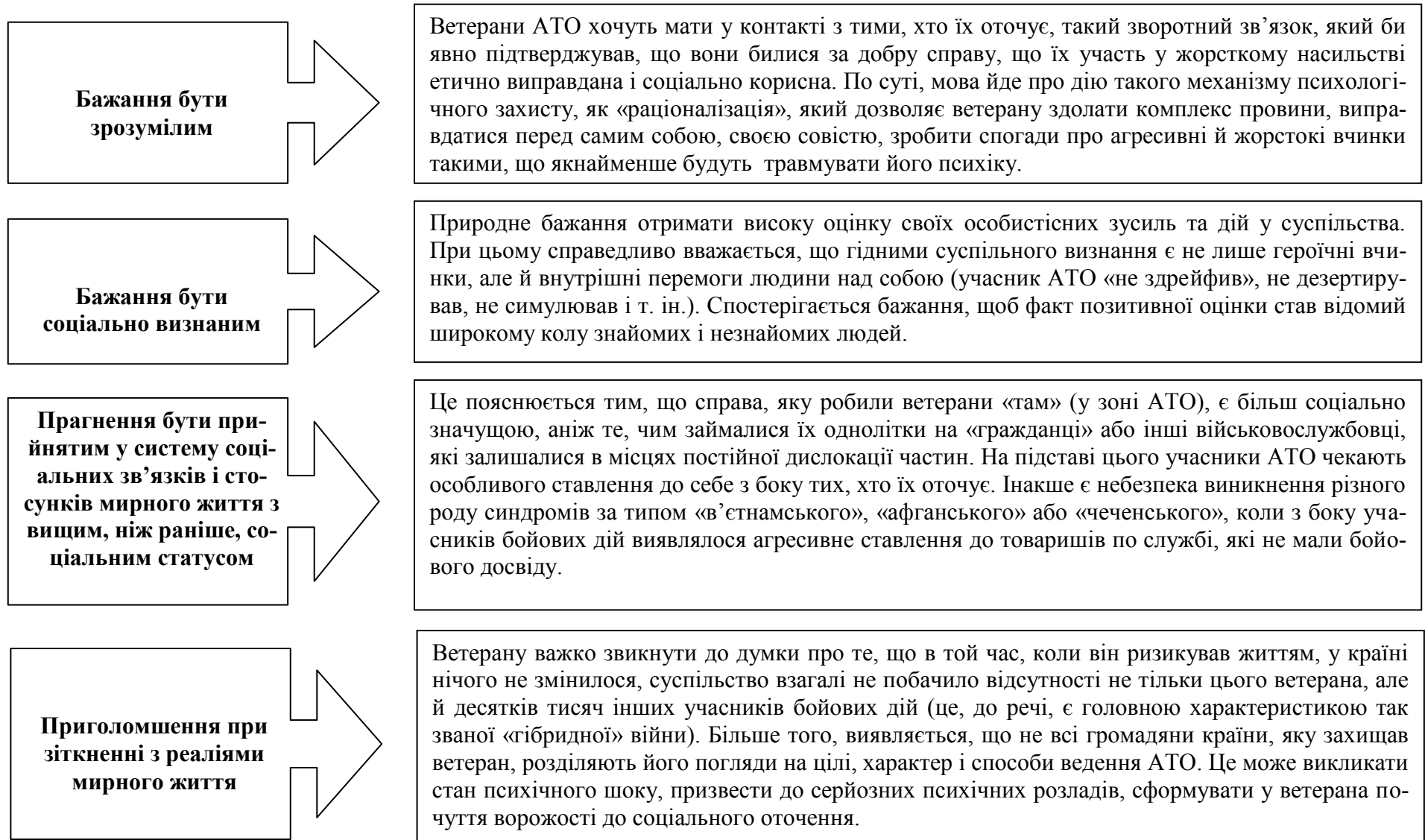


Рис. 2.6 – Психологічна картина переживань ветеранів антитерористичної операції

У найбільш загальному вигляді будь-який синдром можна визначити як системне явище – симптомокомплекс, наявність якого передбачає вироблення на рівні індивідуальної та колективної свідомості устояного стереотипу сприйняття навколишнього світу і поведінки в ньому [136].

Як девіація синдром буде сприйматися тоді, коли його складова психо-поведінковий стереотип – не вкладається в існуючі в даному соціо-просторово-часовому континуумі уявлення про нормальність. Синдром, адекватний існуючій реальності, являтиме собою абсолютно нормальне і, більше того, заохочуване явище [137].

Під час аналізу «військового синдрому» більшість сучасних вітчизняних дослідників виділяє вихідні психологічні передумови його формування та розвитку, а також деяке ядро, до якого входять:

- ✓ психологічні особливості людини на війні (як індивіда, особистості, суб'єкта професійної діяльності та т. ін.);
- ✓ особливості його професійно-психологічної підготовки та професійної діяльності;
- ✓ особливості соціальної взаємодії різнопрофільних фахівців у ході проведення військових дій [138–140].

На жаль, у сучасних дослідженнях фактично залишаються не розкритими питання складових «військового синдрому» «військової» й «мирної (невійськової)» людини (якими, по суті, і є фахівці Служби порятунку), умови формування та, особливо, умови виходу з цього стану.

Спробуємо розібратися з особливостями «військового синдрому» у військовослужбовця і рятувальника - учасників антитерористичної операції.

Ми переконані, що «військовий синдром» буде формуватися і у першої, і у другої категорії суб'єктів війни, однак зміст його істотним чином відрізнятиметься залежно від психологічного сприйняття війни представниками цих двох відповідних соціальних груп.

Для військовослужбовців війна є сферою професійної діяльності. Якщо відкинути морально-етичну та емоційну складові, то не можна не визнати, що основні задачі військовослужбовців зводяться до виконання наказів військових командирів **по знищенню** живої сили ворога, а також **руйнуванню або захопленню** його власності (як матеріальної, так і інтелектуальної). Таким чином, «військовий синдром» військовослужбовця передбачатиме:

- ✓ розподіл людей, які представляють навколишній світ, на друзів (союзників) та ворогів;
- ✓ наявність знань, умінь та навичок професійної військової діяльності, що зводиться до кваліфікованого знищення ворога, власного виживання в умовах військових дій, а також забезпечення максимальної ефективності військових дій союзників та відновлення збитків, заподіяних діями ворожих сил;
- ✓ сприйняття наказу командира в якості юридичного акта, що легітимізує власну діяльність, спрямовану на знищення ворога (рис. 2.7).

Таким чином, для військовослужбовця «військовий синдром» не що інше, як синдром професіоналізму, який проявлятиметься у здатності людини

ефективно виконувати складну діяльність, долаючи об'єктивні й суб'єктивні труднощі, що виникатимуть при взаємодії з професійним середовищем.



Рис. 2.7 – «Військовий синдром» військовослужбовця

Але що робити, коли війна закінчиться, необхідність у героїзмі, пов'язаному зі знищенням живої сили і техніки ворога відпаде, а вчорашні герої тимчасово опиняться поза справами? У такій ситуації стрес війни може змінитися «стресом мирного життя», а «військовий синдром» – набуті дев'ятого характеру і подекуди зумовити конфлікти, пов'язані із суперечливими ціннісними пріоритетами та цільовими установками, сформованими на рівні свідомості «людини війни» та «людей мирного часу».

Герой війни «раптом» виявиться у «невійськовому світі», а держава, ледь згасне мода на ветеранів, може просто забути про них. При цьому дія «військового синдрому» набуватиме не конструктивного (як на війні), а деструктивного характеру. І тому, якщо в зоні проведення АТО як особистий ворог сприймався кожен представник протилежної сторони, хто мав зброю, то в умовах мирного часу образ ворога може перенестися на співвітчизника, який не може або не хоче зрозуміти свого учорашнього «героя-захисника».

«Ми за вас, щурів тилкових, в АТО кров проливали, а ви сьогодні нас за людей не вважаєте... Була б моя воля, я б таких як ти, власною рукою розстріляв би...», – подібних монологів, на жаль, звучало, звучить і, мабуть, буде звучати ще дуже багато. «Невійськовий світ» у недалекому майбутньому прагнучиме якомога швидше викреслити з пам'яті АТО, що, у свою чергу, не зможе не відобразитися на ставленні до «людей війни», які втрачатимуть свою функціональну корисність у мирний час та стикатимуться з тим, що їх соціальна значущість різко знижуватиметься. Усе вищезазначене спричинить відповідну реакцію, яка виражатиметься в агресії носія «військового синдрому», спрямовану на «світ врятований», який забув своїх конкретних «рятівників».

«Військовий синдром» працівників Служби порятунку на війні складатиметься із симптомів, пов'язаних з відчуттям перманентної загрози як з боку

супротивника, таку і з боку «мирних громадян» – жителів тимчасово окупованих, «сірих» або звільнених від сепаратистів територій, – невдоволених життєзабезпеченням з боку власної держави.

Для рятувальників – працівників Служби порятунку війна не є сферою професійної діяльності. В зоні АТО особовий склад Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС України), на відміну від військовослужбовців, виконує зовсім інші види робіт. Так, з травня 2014 року Спеціальний авіаційний загін ДСНС України здійснює цілодобове чергування та проводить авіаційні роботи з пошуку та рятування людей; з липня 2014 року піротехнічні підрозділи ДСНС України розпочали розмінування небезпечних ділянок місцевості, будівель та споруд на території населених пунктів Донецької та Луганської областей; за участю аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України нині проводяться відновлювальні роботи на десятках об'єктів та систем життєзабезпечення населення міст та сіл, які зазнали руйнувань і пошкоджень під час локального збройного конфлікту.

Таким чином, «військовий синдром» рятувальника полягатиме у виробленні та закріпленні на психологічному рівні устояного відчуття перманентної небезпеки, яка з однаковою ймовірністю може виходити і від чужих (ворогів), і від своїх.

Умовою формування такого синдрому є сама війна. Тому цілком природним виглядатиме той факт, що після повернення з війни рятувальники будуть прагнути якомога швидше забути усі страхи військового часу, незалежно від того, якими діями «своїх» чи «ворогів» вони були викликані.

Однак конфлікти, що можуть виникати у «мирному житті» на ґрунті загострення «військового синдрому», розглядатимуться і рятувальниками, і військовослужбовцями - ветеранами АТО як свого роду війна, де, як і в реальній війні, будуть і «свої», і «вороги». Тільки тепер у якості ворога почне розглядатися співвітчизник (як правило, «бездушний чиновник, тиловий щур, бюрократ»), що не бажає зрозуміти ветерана АТО.

До тих пір, поки конфлікти виникатимуть між окремими ветеранами та чиновниками, вони не становитимуть суттєвої соціальної небезпеки і являтимуть собою безсистемні казуси. Однак в умовах соціальної нестабільності, невлаштовані й відкинуті суспільством носії «військового синдрому», за умови наявності у них організації (наприклад, «Союз ветеранів Афганістану») та достатньо сильного лідера, можуть стати серйозною силою, потенціал якої, як і раніше, у своїй основі матиме знищення ворога. Тільки тепер у якості ворога будуть розглядатися не зовнішні супротивники, а держава та суспільство, які самі ж породили «героїв війни», однак не змогли втримати над ними контроль (рис. 2.8).

Усе вищезазначене дозволяє стверджувати, що повернення ветеранів АТО – військовослужбовців та працівників Служби порятунку до умов мирного життя матиме свої відмінності. Ці відмінності будуть знаходитися у площині парадигми «життя – смерть»: адже і військовослужбовці, і рятувальники в ситуації АТО мали справу з досвідом смерті, що відкривався їм як

зміст життя. Ці люди в умовах військового конфлікту набували зовсім іншого, неповторного досвіду життя, що ніс їх в обійми смерті.

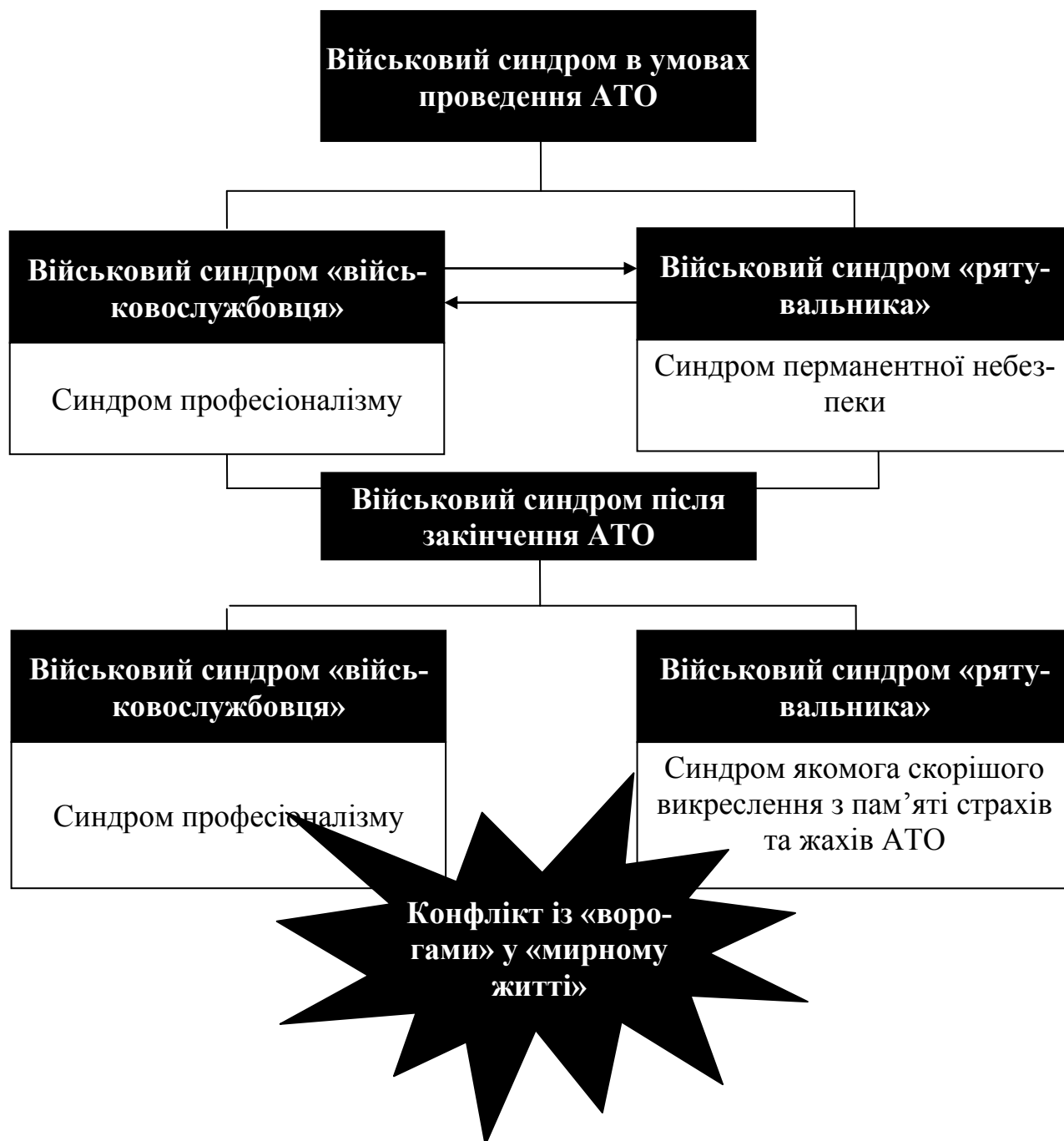


Рис. 2.8 – Особливості «військового синдрому» «військовослужбовця» та «рятувальника» у період перебування в зоні АТО та після повернення до умов мирного життя

А це, у свою чергу, завдало нищівного удару по власних почуттях безсмертя та невразливості [141].

Трансформації особистості як військовослужбовця, так і працівника Служби порятунку, у травматичній і післятравматичній ситуаціях будуть залежати від їх особливого особистісного досвіду «життя – смерті» з урахуван-

ням особистісної зумовленості стрес-синдромів. Іншими словами, *діагностування ПТСР у військовослужбовця або рятувальника після повернення із зони АТО дозволить говорити про особливу форму аномального розвитку особистості ветерана як маніфестацію глибинних ядерних факторів і структур його особистості, що зазнали трансформації й реінтеграції в умовах «гібридної війни».*

Однак психотравмуючий досвід ветерана АТО не буде зводитися лише до власне аномального досвіду (досвіду участі у локальному збройному конфлікті), а включатиме в себе ще й досвід повернення у світ звичайного існування [61].

Досвід смерті (реальний або символічний) відразу після виїзду із зони АТО перерветься, і той, хто повернувся до звичайного світу, почне ідентифікуватися з оточуючими та/або самим собою як *вцілілий*. Ветеран розумітиме, що усе, що з ним сталося, пройшло, але не відчуватиме всього того, що пройшло, як минулого. Почне проявлятися феномен вторгнення минулого у поточний момент, незавершеності минулого, нерозірваного зв'язку «Я-реального» з «Я-минулим».

В умовах реадаптації до мирного життя ветеран перебуватиме в ситуації вибору негативного/позитивного шляху. Адже психологічні наслідки досвіду участі у локальному збройному конфлікті можуть виходити за межі ПТСР та бути не тільки негативними, але й позитивними («потрясіння» вцілілого можуть стати джерелом «просвітління» та самоактуалізації) [96].

Перед ветераном АТО постане важка задача смислоутворення у смислуотратній ситуації – *переосмислення травматичного досвіду*.

У такій ситуації феномен фіксації на травмі може слугувати одним з яскравих утверджень неусвідомленої спроби переосмислення ветераном АТО свого життєвого досвіду. Саме *смісловий конфлікт та роздвоювання особистості стануть одними з основних етіологічних факторів, що зумовляватимуть аномальний розвиток ветерана АТО та виникнення у нього післятравматичного стресового розладу*.

За нашим переконанням, ПТСР є тим процесом, завдяки якому долатиметься невелике смислоутворення у смислуотратній ситуації, вирішуватиметься смісловий конфлікт та завершуватиметься реінтеграція вцілілого в ситуації його дезінтеграції.

Висновки за розділом

1. Для вирішення поставлених у роботі завдань було проведено психологічне обстеження 464 осіб. До експериментальної групи увійшли рятувальники, які виконували свої професійні обов'язки в зоні проведення антитерористичної операції, – кількістю 331 особа. До контрольної групи увійшли рятувальники, які не перебували в зоні АТО, у кількості 133 особи.

2. При виборі методик дослідження враховувалися насамперед дані про їх валідність, надійність і диференційованість для оцінювання й аналізу особ-

ливостей психологічних наслідків у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які виконували свої професійні завдання в умовах проведення антитерористичної операції. Підбір методів і психодіагностичних методик було здійснено згідно поставлених завдань дисертаційної роботи та відповідно до дотримання вимог щодо правил проведення емпіричного дослідження.

3. Математико-статистичний підрахунок даних проводився з використанням пакетів прикладних програм «SPSS 17.0.» та «Microsoft Office Excel 2007», що забезпечили розрахунок варіаційних статистичних показників, t -критерію Стьюдента, F -критерію Фішера (кутове перетворення Фішера), факторного аналізу та кореляційного аналізу за r -критерієм Пірсона.

4. Вивчення основних стрес-факторів, які супроводжували фахівців рятувальників в умовах АТО, показало, що основним психологічним фактором в умовах проведення локального збройного конфлікту вважається загроза життю та здоров'ю людини, тобто вітальна загроза. Поряд із цим досить потужним є і фактор невідомості та невизначеності.

Стрес-фактори, що справляли вплив на рятувальників в умовах проведення бойових дій, можна розділити на ті, що зумовлені безпосередньо специфікою діяльності рятувальника в зоні АТО, й ті, що зумовлені специфікою самої ситуації, в умовах якої доводиться виконувати свої професійні обов'язки.

Найбільш стресогенними, зі слів рятувальників, є: потрапляння під обстріли – 1-е місце; загроза власному життю та здоров'ю – 2-е місце; поранення колег – 3-є місце; поранення мирних жителів – 4-е місце та невизначеність строків ротації або терміну перебування в зоні локального збройного конфлікту – 5-е місце. Перелічені фактори відносяться до таких, що являють собою пряму вітальну загрозу для особистості.

5. Людина, яка пройшла АТО, певну частину свого життя не зможе вмить перейти з «миру війни» у «світ мирного життя». Причиною тому стане «військовий синдром».

«Військовий синдром» військовослужбовця та «військовий синдром» працівника Служби порятунку буде відрізнятися залежно від психологічного сприйняття вказаних соціальними групами локального збройного конфлікту.

Для військовослужбовця «військовий синдром» є не що інше, як синдром професіоналізму, який проявлятиметься у здатності людини ефективно виконувати складну діяльність, долаючи об'єктивні й суб'єктивні труднощі, що виникатимуть при взаємодії з професійним середовищем.

«Військовий синдром» рятувальника полягатиме у виробленні та закріпленні на психологічному рівні устояного відчуття перманентної небезпеки, яка з однаковою ймовірністю може виходити і від сепаратистів, і від мирного населення.

6. Повернення ветеранів АТО – військовослужбовців та працівників Служби порятунку до умов мирного життя матиме свої відмінності, що знаходитимуться у площині парадигми «життя – смерть».

В умовах мирного життя перед ветераном АТО постане важка задача – переосмислення травматичного досвіду.

Смисловий конфлікт та роздвоювання особистості стануть одними з основних етіологічних факторів, що зумовлюватимуть аномальний розвиток ветерана АТО та виникнення у нього післятравматичного стресового розладу.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ, ЩО СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ У ФАХІВЦІВ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ДСНС УКРАЇНИ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ НИМИ ЗАВДАНЬ ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

3.1 Особливості функціонального стану фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після їх повернення із зони проведення антитерористичної операції

Враховуючи те, що нами вивчаються основні психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення бойових дій, доцільно дослідити те, як вони проявляються в поведінкових змінах фахівців після їх повернення із зони АТО.

На основі результатів опитування рятувальників, керівників зведених аварійно-рятувальних загонів, які працювали в зоні АТО, психологів ДСНС України, психологів ЗСУ та Національної гвардії України, було складено перелік основних ознак – маркерів, за якими можна судити про ті чи інші зміни в поведінці особистості, яка пережила ту чи іншу стресову ситуацію або подію, в нашому випадку – бойові дії (табл. 3.1). Можна припустити, що наявність цих ознак у фахівців може свідчити про активізацію у них певних змін та надасть змогу отримати характеристику їх функціонального стану.

Отже, за отриманими даними можна говорити про те, що основні зміни у рятувальників відбуваються в межах когнітивної, емоційної, ціннісно-сислової та міжособистісної сфер. При цьому головними або найбільш помітними можна назвати такі поведінкові реакції як імпульсивність, вразливість, уникаюча поведінка, емоційна відстороненість та дратівливість.

Таблиця 3.1 – Основні поведінкові маркери, використовувані для оцінки змін у стані та поведінці фахівця Служби порятунку після повернення із зони бойових дій

№	Маркери	Рейтинг
1.	Порушення апетиту	16
2.	Порушення сну	15
3.	Зниження працездатності	8
4.	Стомлюваність	9
5.	Порушення пам'яті	17
6.	Порушення концентрації уваги	18
7.	Втрата часової перспективи	20
8.	Переоцінка цінностей	10
9.	Зміна життєвих пріоритетів	12
10.	Підвищення цінності життя	19
11.	Агресивність	11

12.	Імпульсивність	1
13.	Вразливість	2
14.	Унікаюча поведінка	3
15.	Емоційна відстороненість	4
16.	Дратівливість	5
17.	Підвищення пильності	13
18.	Закритість	6
19.	Байдужість	14
20.	Конфліктність	7

При цьому, як свідчать експерти, ці зміни стають помітними **одразу після їх повернення** у тих фахівців Служби порятунку, хто брав участь у бойових діях.

Аналіз результатів опитування керівників зведених аварійно-рятувальних загонів ДСНС України щодо особливостей прояву змін в особливостях поведінки рятувальників та опитування самих рятувальників показав, що ***частота зустрічальності цих змін обумовлюється тривалістю перебування в зоні проведення локального збройного конфлікту та кількістю ротаций в зоні АТО*** (табл. 3.2).

Порушення апетиту, за свідченнями самих рятувальників, полягало у тому, що вони, після повернення додому, спостерігали за собою постійне бажання їсти. Їм здавалося, що вони ніколи не вгамують свій апетит⁸.

Порушення апетиту, в даному випадку, було зумовлене синдромом хронічної втомленості (який мав місце за сукупністю симптомів, що спостерігались у досліджуваних). У свою чергу, стан втомленості, скоріш за все, був наслідком надважких стресових умов праці, ненормованого навантаження, високого напруження тощо.

Порушення сну у більшості рятувальників проявлялось у двох площинах:

- 1) постійна сонливість, нескінченне відчуття того, що не виспався;
- 2) безсоння, переривчастий сон.

В обох випадках, спираючись на розповіді рятувальників, знову ж таки має місце виснаження, перевтомлення, високий рівень напруженості.

Зниження працездатності та стомлюваність можна назвати головними проявами перевтоми людини, які, зазвичай, є наслідком того, що людині тривалий час доводиться виконувати функції, які потребують значних як фізичних, так і психологічних сил. У цих випадках ми також можемо говорити про виснаження, яке виступає передумовою зниження працездатності рятувальників.

З наведених в таблиці 3.2 даних можна побачити, що ***зниження працездатності*** відмічається у тих фахівців, хто перебував у зоні бойових дій більше 2 місяців, а ***стомлюваність*** – більше 1-го місяця. Додамо, що рятувальни-

⁸ Зауважимо, що апетит – це особливий механізм, який змушує організм людини приймати їжу ще до того, як у ньому закінчаться поживні речовини (прим. авторів).

ки, які відрізняються цими симптомами, можуть також характеризуватися тривожністю, нерішучістю та виразністю астеничних ознак.

Таблиця 3.2 –Частота зустрічальності поведінкових змін у рятувальників залежно від тривалості їх перебування в зоні АТО (у %)

№	Шкали	До 30 діб	30–60 діб	60–90 діб	90–120 діб
1.	Порушення апетиту	-	-	-	10,10
2.	Порушення сну	-	-	10,10	30,45
3.	Зниження працездатності	-	-	10,10	25,00
4.	Стомлюваність	-	10,15	15,05	20,65
5.	Порушення пам'яті	-	-	-	10,00
6.	Порушення концентрації уваги	-	-	5,15	10,65
7.	Втрата часової перспективи	-	-	-	5,75
8.	Переоцінка цінностей	-	-	10,00	20,75
9.	Зміна життєвих пріоритетів	10,10	5,25	15,20	25,40
10.	Підвищення цінності життя	-	-	20,75	30,85
11.	Агресивність	15,30	16,80	17,25	20,10
12.	Імпульсивність	20,85	25,20	30,75	45,10
13.	Вразливість	20,10	15,10	15,25	18,55
14.	Унікаюча поведінка	-	-	20,20	25,45
15.	Емоційна відстороненість	-	-	25,70	30,10
16.	Дратівливість	15,25	20,20	25,75	30,50
17.	Підвищення пильності	18,40	20,10	25,45	32,50
18.	Закритість	-	-	20,00	20,00
19.	Байдужість	-	10,15	15,50	-
20.	Конфліктність	-	25,75	30,40	35,15

Примітка: сума поданих виборів не становить 100%, оскільки в одного рятувальника одночасно могло спостерігатися декілька поведінкових змін.

Отже, для запобігання виникненню та розвитку таких небажаних явищ ми можемо рекомендувати, за наявності можливості, проводити заміни (ротації) фахівців, які виконували свої професійні обов'язки в зоні АТО протягом 60 діб.

Така особливість як **порушення уваги та пам'яті** також є ознакою надто сильного виснаження та перевтоми фахівця, як на фізичному, так і на психічному рівні. Ці дві когнітивні функції є провідними в переліку професійно важливих якостей рятувальників, особливо коли мова йде про фахівців

піротехнічних груп ДСНС України. Зауважимо, що в нашому випадку порушення уваги та пам'яті мають тимчасовий характер та не є патологічними та не незворотними явищами.

Враховуючи те, що пам'ять – це процес накопичення, утримання та відтворення інформації, її забування у рятувальників може бути варіацією витиснення, особливо, коли це стосується тієї інформації, яка може носити негативне емоційне забарвлення.

Говорячи про порушення уваги, відмітимо, що частіше у рятувальників внаслідок перенесеного стресу спостерігаються *нестійкість уваги, уповільненість переключення, недостатня концентрація та дефіцит уваги*. Додамо, що порушення пам'яті та уваги виникають тоді, коли виникає необхідність сконцентруватись або щось пригадати. Найчастіше такі порушення спостерігаються у стресових ситуаціях.

Такі особливості як **втрата часової перспективи, переоцінка цінностей, зміна життєвих пріоритетів та підвищення або актуалізація цінності життя** говорять про зміни в ціннісно-смысловій та потребовій сферах рятувальників. Зміни за цими ознаками спостерігаються здебільшого у тих фахівців, хто виконував свої професійні обов'язки в АТО більше 60 діб. Виключенням є тільки зміна життєвих пріоритетів, трансформація яких відбувається практично одразу після потрапляння до зони бойових дій. Побачене на сході України, мабуть, є надто сильним та потужним стресором, який впливає на зміни в ціннісно-смысловій сфері особистості рятувальника.

Розглядаючи результати щодо особливостей емоційних реакцій поведінкового компонента рятувальників, відмітимо, що такі риси як **агресивність, дратівливість, вразливість та імпульсивність** є наявними у всіх групах досліджуваних та характеризуються поступовим зростанням залежно від терміну перебування в зоні бойових дій. Відмітимо, що така характеристика як *вразливість* проявляється у більшості рятувальників, які були в зоні АТО менше за всіх (не більше 30 діб). Зауважимо, що найчастіше у рятувальників спостерігається імпульсивність, яка проявляється в міжособистісних взаємовідносинах. Можна припустити, що такі особливості зумовлюються незвичністю набутого досвіду. Про це свідчать і дані щодо поступового зниження частоти зустрічальності вразливості у рятувальників зі збільшенням терміну їх перебування в зоні АТО.

Зауважимо, що такі риси як **закритість, байдужість та уникаюча поведінка** починають проявлятися у рятувальників, які перебували в зоні локального збройного конфлікту не менше 60 діб. При цьому байдужість зникає в поведінці рятувальників, які виконували свої функціональні обов'язки в бойових умовах більше 90 діб. Ці поведінкові особливості проявляються в обмеженні спілкування фахівця, особливо коли це стосується професійної діяльності. Ці прояви, в нашому випадку, можуть відігравати роль захисних психологічних механізмів, які оберігають психіку фахівців від додаткових переживань, хвилювань та стресів.

Підвищення пильності спостерігається в кожній групі досліджуваних рятувальників, але частота зустрічальності вказаної ознаки зростає прямо пропорційно тривалості перебування фахівця в зоні локального збройного конфлікту. Підвищений рівень пильності проявляється в тому, що людина, після виходу з небезпечної ситуації, продовжує щільно слідкувати за всім, що відбувається навколо. Чинником такої поведінки є страх перед травматичною ситуацією, яка, на думку людини, може статися або може повторитись.

Відмітимо, що у більшості випадків пильність проявляється у вигляді підвищеної напруженості, яка вимагає від людини постійної уваги та витрачання великої кількості енергії.

Особливої уваги потребує категорія ***конфліктності***, яка спостерігається у рятувальників, що перебували в умовах проведення бойових дій більше 1 місяця. Вважаємо, що конфліктність у поведінці може бути наслідком імпульсивності, дратівливості та вразливості в поведінці фахівців рятувальних підрозділів ДСНС України. Окрім цього, конфліктність може бути своєрідним «продовженням» тієї, нормальної для військових умов, поведінки, яка домінувала у період виконання рятувальниками професійних завдань у зоні АТО.

Підсумовуючи вищенаведене, зауважимо, що ***основні зміни, які фіксуються у рятувальників після їх повернення із зони локального збройного конфлікту, безпосередньо зумовлюються тривалістю перебування фахівця Служби порятунку в зоні АТО.***

Наступним етапом нашого дослідження стало більш ***детальне вивчення можливих супутніх явищ, які могли обумовлювати виникнення та розвиток небажаних негативних проявів у досліджуваних.*** За отриманими в результаті анкетування даними було сформовано низку блоків, за якими і проводився відповідний аналіз.

Перш за все ми спробували визначити ***ставлення близьких людей та родичів фахівця-рятувальника до необхідності їхати йому на невизначений термін до зони бойових дій*** (табл. 3.3 та рис. 3.1).

Таблиця 3.3 – Ставлення родичів та близьких до відрядження рятувальника в зону локального збройного конфлікту (у %)

№	Позитивне	Негативне	Не знали
1.	27,88	39,65	32,47

Як показало опитування, лише трохи більше чверті родичів опитаних рятувальників із розумінням поставилися до того, що їх близька людина їде до зони АТО. А майже 40% родичів вкрай негативно поставились до такої новини.

Відмітимо, що ***досить часто емоційний фон настрою людей з близького оточення справляє потужний вплив на психологічну готовність фахівця виконувати свої професійні завдання в надскладних умовах. Мабуть задля уникнення дії такого впливу приблизно кожен третій рятувальник, що їхав до зони АТО, не сказав про це родині.***

З отриманих відповідей респондентів можна також побачити, що майже половина рятувальників, які виконували свої професійні обов'язки в зоні бойових дій, потрапляли під обстріли (табл. 3.4).

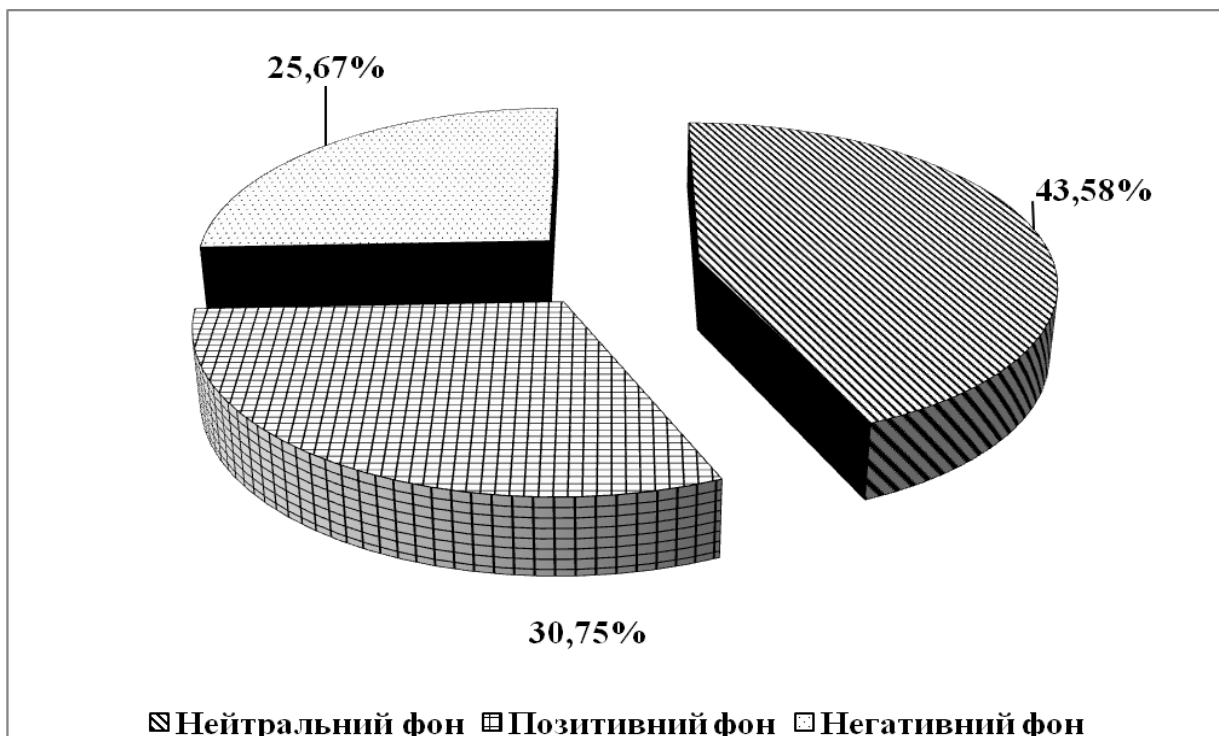


Рис. 3.1 – Ставлення родичів та близьких до відрядження рятувальника в зону локального збройного конфлікту (у %)

При цьому абсолютно всі рятувальники, що виконували в зоні АТО свої професійні завдання, неодноразово чули вибухи. У групі рятувальників з Донецького та Луганського регіонів майже 100% опитаних відзначили, що потрапляли під обстріли. Більшість із них також бачили на власні очі поранення та загибель інших людей (табл. 3.5).

Таблиця 3.4 – Показник потрапляння фахівців-рятувальників ДСНС України під обстріли

№	Потрапляння під обстріли	
	1.	Кількість
	%	45,84

Таблиця 3.5 – Показник кількості рятувальників, які на власні очі бачили поранення або загибель людей

№	Стали свідками поранень/загибелі колег або місцевого населення	
	1.	Кількість
	%	24,92

Зауважимо, що потрапляння під обстріли можна назвати одним з вагомих стрес-факторів, який зумовлює виникнення та розвиток негативних психічних станів у фахівців Служби порятунку, які безпосередньо працювали в зоні АТО.

Зауважимо, що за отриманими даними майже чверть опитаних рятувальників на власні очі бачили поранення чи то своїх колег, чи то когось з населення. Відмітимо, що цей фактор ми можемо назвати другим стресогенним фактором в аспекті впливу на психоемоційний стан особистості рятувальника.

Враховуючи специфіку професійної діяльності фахівця аварійно-рятувального підрозділу ДСНС України, її зміст та спрямованість, факт того, що до рятувальників за допомогою звертались місцеві жителі (див. табл. 3.6), не викликав подиву.

Таблиця 3.6 – Показники кількості звернень про допомогу до рятувальників від населення, яке знаходилося в зоні проведення АТО

№	Отримали звернення про допомогу від населення	
	1.	Кількість
	%	94,68

Враховуючи те, що показник звернень склав майже 100%, ми можемо говорити про додаткове навантаження на фахівця Служби порятунку. Іншими словами, окрім своїх прямих обов'язків, рятувальникам доводилось виконувати й інші справи щодо життєзабезпечення населення, яке знаходилося в зоні АТО.

Наступним питанням, яке було вивчено нами під час проведення дослідження, стала проблема страхів та побоювань, що турбували рятувальників, котрі виїжджали до зони АТО (табл. 3.7).

Таблиця 3.7 – Показники частоти зустрічальності страхів та побоювань рятувальників перед відправленням їх до зони АТО

№	Перелік страхів та побоювань	Кількість	%
1.	Боязнь не повернутися із зони АТО	10	3,33
2.	Боязнь отримати поранення	12	3,98
3.	Боязнь залишитися інвалідом	8	2,65
4.	Нічого не боюся	39	12,95
5.	Боязнь невизначеності ситуації	36	11,96
6.	Не відповіли	42	13,96
7.	Боязнь підірвати власне здоров'я	27	8,98
8.	Боязнь потрапити у полон	8	2,65
9.	Хвилювання за матеріально-технічне оснащення	8	2,65
10.	Боязнь потрапити під обстріли	44	14,61
11.	Побоювання за бойових побратимів	5	1,66
12.	Боязнь за долю рідних	18	5,98
13.	Побоювання за безпеку життя підлеглих	9	2,99

Продовження таблиці 3.7

№	Перелік страхів та побоювань	Кількість	%
14.	Хвилювання за технічний стан пожежних автомобілів (ламаються під час обстрілів)	1	0,33
15.	Побоювання щодо непорозуміння фахівців Служби порятунку та місцевих мешканців	2	0,66
16.	Хвилювання за те, що доведеться виконувати непрямі обов'язки	3	0,99
17.	Побоювання не виплати грошового забезпечення	12	3,98
18.	Побоювання непорозуміння з керівництвом ДСНС	10	3,33
19.	Боязнь того, що керівництво кине напризволяще	5	1,66
20.	Боязнь не виправдати довіру своїх товаришів	2	0,66

Відмітимо, що 13,95% з усіх опитаних рятувальників не відповіли на це запитання, але їх небажання надавати відповідь не слід ототожнювати з відповіддю інших «нічого не боюся» (12,95%).

