

караулів. До «менш популярних» відносяться бійці. І, відповідно, до «відкинутих» – решта працівників. Природно, що відносини між представниками різних статусів абсолютно різні.

Далі всі випробувані були віднесені до двох рівнів оцінки соціально-психологічного клімату. Досліджувані з частини ПДПЧ-3 оцінили психологічний клімат у колективі як сприятливий, таких досліджуваних в колективі 13 чоловік (65%). Інша частина ПДПЧ-6 теж оцінила психологічний клімат в колективі як сприятливий – 15 чоловік (75%).

Висновки. У колективі переважають в основному доброзичливі відносини. Отже, в колективі переважає стиль міжособистісних відносин, властивий особам, які прагнуть до тісної співпраці, до доброзичливих відносин з оточуючими. Характеризується він також і готовністю допомагати оточуючим, переважанням почуття відповідальності. Високі середні бали в секторі «дружелюбність» дозволили судити нам про можливість характеризувати міжособистісні відносини в колективі як досить доброзичливі, теплі, тісні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М. : Аспект-Пресс, 2002. – 376 с.
2. Бодалев А. А. Восприятие человека человеком / А. А. Бодалева. – СПб. : Феникс, 2007. – 241 с.
3. Бодалев А. А. О взаимосвязи общения и отношения / А. А. Бодалев // Вопросы психологии. – 2006. - № 1. – С. 122–127.
4. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – М. : ИДА-пресс, 2003. – 199 с.
5. Волков И. П. Социометрические методы в социально-психологических исследованиях / И. П. Волков. – СПб. : ПГУ, 2004. – 204 с.
6. Глуханюк Н. С. Практикум по психодиагностике : учебное пособие / Н. С. Глуханюк. – М. : МПСИ, 2003. – 192 с.
7. Гришина Н. В. Я и другие. Общение в трудовом коллективе / Н.В. Гришина. – СПб. : ПГУ, 2007. – 120 с.
8. Донцов А. И. Психология коллектива / А. И. Донцова. – М. : МГУ, 2000. – 168 с.
9. Еникеев М. И. Социальная психология : учебник для вузов / М.И Еникеев. – М. : ПРИОР, 2000. – 160 с.

УДК 159.923:316.6

Ломакін Г.І., заступник голови Харківської міської спілки ветеранів Афганістану по роботі з інвалідами, учасник бойових дій в Афганістані. Магістрант кафедри практичної психології ХНПУ імені Г. С. Сковороди

РОЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ В КОРЕКЦІЇ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ

В роботі представлено дані дослідження проявів ПТСР у ветеранів війни в Афганістані, проаналізовано розрізнення цих проявів у соціально-активних і соціально-

пасивних ветеранів, наведені дані ефективності застосування спеціальної програми корекції проявів ПТСР через залучення ветеранів до соціальної активності, показано роль соціальної активності в успішній адаптації ветеранів до умов мирного життя.

Ключові слова: учасники бойових дій, психічна травма, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соціально-пасивні та соціально-активні ветерани, адаптація, реадaptaція, соціальна активність.

В работе представлены данные исследования проявлений ПТСР у ветеранов войны в Афганистане, проанализированы различия этих проявлений у социально-активных и социально пассивных ветеранов, приведены данные эффективности применения специальной программы коррекции проявлений ПТСР через привлечение ветеранов к социальной активности, показана роль социальной активности в успешной адаптации ветеранов к условиям мирной жизни.

Ключевые слова: участники боевых действий, психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), социально-пассивные и социально-активные ветераны, адаптация, реадaptaция, социальная активность.

Постановка проблеми. Актуальність даної теми пов'язана з вирішенням практичних потреб суспільства щодо проблем соціально-психологічної адаптації (реадaptaції) людей, що знаходилися в екстремальних умовах діяльності. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти та вираженості наслідків сучасних катастроф, збройних конфліктів і локальних війн, які не обходяться без ускладнень, не закінчуються з їх припиненням. Ці ускладнення досить довго супроводжують соціум і особистість вже в умовах мирного життя, створюючи ряд труднощів в адаптації (реадaptaції) ветеранів до нормального життя. Зокрема яскраво постає проблематика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як наслідку впливу стрес-факторів бойових обставин і як одного з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації ветерана до звичайного життя. Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в умовах вже мирного часу у ветеранів порушується соціальна взаємодія, виникають сімейні і проблеми з працевлаштуванням, втрачається інтерес до суспільного життя, знижується активність при вирішенні життєво важливих проблем. Психологічний збиток, отриманий в результаті військової травми, призводить до соціальної дезорієнтації, неадекватності уявлень людини про світ і свою соціальну роль, втрати цілісності "Я", зниження самоповаги, глибокої внутрішньої спустошеності [3].

ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу умов бойових обставин, що травмують психіку і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Дослідження так званого бойового стресу (В.Г. Василевський, А.Б. Довгополюк, Г.А. Растовцев, Т.Б. Дмитрієва, О.М. Єпанчинцева, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, Г.М. Тимченко, Г.А. Фастовцев, А.М. Харитонов та інші) показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через кумульовані в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими [3].

Таким чином, актуальність проблеми визначається як соціальною ситуацією, що складається в суспільстві, так і гострою потребою ветеранів в адаптації (реадaptaції) до умов мирного часу, потребою соціального захисту, соціально-

психологічної реабілітації та підтримки, проведення психокорекційної роботи щодо поліпшення психологічного стану ветеранів, що страждають ПТСР.

Зважаючи на це, метою дослідження є з'ясування ефективності застосування розробленої спеціальної програми залучення ветеранів до соціальної активності для корекції психологічних наслідків участі у бойових діях.

Виклад основного матеріалу. Предмет аналізу – роль соціальної активності у подоланні наслідків участі у бойових діях, які проявляються у вигляді психічної травми бойового стресу і посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Методами дослідження були: спостереження, опитування учасників бойових дій в Афганістані, анкетування, формуючий експеримент. Методики виявлення ПТСР і його окремих проявів: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій Т.Кіна (1988; військовий варіант); опитувальник Бека для оцінки рівня депресії (Beck Depression Inventory - BDI) і опитувальник травматичного стресу (ОТС) (І.О. Котенев, 1996).

На відміну від гострої стресової реакції ПТСР виникає не в момент стресової події, а у віддалені терміни - після виходу людини зі стресової ситуації. У 1980 р. М. Горовиц виділяє його як самостійний синдром, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі, з групою авторів, М. Горовицем були розроблені діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше, у 1995р., - для МКХ-10, де ПТСР скорочено описано в рубриці F 44.88. Згідно з МКХ-10 слідом за травмуючими подіями, які виходять за рамки 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 [3].

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 [3]. Страх, викликаний бойовими обставинами, пригнічується ціною великого нервового напруження. А як один з головних наслідків впливу стресових факторів на особистість розглядається психічна травма, в основі якої можуть лежати усвідомлювані і неусвідомлювані зміни фізіологічної, емоційної, когнітивної і поведінкової складових системи регуляції [1]. Саме це і спостерігається у випадку зі стресовим фактором участі в бойових діях, де, крім фізіологічних факторів, якщо не яскравіше діють психологічні. Але якщо безпосередньо в означеній стресовій ситуації дані зміни можна вважати нормою, то в мирному житті вони часто викликають дезадаптивні реакції. Цими невідповідностями, в сукупності з соціокультурним контекстом та чинником соціальної підтримки, і породжується ПТСР [3].

Після повернення з війни залишаються звичка оцінювати навколишній світ з точки зору потенційної небезпеки [1]. Страх, тривога, відчуття своєї вразливості часто долаються і компенсуються захисним механізмом агресивної і диссоціальної поведінки.

Єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів немає. Тому багато дослідників і клініцисти, ґрунтуючись на різних гіпотезах, пропонують різні психологічні та інші моделі. Об'єднуючи в собі основні підходи

(психодинамічний, когнітивний, психобіологічний, інформаційний, мультифакторна модель ПТСР), розроблений психосоціальний підхід, де вводиться вплив зовнішнього середовища на виникнення ПТСР. Ця модель також є багатфакторною і включає в себе вагу кожного фактора у розвитку реакції на стрес. У ній виділені такі соціальні фактори, які впливають на успішність адаптації потерпілих від психічної травми, як: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, фактор соціальної підтримки з боку суспільства і значимий фактор впливу близьких людей [3].

