



**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**



**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ,
ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ
В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ**

**Матеріали
міжвідомчої науково-практичної конференції
(Київ, 30 березня 2016 року)**

Частина 1



Київ 2016

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ,
ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ
В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ

Матеріали
міжвідомчої науково-практичної конференції
(Київ, 30 березня 2016 року)

Частина 1

Київ 2016

УДК 159:355(477)(063)
ББК Ю9
П863

Редакційна колегія:

Черней В.В., доктор юридичних наук, професор;
Костицький М.В., доктор юридичних наук, професор,
член-кореспондент НАПН України, академік НАПрН України;
Гусарев С.Д., доктор юридичних наук, професор;
Чернявський С.С., доктор юридичних наук, професор;
Кудерміна О.І., доктор психологічних наук, доцент

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Національної академії внутрішніх справ від 16 березня 2016 року
(протокол № 3)*

*Матеріали подано в авторській редакції. Редакційна
колегія не завжди поділяє висловлені позиції та не несе
відповідальності за їх зміст.*

П863 **Психологічна** допомога особам, які беруть участь в
антитерористичній операції [Текст] : матеріали міжвідом.
наук.-практ. конф. (Київ, 30 берез. 2016 р.) : у 2 ч. / [ред. кол.:
В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін.]. – Київ :
Нац. акад. внутр. справ, 2016. – 248 с.

УДК 159:355(477)(063)
ББК Ю9

© Національна академія внутрішніх справ, 2016

ВСТУПНЕ СЛОВО

Шановні колеги, дорогі друзі!

Міжвідомча науково-практична конференція «Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції» за своєю актуальністю є знаковою не лише для нашого навчального закладу.

З вдячністю відмічаю, що на наше запрошення відгукнулися і беруть участь у заході авторитетні представники депутатського корпусу, Адміністрації Президента, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції, Національної гвардії, Служби безпеки, Міністерства оборони, Державної прикордонної служби, Міністерства охорони здоров'я, Мінюсту, національних академій правових наук, медичних наук, педагогічних наук, науковці й фахівці провідних вишів юридичного та психологічного спрямування, практичні психологи, активісти волонтерських і громадських організацій, а також бійці, які повернулися з зони проведення антитерористичної операції.

Таке високоповажне представництво свідчить про надзвичайну гостроту обговорюваних питань і зацікавленість у їх позитивному вирішенні широких верств громадянського суспільства. Йдеться про цілий комплекс взаємопов'язаних проблем соціально-правового і медико-психологічного забезпечення правоохоронців. Особливо це стосується тих, хто безпосередньо організує і здійснює заходи з охорони суверенітету держави, публічної безпеки і порядку під час ускладнень оперативної обстановки по всій території України, зокрема в зоні проведення антитерористичної операції.

Пріоритетним визнано й розширення системи підготовки практичних психологів на замовлення МВС, Національної поліції та Національної гвардії за такими специфічними напрямками, як психодіагностика, психоаналітика, психопрофілактика, психореабілітація, ювенальна, кримінально-процесуальна і оперативно-розшукова психологія, поліграфні дослідження, переговорна діяльність тощо.

Для реалізації зазначеного спектру завдань Національна академія внутрішніх справ має достатній потенціал, а також багаторічний досвід підготовки фахівців-психологів. Наукові напрацювання відповідних кафедр і профільної лабораторії широко відомі юридичній громадськості, активно використовуються в законотворчій роботі, впроваджуються в правоохоронну діяльність та навчально-виховний процес вишів МВС і МОН України. Проте виклики часу потребують значного удосконалення такої роботи, її коригування й безумовної взаємодії з іншими органами і службами спеціальної компетенції та громадськими інституціями.

Маю всі підстави висловити впевненість, що за підтримки Міністерства внутрішніх справ і Національної поліції, участі інших зацікавлених відомств та волонтерського руху ми разом спроможні реально забезпечити ефективну координацію цієї роботи.

Йдеться не лише про щорічні наукові заходи на кшталт сьогоденної конференції, а про систематичну співпрацю за різними напрямками із запрошенням та залученням до цієї роботи урядовців, учених, досвідчених психологів-практиків та громадських активістів. Ми готові до обговорення можливих варіантів розширення формату такої співпраці.

На завершення хочу побажати учасникам конференції плідної роботи, активного обміну думками, досвідом та здобутками.

