

Друга група - це група інтегральних показників, в основі дії яких лежить координаційний принцип побудови структури особистості. До цих показників відносяться благополуччя, гармонійність (домірність). Виділені показники є загальними для всіх віків. Благополуччя є показником оцінки людиною власного життя та самої себе. Гармонійність (домірність) є якісною характеристикою взаємодії властивостей особистості та взаємодії внутрішнього і зовнішнього.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья : учебн. пособие / В. А. Ананьев. – СПб. : Балтийская Педагог. академия, 1998. – 148 с.
2. Байер К., Шенберг Л. Здоровый образ жизни / К. Байер, Л. Шенберг. – М. : Мир, 1997. – 176 с.
3. Белов В. И. Психология здоровья : учеб. пособие / В. И. Белов. – СПб : Питер, 1994. – 272 с.
4. Психология здоровья : [учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с..
5. Психология профессионального здоровья : [учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.
6. Секач М. Ф. Психология здоровья : учебное пособие для высшей школы / М. Ф. Секач. – М. : Академический проект, 2003. – 192 с.

УДК 159.96

Підчасов Є.В., к.психол.н., викладач кафедри практичної психології ХНПУ імені Г.С. Сковороди;

Ломакін Г.І., заступник голови Харківської міської Спілки ветеранів Афганістану по роботі з інвалідами, учасник бойових дій в Афганістані

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПТСР В ОСІБ, ЯКІ ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ

У даній роботі проаналізовано та розглянуто сучасні наукові підходи до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), умови формування та особливості його прояву в осіб, які брали участь у бойових діях; наведені дані експериментальних досліджень проявів ПТСР та поширеності цих розладів у групах соціально-пасивних і соціально-активних ветеранів, а також у групах інвалідів війни та учасників бойових дій, які не отримали каліцтва.

Ключові слова: учасники бойових дій, бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соціально-пасивні та соціально-активні ветерани, інваліди війни, адаптація, реадaptaція.

В данной работе проанализированы и рассмотрены современные научные подходы к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), причины формирования и особенности его проявления у лиц, принимавших участие в боевых

действиях; приведены данные экспериментальных исследований проявлений ПТСР и распространенности этих расстройств в группах социально-пассивных и социально-активных ветеранов, а также в группах инвалидов войны и участников боевых действий, не получивших увечий.

Ключевые слова: участники боевых действий, боевой стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), социально-пассивные и социально-активные ветераны, инвалиды войны, адаптация, реадaptация.

Постановка проблеми. Дослідження проблем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) стає все більш актуальним не лише в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти і вираженості наслідків сучасних катастроф, збройних конфліктів і локальних війн. Як і будь-який конфлікт або критична ситуація, збройні конфлікти не обходяться без ускладнень, які не закінчуються з припиненням конфлікту або виходом з нього. Ці ускладнення досить довго супроводжують соціум і особу вже в умовах безконфліктного, мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо проігнорувати або вирішити однобічно.

Це і обумовлює вивчення психологічного стану та особливостей прояву ПТСР у людей, які пройшли через збройні конфлікти, з метою їх реадaptації до мирних умов життя, збереження здоров'я і працездатності. ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойових обставин і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Світова статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік - кожен третій.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідження так званого бойового стресу (В.Г. Василевський, А.Б. Довгополук, Г.О. Растовцев, Т.Б. Дмитрієва, Е.М. Єпачинцева, С.В. Литвинцев, Є.В. Снедков, Г.М. Тимченко, Г.А. Фастовцев, О.М. Харитонов та інші.) показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через кумульовані (накопичені) в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими. Статистичні дані свідчать, що під час війни у В'єтнамі загинуло 58226 американських громадян. Після ж повернення з війни покінчили з собою в три рази більше ветеранів, ніж загинуло; третина ув'язнених в американських в'язницях тоді були учасниками війни у В'єтнамі [5]. На території СНД вибіркові клінічні роботи визначають показник ПТСР серед ветеранів афганської війни у 30%, і до 55% у комбатантів (учасників бойових дій), які брали участь у локальних війнах останніх десятиліть [11, С.10-12]. За даними національного дослідження ветеранів в'єтнамської війни (1988 р.) у 30,6% спостерігався ПТСР. У 55,8% осіб, що мають ПТСР, були виявлені прикордонні (між