До основних симптомів синдрому ПТСР відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі повернення); нездатність згадати - амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); неадекватна надмобілізація. До вторинних симптомів ПТСР відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення Его-функціонування тощо [3].

Серед соціально-психологічних явищ, що спостерігаються у ветеранів війн, можна відзначити відчуття занедбаності, недовіра до інших людей, нездатність говорити про війну, втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах, нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими, тривожність, потреба мати зброю, неприйняття ветеранів інших воєн, негативне ставлення до представників влади, бажання зігнати злість за те, що був відправлений на війну і за все, що там відбувалося, потреба брати участь в небезпечних «пригодах»; роздирання питанням про те, чому загинули твої друзі, а не ти і багато інших. Це призводить до конфліктів, спалахів гніву, агресії, зловживання алкоголем і наркотиками і, як правило, до депресивних станів.

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, викликані війною ПТСР, нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами, пов'язаними з соціальною дезадаптацією. Ветерани підходять до мирного життя з фронтними мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт. У них особливим чином з'єднуються способи поведінки, сформовані під впливом стрес-факторів бойової обстановки, і колишні (довоєнні) способи поведінки [3]. Все це призводить до дезадаптивних проявів, відчуження, ускладнень в подоланні наслідків без сторонньої допомоги.

На базі Харківської міської спілки ветеранів Афганістану нами були проведені дослідження серед ветеранів бойових дій, мета яких полягала у виявленні ролі соціальної активності в подоланні ПТСР, адаптації (реадаптації) до життєдіяльності в мирних умовах.

У констатуючому дослідженні взяли участь 34 ветерани війни в Афганістані, середній вік яких склав 47 років. Групи досліджуваних були розподілені на соціально-активних (СА) (до уваги сприймалася участь у громадській роботі, що проводиться Харківською міською спілкою ветеранів Афганістану, заняття спортом, суспільно-політична і професійна активність) і соціально-пасивних ветеранів (СП).

Так, в результаті анкетування було виявлено, що розлучених ветеранів значно більше серед соціально-пасивних (47%), ніж серед тих, хто проявляє

соціальну активність (12%) [4]. Подібна тенденція виявлена і в сфері працевлаштування, де особи, які виявляють соціальну пасивність, менш адаптовані до умов мирного життя і не в змозі знайти собі роботу - відсоток працевлаштованих ветеранів із соціально-пасивною позицією склав 18%, а у соціально-активних 53%, що істотно вище. За станом здоров'я не мають скарг 6% інвалідів і соціально-пасивних ветеранів проти 29% учасників бойових дій і соціально-активних ветеранів, що значно більше; значні розрізнення підтверджено і статистично ($\chi^2_{eml} = 28,04$, при $p \leq 0,001$) [4].

За допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій нами було виявлено, що особи, які займають пасивну життєву позицію, більше страждають ПТСР (СП - 82,4%; СА - 47%) . Статистичні дані свідчать про значні розрізнення в групах досліджуваних $\chi^2_{eml} = 49,33$; при $p \leq 0,001$ і показують, що проявів ПТСР значно менше серед тих, хто проявляє соціальну активність [4]. Тобто залучені до соціальної активності ветерани більш адаптовані в суспільстві і менше страждають на ПТСР.

За допомогою опитувальника травматичного стресу були досліджені такі показники посттравматичного стресового розладу, як надконтроль і загальна тривожність, що є одними з основних в симптомокомплексі ПТСР у ветеранів. Так, за шкалою надконтролю були отримані дещо неочікувані дані, що відходять від загальної тенденції. Було виявлено, що його рівень у соціально-активних ветеранів значно вищий (23,5%), ніж у соціально-пасивних (11,8%). Розрізнення підтверджено статистично на рівні достовірності $p \leq 0,001$. Можемо передбачити, що це може бути пов'язано саме з соціальною пасивністю, яка виступає захисним механізмом. Показники загальної тривожності зберігають звичайну тенденцію, її високий рівень виявлено у 100% соціально-пасивних ветеранів, що значно більше, ніж у соціально-активних (76,5%). Розрізнення на рівні достовірності $p \leq 0,01$ [4].