Черней Володимир Васильович,
ректор Національної академії
внутрішніх справ, доктор юридичних
наук, професор

ПЛЕНАРНІ ВИСТУПИ

Тетерук А.А., голова підкомітету з питань соціального і правового захисту військовослужбовців та членів їх сімей Комітету Верховної Ради України з питань національної безпеки і оборони;

Літвінчук С.О., керівник Центру підготовки та реабілітації військових учасників бойових дій «Світлячок»

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА КОМБАТАНТАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ РОДИН В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

У процесі роботи з комбатантами ми зіткнулись із низкою проблем, серед яких: відсутність у суспільній свідомості культури звернення до психологів; переважання психіатричної моделі в роботі із психічними (і навіть психологічними) проблемами індивіда, що спричиняє не лише стигматизацію клієнта, а й викликає залежність від медикаментозного лікування; відсутність координації діяльності психологів, які на сьогодні вже мають значний досвід реальної роботи в умовах ведення військових дій у країні, але не мають чітко визначеного суб'єкта, уповноваженого здійснювати відповідну координацію; неспроможність міжвідомчих комісій із цих питань діяти за відсутності зведення напрацьованої інформації до уповноваженого суб'єкта; нестача відповідних нормативних документів із чітко задекларованими протоколами психологічної реабілітації, соціальної адаптації, психологічної реінтеграції тощо; відсутність єдиного протоколу в підходах до організації діяльності психологічних, медико-психологічних та реабілітаційних закладів.

Нині під час допомоги комбатантам та членам їх родин надзвичайно гостро стоять кілька комплексних питань, ключовими з яких є два: 1) системний підхід у наданні психологічної допомоги й супроводі підопічного; 2) фактор суспільної думки.

У межах вирішення першого питання на цей час ми вже можемо констатувати позитивні зрушення.

На підставі Керівництва для лікарів та психологів було розроблено Комплексну програму охорони здоров'я і реабілітації військовослужбовців – Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із ПТСР (2012 р., ст. 5–7) та Методичні рекомендації психолого-психіатричної допомоги постраждалим у збройних конфліктах (принципи, методи і алгоритми лікувальної та реабілітаційної допомоги комбатантам) (затверджено МОЗ України у 2014 р). Поступово вибудовується система і структура в районах. Фахівці дійшли висновку, що для максимально ефективного супроводу підопічного потрібен єдиний протокол роботи. Упродовж останніх двох років психологи проводять зазначену діяльність у різних регіонах.

За сучасних умов надзвичайно важливо об'єднувати зусилля для розробки єдиного протоколу ведення підопічного, оскільки він донині не прописаний. Зафіксовано лише загальні принципи та поняття. (ми наполягаємо саме на понятті підопічного). Доцільно унікати у своєму діалозі таких понять, як «клієнт» і «пацієнт». Називаючи підопічного клієнтом чи пацієнтом, ми від самого початку запускаємо процес стигматизації чи якоріння, іноді навіть ретравматизації. На цьому, власне, ґрунтується друга ключова проблема – фактор суспільної думки. Питання стереотипів у суспільстві та серед бійців нині актуальне як ніколи. Переважна більшість учасників бойових дій потрапляють до психолога лише після обов'язкового медичного обстеження (18 %) або вже на стадії шпиталізації (45 %). До психолога не звертаються з різних причин. Переважними аргументами є стереотипи, які активно підживлюються суспільною думкою. Наприклад: «не піду до психолога, бо напише, що шизофренік і буде кінець кар'єри, навіть в охорону не візьмуть». Бійці останніми місяцями часто стикаються з проблемою, коли не беруть на роботу з огляду на те, що кандидати на посаду «з АТО», де всі «контужені» тощо.

Так, лише 35 % опитаних зверталися за допомогою до психолога, ураховуючи те, що 65 % респондентів мали вищу освіту.

Значна кількість респондентів зазначила, що звернутись до психолога їх можуть підштовхнути рекомендації друзів, бойових побратимів, родичів і загальноприйнята практика (80 %).

Ще одним проблемним питанням є локалізація центрів психо-соціальної допомоги. Зокрема, у великих містах їх може бути декілька, а в таких, де населення 50–60 тис., іноді немає жодного. Тому потрібно стимулювати діяльність таких центрів за участі як ветеранів, так і вже діючих у регіонах психологів.

Окрім цього, необхідно підвищувати кваліфікацію діючих психологів у відділках поліції та підготовки нових фахівців. Це дасть змогу частково задовольнити потребу в психологічній допомозі в невеликих містах.