Результати показали, що найбільший страх у рятувальників викликають обстріли (14,62%). Особливо часто цей страх фіксувався у тих рятувальників, які постійно перебували в зоні АТО (саме рятувальники з Донецької та Луганської областей найбільше боялися обстрілів та вибухів та говорили про те, що дуже бояться за рідних, які також знаходяться в зоні бойових дій). Майже 12% опитаних відмітили, що їх найбільше лякає невизначеність, невідомість, нерозуміння того, куди та на скільки вони їдуть.

Наступні варіанти відповідей стосувались збереження здоров'я та життя (загинути, бути пораненим, потрапити у полон, залишитись інвалідом). Загалом, приблизно 25% рятувальників переймалися цим питанням перед відправленням до зони АТО.

Далі, серед найбільш помітних страхів рятувальників, можна відмітити страх залишати родину, побоювання за долю рідних (майже 6%).

Також рятувальників хвилювала безпека особового складу та своїх побратимів, з якими вони пліч-о-пліч працювали в зоні АТО.

Крім цього, вважаємо за необхідне відмітити, що рятувальників хвилювали і питання можливого непорозуміння з керівництвом (10%) та те, що після повернення із зони бойових дій їм не буде сплачено грошової компенсації (12%).

Серед інших побоювань, які не знайшли частого згадування, можна відмітити острах, що керівництво кине фахівців Служби порятунку напризволяще, або що фахівці можуть не виправдати довіру своїх колег.

Окремо зазначимо, що деякі рятувальники висловлювали хвилювання з приводу їх матеріально-технічного оснащення.

Таким чином, оцінюючи сукупність результатів за результатами нашого опитування, відмітимо, що **найбільше рятувальників хвилює вітальний компонент уявної чи реальної загрози**. Тобто перед виїздом до зони АТО рятувальники, з високою долею імовірності, стикнулися з проблемою думок про

власну загибель або поранення, з думками про можливе повернення додому, до рідних тощо. Ці побоювання, на нашу думку, можуть виступати чинником формування стресових розладів у рятувальників ще до моменту їх потрапляння до зони бойових дій.

Наступний блок запитань було націлено на дослідження проблем у період після повернення рятувальників із зони локального збройного конфлікту. Перше, що нас хвилювало в цьому аспекті, – *оцінка психоемоційного стану рятувальників після їх повернення із зони проведення антитерористичної операції* (табл. 3.8 та рис. 3.2).

Таблиця 3.8 –Зміни настрою у рятувальників після їх повернення із зони АТО (у %)

№	Нейтральний фон	Позитивний фон	Негативний фон
1.	43,58	30,75	25,67

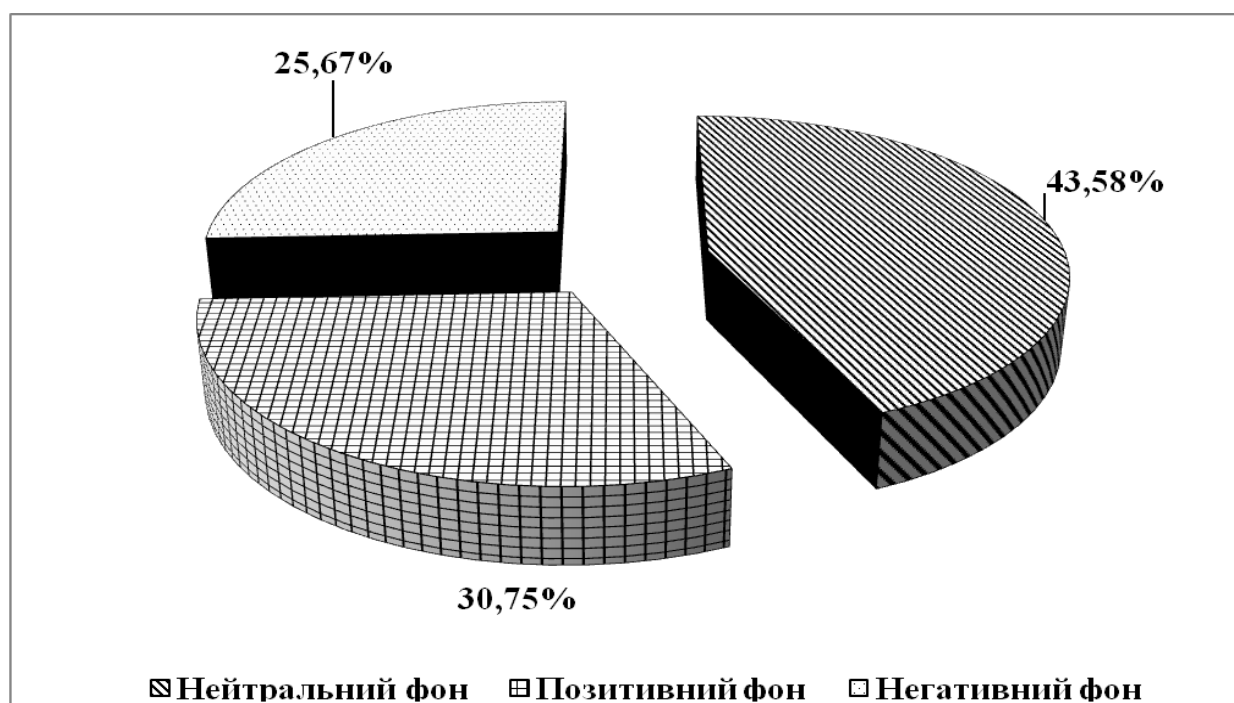


Рис. 3.2 – Зміни настрою у рятувальників після їх повернення із зони АТО (у %)

Опитування показало, що приблизно у половини рятувальників, які приїхали із зони АТО, настрої абсолютно не змінилися і в основному свій емоційний фон вони відмітили як нейтральний.

Третина опитаних рятувальників вказала на поліпшення настрою та превалювання позитивного емоційного фону.

Однак 25,67% рятувальників відмітили у себе погіршення настрою та вказали на те, що зміни, які сталися у них на психоемоційному рівні, є негативними.

Далі нами були проаналізовані *актуальні проблеми, вирішення яких найбільше турбувало рятувальників*. Зауважимо, що головними актуальними-

ми проблемами для рятувальників, незалежно від групи досліджуваних, були «відсутність гідного грошового забезпечення» та «відсутність власного житла» (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9 – Зміст актуальних проблем, які турбують фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

№	Перелік проблем	1 група (не брали участі в АТО)	2 група (брали участь в АТО)	φ
1.	Заробітна платня (гідне грошове забезпечення)	50,54	65,12	-
2.	Незадовільне загальне матеріальне становище	55,47	50,25	-
3.	Відсутність власного житла	28,80	31,29	-
4.	Відмова в реєстрації статусу УБД	-	31,25	3,11*
5.	Незадовільний стан здоров'я	10,27	18,46	-
6.	Проблеми у спілкуванні з дітьми	-	10,14	2,83*
7.	Неможливість дати дітям гідну освіту	-	9,51	-
8.	Стосунки в родині	15,05	22,12	2,07*
9.	Стосунки в підрозділі	10,22	20,14	2,89*
<i>Примітка: $p \leq 0,05^*$</i>				
<i>Примітка: сума поданих виборів не становить 100%, оскільки один рятувальник міг відмітити декілька актуальних для нього проблем одночасно.</i>				

Далі як найбільш значущу рятувальники 2-ї групи виділяють на проблему «відмова в наданні статусу «учасника бойових дій» (УБД)».

Окрім цього, в 2-й групі досліджуваних найбільш гостро стоять проблеми щодо міжособистісних стосунків як у родині, так і в підрозділі, – в обох випадках відмінності в результатах вірогідні на рівні $p \leq 0,05$. У групі рятувальників, які не працювали в зоні проведення бойових дій, ці дві проблеми також мають місце бути, але їх не можна назвати домінуючими.

Крім цього, фахівців 2-ї групи турбує стан свого здоров'я. Ця проблема, хоча й не має достовірних відмінностей у кількісному вираженні при порівнянні з показниками 1-ї групи, однак турбує майже кожного п'ятого (близько 20%) опитаного рятувальника (див. табл. 3.9).

Таким чином, наведені дані дозволяють відмітити, **що найбільш актуальними для рятувальників, які перебували в зоні АТО, є матеріальні проблеми, відмова у присвоєнні статусу УБД та міжособистісні взаємовідносини з рідними і колегами по службі.**

Наступним питанням в даному блоці стало **вивчення основних змін, які помітили у себе рятувальники після повернення із зони локального збройного конфлікту** (табл. 3.10 та рис. 3.3).

Таблиця 3.10 – Основні зміни, які відбулися у рятувальників після їх повернення з АТО

	Основні зміни	Рейтинг
1.	Підвищення цінності власного життя	2
2.	Підвищення цінності життя близьких	1
3.	Підвищення цінності миру	3
4.	Зміна поглядів на життя	5
5.	Підвищення патріотизму	7
6.	Розуміння цінності взаємовідносин з близькими	4
7.	Розуміння цінності дружніх відносин	6

Розглядаючи рейтинг особистісних змін рятувальників, можна помітити, що *головними змінами у себе рятувальники називають підвищення цінності життя як своїх рідних та близьких, так і власного життя.*

Не менш значущим для фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України є підвищення цінності миру. Ця трійка лідерів серед всіх змін у рятувальників після їх повернення із зони АТО повністю відбиває ті переживання, які довелось відчувати фахівцям під час перебування в умовах локального збройного конфлікту.

Додамо, що серед основних змін також були вказані розуміння цінності взаємовідносин з близькими, зміна поглядів на життя, розуміння цінності дружніх відносин та підвищення патріотизму.

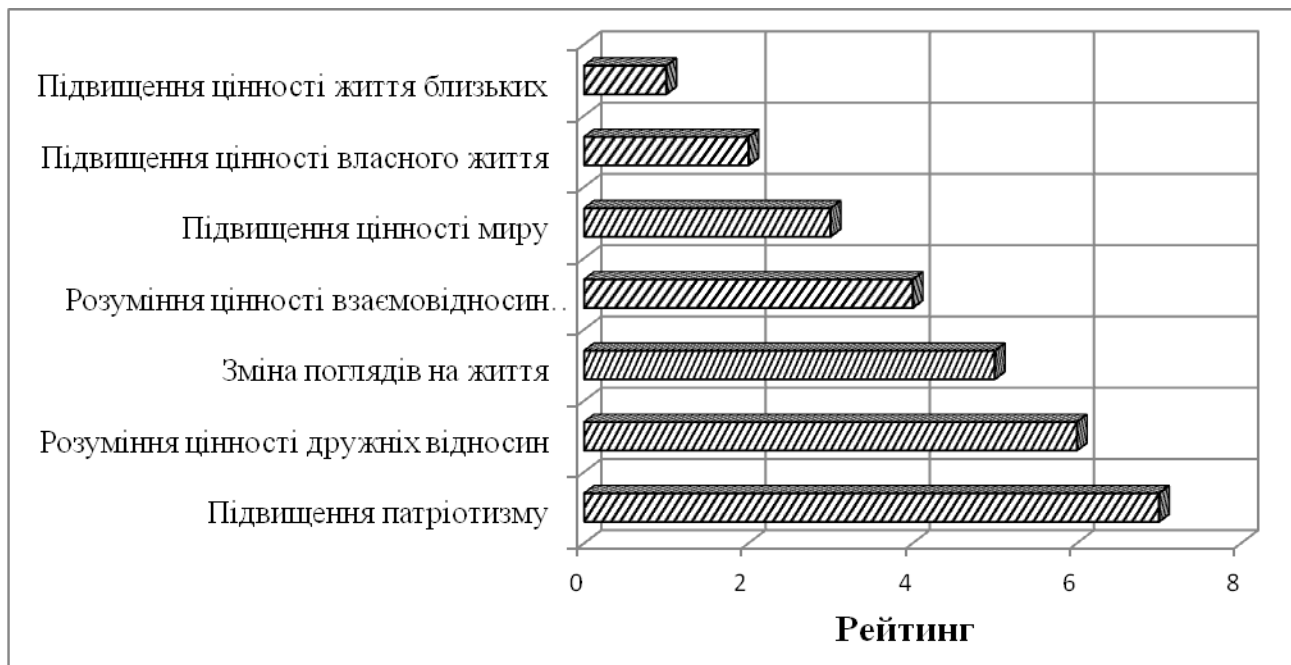


Рис. 3.3 – Основні зміни, які відбулися у рятувальників після їх повернення із зони АТО

Усі зазначені зміни мають якісну характеристику в межах ціннісно-смыслового компонента особистості. Можна сказати, що *після повернення із*

зони АТО у рятувальників відбулась переоцінка цінностей та життєвих пріоритетів, сталась зміна поглядів на те, що є головним у житті людини.

На наступному етапі ми спробували визначити плани або орієнтири рятувальників на своє майбутнє (табл. 3.11 та рис. 3.4).

Під час проведення опитування було відмічено, що деякі рятувальники (приблизно 15%), які не працювали в зоні АТО, висловлювали думку, що у зв'язку зі становищем у країні щось планувати або про щось мріяти не має жодного сенсу.

При цьому переважна більшість опитаних рятувальників, які виконували свої обов'язки в зоні локального збройного конфлікту, відмітили, що не відмовляються будувати плани на майбутнє, при цьому навіть вважають себе більш рішучими та сміливими у питаннях цілеполягання. З них приблизно кожний четвертий рятувальник прагне зберегти все, що має на сьогодні, та не воліє нічого змінювати.

Таблиця 3.11 – Основні орієнтири рятувальників на власне майбутнє (у %)

№	Зміст цілей на майбутнє	%
1.	Одруження	8,56
2.	Придбання власного житла	10,88
3.	Зміна роботи	7,95
4.	Народження дітей	6,74
5.	Отримання освіти	7,22
6.	Покращення матеріального становища	33,53
7.	Нічого не змінювати	25,12

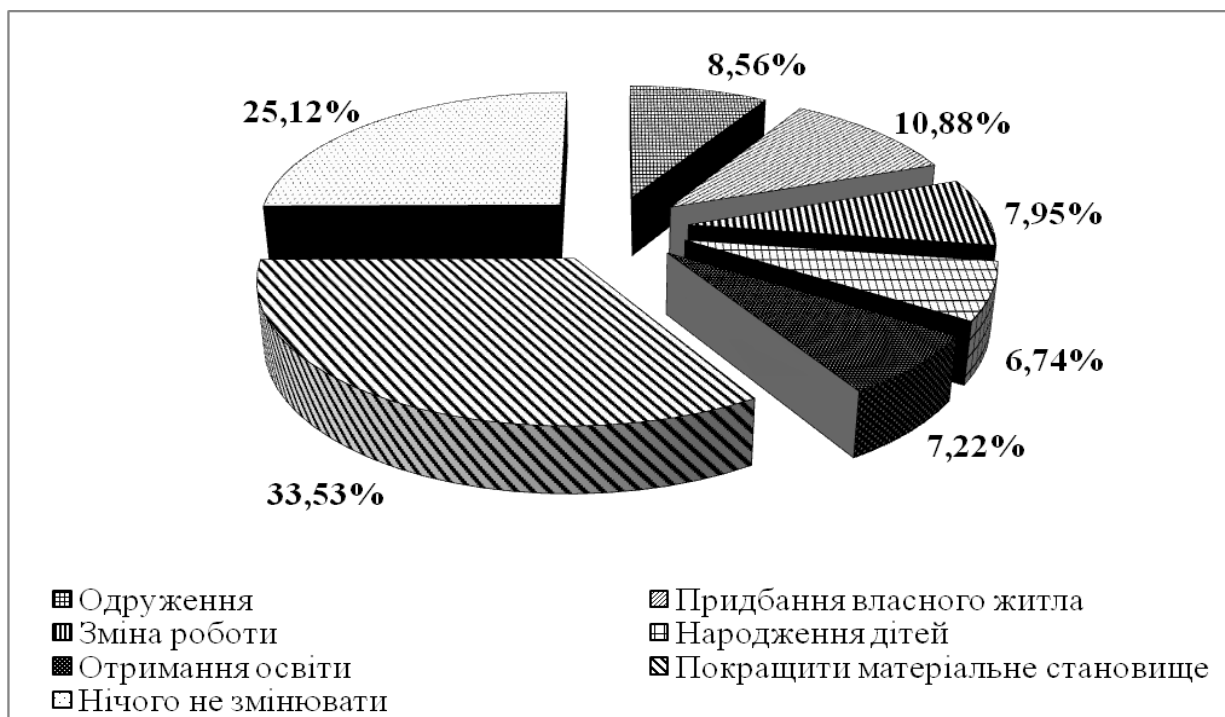


Рис. 3.4 – Основні орієнтири рятувальників на власне майбутнє (у %)

Отже, для цих фахівців найбільш важливим «завданням» на майбутнє можна назвати покращення матеріального становища (33,53%). Поряд з цим, серед основних планів на майбутнє є придбання власного житла (10,88%), одруження (8,56%), отримання освіти (7,22%) та народження дітей (6,74%).

Такі трансформації відрізняються конструктивною складовою, яка, на нашу думку, може свідчити про ознаки післятравматичного зростання фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після їх повернення із зони бойових дій. Крім того, в особистих бесідах ці фахівці відмічали, що намагаються у подальшому більше уваги приділяти своїм близьким (родині, друзям), власним захопленням та хобі.

Зауважимо, що 7,95% опитаних рятувальників висловили бажання змінити роботу. Проте ми не можемо чітко сказати, чи пов'язане таке прагнення з тим, що ці фахівці працювали в районі проведення локального збройного конфлікту, чи ні?

В контрольній групі досліджуваних будь-яких помітних намагань щось змінити не спостерігається. Жодних змін не спостерігається в цій групі, можливо, ще і через те, що опитані рятувальники не могли визначити для себе точку відліку для змін або перебудови картини майбутнього.

Отже, отримані в результаті анкетування та бесіди дані свідчать про те, що *травматична подія (в нашому випадку – виконання завдань за призначенням в умовах локального збройного конфлікту) є детермінантою, що зумовлює зміни на особистісному, міжособистісному та ціннісно-смысловому рівнях.*

3.2 Особливості проявів невротичних станів у фахівців рятувальних підрозділів ДСНС України, які виконували завдання за призначенням в зоні АТО

На наступному етапі нашого дослідження було проведене вивчення специфічних особливостей у проявах тих чи інших невротичних станів у фахівців-рятувальників після їх повернення із зони проведення антитерористичної операції (табл. 3.12 та рис. 3.5).

Наведені в таблиці 3.12 результати дозволяють провести оцінку негативних наслідків, які сталися з рятувальниками в умовах АТО. Так, наприклад, тривога у рятувальників 2-ї групи (брали участь в АТО) має ознаки розладу поведінки. Її рівень у значній мірі відрізняється від того, який спостерігається у рятувальників, які не виконували своїх професійних завдань в умовах проведення АТО.

Можна припустити, що тривога в цьому випадку є не просто станом, що має непостійний, ситуативний характер, – вона поступово стає статичною індивідуальною рисою рятувальника.

Також особливої уваги заслуговує показник сформованості астенічних проявів – її коефіцієнт є надто тривожним у групі тих рятувальників, хто працював у зоні АТО (-7,76 бала проти 3,41 бала у досліджуваних 1-ї групи).

Таблиця 3.12 – Показники сформованості ознак невротичних станів у рятувальників ДСНС України, які виконували завдання за призначенням в зоні АТО ($M \pm m$)

№	Шкали	1 група (не брали участі в АТО)	2 група (брали участь в АТО)	t
1	Тривога	5,96±2,65	-3,08±2,75	2,437**
2	Невротична депресія	5,44±2,86	5,38±3,23	0,176
3	Астенія	3,41±1,16	-7,76±4,55	1,275*
4	Істеричний тип	5,17±2,47	5,10±3,33	0,235
5	Обсесивно-фобічні порушення	4,10±2,32	1,67±2,57	1,753*
6	Вегетативні розлади	11,96±4,71	11,73±5,58	0,429

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

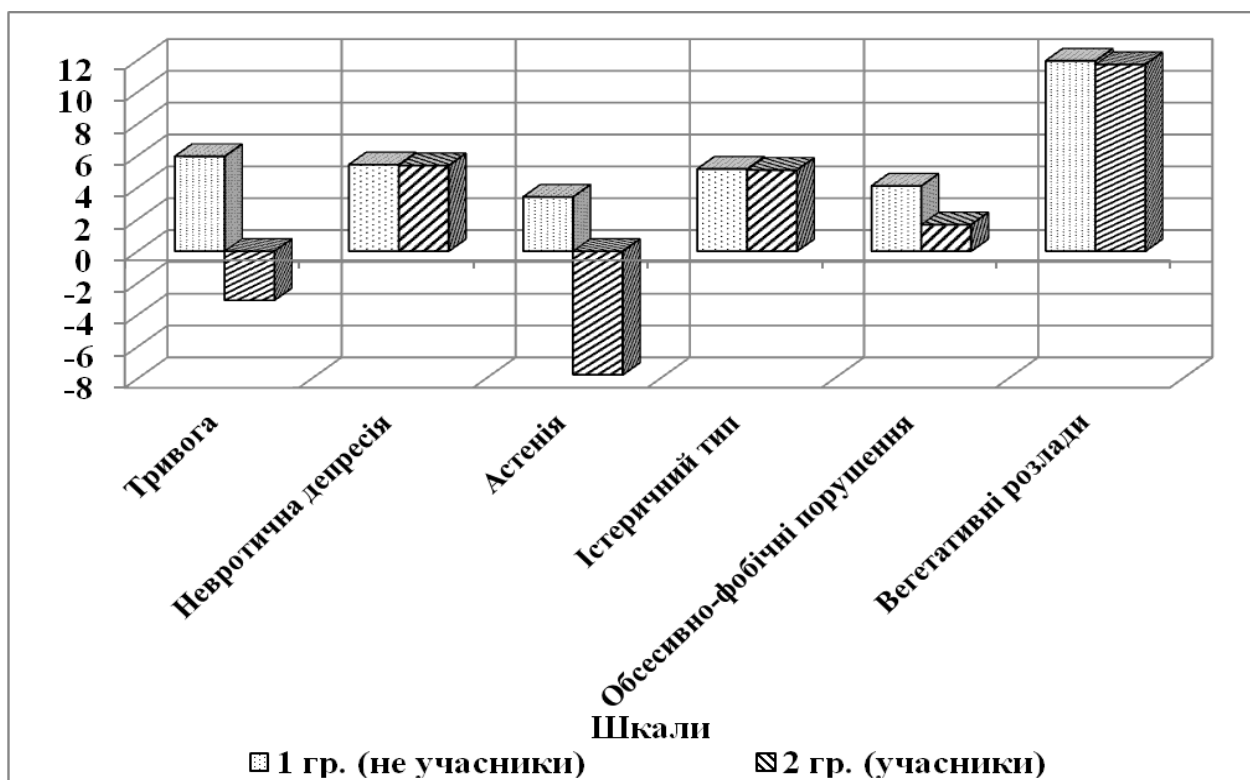


Рис. 3.5 – Показники сформованості ознак невротичних станів у рятувальників ДСНС України, які виконували завдання за призначенням в зоні АТО

Астенічні прояви, на нашу думку, можуть бути безпосереднім наслідком дії тих негативних стресових факторів, яких зазнав рятувальник, перебуваючи в зоні локального збройного конфлікту. В основі астенії лежить перенапруження та загальне виснаження вищої нервової діяльності. Додамо, що причиною розвитку такого стану є недостатнє надходження поживних речовин, надмірне витрачання енергії або розлад обмінних процесів. Провокувати розвиток астенії взагалі можуть будь-які чинники, що призводять до виснаження організму.

Астенія проявляється загальною слабкістю, безсиллям, високим рівнем стомлюваності, емоційною лабільністю, порушенням сну тощо. Зважаючи на результати, можна припустити, що отримана оцінка може говорити про формування астеничного синдрому в тій групі рятувальників, які перебували в зоні локального збройного конфлікту. Тобто у цих рятувальників після повернення із зони антитерористичної операції **можуть спостерігатись початкові форми порушення психічної діяльності.**

Крім того, відмітимо, що показник сформованості obsесивно-фобічних порушень в 2-й групі рятувальників відрізняється тенденцією до переходу в розряд розладів, тобто його показник знаходиться майже на межовому рівні. Це може свідчити про те, що у цих фахівців ми можемо фіксувати початковий етап формування розладу, при якому людина страждає від нав'язливих страхів, думок, спогадів тощо. Особливу увагу на цей показник слід звернути у комплексі зі шкалою тривоги, яка також у цій групі має характер розладу. До цього також додаються значні показники за шкалою астенії.

Отже, можна припустити, що **у групі фахівців-рятувальників, які мали досвід роботи в умовах проведення локального збройного конфлікту, починають формуватись початкові ознаки невротичних станів.** Це може говорити про те, що **набутий рятувальниками професійний досвід викликає певні тривожні прояви у психоемоційному та конативному компонентах сприйняття ситуації локального збройного конфлікту.** Ці особливості, зазвичай, можуть проявлятись і на фоні високої емоційної напруженості, дефіциту відпочинку, хронічного недосипання в комплексі з отриманою психічною травмою (див. табл. 3.13).

Таблиця 3.13 – Показники сформованості ознак невротичних станів у фахівців-рятувальників ДСНС України, які виконували професійні завдання в зоні АТО

№	Шкали	До 30 діб	30-60 діб	60-90 діб	Більше 90 діб
1.	Тривога	7,58±2,25	-1,99±1,25	-2,55±1,06	6,25±3,87
2.	Невротична депресія	6,47±2,79	4,12±1,68	-1,31±3,82	-1,79±1,58
3.	Астенія	5,43±1,52	2,52±1,45	-3,12±1,29	-6,12±2,12
4.	Істеричний тип	6,47±2,09	5,88±2,17	2,17±1,67	1,87±1,01
5.	Obsесивно-фобічні порушення	6,12±2,08	2,89±1,74	-2,04±2,55	-5,74±3,44
6.	Вегетативні розлади	10,83±3,81	8,63±2,45	-3,85±3,12	-5,87±3,80

Перебування в зоні локального збройного конфлікту, тобто у надто складних, екстремальних умовах, відрізняється дією на психіку людини стрес-факторів підвищеної інтенсивності. Тривалість їх впливу, а також специфічність психотравмуючого характеру, можуть сприяти виникненню та розвитку змін у психічній діяльності людини, у структурі її особистості, які, у свою чергу, можуть негативно впливати на ефективність життєдія-

льності людини в подальшому «мирному» житті (після повернення із зони бойових дій).

Можна припустити, що у фахівців-рятувальників, які тривалий час перебували в зоні локального збройного конфлікту, закріплюється досвід нових поведінкових навичок, які мають першочергове значення для виживання в умовах вітальної загрози. Адже при тривалому перебуванні організм людини зазнає надмірних психологічних та фізіологічних навантажень.

Аналізуючи показники шкал залежно від тривалості перебування рятувальників у зоні бойових дій, ми дійшли ряду висновків.

Розгляд змін у стані **тривоги** у рятувальників дозволив відмітити наступне: якщо у рятувальників, які були в зоні АТО не більше місяця, цей показник не перевищує норми, то вже у групі тих, хто був там більше цього строку, показник тривоги стає таким, що викликає стурбованість.

Найвищий рівень його прояву спостерігається у тих фахівців рятувальних підрозділів, які перебували в зоні АТО від двох до трьох місяців.

При цьому надто цікавими є результати виразності показника *тривоги* у тих рятувальників, які працювали в зоні бойових дій більше 90 діб, – він є схожим із показником *тривоги* у тих рятувальників, які не були в зоні АТО і місяця. Цей феномен можна спробувати пояснити тим, що за цей період у рятувальників практично повністю завершується процес адаптації до нових умов життєдіяльності. Отже ті фактори, які на початку перебування в зоні АТО викликали стрес, напругу та були джерелом підвищення *тривоги*, стали для фахівців Служби порятунку нормою.

Проте зауважимо, що таке «зникнення» *тривоги* на цьому етапі не проходить безслідно. Цей стан може легко трансформуватися та проявитися у вигляді, наприклад, ознак **невротичної депресії**, показник якої в цій групі рятувальників є достатньо високим (-1,79). У групі рятувальників, які перебували в АТО приблизно 2 місяці, ці ознаки також наявні. Тобто ми можемо стверджувати, що складний психоемоційний стан рятувальників протягом їх тривалого перебування в зоні АТО міг стати однією з причин виникнення ознак *невротичної депресії*.

Основними маркерами цього стану можна вважати ригідність психічних процесів, пряmlinійність, надто виражене почуття відповідальності, надто серйозне ставлення до життя, низьку опірність переживанням та зовнішнім потрясінням, придушення власних переживань поруч із відчуттям стану ізоляції емоційних переживань тощо. Найчастіше такі люди не відчують позитивних емоцій. Життя такої людини характеризується залученням у внутрішньоособистісний конфлікт – вона страждає від того, що не може дозволити собі висловити свої емоції. Поступово у функціонуванні центральної нервової системи відбуваються стійкі зміни. Зауважимо, що найчастіше ці прояви пов'язані з певними психотравмуючими факторами. Симптоми *невротичної депресії* не відрізняються стійкістю.

Також нами було зафіксовано, що у рятувальників, у яких було відмічено ознаки *невротичної депресії*, спостерігалась здебільшого нейтральна або песи-

містична оцінка змін, які з ними сталися та можуть статися у майбутньому (за результатами анкетування) – $r = 0,69$, при $p \leq 0,05$. Тобто ті фахівці, яким властиві ознаки *невротичної депресії*, не бачать у своєму майбутньому покращення, не прагнуть змін. Вони частіше вдають, ніби взагалі нічого не відбувається, а якщо і відбувається, то це не має для них ніякого особливого значення.

На додачу до прояву невротичної депресії у фахівців, які перебували досить тривалий час у зоні локального збройного конфлікту, спостерігаються **астенічні прояви, obsесивно-фобічні та вегетативні порушення** (різний ступінь прояву залежно від тривалості перебування в зоні АТО).

У рятувальників, які довгий час перебували в зоні проведення АТО, може сформуватись, умовно кажучи, новий стиль поведінкових навичок та стереотипів. Цей стиль формується через необхідність певний час виконувати поставлені завдання в умовах вітальної загрози. Основними особливостями є: тривожна настороженість; готовність до імпульсивного захисного відреагування на загрозу (наприклад, під час обстрілів фахівці-рятувальники мають дуже швидко добігти до укриття); звуження емоційного діапазону, прагнення до уходу від реальності тощо.

Зауважимо, що адаптація до бойових умов формує та закріплює в характері деяких фахівців-рятувальників із цієї групи підвищену ранимість, недовірливість, розчарованість, схильність до агресивної поведінки. Поряд із цим, основними ознаками астенічних, obsесивно-фобічних та вегетативних порушень можуть бути зниження працездатності, порушення сну, пригнічений настрій, психосоматичні захворювання. Отже, можемо сказати, що дія психотравмуючих факторів бойової обстановки напряму впливає на емоційну сферу фахівців, що потім проявляється у змінах у поведінці, в когнітивній та ціннісно-смісловій сферах.

Таким чином, все вищевикладене дозволяє говорити про необхідність особливого моніторингу динаміки психоемоційного стану тих рятувальників, які перебували в зоні антитерористичної операції більше 60 діб. А тих, хто працював там близько трьох місяців, є необхідність внести до групи посиленої психологічної уваги.

3.3 Особливості прояву ознак агресивності та ворожості в поведінці рятувальників після повернення їх із зони локального збройного конфлікту

Нагадаємо, що головна особливість професійної діяльності фахівця Служби порятунку полягає у тому, що вона спрямована суто на допомогу. Тому з першого погляду говорити про прояви агресивної поведінки у фахівців рятувальних підрозділів є нелогічним. Але якщо подивитись на сутність розуміння природи агресії, можна знайти факти про те, що агресія є реакцією або відповіддю на фрустрацію, тобто це спроба подолати перепони на шляху до задоволення потреб та емоційної рівноваги. У нашому випадку мова йде про неможливість тривалий час задовольнити:

- потребу в безпеці – під час перебування рятувальника в зоні проведення бойових дій (нагадаємо, що кожний 4-й опитаний рятувальник перед відправкою в зону АТО усвідомлював небезпеку ситуації);

- потребу у визнанні – після повернення фахівця Служби порятунку до мирного життя (приблизно 30% рятувальників говорили про несправедливість щодо неприсвоєння очікуваного статусу учасника бойових дій).

Нагадаємо, що фрустрація – це свого роду емоційна напруга в ситуаціях, коли людина не має можливості досягти бажаного результату. Зазвичай чим більш важливою є мета, тим більше розчарування та гніву приносить невдача в її досягненні. При цьому будь-яка ситуація, яка є джерелом фрустрації, дестабілізує внутрішню рівновагу, зумовлює підвищення напруженості. Такі ситуації характеризуються виникненням гострого стану дезорганізації свідомості людини, наслідками якого є специфічне емоційне переживання та специфічні поведінкові реакції. Виникає психічний дискомфорт, стан напруженості, тривожності, відчаю тощо. Одним із засобів зняття таких станів і може бути агресія.

Поряд з цим, ми можемо **розглядати агресію і як одну з форм захисної поведінки**. Саме тому вивчення особливостей прояву форм агресивної поведінки рятувальників - учасників АТО стало одним з важливих моментів у загальній структурі нашого дослідження (див. табл. 3.14 та рис. 3.6).

Таблиця 3.14 – Показники агресивності у досліджуваних - фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (M±m)

№	Шкали	1 група (не брали участі в АТО)	2 група (брали участь в АТО)	t
1	2	3	4	5
1	Фізична агресія	48,51 ± 2,71 (середній рівень)	50,38 ± 1,47 (середній рівень)	0,90
2	Непряма агресія	45,37 ± 1,53 (підвищений рівень)	48,23 ± 1,41 (підвищений рівень)	-1,56*
3	Роздратування	22,59 ± 1,73 (середній рівень)	27,00 ± 1,95 (середній рівень із тенденцією до підвищеного рівня)	-2,64**
4	Негативізм	31,80 ± 1,03 (середній рівень)	35,40 ± 1,34 (середній рівень)	-1,39
5	Образа	31,98 ± 1,59 (середній рівень)	35,36 ± 1,65 (середній рівень)	1,63*
6	Підозрілість	52,91 ± 1,89 (підвищений рівень)	54,23 ± 1,82 (підвищений рівень із тенденцією до високого рівня)	0,66
7	Вербальна агресія	50,80 ± 2,12 (середній рівень)	52,48 ± 1,94 (середній рівень)	-1,03

1	2	3	4	5
8	Почуття провини	47,52 ± 1,61 (середній рівень)	51,59 ± 1,64 (середній рівень із тенденцією до підвищеного рівня)	-2,29**
9	Індекс ворожості	7,27	7,65	-
10.	Індекс агресивності	13,27	14,14	-

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

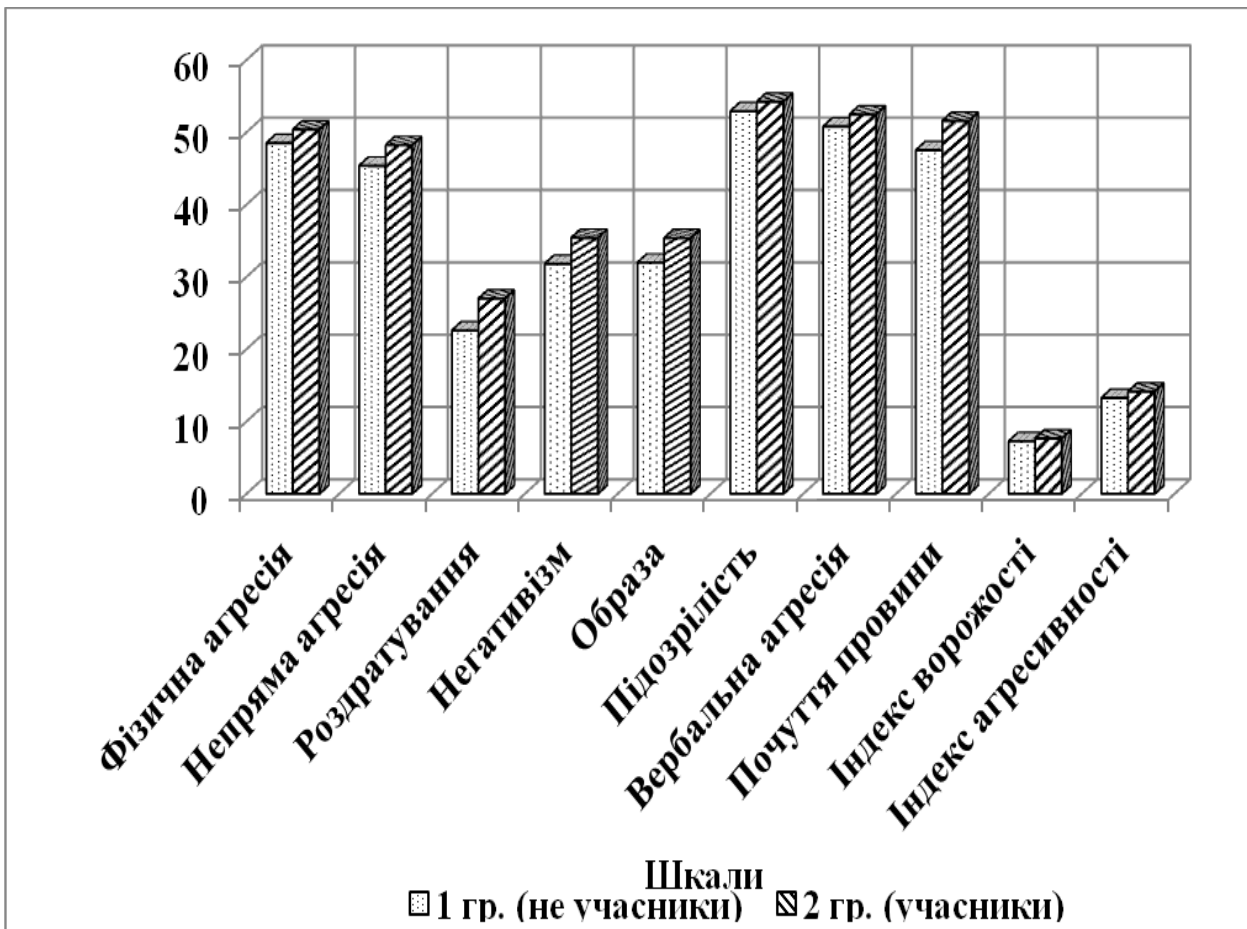


Рис. 3.6 – Показники агресивності у досліджуваних фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України

Аналіз отриманих даних щодо особливостей прояву агресивної поведінки у фахівців-рятувальників, які виконували свої професійні завдання в умовах проведення антитерористичної операції, дозволив встановити деякі особливості (див. табл. 3.15).

Так, відмічається, що *фізична агресія* (високий рівень її прояву) не є властивою для фахівців ДСНС України взагалі, незалежно від того, чи перебували рятувальники в зоні АТО, чи ні.

Відмічається різниця у розподілі рівнів шкали *роздратування* – майже у половини опитаних з 2-ї групи спостерігається середній рівень її виразності.

При цьому в 1-й (контрольній) групі цей показник відмічено тільки у кожного третього фахівця (результати є значущими на рівні $p \leq 0,05$).

Шкала «Негативізм» не має критичних ознак у рятувальників жодної з виділених нами груп досліджуваних – показники за цією шкалою розташовані на низькому та середньому рівнях.

Досить цікавими є результати за шкалою «Образа» – високий її рівень властивий більшості рятувальників, які виконували свої професійні обов'язки в зоні проведення бойових дій.

Образа містить у собі переживання гніву по відношенню до опонента та розчарування в ситуації, коли вже нічого не можна виправити.