Як наслідок, ПТСР проявляється в депресивних станах і негативним чином впливає на поведінку ветерана. Показники прояву депресії, отримані за допомогою діагностичного опитувальника депресії Бека, та статистичні дані свідчать ($p \leq 0,001$) про значні розрізнення цих проявів в групах досліджуваних. Прояв депресивних станів значно вищий в групі соціально-пасивних ветеранів 35,3%, ніж 11,8% у соціально-активних [4].

Результати досліджень показали, що ПТСР і його окремі психічні прояви більш характерні соціально-пасивним ветеранам, і що серед цієї групи необхідно проводити комплекс реабілітаційних заходів з відновлення їх психічного здоров'я та адаптації в суспільстві [4]. ПТСР і його окремі прояви в учасників військових локальних конфліктів є особистісною кризою з усіма притаманними їй ознаками, а, значить, як і будь-яка психологічна особистісна криза, потребує корекції та терапії. Для подолання кризових проявів ПТСР використовуються різні стратегії: відновлення цілісності та гармонійності картини світу (узгодження негативного досвіду та поточної реальності), пошук та актуалізація необхідних ресурсів (наприклад, спокою і впевненості в собі), включення старих поведінкових програм в контекст соціально-прийнятних дій (наприклад, робота спортивним інструктором або охоронцем для колишнього вояка, тощо.) [5].

З метою корекції проявів ПТСР нами була сформована вибірка, в яку увійшли 12 з 17 соціально-пасивних ветеранів, які брали участь у попередньому дослідженні. П'ятеро ветеранів з різних причин не змогли продовжити участь в експерименті (у зв'язку зі зміною місця проживання і т.п.) і тому в подальших порівняннях всі результати попереднього вимірювання щодо соціально-пасивних ветеранів були перераховані відносно нової вибірки в 12 чоловік. Була розроблена спеціальна корекційна програма для надання допомоги в адаптації (реадаптації) учасників бойових дій до умов мирного життя через залучення до соціальної активності, яка проводилася протягом 2-х років з 2010р. по 2012р. Корекційна робота будувалася за кількома напрямками і складалася з індивідуальної, колективної та соціально-психологічної корекції.

Подолання індивідом психотравмуючого впливу стресорів бойових обставин залежить від трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів та особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни. Взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (поєднання уникнення спогадів з періодичним їх повторенням) призводить або до зростання психічного напруження, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. Як наслідок можливі два результати: психічна «рестабілізація» або виникнення ПТСР [3]. Впливаючи на умови, в які потрапляє ветеран, і змінюючи їх, можна, позитивно змінювати і індивідуальні характеристики ветерана. В цьому і полягає особливість реабілітаційних заходів та соціально-психологічної роботи з успішною реабілітації учасників бойових дій в мирних умовах.

До фундаментальних принципів терапії ПТСР у ветеранів бойових дій, як зазначає О.Л. Пушкар'єв та інші, відносять: принцип нормалізації; принцип партнерства та підвищення гідності особистості; індивідуальний підхід.

У сучасній терапевтичній практиці вважається, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком, і щоб нейтралізувати наслідки травми, необхідно головним чином робити ставку на мобілізацію механізмів подолання клієнта. Це докорінно відрізняється від застарілого переконання в тому, що ПТСР є продуктом особистісної неспроможності і патологічних, невротичних механізмів. Крім того, дуже важливим є міждисциплінарний підхід до лікування ПТСР, за яким знання біологічного і психологічного аспектів, соціальної динаміки дозволяє дивитися на травму в широкому контексті і знаходити пояснення наявним симптомам і засоби їх корекції в різних сферах життя [2].

Всі методи, які використовуються для корекції ПТСР, можна об'єднати поняттям «соціально-психологічна реабілітація». Термін «соціально-психологічна реабілітація» (rehabilitatio - відновлення) найбільш точно відображає процес і результати діяльності психолога при наданні допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації [2]. Серед них виділяють: освіту (включає в себе обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології і психології); формування холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я (формування здорового способу життя - фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинуте почуття гумору); методи, які збільшують соціальну підтримку та соціальну інтеграцію (сімейна та групова терапія, розвиток мережі самопомоги, створення громадських організацій і участь в їх діяльності) і саме терапію (робота з реакцією втрати, фобічними

реакціями, бесіди про травматичні переживання, рольові ігри, гештальт-терапія і т.д.).