нормою і патологією) нервово-психічні розлади; ймовірність опинитися безробітним у них в 5 разів більше в порівнянні з іншими, розлучення були у 70%, проблеми з вихованням дітей у 35%, крайні форми ізоляції у 47,3%, виражена ворожість у 40% [6, С. 257]. За даними Харківської міської Співки ветеранів Афганістану, в афганській війні взяло участь 13500 мешканців області, загинуло 242. За післявоєнний період померло 1200, покінчило життя самогубством 56 осіб. У цілому ж, після «афганської» війни померло від ран і захворювань у п'ятеро більше її учасників, ніж загинуло, кількість інвалідів збільшилася втричі! І хоча на даний момент немає повних даних за сучасними конфліктами, можна припустити, що ситуація істотно не відрізняється.

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

Метою даної роботи є аналіз особливостей соціально-психологічних проявів ПТСР в учасників бойових дій, впливу соціальної активності на загальний психологічний стан, з визначенням шляхів психологічної допомоги в їх адаптації до умов мирного життя.

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

Методами дослідження були: аналіз літератури, спостереження, опитування та анкетування учасників війни в Афганістані, мемуари, матеріали звітно-виборчих конференцій Харківської міської співки ветеранів Афганістану. Методики виявлення ПТСР та окремих його ознак: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій Т.Кіна (1988) (військовий варіант); опитувальник Бека для оцінки депресії (Beck Depression Inventory - BDI) і Опитувальник травматичного стресу (ОТС) (І.О. Котєнєв, 1996).

На відміну від гострої стресової реакції ПТСР виникає не під час стресової події, а у віддалені строки – після виходу людини зі стресової ситуації. Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в Америці і були названі «синдром солдатського серця» [7]. У 1941 р. А. Кардинер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій. Фундаментальні дослідження ПТСР в Росії проведені професором Н.В. Тарабриною і співробітниками показали, що «після впливу бойового травматичного психоло-

гічного стресу учасникам бойових дій доводиться фактично заново відтворювати в умовах мирного життя структуру свого суб'єктивного життєвого простору, в тому числі і структуру самоствавлення, самооцінки і смисловиттєвих орієнтацій» [2; С. 91]. Також нею розроблений метод діагностики глибини і небезпеки цих розладів [10; 11]. У 1980 р. М. Горовиць запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше - для МКХ-10, де ПТСР скорочено описано у рубриці F 44.88. Згідно МКХ-10 слідом за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що призводить до патологічних змін особистості комбатантів, часткової або повної їх дезадаптації в умовах мирного часу.

Яскравою відзнакою «бойового стресу» є те, що на війні людина є не тільки свідком насильства, але і його активним учасником, і те, і інше служить джерелом травматичних переживань [6]. Страх, викликаний бойовими обставинами, пригнічується ціною великого нервового напруження. А якості одного з головних наслідків впливу стрес-факторів на особистість розглядається психічна травма, в основі якої можуть лежати усвідомлювані і неусвідомлювані зміни у фізіологічній, емоційній, когнітивній (інтелектуальній) і поведінковій складових системи регуляції [1]. Саме це й спостерігається у випадку зі стрес-фактором участі в бойових діях, де крім фізіологічних факторів, якщо не яскравіше діють психологічні. Але якщо безпосередньо у позначеній стресовій ситуації дані зміни можна вважати нормою, то в мирному житті вони часто викликають дезадаптивні реакції. Цими невідповідностями, в сукупності з соціокультурним контекстом та фактором соціальної підтримки, і породжується ПТСР [9].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за рамки звичайного людського досвіду і здатного викликати дистрес [6]. До такого роду стресорів і відносяться: серйозна загроза для життя або фізичної цілісності, вимушене вбивство людини, серйозне фізичне ушкодження (поранення), смерть або каліцтво товариша по службі. Вплив такого екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР.