Надзвичайно важливо об'єднати зусилля: потрібно, щоб це була єдина, якісна система супроводу комбатантів.

Налагодивши ефективно підготовку, перепідготовку та роботу відомчих психологів, ми забезпечимо профілактику вищезазначених та багатьох інших проблем і їх наслідків. Потрібно приділяти достатню увагу та надавати специфічні тактико-психологічні знання нашим співробітникам перед відправкою в зону ведення бойових дій (чи умови, наближені до бойових дій) та надавати кваліфіковану допомогу після. Так ми зменшимо в рази кількість зруйнованих сімей і знедолених дітей. Ми зможемо зменшити відсоток наших колег, які можуть стати профнепридатними з різних причин (що часто є психологічними). Замість об'єктів, які вимагатимуть постійних дотацій із боку держави, ми отримаємо свідомих членів суспільства, які працюватимуть і сплачуватимуть податки (у тривалій перспективі ми матимемо можливість позитивно впливати на наповнення бюджету та соціально-пенсійних виплат).

Ураховуючи міжнародну практику та приклад таких наших закордонних колег, як полковник Джефф Ярвіс – голова Служби з охорони психічного здоров'я солдат (м. Вашингтон, США), пан Бредлі Дж. К. Поппен – заступник директора Агенства з відновлення працездатності кадрів (США), підполковник авіації Елізабет Дж. Ештон – представник Центру з медичної реабілітації Хедлі Корт (Великобританія), пан Хенрік Клаусен – к.п.н., психолог Данського центру ветеранів (Данія), пан Вільніс Чернявскіс – керівник Психологічного центру NBS Збройні сили Латвійської Республіки (м. Рига, Латвія), наполягаємо на необхідності впровадити модель професійної психологічної допомоги та єдиного протоколу роботи на відміну від наявної волонтерської та психіатричної практики.

Яковенко С.І., перший проректор
Київського інституту сучасної
психології та психотерапії, доктор
психологічних наук, професор

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСТНИКАМ АТО

Антитерористична операція, як родове поняття, означає комплекс заходів, спрямованих на попередження, запобігання та припинення терористичних дій. Для організації і проведення антитерористичних операцій та координації діяльності суб'єктів, які ведуть боротьбу з тероризмом, чи залучаються до антитерористичних операцій, за Указом Президента України від 11 грудня 1998 року створено Антитерористичний центр при Службі безпеки України (СБУ).

Після втечі В.Ф.Януковича в Росію відбулась окупація Криму, а в Донецькій та Луганській областях владу захопили незаконні збройні формуваннями, які утворили так звані ДНР і ЛНР, не визнані світовим співтовариством й визнані Україною як терористичні організації. Слід зазначити, що центральні та територіальні підрозділи правоохоронних органів не змогли вчасно запобігти цим подіям, частина їх персоналу стала на шлях зради. Отже комплекс заходів, спрямованих на попередження, запобігання та припинення терористичних дій виявився не ефективним. Для виправлення ситуації важливо з'ясувати низку питань, які виходять за межі психології як науки, але мають важливе значення для психологічного забезпечення діяльності правоохоронних органів, які залучені до АТО.

Серед питань, які й досі не отримали чіткої відповіді, відзначимо такі: коли розпочалась АТО на сході України, як і коли вона буде завершена? Що відбувається на сході України? – це громадянська війна, війна з РФ, АТО проти терористів (скільки їх і хто вони – які їх цілі, способи організації, озброєння, тактика, фінансування й постачання, рівень згуртованості; чи залишилися на лінії розмежування патріоти України, які можуть допомогти в боротьбі з терористами; як

себе позиціонують вороги, ким себе вважають – патріотами-ополченцями чи сепаратистами, мародерами-найманцями, ідейними «новоросами» й т. ін.; як ставляться мешканці сходу до учасників АТО, керівництва держави?»).

Існує ще багато питань, на які політики дають різні відповіді. ЗМІ формують громадську думку, яка потужно впливає на психічний стан учасників бойових дій, біженців, мешканців ДНР, ЛНР, так званої «сірої зони», вже визволеної території. У цьому контексті цікавим є досвід участі України у миротворчих місіях за кордоном (у колишній Югославії, Іраку та ін.), досвід фахівці з цивільного захисту населення.