Таблиця 3.15

Показники рівнів сформованості форм агресивної поведінки у досліджуваних фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

№	Шкали	Рівень	1 група (не брали участі в АТО)	2 група (брали участь в АТО)	φ
1.	Фізична агресія	Низький	80,20	86,15	0,89
		Середній	19,80	13,85	1,62
		Високий	-	-	-
2.	Непряма агресія	Низький	43,93	38,30	1,84
		Середній	35,22	36,15	0,23
		Високий	20,85	25,55	1,75
3.	Роздратування	Низький	43,61	30,10	2,09*
		Середній	30,55	43,70	2,22*
		Високий	25,84	26,20	0,63
4.	Негативізм	Низький	49,90	44,22	1,07
		Середній	38,16	39,10	0,39
		Високий	11,94	16,68	1,91
5.	Образа	Низький	35,25	25,90	1,87
		Середній	38,90	31,30	0,73
		Високий	25,85	42,80	3,05**
6.	Підозрілість	Низький	32,65	15,38	1,89
		Середній	35,15	45,85	2,10*
		Високий	32,20	38,77	0,75
7.	Вербальна агресія	Низький	25,25	30,10	1,08
		Середній	34,60	32,25	0,42
		Високий	40,15	37,65	0,35
8.	Почуття провини	Низький	50,55	45,80	0,85
		Середній	35,75	38,10	0,12
		Високий	13,70	16,10	1,07

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Багато хто з опитаних рятувальників дійсно відчував почуття образи, але не по відношенню до тих чи інших ворогів або опонентів, а по відношенню до керівництва служби та інших соціальних установ через відмову в наданні їм офіційного статусу «Учасника бойових дій».

Фахівці ДСНС України свідчили, що гідно виконали свій професійний обов'язок, що не відмовились їхати в зону бойових дій, що пережили дійсно складні випробування, але відповідної уваги у вигляді соціальних гарантій так і не отримали. Можна сказати, що в даному випадку почуття образи тісно пов'язане з почуттям справедливості. *Образа, в даному випадку, – це нібито реакція на таку ситуацію, яка оцінюється як несправедливе порушення прав, завдання шкоди честі або статусу рятувальника, факт образливого ставлення до ветерана тощо.*

За ознакою агресивності *підозрілість* також відмічено суттєві розбіжності у прояві середнього рівня цього показника серед рятувальників. Відмітимо, що практично половина рятувальників, які увійшли до 2-ї групи досліджуваних, відрізняється середнім рівнем виразності *підозрілості*. Можна припустити, що *такий показник є своєрідним наслідком перебування цих фахівців у зоні, де відбувається локальний збройний конфлікт. Протягом тривалого часу ці рятувальники мали бути обережними, мали бути пильними та зберігати уважність навіть тоді, коли не виконували своїх прямих професійних завдань. Вони повинні були постійно бути готовими діяти в непередбачуваній ситуації, що, можливо, і стало основним чинником виразності у них вказаної риси.*

За іншими показниками достовірних розбіжностей виявлено не було. ***Проте вважаємо за необхідне відмітити, що непряма агресія та підозрілість є найбільш виразними показниками агресивності у групі рятувальників, які перебували в зоні проведення антитерористичної операції.***

Середній рівень сформованості з тенденцією до підвищеного в цій групі досліджуваних є властивим таким ознакам як *роздратування та почуття провини*.

Аналізуючи загальні показники зауважимо, що *індекс ворожості* у рятувальників 2-ї групи має дещо підвищений рівень у порівнянні з рятувальниками, які увійшли до контрольної групи (ІВ 1 – 7,65; ІВ 2 – 7,27). При цьому *індекс агресивності* в обох групах не виходить за межі, тобто не є виразним (ІА 1 – 14,14; ІА 2 – 13,27).

Узагальнюючи отримані дані, відмітимо, що загальна тенденція виразності показників агресивної поведінки у рятувальників, які виконували свої професійні обов'язки в умовах проведення антитерористичної операції, у незначній мірі відрізняється від результатів контрольної групи. Проте показники за окремими шкалами дозволяють робити припущення про те, що перебування в зоні АТО справляє певний вплив на психічний стан фахівця.

3.4 Особливості сформованості ознак травматичного стресу у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які перебували в зоні проведення антитерористичної операції

Враховуючи специфічні особливості ситуації, в яку потрапили рятувальники, виконуючи свої прямі професійні обов'язки, а саме – умови проведення антитерористичної операції на сході України, слід говорити про необхідність вивчення питання наявності ознак гострого та, в деяких випадках, післятравматичного стресового розладу.

Вважається, що ПТСР може виникнути навіть у досить психічно стійких особистостей. Дж. Уїлсон описав розвиток цієї категорії через виникнення та формування трьох груп симптомів:

- (1) повторне переживання травми;
- (2) поведінка уникнення;
- (3) підвищена фізіологічна активація [146–148].

За деякими дослідженнями такі розлади дуже часто спостерігаються у представників «ризиконебезпечних» професій – поліцейських, рятувальників, військовослужбовців тощо, та є чинниками зривів у професійній діяльності, передчасного звільнення, випадків самогубств, міжособистісних конфліктів, порушення дисципліни, зловживання алкоголем і т. ін.

Формування ПТСР може протікати у вигляді двох основних варіантів.

У першому варіанті – після перенесеного людиною гострого психогенного розладу (афективної шоквої реакції) в ситуації безпосередньої загрози життю або втрати особистісно значущого об'єкта (смерть близьких чи інші значущі для людини події). Реакції на гострий стрес виявляються насамперед в дезінтеграції свідомості – від порівняно легкого афективного звуження до розвитку виражених дисоціативних станів. Гострі стресові стани мають позаособистісний характер і частка симптомів, що відбивають конституціональні особливості індивідуума, є незначною. Після гострого періоду (що триває від секунд до годин) починається когнітивне осмислення пережитої травматичної події та її наслідків, що нерідко ускладнюється тривожно-депресивними розладами й формуванням симптомокомплексу ПТСР.

Другий варіант формування ПТСР пов'язаний із тривалим періодом адаптації до хронічної стресової ситуації (наприклад, в умовах бойової обстановки, різних видів екстремальної діяльності людини в мирний час або в ситуації тюремного ув'язнення) з поступовим формуванням компенсаторно-приспосувальних особистісних і психосоматичних змін із закріпленням певного емоційно-поведінкового стереотипу. У континуумі від психічного здоров'я до психічних розладів ПТСР розташований між неврозами і психозами, тобто є більш важким розладом порівняно з неврозом і може містити ілюзії, галюцинації й дисоціативні епізоди [149; 150].

Крім вже зазначених, очевидних чинників, що зумовлюють виникнення та розвиток зазначених симптомів стресових розладів, ми можемо припустити, що, окрім ступеня важкості пережитої психотравмуючої події, важливою є і

тривалість дії цієї психотравмуючої події на людину. Отже, вважаємо, що *ступінь інтенсивності психічної травми напряму залежатиме від тривалості перебування фахівця в зоні бойових дій*. Подані у таблиці 3.16 та на рисунку 3.7 результати відповідають концепції розвитку травматичного стресу.

Таблиця 3.16 – Показники сформованості ознак травматичного стресу в рятувальників, які перебували в зоні проведення АТО ($M \pm m$)

Субшкали		1 група (не перебували в АТО)	2 група (перебували в АТО)	3 група (перебували в АТО більше 90 діб)
L (брехня)		44,12 ± 1,83	47,50 ± 1,85	47,10 ± 1,22
Ag (агравация)		42,35 ± 1,11	41,09 ± 1,55	40,04 ± 2,02
Di (дисимуляції)		43,43 ± 1,42	44,58 ± 1,12	43,30 ± 2,11
ПТСР	A (травматична подія)	40,01 ± 1,81	58,96 ± 2,02*	66,28 ± 2,35**
	B (вторинне переживання травми)	30,34 ± 1,05	49,25 ± 1,64*	59,18 ± 1,28**
	C (симптоми «уникнення»)	49,55 ± 2,33	56,90 ± 1,31	64,20 ± 1,07*
	D (симптоми «гіперактивації»)	47,88 ± 1,71	50,25 ± 1,61	57,99 ± 1,79*
	F (дистрес та дезадаптація)	42,38 ± 1,41	59,00 ± 1,86	64,22 ± 1,60**
ГСР	a (травматична подія)	45,16 ± 1,55	64,10 ± 1,64**	68,19 ± 1,95**
	b (дисоціативні симптоми)	44,64 ± 1,51	56,35 ± 1,06*	50,05 ± 1,11
	c (вторинне переживання травми)	30,30 ± 1,81	45,09 ± 1,84	64,18 ± 1,80**
	d (симптоми «уникнення»)	48,14 ± 1,65	55,27 ± 1,67	65,65 ± 2,02**
	e (симптоми «гіперактивації»)	29,13 ± 0,78	41,82 ± 1,63**	66,13 ± 2,07**
	f (дистрес та дезадаптація)	47,14 ± 1,85	49,92 ± 1,72	61,10 ± 1,98*
ПТСР (Післятравматичний стресовий розлад)		41,13 ± 2,61	60,01 ± 2,86	72,58 ± 2,19**
ГСР (Гострий стресовий розлад)		50,88 ± 1,55	67,80 ± 1,72	75,54 ± 1,56*

Примітка: відмінності достовірні на рівні * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Перед тим, як перейти до опису отриманих результатів, відмітимо, що ніяких діагнозів щодо наявності чи відсутності сформованого післятравматичного стресового розладу нашим досліджуваним ми не ставили:

- *по-перше*, така процедура має проводитись у тандемі з психіатром і при проведенні додаткового комплексу діагностики;
- *по-друге*, нас цікавила сама тенденція прояву окремих симптомів ПТСР у рятувальників, які виконували свої професійні завдання в зоні проведення АТО.

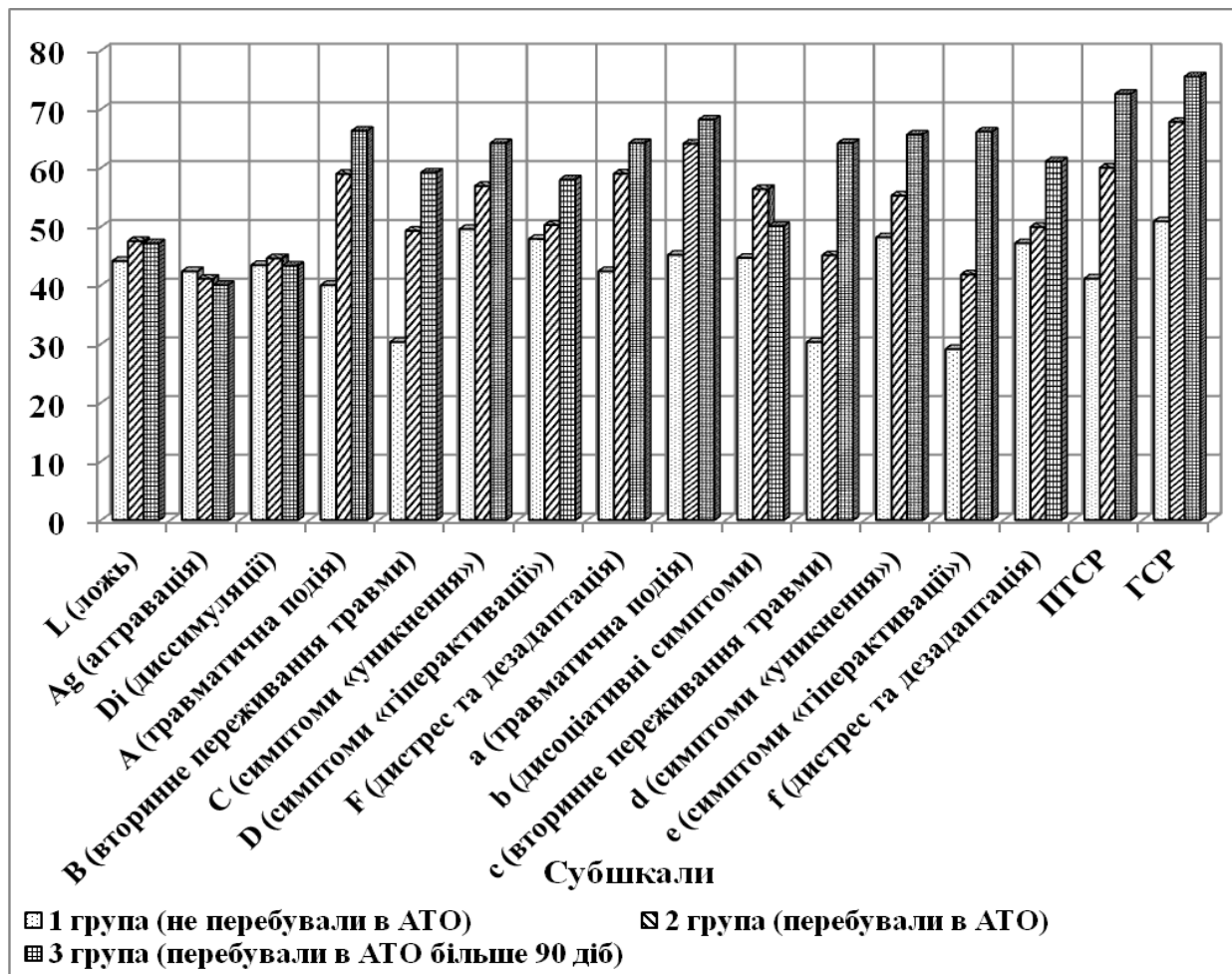


Рис. 3.7 – Показники сформованості ознак травматичного стресу в рятувальників, які перебували в зоні проведення АТО

Додамо, що вивчення ПТСР дозволило науковцям встановити наявність більш вираженої стійкої симптоматики на трьох основних етапах:

- (1) *Етап невротичних (неврозоподібних) реакцій* із тривалістю від 3 до 12 місяців характеризувався патологічними змінами й виявлявся переважно за типом психогенних та аномальних особистісних розладів.
- (2) *Етап невротичних і патохарактерологічних станів* розвивався через 1–5 років після перенесеного бойового стресу на тлі додаткових астенізуючих чинників (перевтома, соматичне захворювання, психоемоційні навантаження в побуті, на роботі та ін.).
- (3) У найбільш несприятливих випадках динаміки відбувалося формування *третього заключного етапу ПТСР*, який характеризувався переходом

хвороби у хронічний статус (етап невротичного й патологічного розвитку особистості). Для нього властиве тривале (понад 3 роки) формування стійкої патохарактерологічної структури (найбільше це стосується учасників афганської війни) [151, 152].

Згідно із сучасними уявленнями, стрес стає травматичним тоді, коли внаслідок його впливу виникають порушення у психічній сфері особистості. У таких випадках порушується структура «самості», когнітивна модель світу, емоційна сфера тощо.

Як стресори, в нашому випадку, виступали умови ситуації локального збройного конфлікту, під час якого фахівці-рятувальники виконували свої професійні завдання. Головними особливостями цих ситуацій, як вже було відмічено нами вище, є загроза власному життю та життю колег. Ці обставини порушують почуття безпеки людини, що, у свою чергу, зумовлює виникнення переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого можуть бути дуже різноманітними, зокрема і формування ознак післятравматичного стресового розладу – ПТСР.

Аналізуючи отримані нами дані, зазначимо, що в 1-й групі досліджуваних (на цьому етапі – це контрольна група – фахівці, які не мали досвіду перебування в зоні АТО), симптоми ані ПТСР, ані ГСР не визначені.

У 2-й групі рятувальників, які виконували свої професійні завдання в зоні АТО, можна помітити наявність тих чи інших симптомів післятравматичного стресового розладу.

Зауважимо, що в 2-й групі рятувальників найбільш виразними серед усіх інших є симптоми:

- «а–травматична подія», що відноситься до ГСР;
- «F–дистрес та дезадаптація», що відноситься до ПТСР;
- «A–травматична подія», що відноситься до ПТСР.

Діапазон прояву вказаних симптомів не виходить за межі середніх значень. Досить помітними у рятувальників є «симптоми гіперактивації», «симптоми уникнення» та дисоціативні симптоми.

Деяку іншу картину було зафіксовано нами стосовно виразності окремих симптомів ПТСР та ГСР у фахівців-рятувальників, які перебували в зоні АТО більше трьох місяців. У цій групі досліджуваних можна помітити тенденцію до підвищення рівня виразності певних симптомів у порівнянні з 2-ю та 1-ю групами досліджуваних рятувальників.

Такі симптоми, як «A–травматична подія», «а–травматична подія», d–симптоми «уникнення» та «e–симптоми гіперактивації» знаходяться на рівні, що відповідає діапазону часткового або виразного на середньому рівні симптомокомплексу ПТСР та ГСР.

Такі показники, як «B–вторинне переживання травми», D–симптоми «гіперактивації», b–дисоціативні симптоми та f–дистрес та дезадаптація відповідають незначному рівню виразності, але все одно наявні в симптомокомплексах, що вивчалися.

Показники порівняльного аналізу дозволяють стверджувати, що **термін перебування в зоні військового конфлікту, тобто у травматичній для особистості ситуації, справляє прямий вплив на ступінь сформованості певних ознак післятравматичного чи гострого стресового розладу в рятувальників.**

Так, рятувальникам 3-ї групи властиво демонструвати ознаки вторинного переживання травми та симптоми уникнення. Ці фахівці воліють, за наявності можливості, обходити питання військових дій осторонь, не хочуть про них згадувати, прагнуть не згадувати цю тему. Помітні дані за шкалою «D», яка відповідає симптомам гіперактивації, дозволяють говорити про те, що досліджувані даної групи, у порівнянні з фахівцями 1-ї та 2-ї груп, демонструють дратівливість, можуть бути запальними та схильними до агресії в поведінці.

Достатньо сформований у них симптом дистресу та дезадаптації може вказувати на можливу соціальну дезадаптацію, особливо в період після повернення рятувальників із зони АТО.

Додамо, що при дисоціативних станах спостерігається переживання травматичної ситуації, частішають стани тривожності, порушення уваги тощо. Наслідками цього можуть стати суб'єктивне почуття емоційної залежності, зниження емоційного реагування, деперсоналізація та дисоціативна амнезія – неможливість згадати певну частину психотравмуючої ситуації. Зауважимо, що дисоціація, як і заперечення, може стати варіантом психологічного захисту від важких спогадів та переживань.

Узагальнюючи вищенаведене, відмітимо, що **загальний рівень виразності післятравматичного стресового розладу є достовірно вищим у рятувальників, які перебували в зоні АТО більше трьох місяців, ніж у рятувальників 1-ї ($p < 0,05$) та 2-ї груп ($p < 0,01$), та відповідає значному рівню ПТСР.**

Додамо, що в 1-й групі симптоматики ПТСР не виявлено. У 2-й групі рятувальників спостерігаються лише окремі симптоми ПТСР.

Звертаючись до результатів кореляційного аналізу, вважаємо за потрібне вказати на наявність позитивного взаємозв'язку між показниками тривалості перебування рятувальників у зоні АТО та наступними субшкалами, які утворюють симптомокомплекс ПТСР:

- «А–травматична подія» (0,450*);
- «В–вторинне переживання травми» (0,556*);
- «С–уникнення» (0,779**);
- «D–гіперактивації» (0,627*);
- «F–дистрес та дезадаптація» (0,577*);
- «b–дисоціація» (0,707**);
- «d–уникнення» (0,809**).

Відмічені зв'язки є достовірними на рівні: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (див. рис. 3.8).

Таким чином, відмічені взаємозв'язки дозволяють говорити про те, що дійсно, **тривалість перебування людини в екстремальних, надзвичайних умовах напряму визначає ступінь її психотравматизації.**



Примітка:

————— – пряма кореляція.

Рис. 3.8 – Корелогорама взаємозв'язків тривалості перебування рятувальників у зоні АТО та деяких субшкал, які утворюють симптомокомплекс ПТСР

Отримані на цьому етапі результати є підставою для постановки питання щодо посилення уваги до проблеми психологічного супроводу відновлювального періоду рятувальників, які повернулись із зони проведення антитерористичної операції, з метою профілактики виникнення та розвитку в них післятравматичного стресового розладу.

Зауважимо, що *позитивний сильний взаємозв'язок нами також було відмічено між тривалістю перебування фахівця-рятувальника в АТО та рівнем його нервово-психічної стійкості – 0,766 при $p < 0,01$.*

Відмітимо, що нервово-психічна стійкість (НПС) є однією з головних умов професійної придатності фахівця. Під нервово-психічною стійкістю розуміється здатність людини регулювати свою взаємодію із середовищем діяльності [153.]. Вона здійснюється в єдності енергетичних, динамічних і змістовно-смыслових аспектів. Основними елементами рівня нервово-психічної стійкості й поведінкової саморегуляції є:

- самооцінка;
- рівень емоційної стійкості;
- наявність соціального схвалення (соціальної підтримки) з боку оточуючих людей.

Всі виділені структурні елементи не є першоосновою регуляції поведінки. Вони лише відображають співвідношення потреб, мотивів, емоційного фону настрою, самосвідомості, «Я-концепції» і т. ін. Тому система регуляції – це складне ієрархічне утворення, а інтеграція всіх її рівнів в єдиний комплекс і забезпечує стійкість процесу регуляції поведінки людини. Зниження рівня

НПС може говорити про високу вірогідність порушення цієї адаптації, підвищену схильність до порушення дисципліни та до неправомірної поведінки.

Зауважимо, що при ускладненні ситуації професійної діяльності (дія стрес-факторів, екстремальні умови діяльності тощо) ті фахівці, які характеризуються низьким рівнем НПС, з великою імовірністю можуть припускатися помилок, не виконувати професійних завдань. Враховуючи, що певна частина досліджуваних, які взяли участь у нашому дослідженні, пройшли випробування екстремальною ситуацією (виконували свої професійні завдання в умовах проведення АТО), визначення у них рівня нервово-психічної стійкості є вкрай актуальним (див. табл. 3.17 та рис. 3.9).

Таблиця 3.17 – Рівні нервово-психічної стійкості фахівців-рятувальників (у%)

Рівень НПС	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)
Високий рівень	68,40	44,88	30,85
Середній рівень	31,60	55,12	50,41
Низький рівень	-	-	18,74*

Примітка: * $p < 0,05$

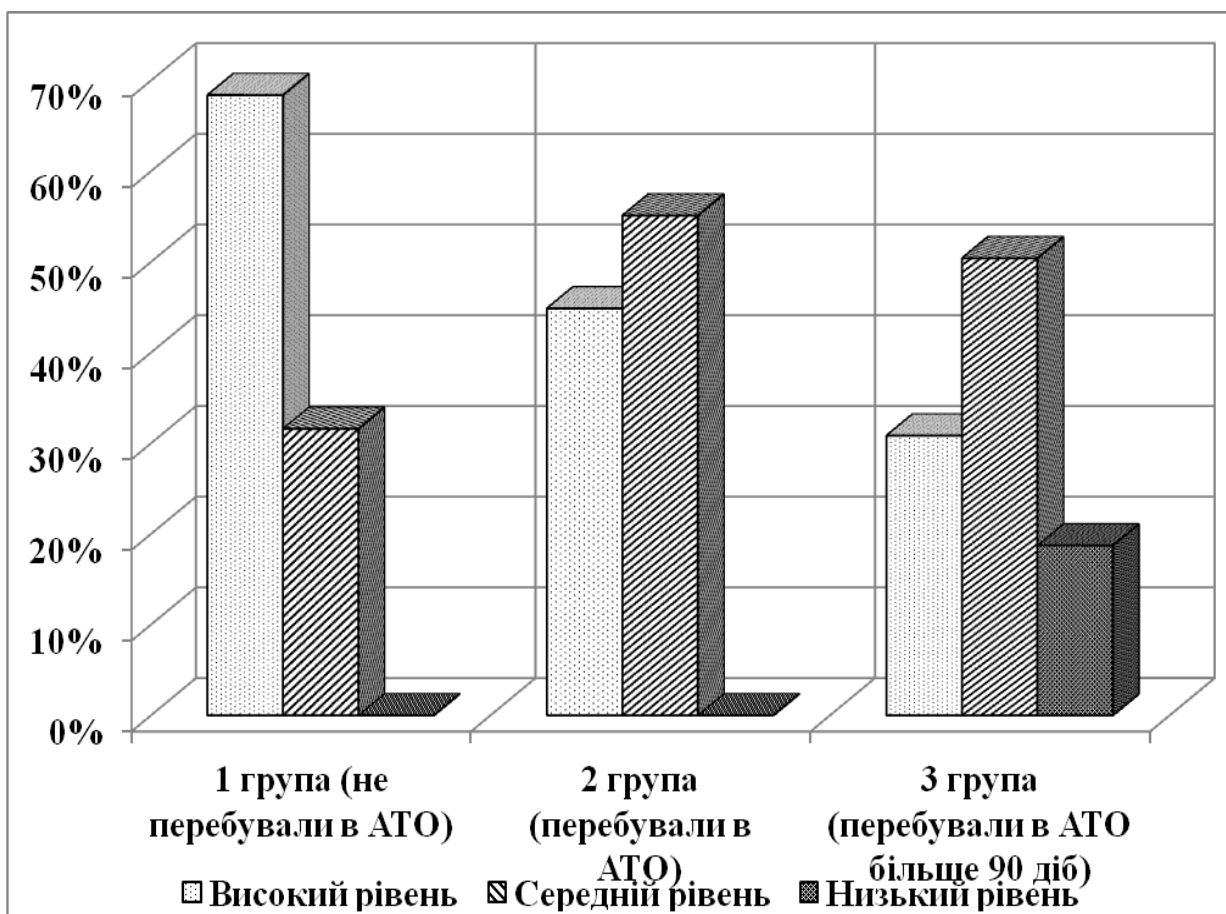


Рис. 3.9 – Рівні нервово-психічної стійкості фахівців-рятувальників (у %)

Наведені в таблиці 3.17 результати стосуються показників виразності рівнів нервово-психічної стійкості рятувальників після їх повернення із зони АТО. Зауважимо, що, не будучи клінічним діагнозом, низький рівень нервово-психічної стійкості не є абсолютно стабільним. За певних умов її прояви можуть або посилюватися, або зменшуватися (при раціональному розподілі за посадами з урахуванням особистісних якостей та «сильних» сторін фахівця, його інтересів, мотивації, схильностей; за сприятливих умов середовища; при своєчасному й адекватному проведенні психокорекційних заходів тощо).

Зазначена особливість позначається як «динамічний компонент» і характеризує коливання дихотомічної системи в діапазоні «нервово-психічна стійкість/нестійкість» в ту чи іншу сторону. Однак ці коливання у конкретного суб'єкта проявляються лише в певних межах. Для кожного індивіда є характерними специфічні, типові тільки для нього типи реагування на несприятливі умови професійного (у тому числі й соціального) середовища, захисні та резервні можливості організму.

Вони визначаються біологічно обумовленим компонентом особистості, в основі якого є: сила, лабільність, рухливість, динамічність, а також баланси властивостей процесів збудження і гальмування нервової системи. Невідповідність вимогам, що висувуються до індивіда самим характером професійної діяльності (а ці вимоги будуть значно посилюватися в умовах несприятливого впливу середовища), здатна призвести до виснаження адаптаційних можливостей організму та наростання нервово-психічної нестійкості.

Отже, отримані нами у ході дослідження дані дозволяють зауважити наступне. Для майже 20% рятувальників, які перебували в зоні АТО більш ніж 90 днів, властивим є низький рівень нервово-психічної стійкості. Такий показник є сигналом для звернення уваги на питання організації відновлювального періоду для цих рятувальників, проведення з ними спеціальних корекційних заходів, а також, у випадку необхідності, – планування періоду їх соціально-психологічної реабілітації.

Низький рівень нервово-психічної стійкості не виявлено у групі тих фахівців, які виконували свої професійні обов'язки менше трьох місяців (результати є достовірними на рівні $p < 0,05$). В контрольній групі досліджуваних такий показник також зафіксований не був.

Розглядаючи загальну тенденцію, відмітимо, що здебільшого приблизно половині фахівців-рятувальників, які мали досвід перебування в зоні локального збройного конфлікту, властивий середній рівень нервово-психічної стійкості. Такі показники говорять про те, що цим фахівцям може бути властива тенденція до зниження стійкості в екстремальних, складних умовах, можуть спостерігатись зриви в напружених ситуаціях.

Зауважимо, що середній рівень стійкості може також стати приводом для посиленої психологічної уваги після повернення рятувальників до нормальних, звичних умов життєдіяльності. Цей рівень має бути стабілізований, особливо перед тим, як ці фахівці будуть залучені до виконання нових професійних завдань за призначенням.

Відмітимо, що за даними кореляційного аналізу нами були встановлені показники, які тим чи іншим чином зумовлюють рівень НПС рятувальника:

- 1) НПС та тривожність – ($r = -0,59$, при $p < 0,05$);
 - 2) НПС та астеничні прояви – ($r = -0,64$, при $p < 0,05$);
 - 3) НПС та актуалізація цінності життя та здоров'я – ($r = 0,69$, при $p < 0,05$);
 - 4) НПС та «А – травматична подія» – ($r = -0,71$, при $p < 0,05$)
- (рис. 3.10).

З наведених даних ми бачимо, що *рівень нервово-психічної стійкості особистості визначається пережитою травматичною подією, зниженням рівня тривожності та послабленням астеничних проявів особистості. При цьому зміцненню рівня НПС сприяє підвищення цінності життя та здоров'я.*



Примітка:

- – пряма кореляція;
----- – зворотна кореляція.

Рис. 3.10 – Кореляційні зв'язки основних показників, що зумовлюють рівень НПС рятувальника

На наступному етапі дослідження нами було здійснено вивчення існуючих взаємозв'язків показників виразності ПТСР та ГСР із категоріями, які тим чи іншим чином можуть визначати їх рівень. Було встановлено, що найміцніші позитивні кореляційні зв'язки існують між показниками рівня післятравматичного стресового розладу та наступних категорій (див. рис. 3.11):

1. ПТСР та рівень тривоги – ($r = 0,89$, при $p < 0,01$);
2. ПТСР та астеничні прояви – ($r = 0,58$, при $p < 0,05$);
3. ПТСР та негативізм – ($r = 0,73$, при $p < 0,05$);
4. ПТСР та роздратування – ($r = 0,44$, при $p < 0,05$);
5. ПТСР та образа – ($r = 0,51$, при $p < 0,05$);
6. ПТСР та почуття провини – ($r = 0,85^{**}$, при $p < 0,01$).

Окремої уваги заслуговують питання щодо показників зворотного взаємозв'язку між певними перемінними та виразністю симптомів ПТСР. За допомогою таких кореляцій ми маємо змогу визначити, які психологічні особ-

ливості можуть слугувати запорукою нерозвинення у рятувальників ознак ПТСР.

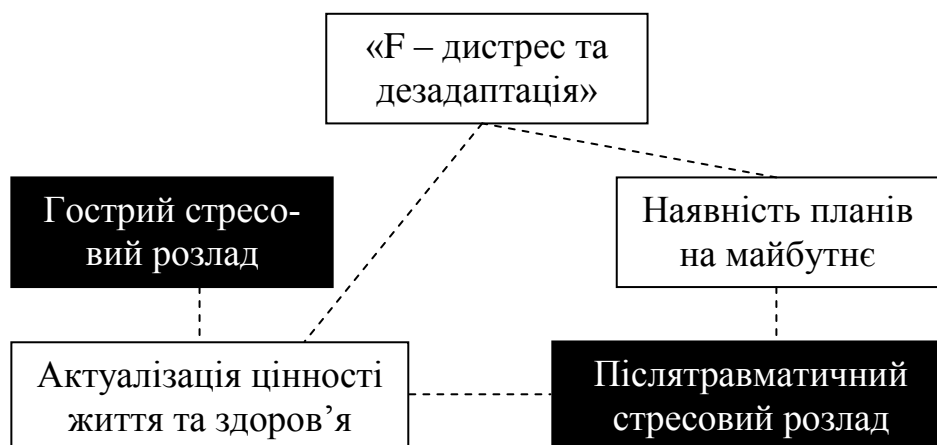


Примітка:

————— – пряма кореляція.

Рис. 3.11 – Кореляційні зв'язки між показниками ПТСР та категоріями, які тим чи іншим чином можуть визначати його рівень

Нами встановлено, що зворотний кореляційний зв'язок існує між наступними ознаками (див. рис. 3.12):



Примітка:

- - - - - – зворотна кореляція.

Рис. 3.12 – Кореляційні взаємозв'язки між певними перемінними та виразністю симптомів ГСР та ПТСР

- 1) ПТСР і актуалізацією цінності життя та здоров'я – ($r = -0,72$, при $p < 0,05$);
- 2) ГСР і актуалізацією цінності життя та здоров'я – ($r = -0,57$, при $p < 0,05$);
- 3) ПТСР та наявність планів на майбутнє – ($r = -0,69$, при $p < 0,05$);

4) F (дистрес та дезадаптація) та актуалізацією цінності життя та здоров'я – ($r = -0,68$, при $p < 0,05$);

5) F (дистрес та дезадаптація) та наявність планів на майбутнє – ($r = -0,81$, при $p < 0,01$).

Крім того, що стосується змістовної характеристики планів на майбутнє, то вони здебільшого пов'язані зі змінами в родинних взаємовідносинах – поліпшити стосунки з дітьми, зробити максимум для забезпечення їх майбутнього тощо. Поряд з цим відмічається тенденція до підвищення рішучості в поведінці рятувальників, які повернулися з АТО, – вони говорили, що після того, що вони пережили на сході України, всі побутові проблеми будуть для них легкими та незначними, тобто такими, які вони з легкістю подолають.

Наведені результати дають нам змогу висунути припущення про те, що саме орієнтація особистості на майбутнє, поява в ньому нових орієнтирів та чітке визначення смислу життя можуть слугувати поштовхом для таких змін, які, в аспекті пережитого рятувальниками в зоні АТО, мають назву післятравматичного стресового зростання.

3.4.1 Особливості прояву ознак післятравматичного стресового зростання у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів, які виконували свої професійні завдання в умовах проведення АТО

Післятравматичне зростання – це переживання позитивних змін у результаті зіткнення особистості зі складними життєвими кризами.

Вважається, що існує три напрямки позитивних змін, які відбуваються в результаті життєвих криз, і ці напрямки, швидше за все, можуть бути описані як напрямки зростання, а не у традиційних для кризової психології термінах само-ефективності та внутрішнього локус-контролю.

Перший напрямок описує мобілізацію прихованих можливостей особистості, які змінюють самовідчуття і роблять людину більш стійкою перед обличчям теперішніх та майбутніх життєвих випробувань.

Другий напрямок змін вказує на те, що травма зміцнює значущі взаємини.

Третій напрямок можна назвати екзистенційним, оскільки він зачіпає зміни в життєвій філософії людини, її пріоритети щодо сьогодення, її майбутнього і т. ін.

З отриманих нами результатів опитування та спостереження можна сказати, що рятувальникам, які перебували в зоні проведення АТО, властиво демонструвати післятравматичне стресове зростання за наступними двома типами:

1 – відбувається активізація внутрішніх ресурсів, які забезпечують стійку зустріч життєвих труднощів;

2 – побудова та зміцнення нових соціальних зв'язків, активізація роботи над ними.

Такі дані було підкріплено і результатами дослідження за опитувальником післятравматичного зростання (Т. Калхаун, адапт. М. Магомед-Емінова) [154]. Отримані результати відображено у табл. 3.18 та на рис. 3.13.

Таблиця 3.18 –Виразність сформованості ознак післятравматичного зростання серед фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (M±m)

Показник	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
Ставлення до інших	29,66 ±1,12	30,50 ± 1,04	0,26	-
<i>Рівень</i>	<i>Низький</i>	<i>Низький</i>		
Нові можливості	40,40 ±1,74	78,25 ± 2,78	2,43	0,05
<i>Рівень</i>	<i>Середній</i>	<i>Високий</i>		
Сила особистості	30,84 ±1,62	85,13 ± 3,06	3,69	0,01
<i>Рівень</i>	<i>Низький</i>	<i>Високий</i>		
Духовні зміни	28,79 ± 1,09	36,85 ±1,18	1,56	-
<i>Рівень</i>	<i>Низький</i>	<i>Середній</i>		
Підвищення цінності життя	31,10 ± 1,70	72,36 ± 2,49	3,88	0,01
<i>Рівень</i>	<i>Низький</i>	<i>Високий</i>		

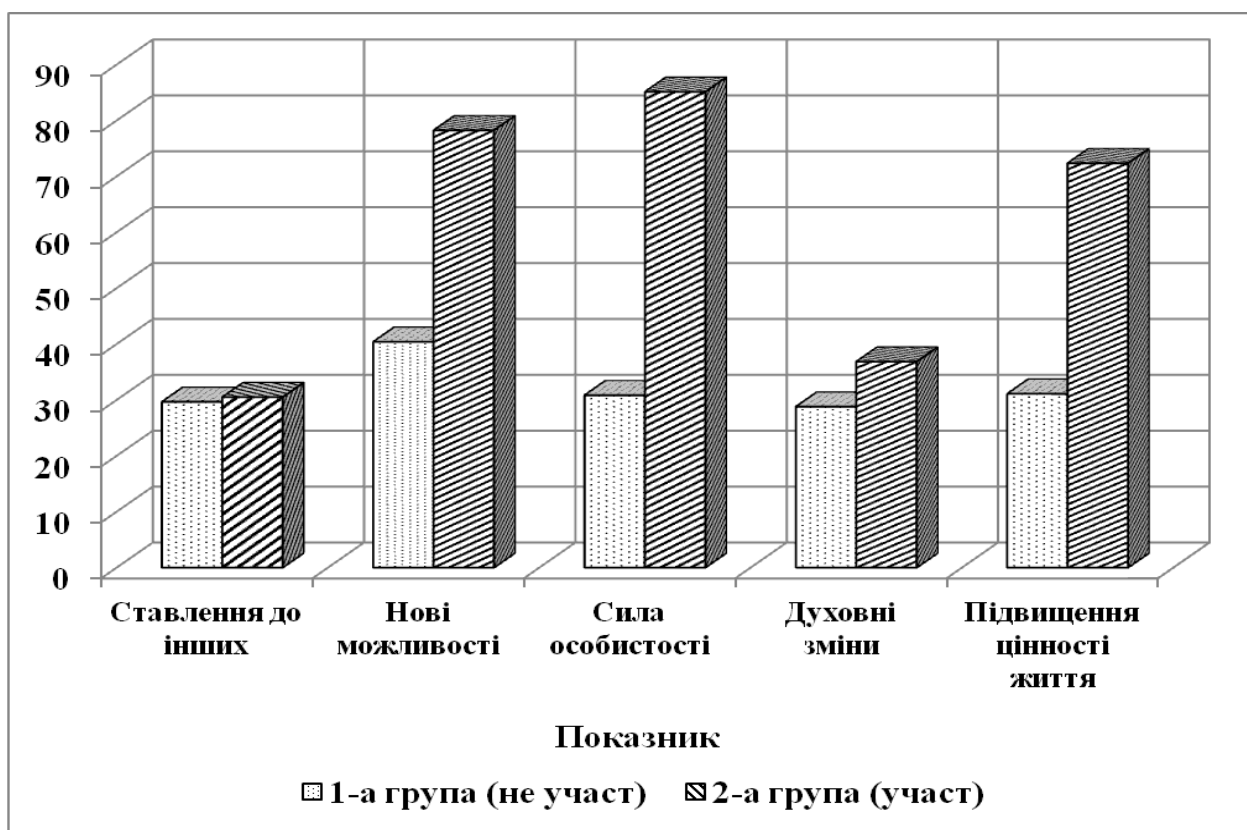


Рис. 3.13 – Виразність сформованості ознак післятравматичного зростання серед фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України

За результатами дослідження було встановлено, що серед усіх рятувальників, які перебували в зоні проведення антитерористичної операції, кількість тих, у кого фіксувалися ознаки післятравматичного зростання, становила 37,25% від загальної кількості досліджуваних.

З наведених даних видно, що у групі обстежуваних, які перебували в зоні проведення антитерористичної операції, зафіксовано результати, які свідчать про високий рівень таких показників як:

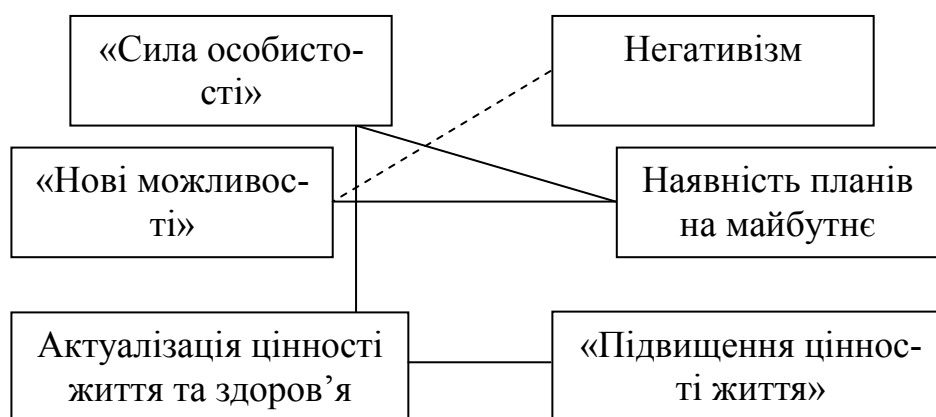
- «нові можливості» – 78,25 проти 40,40 в 1-й групі (відмінності є достовірними на рівні $p \leq 0,05$);
- «сила особистості» – 85,13 проти 30,84 в 1-й групі рятувальників (відмінності є достовірними на рівні $p \leq 0,01$);
- «підвищення цінності життя» – 72,36 проти 31,10 при $p \leq 0,01$.