До основних симптомів синдрому ПТСР відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливий повернення); нездатність згадати - амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); зверхзбудження (неадекватна зверхмобілізація) [7]. До вторинних симп-

томів ПТСР відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення Его-функціонування тощо [8].

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

Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в умовах вже мирного часу, через підвищене почуття справедливості, підвищену тривожності, «вибухові» реакції, що періодично виникають, депресивні стани, у ветеранів порушується соціальна взаємодія, виникають сімейні та проблеми з працевлаштуванням. У таких людей втрачається інтерес до суспільного життя, знижується їх активність при вирішенні життєво важливих проблем.

У нашому дослідженні взяли участь 34 ветерана афганської війни, середній вік яких – 47 років. До групи досліджуваних увійшли інваліди війни (ІВД) – особи, які в бойових діях отримали серйозні фізичні каліцтва та учасники бойових дій (УБД), які таких не мають. Також підбиралися групи за соціальною активністю – соціально-активні (СА) та соціально-пасивні (СП) ветерани, за участю їх у ветеранському русі в рамках Харківської міської спілки ветеранів Афганістану, суспільно-політичною та професійною активністю, а також заняттям спортом та іншими видами суспільно-корисної діяльності.

У ході проведеного нами анкетування було виявлено, що 59% ветеранів перебувають у шлюбі, 29% знаходяться в розлученні, а 12% у шлюбі не перебували, що свідчить про наявність проблем у соціальній сфері. Розлучених ветеранів значно більше серед тих, хто займає пасивну життєву позицію, ніж серед тих, хто проявляє соціальну активність (47% до 12%). Серед інвалідів війни відсоток розлучень становить 47% проти 12% у учасників бойових дій.

Тобто, виявлено, що в групах соціально-пасивних комбатантів та

інвалідів війни кількість розлучень в чотири рази більше, ніж у соціально-активних ветеранів та учасників бойових дій!

50% ветеранів не можуть працевлаштуватися, а 15% мають тимчасову роботу. Таким чином, 65% опитаних не здатні знайти собі постійне місце роботи. Відсоток працевлаштованих учасників бойових дій дещо більший ніж серед інвалідів і становить 41% до 29%, а серед соціально-активних він становить 53% до 18% у пасивних. Адже працевлаштованість і зайнятість – це надважливі компоненти у психологічній реабілітації ветеранів і найбільш гостро це питання стоїть серед інвалідів, яким за станом свого здоров'я складно знайти собі роботу. І тут дуже важливі державні програми трудової реабілітації, створення підприємств для інвалідів за типом діючих підприємств інвалідів УТОС і УТОГ (Українські товариства сліпих і глухих) з пакетами держзамовлень, а також організація надомної роботи та інших заходів.

Дані опитування показують (табл. 1), як самі ветерани оцінюють стан свого здоров'я – у 12% відзначають вкрай низьке самопочуття, що вимагає негайного втручання і допомоги, а 67% ветеранам необхідні профілактичні заходи реабілітаційного характеру: медичні та психологічні. І тільки 18% ветеранів відзначають гарний стан здоров'я.

Таблиця 1

Дані опитування за рівнем і станом здоров'я

Статус	Рівень здоров'я									
	Критично низький (до 20%)		Низький (21-40%)		Помірний (41-74%)		Достатньо гарний (75-89%)		Гарний (90-100%)	
	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%
СА	-	-	2	12	10	59	5	29	-	-
СП	1	6	2	12	13	76	1	6	-	-
УБД	-	-	1	6	11	65	5	29	-	-
ІБД	1	6	3	18	12	70	1	6	-	-
всього	1	3	4	12	23	67	6	18	-	-

Примітка. За соцактивністю $\chi^2_{\text{емп}} = 28,04$; $\chi^2_{\text{крит}} = 18,46$; $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; за травматизацією $\chi^2_{\text{емп}} = 32,6$; $\chi^2_{\text{крит}} = 18,46$; $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; $n = 4$, при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі.