Якщо це «гібридна війна», то які правові засади участі в ній правоохоронців та військовослужбовців ЗСУ, як вони мають взаємодіяти. Оскільки завдання, сили і засоби, настанови, які визначають повноваження та порядок дій прикордонників, Національної гвардії, Національної поліції, прокуратури чи служби безпеки помітно відрізняються, а паралельно із ними діють ще й загони добровольців та партизан?

Як впливає невизначеність ситуації, можна побачити на прикладі звільнення полонених. Якщо проголошено військовий стан, війну, діє міжнародне гуманітарне право, правила поводження з полоненими й можливості проведення переговорів про їх обмін. А якщо проводиться АТО, є затримані злочинці, які мають постати перед судом і є захоплені і незаконно утримувані їх спільниками заручники. Чи законно випускати злочинця без рішення суду для його обміну на заручника? Мабуть це не законно, але правильно, виходячи з інтересів заручників та їх рідних, з позицій здорового глузду.

Система психологічної допомоги стає ефективною тоді, коли відомо кого саме ми залучаємо для участі в АТО, хто їм протистоїть (кількість, якість, мотиви, цілі, озброєння, бойова злагожденість, рівень підготовки, настрої в середовищі ворогів, цивільного населення (кого підтримують, чого хочуть), їх бажання брати участь в АТО добровільне та свідоме, чи характеризується інакше (як?). Де доведеться нести службу – на території, захопленій ворогом, на лінії збройного протистояння,

на блок-постах, в «сірій зоні», чи на звільнених територіях. Які завдання потрібно виконувати: вести розвідку, бойові дії, розмінування, зачистку території чи охорону громадського порядку? Які чинники впливу на особовий склад, його морально-психологічний стан? Загроза для життя та здоров'я є досить значною, і чим ближче особовий склад до лінії розмежування, тим більша небезпека. Проте, в зоні АТО місць, де безпечно, взагалі не існує. Важливіше те, як сприймає людина ситуацію, як довго вона може знаходитися в стані мобілізації в польових умовах, при дефіциті сну, в складних погодних умовах, усвідомлюючи небезпеку. Психічний стан також залежить від попередньої психологічної підготовки, але якою б якісною вона не була, важливі й умови відпочинку, наявність моральних та матеріальних стимулів, згуртованості, довіра до командування, постачання, зв'язок, підтримки з боку місцевого населення та рідних удома.

Питання мінімізації бойових та не бойових втрат вимагають вирішення питань медико-психологічної реабілітації та соціально-правової підтримки учасників АТО, не допущення емоційного вигорання, виникнення синдромів, аналогічних Афганському.

Для вирішення вище означених завдань психологічного забезпечення АТО можливостей відомчих психологічних служб замало, окрім того необхідно, по можливості, уніфікувати психологічні заходи різних структур, наблизити допомогу до споживачів, використовувати для цього інфраструктуру цивільних психологічних інституцій, залучати підготовлених для такої роботи волонтерів, активніше застосовувати групові та популяційні підходи, навчати прийомам психологічної само- та взаємодопомоги. Цільові державні програми повинні носити цільовий та комплексний характер; проводитись, системно, систематично й безперервно, як це було у перші роки ліквідації наслідків Чорнобильської ядерної катастрофи.

Бондарчук О.І., завідувач кафедри психології управління ВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України, доктор психологічних наук, професор

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ГОТОВНОСТІ ПРАКТИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО, ТА ЧЛЕНАМ ЇХ СІМЕЙ

В умовах складних суспільно-політичних подій, які відбуваються в Україні протягом останніх років, надзвичайно гостро постала проблема надання психологічної допомоги широким верствам населення і, особливо, особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей. Це, в свою чергу, висуває запит на високий рівень готовності практичних психологів до надання відповідної допомоги.

У структурі готовності психолога до надання психологічної допомоги особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей як складного особистісного утворення можна, на наш погляд, виокремити такі компоненти:

– когнітивний (сукупність знань щодо змісту, чинників, методів і технік надання психологічної допомоги особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей, які суттєво знижують ризик деструктивних тенденцій у даному процесі, зокрема, неправильного сприйняття професійно навантаженої інформації та її спотворення);

– афективний (позитивне ставлення до надання психологічної допомоги, сукупність мотивів, що зумовлюють відповідне налаштування психолога);

– конативний (сукупність практичних умінь і навичок до надання психологічної допомоги, зокрема; ведення конструктивного діалогу з клієнтами; здійснення самоконтролю в ускладнених ситуаціях професійної діяльності; використання оптимальних шляхів і засобів подолання стресових ситуацій у професійній діяльності тощо).