За показниками «ставлення до інших» та «духовні зміни» у групах рятувальників значних відмінностей не зафіксовано.

Результати кореляційного аналізу підтвердили наявність тенденції до післятравматичного зростання у рятувальників після їх повернення із зони АТО:

- 1) «нові можливості» та наявність планів на майбутнє – ($r = 0,72$, при $p < 0,05$);
- 2) «нові можливості» та негативізм – ($r = -0,61$, при $p < 0,05$);
- 3) «сила особистості» та актуалізація цінності життя та здоров'я – ($r = 0,56$, при $p < 0,05$);
- 4) «сила особистості» та наявність планів на майбутнє – ($r = 0,80$, при $p < 0,05$);
- 5) «підвищення цінності життя» та актуалізація цінності життя та здоров'я – ($r = 0,76$, при $p < 0,05$).

Наведені на рис. 3.14 кореляційні зв'язки свідчать про те, що *отриманий рятувальниками в зоні АТО травматичний досвід в даному випадку виступає джерелом мотивації досягнення та активізує процеси визначення мети (процеси цілепокладання) у особистості.*



Примітка:

- — пряма кореляція;
- — зворотна кореляція.

Рис. 3.14 – Результати кореляційного аналізу, що підтверджують наявність тенденції до післятравматичного зростання у рятувальників після їх повернення із зони АТО

Тобто такі новоутворення є підґрунтям для твердження про те, що не обов'язково після важких випробувань у людини можуть спостерігатись виключно негативні наслідки та формуватись небажані психічні стани.

Показники, які продемонстрували найбільші відмінності, можна вважати прямим доказом раціональних змін, які відбулися з рятувальниками після їх перебування в зоні антитерористичної операції. Рятувальники, які перебували в зоні АТО, починають цінувати ті речі, ті сфери власного життя, на які вони раніше майже не звертали уваги.

Ще однією ознакою наявності тенденції до післятравматичного зростання можна назвати актуалізацію потреби до позитивних змін у найближчому майбутньому, чітке планування на короткостроковий термін з урахуванням власних сил та можливостей. Ми вважаємо, що це найбільш конструктивна та бажана лінія розвитку у психологічному стані особистості, яка пережила травматичну подію.

При цьому хотілося б акцентувати увагу на тому, що *післятравматичне зростання – це не повернення людини до колишнього рівня функціонування після травми. Це набуття особистістю нової якості, подолання шляху до самовдосконалення.*

3.5 Характеристика психологічних наслідків, що проявляються у ставленні рятувальників до ключових смислоутворюючих категорій життєдіяльності

З метою вивчення неусвідомленого компонента ставлення рятувальників - учасників АТО до *ситуації локального збройного конфлікту та до себе після участі в АТО*, нами було використано «Кольоровий тест відносин» О.М. Еткінда [155–157].

Цей метод було обрано не тільки як додатковий метод збору інформації щодо показників, що вивчаються. *Головним нашим припущенням на цьому етапі дослідження стала думка про те, що більшість наслідків, які спостерігаються у фахівців-рятувальників після їх повернення з АТО, можуть бути зумовлені емоціогенністю ставлення рятувальників до пережитої ними травматичної ситуації.* Крім того, характер та спрямованість такого ставлення до «головних» категорій, які могли зумовити ці зміни, можуть поширюватись і на інші сфери життєдіяльності людини: родину, професію, життя, минуле, майбутнє тощо.

Таким чином, вивчення емоційних параметрів сприйняття рятувальниками ключових категорій дозволить нам отримати більш повну та логічну картину змін та трансформацій, які мають місце в аспекті пережитої ними травматичної події.

Проведення «КТВ» було здійснене за повною процедурою, адже нами проводилось вивчення ставлення до понять або категорій та до конкретної особистості (оцінка самого себе). Головним у нашому дослідженні стало визначення емоційної складової у ставленні до конкретного поняття та ступеня

позитивності ставлення до нього або прийняття чи неприйняття цього явища особистістю.

Різноманітні дослідження свідчать, що розкид кольорів за фактором оцінки є меншим, ніж за фактором сили та активності. Кольори являють собою різноманітні сукупності сили та активності (наприклад: висока сила та висока активність – червоний; висока сила та низька активність – чорний; низька сила та висока активність – жовтий; низька сила та низька активність – фіолетовий тощо).

Кожен з кольорів має власне емоційне значення, отже розшифрування емоційного значення кольору надає опис ставлення до поняття, що асоціюється з цим кольором.

Отримані за допомогою кольорового тесту дані стосовно асоціації рятувальників з категорією «Я сам» дозволили нам скласти узагальнену середньогрупову характеристику рятувальників, які виконували свої професійні обов'язки в зоні проведення антитерористичної операції (табл. 3.19).

Таблиця 3.19 – Показники середнього рангу кольору, що асоціюється у фахівців-рятувальників з категорією «Я сам»

Кольори	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
1. Синій	3,23±1,92	2,70±1,86	1,97	-
2. Зелений	1,90±1,44	2,67±1,90	2,03	0,05
3. Жовтий	3,03±1,61	3,19±1,57	1,58	-
4. Червоний	4,50±1,69	4,15±1,74	1,44	-
5. Фіолетовий	4,33±1,62	5,04±1,53	2,11	0,05
6. Коричневий	6,30±1,34	5,62±1,63	2,00	0,05
7. Чорний	6,53±1,77	6,29±2,19	0,96	-
0. Сірий	5,96±1,90	6,24±1,92	1,17	-

Встановлено, що цих фахівців відрізняють скептичність, потреба у відстоюванні своїх інтересів, протидія обставинам, яка здебільшого має захисний характер.

Зауважимо, що на перших позиціях в індивідуальному кольоровому виборі рятувальників з 2-ї групи стоять зелений та синій кольори.

Така діада свідчить про здебільшого позитивний стан, прагнення до визнання, потребу в діяльності, яка має привести до успіху. Зелений колір свідчить про твердість та супротив змінам, постійну потребу в увазі до своєї персони, яка проявляється в актуалізації до самоствердження. Це може трактуватись як засіб забезпечити власну безпеку та самоповагу. Людина, яка ставить зелений колір на перше місце, бажає посилити впевненість у власній цінності, або через самоствердження, або через отримання визнання від оточення, яке має захоплюватись її досягненнями.

Крім того, зелений колір може говорити про наявну внутрішню напругу, яка утворюється через намагання утриматись від проявів слабкості. Це, водно-

час, посилює почуття усвідомлення переваги над іншими людьми своєї сили, здатності контролювати події, управляти ними або направляти їх. Той, хто ставить зелений колір на перше місце, бажає справити сильне враження. Йому хочеться, щоб його визнали. Він хоче утримати все, що йому належить, і домогтися свого, незважаючи на опір і перешкоди. Така поведінка може проявлятися в тому, що людина намагається встановити контроль за своїм життям.

Наявність поряд із зеленим синього кольору свідчить про переважно спокійний психоемоційний фон. Синій колір, як і всі чотири основні кольори, є вираженням існуючої біологічної потреби: у фізіологічному плані – це потреба у спокої, у психологічному – в почутті задоволеності, тобто у спокої й задоволенні бажань.

Розглядаючи провідні «кольорові» позиції, які було отримано при підрахунку середньогрупових значень у контрольній групі (1-а група), було встановлено наступні характеристики цих фахівців.

Так, поєднання на перших позиціях зеленого та жовтого кольорів свідчить про потребу у визнанні, бажання справити враження. Спостерігаються практичність та раціоналізм, тенденція до системного підходу до вирішення проблем. У цих фахівців є звичка спиратись на накопичений досвід. Дуже помітними є орієнтація на власну думку, супротив зовнішнім обставинам та зрілість життєвої платформи. У деяких ситуаціях у цих досліджуваних егоцентрована образливість, емоційна стриманість, які переплітаються з потребами у подоланні існуючих обмежень, прагненні до самостійності у прийнятті рішень. При цьому досить актуальною є потреба у задоволенні нижчих потреб. Той, хто обирає зелений і жовтий, потребує негайного визнання; він хоче поваги. З великим напруженням він спостерігає за тим, чи надають йому очікувану вдячність і підтвердження таким чином, щоб напруга (+ зелений) могла знизитись (+ жовтий).

На наступному етапі було проведено вивчення неусвідомленого ставлення фахівців-рятувальників до найбільш показових екзистенціальних категорій, що набули для них, у зв'язку з останніми подіями, вагомого значення. Такими категоріями стали «минуле» (див. табл. 3.20 та 3.21), «війна» (див. табл. 3.22 і 3.23), «майбутнє» (див. табл. 3.24 і 3.25), «моя професія» (див. табл. 3.26 і 3.27) та «рідина» (див. табл. 3.28 і 3.29).

Аналізуючи отримані дані за показниками кольорових асоціацій з категорією «Минуле», було встановлено, що у групі фахівців, які мали досвід виконання професійних завдань в умовах проведення бойових дій (2-га група), на відміну від досліджуваних 1-ї групи, кольорові розкладки за цією позицією майже повністю співпадали з індивідуальною розкладкою (табл. 3.22–3.23).

Можна припустити, що такий вибір пояснюється тим, що фахівці, які перебували в зоні АТО, відчувають певні зміни, які з ними відбулися за цей період.

При цьому ці зміни не завжди є усвідомленими або, скоріше, є такими, що не приймаються та не ідентифікуються як власні. Саме тому такий кольоровий вибір є прогнозованим у даному випадку.

Таблиця 3.20 – Показники середнього рангу кольору, що асоціюється у фахівців-рятувальників з категорією «Минуле»

Кольори	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
1. Синій	4,63±2,66	3,83±2,33	2,10	0,05
2. Зелений	3,73±2,37	3,50±2,43	0,75	-
3. Жовтий	3,43±2,09	3,52±1,93	0,84	-
4. Червоний	3,83±1,39	3,95±1,83	0,15	-
5. Фіолетовий	4,53±1,47	4,69±1,74	1,07	-
6. Коричневий	4,73±2,11	5,21±1,73	2,19	0,05
7. Чорний	5,80±2,39	5,98±2,35	0,87	-
0. Сірий	5,46±2,63	5,20±2,48	0,30	-

Розгляд особливостей кольорових асоціацій з категорією «війна» дозволив встановити, що переважна більшість рятувальників 2-ї групи ототожнюють війну з чорним та сірим кольорами (табл. 3.22–3.23). Така картина дозволяє говорити про те, що війна зумовлює виникнення у цих досліджуваних почуття безнадії, приреченості, прагнення чинити опір всьому та неадекватність.

Таблиця 3.21 – Рангові показники кольорових асоціацій з категорією «Минуле»

Категорії	Кольорова асоціація стосовно категорії «Минуле»							
	Синій (1)	Зелений (2)	Жов- тий (3)	Черво- ний (4)	Фіолето- вий (5)	Коричн. (6)	Чорний (7)	Сірий (8)
1 група (контрольна)								
«Я сам»	3	1	2	5	4	7	8	6
«Минуле»	5	2	1	3	4	6	8	7
2 група (експериментальна)								
«Я сам»	2	1	3	4	5	6	8	7
«Минуле»	3	1	2	4	5	7	8	6

Таблиця 3.22 – Показники середнього рангу кольору, що асоціюється у фахівців-рятувальників із категорією «Війна»

Кольори	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
1. Синій	5,30±2,29	5,59±2,08	0,45	-
2. Зелений	5,76±2,40	5,69±2,19	0,59	-
3. Жовтий	5,46±2,31	5,35±2,04	0,98	-
4. Червоний	3,63±1,69	4,05±2,10	1,73	-
5. Фіолетовий	4,63±1,56	4,80±1,76	0,47	-
6. Коричневий	4,36±1,67	4,04±1,70	0,45	-
7. Чорний	3,66±2,96	2,75±2,53	2,41	0,05
0. Сірий	3,67±2,10	3,76±2,21	0,52	-

Таблиця 3.23 – Рангові показники кольорових асоціацій з категорією «Війна»

Категорії	Кольорова асоціація стосовно категорії «Війна»							
	Синій (1)	Зелений (2)	Жовтий (3)	Червоний (4)	Фіолетовий (5)	Коричн. (6)	Чорний (7)	Сірий (8)
1 група (контрольна)								
«Я сам»	3	1	2	5	4	7	8	6
«Війна»	6	8	7	1	5	4	2	3
2 група (експериментальна)								
«Я сам»	2	1	3	4	5	6	8	7
«Війна»	7	8	6	4	5	3	1	2

При цьому в 1-й групі досліджуваних війна асоціюється з червоним та чорним кольорами. Можна припустити, що ці досліджувані відчувають виключно негативний настрій, злість та прагнення уникнути подібної несприятливої ситуації.

Зауважимо, що в обох випадках спостерігається тенденція до відсутності співпадінь в індивідуальних кольорових виборах обох груп та кольоровим рядом із категорією «Війна».

Деяко інша ситуація спостерігається стосовно кольорових асоціацій по відношенню до категорії «Майбутнє» (табл. 3.24–3.25).

Жовтий і зелений кольори є лідерами в розкладці фахівців 2-ї групи стосовно даної категорії. Відносна гармонія жовтого і зеленого полягає в тому, що жовтий «дає» зеленому бачення перспективи, нових можливостей, а зелений жовтому – почуття реальності, можливості досягнення і реалізації «планів» жовтого. Без зеленого жовтий «будує» повітряні замки, а зелений, без жовтого, тільки зберігає те, що вже має. Жовтий колір свідчить про потребу в перспективі, виражає надії на краще, говорить про мрійливість.

В 1-й групі досліджуваних перші позиції при оцінюванні категорії «Майбутнє» відведено зеленому та синьому кольорам. Синій колір на першій позиції символізує спокій, задоволеність; зелений – почуття впевненості, наполегливість, іноді упертість і потребу в самоствердженні.

Таблиця 3.24 – Показники середнього рангу кольору, що асоціюється у фахівців-рятувальників із категорією «Майбутнє»

Кольори	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
1. Синій	2,83±1,78	3,72±2,30	2,84	0,05
2. Зелений	2,70±2,05	3,50±2,16	2,67	0,05
3. Жовтий	3,80±2,09	3,43±2,03	0,88	-
4. Червоний	3,76±1,85	4,07±2,11	0,76	-
5. Фіолетовий	4,53±1,30	4,46±1,74	0,11	-
6. Коричневий	5,30±1,41	5,40±1,75	0,27	-
7. Чорний	6,56±2,16	5,85±2,40	1,98	-
0. Сірий	6,60±1,71	5,50±2,23	2,63	0,05

Таблиця 3.25 – Рангові показники кольорових асоціацій з категорією «Майбутнє»

Категорії	Кольорова асоціація стосовно категорії «Майбутнє»							
	Синій (1)	Зелений (2)	Жовтий (3)	Червоний (4)	Фіолетовий (5)	Коричн. (6)	Чорний (7)	Сірий (8)
1 група (контрольна)								
«Я сам»	3	1	2	5	4	7	8	6
«Майбутнє»	2	1	4	3	5	6	7	8
2 група (експериментальна)								
«Я сам»	2	1	3	4	5	6	8	7
«Майбутнє»	3	2	1	4	5	6	8	7

Іншими словами, фахівці, які перебували в зоні АТО, на майбутнє покладають дуже великі сподівання, будують плани, прагнуть позитивних змін. Такі показники можна використовувати при створенні спеціальної програми з відновлення психічного стану фахівця-рятувальника після його повернення із зони бойових дій в якості ресурсу для подолання негативних переживань, що могли за цей період сформуватись.

Майже аналогічну картину ми спостерігаємо і стосовно кольорових асоціацій щодо категорії «Родина» (табл. 3.26–3.27).

Таблиця 3.26 – Показники середнього рангу кольору, що асоціюється у фахівців-рятувальників із категорією «Родина»

Кольори	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
1. Синій	3,13±2,19	3,52±2,13	0,81	-
2. Зелений	2,70±1,84	2,69±1,83	0,66	-
3. Жовтий	2,86±1,71	3,02±2,07	1,25	-
4. Червоний	3,50±1,33	4,05±1,82	1,89	-
5. Фіолетовий	4,50±1,63	4,46±1,57	0,37	-
6. Коричневий	5,73±1,17	5,64±1,52	0,54	-
7. Чорний	7,10±1,51	6,51±1,99	1,15	-
0. Сірий	6,46±1,59	6,12±1,81	1,30	-

Таблиця 3.27 – Рангові показники кольорових асоціацій з категорією «Родина»

Категорії	Кольорова асоціація стосовно категорії «Родина»							
	Синій (1)	Зелений (2)	Жовтий (3)	Червоний (4)	Фіолетовий (5)	Коричн. (6)	Чорний (7)	Сірий (8)
1 група (контрольна)								
«Я сам»	3	1	2	5	4	7	8	6
«Родина»	3	1	2	4	5	6	8	7
2 група (експериментальна)								
«Я сам»	2	1	3	4	5	6	8	7
«Родина»	3	1	2	4	5	6	8	7

Зауважимо тільки, що в 1-й групі спостерігається більш щільний діапазон співпадінь між індивідуальною розкладкою кольорів та кольоровим вибором за категорією «Родина».

Такі результати можуть бути пояснені ще і даними, які були отримані нами під час анкетування: тільки 27,88% рятувальників 2-ї групи відмітили позитивне ставлення їх родин до того, що вони змушені будуть працювати в зоні АТО, при цьому майже 40% родичів вкрай негативно сприйняли цю звістку, а в кожному третьому випадку близькі взагалі не знали про від'їзд рятувальника до зони АТО.

Зауважимо, що досить помітним є зв'язок та схожість виборів між індивідуальною розкладкою й такими категоріями як «Минуле» та «Родина» – вони (ці сфери життєдіяльності) можуть слугувати ресурсами, які можна буде використовувати в період відновлення.

Заключним кроком на цьому етапі дослідження стало вивчення ставлення рятувальників до своєї професії (табл. 3.28–3.29).

Таблиця 3.28 – Показники середнього рангу кольору, що асоціюється у фахівців-рятувальників із категорією «Моя професія»

Кольори	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	t	p
1. Синій	3,66±2,46	3,36±2,21	1,88	-
2. Зелений	3,40±2,09	3,50±2,02	1,69	-
3. Жовтий	3,50±1,73	3,79±2,06	0,58	-
4. Червоний	3,36±1,93	3,64±1,99	1,02	-
5. Фіолетовий	4,86±1,60	4,59±1,92	1,11	-
6. Коричневий	5,63±2,10	5,11±1,93	1,45	-
7. Чорний	5,90±2,24	6,01±2,24	0,30	-
0. Сірий	5,66±2,21	5,90±2,02	0,39	-

Таблиця 3.29 – Рангові показники кольорових асоціацій з категорією «Моя професія»

Категорії	Кольорова асоціація стосовно категорії «Моя професія»							
	Синій (1)	Зелений (2)	Жовтий (3)	Червоний (4)	Фіолетовий (5)	Коричн. (6)	Чорний (7)	Сірий (8)
1 група (контрольна)								
«Я сам»	3	1	2	5	4	7	8	6
«Професія»	4	2	3	1	5	6	8	7
2 група (експериментальна)								
«Я сам»	2	1	3	4	5	6	8	7
«Професія»	1	2	4	3	5	6	8	7

Відмітимо, що більшість досліджуваних як першої, так і другої груп, мають достатній досвід професійної діяльності в аварійно-рятувальних підрозділах ДСНС України. Тому показники кольорових асоціацій стосовно власної професії для нас становили неабиякий інтерес.

Отже, як показали результати, синій та зелений кольори на перших позиціях у виборі зафіксовано у рятувальників, які перебували в зоні проведення АТО і виконували там завдання за призначенням. Такий вибір говорить про те, що професія для рятувальників 2-ї групи асоціюється з почуттям задоволеності, спокоєм, прагненням до спокійної обстановки, небажанням брати участь у конфліктах, униканням стресу.

Наведені результати є досить прогнозованими, враховуючи те, що фахівці саме цієї групи перебували в зоні локального збройного конфлікту.

У 1-й групі досліджуваних асоціації з категорією «*Моя професія*» формувалися за допомогою червоного та зеленого кольорів. Такий вибір свідчить про активне бажання досягти поставленої мети, долати всі труднощі, прагнути високої оцінки своєї діяльності.

Зауважимо, що вищенаведене яскраво символізує різницю як у світосприйнятті взагалі, так і окремих сфер життєдіяльності рятувальників.

Окремо вважаємо за необхідне ще раз зауважити, що такі категорії як «Минуле» та «Родина» можна трактувати як ресурсні сфери життєдіяльності рятувальників, які тим чи іншим чином можуть бути використані у процесі організації відновлювального періоду фахівців Служби порятунку після їх повернення із зони проведення АТО.

3.6 Оцінка реадaptaційних можливостей рятувальників в аспекті особливостей «Я-концепції» фахівців, які отримали досвід виконання професійних завдань в умовах локального збройного конфлікту

Відомо, що включення людини в екстремальні умови призводить до різкої перебудови її основних життєвих відносин. Вплив екстремальних чинників на організм людини може призвести до виникнення у неї розладів психогенного характеру. Травматичний стрес – це особлива форма соціальної дезадаптації, що виражається в загальній стресовій реакції.

Травматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв, тобто охоплюють велику сферу соціальної дезадаптації. Саме тому в аспекті вивчення нами основних психологічних наслідків перебування рятувальників у зоні АТО було досліджене питання їх здатності до повернення до нормальних умов життєдіяльності – реадaptaції з використанням ключових реадaptaційних можливостей (ресурсів), наявних у фахівців-рятувальників в аспекті особливостей їх «соціального Я».

Такі дані будуть важливими при вивченні індивідуальних можливостей особистості до відновлення свого психічного стану або прояву спротиву негати-

вному впливу стрес-факторів екстремальної ситуації (в нашому випадку – АТО) за допомогою «використання» самооцінки, сили «Я», особливостей індивідуалізації, соціальної зацікавленості, а також вектора ідентифікації особистості.

Крім того, зазвичай додаткові сили та можливості людина черпає з різноманітних сфер життєдіяльності. Для когось це сім'я, для когось – робота, хтось шукає натхнення та додаткові сили у своїх захопленнях, хтось звертається за підтримкою до друзів... Але незмінним залишається те, що людина, особливо у складних ситуаціях, потребує додаткового «психологічного живлення».

Дослідження найбільш сприятливої сфери, за допомогою якої (за сприяння якої) у рятувальників може більш ефективно проходити відновлювальний період, було проведено нами за допомогою символічних завдань на виявлення «соціального Я» [158].

Обробка даних за вказаною методикою проводилася з використанням процедури контент-аналізу. Аналіз отриманих результатів відбувався за наступними показниками:

- 1) самооцінка;
- 2) сила «Я»;
- 3) індивідуалізація;
- 4) соціальна зацікавленість;
- 5) ідентифікація;
- 6) егоцентричність.

Наведені в таблиці 3.30 результати дозволяють зробити ряд висновків стосовно рівнів виразності самооцінки рятувальників.

Таблиця 3.30 – Рівні виразності самооцінки у фахівців-рятувальників (у%)

Рівень самооцінки	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)	φ (1; 2)	φ (1; 3)	φ (2; 3)
Неадекватно високий	-	0,4	-	0,12	-	0,17
Високий	33,61	36,66	12,31	0,63	2,48*	2,70*
Середній з тенденцією до високого	29,10	27,07	39,23	1,09	2,11*	2,30*
Середній	15,78	23,31	34,61	1,85	2,91**	2,43*
Середній з тенденцією до низького	15,27	12,56	10,78	1,22	1,48	1,20
Низький	6,24	-	3,07	0,95	0,16	1,06
Неадекватно низький	-	-	-	-	-	-

*Примітка: * p<0,05; **p<0,01.*

Так, доведено, що достовірно рідше високий рівень самооцінки зустрічається у фахівців 3-ї групи (ті, хто перебував у зоні проведення АТО більше 90 діб) – у цій групі таких лише 12,31%. При цьому в цій групі найчастіше зустрічається середній рівень самооцінки – 39,23%. Ці результати є достовірними у порівнянні з показниками 1-ї та 2-ї груп досліджуваних.

З відповідей цих рятувальників, які було отримано нами під час бесіди у процесі збору емпіричного матеріалу, стало зрозумілим, що такі показники зумовлені, перш за все, рядом об'єктивних факторів. Серед таких факторів основними є: ставлення суспільства до фахівців аварійно-рятувальних підрозділів – неадекватно низька оцінка їх діяльності; ставлення керівництва до рятувальників – неналежне матеріально-технічне оснащення, низький рівень заробітної плати, відсутність соціальних гарантій тощо. Як відмічали самі обстежувані, вони все це відчувають та усвідомлюють; а це, у свою чергу, формує почуття непотрібності, власної незначущості та незатребуваності.

Зауважимо, що при самооцінюванні рятувальники найчастіше ставили себе в один ряд із родичами (членами родини), друзями та колегами. При цьому якщо члени родини перелічувались (дружина, донька, син, мати, батько і т.д.), то друзі були означені загально, без уточнення імен та ступеня близькості стосунків (кращий друг, знайомий і т. ін.).

На наступному етапі було здійснено оцінку такого показника як «сила Я», який визначається як загальна особистісна спрямованість по відношенню до значущих інших (близьких, колег, родичів). Зауважимо, що в нашому випадку цей показник у рятувальників визначався здебільшого по відношенню до колег (табл. 3.31).

Таблиця 3.31 – Показники спрямованості «сили Я» фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

Спрямованість «сили Я»	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)	Ф (1; 2)	Ф (1; 3)	Ф (2; 3)
Перевага	20,85	-	30,15	2,74*	0,89	2,80*
Рівність	38,75	65,25	-	1,88	2,12*	3,48**
Підпорядкованість	40,40	34,75	69,85	0,59	1,88	2,47*
<i>Примітка: * p<0,05.</i>						

Було встановлено, що в 1-й групі досліджуваних спрямованість «сили Я» за типом «перевага» зустрічається у 20,85% опитаних, в 2-й групі таких обстежуваних взагалі немає. При цьому в 3-й групі рятувальників такий тип «сили Я» фіксується приблизно у кожного третього фахівця (результати є достовірними на рівні * p<0,05 в обох випадках).

Відмітимо, що спрямованість «сили Я» за типом «рівність» найчастіше спостерігається у рятувальників 2-ї групи (65,25%), у порівнянні з 1-ю та 3-ю групами. Ці результати є достовірними на рівнях p<0,05 та p<0,01.

Спрямованість за типом «підпорядкованість» є властивою для більшості рятувальників, які перебували в зоні АТО більше трьох місяців. Найменша кількість фахівців із такою спрямованістю віднесена до 2-ї групи досліджуваних.

Отже, підсумовуючи наведене, відмітимо, що для 1-ї та 3-ї груп досліджуваних рятувальників найбільш властиво демонструвати спрямованість «сили Я» за типом «підпорядкованість», а для фахівців 2-ї групи – за типом «рівність».

Вивчення питань *індивідуації* рятувальників дозволило встановити певні особливості, які відбито в таблиці 3.32.

Розглядаючи особливості *індивідуації* у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, відмітимо, що у групі тих рятувальників, які найдовше перебували в зоні проведення АТО (3-тя група), достовірно частіше відмічається схильність бути частиною групи (68,34%), у порівнянні з 1-ю та 2-ю групами. Результати є достовірними на рівні $p < 0,05$. При цьому в 1-й групі рятувальників (контрольна група) найчастіше зустрічається тип *індивідуації* «схильність до відособлення».

Такі особливості можна спробувати пояснити участю/неучастю в анти-терористичній операції. Тобто ті фахівці, які практично разом пройшли випробування війною, схильні до так званого типу колективного мислення – разом приймати рішення, разом вирішувати певні проблеми. Відповідно досліджувані з контрольної групи не демонструють так званої виразної колективної спрямованості.

Таблиця 3.32 – Показники виразності типів індивідуації фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

Тип індивідуації	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)	Ф (1; 2)	Ф (1; 3)	Ф (2; 3)
Схильність бути частиною групи	35,62	51,25	68,34	2,04*	2,43*	1,86
Схильність до відособлення	64,38	48,75	31,66	1,92	2,60*	1,33

Примітка: * $p < 0,05$.

Наступним показником, який було нами досліджено, стала *спрямованість соціальної зацікавленості* рятувальників, які брали участь в антитерористичній операції (табл. 3.33).

Було встановлено, що в 3-й групі рятувальників найчастіше, у порівнянні з 1-ю групою, зустрічається такий вид спрямованості як сприйняття себе частиною групи. Отримані відмінності є достовірними на рівні $p < 0,05$. Відповідно ті рятувальники, які не виконували в зоні АТО своїх професійних

завдань, частіше демонструють такий вид соціальної зацікавленості як сприйняття себе як незалежної одиниці.

Таблиця 3.33 – Показники спрямованості соціальної зацікавленості фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

Спрямованість соціальної зацікавленості	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)	φ (1; 2)	φ (1; 3)	φ (2; 3)
«Я» як частина групи	34,45	58,90	61,52	1,72	2,40*	0,64
«Я» як незалежна одиниця	65,55	41,10	38,48	1,40	1,81	0,97
<i>Примітка: * p<0,05.</i>						

Ці результати є майже тотожними тим, які були отримані нами при вивченні особливостей типу індивідуації рятувальників.

Стосовно особливостей ідентифікації у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України відмітимо наступне (див. табл. 3.34).

Таблиця 3.34 – Показники типу ідентифікації фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

Тип ідентифікації	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)	φ (1; 2)	φ (1; 3)	φ (2; 3)
Спрямованість						
Колеги	31,49	55,20	68,22	1,85	2,22*	1,70
Друзі	30,47	34,34	10,58	0,62	1,75	2,02*
Члени родини	38,04	10,46	21,20	2,37*	0,88	1,05
Ступінь						
Високий	-	20,25	15,75	-	-	1,41
Середній	64,51	79,75	84,25	1,54	2,43*	1,76
Низький	35,49	-	-	-	-	-
<i>Примітка: * p<0,05.</i>						

Основними категоріями, які було виокремлено за результатами контент-аналізу за показником ідентифікації рятувальників, стали колеги, друзі та члени родини. Так, серед рятувальників, які виконували свої професійні обов'язки в зоні проведення АТО, найчастіше зустрічався такий тип спрямованості ідентифікації як ідентифікація колегами (55,20 % – 2-га група досліджуваних та 68,22% – 3-тя група досліджуваних). Відмітимо, що в контрольній групі досліджуваних ідентифікація спрямовується на вектор власної сім'ї (спостерігається виразність ідентифікації з членами родини).

Оцінка ступеня ідентифікації (на скільки людина орієнтована на значущий об'єкт) показала, що здебільшого у всіх групах без виключення спостерігається середній рівень ступеня ідентифікації рятувальників з обраним об'єктом.

Вивчення особливостей *егоцентричності*, в нашому випадку, стало необхідною задачею у зв'язку з вивченням певної позиції рятувальника, яка «відповідає» за схильність до безконфліктної поведінки та готовності йти на компроміси. Нам стало цікаво, а як саме людина асоціює себе – з «фігурою» чи з «фоном»? Підвищення рівня цього показника свідчить про виразність першого типу – «Я» як фігура, і навпаки, – зниження рівня егоцентричності може свідчити про те, що фахівець має намір «розчинитися» в інших (він є фоном).

Відмітимо, що високий рівень виразності цього показника було відмічено нами лише приблизно у чверті учасників антитерористичної групи (фахівці 2-ї та 3-ї груп досліджуваних). В усіх випадках переважає виразність середнього рівня егоцентричності у досліджуваних (див. табл. 3.35).

Таблиця 3.35 – Показники рівнів егоцентричності фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України (у %)

Рівень егоцентричності	1 група (не перебували в зоні АТО)	2 група (перебували в зоні АТО)	3 група (перебували в зоні АТО більше 90 діб)	φ (1; 2)	φ (1; 3)	φ (2; 3)
Високий	-	20,82	25,15	-	-	0,86
Середній	51,13	79,18	54,40	2,03*	0,91	2,11*
Низький	48,87	-	20,45	-	1,67	-

Примітка: * $p < 0,05$.

Отже, підводячи підсумок, відмітимо, що отримані нами дані дозволяють зробити припущення про те, що факт участі рятувальника в антитерористичній операції на пряму визначає як соціальну, так і індивідуальну спрямованість фахівця, зумовлює нову розстановку пріоритетів, сприяє своєрідній перебудові цінностей та орієнтирів особистості.

3.7 Загальна характеристика основних психологічних наслідків, які було зафіксовано у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після виконання ними професійних завдань в умовах АТО

Всі отримані під час дослідження результати, на наш погляд, є підставою до складання узагальненої характеристики психологічних наслідків у вигляді змінних процесів, які відбуваються у рятувальників у межах основних особистісних сфер після повернення фахівців із зони локального збройного конфлікту.

Наголошуємо, що ми говоримо про **факт наявності змін у рятувальників**, адже порівняння з показниками контрольної групи довело їх існування. Крім того, *ми спираємось на власну думку про те, що такі трансформації будуть фактично «обов'язковими», адже (як свідчать результати опитування) спеціальної екстремальної професійно-психологічної підготовки рятувальників до виконання професійних завдань в умовах проведення локального збройного конфлікту здійснено не було.*

Отже, заключним кроком нашого дослідження стало проведення факторного аналізу методом головних компонентів з Varimax raw обертанням, результати якого відображені у табл. 3.36.

Таблиця 3.36 – Факторна структура компонентів, що являють собою перелік психологічних наслідків, які спостерігаються у рятувальників після їх повернення із зони АТО

Rotated Component Matrix(a)										
	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Порушення апетиту						,265		,125		
Порушення сну	,853				-,291					,235
Зниження працездатності	,406							-,240		-,135
Стомлюваність	,455	,174					,110			
Порушення пам'яті				,118				,102		-,119
Порушення концентрації уваги				,371			,389			
Переоцінка цінностей			,404		-,163					-,194
Зміна життєвих пріоритетів			,607							
Агресивність	,380					,116				
Імпульсивність		,551					,265			
Вразливість	,588									
Унікаюча поведінка		,612						,265		,289
Емоційна відстороненість	,461					,134				
Дратівливість		,365								
Підвищення пильності		,751				-,170				
Закритість		,264						,012		
Байдужість							,263			
Конфліктність		,453							,264	
Підвищення цінності власного життя		,421				,240				
Підвищення цінності життя близьких			,822					,481		,348
Підвищення цінності миру			,651							
Підвищення патріотизму			,447		,800					
Розуміння цінності взаємовідносин із близькими			,331				,123			
Розуміння цінності дружніх відносин			,611					,200		
Тривога	,504				,239					

Продовження таблиці 3.36

Невротична депресія						,121	,252			
Астенія	,711							-,231		
Істеричний тип							,610			,107
Обсесивно-фобічні порушення					,702					
Вегетативні розлади		,171						,623		
Фізична агресія					-,983					,117
Непряма агресія		,219								
Роздратування		,505						-,174		
Негативізм					,178					
Образа	,642							,246		
Підозрілість						,339				
Вербальна агресія				,208				,173		
Почуття провини	,449							-,130		
Страх				-,113				,217		
Розгубленість		,553								,178
Безсилля					-,884					
Нервове тремтіння								-,246		
Пригніченість	,337			,175						
Нерво-психічна стійкість	-,542					,328				
Ставлення до інших		,660			,404					
Нові можливості				,802				,470		
Сила особистості				,761		,112				
Духовні зміни				,173		,621				
Підвищення цінності життя					,178			,712		
<i>Extraction Method: Principal Component Analysis.</i>										
<i>Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.</i>										
<i>a Rotation converged in 38 iterations.</i>										

Отримані під час проведення процедури факторного аналізу результати дозволили розподілити компоненти за трьома факторами, які отримали необхідне факторне навантаження.

Фактор 1 склався з наступних компонентів: порушення сну (0,853); зниження працездатності (0,406); стомлюваність (0,455); агресивність (0,380); вразливість (0,588); емоційна відстороненість (0,461); тривога (0,504); астенія (0,711); почуття провини (0,449); пригніченість (0,337); образа (0,642); нерво-психічна стійкість (-0,542) (а саме, її зниження). Грунтуючись на характеристиці перелічених компонентів, нам здається можливим назвати цей фактор як **«афективний»**.

Цей фактор характеризує основні наслідки, які були зафіксовані в межах емоційно-вольової або афективної сфер особистості. З наведених даних можна побачити те, що практично всі наявні в цьому факторі компоненти можуть бути охарактеризовані як негативні психічні стани.

Фактор 2 утворили такі якості як: дратівливість (0,365); підвищення пильності (0,751); закритість (0,264); конфліктність (0,453); непряма агресія (0,219);

роздратування (0,505); уникаюча поведінка (0,612). За змістом, який утворили перелічені складові, вказаний фактор може мати назву **«поведінковий»**.

Наведені компоненти можна порівняти з рисами поведінки людини, яка дійсно пережила або ї досі переживає складний період у своєму житті.

Фактор 3 увібрав у себе наступні показники: переоцінка цінностей (0,404); зміна життєвих пріоритетів (0,607); підвищення цінності близьких (0,822); підвищення цінності миру (0,651); підвищення патріотизму (0,447); розуміння цінності взаємовідносин із близькими (0,331); розуміння цінності дружніх відносин (0,611); нові можливості (0,802); сила особистості (0,761); духовні зміни (0,173); підвищення цінності власного життя (0,421). Зазначений фактор характеризує **«спрямованість» особистості**.

Цей фактор децю відрізняється від двох попередніх. Головна відмінність полягає в тому, що він є більш позитивно забарвленим та характеризує ресурсний блок у структурі психологічних наслідків, які спостерігаються у рятувальників внаслідок їх перебування в зоні АТО.

Надалі, на основі отриманих в результаті факторного аналізу даних, нами було здійснено розгорнутий опис змін (наслідків), які мали місце у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України.

Як показало наше дослідження, **основними наслідками перебування рятувальників у зоні локального збройного конфлікту стали зміни, що сталися в межах афективної сфери (1), на поведінковому рівні (2) та у структурі спрямованості особистості (3) фахівця Служби порятунку.**

(1) Перш за все, нами були вивчені зміни, які спостерігались у рятувальників у межах **емоційно-вольової або афективної сфери особистості** та стосувались їх емоційних проявів, переживань, негативних психічних станів. До цієї сфери, зазвичай, включають суб'єктивно забарвлені реакції, ставлення особистості до навколишнього світу, зусилля та їх переживання. Узагальнено ці прояви можна назвати емоційно-вольовими станами, процесами і властивостями особистості.

Емоції – це особливий клас психічних станів, який віддзеркалює результат діяльності людини, спрямований на задоволення її актуальних потреб. Саме тому, що будь-які дії людини чітко мотивовані, всі прояви активності людини супроводжуються певними емоційними переживаннями.

Вольовий компонент представлений здатністю, яка проявляється під час регулювання власної діяльності. Вольова складова найчастіше проявляється тоді, коли на життєвому шляху людини зустрічаються певні труднощі та випробування. Саме такими випробуваннями для рятувальників стало виконання завдань за призначенням в зоні проведення АТО. Прогнозованим наслідком, в цьому випадку, стало переживання рятувальниками стресу та фрустрації, що було підтверджено результатами нашого дослідження. Поряд з цими проявами має місце й емоційна напруженість, якій властиво накопичуватись та викликати почуття виснаження, втомленості та часті депресії.