Таким чином, бачимо, що між станом (статусом), соціальною активністю та елементами соціальної дезадаптації спостерігається прямий зв'язок – зниження або обмеження активності призводить до проявів соціально-психологічної дезадаптивованості. А це, у свою чергу, може призводити до загострення ПТСР.

Для виявлення окремих проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів війни нами була застосована Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій. Отримані результати вка-

зують, що у значної частини ветеранів спостерігаються явні ознаки ПТСР і психічних розладів, що збігається з вище наведеними даними наукових досліджень.

Дослідження показало, що 35% комбатантів повністю змогли адаптуватися в мирних умовах, 53% мають певні психічні розлади, а у 12% спостерігається наявність ПТСР.

Серед учасників бойових дій адаптованих ветеранів більше ніж серед інвалідів і складає 58,8% до 11,8%. У соціально-активних він становить 53% до 17,6% у пасивних. Також виявлено, що особи, які страждають ПТСР займають пасивну позицію і, важливо, – 3 з 4 комбатантів одночасно представлені як ІБД (!), що загострює ситуацію. Також ми можемо бачити 65% ветеранів-інвалідів, що потребують реабілітаційних заходів. Отримані дані показують, що адаптованих ветеранів до умов мирного часу серед соціально-активних і при відсутності травматизації значно більше. Це підтверджує виказане раніше твердження про необхідність реадaptaційних заходів, які сприяли б подоланню наслідків бойового стресу, в тому числі ПТСР.

Таблиця 2

Розподіл досліджуваних за рівнями прояву ПТСР

Показники Групи	Рівні ПТСР					
	Адаптованість		Психічні розлади		ПТСР	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
СА	9	53	8	47	-	-
СП	3	17,6	10	58,9	4	23,5
УБД	10	58,8	7	41,2	-	-
ІБД	2	11,8	11	64,7	4	23,5
Всього	12	35	18	53	4	12

Примітка. За соцактивністю $\chi^2_{\text{емп}} = 49,33$; $\chi^2_{\text{крит}} = 13,82$; $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; за травматизацією $\chi^2_{\text{емп}} = 69,6$; $\chi^2_{\text{крит}} = 13,82$; $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; $n = 2$, при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі.

Такі показники наявності посттравматичних стресових розладів, як загальна тривожність і наявність зверхконтролю дозволив нам діагностувати опитувальник травматичного стресу І.О. Котенєва (ОТС). Зверхпильність (зверхконтроль) [4; 6] - належить до одного з основних симптомів посттравматичних стресових розладів, які спостерігаються у ветеранів. Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, ніби їй загрожує небезпека. Але ця небезпека не лише зовнішня, а й внутрішня – вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, що володіють руйнівною силою, прорвуться до свідомості. Вона проявляється у вигляді постійного фізичного напруження, яке не дозволяє розслабитися і може створити чимало проблем. По-перше, підтримка висо-

кого рівня пильності вимагає постійної уваги і величезних витрат енергії. По-друге, ветерану починає здаватися, що це і є проблемою і що як тільки напругу вдасться зменшити все прийде до ладу.

Згідно отриманих даних у 18% всіх випробовуваних прояви цього симптому знаходяться на дуже високому рівні (табл. 3). У 70% його прояв дещо нижчий і лише у 12% ветеранів ми можемо стверджувати його відсутність. Загальний рівень прояву зверхпильності серед груп досліджуваних дещо вище в інвалідів, ніж у учасників бойових дій, що може бути пов'язано з наслідками травматизації. І нижче у соціально-пасивних ветеранів, що, імовірно, і пов'язане з їх соціальною пасивністю як захисним механізмом.