Лише високий рівень розвитку зазначених компонентів сприятиме готовності психологів до надання якісної психологічної допомоги особам що постраждали внаслідок кризових травматичних подій. Водночас, аналіз практики

діяльності психологів свідчить про недостатній рівень їх готовності до діяльності у зазначеному напрямі через низку соціально-психологічних проблем, які доцільно проаналізувати на макро-, мезо та макрорівнях.

На макрорівні (рівні суспільства) йдеться насамперед про психогенні фактори, що в умовах соціальних потрясінь спричинюють втрату психоемоційного балансу людських стосунків, загострення патологічних процесів у житті суспільства в цілому [1; 3]. Ситуація ще більше ускладнюється через недостатнє розуміння широкими верствами населення сутності діяльності психолога і відповідно відсутність запиту на психологічну допомогу.

Не покращує стан речей переважно негативна інформація у ЗМІ про перебіг соціальної реабілітації та ресоціалізації постраждалих, недостатнє висвітлення позитивних прикладів успішної психологічної допомоги. Крім того йдеться про комерціалізацію провідних телеканалів і, як наслідок, відсутність системного залучення до участі в їх роботі досвідчених психологів для надання кваліфікованих рекомендацій на рівні країни.

Усе це відбувається на фоні практичної відсутності системи підтримки діяльності практичних психологів на рівні держави; в основному, психологічну допомогу здійснюють волонтери.

На мезорівні (рівні діяльності формальних і неформальних психологічних спільнот) можна констатувати наявність чисельних центрів медико-психологічної допомоги, кризових центрів та ін., які проводять велику роботу у зазначеному напрямі. Разом з тим, діяльність цих центрів недостатньо скоординована, а кількість волонтерів, задіяних у роботі цих центрів, є недостатньою, щоби охопити всіх, хто потребує психологічної допомоги (ураховуючи, зокрема, недостатній темп ротатції військовослужбовців з зони АТО [2]).

На макрорівні йдеться про особистісні ризики психологів у контексті надання психологічної допомоги особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей. Насамперед, йдеться про загрозу подвійної травматизації, по-перше, через складні суспільно-політичні події в країні. Так, у процесі опитування практичних психологів системи освіти, які проходили підвищення кваліфікації в ДВНЗ «Університет менеджменту

освіти» протягом 2014–2015 рр., понад половини з них скаржилися на швидку стомлюваність, поганий сон, пригніченість, підвищену схильність до захворювань тощо. По-друге, контакт з травмованими клієнтами може спричинити: негативні емоційні реакції; травматичне контрперенесення, найгострішим проявом якого є реакція за типом «провина свідка»; віктимізацію; професійне «вигорання» тощо [3].

Відповідно для значної частини психологів доволі важко підтримувати баланс між бажаннями, можливостями та вмінням у контексті надання психологічної допомоги постраждалим у кризових травматичних подіях.

Однією із умов розв'язання зазначених проблем є організація психологічної підготовки практичних психологів, спрямованої на розвиток готовності практичних психологів до надання психологічної допомоги особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей. Таку підготовку, як свідчить наш досвід, доцільно здійснювати в декілька етапів (підготовчий, діагностичний, праксеологічний, акмеологічний), що забезпечують становлення та розвиток психологічної грамотності (*мінімальний рівень готовності*), психологічної компетентності (*достатній рівень*), психологічної культури (*творчий рівень*) тощо. При цьому, ураховуючи можливості ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України як головного науково-методичного центру післядипломної освіти та засновника Українського відкритого університету післядипломної освіти, йдеться про забезпечення такої підготовки практично для всіх психологів України.

Це, як нам уявляється, разом із посиленням державної політики щодо створення системи психологічної допомоги, сприятиме якісній психологічній допомозі особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей.

Список використаних джерел

1. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2009. – 580 с.

2. Пенькова Н. Є. Психологічна готовність військово-службовців національної гвардії України до службово-бойової

діяльності у процесі проведення антитерористичної операції : дис. ... канд. психол. н. : спец. : 19.00.09 – психологія діяльності в особливих умовах / Н. Є. Пенькова; Національна академія Національної гвардії України. – Харків, 2015. – 242 с.

3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : Логос, 2015. – 207 с.