(2) По-друге, нами було розглянуто зміни, які стосувались здебільшого ціннісно-сміслової, мотиваційної та потребової сфер особистості. Ці новоутворення або трансформації ми об'єднали у групу, яку назвали спрямованістю осо-

бистості. Під спрямованістю ми мали на увазі сукупність більш – менш стійких мотивів, цілей та намагань особистості, які орієнтують її діяльність. До цієї сфери входять всі внутрішні погляди особистості, переконання, інтереси, потреби тощо. Крім того, це ті категорії, які, на наш погляд, найбільше змінюються в період екзистенціальної кризи. Зауважимо, що в нашому випадку під екзистенційною кризою ми розуміємо стан тривоги, почуття психологічного дискомфорту, які виникають у людини внаслідок складної життєвої ситуації, переживання травматичної події, наприклад, – потрапляння в умови проведення АТО.

Сфера спрямованості складається з внутрішніх сил, які мають властивість активізувати особистість, – це саме погляди, переконання та ідеали людини.

Спрямованість особистості визначає ступінь, характер та засіб використання можливостей, якими володіє особистість. Ця сфера відповідальна за вектор життєдіяльності людини, за її прагнення та майбутні цілі. Отже, можна сказати, що ця сфера є системоутворюючою й такою, що визначає пріоритети у психічній діяльності особистості.

Окрім вищезазначеного, додамо, що ми розглядаємо спрямованість і як напрямок, якому «підкорена» життєдіяльність рятувальників: особистісна спрямованість, спрямованість на інших, ділова або професійна та соціальна спрямованість. Враховуючи ці особливості, ми можемо припустити, що *спрямованість особистості безпосередньо визначає головні тенденції поведінки фахівців-рятувальників.*

У структурі спрямованості, як показало наше дослідження, ще однією помітною складовою, яка змінюється після впливу неординарної події в житті рятувальників, є їх світосприйняття або модель світу. Саме це утворення дозволяє людині будувати свою життєдіяльність із проекцією на майбутнє.

Згідно результатів нашого дисертаційного дослідження саме раціональні зміни в межах сфери спрямованості особистості можна вважати проявами післятравматичного стресового зростання рятувальників після переживання ними екстремальної події у вигляді потрапляння в зону проведення локального збройного конфлікту.

(3) І, нарешті, наша увага була спрямована на вивчення змін у межах поведінкового компонента.

Поведінка людини – складне утворення сукупності реакцій особистості на внутрішні та зовнішні стимули. Такі реакції можуть бути як усвідомлені, так і неусвідомлені. Зауважимо, що суто емоційні реакції також є частиною поведінки. Окремою складовою поведінки є і особливості міжособистісної взаємодії фахівця з оточуючими – обмін інформацією, взаємодія, відносини тощо.

Поведінка є добутком поведінкового акту – прояву діяльності, або окремого її елементу; соціальних дій – дій, що мають суспільне значення, наміри; вчинків – усвідомленої дії особистості, яка розуміє його соціальне значення; діянь – сукупності вчинків, за які людина несе відповідальність. При цьому, в різних ситуаціях, в різному соціальному середовищі люди поведуться по-різному, виконують різні соціальні ролі, дотримуються різних соціальних установок.

Розгорнуту характеристику за вищезазначеними напрямками наведено в таблиці 3.37.

Таблиця 3.37 – Характеристика основних змін, які спостерігаються у рятувальників після повернення із зони проведення антитерористичної операції

Сфери, в межах яких фіксуються зміни	Зміст змін	Загальні рекомендації щодо організації психологічної роботи
Афективна сфера	<ol style="list-style-type: none"> 1. Серед домінуючих емоційних реакцій провідними стали агресивність, дратівливість, вразливість та імпульсивність (<i>карта маркерів</i>). 2. Поява страхів, зумовлених вітальною загрозою (попасти під обстріли, бути пораненим, загинути) (<i>анкета</i>). 3. Помітно підвищується рівень тривоги. 4. Тривога має ознаки розладу поведінки. Її рівень у значній мірі відрізняється від того, що спостерігається у рятувальників, які не виконували своїх професійних завдань в умовах проведення бойових дій. 5. Фіксується досить високий показник сформованості астеничних проявів. 6. Показник сформованості obsесивно-фобічних порушень відрізняється тенденцією до переходу в розряд розладів. Це може свідчити про те, що у цих фахівців ми можемо фіксувати початковий етап формування розладу, при якому людина страждає від нав'язливих страхів, думок, спогадів тощо. 7. Починають формуватись початкові ознаки невротичних станів. 8. У тих рятувальників, хто був найдовше за всіх в зоні АТО, фіксується «зникнення» <i>тривоги</i>, яке має властивість трансформуватись та проявляється у вигляді, наприклад, ознак <i>невротичної депресії</i>, показник якої у вказаній групі рятувальників є достатньо високим. 	<p>Дуже важливо надати емоційну підтримку, необхідну для ослаблення дії невротичних захисних механізмів, стабілізації самооцінки, підвищення самоповаги, зміни емоційного ставлення до самого себе.</p>

Сфери, в межах яких фіксуються зміни	Зміст змін	Загальні рекомендації щодо організації психологічної роботи
	<p>9. У тих рятувальників, у яких було відмічено ознаки <i>невротичної депресії</i>, спостерігається здебільшого нейтральна або песимістична оцінка щодо змін, які з ним сталися та можуть статися у майбутньому.</p> <p>10. Очікування тієї чи іншої загрози зумовлює <i>постійну</i> високу мобілізаційну готовність особистості до адекватного реагування на неї. Це, у свою чергу, провокує досить швидке психоемоційне виснаження.</p> <p>11. При виконанні завдань у зоні АТО найбільш стресогенними є наступні ситуації: попадання під обстріли; загроза власному життю та здоров'ю, а також невизначеність строків перебування в зоні військового конфлікту.</p> <p>12. Під час перебування в зоні локального збройного конфлікту найчастіше рятувальники відчували розгубленість та неабиякий страх. Приблизно третина рятувальників відмічала у себе реакції заціпеніння, приблизно кожний четвертий – важкість у кінцівках та прискорене серцебиття.</p>	
Спрямованість	<p>1. Втрата часової перспективи, переоцінка цінностей, зміна життєвих пріоритетів та підвищення або актуалізація цінності життя (<i>карта маркерів</i>).</p> <p>2. Найбільш актуальними проблемами стали: матеріальні проблеми, відмова у присвоєнні статусу УБД, проблеми щодо міжособистісних стосунків як у родині, так і в підрозділі; стан свого здоров'я (<i>анкета</i>).</p> <p>3. Підвищення цінності життя як своїх рідних та близьких, так і власного життя (<i>анкета</i>).</p>	<p>Бажано надати можливість здійснити емоційну переоцінку своїх відносин, модифікувати спосіб переживань і реагування, сприйняття своїх відносин з оточуючими.</p> <p>Особливо важливою є можливість використання зазначених змін у процесах реадaptaції фахівця та його подальшій якісній</p>

Сфери, в межах яких фіксуються зміни	Зміст змін	Загальні рекомендації щодо організації психологічної роботи
	<p>4. Серед основних змін вказані: розуміння цінності взаємовідносин із близькими, зміна поглядів на життя, розуміння цінності дружніх відносин та підвищення патріотизму (<i>анкета</i>).</p> <p>5. Приблизно кожен четвертий рятувальник прагне зберегти все, що має на сьогодні, та не воліє нічого змінювати.</p> <p>6. Найбільш важливим «завданням» на майбутнє можна назвати покращення матеріального становища. Поряд з цим, серед основних планів на майбутнє є придбання власного житла, одруження, отримання освіти та народження дітей (<i>анкета</i>).</p>	<p>трансформації як особистості, яка набула нового життєвого і професійного досвіду.</p>
Поведінкова (міжособистісна) сфера	<p>1. Найбільш помітними поведінковими реакціями є імпульсивність, вразливість, унікаюча поведінка, емоційна відстороненість та дратівливість, порушення уваги та пам'яті, можлива конфліктність у поведінці (<i>карта маркерів</i>).</p> <p>2. Супутніми поведінковими змінами, що спостерігались у рятувальників, були порушення апетиту, сну, зниження працездатності та стомлюваність (<i>карта маркерів</i>).</p> <p>3. Підвищення пильності спостерігається в кожній групі досліджуваних рятувальників, але частота зустрічальності вказаної ознаки зростає прямо пропорційно тривалості перебування фахівця в зоні локального збройного конфлікту (<i>карта маркерів</i>).</p> <p>4. Актуалізація проблеми щодо міжособистісних стосунків як у родині, так і в підрозділі (<i>анкета</i>).</p> <p>5. Середній рівень роздратування та підозрливості; високий рівень образи та непрямой агресії (<i>Басса-Дарки</i>).</p> <p>6. В поведінці спостерігаються скептичність, потреба у відстоюванні своїх інтересів, протидія обставинам, яка здебільшого може</p>	<p>У рятувальників, які довгий час перебували в зоні проведення АТО, може сформуватись, умовно кажучи, новий стиль поведінкових навичок та стереотипів. Цей стиль формується через необхідність певний час виконувати поставлені завдання в умовах вітальної загрози.</p> <p>Бажано організувати психологічну роботу з наступними поведінковими маркерами: тривожна настороженість; готовність до імпульсивного захисного відреагування на загрозу; звуження емоційного діапазону; прагнення до уходу від реальності тощо.</p>

Сфери, в межах яких фіксуються зміни	Зміст змін	Загальні рекомендації щодо організації психологічної роботи
	<p>мати захисний характер. Бажання посилити впевненість у власній цінності, або через самоствердження, або через отримання визнання від оточення (<i>КТВ</i>).</p> <p>7. Наявність тенденції до підвищення рівня самооцінки з середнього до високого. Ідентифікація себе відбувається з власною родиною, менше – з колегами та друзями; демонстрація внутрішньої сили «Я» відбувається по відношенню до колег; схильність бути частиною групи (референтної) – схильність до колективного мислення; виразність середнього рівня егоцентризму.</p>	
<i>Загальні рекомендації для стабілізації процесів афективної, поведінкової сфер та спрямованості особистості</i>	<ul style="list-style-type: none"> - усвідомлення та прийняття змін, що відбулися з людиною; - усвідомлення різниці з Я «До» та Я «Після»; - виокремлення деструктивних новоутворень серед загального переліку змін та трансформацій; - усвідомлення необхідності корекції нераціональних (небажаних) новоутворень у своїй особистості; - навчання новим формам взаємодії з собою, оточуючими, ситуацією з урахуванням набутого суб'єктивного досвіду та змін, що відбулись після повернення із зони проведення АТО. 	

Таблиця 3.38 – Особливості психологічних наслідків перебування військово-службовців та рятувальників в умовах надзвичайної ситуації воєнного походження

Психологічні наслідки перебування <u>військовослужбовців</u> у зоні локального збройного конфлікту	Психологічні наслідки перебування <u>рятувальників</u> у зоні локального збройного конфлікту
стан песимізму, страх, агресивність, підозрілість, демонстративність поведінки;	агресивність, дратівливість, вразливість, імпульсивність;
втрата інтересу до суспільного життя, здатності до емпатії та потреби в душевній близькості з іншими людьми;	втрата часової перспективи, переоцінка цінностей, зміна життєвих пріоритетів та підвищення або актуалізація цінності життя;
не можуть знайти порозуміння ні в суспільстві, ні в сім'ї; труднощі при спілкуванні у трудовому колективі;	розуміння цінності взаємовідносин з близькими, дружніх відносин та підвищення патріотизму;
конфліктна поведінка, нездатність прийняти нові «правила гри», небажання йти на компроміси, спроби вирішити суперечки мирного часу звичними силовими методами;	скептичність, потреба у відстоюванні своїх інтересів. Бажання посилити впевненість у власній цінності, або через самотвердження, або через отримання визнання від оточення;
наявність нервово-психічних розладів;	формується початкові ознаки невротичних станів;
нестійкість психіки, при якій навіть самі незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство;	підвищений рівень тривоги, здебільшого трансформується та проявляється у вигляді ознак невротичної депресії;
відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; відчуття того, що ти загинув на війні; відчуття нездатності впливати на хід подій; спроба знайти відповідь на питання: «Чому загинули твої друзі, а не ти?»	постійне очікування загрози зумовлює високу мобілізаційну готовність рятувальника до адекватного реагування на неї. Це, у свою чергу, провокує досить швидке психоемоційне виснаження;
бажання зігнати на комусь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося;	найбільш актуальними проблемами є: матеріальні проблеми та відмова у присвоєнні статусу УБД;
втрата сенсу життя;	підвищення цінності життя як своїх рідних та близьких, так і власного життя;
невпевненість у своїх силах;	найбільш важливим «завданням» на майбутнє є покращення матеріального становища, придбання власного житла, одруження, отримання освіти та народження дітей;
недовіра до інших людей, нездатність говорити про війну;	актуалізація міжособистісних стосунків як у родині, так і в підрозділі.
<i>потреба мати при собі зброю;</i>	–
<i>потреба брати участь у різноманітних небезпечних «пригодах»;</i>	–
<i>неприйняття ветеранів інших воєн.</i>	–

Якщо спробувати зіставити основні зміни, які спостерігаються у військовослужбовців та рятувальників після їх повернення із зони локального збройного конфлікту (див. пункти 1.3 та 3.8 монографії), можна побачити доволі серйозну різницю у психологічних наслідках перебування вищезазначених фахівців в умовах надзвичайної ситуації воєнного характеру (див. табл. 3.38).

Фактично отримані нами дані дозволяють більш аргументовано та більш ефективно підходити до питань планування та проведення циклу психологічних заходів, спрямованих на відновлення військовослужбовців та працівників Служби порятунку після виконання ними професійних завдань в умовах антитерористичної операції (див. додаток Д).

Висновки за розділом

1. На основі результатів опитування рятувальників, керівників зведених загонів країни, які працювали в АТО, психологів ДСНС, ЗСУ та Національної гвардії України було складено перелік основних ознак – маркерів, за якими можна свідчити про ті чи інші зміни в поведінці особистості, яка пережила ту чи іншу стресову ситуацію або подію, в нашому випадку – бойові дії. Головними або найбільш помітними можна назвати такі *поведінкові реакції* як імпульсивність, вразливість, унікаюча поведінка, емоційна відстороненість та дратівливість. Втрата часової перспективи, переоцінка цінностей, зміна життєвих пріоритетів та підвищення або актуалізація цінності життя спостерігаються у тих рятувальників, які перебували в зоні АТО більше двох місяців. Підвищення пильності спостерігається в кожній групі досліджуваних рятувальників, але частота зустрічальності вказаної ознаки зростає прямо пропорційно тривалості перебування фахівця в зоні локального збройного конфлікту.

Такі *риски* як агресивність, дратівливість, вразливість та імпульсивність є наявними у всіх групах обстежуваних та характеризуються поступовим зростанням залежно від терміну перебування в зоні бойових дій. Частота зустрічальності цих змін обумовлюється тривалістю перебування в зоні проведення локального збройного конфлікту та кількістю ротаций в АТО.

2. Вивчення *супутніх явищ* дозволило встановити, що трохи більше чверті родичів опитаних рятувальників з розумінням поставилися до того, що їх близька людина їде до зони АТО. А майже 40% родичів вкрай негативно поставились до такої новини. Майже половина рятувальників, які виконували свої професійні обов'язки в зоні бойових дій, потрапляли під обстріли. При цьому абсолютно всі рятувальники, що виконували в зоні АТО свої професійні завдання, неодноразово чули вибухи. У групі рятувальників з Донецького та Луганського регіонів майже 100% опитаних потрапляли під обстріли. Більшість із них також бачили поранення інших людей. При цьому чверть опитаних рятувальників на власні очі бачили поранення чи то своїх колег, чи то когось із населення.

3. Результати анкетування показали, що найбільший *страх* у рятувальників викликали обстріли. Наступними за значущістю є невизначеність, неві-

домість, незрозуміння того, куди та на скільки рятувальники їдуть. Наступні варіанти відповідей стосувались збереження здоров'я та життя (загинути, бути пораненим, потрапити у полон, залишитись інвалідом). Загалом, приблизно чверть рятувальників переймались цим питанням перед відправленням до зони АТО. Також серед найбільш помітних страхів рятувальників можна вказати на страх залишати родину, побоювання за долю рідних.

4. Дослідження питань щодо *актуалізації основних проблем рятувальників у період після повернення* із зони локального збройного конфлікту показало, що приблизно у половини фахівців Служби порятунку, які приїхали із зони АТО, настрої абсолютно не змінилися, емоційний фон залишився нейтральним; у кожного третього фахівця було зафіксовано поліпшення настрою та перевагу позитивного емоційного фону; чверть рятувальників відмітили у себе погіршення настрою та вказали на негативні зміни у психоемоційному стані.

Серед найбільш гострих проблем, які турбували рятувальників, виділяються: відсутність гідного грошового забезпечення; відсутність власного житла; відмова в отриманні статусу «учасника бойових дій». Поряд з цим рятувальників, які повернулися із зони антитерористичної операції, за їх свідченнями турбують проблеми щодо міжособистісних стосунків як у родині, так і в підрозділі.

5. Дослідження *суб'єктивної оцінки змін*, які помітили у себе фахівці аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України, які працювали в умовах локального збройного конфлікту, показало, що домінуючими трансформаціями є підвищення цінності власного життя та життя своїх рідних та близьких. Поряд з цим, у рятувальників актуалізувались: цінність важливості миру (життя без війни); розуміння цінності взаємовідносин із близькими; переоцінка життєвих цінностей; розуміння цінності дружніх відносин; підвищення патріотизму.

Розгляд основних планів або *орієнтирів рятувальників на своє майбутнє* показав, що ті рятувальники, які перебували в зоні АТО, незважаючи на отриманий травматичний досвід, не відмовляються будувати плани на майбутнє, при цьому навіть вважають себе більш рішучими та сміливими у питаннях цілеполягання.

Перелік основних планів на майбутнє утворений бажаннями: покращення матеріального становища; придбання власного житла; одруженням; отриманням освіти; народженням дітей.

6. Вивчення особливостей *невротичних станів* у фахівців-рятувальників після їх повернення із зони проведення антитерористичної операції показало, що тривога набуває ознак розладу та стає майже «обов'язковою» рисою фахівця-рятувальника, який повернувся із зони проведення антитерористичної операції.

Поряд з цим у цих фахівців достатньо високим є рівень астенічних проявів та obsesивно-фобічних порушень, які стають передумовами формування астенічного синдрому в тих, хто отримав травматичний досвід.

Прямо пропорційно терміну перебування фахівця в зоні АТО зростають показники тривожної настороженості; готовності до імпульсивного захисного

відреагування на загрозу; звуження емоційного діапазону, прагнення до уходу від реальності тощо.

7. Вивчення агресії здійснювалося в аспекті її розуміння як однієї з форм захисної поведінки або реакції на ситуацію фрустрації, яку відчувають рятувальники в умовах неможливості задоволення потреби у безпеці та потреби у визнанні.

Встановлено, що фізична агресія не властива фахівцям ДСНС України взагалі. На відміну від неї, досить помітними є показники за шкалами роздратування, образи, підозрливості, почуття провини та непрямой агресії.

Відмічено, що індекс ворожості у рятувальників, які виконували професійні завдання в умовах АТО, має підвищений рівень у порівнянні з рятувальниками з контрольної групи. При цьому індекс агресивності у рятувальників не є помітним та відповідає низькому рівню.

8. Аналіз отриманих даних за показником сформованості окремих ознак ПТСР у рятувальників показав, що найбільш помітними є симптоми: «*a*–травматична подія», що відноситься до ГСР; «*F*–дистрес та дезадаптація», а також «*A*–травматична подія», що відноситься до ПТСР. Діапазон прояву вказаних симптомів не виходить за межі середніх значень – тих, що виражені незначною мірою. Крім того, сформованими у рятувальників можна назвати і такі симптоми як: «гіперактивація», «уникнення» та дисоціативні симптоми.

В групі досліджуваних, які перебували в зоні АТО більше трьох місяців можна помітити тенденцію до підвищення рівня виразності наступних симптомів: «*A*–травматична подія», «*a*–травматична подія», *d*–симптоми «уникнення» та «*e*–симптоми гіперактивації». Такі показники, як «*B*–вторинне переживання травми», «*D*–симптоми «гіперактивації», «*b*–дисоціативні симптоми» та «*f*–дистрес та дезадаптація», відповідають незначному рівню виразності, але однаково є наявними у симптомокомплексах, що вивчалися.

Загальний рівень виразності ПТСР є достовірно вищим у рятувальників, які перебували в зоні АТО більше трьох місяців, та відповідає значному рівню післятравматичного стресового розладу. У 1-й групі симптоматика ПТСР відсутня; в 2-й групі рятувальників показник виразності ПТСР свідчить про появу окремих його симптомів.

9. За допомогою кореляційного аналізу доведено, що тривалість перебування людини в екстремальних, надзвичайних умовах на пряму визначає ступінь її психотравматизації та зумовлює часткове зниження рівня *нервово-психічної стійкості* рятувальника.

Крім того, на зниження нервово-психічної стійкості впливають рівень тривожності та виникнення астеничних проявів у рятувальника. А от збереження її оптимального рівня, або навіть її підвищення, забезпечується актуалізацією цінності життя та здоров'я фахівця Служби порятунку.

При цьому зміни в межах ціннісно-сислової сфери особистості зумовлюють виникнення у рятувальників такого явища, як *післятравматичне стресове зростання*. Встановлено, що серед всіх рятувальників, які перебу-

вали в зоні проведення антитерористичної операції, кількість тих, у кого фіксуються ознаки післятравматичного зростання, складає приблизно третину від загальної кількості досліджуваних.

10. Вивчення емоційних параметрів сприйняття рятувальниками ключових *сміслоутворюючих компонентів життєдіяльності* дозволило отримати більш повну характеристику змін та трансформацій, які мають місце в аспекті пережитої ними травматичної події.

Вивчення неусвідомленого ставлення фахівців-рятувальників до найбільш показових екзистенціальних категорій: «Минуле», «Війна», «Майбутнє», «Моя професія» та «Родина» – показало, що фахівці, які перебували в зоні АТО, максимально ідентифікують себе з власним минулим; при цьому зміни, які сталися з ними, не завжди є усвідомленими або, скоріше, є такими, що поки що не приймаються та не ідентифікуються як власні.

Розгляд асоціативного вибору при роботі з категорією «війна» показав, що війна зумовлює виникнення у рятувальників почуття безнадії, приреченості, прагнення чинити опір всьому та неадекватність.

При вивченні неусвідомленого ставлення до майбутнього доведено, що фахівці, які перебували в зоні АТО, на майбутнє покладають дуже великі сподівання, будують плани, прагнуть позитивних змін.

Достатньо позитивне ставлення фіксується і стосовно кольорових асоціацій щодо категорії *«родина»*.

Вивчення ставлення рятувальників до своєї професії показало, що, оцінюючи власну професійну діяльність, рятувальники, які перебували в зоні АТО, прагнуть до почуття задоволеності, спокою, прогнозованої обстановки, демонструють небажання брати участь у конфліктах, воліють уникати стресів.

11. Під час дослідження ресурсних сфер, в межах яких можна планувати заходи відновлювального періоду рятувальників, було встановлено, що рідше високий рівень самооцінки зустрічається у фахівців, які перебували в зоні проведення АТО більше 90 діб.

При самооцінюванні рятувальники найчастіше ставили себе в один ряд з родичами, друзями та колегами.

Оцінка такого показника як «сила Я» засвідчила, що цей показник у рятувальників визначався здебільшого по відношенню до колег. При цьому досліджуваних рятувальникам 1-ї та 3-ї груп найбільш властиво демонструвати спрямованість «сили Я» за типом «підпорядкованість», а для фахівців 2-ї групи – за типом «рівність».

Особливості індивідуалізації у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України показали, що у групі тих рятувальників, які найдовше перебували в зоні проведення АТО, частіше відмічається схильність бути частиною групи.

Оцінка ступеня ідентифікації показала, що здебільшого у всіх групах спостерігається середній рівень ступеня ідентифікації рятувальників з об'єктом. Поряд з цим, високий рівень виразності показника егоцентричності відмічається майже у чверті учасників 2-ї групи досліджуваних.

12. Факторний аналіз основних наслідків, які відбуваються з рятувальником після його перебування в зоні антитерористичної операції, показав, що найбільших змін зазнають підструктури емоційно-вольової або афективної сфер, поведінка та спрямованість фахівця. При цьому якщо наслідки в межах першого та другого факторів потребують особливої уваги з боку фахівців-психологів, то зміни в межах спрямованості особистості можуть слугувати ресурсом для реадaptaції рятувальника та оптимізації його подальшого виходу із травматичної ситуації.

ВИСНОВКИ

У монографії здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо визначення психологічних наслідків перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції.

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз наукових досліджень проблеми «виходу з війни» довів, що діапазон впливу стрес-факторів будь-якої війни (широкомасштабної, локальної, гібридної та ін.) на людську психіку є надзвичайно широким. Він охоплює великий спектр психологічних явищ, в яких зміни людської психіки коливаються від ярко виражених, явних патологічних форм до зовні малопомітних, прихованих, пролонгованих, «відстрочених» у часі реакцій.

Кожна війна або локальний збройний конфлікт (яким, по суті, і є антитерористична операція) стає каталізатором, що прискорює виникнення станів психічної дезадаптації, декомпенсації, розвиток психопатологічної симптоматики та особистісних змін серед її учасників.

«Ціною» ефективності військово-професійної діяльності в умовах локального збройного конфлікту стає виснаження функціональних резервів організму, а також значна асенізація та психопатизація особового складу.

Поряд із з відчаєм, фрустрацією, апатією, серед учасників локального збройного конфлікту можуть розвиватися особистісні трансформаційні процеси, складатися спотворена, патологічна картина світу, формуватися агресивна, конфліктна поведінка.

Психічні порушення, що виникатимуть під час виконання завдань за призначенням у зоні локального збройного конфлікту, створюватимуть передумови для виникнення складних психосоціальних наслідків у мирному житті.

Повернення ветеранів локального збройного конфлікту до умов мирного життя матиме свої відмінності, що знаходитимуться у площині парадигми «життя – смерть».

В умовах мирного життя перед ветераном бойових дій постане важка задача – переосмислення травматичного досвіду. Смысловий конфлікт та роздвоювання особистості стануть одними з основних етіологічних факторів, що зумовлюватимуть аномальний розвиток ветерана локального збройного конфлікту та виникнення у нього післятравматичного стресового розладу.

2. Структура вивчення особливостей прояву психологічних наслідків виконання рятувальниками професійних завдань в умовах надзвичайної ситуації воєнного походження повинна передбачати: (а) вивчення специфічних проблем, з якими рятувальники повертаються із зони надзвичайної ситуації до мирного життя (особистісні, міжособистісні проблеми тощо); (б) аналіз соціально-психологічних детермінант, які є основою виникнення психічних порушень у рятувальників (негативні психічні стани, розлади поведінки тощо); (в) дослідження змін у ціннісно-смысловій сфері рятувальників; (г) оцінка особливостей соціального середовища, в яке повертається рятувальник після виконання завдань за призначенням (родина, друзі, колеги по роботі та

т. ін.); (д) визначення ступеня задоволеності потребової сфери (отримання задекларованих державою соціальних гарантій).

3. Основним стрес-фактором в умовах локального збройного конфлікту є загроза життю та здоров'ю людини, тобто вітальна загроза. Поряд з цим досить потужним є і фактор невідомості та невизначеності.

Стрес-фактори, що чинили вплив на рятувальників в умовах проведення бойових дій, поділяються на ті, що зумовлені безпосередньо специфікою діяльності фахівців Служби порятунку в зоні АТО, та ті, що зумовлені специфікою самої ситуації, в умовах якої їм доводилося виконувати свої професійні обов'язки.

Найбільш стресогенними факторами є: потрапляння під обстріли; загроза власному життю та здоров'ю; поранення колег; поранення мирних жителів та невизначеність строків ротації або терміну перебування в зоні локального збройного конфлікту.

4. Основними психологічними наслідками перебування рятувальників у зоні проведення АТО є: агресивність, дратівливість, вразливість, імпульсивність; втрата часової перспективи, переоцінка цінностей, зміна життєвих пріоритетів та підвищення або актуалізація цінності життя; розуміння цінності взаємовідносин із близькими, дружніх відносин та підвищення патріотизму; скептичність, потреба у відстоюванні своїх інтересів; бажання посилити впевненість у власній цінності, або через самоствердження або через отримання визнання з боку оточуючих; початкові ознаки невротичних станів; підвищений рівень тривоги, яка, здебільшого, трансформується та проявляється у вигляді ознак невротичної депресії; постійне очікування загрози, що зумовлює високу мобілізаційну готовність рятувальника до адекватного реагування на неї та провокує досить швидке психоемоційне виснаження.

Найбільш актуальними проблемами у рятувальників - учасників АТО, є: матеріальні проблеми та відмова у присвоєнні статусу «Учасник бойових дій».

Основними «завданнями» на майбутнє рятувальники - учасники АТО вважають: покращення свого матеріального становища, придбання власного житла, одруження, отримання освіти та народження дітей.

Потребує подальшого вивчення розробка алгоритму організації та проведення психологічної роботи з фахівцями Служби порятунку після виконання ними професійних завдань в умовах надзвичайної ситуації воєнного характеру.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **Малышева, Е. М.** Мировые войны и локальные военные конфликты в истории: последствия, уроки / Е. М. Малышева // [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/mirovye-voyny-i-lokalnye-voennye-konflikty-v-istorii-posledstviya-uroki>.
2. **Клаузевиц, К.** О войне / К. Клаузевиц – М., 1934. – С. 5.
3. **Караяни, А. Г.** Прикладная военная психология [Текст]: Учебное пособие / А. Г. Караяни. – М.: «Питер», 2006. – 480 с.
4. **Караяни, А. Г.** Психологические последствия войны и социально-психологическая реадaptация участников боевых действий / Караяни А.Г., Караяни Ю.М. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – Серия «Психология». – 2014. – Том 7. – № 4. – С. 59-65.
5. **Головин, Н. Н.** Исследование боя. Исследование деятельности и свойств человека как бойца / Головин Н.Н. – М.: Военная Академия ГШ ВС РФ, 1995. – 303 с.
6. **Макнаб, К.** Психологическая подготовка подразделений специального назначения / Макнаб К. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2002. – 384 с.
7. **Шумков, Г. Е.** Психика бойцов во время сражений / Г.Е. Шумков // Общество ревнителей военных знаний. – 1908. – № 3. – С. 18.
8. **Дрейлинг, Р.** Военная психология / Дрейлинг Р. // Душа армии. – 1935. – С. 156-166.
9. **Алещенко, В. І.** Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України [Текст]: монографія / В. І. Алещенко. – Харків: ХУПС, 2008. – 238 с.
10. **Приходько, І. І.** Динаміка психічних станів військовослужбовців сил охорони правопорядку при виконанні службово-бойових завдань під час масових заворушень [Текст] : монографія / Приходько І. І., Тімченко О. В., Лиман А. А. та ін. – Харків : НА НГУ, 2016. – 130 с.
11. **Ахмедова, Х. Б.** Фанатизм и идея мести у лиц, имеющих посттравматические стрессовые расстройства / Ахмедова Х. Б. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т.13. – № 2. – С.24-32.
12. **Бай-Балаева, Е. К.** К вопросу о социальной ситуации развития личности воинов-интернационалистов, несших службу в Афганистане / Бай-Балаева Е. К. // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. – 1989. – С. 66-70.
13. **Смирнова, Л. В.** Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия): дисс. ... кандидата медицинских наук : 14.00.18 / Смирнова Л. В. Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН». – Томск, 2003. – 241 с.
14. **Литвинцев, С. В.** Особенности саморазрушающего поведения в популяции ветеранов локальных войн / Литвинцев С. В., Лыткин В. М., Снед-

ков Е. В., Захаров В. И. // Актуальные проблемы пограничной психиатрии: материалы Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). – СПб, 1998. – С. 158-165.

15. **Литвинцев, С. В.** Отчет о результатах работы сотрудников ВмедА, групп психического здоровья и специалистов кабинетов медико-психологической коррекции окружных военных госпиталей по социально-психологическому изучению, психофизиологическому и психиатрическому обследованию личного состава частей и подразделений, принимавших участие в контртеррористической операции на территории Северо-Кавказского региона / Литвинцев С. В., Чермянин С. В., Кондратьев А. Ю., Давыдов А. Т., и др. – СПб, 2000. – 67 с.

16. **Лыткин, В. М.** Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн / Лыткин В. М. // Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И.Иванова). – СПб., 2002. – С.45-52.

17. **Зелянина, А. Н.** Динамика индивидуально-психологических особенностей ветеранов боевых действий с различным характером военной травмы : Дисс... канд. психологических наук : 19.00.13 / Зелянина А. Н. Ин-т психологии РАН. – Москва, 2013. – 138 с.

18. **Бердяев, Н. А.** Психология войны и смысл войны. Судьба России / Бердяев Н. А. – М., 1918. – С. 177-210.

19. **Бехтерев, В. М.** Война и психозы / Бехтерев В. М. // Обозр. психиат., неврол. и эксперим. психол. 1914/1915. – Т.19. – № 4/6. – С.317-335.

20. **Бондарев, Н. И.** К вопросу о влиянии боевых впечатлений на солдат / Бондарев Н. И. // Научная медицина. – 1919. – № 3. – С.299-303.

21. **Вангейм, К. А.** Особенности психических заболеваний военного времени по материалам лечебных учреждений глубокого тыла. Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны / Вангейм К. А., Трифонов Б. А. – Л., 1985. – С. 91-95.

22. **Гаррик, Дж.** Двенадцать шагов: Руководство. Программа самостоятельной реабилитации для ветеранов войны в Афганистане / Гаррик Дж. – New York, 1992. – 31 с.

23. **Гольман, С. В.** Неврозы военного времени (по материалам империалистической войны 1914-1918 гг.) / Гольман, С. В. // Психозы и психоневрозы войны / Под ред В.П.Осипова. – Л.: Госуд. изд-во мед. литературы, 1941. – С.189-219.

24. **Горовой-Шалтан, В. А.** Психоневрозы войны / Горовой-Шалтан В. А. // Вопросы психиатрической практики военного времени / Под ред. В.П.Осипова. – Л.: Госуд. изд-во мед. литературы, 1941. – С.91-126.

25. **Грейденберг, Б. С.** Краткий историко-литературный очерк учения о травматическом неврозе / Грейденберг Б. С. // Травматический невроз. – Харьков. – 1918. – С. 7-14.

26. **Гуревич, М. О.** Достижения советской психиатрии за годы Отечественной войны. Тр. Центр. Ин-та психиатрии МЗ РСФСР / Гуревич М. О., Сухарева Г. Е. – М., 1947. – Т.3. – С.42-59.

27. **Добротворский, Н. М.** Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915-1918 гг.) / Добротворский Н. М. // Научная медицина. – 1919. – № 1. – С.378-386.
28. **Ерышев, О. Ф.** Биологическая терапия психозов в военные годы. Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сб. науч. тр. / Ерышев О. Ф. / Под ред. М.М. Кабанова, В.В. Ковалева. – Л., 1985. – С. 72-77.
29. **Зайцев, Р. З.** К организации психоневрологической помощи в 1941-1945 гг. /Зайцев Р. З. // Воен.-мед. журн. – 1995. – № 5. – С.62-65.
30. **Кнопов, М. Ш.** Военно-полевая терапия в годы Великой Отечественной войны / Кнопов М. Ш., Тарануха В. К. – М.: Медицина, 2003. – 328 с.
31. **Лазебная, Е. О.** Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий /Лазебная Е. О., Зеленова М. В. // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С.62-74.
32. **Шанин, Ю. Н.** Психосоматические расстройства у участников военных действий в отдаленном периоде боевых стрессорных повреждений / Шанин Ю. Н., Захаров В. И., Стрельников А. А., Грызунов В. В. // Клиническая медицина и патофизиология. – 1995. – № 1. – С. 53-57.
33. Військова психологія та педагогіка: інноваційний підхід: підручник : у 2 ч. Ч. 1 /колектив авторів; за заг. ред. С.Д. Максименка. – К.: НУОУ, 2012. – 472 с.
34. **Сафін, О. Д.** Психотехнології роботи з учасниками бойових дій та членами їхніх родин щодо їхньої післяекстремальної адаптації до умов мирного життя / Сафін О. Д. // Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. – Вип. 19. – Харків: НУ ЦЗУ, 2016. – С. 182-193.
35. **Кокун, О. М.** Особливості негативних психічних станів військовослужбовців / Кокун О. М. Пішко І. О., Лозінська Н. С. // Вісник Національного університету оборони України. – 2014. – Вип. 5(42). – С. 262-267.
36. **Приходько, І. І.** Психологія екстремальної діяльності [Текст]: навч. посіб. / Приходько І. І., Колесніченко О. С., Тімченко О. В. та ін. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с.
37. **Гуров, В. А.** Отечественные вооруженные силы и их роль в разрешении вооруженных конфликтов: дис. на соискание ученой степени д. истор. наук : спец. 07.00.02 – «Отечественная история» / Гуров В. А. Поволжская государственная социально-гуманитарная академия. – Самара. 2014. – 613 с.
38. **Лазебная, Е. О.** Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Лазебная Е. О. // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 5. – С. 62-74.
39. **Симонов, К. М.** Живые и мертвые / Симонов К. М. – М., 1966. – 512 с.
40. **Шарапов, Ю. П.** Как перед господом Богом чисты... / Шарапов Ю. П. // Красная звезда. – 1991. – 22 июня. – С. 3.
41. **Кардин, В.** К вопросу о белых перчатках. / Кардин В // «Огонек». – № 29. – М. – 1991. – С.7.
42. Второй съезд народных депутатов СССР. – Стенографический отчет. 12-14 декабря 1989 г. – Т.IV. – М., 1989. – С. 432-454, 616.

43. **Знаков, В. В.** Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении / Знаков В. В. // Психологический журнал. – 1990. – Т. № 4. – С. 99-108.

44. **Сенявская, Е. С.** Противники России в войнах XX века: Эволюция «образа врага» в сознании армии и общества / Сенявская Е.С. – М., 2006. – 176 с.

45. **Знаков, В. В.** Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане / Знаков В. В. // Вопросы психологии. – 1990. – № 4. – С. 108-116.

46. После Афганистана. Комсомольская правда. 1989. 21 декабря. С. 2.

47. **Знаков, В. В.** Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства / Знаков В. В. // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10. – № 4. – С. 113-124.

48. **Тарабрина, Н. В.** Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. // Психологический журнал. – 1992. – № 2. – С. 14-29.

49. **Солдатенков, Н.** Война, которую не могут забыть / Солдатенков Н. // Аргументы и факты. – № 28. – 1991. – С. 2.

50. **Данилова, Н. Ю.** Конструирование военного синдрома: «вьетнамский» и «афганский» синдром. Мир и война: культурные контексты социальной агрессии / Данилова Н. Ю. / Под ред. И.О. Ермаченко, Л.П. Репиной. – М.: ИВИ РАН, 2005. – С. 231-248.

51. **Бугров, В.** Нас называли «шурави» / Бугров В. // Вестник благотворительности. – 1999. – № 3. – С.25.

52. **Магомед-Эминов, М. Ш.** Трансформация личности / Магомед-Эминов М. Ш. – М.: Психоаналитическая Ассоциация, 1998. – 496 с.

53. **Сенявская, Е. С.** Психология войны в XX веке: исторический опыт России / Сенявская Е. С. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1999. – 383 с.

54. **Караяни, А. Г.** Психологическая реабилитация участников боевых действий / Караяни А. Г. – М., 2003. – 80 с.

55. **Абрамова, Т. В.** О медико-психологическом состоянии бойцов ОМОН после возвращения из служебной командировки из зоны «ЧС». / Абрамова Т. В. / Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России: Сборник тезисов выступлений участников всероссийского совещания руководителей подразделений психологического обеспечения ОВД и ВВ. – М.: Управление воспитательной работы ГУ-КиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 219-220.

56. **Арсанукаева, А. С.** Комплексная социально-гигиеническая оценка состояния профессионального здоровья сотрудников специального подразделения МВД Чеченской Республики: Дис. ... канд. мед. наук: 05.26.02. / Арсанукаева А.С. – М., 2005. – 156 с.

57. **Белинский, А. В.** Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий в многопрофильном госпитале. / Белинский А. В., Лямин М. В. // Военно-медицинский журнал. – 2000. – №1. – С. 62-66.