Таблиця 3

Розподіл досліджуваних за рівнем вираженості зверхпильності

Прояви	Рівні											
	Низький				Середній (помірний)				Високий			
Зверхпильність	УБД		ІБД		УБД		ІБД		УБД		ІБД	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
	3	17,6	1	5,9	9	52,9	15	88,2	5	29,5	1	5,9
	СА		СП		СА		СП		СА		СП	
	1	5,9	3	17,6	12	70,6	12	70,6	4	23,5	2	11,8
Всього	4 чол. - 12%				24 чол. - 70%				6 чол. - 18%			

Примітка. За соцактивністю $\chi^2_{\text{емп}} = 40,79$; $\chi^2_{\text{крит}} = 13,82$; $n = 2$, $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; при $p \leq 0,001$; за травматизацією $\chi^2_{\text{емп}} = 13,61$; $\chi^2_{\text{крит}} = 9,21$; $n=2$, $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$; при $p \leq 0,01$; розрізнення значущі

У цілому ми можемо говорити, що цей симптом переважає у значної частини ветеранів. Зверхпильність, і особистий досвід це підтверджує, тримає ветерана в постійному психічному і фізичному напруженні, що в свою чергу породжує ряд негативних проявів таких, як підозрілість до всього, недовіра, різні соматичні прояви, що в підсумку призводить до депресії і розвитку ПТСР.

Дослідження наявності депресії у ветеранів проведено за допомогою опитувальника депресії Бека (табл. 4).

Як впливає з отриманих результатів, лише у 26% випробовуваних на час проведення експерименту не було виявлено ніяких проявів депресії, а у 24% (сумарно) виявлено критичний і явно виражений її рівень. Отримані експериментальним шляхом дані підтверджують, що у соціально-активних ветеранів прояв депресивних станів набагато нижчий, ніж у групі соціально-пасивних (11,8% до 35,3%). Також, відсоток ветеранів з явно вираженим і критичним рівнями депресії в інвалідів 47,1%, а в учасників бойових дій не спостерігається взагалі!

Таблиця 4

Рівні прояву депресивних станів у групах ветеранів

Показники	Рівні депресивного стану							
	відсутність		помірний		критичний		явно виражений	
	кіль-сть	%	кіль-сть	%	кіль-сть	%	кіль-сть	%
СА	5	29,4	10	58,8	2	11,8	0	0
СП	4	23,5	7	41,2	4	23,5	2	11,8
УБД	8	47,1	9	52,9	0	0	0	0
ІБД	1	5,9	8	47	6	35,3	2	11,8
всього	9	26%	17	50%	6	18%	2	6%

Примітка. За соціальною активністю $x^2_{\text{емп}} = 24,08$; $x^2_{\text{крит}} = 16,27$; $x^2_{\text{емп}} > x^2_{\text{крит}}$; за травматизацією $x^2_{\text{емп}} = 83,8$; $x^2_{\text{крит}} = 16,27$; $x^2_{\text{емп}} > x^2_{\text{крит}}$; $n = 3$, при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі

Таким чином можна стверджувати, що явно виражений рівень депресії, як прояв ПТСР, найбільше спостерігається у соціально-пасивних ветеранів-інвалідів. У стані посттравматичного стресу та соціальної дезадаптивності депресія може посилюватися і доходити до відчаю, коли здається, що немає ніякого сенсу й усе марно. Її супроводжують нервові виснаження, апатія і негативне ставлення до життя [4, 6], що без втручання і підтримки з боку близьких оточуючих може призвести до тяжких наслідків.

Зверхпильність, депресія, зловживання алкоголем, непрохані спогади - це все спостерігається на тлі загальної тривожності, характерної для ветеранів. Тривожність проявляється як у психічній сфері (занепокоєння, заклопотаність, «параноїдальні» явища), так і в емоційній (почуття страху, невпевненість, комплекс провини) і на фізіологічному рівні (ломота у спині, спазми шлунку, головний біль) [6]. Згідно наведених даних (табл. 5) підвищений загальний рівень тривожності спостерігається у 88% ветеранів, з яких у 18% досліджуваних він знаходиться на дуже високому рівні.