Іванова Н.Г., начальник наукової лабораторії Національної академії СБУ, доктор психологічних наук, доцент

УРАХУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО

Події на Сході нашої держави зумовлюють необхідність удосконалення психологічної допомоги особам, які брали та беруть участь в антитерористичній операції. При організації заходів психологічної допомоги, перш за все, слід діагностувати та враховувати наявні ознаки посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Загалом виокремлюються такі групи психологічних ознак ПТСР учасників АТО:

Повторне переживання подій. Мимовільне, непередбачуване й спонтанне пригадування минулих психотравмуючих подій називають флешбеками. У пам'яті раптово спливають жахливі, неприємні сцени, пов'язані з пережитим в АТО. Все, що може нагадати про жахливе минуле: щось побачене чи почуте, якийсь запах чи звук активізують довгострокову пам'ять й співробітник пригадує, що він відчував та переживав. Відбувається звуження свідомості, життя поділяється на те, що «було там» й те, що «є тут». Навіть певні звуки, запахи, події, слова можуть нагадувати їм певні травмуючі образи й уявлення, які спонукають до нових переживань минулих подій. Такі несподівані спогади можуть тривати від кількох секунд, хвилин й до кількох годин, «приходити» у сні як нічні жахи, що інколи відтворюють

пережиту ситуацію й актуалізують ще сильніші переживання. У людини виникають проблеми зі сном, їй буває важко заснути через неусвідомлюваний страх, а порушення сну іноді виглядає як постійне раннє пробудження, внаслідок чого виникають втома і апатія.

Враження, отримані під час надзвичайної події, можуть бути настільки сильними, що їх переживання триватиме дуже довго: часто бувають спалахи спогадів, коли повторюються почуття, які людина відчувала під час або після події. Переживання можуть бути дуже важкими і плутатись. Разом з тим, якщо ситуація була травматична, людина не в змозі припинити думати про неї чи її наслідки. Такі спогади, переживання можуть супроводжувати спазми в шлунку, головні болі.

Уникнення переживань, що нагадують психотравмуючі події. У переважній більшості учасники АТО намагаються уникати думок, спогадів і розмов про пережите. Поводяться так, ніби нічого незвичного з ними не відбулося, не слухають новини про події в АТО. На фоні цього може різко знижуватися інтерес до роботи, або навпаки відбувається ніби «занурення» у роботу. З'являється почуття відстороненості й відчуженості від інших, відчуття самотності. Стає важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими. Може виникати стан депресії, відчуття самотності й відчуження від близьких. Інколи навіть втрачається сенс життя, виникає апатія та невіра у власні сили, у якісь позитивні зміни в майбутньому. Зникають перспективні плани щодо подальшого життя. Особа починає займатися самодоріканнями: «щось не так зробив», «треба було діяти так, а не інакше», «чому мене там не було» й т.ін.

Неадекватність реакцій у взаємодії з оточуючими. Поведінка може бути більш агресивною, у спілкуванні з'являється роздратованість та підвищується рівень конфліктності. Виникає неконтрольований гнів та роздратованість. Стреси і напруга в звичайному житті можуть ставати нестерпними для тих, хто перебував у районі проведення АТО. Можуть спостерігатися труднощі у взаєминах з оточуючими, які з часом посилюються поряд з наростанням відчуття, що «ніхто не може мене зрозуміти, усвідомити через що я пройшов та відчуті мої страждання». Підвищується дратівливість, може з'являтися немотивована

настороженість, підозрілість, тривожність, безсоння та спалахи гніву. З'являються труднощі з концентрацією уваги; надмірна пильність та реакція на раптові подразники; бажання швидко все змінити, але немає чіткого усвідомлення як саме і з якою метою.

Зазначене свідчить про необхідність надання особам, які брали участь в АТО, певної психологічної допомоги. Психологічну допомогу визначають як сукупність заходів із психологічної діагностики, психологічної корекції та психологічного консультування. Всі ці заходи взаємопов'язані та мають носити системний характер. Психологічна діагностика полягає у з'ясуванні індивідуально-психологічних особливостей перебігу психічних процесів, станів та властивостей осіб – учасників АТО. Перед початком діагностики необхідно виявити причину – основну травмуючу для людини подію. Психологічне консультування – це спеціально організована взаємодія психолога із конкретною особою, яка за результатами психологічної діагностики потребує порад та рекомендацій щодо окремих конструктивних змін її індивідуально-психологічних та характерологічних особливостей. Психологічна корекція полягає у використанні психологом спеціальних методів психологічного впливу на особистість з метою підтримання та відновлення стабільного функціонування її психіки.