58. **Глушаченков, А. А.** Проблемы Вооруженных Сил в периодической печати в период становления российского общества: Дисс... д. исторических наук: 07.00.02. / Глушаченков А. А. Московский гос. обл. ун-т. – М., 2009. – 402 с.

59. **Гурова, О. С.** Психологические особенности субъективных представлений о жизненных перспективах участников локальных войн: дисс. канд. психол. наук: 19.00.01. / Гурова О. С. Алтайский государственный университет. – Барнаул, 2004. – 176 с.

60. **Денисов, А. А.** Социальная реабилитация российских военнослужащих - участников вооруженных конфликтов: Дисс... канд. социологических наук: 22.00.04. / Денисов А. А. – Новочеркасск, 2006. – 168 с.

61. **Джишкариани, М. А.** Травматический стресс у выживших на войне / Джишкариани М. А. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Том 10. – Вып.4. – С. 28-31.

62. **Дмитриева, Т. Б.** Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) / Дмитриева Т. Б., Василевский В. Г., Фастовцов Г. А. // Российский психиатрический журнал. – № 3. – 2003. – С. 38-42.

63. **Дрига, Б. В.** Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву: Дисс... канд. мед. наук: 14.01.06 / Дрига Б. В. – СПб, 2012. – 24 с.

64. **Евенко, С. Л.** Психология отклоняющегося поведения военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации: Автореферат дисс... д. психол. наук: 19.00.05. / Евенко С. Л. – М., 2009. – 46 с.

65. **Елисеева, И. Н.** История развития отечественной экстремальной психологии: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.01. / Елисеева И. Н. – М., 2015. – 286 с.

66. **Жаданюк, А. С.** Психологические особенности динамики формирования личностных качеств в условиях профессионального стресса: На материале деятельности работников спецподразделений на Северном Кавказе: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.03. / Жаданюк А. С. – Ярославль, 2005. – 195 с.

67. **Зайцев, А. А.** Проблема здоровья и адаптации военнослужащих, принимавших участие в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах / Зайцев А. А. Левицкая Т. Е., Дмитриева Е. Н. // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 319. – С. 165-180.

68. **Зенкевич, Е. А.** Информационно-психологическая детерминация восприятия войны в Чечне: 1994-1996 и 1999-2000 гг.: Дисс...канд. психол. наук.: 19.00.05. / Зенкевич Е. А. – М., 2005. – 164 с.

69. **Зуйкова, А. А.** Особенности этиопатогенеза дезадаптивных изменений участников боевых действий: Дисс... д. мед. наук: 14.03.03. / Зуйкова А. А. – Нижний Новгород, 2014. – 287 с.

70. **Иванов, А. Л.** Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-

социальная коррекция / Иванов А. Л., Жуматий Н. В., Рубцов В. В., Давлетшина М. В. // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 4. – С 146-162.

71. **Ичитовкина, Е. Г.** Клинические и социально-психологические особенности комбатантов министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки : Дисс... канд.. мед. наук: 05.26.02. / Ичитовкина Е. Г. – Архангельск, 2011. – 135 с.

72. **Казенных, В. В.** Клинико-динамические и социально-психологические аспекты психического здоровья военнослужащих: Дисс... канд.. мед. наук: 14.00.18. / Казенных В. В. – Томск, 2005. – 209 с.

73. **Караяни, Ю. М.** Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий: Дисс... д. психол. наук: 19.00.05 / Караяни Ю. М. – М., 2015. – 343 с.

74. **Китаев-Смык, Л. А.** Стресс войны. Фронтные наблюдения врача-психолога / Китаев-Смык Л. А. – М.: Российский Институт культурологии, 2001. – 216 с.

75. **Козырева, Т. С.** Структурные компоненты идентичности личности с признаками посттравматических стрессовых состояний : Дисс... канд. психол. наук: 19.00.01. / Козырева Т. С. – Новосибирск, 2009. – 251 с.

76. **Колов, С. А.** Клинические, психологические и социальные характеристики участников боевых действий и их динамика в процессе групповой психотерапии : Автореферат дисс... канд. мед. наук: 19.00.04. / Колов С. А. – СПб, 2007. – 26 с.

77. **Корехова, М. В.** Факторы психической дезадаптации специалистов экстремального профиля деятельности: Автореферат дисс... канд. психол. наук: 05.26.02; 19.00.04. / Корехова М. В. – СПб., 2013. – 26 с.

78. **Коржиков, О. Н.** Социальная и психологическая реабилитация военнослужащих - участников конфликтов в постсоветском пространстве: Дисс... канд. социологических наук: 22.00.04. / Коржиков О. Н. – Астрахань, 2000. – 144 с.

79. **Короткова, Н. В.** Психологические и медико-социальные особенности ветеранов локальных войн: Дис... канд. психол. наук: 19.00.04. Короткова Н.В. – СПб., 2000. – 246 с.

80. **Косова, Е. Г.** Психическая ригидность как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников оперативных подразделений, перенесших боевой стресс: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.04. / Косова Е. Г. – Томск, 2005. – 201 с.

81. **Крылов, К. Е.** Клиника посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих срочной службы, участвовавших в боевых действиях. Дисс. ... канд. мед. наук. / Крылов К. Е. – СПб., 2000. – 212 с.

82. **Кузнецова, Л. Э.** Влияние системы отношений личности на адаптационный потенциал сотрудников милиции, переживших экстремальные ситуации: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.01. / Кузнецова Л. Э. – Краснодар, 2011. – 222 с.

83. **Магомед-Эминов, М. Ш.** Деятельностно-смысловой подход к психологической трансформации личности: Дисс... д. психол. наук: 19.00.01. / Магомед-Эминов М.Ш. – М., 2009. – 530 с.

84. **Мозин, В. А.** Психологические аспекты поведенческих реакций в ЧС. Психологические аспекты поведенческих реакций человека в чрезвычайных ситуациях и их корректировка / Мозин В. А. – СПб.: Изд-во СПбГАТИ. 2004. – С. 15-20.

85. **Морозова, С. Н.** Клинико-динамическая и прогностическая характеристика алкогольной зависимости, сочетающейся с посттравматическими стрессовыми расстройствами: Дисс... канд. мед. наук: 14.01.27. Морозова С.Н. – М., 2010. – 175 с.

86. **Наврузова, С. К.** Психическая адаптация участников локальных вооруженных конфликтов: Дисс... канд. биол. наук: 05.26.02. / Наврузова С.К. – М. 2002, – 148 с.

87. **Наров, М. Ю.** Нервно-психические стрессовые расстройства с коморбидными аддиктивными состояниями у сотрудников правоохранительных органов: Дисс... д. мед. наук: 14.00.18. / Наров М.Ю. –М., 2007. – 343 с.

88. **Нестеренко, Н. В.** Медико-социальные проблемы здоровья и межличностных отношений участников контртеррористических операций: Дисс... канд. мед. наук: 14.00.33. / Нестеренко Н.В. – Рязань, 2006. – 140 с.

89. **Никитина, Т. Е.** Зависимость формирования личностных и поведенческих нарушений от конституционально-типологических особенностей у военнослужащих, переживших острый и перманентный боевой стресс: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.01 / Никитина Т.Е. –Ставрополь, 2003. – 166 с.

90. **Овчинников, Б. В.** Профессиональный стресс и здоровье / Овчинников Б.В., Колчев А.И. // Психология профессионального здоровья: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2006. – С. 204-213.

91. **Пажильцев, И. В.** Психологические особенности личности сотрудников спецподразделений МВД России – участников контртеррористической операции на Северном Кавказе и их психотерапевтическая коррекция: Дисс... канд. психол. наук: 05.26.02, 19.00.04. / Пажильцев И.В. – СПб., 2007. – 260 с.

92. **Пацакула, И. И.** Психология профессиональной безопасности сотрудников спецподразделений правоохранительных органов в экстремальных условиях деятельности: На материале исследования индивидуальной профессиональной безопасности: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.06. / Пацакула И. И. – Рязань, 2001. – 216 с.

93. **Попинако, А. В.** Коррекция психических отклонений у военнослужащих - участников вооруженных конфликтов на основе целенаправленного применения средств физической культуры: Дисс... канд. пед. наук: 13.00.04. / Попинако А. В. – Смоленск, 2007. – 179 с.

94. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. академика РАМН Т. Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005. – 204 с.

95. **Соломин, В. П.** Психологическая безопасность / Соломин В.П., Михайлов Л.А., Шатровой О.В., Меликова Т.В. – М.: «ДРОФА», 2007. – 284 с.

96. **Пушкарев, А. Л.** Посттравматическое стрессовое расстройство / Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. –128 с.

97. **Сенявская, Е. С.** Психология российских участников войн XX века: Дисс... д. исторических наук: 07.00.02. / Сенявская Е. С. – М., 2000. – 738 с.

98. **Смекалкина, Л. В.** Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения: Дисс... канд. мед. наук: 14.03.11. / Смекалкина Л.В. – М., 2011. – 236 с.

99. **Стрельникова, Ю. Ю.** Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел): Дисс... канд. психол. наук: 19.00.04. / Стрельникова Ю.Ю. – СПб., 2005. – 384 с.

100. **Тавакалова, М. М.** Социально-психологическое обеспечение инклюзивного обучения инвалидов боевых действий: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.05. / Тавакалова М.М. – М., 2006. – 232 с.

101. **Утюганов, А. А.** Особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.01. / Утюганов А.А. – Кемерово, 2011. – 140 с.

102. **Фастовцов, Г. А.** Криминальная агрессия комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством (клинический и судебно – психиатрический аспекты): Автореферат дис... д. мед. наук: 14.01.06. / Фастовцов Г.А. – М., 2010. – 32 с.

103. **Федичев, Г. Г.** Механизмы личностной декомпенсации и дезадаптации у военнослужащих-комбатантов: Дис... канд. психол. наук: 19.00.01. / Федичев Г.Г. – Ставрополь, 2005. – 191 с.

104. **Фролова, Е. В.** Совершенствование организации медико-психологической помощи участникам боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе (на примере Новосибирской области: Дисс. канд. мед наук: 14.02.03. / Фролова Е. В. – Новокузнецк, 2010. – 131 с.

105. **Цыбаева, Л. А.** Психологические особенности «Я»-концепции личности офицеров, участников боевых действий, уволенных в запас: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.01. / Цыбаева Л.А. – Хабаровск, 2005. – 185 с.

106. **Якушева, Л. А.** Влияние личностно-психологических особенностей на формирование и структуру посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов: Дисс... канд. мед. наук: 19.00.04. / Якушева Л.А. – М., 2006. – 154 с.

107. **Пожидаев, Д. Д.** От боевых действий к гражданской жизни / Пожидаев Д. Д. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/data/796/136/1231/011Pozhidaev.pdf>.

108. **Абдурахманов, Р. А.** Стрессовые состояния в боевой обстановке и их психологические последствия / Абдурахманов Р. А. // Мир психологии. – 1998. – № 2. – С.86-88.

109. **Агаев, Н. А.** Проявления психических состояний у миротворцев в адаптационный период / Агаев Н. А. // Вестник Киевского международного университета. – 2006. – Вып. 8. – С. 1-2.

110. **Ветитнева, Н. Л.** Психологическая и медико-социальная реабилитация на курортах военнослужащих из зон локальных военных конфликтов и членов их семей: Дис... канд. психол. наук.: 19.00.04 / Ветитнева Н.Л. – М., 1996. – 248 с.

111. **Воробьев, А. И.** Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесши боевую психическую травму / Воробьев А.И. // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 8. – С. 71-74.

112. **Глушко, А. Н.** О проблеме психофизиологической реабилитации / Глушко А. Н., Овчинников Б. В., Яньшин Л. А., Чермянин С. В., Булыко В. И. // Воен.- мед. журнал. – 1994. – № 3. – С.46-48.

113. **Данилов, А.** Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США / Данилов А. // Зарубежное военное обозрение. – 1991. – № 9. – С. 11-12.

114. **Захаров, В. И.** Структурно-функциональные основы медико-социальной реабилитации раненых и больных / Захаров В. И. // Проблемы реабилитации. – 1999. – № 1. – С. 7-11.

115. **Караяни, А. Г.** Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей Сухопутных войск в локальных военных конфликтах: Дисс... д. психол. наук: 19.00.14. / Караяни А.Г. – М., 1998. – 355 с.

116. **Маклаков, А. Г.** Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / Маклаков А. Г., Чермянин С. В., Шустов Е. Б. // Психологический журнал. – 1998. – Т.19. – № 2. – С.15-26.

117. **Новиков, В. С.** Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих / Новиков В.С., Боченков А.А., Чермянин С.В. // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 3. – С. 53-56.

118. **Носков, В. Н.** Сапер человеческих душ / Носков В. Н. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://okorka.ru/n/noskow_w_n/text_0120.shtml.

119. **Пищелко, А. В.** Психология посттравматического стресса [Текст]: Учебное пособие / Пищелко А.В. – Домодедово: Республиканский институт повышения квалификации работников МВД России, 1998. – 68 с.

120. Проблемы военного плена. История и современность. Матер, междунар. научно-практич. конференц. Вологда. 23-25 октября 1997 г. – Вологда: Изд-во Вологодского ин-та повыш. квалиф. и переподготовки педагог. кадров, 1997. – 271 с.

121. **Снедков, Е. В.** Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Автореферат дисс... д. мед. наук: 14.00.18. / Снедков Е.В. – СПб, 1997. – 50 с.

122. **Фокин, А. А.** О возможности прогнозирования развития посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн / Фокин А.А., Лыткин В.М., Снедков Е.В. // Современная психиатрия. – 1998. – № 5. – С.21-25.

123. **Шестопалова, Л. Ф.** Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Шестопалова Л.Ф. // Украинский медицинский альманах. – 2000. – Т.3. – № 2. – С. 183-184.

124. **Яковенко, С. І.** Теорія і практика психологічної допомоги потерпілим від катастроф (на прикладі постчорнобильської ситуації): Дис... д. психол. наук: 19.00.01 – «Загальна психологія, історія психології». / Яковенко С.І. – К., 1998. – 484 с.

125. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979-1989 гг.) [Текст]: сб. Рос. акад. наук. Институт социологии РАН / отв. ред. А. В. Кинсбургский, М. Н. Топалов. – М., 1995. – 139 с.

126. **Тимченко, А. В.** Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: учебное пособие / Тимченко А.В. – Харьков: Изд-во ХВУ, 1995. – 91 с.

127. **Тімченко, О. В.** Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія / Тімченко О.В. – Харків: Вид-во Ун-ту внутр.справ, 2000. – 268 с.

128. **Schneider, R. J.** Battle stress reaction and the US Army. / Schneider R. J., Luscomb R. L. // Milit. Med. – 1984. – Vol. 149. – № 2. – P. 66-69.

129. **Sethi, B. B.** Antianxiety effect of cannabis: Involvement of central benzodiazepine receptors / Sethi B. B. et al. // Biol. Psychiatry. – 1986. – Vol. 21. – № 1. – P. 23-31.

130. **Гиляровский, В. А.** Динамика невротических состояний в военное время и проблема их лечения. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. / Гиляровский В. А. – Киев; Харьков: Госуд. мед. изд-во УССР, 1946. – С. 285-288.

131. **Appel, J. W.** Incidence of neuropsychiatric disorders in World War 11. / Appel J. W. // Psychiatry. – 1946. – Vol. 102. – № 4. – P. 433-466.

132. **Lefebvre, P.** Archives neuro-psychiatriques de la guerre d'Algerie. / Lefebvre P. // Med. Armees. – 1986. – Vol.14. – № 4. – P. 303-304.

133. **Пюселік, Ф.** Як пережити війну після війни / Пюселік Ф. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=b7QKj-VSTi8>.

134. **Максименко, С. Д.** Основи загальної психології [Текст] : підручник / Максименко С.Д. – К.: Либідь, 1998. – 416 с.

135. **Максименко, С. Д.** Експериментальна психологія [Текст] : підручник / Максименко С.Д. – К.: МАУП, 2002. – 128 с.

136. **Сыропятов, О. Г.** Психопатология чрезвычайных ситуаций / Сыропятов О. Г., Иванцова Г. В. – К.: Науковий світ, 2005. – 64 с.

137. **Балабанова, Л. М.** Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений): монографія / Балабанова Л.М. – Д.: Сталкер, 1998. – 432 с.

138. **Осьодло, В. І.** Суб'єктна активність особистості, як психологічна проблема. / Осьодло В. І. // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Соціальна філософія, психологія. – Харків: ХУПС, 2007. – Вип. 2 (28). – С.170-182.
139. **Потапчук, Є. М.** Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія / Потапчук Є. М. – Хмельницький: Видавництво Національної академії ДПСУ ім. Б. Хмельницького, 2004. – 323 с.
140. **Сафін, О. Д.** Людський чинник в особливих умовах діяльності та праці: психологічний аспект. / Сафін О. Д. // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2010. – Вип.2. – С.108-120.
141. **Лебедев, Д. В.** Відношення до життя та смерті в умовах надзвичайної ситуації: ціннісно-смысловий аспект: монографія / Лебедев Д. В., Лебедева С. Ю., Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П. та ін. – Х.: УЦ-ЗУ, 2009. – 128 с.
142. **Абдурахманов, Р. А.** Военная психология. Методология, теория, практика: Учебно-методическое пособие. / Абдурахманов Р.А., Анцупов А.Я., Бархаев Б.П. и др. – М.: Военный университет, 1996. – 260 с.
143. **Berry, R.** PTSD among American legioneires in relation to combat experience in Vietnam. / Berry R., Stellwon J., Steven D. // Associated and contributy factors. Ewison Res. – 1988. – Vol.47. – №2. – P. 175-182.
144. **Folkman, S.** Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. / Folkman S., Lasarus R. S., Dunkel-Schetter C. e.a. // Ibid. –1986. – Vol.50. – №.5. – P.992-1003.
145. **Kobasa, S. C.** Personality and social resources in stress resistance. / Kobasa S. C., Puccetti M. C. // J. of personality and social psychology. – 1983. – Vol. 45. – №.4. – P.839-850.
146. **Березовец, В. В.** Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: Дисс... канд. психологических наук: 19.00.06. Юридическая психология / Березовец В.В. – Москва, 1997. – 136 с.
147. **Williams, C. M.** Terapy for Viet Nam Vetefàns. Jhe Jraume of War. Ed. by S.Sonntnbeig. / Williams C. M., Williams T. – Washington, 1985. – P. 195-209.
148. **Sutker, P. B.** Cognitive deficits and psychology among former prisoners of roar and combat veterans of the Korean conflict. Amer. / Sutker P.B., Winstead D.R., Galina Z.H., Allain A.N. // J.Psychiat. – 1991. – 148. – No 1. – С. 67-72.
149. **Лебедев, В. И.** Личность в экстремальных условиях: монографія / Лебедев В.И. – М.: Политиздат, 2005. – 304 с.
150. **Токман, Г. О.** Психодіагностика та корекція особистісних дезадаптацій у шахтарів, які постраждали в аваріях: Дисс... канд. психол. наук: 19.00.04 / Токман Г.О. – К.: Інст.психол. ім. Г.С. Костюка АПН України, 2006. – 184 с.

151. **Семке, В. Я.** Типология и клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств. / Семке В. Я. // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 5. – С. 19-23.
152. **Сидоров, П. Н.** Психологическое здоровье ветеранов афганской войны: монография. / Сидоров П. Н., Литвинцев С. В., Лукманов М. Ф. – Архангельск: издат. центр АГМА, 1999. – 384 с.
153. Практикум по психологии состояний: учебн. пособ. / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. – 480 с.
154. **Злишков, В. Л.** Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / Злишков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
155. **Бурлачук, Л. Ф.** Психодіагностика: Учебник для вузов. 2-е изд. / Бурлачук Л. Ф. – СПб.: Питер, 2009. – 384 с.
156. **Бурлачук, Л. Ф.** Словарь-справочник по психодіагностике. / Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.
157. **Головей, Л. А.** Практикум по возрастной психологии / Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. – СПб.: Речь, 2002. – 694 с.
158. Основы загальної психології: Навчальний посібник: У 2-х т. /Укл. Полозенко О.В., Омельченко Л.М., Яшник С.В., Свистун В.І., Стахневич В.І., Мартинюк І.А., Жуковська Л.М. – К.: НУБіП, 2009. – Т.1. – 322 с.

НАУКОВО-ІСТОРИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОГЕННИХ РОЗЛАДІВ, ЩО ВИНΙΚАЮТЬ ПІД ЧАС ВІЙН ТА ЛОКАЛЬНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ (ПОЧАТОК - КІНЕЦЬ ХХ СТОЛІТТЯ)⁹

А.1. Особливості дослідження проблеми психогенних втрат серед учасників і ветеранів бойових дій

Саме ХХ століття вперше зіткнулося з таким явищем, як "бойові психічні втрати". Тільки в американській армії, серед двох мільйонів солдат, посланих у першу світову війну на європейський театр воєнних дій:

- 116516 загинули в боях;
- 204002 були поранені;
- 106000 зверталися за медичною допомогою з різноманітних приводів у зв'язку з розладами психіки. З них:
 - 69 394 мали такий ступінь психічних розладів, що були евакуйовані додому і визнані цілком небоєздатними;
 - 36 600 були надовго виведені зі строю та госпіталізовані на термін від декількох тижнів до декількох місяців.

- Багато хто з тих, що після лікування повернувся до строю, ще раз випробували психологічний надлам. Приблизно 53 000 з тих, хто звертався за медичною допомогою зі скаргами на розлади психіки, але швидко повернулися до складу своїх бойових підрозділів, усе-таки вибували зі строю через короткий проміжок часу;

- 158 994 військових не брали участі в бойових діях протягом певного періоду часу з чисто психічних причин.

У ході й у перші роки після першої світової війни відстрочені психічні явища, що спостерігалися у солдатів, розглядали, в основному, в межах концепції травматичного неврозу. На відміну від ранніх описів причин цього явища (починаючи від Д.Е.Еріксона (1876), розуміння його природи дещо розширилося. Тобто, поряд із фізичною травмою, велику роль у прояві травматичного неврозу стали надавати і психічним травмам.

Відстрочені психічні явища у ветеранів, що обумовлені участю в бойових діях, З.Фрейд пропонував визначати як "воєнний невроз". Це визначення, на його думку, у більшій мірі відповідає даним психічним феноменам.

З.Фрейд відзначав, що труднощі в розумінні природи воєнного неврозу обумовлені тим, що причини його прояву часто не були пов'язані з втручанням "грубої механічної сили". Він підкреслював роль переляку, несподіван-

⁹ Наводиться за Тімченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: *концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування* : Монографія. - Харків: Вид-во Ун-ту внутрішніх справ. - 2000. - С. 57 – 110 (прим. авторів).

ки і страху у виникненні даного явища. Воєнний невроз він розглядав як стан его-конфлікту. При цьому, особливе значення у виникненні невротичних розладів він надавав феномену психічної травми. Розуміння З.Фрейдом даного явища змінювалося разом із розвитком психоаналітичної теорії. Так, у лекціях, що були прочитані ним у 1909 році, З.Фрейд визначав психічні травми як сліди ("залишки", "осади") афективних переживань. У лекціях про психоаналіз, що були прочитані ним із 1915 по 1917 р., психічна травма розглядалася вже з погляду економічного підходу до психічних явищ. Вона визначалася як результат великого й інтенсивного подразнення, від якого не можна звільнитися нормальним засобом. У роботі "По той бік принципу насолоди" З.Фрейд визначив психічну травму як прорив захисного гіпотетичного покриву, що охороняє психіку від надмірних подразнень. Повторювані у ветеранів сни про психотравмуючі події війни З.Фрейд розглядав як прояв активності, спрямованої на оволодіння подразненням, що викликається отриманими раніше сильними враженнями. Почуття боязні, що з'являється при цьому, на його думку, мобілізує внутрішню енергію, необхідну для "зв'язування" зайвого подразнення.

Ідеї З.Фрейда, у тому числі про дві форми прояву реакції на психотравмуючу подію (витіснення і фіксація на травмі), знайшли свій відбиток у сучасному розумінні реакцій на травматичний стрес (посттравматичних стресових реакцій).

У повоєнний період (після першої світової війни) відстрочені психічні явища у ветеранів війни стали усе частіше розглядати в рамках концепції "емоційного неврозу". На думку С.В.Гольмана, емоційний невроз необхідно вважати найбільш характерним неврозом воєнного часу, що виникає внаслідок виконання завдань у безпосередній смузі бойової обстановки. Він може бути наслідком хронічного емоційного стану солдата, що не дає різких зсувів (ускладнень) і емоційного шоку, які виводять бійця на певний період із лінії вогню (від 2-3 годин до кількох тижнів і більше).

С.В.Гольманом було особливо підкреслено, що на ускладнення психічного стану солдатів після виходу з бою впливають такі фактори, як отримані психічні травми, перевтома і виснаження, індивідуальні особливості, характер бойових дій (наприклад, відступ, оточення), значимість тих або інших бойових операцій для конкретного індивіда.

Французьким автором Рукьєром (1929) у групі психоневрозів війни виділяється "постемоційний синдром". При цьому ним було відзначено, що емоція може діяти як внутрішня травма.

Особливе місце посідають дослідження А.Кардинера, який вивчав відстрочені психічні реакції на воєнні події у ветеранів першої світової війни. Одна група ветеранів вивчалася ним у період із 1922 по 1925 роки, а друга - із 1923 по 1928 роки. На дослідження А.Кардинера великий вплив мали ідеї З.Фрейда. Проте він, на відміну від З.Фрейда, розглядав відстрочені психічні явища у ветеранів із погляду "концепції адаптації". Під адаптацією А.Кардинер розумів "...серію маневрів у відповідь на зміну навколишнього се-

редовища, або зміни усередині організму, що підкоряють його активність у зовнішньому світі меті зберігання свого існування, зберігання своєї цілісності або запобігання ушкоджень, а також зберігання контрольованого контакту з зовнішнім світом". На його думку, психологічні проблеми, що виникають у ветеранів, обумовлені зменшенням внутрішніх ресурсів. І саме з цієї причини зовнішній світ починає сприйматися ними як ворожий.

А.Кардинер виділив у ветеранів п'ять найбільш характерних відстрочених психічних реакцій на психотравмуючі події війни. Це:

- фіксація на травмі;
- типові сні;
- зниження загального рівня психічної діяльності;
- дратівливість;
- схильність до вибухових реакцій.

Говорячи про фіксацію на психічній травмі, А.Кардинер відзначає, що на початку може спостерігатися втрата пам'яті (амнезія) про обставини психотравмуючої події. Відновлення пам'яті про подію він розглядає як показник відновлення передвоєнного еґо. Аналіз змісту снів ветеранів приводить А.Кардинера до висновку про перевагу в них двох тем: про можливу загибель і про здійснення агресивних задумів, що, як правило, не удасться виконати.

У період другої світової війни кількість психічних розладів зросла, у порівнянні з першою світовою війною, на 30%. При цьому, як відмічає Ч.Фіґлі, вимоги до діагностики психічних розладів були в 3-4 рази суворішими. Загальна кількість осіб, що звільнялися від служби в зв'язку з психічними розладами, перевищувала кількість поповнення, яке надходило. Більш мільйона чоловік в армії США (1333000) відчували такі сильні психічні потрясіння, що це виводило їх із строю на той або інший термін. Тільки в наземних силах сухопутних військ США (не рахуючи особового складу армійської авіації, морської піхоти і ВМС) 504 000 чоловік у тій або іншій мірі тимчасово були виключені з бойових дій через психічні мотиви. Такої кількості особового складу було достатньо для формування 50 бойових дивізій. З цього числа 330000 чоловік були демобілізовані з діагнозом: "психічний розлад". Тільки з бойових частин наземних сил, що знаходилися в Європі, 596000 чоловік були тимчасово виведені зі строю через психічні розлади на термін від кількох тижнів до кількох місяців і ще 464 500 чоловік одержали медичну допомогу безпосередньо на полі бою, не покидаючи свої підрозділи.

Подані вище дані ще раз підкреслюють складність даної проблеми. В другій світовій війні співвідношення особового складу бойових і тилкових частин в армії США складало 1:12. За чотири роки війни не більш 800000 військових американських наземних сил брали особисту участь у бойових діях. З них 37,5% одержали психічні травми такої тяжкості, що були цілком виведені зі строю і демобілізовані. Ще 596000 чоловік (74%) зверталися з цього приводу за медичною допомогою і проходили лікування терміном від кількох тижнів до кількох місяців. Мабуть, багато хто з них повернувся до строю. Деякі випадки потребували повторного лікування. До лікарів зверталися не

раз, тому зі статистичної точки зору практично кожний американський військовий, що воював у Європі, знаходився в стані можливої психічної поразки. За даними W.Meninger (1952), у лікувальні установи армії США під час другої світової війни (із 1 січня 1942 р. по 30 червня 1945 р.) поступило близько 1 млн. осіб із нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 64% із психоневрозами і 7% із психозами. За даними S.Baker (1976), майже половина демобілізованих військових за станом здоров'я з армії США під час другої світової війни страждало на нервово-психічні захворювання, у тому числі 70% на психоневрози. І це були не тільки особи зі слабovitими нервами або боягузи - це обвинувачення виявилось практично цілком невідповідним під напором очевидних фактів психологічної напруженості бою.

Під час другої світової війни в армії США були проведені обстеження особового складу більш ніж 400 бойових рот, що брали участь у боях або безпосередньо знаходилися в зоні бойових дій у Європі або на Тихому океані. Майже усі військовослужбовці рядового і сержантського складу брали участь у боях. Проте, як показали дослідження, у будь-якому конкретному бою не більш 15% солдат встигали вистрілити хоча б раз із своєї особистої зброї, навіть якщо вони і були атаковані противником. Навіть у кращих ротах, цілком укомплектованих ветеранами, дії яких характеризувалися особливою рішучістю, це число не перевищувало 25%. Аналогічні дані отримані при обстеженні льотчиків-винищувачів ВПС. На 1% льотчиків припадало 40% знищених літаків противника. Більшість же не збила жодного літака і навіть не робила спроби збити. Пояснення такої пасивності тільки одне - страх. Під час другої світової війни 75% військових, що мали бойовий досвід, були настільки схильні до страху в бою, що боялися вести вогонь із своєї зброї під час атаки або оборони.

У одній із медичних доповідей сухопутних військ США періоду II світової війни говориться, що "...ключем до розуміння психічних проблем є усвідомлення того факту, що страх перед небезпекою бути вбитим або покаліченим настільки великий і так діє на психіку людини, що вона просто не витримує такої ваги на душі. Одного погляду на змінене апатичне обличчя людини, що страждає від психологічних перевантажень, коли, спотикаючись, вона приходить на медичний пункт із скаргами на "голову", схлипуючи і тремтячи усім тілом, коли зі страхітливостю і здриганням згадує своїх вбитих або покалічених бойових товаришів, буває достатньо, щоб сказати: перед тобою хвора людина. Не існує такого поняття, щоб "звикнути до страху смерті в бою". Будь-хто з тих, хто хоч раз потрапляв під обстріл, розумів, що він міг бути вбитий у будь-який момент, і це постійно гнітить його розум, перед його поглядом постійно проходять його вбиті або знівечені товариші по зброї. Кожна хвилина бою сильно давить на психіку людини, і чим сильніше інтенсивність бою і довше вона знаходиться в ньому, тим тяжчі ці хвилини і суворіші наслідки. Таким чином, психічні втрати війни так само неминучі, як кульові і шрапнельні поранення".

У період другої світової війни закордонні автори вивчали наслідки війни переважно в рамках "концепції воєнного неврозу". Проте, певне поширення одержала і так звана концепція "виснаження боєм".

Вивчаючи у солдатів відстрочені психічні реакції, що обумовлені участю в бойових діях, Г.Рейніс і Л. Колб виділили чотири основні їхні прояви: сни про бойові дії, підвищена реактивність, незначні особистісні зміни і, що не має реальних підстав, почуття провини. На думку С. Футермана, невротичні реакції у солдатів обумовлені порушенням спроможності до адаптації. Р.Грінкер і Д.Шпігель вважали, що в основі відстрочених психічних реакцій на бій лежать як фізіологічні, так і психологічні причини. Вони одними з перших стали розглядати відстрочені психічні стани ветеранів як реакції на бойовий стрес. На їхню думку, солдат під час війни відчуває фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Відповідно до спостережень А.Кардинера і Г. Шпігеля, прояв відстрочених психічних реакцій на стрес війни у ветерана залежить від трьох факторів:

1. Від довоєнних особистісних властивостей солдата і його спроможності адаптуватися до нових ситуацій;
2. Від реакції на небезпечні ситуації, у яких загроза знищення є першорядним фактором;
3. Від рівня відновлення цілісності особистості.

У корейську війну рівень психічних втрат в армії США був набагато нижчий, ніж у першу і другу світові війни. Коли був прорваний фронт, у військах було усього кілька медичних пунктів із спеціально підготовленим медперсоналом. У перший рік війни рівень психічних втрат складав 250 на 1 тисячу або був майже в 7 разів вищий, ніж у середньому за всі роки другої світової війни. В міру стабілізації бойових дій і прибуття на фронт спеціальних груп, укомплектованих спеціалістами-психіатрами, психічні втрати впали до 70 на 1 тис. у 1951 році, до 22 на 1 тис. у першому півріччі 1953 р. Середній рівень психічних втрат - 32 чол. на 1 тис. був трохи нижчий, ніж під час другої світової війни.

З 1 587 040 американських солдатів, що проходили службу в Кореї під час війни, 33 629 загинули під вогнем противника і 109284 одержали поранення. Кількість осіб, що офіційно звернулися в медичні установи з приводу лікування різноманітних захворювань, склала 48 002, що перевищило число загиблих у цій війні. Шансів одержати психічну травму було майже в 1,5 рази більше, ніж загинути від кулі. Проте, із загальної кількості тих, що пройшли війну в Кореї, тільки 198380 чоловік могли на власні очі побачити бойові дії і тільки 17% із них були вбиті, а 24,2% одержали психічні травми такого ступеня тяжкості, що знадобився певний час, щоб вони повернулися до строю.

Подолання індивідом впливу психотравмуючих стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але і від впливу таких факторів, як характер психотравмуючих подій, індивідуальні характеристики ветерана й особливості умов, у

які ветеран потрапляє після повернення з війни. До характеристик психотравмуючої події були віднесені:

- ступінь загрози життю;
- тяжкість втрат;
- раптовість події;
- ізолюваність у момент події від інших людей;
- ступінь впливу навколишньої обстановки;
- наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події;
- моральні конфлікти, пов'язані з подією;
- пасивна або активна роль ветерана в залежності від того, чи був він жертвою або активно чинною особою під час травматичної події;
- безпосередні наслідки впливу даної події.

Серед індивідуальних характеристик ветерана були виділені:

- рівень розвитку опановуючої поведінки;
- ефективність психологічного захисту;
- труднощі адаптації і психічні відхилення, що були наявні до призову в армію;
- демографічні дані.

Повоєнне оточення ветерана характеризується такими моментами:

- рівнем взаємної підтримки;
- культурними особливостями;
- відношенням до війни;
- соціальною допомогою.

Взаємодія цих факторів із процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (сполучення уникання спогадів із періодичним їхнім повторенням) призводить або до психічної напруги, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. Це, у кінцевому рахунку, забезпечує психічну "рестабілізацію" або сприяє виникненню психотравматичних стресових розладів.

З загальної кількості американців, що пройшли за 10 років через в'єтнамську війну (2,8 млн. чоловік), лише невелика частина (біля 280 тис.) безпосередньо брала участь у бойових діях.

Середній рівень психічних втрат склав 12 на 1 тис. чоловік із тих, хто брав участь у боях, тобто 35200 чоловік звернулися за медичною допомогою зі скаргами на розлад психіки. На низьку інтенсивність бойових дій указує той факт, що з 2,8 млн. чоловік американських військових, що побували за цей період у В'єтнамі, тільки 45 735 були вбиті в бойових діях, тобто близько 1,6% загальної чисельності військ. Проте, якщо порівняти це число з кількістю військ, безпосередньо задіяних у боях, то відсоток вбитих зростає до 16 і відсоток психічних втрат складе 12,6.

Якщо розглядати результати будь-якої із війн, що вела Америка в поточному сторіччі, то виявиться, що можливість потрапити в число постраждалих від психічних розладів у результаті стресів, що виникають на полі бою, є набагато вищою, ніж можливість бути вбитим. Єдиним винятком була в'єт-

намська війна, у якій шанси бути вбитим або збожеволіти були приблизно однакові. Але якщо до числа жертв включити і тих, хто вже після війни зазнав посттравматичних стресових розладів, то знову може виявитися, що більша кількість військових постраждали від психічних травм, ніж від вогню противника.

У 1986 році Б.Грін, Д.Вільсон і Д.Лінді згрупували психотравмуючі фактори бойової обстановки у В'єтнамі з погляду міри їхнього впливу на психіку американських солдат.

У першу групу факторів (найбільший ступінь впливу) ними були включені такі фактори, як: загроза життю або можливість поранення, вбивство солдат противника і мирного населення, свідчення загибелі товаришів по службі, солдат противника і мирного населення.

До другої групи (менший ступінь впливу) були віднесені такі фактори, як: непередбаченість обстановки, важкі кліматичні умови, ізоляція від близьких і суспільства, можливість потрапити у полон.

До третьої групи (менший ступінь впливу, ніж у перших двох групах) були віднесені такі фактори, як: постійна зміна товаришів по службі, зростання страху бути вбитим або пораненим із наближенням строку заміни, усвідомлення безглуздості війни.

Дослідження психологічних проблем у повоєнній адаптації ветеранів війни у В'єтнамі були також узагальнені в ряді збірників, виданих у 80-ті роки: "Незнайомці вдома" за редакцією Ч. Фіглі, "Післятравматичні стресові розлади у ветеранів В'єтнаму" за редакцією Т. Вільямса, "Травма війни" за редакцією М. Зонненберга й ін., "Травма і її прояв" за редакцією Ч. Фіглі (1985 - I том, 1986 - II том). У 1986 році основні результати міжнародних досліджень були узагальнені в колективній монографії "Травма і її слід", де поряд з особливостями розвитку PTSD воєнної етіології наводяться і результати вивчення наслідків стресу в жертв геноциду й інших трагічних подій. А в 1988 році публікуються дані ретестових досліджень різноманітних аспектів повоєнної адаптації ветеранів в'єтнамської війни. Ці роботи дозволили уточнити багато питань, пов'язаних із природою і діагностикою PTSD-синдрому.

На підставі дослідження структури бойових санітарних втрат (БСВ), що несли воюючі країни під час другої світової війни, у воєнних конфліктах у Південно-Східній Азії і на Близькому Сході, а також даних, отриманих у ході навчань, керівництво медичної служби збройних сил США зробило висновок про те, що для майбутніх війн буде характерною значна питома вага бойових психічних травм (БПТ). Як показує аналіз, БПТ в американських військах під час другої світової війни склали в середньому 5-7% усіх бойових санітарних втрат, досягаючи в окремі періоди бойових дій на Тихому океані 17%. У 1973 році у військах Ізраїлю відповідний середній показник був вже значно вищий - до 25%.

Збільшення кількості солдатів, що одержують бойові психічні травми, пояснюється швидкістю і напруженістю сучасних бойових дій, масованим застосуванням різноманітних видів звичайної зброї і воєнної техніки, а звідси - тривалими фізичними і психологічними навантаженнями, що пред'являють до

психіки військового вимоги, які часто перевищують її захисні можливості. Подальший ріст БПТ може бути викликаний загрозою застосування зброї масової поразки і тривалим перебуванням особового складу в засобах захисту.

У своєму аналізі американські спеціалісти беруть також до уваги сучасні умови життя, із їх численними стресовими ситуаціями, які, як вони вважають, роблять новобранців менш пристосованими до подолання труднощів воєнної служби і є факторами, що можуть призвести до розвитку бойових психічних травм.

У цілому ж, за оцінками американських експертів, у сучасних збройних конфліктах із застосуванням звичайних видів зброї, БПТ складуть у середньому 20%, а в умовах використання зброї масової поразки вони зростуть до 25-33% усіх БСВ протягом перших 30 діб бойових дій і перевищать кількість санітарних втрат інших категорій у подальший період. Таким чином, БПТ будуть значною мірою впливати на боєздатність частин і підрозділів.