Спираючись на зазначені основи, запропонована нами модель психологічної реабілітації включає: взаємну адаптацію психолога та клієнта, навчання навичкам саморегуляції; катарсичний етап (повторне переживання); обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій); апробування нових навичок поведінки через гру; визначення життєвих перспектив і безпосереднє залучення ветеранів до соціальної активності [2].

Як форми проведеної нами корекційної роботи з ветеранами, що страждають ПТСР, застосовувались індивідуально: встановлення безпечної атмосфери; тісного емоційного контакту; теплих, довірливих відносин; в бесідах проводилася робота зі спогадами та переживаннями. В рамках індивідуальних бесід з учасниками бойових дій проводилось консультування з тих чи інших психологічних і соціальних проблем, наявність яких виявлялася в процесі бесіди, обговорювалися ті чи інші стани, перебування в яких було притаманне конкретному ветеранові. Це давало можливість усвідомити, що поведінка, стан, соматичні захворювання, наявність проявів ПТСР далеко не індивідуальні, а притаманні більшості ветеранів і що з цим можна і потрібно працювати, поліпшуючи стан і позитивне ставлення до світу. При корекції ПТСР в індивідуальній роботі необхідно допомогти ветерану «переробити» проблеми і «впоратися» з симптомами, які продукуються в результаті зіткнення з травмуючою ситуацією, допомогти відреагувати травматичний досвід, обговорюючи і заново переживаючи думки і почуття, пов'язані з травмою, в безпечній обстановці. Це дає змогу оволодіти з реакціями, які раніше були некерованими. У багатьох з них спрацьовують захисні механізми уникнення або витіснення травмуючої психіку події або амнезії на таке, тому важливою при подібних бесідах має бути можливість ветерану виговоритися, розкритися. І тут необхідно тонко відчувати ці моменти, щоб ні в якому разі не нашкодити своїм втручанням, а, навпаки, поступово довести до катарсису, дати можливість заново пережити емоційно травмуючу подію і по-новому на неї поглянути, переосмислити те, що сталося, можливо надати певний сенс травмуючій події, знайти їй пояснення. Також досить важливим є періодичне відвідування ветеранів удома і особливо це актуально в гострий депресивний період, коли ветеран не знаходить сенсу свого буття, коли він не бачить жодних перспектив і все бачить в чорному кольорі. В такий період без сторонньої підтримки, підтримки з боку близьких йому людей просто не обійтись.

В процесі успішного відновлення можна спостерігати поступовий перехід від настороженості до відчуття безпеки, від вираженої ізоляції до вибудовування соціальних контактів і т.д.

В рамках групової психокорекції проводилися наступні заходи: періодичне проведення круглих столів (ветеранські зустрічі з представниками адміністрацій району, міста, пенсійного фонду, управління праці та соціального захисту населення, центром служби зайнятості, військових госпіталів та ін.), де соціально-пасивні ветерани беруть участь у обговоренні тих чи інших соціально-важливих для них питань. Мета цих заходів носить, перш за все, інформативний характер і дозволяє ветеранам розширити свій життєвий простір, свій кругозір у вирішенні тих чи інших нагальних проблем, що в загаль-

ному сенсі позитивно позначається на їх адаптації (реадаптації) в суспільстві, знижує рівень соціальної напруженості.

Але все ж одним з головних напрямків корекційної роботи з ветеранами є їх залучення до соціальної активності, створення умов, де самі ветерани мають брати участь у організації різних заходів і спільній діяльності. І тут набуває важливості організація різних культурно-масових заходів, таких, як: відвідування театрів, зустрічі з молодим поколінням, походи по місцях бойової слави, концертні програми за участю лауреатів фестивалів солдатської пісні, виїзди на природу і багато інших. Всі ці заходи дають можливість ветеранам бути не тільки пасивним їх учасником, але й безпосередньо брати участь в їх організації, де розподіляються ролі і особистісна відповідальність кожного учасника. Так, наприклад, при проведенні вечорів-зустрічей студентів (школярів) з воїнами-інтернаціоналістами, залучаються учасники бойових дій, які можуть розповісти про свої спогади, про військову службу. Або, у спортивно-масовій роботі, організації військово-спортивних заходів за типом гри «Зірниця», де можуть бути задіяні, як команди дітей ветеранів, так і самі ветерани як інструктори, члени журі та інше (залучення сімей ветеранів). Така спільна діяльність позитивно позначається як на стані самих учасників бойових дій, так і на членах їх родин, дозволяє ветерану під час гри застосувати свій унікальний бойовий досвід і навички через гру. Що, в свою чергу, дає родинам ветеранів можливість знайти взаєморозуміння, по-новому поглянути дітям на своїх батьків, а їм в свою чергу стати трохи ближчими і зрозумілішими для них.