Заходи психологічної допомоги мають бути спрямовані на відновлення контролю над емоційними реакціями, оптимального психічного стану, адекватних моделей поведінки, соціальної взаємодії й загалом підвищення якості життя. При їх реалізації слід дотримуватися принципів об'єктивності, цілеспрямованості, довіри, добровільності, психологічного комфорту та враховувати певні фази прояву реагування особистості на зовнішні обставини (підвищеної тривожності, відчуття героїзму, прагнення до активних дій, особистісної гордості за участь в АТО, сподівання на краще, непокори, обурення, гніву, розчарування, краху мрій, демонстрації, несприймання вказівок посадових осіб та порад оточуючих, виправданості деструктивних дій тощо).

Особливості поведінки учасників АТО, адекватність їх дій у мирному житті та рівень емоційно-вольової стійкості залежать від

їх індивідуально-психологічних особливостей, підготовленості психіки до стресових ситуацій. У них мають бути сформовані та розвинені у процесі необхідної професійної підготовки такі особистісні характеристики, як: самовладання, що допоможе приборкати хвилювання, невпевненість; сміливість; рішучість; наполегливість; урівноваженість; високий рівень стресостійкості; вміння приховувати власні емоції, хвилювання, тривожність; здатність приймати оптимально правильні рішення в умовах дефіциту часу та адекватно діяти в складних умовах, тобто сформований стан психологічної готовності до дій в районі проведення АТО. Психологічна готовність не є сталим утворенням, вона вдосконалюється у процесі діяльності людини та поділяється на: постійну – перманентний психічний стан, що формується у процесі професійної підготовки на основі усвідомлення власних професійно важливих якостей та професійної компетентності; ситуативну – психічний стан, що виникає у людини безпосередньо при виконанні конкретних дій, залежно від чіткості поставлених завдань, рівня мотивування щодо їх виконання, усвідомлення їх значущості.

Таким чином, із вище викладеного слідує, що:

- у осіб, які виконували чи виконують професійні завдання в умовах АТО можуть виникати посттравматичні стресові розлади, які проявляються у страхах, роздратованості, агресивній неконтрольованій поведінці, спалахах гніву, порушеннях сну, депресіях, схильності до суїцидів, неврозах й т. ін.;

- виокремлюються три групи психологічних ознак ПТСР учасників АТО: повторне переживання подій; уникнення переживань, що нагадують психотравмуючі події; неадекватність реакцій у взаємодії з оточуючими;

- зазначена категорія осіб потребуватиме певної психологічної допомоги – комплексу заходів із психологічної діагностики, психологічної корекції та психологічного консультування;

- передумовою конструктивного подолання посттравматичних стресових розладів та їх запобігання є сформований у людини стан психологічної готовності до дій в умовах АТО.

Горбунова В.В., старший науковий співробітник Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету, доктор психологічних наук, доцент;

Климчук В.О., старший науковий співробітник Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету, доктор психологічних наук, доцент

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД VERSUS: ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

Ще кілька років тому, доки в Україні не розпочалися військові дії, про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та гострий стресовий розлад (ГСР) знали лише окремі фахівці. Наразі розлади, пов'язані зі стресом та травмою є добре відомі українським психологам, психіатрам, психотерапевтам, і хоча нам все ще бракує системного навчання й доброї літератури, ця прогалина поступово заповнюється, хоча б з рахунок роботи Психологічної Кризової Служби, Інституту психічного здоров'я, Інституту когнітивно-поведінкової терапії, Асоціації EMDR-Україна тощо. Разом з тим, фокусуючись на розладах і їх терапії, ми ризикуємо у кількох напрямках:

1) стигматизувати, автоматично наклеюючи ярлик «ПТСР» до кожної людини, яка пережила травму, і застосовуючи інтервенції, які або хибні, або узагалі не потрібні;

2) не помітити і не підтримати тих позитивних змін, які відбуваються в житті людини, як то переосмислення свого місця у світі, більшого цінування життя чи появи почуття вдячності до людей тощо;

3) втратити віру у здатність психіки зцілюватися за наявності соціальної та психологічної підтримки з боку близьких людей, громади та держави;

4) взяти на себе завеликий тягар відповідальності за психологічний добробут іншої людини, не володіючи достатніми ресурсами, щоб такий тягар витримати, а відтак – емоційно згоріти.

Необхідність брати до уваги іншу сторону пережиття травми – зростання – стає очевидною, і наукові дослідження, які вже багато років проводяться по всьому світові, доводять це.