У мирний час причинами розвитку стресу у військових можуть бути найрізноманітніші події (хвороба і смерть близьких людей, прикrostі в службовій діяльності, фінансові утруднення, невдачі в особистому житті), незвичні умови перебування (клімат, незвичний ландшафт), інші режими праці, відпочинку і харчування, особливості внутрішньокolleктивних відносин.

У сукупності факторів, що спричиняють розвиток стресу, важливе місце посідають умови служби, особливості встановленого розпорядку дня і дисциплінарних вимог, організації побуту, ступінь задоволення потреб і запитів військових.

Виконання службових обов'язків, на відміну від цивільних умов, обов'язково передбачає наявність об'єктивних труднощів і необхідність серйозних обмежень: скорочена можливість для улюблених занять, обмежене коло спілкування, утруднені або припинені зв'язки з рідними і близькими, неминуча відмова від деяких звичок заради інтересів служби і виконання вимог військового колективу.

Сильно відбиваються на психічному стані військових характер морально-психологічної атмосфери, що створилася у військовому колективі, стиль відносин командирів із підлеглими, громадська думка, переважні особистісні і групові настрої і традиції.

Реакція кожного військового на психогенний фактор є індивідуальною. Проте, ступінь цієї реакції значною мірою залежить від сукупної реакції на цей фактор усього підрозділу (частини). Колективна реакція має сильний вплив на дисципліну й організованість частин і підрозділів.

Важливими факторами, що впливають на психіку військового, є ступінь володіння зброєю і бойовою технікою, що визначає рівень професійної переваги над противником, а також повнота об'єктивного уявлення про майбутню війну, про зброю масової поразки, засоби захисту від неї і способи бойових дій.

У бойовій обстановці головними причинами психологічного стресу є: загроза життю, відповідальність за виконання завдання, недостатність і неви-

значеність інформації, що надходить, дефіцит часу при прийнятті рішень і здійсненні бойових дій, невідповідність рівня військово-фахових навичок вимогам, що пред'являються умовами бою до особистості, психологічна невідповідність до виконання конкретного завдання, невпевненість у надійності зброї, відсутність довіри до командування і фактори ізоляції (при діях у відриві від основних сил, перебуванні в ізольованих захистках) т. ін.

Одним із важливих факторів, що сприяють виникненню БПТ, є порушення режиму сну. Вже після однієї безсонної ночі боєздатність знижується. У військових швидко зменшується обсяг пам'яті, у першу чергу короткочасної. Це призводить до меншого засвоєння інформації, що надходить, і утруднює прийняття рішень у відповідальні моменти. Реакція на критичні ситуації, що раптово виникли, сповільнюється. Всі ці порушення залежать від віку, тренуваності, індивідуальної чутливості і часу, проведеного без сну. Зміна боєздатності військових у залежності від тривалості сну показано в таблиці А.1.

Таблиця А.1 – Змінення боєздатності військових у залежності від тривалості сну

Тривалість сну (у годинах)	Боєздатність
0 годин	Зберігається здатність до виконання бойових завдань протягом трьох днів. На четвертий день увесь особовий склад виходить із строю.
1,5 години за ніч	50 відсотків боєздатності військових зберігається протягом шести днів. До сьомого дня зі строю виходить половина особового складу.
3 години	91 відсоток боєздатності особового складу зберігається понад дев'ять днів.

Примітка: ці дані отримані спеціалістами США в ході спостереження за особовим складом трьох піхотних взводів в сиру холодну погоду під час відпрацювання елементів оборонного бою

На думку Абдурахманова Р.А., інтенсивність переживання військовим бойового стресу залежить від взаємодії двох основних факторів:

- 1) сили і тривалості впливу на психіку військового бойових стресорів;
- 2) особливостей реагування військового на їхній вплив.

Поряд із цим, бойові стресори підрозділяються на специфічні і неспецифічні для бойової обстановки.

Специфічні бойові стресори мають підвищений рівень стресогенності і включають:

- ситуації, що загрожують життю і фізичному стану військового;
- поранення, контузії, каліцтва, радіаційне опромінення, хімічне отруєння й інші наслідки застосування бойової зброї;
- загибель близьких людей і товаришів по службі;
- муки поранених і умираючих;

- загибель товаришів по службі і мирних громадян, у котрій військовий звинувачує самого себе;

- події, у результаті яких постраждали честь і гідність військового;
- фізичне знищення (особливо в перший раз) солдат противника.

До групи неспецифічних бойових стресорів відносяться стресори, властиві як бойовій обстановці, так і іншим видам стресових ситуацій:

- підвищений рівень перманентної потенційної погрози для життя;
- тривала напружена діяльність;
- тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;
- відсутність контактів із близькими;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії;
- потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військових.

Особливий вплив на рівень прояву бойового стресу у конкретного військового мають такі фактори, як:

- кількість перенесених ним поранень, контузій, отриманих травм, доз опромінення;
- обставини (якщо це мало місце) взяття його в полон, тривалість і умови перебування у полоні.

Значимість цих факторів значно зростає, якщо військовий не був заохочений або нагороджений за мужні і героїчні вчинки, які мали місце, або якщо події, у яких брав участь військовий, одержали негативну оцінку з боку командування, товаришів по службі або в повідомленнях засобів масової інформації.

Поряд із перерахованими факторами виділяються також деякі соціальні, етнічні, релігійні, сімейні й інші обставини, що додатково сприяють інтенсифікації проявів бойового стресу у військових. До них відносять:

- непопулярність війни в країні, громадянином якої є військовий, що бере участь у бойових діях;
- наявність у військового негативного досвіду переживання бойового стресу в минулому;
- незначний особистий досвід опановуючої поведінки, що мав військовий в добойовій життєдіяльності;
- приналежність учасника бойових дій до національності, етнічно близької до національності солдат противника. Значення цієї обставини зростає, якщо військовий належить до національної меншини у своїй країні;
- подібність або близькість віросповідання учасника бойових дій до віросповідання солдатів противника. Особливої значимості цей фактор набуває тоді, коли військовий відноситься до релігійної меншини у своїй країні;
- приналежність учасника бойових дій до військових жіночої статі;

- складна з різноманітних причин ситуація в родині військового;
- складний матеріальний і соціальний стан військового і його близьких у своїй країні.

Особливостями взаємодії зазначених вище факторів обумовлюється характер прояву бойового стресу в різних військових. Так, вони розрізняються:

- інтенсивністю прояву - від станів підвищеної психічної напруженості до станів, що травмують психіку;
- переважним рівнем прояву: фізіологічним, психофізіологічним, психологічним;
- ступенем усвідомленості свого стану самим військовим;
- переважним проявом у тій або іншій сфері особистості військового - мотиваційній, емоційній, когнітивній, вольовій, поведінковій;
- ступенем підконтрольності проявів бойового стресу самому військовому;
- рівнем впливу на психічний стан інших військових;
- тривалістю прояву;
- впливом на ступінь психічної мобілізації військового - від гіпер- до гіпомобілізації;
- характером впливу на ефективність бойової діяльності - від підвищення до зниження її ефективності.

Реакція військового на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їхньої значимості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей його опановуючої поведінки, тобто такої внутрішньої і зовнішньої поведінкової активності людини, що спрямована на подолання психологічних труднощів, які виникли.

Значимість впливу на психіку військового тих або інших бойових стресорів визначається:

- його індивідуально-психологічними особливостями і особистісними властивостями;
- психологічною і професійною готовністю до ведення бойових дій;
- характером і рівнем бойової мотивації;
- особливостями сприйняття військовим місця і ролі бойових дій в історії і перспективі його системи життєдіяльності.

У свою чергу, ефективність опановуючої поведінки військового залежить:

- від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-чинників бойової обстановки;
- відповідного досвіду;
- характеру використовуваних ним засобів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на його психіку.

У якості характеристик бойової діяльності, що впливають на високу ефективність подолання негативних наслідків бойового стресу, Р.А.Абдурахманов виділяє:

а) ступінь бойової активності конкретного військового, обумовлену, як правило, по кількості бойових операцій, у яких він приймав особисту участь і які супроводжувалися реальною загрозою для його життя;

б) значимість бойових дій, у яких брав участь військовий;

в) ступінь напруженості і характер бойових дій військового (при цьому особливе значення надається участі військового в бойових діях із противником, що значно переважає по силі, в умовах змушеного відступу, в оточенні);

г) кількість бойових втрат у частині, підрозділі, де проходив службу військовий, а також сприймання цим військовим їхньої доцільності й обумовленості об'єктивними умовами бойової діяльності.

У свою чергу прийнято підрозділяти бойовий стрес на дві групи - невисокої і підвищеної інтенсивності.

Бойовий стрес невисокої інтенсивності (БСНІ), як правило, ефективно долається більшістю військових і на початковому етапі може навіть сприяти підвищенню їхньої бойової активності. Надалі БСНІ або стає звичним для учасників бойових дій, або переходить у бойовий стрес підвищеної інтенсивності.

Бойовий стрес підвищеної інтенсивності (БСПІ) може значно ускладнити діяльність як окремого військового, так і військових колективів.

На індивідуальному рівні БСПІ виявляється в таких формах, як:

- різке, неадекватне бойовій обстановці підвищення або навпаки, зниження бойової активності;

- неадекватне бойовій ситуації підвищення емоційного збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, емоційна "тупість";

- поява деструктивних форм мотивації бойової діяльності або, навпаки, бажання "вийти" із бою, за будь-яку ціну зберегти собі життя;

- втрата орієнтації і ситуації бою;

- відчуття нереальності того, що відбувається;

- самовідчуження, що відбувається у бойовій ситуації;

- різке, невластиве військовому зниження дисциплінованості, поява порушень, що не спостерігалися раніше, моральних норм міжособових відносин, деструктивних форм спілкування з оточуючими, розв'язності поведінки;

- високий рівень необґрунтованої дратівливості, гнівливості, агресивності;

- різке зростання тривожності або, навпаки, необґрунтована зневага небезпеки;

- нездатність справитися з переживаннями страху;

- поява замкнутості, пригніченості, апатії;

- втрата інтересу до життя, виникнення думок про самогубство;

- значне підвищення психічної напруженості і сторожкості;

- розосередженість уваги або труднощі її швидкого переключення;

- різке зниження психологічної стійкості або, навпаки, зростання ригідності психічних процесів;

- поява схильності до панічних настроїв і ін.

Такого роду прояви бойового стресу сприяють помітному зростанню помилок і зривів у здійсненні військовим бойової діяльності, її дезорганізації.

На вплив психогенних факторів бойової обстановки організм військових відповідає "реакцією тривоги". Вона виникає в кожній особі, може варіюватися за ступенем виразності (це залежить від індивідуальних особливостей), і продовжується протягом короткого проміжку часу.

До симптомів нормальної "реакції тривоги" відносяться:

- м'язова напруга, тремор (двигтіння) і хибка хода;
- збільшення потовиділення;
- прояв дисфункцій із боку травної, сечовивідної, серцево-судинної і дихальної систем;
- підвищення сприйнятливості до звуку;
- утруднений відхід до сну;
- прояв апатії або дратівливості.

"Реакція тривоги" завершується формуванням "стану резистентності" (стійкості) за рахунок мобілізації компенсаторних механізмів організму. У цьому стані військовий готовий до виконання бойового завдання. Під впливом стресу, що продовжується, "стан резистентності" змінюється фазою виснаження.

Психічні травми можуть виникнути на всіх зазначених стадіях нормальної відповіді на психогенні фактори, якщо сили останніх перевищують захисні можливості організму військового. Більш того, вважається за можливе виникнення психотравм у результаті "зриву" у "стані резистентності", якщо він не підкріплюється наступними діями, до яких готовий військовий.

За умовами і часом появи бойові психічні травми російські вчені розділяють на декілька груп.

До першої відносяться бойові психічні травми, що виникають у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації.

Військовий, що одержав бойову психічну травму, може впасти в повну загальмованість, слабо або зовсім не реагувати на навколишнє оточення, а може, навпаки, виявляти високу рухову активність, метатися, кричати і т.п.

Нервові потрясіння, що у цей час відчуває людина, настільки сильне, що вона тимчасово втрачає спроможність критично оцінювати події, що відбуваються, тверезо мислити про будь-що.

До другої групи відносяться БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом слабких, але постійно діючих психотравмуючих факторів. Накопичення психічної напруги відбувається як би постійно, іноді непомітно для військового.

Поведінка військового, що одержав таку БПТ, сильно змінюється. Він може стати замкнутим, похмурым, грубо реагувати на звертання до себе з боку товаришів. Спостереження, що були проведені російськими колегами в частинах, дислокованих у гарячих точках, показують, що в такій обстановці змінюється стиль спілкування між військовими. Нерідкі випадки, коли сол-

дати або офіцери без достатніх на те причин починають кричати один на одного, сваритися, виявляти ознаки агресії. Спілкування за допомогою кричання один на одного поступово стає нормою поведінки. Раптові вибухи гніву, агресії можуть супроводжуватися зміною самопочуття (головний біль, відчуття слабкості у всьому тілі, запаморочення, нудота і т.п.), високою руховою активністю, за якою швидко слідує виснаження й апатія.

Іноді бойові психічні розлади другої групи виявляються дещо по-іншому. Навіть ті військові, що мають солідний бойовий досвід, можуть раптово відчувати сильні приступи страху перед виконанням бойового завдання, стають зайво обережними.

Основними симптомами бойових психічних розладів, отриманих безпосередньо на полі бою або при тривалій участі в бойових діях, є:

- метушіння у пошуках укриття, буйство, істеричний сміх або плач;
- волювання в сполученні з підвищеною активністю;
- дратівливість і злість;
- агресивність до оточуючих;
- ступор, апатія;
- загальмованість рухів;
- непритомні стани;
- полохливість;
- регрес віку (дитячі реакції);
- нескладне бурмотання;
- сильне тремтіння;
- нездатність концентрувати увагу;
- часткова або повна втрата пам'яті;
- утруднення запам'ятовування інформації;
- підвищена чутливість до шуму, світла і запаху;
- порушення логіки і швидкості мислення;
- порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій;
- ослаблення волі;
- зорові і слухові галюцинації;
- ослаблення зору і слуху;
- часте сечовипускання;
- розлад шлунка;
- прискорений, переривчастий подих;
- порушення циркуляції крові, що призводить до анемії ступнів ніг і кистей рук;
- сильна напруга м'язів;
- прискорене серцебиття;
- болі, що давлять, в ділянці серця й у грудній клітині;
- болі в попереку;
- болі хірургічних шрамів, старих ран;
- неконтрольоване слиновиділення.

Наведений список симптомів не вичерпує їхнього переліку. У кожному випадку конкретні прояви психотравм багато в чому залежать від умов бою, індивідуально-психологічних і групових особливостей особового складу і т.п.

Ряд психічних порушень характерний як для мирного, так і для воєнного часу.

У першу чергу це відноситься до гострих психозів. Прогноз для швидкого повернення до строю для них несприятливий.

Друга група порушень об'єднується в психосоматичний синдром (розлад функцій і систем під впливом психотравмуючих факторів) і характеризується різноманітними психовегетативними порушеннями. При цьому переважають скарги на неприємні відчуття в ділянці серця, розлад шлунково-кишкового тракту, головний біль і болі в спині.

У третю групу включені порушення психіки, що розвиваються на фоні поранень, особливо в осіб із тривожно-недовірливим складом особистості й іпохондричною фіксацією на своєму стані (надмірною зосередженістю на своєму здоров'ї, тих або інших найменших його відхиленнях). Порушення другої і третьої груп піддаються медичній корекції.

Всі психічні порушення воєнного часу американські спеціалісти об'єднують у чотири групи.

У першу виділяються порушення психіки, провідним симптомом яких є патологічний страх. Його типову клінічну картину складають: серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, що охоплює часом і все тіло, мимовільне виділення сечі і калу, функціональні паралічі кінцівок, заїкуватість, втрата мовлення. Розрізняють рухові і ригідні (заціпенілі) форми страху. Рухові являють собою, як правило, різноманітні види неконтрольованих рухів, наприклад утеча від джерела небезпеки. Військовий, охоплений ригідною формою страху, знаходиться в заціпенінні, обличчя в нього сірого кольору, погляд погаслий, контакт із ним утруднений. До цієї групи відносять також "сховану" форму страху, що одержала назву "гарячкова пасивність" і характеризується безтямною діяльністю, що призводить до зриву завдання. У штабах така "активність" уповільнює або навіть паралізує роботу. Конкретним її проявом може бути створення нових робочих груп, що нічого суттєвого не роблять, крім організації численних телефонних дзвінків і радіограм, які суперечать одне одному.

Почуття страху серед військових поширюється як ланцюгова реакція, що пояснюється відсутністю в особистості при перебуванні в організованому колективі персональної відповідальності і наявністю в її діях емоцій, які частіше за все носять примітивний характер. Це призводить до виникнення колективних реакцій, одна з яких - паніка.

Друга група реакцій являє собою спроби військового "викреслити бойові епізоди зі своєї пам'яті". Наслідками таких реакцій частіше усього є різноманітні дисциплінарні проступки і наркоманія. Клінічна картина нагадує клінічну картину порушень першої групи, але менш виражену. До числа моментів, що провокують розвиток цієї симптоматики, відносяться зазвичай контакти з родичами і короткочасні відпустки. Як правило, указані реакції розвиваються після бойових дій, хоча можуть виникати й у "стані резистентності".

У третю групу виділяються порушення, що іменуються "бойовою втомою" і пов'язані з тривалим веденням бойових дій.

У четвертій групі розглядаються такі поразки психіки, що визиваються впливами реальної (або уявної) утрати керування військами і пояснюються тим, що військовий втрачає впевненість у командуванні.

Незважаючи на різноманіття клінічної картини і різноманітне її тлумачення в сучасних американських керівництвах у межах поняття "бойові психічні травми" виділяються "бойовий шок" (battle shock) і "бойові перевтоми" (battle fatigue).

"Бойовий шок" - це проста емоційна реакція, що виникає через кілька годин або днів інтенсивних бойових дій.

При прогресуванні "бойовий шок" проходить три стадії.

- **Перша** розвивається протягом декількох годин або днів і характеризується почуттям тривоги, депресією і страхом.

- **На другій** (гострій) стадії з'являються невротичні симптоми. Вона триває від декількох днів до декількох тижнів. Прогноз на видужання на другій стадії залишається сприятливим.

- **Третя** (хронічна) стадія характеризується проявом хронічної психічної декомпенсації. Уражені в цій стадії видужують повільно і часто не цілком.

Під "бойовою перевтомою" розуміють психічні порушення, що виникають через декілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

Бойові психічні травми різняться також за ступенем тяжкості.

Найбільш частими їхніми проявами в легкому ступені є: надмірна дратівливість, знервованість, замкнутість, втрата апетиту, головні болі, швидка стомлюваність.

У випадках середньої тяжкості їхнього прояву відзначаються психічні порушення у виді істеричних реакцій, агресивності, тимчасової втрати пам'яті, депресії, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що переходить іноді в паніку, втрати відчуття реальності.

У важких випадках в уражених виникають порушення слуху, зору, мовлення, координації рухів, а також психомоторні розлади і ступор (заціпенілість).

Всі вони можуть виявлятися в різноманітних сполученнях, визначаючи тим самим розмаїтість клінічної картини БПТ.

Певний інтерес викликають результати проведеного дослідження впливу бойових психічних травм на ізраїльських військових.

Як вважають ізраїльські експерти, наслідки БПТ можуть позначитися на подальшій службі, суспільній діяльності й особистому житті тих, хто їх переніс. Для Ізраїлю це питання має особливий інтерес, тому що велика частина чоловічого населення країни у віці від 18 до 54 років є або кадровими військовими, або резервістами, з яких багато хто брав участь у двох і більше війнах або збройних конфліктах.

Через рік після закінчення ізраїльської агресії в Лівані декілька сот людей, відібраних для проведення експерименту, одержали анкети. В експерименті брали участь дві групи, що були узяті з тих самих бойових частин. До складу першої увійшли 382 військових, що проходили курс лікування від БПТ у період бойових дій або незабаром після їхнього завершення. Друга контрольна група включала 332 здорових солдати й офіцери. Крім того, при відборі випробуваних для обох груп висувалася умова: однакові вік, освіта, військові звання і посади. Учасникам експерименту було роздано по дві анкети. У першій указувалося сім арабо-ізраїльських війн і воєнних конфліктів і передбачалося відповісти на такі запитання:

1. "Чи приймав випробуваний активну участь у бойових діях?"

2. "Чи був у його практиці випадок, що діагностувався як психічна травма?"

В другій анкеті було запропоновано оцінити за п'ятибальною шкалою інтенсивність бойових дій у Лівані.

Як свідчить аналіз відповідей, участь у попередніх бойових діях має суттєвий вплив на ймовірність появи БПТ. Дослідження показало також, що кількість тих, хто отримав бойові психічні травми, зростала в міру збільшення напруженості сучасних бойових дій (табл. А.2).

Таблиця А.2 – Залежність виникнення бойової психічної травми (БПТ) в ізраїльських військових від участі в боях і усталеності психічної сфери

Категорії випробуваних	Кількість випробуваних	Число осіб, що одержали БПТ у Лівані (%)
Особи, що не мали бойового досвіду	380	216 (57%)
Особи, що мали бойовий досвід	230	102 (44%)
Особи, що мали бойовий досвід і перенесли БПТ	83	55 (66%)

Накопичені в попередніх війнах навантаження впливали навіть на тих ветеранів, у котрих раніше не відзначалися бойові психічні травми.

У цілому, у даній групі випробуваних, частка осіб, що перенесли гіперстрес (понадстрес) у ході воєнних дій у Лівані, була значно меншою. На основі цього зарубіжні експерти зробили такий висновок: той, хто із самого початку мав високу опірність організму до гіперстресових станів, залишався більш стійким до них і надалі.

Наступний фактор, що впливає на психічний стан військових, на думку ізраїльських спеціалістів, - інтенсивність бойових дій, що сприяє наростанню швидкої "бойової перевтоми" (табл. А.3).

У боях із низькою інтенсивністю найбільш стійкими в психічному відношенні виявилися ветерани, найменш стійкими - ті, хто раніше перенесли

БПТ. А ті, хто брав участь у війні вперше, показали проміжний результат. У боях із високою інтенсивністю число новачків і ветеранів, що раніше мали психічні травми, було приблизно однаковим - відповідно 72 і 70%.

Ізраїльське командування вважає, що результати даного дослідження мають практичне значення при вирішенні питання про подальше проходження служби кадровими військовими і резервістами.

Таблиця А.3 – Залежність появи БПТ в ізраїльських військових від інтенсивності бойових дій

Інтенсивність бойових дій	Категорії випробуваних	Кількість випробуваних	Число осіб, які перенесли БПТ
Низька	Особи, які не мали бойового досвіду	176	71 (40%)
	Особи, які мали бойовий досвід	108	40 (37%)
	Особи, які мали бойовий досвід та перенесли БПТ	33	19 (57%)
Висока	Особи, які не мали бойового досвіду	202	145 (72%)
	Особи, які мали бойовий досвід	122	62 (51%)
	Особи, які мали бойовий досвід та перенесли БПТ	46	32 (70%)

У 1996 році група співробітників військово-медичної академії РФ під керівництвом генерал-майора медичної служби, професора В.С.Новікова, провела дослідження оцінки ефективності психофізіологічних заходів в умовах бойових дій федеральних військ у Чеченській республіці.

Серед обстежених практично здорові особи (що не пред'являли скарг на стан здоров'я) складали 28%, у 72% виявлені астенодепресивні (46%) або психотичні (26%) реакції, що вимагали оперативної психофізіологічної і фармакологічної корекції (рис. А.1).

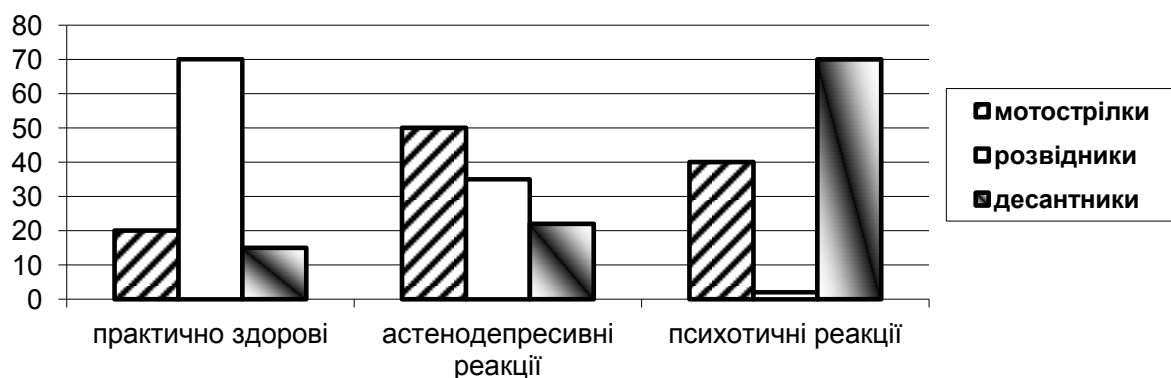


Рис. А.1 – Психофізіологічна характеристика військових в умовах бойових дій у Чечні (%)

Розвитку функціональних і патологічних розладів сприяла нервово-психічна нестійкість, що виявлена в близько 40% призовників. Приблизно в стільки ж призовників був недостатній рівень фізичної підготовленості, а в 17% - хитлива регуляція функції серцево-судинної системи. Найбільше виразно змінювався нервово-психічний статус у військових, що знаходилися в зоні збройного конфлікту більш тривалий термін (рис. А.2.).

Практично у всіх обстежених відзначалися ознаки астенизації з різноманітними нервово-психічними розладами. При формуванні в бойовій обстановці астенизації погіршувалася психологічна характеристика (показники нервово-емоційної усталеності, психічної саморегуляції, комунікативних можливостей особистості), виявлялася стійка тенденція до зниження моральної нормативності (рис. А.3).

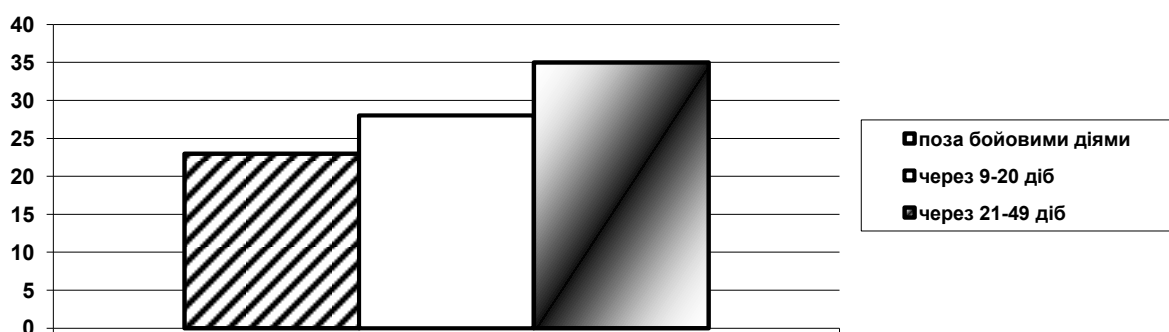


Рис. А.2 – Рівень нервово-психічної нестійкості військових в умовах бойових дій у Чечні (умов. од.)

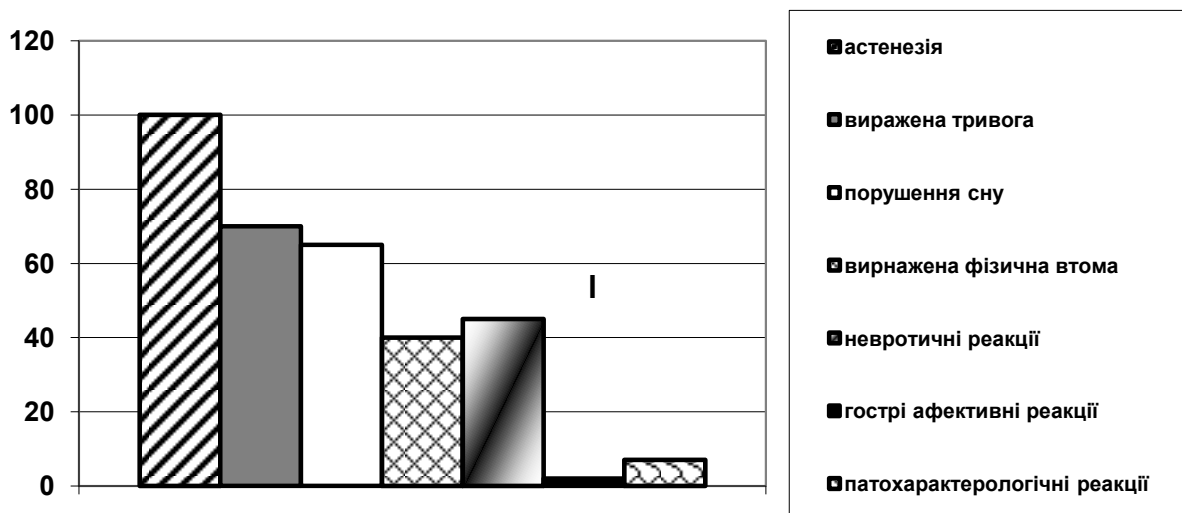


Рис. А.3 – Структура нервово-психічних розладів у рядового складу в умовах бойових дій у Чечні

На думку російських колег, якщо військовим не надати своєчасну допомогу, то в них швидко настає військово-фахова і соціальна дезадаптація.

Тому, доцільно своєчасно виявляти військових із PTSD і проводити психофізіологічну корекцію і реабілітацію як у військовому підрозділі медичної служби, так і в спеціалізованих лікувальних установах (відділеннях). У результаті досліджень виявлений помірний (середній) кореляційний зв'язок психофізіологічних показників з експертними оцінками боєздатності військових і тривалістю їхнього перебування в районі збройного конфлікту (рис. А.4).

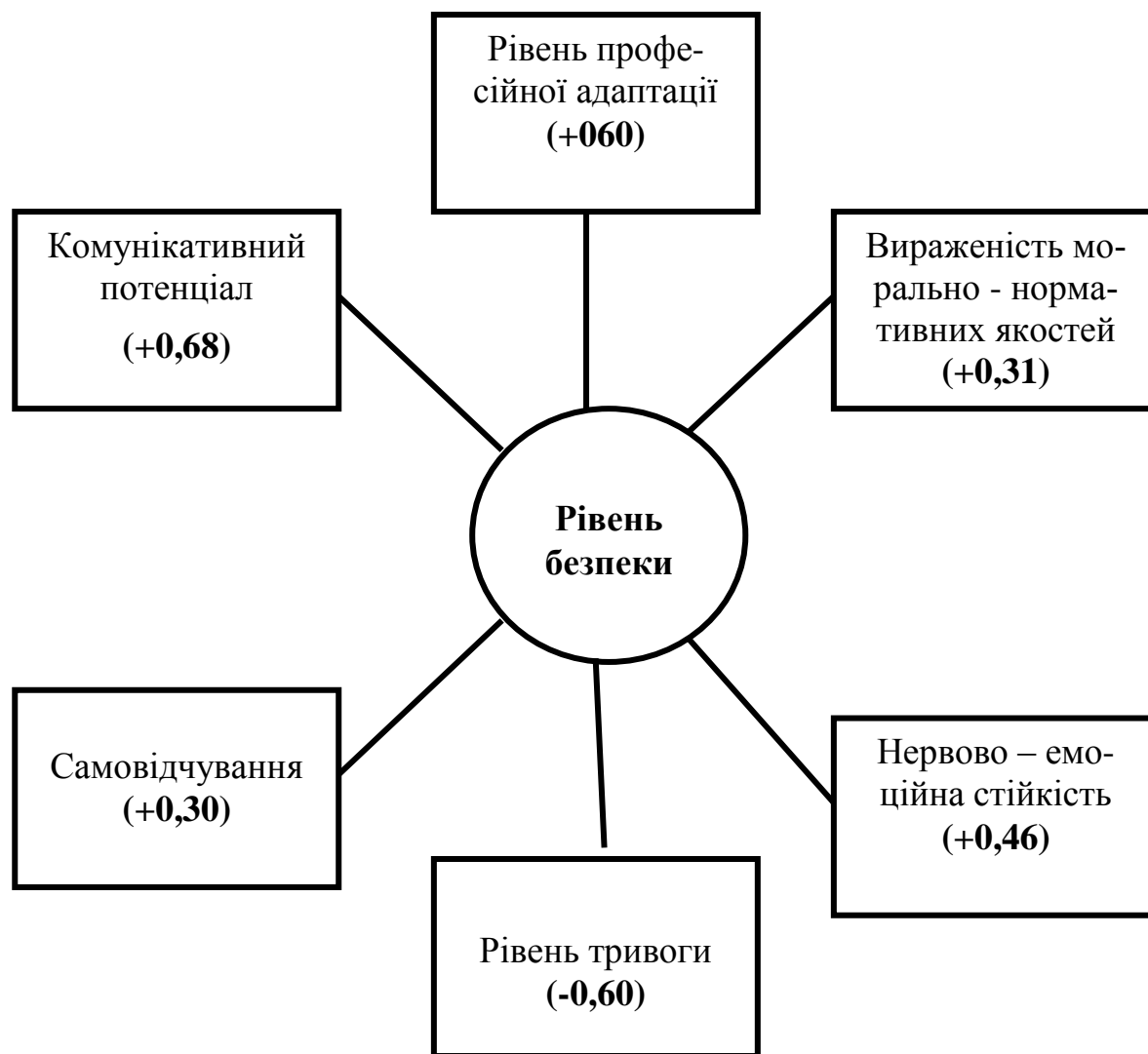


Рис. А.4 – Тіснота (сила) кореляційних зв'язків рівня боєздатності військових із психофізіологічними показниками

Чим довше вони знаходилися в цьому районі, тим інтенсивніше наростала ситуаційна тривожність, погіршувалося самопочуття, знижувалися нервово-психічна усталеність і рівень резервних можливостей кардіореспіраторної системи. Одночасно погіршувалися деякі особистісні характеристики, посилювалася індивідуалістичність мислення і з'являлися ознаки істероїдних акцентуацій особистості (імпульсивність, демонстративність).

Військовослужбовці з незадовільною боєздатністю виявлялися в Чечні частіше, ніж в Афганістані (рис. А.5).

На підставі результатів психофізіологічних досліджень авторами встановлена динаміка соматичних нервово-психічних порушень. Передумови нервово - психічних порушень формувалися під час підготовки до ведення бойових операцій. У цей період у деяких військових спостерігалася перенапруга механізмів нервово-емоційної регуляції, що призводило до зриву адаптації і різноманітних невротичних реакцій. У 32% випадків рівень реактивної тривожності перевищував нормативні значення. Цим військовим проводили психологічну корекцію, що включала раціональну психотерапію і навчання прийомам активної і пасивної м'язової релаксації, а декому призначали фармакологічні препарати для нормалізації нічного сну і зняття надлишкової нервово-емоційної напруги.

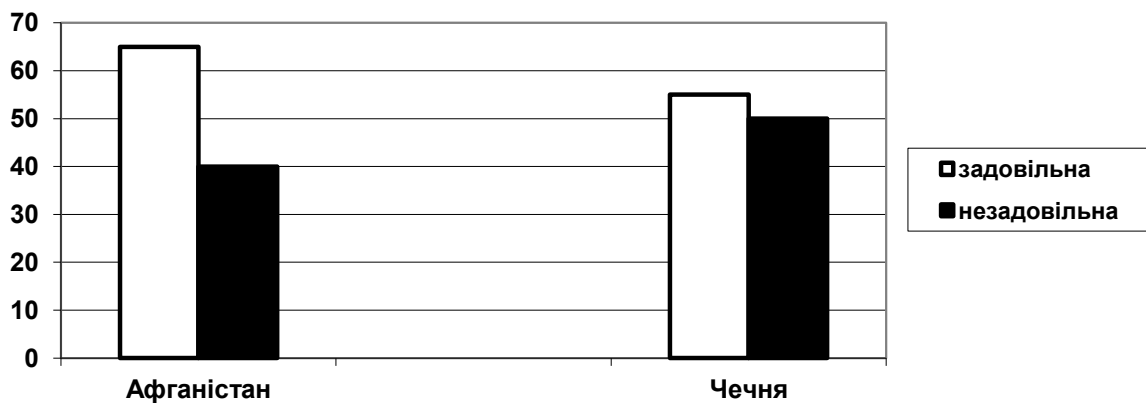


Рис. А.5 – Психофізіологічна характеристика боєздатності військових в умовах бойових дій (%)

Пік виражених психофізіологічних змін відзначався в період реальної вітальної загрози. Психотравмуючі фактори бойових умов діяли насамперед на емоційну сферу, а потім, у силу прогресуючого виснаження нервової системи, торкалися і особистісних особливостей. Після виводу військових із зони бойових дій знижувалася виразність астеничної симптоматики і наростали ознаки психотичних порушень, що ускладнювало відновлення функціонального стану і психічного статусу.

Таким чином, для спеціалістів в галузі психотравматології стає явним фактом положення про те, що при серйозних стресах, що виникають у ході бою, організм військового буде активно реагувати на них (піднімається кров'яний тиск, посилюється серцебиття, збільшується потовиділення, напружується мускулатура і короткочасно збільшується мускульне зусилля, швидше починає працювати голова). Залози внутрішньої секреції активізують діяльність біологічних механізмів організму, що у свою чергу збільшує його чутливість і мускульну силу. Лише деякі військовослужбовці спроможні впливати на такі реакції і змінювати їх.

Після того, як небезпека зникає, організм поступово заспокоюється, тому що його біологічні системи, що викликали стресові реакції, повертаються до свого нормального ритму.

Проте що ж відбувається, коли організм достатньо довго знаходиться під стресовим гнітом при постійному почутті страху за своє життя?

На наш погляд, у цих умовах організм знаходиться у високому ступені готовності, тому що наявність почуття небезпеки автоматично змушує фізіологію організму відповідно реагувати. На жаль, практично ніхто не в змозі знаходитися в такому, найвищому мірою напруженому стані тривалий час без будь-яких фізичних утрат. Більш того, якщо почуття небезпеки достатньо довго впливає на організм (наприклад, протягом декількох днів), то біологічні системи організму, що реагують на стресові реакції, перенапружуються до такого ступеня, що тільки тривалий відпочинок в умовах психологічного спокою приведе до розслаблення всього організму, тому що в протилежному випадку військовому погрожує стан нервового виснаження, або, як говорять, він просто "перегорить".

Але оскільки людина є розумною твариною, вона має здатність реально оцінювати обставини, із якими зіштовхується, і в змозі робити відповідні висновки. От чому ми не можемо вважати, що такі людські якості, як героїзм або боягузливість, притаманні і тваринам, тому що вони реагують на зовнішні подразники тільки внаслідок чисто біологічних реакцій організму і завдяки інстинктам. Тільки людина, що має почуття осмисленого вибору й в змозі оцінювати дії своїх товаришів, може вирішити, хоробро вони поступили або ні. Лише завдяки тому, що людина може міркувати, вона у силах поступати усупереч своїй натурі.

З іншого боку, організм військового, вимотаний постійно діючим стресовим навантаженням, може негативно впливати на його розум.

Перша функція мозку, що починає відмовляти в стресових ситуаціях - здатність обробляти інформацію і приймати рішення. Фізично виснажений організм, безсумнівно, почне давати збої поза залежністю від запасу волі у військового. Стародавній принцип початкової підготовки солдата: "Ти зробиш те, що тебе твій розум змусив зробити" у багатьох випадках може виявитися хибним. Словом, дуже часто саме психіка може впливати на фізіологію організму.

Психосоматичні захворювання, тобто стани фізичного виснаження, виникають унаслідок різноманітних ментальних розладів, коли розум в змозі викликати фізичні порушення, а в ряді випадків - навіть погіршення діяльності деяких органів. Одним із подібних захворювань є ностальгія. Під час Громадянської війни в США солдати, що страждали від приступів ностальгії, часто гинули від фізичних захворювань, що визвалися їхнім мозком. Так, проведені в той період розтинання трупів військових, що страждали від так званого "виснаженого серця", показали фізіологічні зміни кровоносних судин, коли не існувало якихось інших причин погіршення їхньої діяльності.

На нашу думку, захисна реакція людської психіки базується на трьох основних переконаннях.