Таблиця 5

Дані розподілу досліджуваних за рівнями загальної тривожності

Прояви	Рівні											
	Низький				Середній				Високий			
Загальна тривожність	УБД		ІБД		УБД		ІБД		УБД		ІБД	
	3	17,6	1	5,9	11	64,8	13	76,5	3	17,6	3	17,6
	СА		СП		СА		СП		СА		СП	
	4	23,5	-	-	11	64,7	13	76,5	2	11,8	4	23,5
Всього	4 чол. - 12%				24 чол. - 70%				6 чол. - 18%			

Примітка. За соціальною активністю $x^2_{\text{емп}} = 9,57$; $x^2_{\text{крит}} = 9,21$; $n = 2$, $x^2_{\text{емп}} > x^2_{\text{крит}}$; при $p \leq 0,01$; за травматизацією $x^2_{\text{емп}} = 31,15$; $x^2_{\text{крит}} = 13,82$; $n = 2$, $x^2_{\text{емп}} > x^2_{\text{крит}}$; при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі

У групах інвалідів (94,1% до 82,4%) та соціально-пасивних вете-

ранів (100% до 76,5%) загальна тривожність дещо вище. Що може говорити про те, що травматизація та соціальна дезадаптованість (пасивність) справляють істотний вплив на емоційний стан ветеранів.

Отже, отримані в результаті дослідження дані підтверджують, що у частини ветеранів – від 12% до 24% проявляються симптоми ПТСР (залежно від виду), у 53% - 70% спостерігаються психічні розлади або прикордонні стани і лише близько 35% досліджуваних повністю змогли адаптуватися до умов мирного життя. У ході спостережень і отриманих експериментальним шляхом даних добре проглядається зв'язок проявів ПТСР з соціальними умовами ветерана. Спостерігається тенденція до значного поліпшення якості життя та адаптованості ветеранів при залученні їх до суспільно-корисної діяльності. Це може бути ряд таких заходів, як зустрічі за круглим столом, де обговорюються нагальні проблеми, залучення ветеранів до зустрічей з молодшим поколінням (уроки мужності і патріотична діяльність, спортивно-масові заходи, просвітницька робота), до благодійних заходів і т.і. Результати дослідження підтверджують, що суспільно-корисна діяльність у рамках Харківської міської спілки ветеранів Афганістану надає свої позитивні результати на психологічний стан її членів. Ветерани які задіяні в суспільно-корисній діяльності і які займають активну соціальну позицію страждають ПТСР і психічними розладами набагато менше, ніж ті хто замкнувся на своїх проблемах, у собі.

Досвід спілки ветеранів показує, що якщо не надавати своєчасну психологічну підтримку, без індивідуального підходу, реабілітаційних заходів, їх інтеграція в сучасне суспільство практично не можлива. Особливо якщо це стосується інвалідів, які обмежені в своїх фізичних можливостях і, як правило, замкнуті і обмежені в спілкуванні, ізольовані від суспільних відносин. Часом дуже важко розговорити таких людей (спочатку вони цьому дуже пручаються), організувати їм спілкування з іншими ветеранами, але якщо це вдається, то результати не змушують на себе чекати. Так, величезний вплив справляють на подальшу долю інваліда особистий приклад і досвід таких же інвалідів як і він сам, але більш активних, адаптованих. І коли відбуваються спільні зустрічі соціально-активних людей з пасивними, то і в других теж починає змінюватися світогляд: «ще не все втрачено, ще варто жити, можна займатися якоюсь корисною справою» і т.і. А якщо ще й є можливість виявити спрямованість і інтереси ветерана й надати посильну допомогу в його зайнятості, прагненнях, то людина кардинально змінюється – немов «оживає».