Застосування такого комплексу заходів дозволяє ветеранам знаходити нові життєві перспективи, можливість спілкування з цікавими та авторитетними для них людьми, допомагає формувати відповідальність, можливість самореалізації, розкриття власного потенціалу та підвищення самооцінки, що в свою чергу позитивно впливає на інтеграцію та успішну реадaptaцію в суспільстві. При залученні ветеранів до суспільно-корисної діяльності у них відбувається асиміляція досвіду всієї групи, з'являються нові корисні зв'язки і навички; ветерани починають самостійно допомагати один одному, знаходячи явну підтримку, що в кінцевому підсумку позитивно впливає на адаптацію (реадaptaцію) до звичайного життя. Спілкування в групі з людьми, що мають схожий травматичний досвід, дає можливість зменшити почуття ізоляції, відчуженості, сорому і посилити почуття приналежності, доречності, спільності, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи.

Так в ході проведених протягом двох років заходів, спрямованих на поліпшення психоемоційного стану ветеранів, на їх успішну адаптацію в суспільстві, і в ході повторного діагностування нами були отримані показники ефективності нашої програми.

Як можна бачити (табл.1), після проведених корекційних заходів рівень ПТСР, діагностований за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій, істотно скоротився (яскравість проявів ПТСР зменшились на 32%). Статистичний аналіз підтверджує значні розрізнення у показниках до і після корекційних заходів ($\chi^2_{emp} = 49,06$; при $p \leq 0,001$). Ми можемо спостерігати значне поліпшення стану ветеранів після залучення їх до соціальної активності через проведення вищезазначених методів корекції.

Показники прояву ПТСР у ветеранів

Показники	Рівні ПТСР					
	адаптовані		психічні розлади		ПТСР	
	кіль.	%	кіль.	%	кіль.	%
До корекції	1	8	7	60	4	32
Після корекції	1	8	11	92	-	-

Примітка: $\chi^2_{емп} = 49,06$; $\chi^2_{крит} = 13,82$; $n = 2$, $\chi^2_{емп} > \chi^2_{крит}$; при $p \leq 0,001$; розрізнення значущі

Результати проведеної повторно діагностики окремих проявів симптомів ПТСР, за допомогою опитувальника травматичного стресу О.І. Котенєва (ОТС), свідчать про поліпшення стану ветеранів (табл. 2) і значного зниження рівня прояву окремих симптомів ПТСР. Наведені статистичні дані також свідчать про значні зміни (табл. 2) за більшістю показників після проведення реабілітаційних заходів. Так, дані зрушень рівня прояву надконтролю; «притупленість емоцій»; прояву агресії; прояву депресії; загальної тривожності; за шкалою «вибухи люті»; «непрохані спогади»; «вина того, хто вижив» та за шкалою «оптимізм» свідчать про значну різницю у групах випробовуваних до і після корекції (при $p \leq 0,001$), значне зменшення рівня проявів цих симптомів ПТСР після корекції, що ще раз підтверджує сприятливий вплив проведених нами корекційних заходів.

Таблиця 2

Статистичні дані змін окремих симптомів ПТСР

Показники	надконтроль	перебільшене реагування	притупленість емоцій	агресивність	порушення пам'яті	депресія	загальна тривожність	вибухи ярості	зловживання медпрепаратами	непрохані спогади	проблеми зі сном	вина в тому, що вижив	оптимізм
χ^2	17***	4,7	20,48***	44,75***	0	17***	31,1***	22,35***	0	39,21***	0	35,67***	44,2***

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

І все ж, з наведених (табл.2) даних, вбачається потреба у подальшому опрацюванні використовуваних нами методів корекції і дослідженні таких проявів ПТСР, як «перебільшене реагування», «порушення пам'яті», «зловживання медпрепаратами», «проблеми зі сном», які, як можемо бачити, не змінилися, що свідчить про потребу поглибленої та більш тривалої психокорекційної роботи.