Перше з них полягає в тому, що існує зв'язок між тим, що робить людина, і тим, що з нею трапляється в результаті цього. Людина просто не в змозі жити в неупорядкованому світі (що часто трапляється в бою). Вона повинна вірити, що існує безпосередній зв'язок між її вчинками і її долею, особливо в хвилини небезпеки. У протилежному випадку можна збожеволіти.

У відповідності з другим переконанням психіка людини повинна постійно реагувати на все, що відбувається навколо, і кожна людина повинна осмислювати те, що "інші їй допоможуть". Людина повинна вірити в те, що вона не самотня, і якщо вона зробить усе, що в її силах, щоб вижити, а небезпека усе ж буде зберігатися, то хтось прийде їй на допомогу і врятує її. Як правило, така віра викликає в деякій категорії людей, що знаходяться в стресовій ситуації, різноманітні фізичні розлади. Гублячи свою дієздатність - стан, при якому практично зникають шанси залишитися в живих самостійно, деякі люди ідуть від реальності, замикаються в собі і переносять усю відповідальність за своє життя на кого-небудь іншого, хто, на їхню думку, може їх врятувати. Так, деякі дослідження під час першої і другої світових війн показали, що у випадках, коли військові, знаходячись у полоні, потрапляли під артилерійські обстріли або під бомбування, вони, як правило, у ці критичні для свого життя моменти не страждали від яких-небудь психічних розладів, тому що цілком довіряли свою безпеку тим, хто їх охороняв, тобто конвою. Вони зберігали ясність мислення, вірячи в те, що у фатальні хвилини їм допоможуть. Цим також найчастіше можна пояснити стан підвищеної релігійності в солдатів під час небезпеки, але, зрозумівши, що допомоги чекати нівідкіля, люди, як правило, не витримують.

Третім переконанням, що є основним у сприйнятті людиною можливості врятувати своє життя на полі бою, є переконання у тому, що "Я буду жити вічно". Навіть у самих складних обставинах людина зобов'язана вірити, що вона яким-небудь способом урятується, у протилежному випадку їй дійсно не вижити. Почуття самозбереження так глибоко відбито в нашому генетичному коді, що це і не потребує доказів. Знаходячись перед обличчям смерті, від якої не можна утекти, лише декотрі люди спроможні зберегти цілковите самовладання.

Люди будують своє життя і свої соціальні інститути на цих основних переконаннях. Деякі субкультури і соціальні групи, наприклад воєнні, підтримують такі переконання шляхом їхнього впровадження у свідомість окремих військових. Таким чином, кожному окремо, а в кінцевому рахунку, і всім разом військовим прищеплюється віра у військове товариство, необхідність хоробро поводитися на полі бою, бути стійким у бою. Кожний воїн приходить до розуміння того, що якщо хочеш бути гарним солдатом, ти повинний вірити в ці основні переконання і діяти відповідно до них.

У бойових умовах усе, на чому засновується здоровий глузд, утрачає своє значення. Шум і гуркіт, завивання і вереск, випадковість смерті і пос-

тійна її присутність, покалічені тіла - усе це підриває віру в самий сенс життя. Військовий залишається один на один із тими переконаннями, що йому прищепили командири, але навіть їх він починає брати під сумнів тому що реальність показує йому, що немає порятунку від жаху, що царює навколо.

У бою кожний військовий знаходиться в постійному суцільному кошмарі між власне фізіологією, що живить його почуття самозбереження і сприяє йому, і вірою в прищеплені переконання, що уже серйозно розмиті тим, що він бачить і відчуває. Він хоче вчинити так, як повинний вчинити хороший солдат, проте страх штовхає його в протилежний бік.

У поданій нижче таблиці А.4 ми спробували узагальнити найбільш загальні розлади, які офіційно були заявлені американськими військовими, постраждалими від психічних захворювань у різноманітних війнах ХХ століття. У таблиці подана не вся наявна інформація, тому що багато з тих же груп захворювань зустрічалися ще під час Громадянської війни в США, але під іншими назвами.

Трагедія ситуації, на наш погляд, полягає в тому, що найбільш загальні захворювання, характерні для усіх війн, починаючи з тих, що вели древні римляни, і про які не існує статистичних даних, залишаються самими серйозними і в даний час.

Таблиця А.4 – Найбільш загальні розлади, офіційно заявлені постраждалими від психічних захворювань у різноманітних війнах ХХ століття

Розлади	Перша світова війна	Друга світова війна	В'єтнамська війна	Арабо-ізраїльські війни	
				1973	1982
1	2	3	4	5	6
Пригніченість свідомості	X			X	X
Страх (виправданий і безпричинний)	X			X	X
Підвищена чутливість до шуму (переляк)	X				
Двигтіння кінцівок	X				
Розлад рухового апарату	X				
Конверсивні реакції	X	X		X	X
Розлади мислення (апрозекція)	X				
Розлад психічних процесів	X			X	
Почуття занепокоєння		X		X	X
Нічні кошмари		X		X	
Виснаження, втома		X			
Втрата апетиту		X			
Шлунково-кишкові розлади		X			
Головний біль		X			

1	2	3	4	5	6
Безсоння		X		X	X
Мускульні скорочення		X	X	X	X
Соціальна відчуженість			X		
Розлади поведінки			X		
Агресивність поведінки			X		
Зловживання наркотиками			X		

Підводячи підсумок сказаному, відзначимо, що під травматичним стресом розуміється стрес, обумовлений психотравмуючою для індивіда життєвою подією. Ця подія (Life Stress Event) повинна виходити за межі повсякденного людського досвіду і викликати стрес у будь-якої людини. Психотравмуюча подія викликає сильні зміни в уявленні про себе, у системі цінностей, у концепції навколишнього світу, змінює усталені уявлення про засоби існування у світі. Ці події для індивіда можуть бути раптовими, шокowymi, можуть виявитися тривалими, тяжко стерпними впливами.

Травматичним може бути і бойовий стрес. Аналізуючи підходи різноманітних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднав їх у декілька моделей.

Відповідно до *першої моделі*, бойовий стрес розглядається як захворювання, як результат загострення в бойовій обстановці прихованого інтрапсихічного конфлікту, що раніше мав місце. Цій моделі, на його думку, відповідає термін "травматичний невроз".

Друга модель - модель "витривалості" або "усталеності", відповідно до якої кожна людина має межу "тривкості". У даному випадку не стільки важливою є роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка солдата, яка характерна при травматичному неврозі, стає нормою повсякденної поведінки. Цій моделі, як вважає Г. Кормос, відповідає термін "бойове виснаження".

Відповідно до *третьої моделі*, бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації.

Четверта модель - це модель оточення або "воєнної індукції". Вона підкреслює головну роль комбінації зовнішніх факторів.

П'ята модель - це модель експериментального неврозу. У даному випадку внутрішній конфлікт, що виникає у солдата в бойовій обстановці, розглядається за образом експериментального неврозу, що І.П. Павлов викликав у собак. Тільки змістом конфлікту є вибір між бажанням вижити і бажанням виконати свій обов'язок.

Нарешті, *шоста модель* - "осудлива". Вона відбиває погляди тих, хто вважає, що бойовий стрес викликаний боягузливістю і небажанням солдатів виконувати свій патріотичний обов'язок. Ця ненаукова модель мала, на думку Г.Кормоса, величезний вплив на вивчення даної проблеми вченими.

Ми вважаємо, що в сучасних умовах діяльності підрозділів особливого ризику бойовий стрес серед їхнього особового складу необхідно розглядати як таку поведінку людини, яка сигналізує про те, що вона вже не спроможна далі виконувати завдання, що стоять перед підрозділом.

А.2. Особливості дослідження психогенних розладів воєнної етіології серед цивільного населення

Проблемі психогеній воєнного часу присвячене велике число досліджень видатних вітчизняних психіатрів (Б.П.Осипов (1934), М.О.Гуревич (1949), Е.К.Краснушкін (1949), В.А.Гіляровський (1973)). У цих роботах достатньо чітко показано, що війна не дає нових, невідомих мирному часу видів психічних розладів. Її патопластичні впливи лише до деякої міри видозмінюють відомі психічні розлади. У формуванні психогеній воєнного часу в населення, крім безпосереднього етіопатогенетичного чинника (переживання, пов'язані з загрозою життю), істотну роль відіграють такі чинники, як: інформаційна непевність, загроза існуванню близьких людей, злам функціонування психофізіологічної організації й основних життєвих стереотипів, стомлення і т.п. При цьому, у багатьох випадках, життя людини стає залежним не від звичних умов, що ведуть до добробуту в мирний час (матеріальне становище, освіта, особливості праці і побуту і т.п.), а від нових чинників - уміння вижити без допомоги інших людей, укритися від непогоди, знайти житло і їжу.

Необхідно відзначити, що в літературі психогенні розлади воєнного часу розглядаються окремо: в учасників воєнних дій і в населення. Розходження обумовлені тим, що "солдат в умовах бойової обстановки щодня піддається загрози смерті - загрози, від якої він не має права ухилитися, для цивільного населення - цілком законно шукати захисту в період нападу" (Л.Люмберг, 1970). Сучасний рівень воєнної техніки і засобів масового знищення в значній мірі зменшує розходження в можливостях знищення як осіб, що безпосередньо беруть участь у воєнних діях, так і населення. Під час попередніх воєнних конфліктів, коли різниці між фронтом і тилом були значними, психічні розлади у цивільного населення не являли собою значної проблеми. Проте досвід другої світової війни, узагальнений у ряді робіт, що були присвячені вивченню результатів нальотів авіації на мирні міста, показав, що психічна напруга, викликана страхом і тривогою, є достатньо великою. F.Panse у своїй роботі "Angst und Schreck" розглядає динаміку емоційних станів, що виникають під час повітряних нальотів: почуття пригніченості і страху, кардіо-васкулярні симптоми після нальоту зменшувалися, змінюючись на ейфоричне збудження. Проте після важких нальотів були більш виражені апатія і байдужність.

Л. Люмберг пише, що після важких нальотів жителі британських міст, що вижили, бродили серед руїн, риючись у залишках свого житла. Їхні обличчя нічого не виражали, погляд був порожнім, очі блукали. Ця байдужність призводила до того, що ці люди часто не своєчасно зверталися за медичною допомогою. Тенденція ігнорувати моральні стандарти часто знаходила своє вираження в тому, що ті, хто лишилися живими, гірко оплакували втра-

ту свого житла і майна, не звертаючи уваги на те, що один або декілька їхніх родичів були вбиті.

Водночас, виражених випадків психічних захворювань, що потребують лікування в лікарнях, було не дуже багато (у Великобританії 1-2% людей потребували госпіталізації). К. Beringer пояснює низьку захворюваність підготовленістю до бомбардувань. Крім того, реальність ставить "неминучі вимоги до необхідності так діяти, щоб вижити, тому немає часу, щоб бути хворим". К. Zutt вважав, що при частих бомбардуваннях настає виснаження, що заміняє гострі реакції страху і жаху. J. Janis, аналізуючи вплив бомбардувань, пише, що при них досить часто виникають транзиторні реакції страху, депресії, апатії, що тривають від декількох днів до тижнів. Нерідкими також є розлади в травній, серцево-судинній системах, порушення менструальної функції. Реакції дітей такі самі, як і у дорослих, проте протікають більш довгостроково. J. Janis відзначає значні зміни в моральних стандартах, у першу чергу серед тих, у кого постраждало житло, хто втратив рідних, майно.

Особливе місце належить аналізу психічних порушень, що виникли під час ядерного бомбардування Хіросіми і Нагасакі. J. Janis підкреслює, що психічні розлади відзначалися у всіх, хто вижив. Почуття страху і повної безпомічності, що продовжувалося протягом декількох днів і тижнів, нерідко супроводжувалося в людини "подивом і нерозумінням того, що вона ще жива". Другий емоційний шок розвивався при виді величезної кількості вбитих, поранених, згорілих. При цьому, відзначає автор, другий шок був сильнішим у тих, хто відчував страх меншої інтенсивності безпосередньо під час вибуху. Автор описує також гострі депресивні реакції з вираженим почуттям самозвинувачення, суїцидальними діями, коли, ті, хто залишилися в живих, кидалися у вогонь, щоб загинути.

Рятувальні роботи були утруднені через те, що велика частина тих, хто вижили, покинула місто, а ті, хто залишався в ньому, були розгублені, дезорієнтовані, мляві, байдужні ("поводилися тихо, голови опущені, на обличчях ніякого виразу"). Приблизно через 2-3 години можна було організувати якусь допомогу, що здійснювали священники і лікарі, які залишилися живими.

Таким чином, досвід другої світової війни багато чого вніс у розуміння різноманітних психопатологічних аспектів життєво небезпечних ситуацій і змусив звернути більш пильну увагу на непсихотичні форми реакцій. Насамперед, був зроблений принциповий висновок про те, що війна не дає нових, невідомих психіатрам клінічних форм розладів. Далі було внесено нове розуміння "істеричного" і його ролі в розвитку психічних розладів. Нарешті, були описані "реакція горя", "синдром того, хто вижив", психічні наслідки перебування в концентраційних таборах (К. Z. - синдром) і наслідки тривалого голодування.

РОЗПОРЯДЖЕННЯ
ДИРЕКТОРА ДЕПАРТАМЕНТУ ПЕРСОНАЛУ ДСНС УКРАЇНИ
«ПРО ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ»
ПЕРЕДАТИ ЕЛЕКТРОННОЮ ПОШТОЮ

Керівникам головних управлінь (управлінь)
ДСНС України в областях, м. Києві, спеціальних центрів швидкого реагування ОРС ЦЗ, підрозділів центрального підпорядкування, ректору Національного університету цивільного захисту України

Про проведення психологічного дослідження

З метою розробки ефективних методів психологічного відновлення персоналу ДСНС після виконання завдань за призначенням на території проведення АТО та для прогнозування їх подальшої професійної надійності проводиться широкомасштабне наукове дослідження фахівцями науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України за участю психологів ДСНС.

У зв'язку з цим
ПРОПОНУЮ:

1. Головним управлінням (управлінням) ДСНС України в областях, м. Києві, спеціальним центрам швидкого реагування ОРС ЦЗ, підрозділам центрального підпорядкування:

Провести вивчення персоналу ДСНС, який залучався до виконання завдань на території проведення АТО, відповідно до Анкети соціально-психологічного вивчення (додаток 1) та спланувати заходи, спрямовані на їх психологічне відновлення;

заповнені бланки (додаток 1) та результати дослідження (додаток 2) до 25.12.2015 направити до Центру психологічного забезпечення підрозділів ОРС ЦЗ (vp.usgr@mns.gov.ua).

2. Національному університету цивільного захисту України (Садковий В.П.) та Центру психологічного забезпечення підрозділів ОРС ЦЗ (Сичевський А.С.) узагальнити надані матеріали та підготувати методичні рекомендації щодо психологічного відновлення персоналу ДСНС.

Додаток: на 7 арк. в 1 прим.

Вих. № 28-499/02 від 18.11.2015

О. Доценко

Директор Департаменту персоналу

О. Доценко

18.11.2015 № 28-499/02

АНКЕТА
соціально-психологічного вивчення

На момент тестування скарг на стан здоров'я, загальне самопочуття не маю і даю добровільну згоду на його проведення

_____ (дата)

_____ (підпис)

Інструкція: Анкета спрямована на вивчення Вашого психологічного стану на цей час. На деякі питання необхідно відповісти якомога детальніше, інші мають варіанти відповідей лише «так» чи «ні». Для простоти заповнення питання супроводжуються коротким поясненням.

1. П.І.П. _____

2. Вік (років): _____. Спец. звання: _____.

3. Освіта:

4. 3.1. - середня, - середньотехнічна, - вища;

3.2. - профільна (- НУЦЗУ; - ЛДУБЖД; - ЧПБ), - військова,
 - цивільна.

5. Спеціальність (напишіть): _____

6. Військова служба (з/до рр., останнє військове звання, рід військ, нагороди, поранення) _____

7. Участь у бойових діях: - так, - ні.

8. Сімейний стан: - одружений, - неодружений, - розлучений.

9. Діти (кількість): _____, їх вік (через кому): _____.

10. Житло: - власне, - знімаю, - живу у родичів, - кімната у гуртожитку,
 - інше (напишіть): _____.

11. Вам допомагають родичі? - так, - ні, - дуже рідко, - я їм допомагаю.

12. Видумали, що потрапите до зони АТО? - так, - ні.

13. З Вами проводилися додаткові заходи перед відправкою до зони АТО? Якщо "так", напишіть які _____.

14. Скільки днів Ви знаходилися в безпосередній близькості до зони бойових дій?
_____.

15. Скільки разів Ви виїжджали до зони АТО? (кількість відряджень):
_____.

16. Чого Ви більше всього боялися перед виїздом до зони АТО? Напишіть:

17. Ви б погодилися знову поїхати до зони АТО? - так, - ні.

18. Як Ваші родичі поставилися до того, що Виїдете до зони бойових дій? Напишіть: _____.

19. Ви потрапляли під обстріли? - так, - ні.

20. Ви чули постріли чи розриви снарядів? - так, - ні.

21. Чи отримували ви прохання про допомогу від місцевого населення? - так, - ні.

22. У Вас були поранення? - так, - ні. А у Ваших колег? - так, - ні.

23. Ви були свідком поранення Ваших колег чи сторонніх людей? - так, - ні.

24. Чи є у Вас проблеми? (можливо декілька варіантів)

- зі сном, - з апетитом, - зі здоров'ям, - інші:
_____.

25. Ви змінилися після АТО? Якщо “так”, то як саме? (можливо декілька варіантів)

- погляди на життя - став більше цінувати життя і здоров'я

- цінності та сенс життя - Ваш варіант: _____.

26. Як змінився Ваш настрій? Напишіть: _____

27. Чи з'явилися у Вас проблеми після повернення із АТО? Якщо “так”, то які? (можливо декілька варіантів)

- з оточуючими - на роботі з колегами

- з друзями - на роботі з керівництвом

- в сім'ї - з самим собою

- з дітьми - Ваш варіант: _____.

28. Які проблеми у Вас у відносинах з близькими? Напишіть: _____

29. Які проблеми Вас зараз найбільше турбують? Напишіть: _____

30. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

- так, - ні.

31. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?

- так, - ні.

32. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

- так, - ні.

33. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

- так, - ні.

34. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

- так, - ні.

35. У вас виникли проблеми з засинанням або сном?

- так, - ні.

36. Ви стали більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?

- так, - ні.

37. Чи збираєтесь Ви що-небудь кардинально змінити у власному житті? Якщо “так”, то що саме? Напишіть: _____

TECT № 1

1		23		45		67		89	
2		24		46		68		90	
3		25		47		69		91	
4		26		48		70		92	
5		27		49		71		93	
6		28		50		72		94	
7		29		51		73		95	
8		30		52		74		96	
9		31		53		75		97	
10		32		54		76		98	
11		33		55		77		99	
12		34		56		78		100	
13		35		57		79		101	
14		36		58		80		102	
15		37		59		81		103	
16		38		60		82		104	
17		39		61		83		105	
18		40		62		84		106	
19		41		63		85		107	
20		42		64		86		108	
21		43		65		87		109	
22		44		66		88		110	

TECT № 2

1		27		53		79	
2		28		54		80	
3		29		55		81	
4		30		56		82	
5		31		57		83	
6		32		58		84	
7		33		59		85	
8		34		60		86	
9		35		61			
10		36		62			
11		37		63			
12		38		64			
13		39		65			
14		40		66			
15		41		67			
16		42		68			
17		43		69			
18		44		70			
19		45		71			
20		46		72			
21		47		73			
22		48		74			
23		49		75			
24		50		76			
25		51		77			
26		52		78			

TECT № 3

1		18		35		52	
2		19		36		53	
3		20		37		54	
4		21		38		55	
5		22		39		56	
6		23		40		57	
7		24		41		58	
8		25		42		59	
9		26		43		60	
10		27		44		61	
11		28		45		62	
12		29		46		63	
13		30		47		64	
14		31		48		65	
15		32		49		66	
16		33		50		67	
17		34		51		68	

TECT № 4

1		26		51	
2		27		52	
3		28		53	
4		29		54	
5		30		55	
6		31		56	
7		32		57	
8		33		58	
9		34		59	
10		35		60	
11		36		61	
12		37		62	
13		38		63	
14		39		64	
15		40		65	
16		41		66	
17		42		67	
18		43		68	
19		44		69	
20		45		70	
21		46		71	
22		47		72	
23		48		73	
24		49		74	
25		50		75	

ТЕСТ № 5

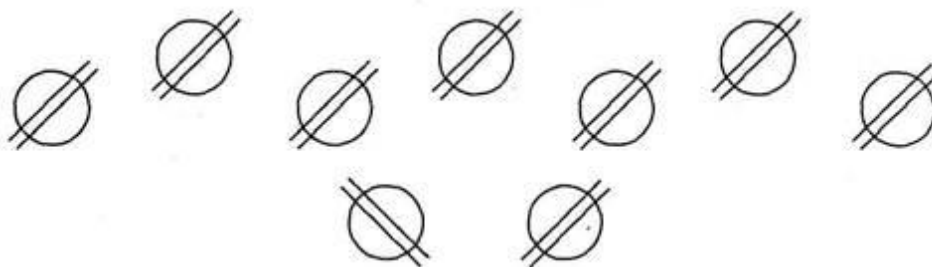
Категорія	и	ні	де	и	ов	ти	во	н	ет	ов	ич	не	ор	н	и	Ст	ри	й
«Я сам»																		
«Минуле»																		
«Війна»																		
«Майбутнє»																		
«Сім'я»																		
«Моя робота»																		
«Життя»																		

ТЕСТ № 6

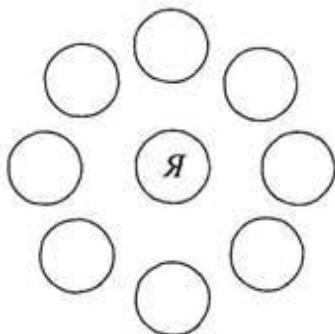
6.1.



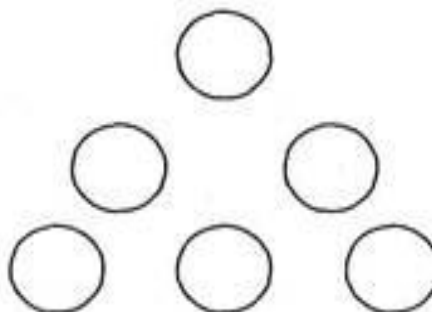
6.2.



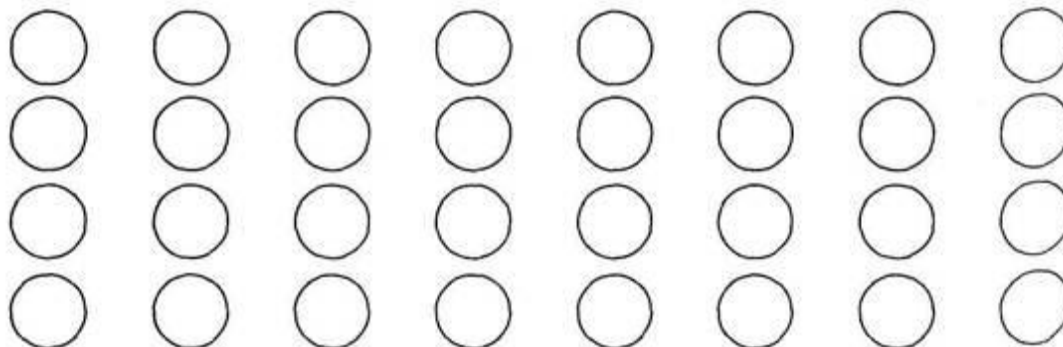
6.3.



6.4.



6.5.



до листа ДСНС України
18.11.2015 № 28-499/02

Результати психологічного дослідження

№	Методики	Значення	Колонка в Excel
1	Опитувальник травматичного стресу (Котенев І.О.)		A
1.1	Надпильність		B
1.2	Перебільшене реагування		C
1.3	Притупленість емоцій		D
1.4	Агресивність		E
1.5	Порушення пам'яті і концентрації уваги		F
1.6	Депресія		G
1.7	Загальна тривожність		H
1.8	Пристипи люті		I
1.9	Зловживання наркотичними і лікарськими засобами		J
1.10	Непрошені спогади і галюцинаторні переживання		K
1.11	Проблеми зі сном (труднощі із засинанням і переривчастий сон)		L
1.12	«Провина того, хто вижив»		M
1.13	Оптимізм		N
2	Методика «Прогноз-2»		O
2.1	Шкала ширості		P
2.1.1	«Сирі» бали		Q
2.2	Шкала нервово-психічної стійкості		R
2.2.1	«Сирі» бали		S
2.2.2	Стени		T
3	Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (Яхін К.К., Менделевич Д.М.)		U
3.1	Тривога		V
3.2	Невротична депресія		W
3.3	Астенія		X
3.4	Істеричний тип реагування		Y
3.5	Обсесивно-фобічні порушення		Z
3.6	Вегетативні порушення		AA
4	Методика Басса-Даркі		AB
4.1	Фізична агресія		AC
4.2	Непряма агресія		AD
4.3	Роздратування		AE
4.4	Негативізм		AF
4.5	Образа		AG
4.6	Підозрілість		AH
4.7	Вербальна агресія		AI
4.8	Почуття провини		AJ
4.9	Індекс ворожості		AK
4.10	Індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної)		AL

№	Методики	Значення	Колонка в Excel
5	Кольоровий тест відносин (Лотушкін А.І.)		AM
5.1	«Я сам»	синій	AN
		зелений	AO
		жовтий	AP
		червоний	AQ
		фіолетовий	AR
		коричневий	AS
		чорний	AT
5.2	«Минуле»	сірий	AU
		синій	AV
		зелений	AW
		жовтий	AX
		червоний	AY
		фіолетовий	AZ
		коричневий	BA
5.3	«Війна»	чорний	BB
		сірий	BC
		синій	BD
		зелений	BE
		жовтий	BF
		червоний	BG
		фіолетовий	BH
5.4	«Майбутнє»	коричневий	BI
		чорний	BG
		сірий	BK
		синій	BL
		зелений	BM
		жовтий	BN
		червоний	BO
5.5	«Сім'я»	фіолетовий	BP
		коричневий	BQ
		чорний	BR
		сірий	BS
		синій	BT
		зелений	BU
		жовтий	BV
5.6	«Моя робота»	червоний	BW
		фіолетовий	BX
		коричневий	BY
		чорний	BZ
		сірий	CA
		синій	CB
		зелений	CC
		жовтий	CD

№	Методики	Значення	Колонка в Excel
		червоний	CE
		фіолетовий	CF
		коричневий	CG
		чорний	CH
		сірий	CI
5.7	«Життя»	синій	CJ
		зелений	CK
		жовтий	CL
		червоний	CM
		фіолетовий	CN
		коричневий	CO
		чорний	CP
		сірий	CQ

АНКЕТА
(для експертної групи)

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Вік _____

Посада _____

Стаж на посаді _____

Інструкція:

Перед Вами перелік ознак (маркерів), які можуть спостерігатись у особистості, яка пережила травматичну подію. Будь ласка, використовуючи Ваш досвід роботи з учасниками АТО, оцініть наведені характеристики, за ступенем їх зустрічальності у фахівців, які повертаються з зони локального збройного конфлікту.

№	Маркери	Рейтинг
1	Порушення апетиту	
2	Порушення сну	
3	Зниження працездатності	
4	Стомлюваність	
5	Порушення пам'яті	
6	Порушення концентрації уваги	
7	Втрата часової перспективи	
8	Переоцінка цінностей	
9	Зміна життєвих пріоритетів	
10	Підвищення цінності життя	
11	Агресивність	
12	Імпульсивність	
13	Вразливість	
14	Уникаюча поведінка	
15	Емоційна відстороненість	
16	Дратівливість	
17	Підвищення пильності	
18	Закритість	
19	Байдужість	
20	Конфліктність	

**ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА:
«СИМВОЛІЧНІ ЗАВДАННЯ НА ВИЯВЛЕННЯ «СОЦІАЛЬНОГО Я»**

«Символічні завдання на виявлення «Соціального Я» (Б. Лонг, Р. Зіллер, Р. Хендерсон) - проєктивна методика дослідження особистості. Розроблена Б. Лонгом, Р. Зіллером, Р. Хендерсоном в 1968 р. Спрямована на вимірювання самоставлення і само ідентичності особистості.

Вважається, що символічні завдання відповідають різним аспектам «Я-концепції». За їх допомогою діагностуються особливості самооцінки (сприйняття суб'єктом його цінності в порівнянні з іншими), «сили» (положення щодо авторитетних фігур), «індивідуації» (подібності або відмінності від інших людей), соціальної зацікавленості (сприйняття себе частиною групи або окремим від неї), ідентифікації (ступеня включення себе в "Ми"), егоцентричності (сприйняття себе фігурою або фоном).

Фізична дистанція на аркуші паперу між гуртками, що символізують "Я" і значущих інших, інтерпретується як психологічна дистанція, позиція лівіше інших – як пережита цінність "Я", позиція вище – як пережита "сила "Я", всередині фігури, складеної з гуртків - "інших", - як включеність і залежність, поза – як незалежність "Я".

Автори методики залучали для її обґрунтування положення різних психологічних теорій, саме тому "символічні завдання" охоплюють деякі суттєві аспекти будови "Я-концепції". Так, "самооцінка" і "сила" відображають самоставлення особистості, що виражається за допомогою порівняння з іншими. "Індивідуація", "ідентифікація", "соціальна зацікавленість" відображають так званий "приєднуючий" аспект "Я-концепції", пов'язаний з приналежністю людини до групи людей.

Інструкція: пропонується ряд завдань, де люди зображені у вигляді кругів. Послідовно читаючи подальші інструкції, виберіть круги, які позначають вас і людей з вашого близького оточення.

Самооцінка. Подивіться на рядок, де зображено 8 кругів (рис. 1). Кожен круг позначає будь-яку людину. Виберіть круг, який символізує вас особисто, інші кола будуть позначати близьких людей: членів родини, друзів, колег і т. п.



Рис. 1

Інтерпретація: чим лівіше відзначене коло, що означає вас, тим вище самооцінка випробуваного.

Сила Я. Перед вами круги, розташовані у вигляді кільця, в центрі знаходиться круг, що позначає ваше Я, інші кола повинні позначати ваших рідних і близьких: батьків, дружину, братів, сестер, друзів, колег (рис. 2).

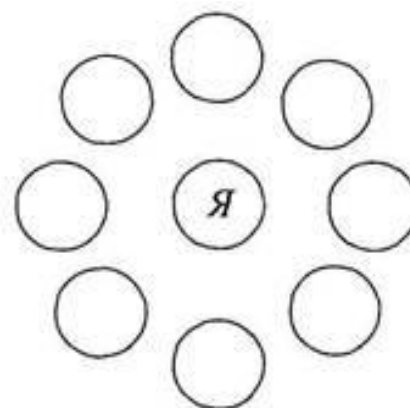


Рис.2

Інтерпретація: сила Я визначається як перевага, рівність або підпорядкування в ставленні до певних авторитетних фігур. Люди, що потрапили у верхні кола, сприймаються як переважаючі вас; в нижні кола – підпорядковані вашому Я, в бічних колах поміщаються, як правило, люди, рівні по силі Я.

Індивідуація – пережита уявна схожість з іншими людьми або відмінність від інших людей. Нижче групи кругів розташовані два круга, що символічно позначають вас. Визначте, який з цих двох кругів ваш (рис. 3).

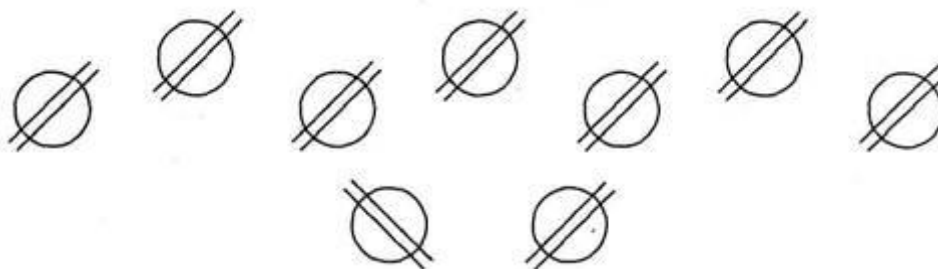


Рис 3.

Інтерпретація: якщо ви вибрали коло, штрихування якого збігається зі штрихуванням групи кругів, що означають людей, то ви переживаєте схо-

жість з ними. Якщо ви вибрали коло, штрихування якого не збігається зі штрихуванням групи кругів, то ви переживаєте відміну від інших людей.

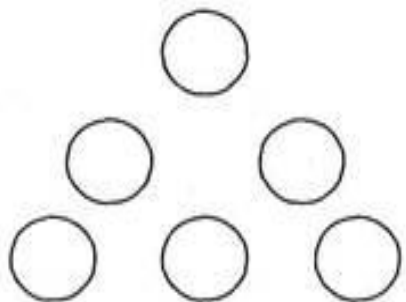


Рис. 4

Соціальна зацікавленість – сприйняття себе «частиною групи» або «окремим» від інших. Подивіться на круги, що утворюють трикутник, - це інші люди. Намалюйте коло, що означає вас, де завгодно (поза або всередині трикутника) (рис. 4).

Інтерпретація: якщо кружок, що означає Я, буде намальований всередині трикутника, випробуваний сприймає себе як частину цілого.

Ідентифікація. Подивіться на ряди кругів по горизонталі. У кожному ряду лівий круг означає будь-кого з рідних і близьких людей: батьків, дітей, друга, колегу і т. п. Тепер в кожному ряду виберіть коло, що означає вас (рис. 5).

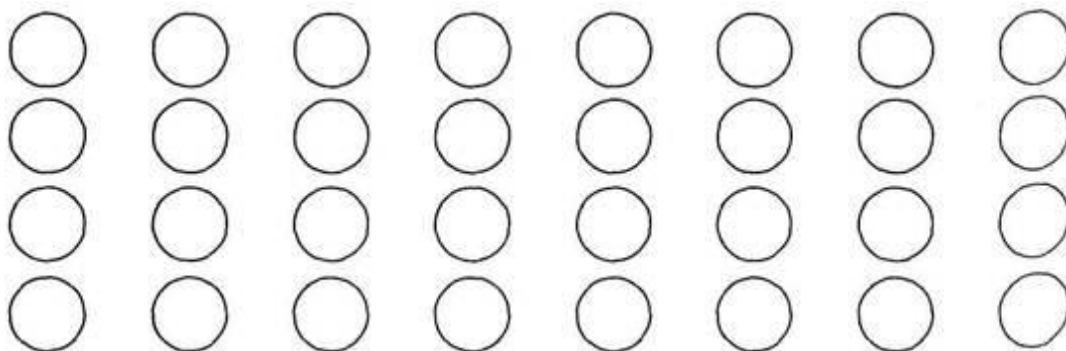


Рис. 5

Інтерпретація: чим більше кругів між Я і Іншим, тим слабкіше відчуття Ми; і, навпаки, чим ближче кола Я і Інший, тим сильніше Ми.

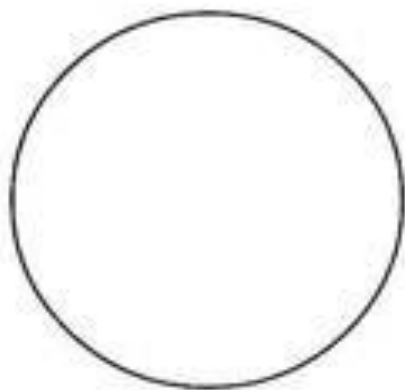


Рис. 6

Егоцентричність – сприйняття себе фігурою або фоном. Перед вами велике коло. Розмістіть маленький кружок, що означає Я, і кружок, що означає Іншого (членів родини, друга, колегу і т.п.), всередині великого кола (рис. 6)

Інтерпретація: якщо свій круг розташовується ближче до центру, ніж кружок Іншого, це свідчить про вашу егоцентричність.

За результатами виконання всіх завдань можна зібрати цілісний портрет випробуваної особистості.

АЛГОРИТМ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ФАХІВЦЯМИ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ НИМИ ЗАВДАНЬ В УМОВАХ ЛОКАЛЬНОГО ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Враховуючи отриману характеристику психологічних наслідків, які було зафіксовано у фахівців аварійно-рятувальних підрозділів ДСНС України після їх повернення з зони проведення АТО, нами було запропоновано алгоритм психологічної роботи з такими фахівцями.

1. *Підготовчий етап.* Перед організацією психологічної роботи з рятувальником психолог має зібрати наступні данні:

✓ (1) оцінка ситуації, що передувала виїзду в зону АТО (особливо – мотивація, попередній досвід участі у подібних ситуаціях; як швидко було прийнято рішення про виїзд до зони АТО; як формувались зведені загони; призначення командира тощо) і т. ін.;

✓ (2) оцінка травматичної ситуації: як довго перебував в АТО; скільки разів там працював (скільки пройшло ротацій); які завдання виконувались; аналіз результатів виконаної там роботи; який статус в загоні (командир, борець); оцінка бойових факторів (чи потрапляв під обстріли, загибель або поранення колег) і т. ін.;

✓ (3) оцінка ситуації після повернення з зони АТО: вивчення зовнішніх умов, в які повертається борець (чи є робота в «нормальних умовах», чи чекає дружина; чи є діти; можливе отримання певних соціальних гарантій та заохочень – відпустка, премія, подяка, нагорода, приклад для наслідування, переосування по службі тощо) і т. ін.

2. *Етап діагностики.* Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної діяльності, що проводиться психологами і психіатрами, повинна бути основним змістом роботи в ході обстеження рятувальників після їх повернення з районів бойових дій.

3. *Організаційний етап.* За результатами психологічного діагностичного обстеження фахівці рятувальних підрозділів поділяються на три групи:

✓ (1) фахівці без істотних відхилень психічного стану; зберегли здатність повноцінної соціальної адаптації та працездатність; справляються зі своїми професійними обов'язками; мають сприятливі взаємини в сім'ї – не потребують психореабілітаційних заходів;

✓ (2) фахівці, які мають функціональні відхилення, знижений рівень працездатності, які відчують труднощі в повсякденному житті, але зберігають достатній контроль над своєю поведінкою за допомогою значного напруження сил і ресурсів, – потребують уваги з боку психологів щодо організації з ними роботи в межах відновлювального періоду;

✓ (3) фахівці, які мають виражені прояви післятравматичної стресової симптоматики; ознаки гострого стресового порушення, що вимагають трива-

лих термінів реабілітації; порушення соціальної та професійної адаптації; значні проблеми в особистому житті, – потребують особливої уваги з боку психологів; можливе включення їх в групу посиленої психологічної уваги з подальшими рекомендаціями до проходження медико-соціально-психологічної реабілітації.

4. *Етап надання психологічної допомоги.* Організація психологічної роботи на цьому етапі проводиться з урахуванням груп фахівців-рятувальників, які були виокремлено в окремі категорії. Особлива увага повинна бути приділена проведенню групових та індивідуальних бесід, в ході яких необхідно зорієнтуватись в проблемах, що виникають в процесі реадaptaції учасників бойових дій до звичайних умов життєдіяльності. Нагадаємо, що особи, у яких відзначаються реакції дезадаптації, потребують медико-психологічної допомоги, та спеціальних заходів психокорекції та психотерапії.

5. *Етап профілактики відстрочених психогенних стресових наслідків.* На цьому етапі необхідний контроль психологічного стану і працездатності фахівців, незалежно від категорії. Постійно має проводитись діагностика суб'єктивної оцінки рятувальником свого психофізіологічного стану. Має бути проведена психопрофілактична робота в службових колективах, надання психологічної допомоги членам сім'ї співробітників.

Наукове видання

Лебєдєва Світлана Юрїївна
Назаров Олег Олександрович
Овсяннікова Яніна Олександрівна
Онїщенко Наталія Вікторівна
Похїлько Діана Сергїївна
Тїмченко Володимир Олександрович
Тїмченко Олександр Володимирович
Христенко Віталїй Євгенович

**ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ РЯТУВАЛЬНИКІВ
У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Монографія

Підписано до друку 03.01.19. Формат 60x84/16.
Папір 80 г/м². Ум.друк. арк. 10,9.
Тираж 300 прим. Вид. № 01/19. Обл.вид арк. 9,0.

Сектор редакційно-видавничої діяльності
Національного університету цивільного захисту України
61023, м. Харків, вул. Чернишевська, 94
www.nuczu.edu.ua