У ході соціальної взаємодії ветерану набагато легше розкритися, виговоритися, переробити свій військовий досвід, отримати післявоєнний досвід інших таких же як і він ветеранів і, спільними зусиллями, вирішити свої соціальні та психологічні проблеми. А значить якісно поліпшити свій стан і своє життя, переосмислити прожите і знайти перс-

пективи в майбутньому.

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

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

На думку ряду фахівців, повне позбавлення від ПТСР неможливо, його ознаки мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час і наростати, а й виявлятися раптово на тлі зовнішнього благополуччя. Психотравма руйнує когнітивні Я-схеми і звичний погляд на світ. Відтворення зруйнованого буває хворобливим, тому ефективними у роботі з ветеранами можуть виявитися різні рівні психотерапевтичних технік: вислуховування, консультування, короткочасна і довгострокова динамічна психотерапія і т.д.

Стан ветерана можна поліпшити тільки за допомогою системи реа-

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

Висновки. Багаторічна практика роботи в Союзі ветеранів Афганістану показує, що застосування психологічних впливів і соціальних заходів, при розумінні глибинної сутності особистісних психологічних бар'єрів, що стоять на шляху учасників бойових дій до їх успішної інтеграції в суспільство, дає свої позитивні результати.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане / Ринат Абдулнакипович Абдурахманов : дисс. канд. психол. наук. – М. : ВПА, 1994. – 223 с.
2. Зеленова М. Е., 2005. Исследования смысложизненных ориентаций у ветеранов боевых действий в Афганистане // Боевой стресс : Механизмы стресса в экстремальных условиях/ Марина Евгеньевна Зеленова – Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ, М. : Истоки. – С. 91.
3. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983 – 367с.
4. Колодзин Б. Как жить после психологической травмы / Б. Колодзин. – М. : Шанс, 1992. – 276 с.
5. Лесной Н. После войны / Н. Лесной // ГЕО. – 2006. – № 2. – С. 104–108.
6. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.
7. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб. : Специальная Литература, 1997. – С. 197–230.
8. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов вой-

ны в Афганистане : методические рекомендации / [Цыганков Б. Д., Белкин А. И., Веткина В. А. и др.]. – М. : МГУ, 1992. – 16 с.

9. Снетков В. Н. Стрессогенные психические расстройства у раненых / Снетков В. Н., Литвинцев С. В., Фастовцев Г. А. // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. – СПб. : ВмедА, 1995. – С.79–82.

10. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварий на ЧАЭС / Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. // Психологический журнал. – 1994. – №5. – С. 67–77.

11. Ушаков И. Б., Бубеев Ю. А. Боевой стресс : психофизиологические маркеры устойчивости / И. Б. Ушаков, Ю. А. Бубеев // Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ. – М. : Истоки, 2005. – С. 10–12.

УДК 159.922.7

Побідаш А.Ю., начальник відділення впровадження психотренінгових технологій науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології НУЦЗУ

ОСНОВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ПОНЯТТЯ «ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ» У ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗАКОРДОННІЙ НАУЦІ

В статье приведен анализ различных подходов к определению сущности понятия жизнестойкости личности в отечественной и зарубежной психологической науке, раскрываются основные положения этих теорий.

Ключевые слова: жизнестойкость, стресс, адаптация.

У статті наведено аналіз різних підходів до визначення суті поняття життєстійкості особистості у вітчизняній та закордонній психологічній науці, розкриваються основні положення цих теорій.

Ключові слова: життєстійкість, стрес, адаптація.

Постановка проблеми. Останнім часом дедалі гостріше постає питання, як людина може зберегти своє психічне здоров'я після впливу стресових ситуацій. Адже аварії та катастрофи, природні лиха та інші незгоди все ближче підступають до кожної людини. Через це у психологічній науці все частіше постає питання: які саме якості дозволяють людині зберегти своє психічне здоров'я та які ж саме фактори визначають життєстійкість особистості.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Існує багато підходів які намагаються виділити основу стійкості особистості до стресових факторів. У вітчизняній психології цією проблемою займалися Ю.О. Алексан-