Отже, можемо стверджувати, що взагалі запропоновані нами заходи мають сприятливий вплив на психоемоційний стан ветеранів, їх адаптацію та зниження рівня ПТСР. Дуже негативним та небезпечним наслідком ПТСР у ветеранів спостерігаються депресивні стани, і тому виникає потреба у їх ко-

рекції. Проведені повторно дослідження рівня депресії за допомогою діагностичної методики депресії Бека також дозволили виявити поліпшення загального (табл. 3) психологічного стану ветеранів після впливу корекційних заходів. Як видно з таб.3, рівень депресії дещо змінився, але вимагає подальшого опрацювання та дослідження механізмів виникнення та подолання.

Таблиця 3

Показники прояву депресії у ветеранів

Показники Групи	Рівні депресивного стану		
	відсутність	помірний	явно виражений
	%	%	%
до корекції	58	33	9
після корекції	75	16	9

Примітка. $\chi^2_{емп} = 13,73$; $\chi^2_{крит} = 9,21$; $n = 2$, $\chi^2_{емп} > \chi^2_{крит}$; при $p \leq 0,01$; розрізнення значущі.

Статистичні показники прояву депресії $\chi^2_{емп} = 13,73$; при $p \leq 0,01$ свідчать про різницю в групах випробовуваних до і після корекції, що підтверджує сприятливий вплив проведених нами корекційних заходів, але разом з тим свідчить і про необхідність подальшої роботи (тенденція до поліпшення є, але не надто достатня як для оптимальної реадaptaції).

Аналізуючи отримані дані, ми можемо говорити про значний вплив соціальної активності ветеранів на зниження негативних проявів симптомів ПТСР. Можемо стверджувати, що соціальна активність ветеранів є одним з ключових факторів успішної адаптації до умов мирного життя.

Ветеранам, які страждають ПТСР або окремими його симптомами, вкрай важлива підтримка з боку близького оточення. І такою підтримкою, на наш погляд, може слугувати підтримка з боку волонтерів, активістів ветеранських організацій з одного боку; з іншого, і практика це підтверджує, вкрай важливо створення умов залучення ветеранів до соціальної активності як методу подолання ПТСР. У багаторічній практиці роботи в ветеранських організаціях (з 1985р.), спостереження і особистий досвід свідчать, що залучені в громадську роботу комбатанти набагато менше страждають ПТСР, ніж соціально-пасивні ветерани.

Психокорекція ПТСР повинна бути спрямована на реінтеграцію порушеної внаслідок травми психічної діяльності. Завданням психокорекції ПТСР, на наш погляд, є: створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективна переоцінка травмуючого психіку досвіду, відновлення почуття власної гідності та цінності особистості, здатності подальшого якісного існування в світі, визначення життєвих перспектив. Стан ветерана можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів, які спрямовані не тільки на корекцію гострих проявів на початковому етапі адаптації, а й на профілактику можливих відстрочених ефектів. Тим більше що ПТСР часто хвилеподібний і практично неможливо прорахувати піки його проявів. У більшості випадків, особливо при комплексному впливі, застосуванні системи спеціальних заходів, спостерігається одужання. Якщо ж пустити процес адаптації (реадaptaції) учасників бойових дій на самоплив, то можливий і затяж-

ний перебіг з наростаючою психопатизацією, епізодами антисоціальної поведінки, алкоголізацією, наркотизацією.

Запропонована нами корекційна програма 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. Як можна бачити, запропонований нами метод залучення до соціальної активності працює на підкріплення захисних факторів особистості, спрямований на переосмислення подій, що відбулися, і посилення механізмів адаптації. Метою запропонованої корекційної методики для ветеранів, що страждають ПТСР, є допомога у звільненні від переслідуючих спогадів про минуле, від інтерпретації емоційних переживань як нагадувань про травму, а також у тому, щоб ветеран міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти травматичній події належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистій історії, інтегрувати уявлення про себе (образ Я) [2]. А базисною основою корекційної роботи є залучення ветеранів до соціальної активності за допомогою ветеранських та громадських організацій, з метою подолання психічних проблем, що виникли в результаті участі в бойових діях, і сприяння успішній адаптації в суспільстві.

Висновки. Таким чином відзначимо, що практична спрямованість і перспективи даної роботи полягають у використанні запропонованого нами методу залучення до соціальної активності для психокорекції проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій; подальшому дослідженні особливостей впливу соціальної активності на подолання таких проявів ПТСР, як депресивні стани, «перебільшене реагування», «порушення пам'яті», «зловживання медпрепаратами» та «проблеми зі сном». Застосування методу залучення до соціальної активності ветеранів як способу корекції та профілактики стресових розладів закладає можливості розробки програм реабілітації та реадaptaції осіб, що постраждали від впливу екстремальних стресових ситуацій.

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.

3. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Ирина Германовна Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога);

2. Подчасов Е. В., Ломакин Г. И. Особенности проявления ПТСР у лиц, принимавших участие в боевых действиях : сборник научных статей международной научно-практической конференции «Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности», (Владивосток, 15-16 апреля 2011г.) / под ред. Р. В. Кадырова. – Владивосток : Мор. гос. ун-т им. адм. Г. И. Невельского, 2011. – С. 67–75.

4. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які брали участь в бойових діях / Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 10. – Харків : НУЦЗУ, 2011. – С. 86–98.

5. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Юрий Викторович Щербатых. – СПб, Питер, 2008. – С. 93–95.

УДК 159.947

Малик Я.К.

ОСОБИСТІСНІ РЕАКЦІЇ ВОДІЇВ, ЯКІ СКОЇЛИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНІ ПРИГОДИ

У статті здійснено аналіз особливостей функціональної організації нервової системи й сенсомоторних реакцій у водіїв, які протягом трьох років потрапляли у дорожньо-транспортні пригоди. Отримані дані порівнювались із їх колегами, які за цей же період часу не скоїли жодної аварії. Показано, що сенсомоторні реакції у досліджених групах водіїв мають суттєві відмінності. У водіїв-аварійників точність реакцій на рухомий об'єкт, здатність до переключення уваги та об'єму і точності сприйняття рухомого об'єкта гірші, ніж у безаварійних водіїв.

Встановлено кореляційні зв'язки між властивостями нервової системи і сенсомоторними реакціями на рухомі об'єкти. Об'єм сприйняття пов'язаний з показником його точності та переключенням уваги.

Рекомендується враховувати одержані психофізіологічні дані при відборі водіїв до роботи на важливих маршрутах. Водії, які мають низькі показники за даними факторами, потребують психологічної корекції їх психофізіологічної сфери.

Ключові слова: водії міжнародних маршрутів, сенсомоторні реакції, сила нервової системи, професійний відбір.

В статье проведен анализ особенностей функциональной организации нервной системы и сенсомоторных реакций у водителей, которые в течение трех лет попадали в дорожно-транспортные происшествия. Полученные данные сравнивались с их коллегами, которые за этот же период времени не совершили ни одной аварии. Показано, что сенсомоторные реакции в исследованных группах водителей имеют существенные различия. У водителей-аварийщиков точность реакций на движущийся объект, способность к переключению внимания, а также объема и точности восприятия движущегося объекта хуже, чем у безаварийных водителей.

Установлены корреляционные связи между свойствами нервной системы и сенсомоторная реакция на движущиеся объекты. Объем восприятия связан с показателем его точности и переключением внимания.

Рекомендуется учитывать полученные психофизиологические данные при отборе водителей для работы на важных маршрутах. Водители, которые имеют низкие показатели по данным факторам, нуждаются в психологической коррекции их психофизиологической сферы.

Ключевые слова: водители международных маршрутов, сенсомоторные реакции, сила нервной системы, профессиональный отбор.

Постановка проблеми. Зростання кількості дорожньо-транспортних пригод в Україні викликано багатьма чинниками, серед яких один із найголовніших – особистість водія. Саме у зв'язку з цим, аналіз індивідуально-психологічних якостей водіїв, особливо тих, що за короткий проміжок часу ско-