Травматичні події, стреси, кризи провокують переважно страждання. І тут варто відмітити, що погляд на страждання як на щось, що має позитивні наслідки, є не такий вже й новаторський, якщо звернутися до філософії та релігії. Водночас, до 80-х років позитивні наслідки негативних подій системно не досліджувалися. Ситуація змінилася після публікації низки досліджень, зокрема, робіт С. Джозефа, Р. Тедескі, Л. Калхуна. Так, С. Джозеф наприкінці 80-х років працював над під керівництвом В. Юле та Р. Вільямс, досліджуючи осіб, які постраждали від катастрофи Herald of Free Enterprise (6 березня 1987). У 1990 році було проведено чергове обстеження постраждалих, і з'ясовано, що у 46% осіб погляди на життя змінилися на гірше, але у 43% – змінилися на краще [1]. У 1993 році – опубліковано перший інструмент для вимірювання як негативних, так і позитивних змін після травми, який використовується зараз і в наукових дослідженнях, і в психотерапевтичній практиці (С. Джозеф, Р. Вільямс, В. Юле).

Відтоді тема позитивних змін унаслідок травми та пережиття інших несприятливих ситуацій стала однією з центральних для багатьох учених. Так, у своєму огляді 2004 року П. Лайнлі та С. Джозеф [2] опираються на дані вже 39 досліджень, у яких задокументовані позитивні зміни після травми.

Сучасне розуміння посттравматичного зростання містить позитивний погляд на людину, яка пережила травму. Позитивний у сенсі фокусу уваги на сильних сторонах, на ресурсах, на здатності психіки адаптуватися, справлятися з негараздами і перетворювати їх на потенціал для змін.

Посттравматичне зростання як досвід позитивних змін, які виникають у результаті боротьби з важкими життєвими кризами, визначають Р. Тедескі, Л. Калхун. Вони описують його як ситуацію, при якій розвиток особистості, принаймні в окремих сферах, перевищив свій попередній рівень, той, який був до того, як в житті з'явилася криза. Людина не просто вижила, але й значуще змінилася відносно свого попереднього стану. Тобто, це не просто повернення до певної базової лінії, але – вдосконалення у певних дуже важливих для людини

сферах [4]. Як зазначають дослідники, ці зміни проявляються у різних напрямках: зростання цінування життя в цілому, наповнення стосунків смислами, зростання почуття особистої сили, зміна пріоритетів, збагачення духовного життя тощо. Загалом, уявлення Р. Тедескі та Л. Калхуна на виміри посттравматичного зростання відображені опитувальнику їх авторства (Опитувальник посттравматичного зростання, The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)), який містить 5 субшкал: ставлення до інших; нові можливості; особистісна сила; духовні зміни; цінування життя [3].

С. Джозеф виділяє три виміри такого зростання: стосунки (люди часто описують, що їхні стосунки покращилися у певний спосіб, приміром, вони стали їх більше цінувати, переживати співчуття іншим); погляд на себе (постраждалі говорять, що набули відчуття власної сили і стійкості, зросла їхня упевненість у собі); життєва філософія (у людей з'являється почуття вдячності за кожен новий прожитий день, або відбувається перегляд того, що є насправді важливим для них) [1].

Короткі рекомендації для фахівців, які працюють із людьми, що постраждали від травми, дослідники та практики дають такі рекомендації:

1. Зростання після травми розглядайте не як таке, що походить від травми, а як таке, що походить із сутності людини, із процесу її боротьби із подіями та їх наслідками, із осмислення того, що сталося.

2. Будьте свідомі потенціалу до зростання, але не думайте, що зріст має обов'язково статися, або що те, що його не сталося, є наслідком неспроможності людини взяти щось зі свого досвіду.

3. Не «призначайте» своїм пацієнтам «зростання», не змушуйте їх думати, що вони зобов'язані до зростання.

4. Натомість уважно слухайте і спостерігайте за зростанням, і щойно воно з'являється, - приділяйте йому увагу.

5. Якщо ви працюєте із перспективи «хвороби», то можете легко пропустити зростання, не звернувши увагу на позитивні зміни у житті клієнта: «Я став мудрішим», напр.

6. Щойно Ви помітили натяк на позитивні зміни, емпатійно віддзеркалюйте їх клієнту. Це допоможе йому у пошуках інших позитивних змін.

7. Якщо ми робитимемо так, то з часом клієнт збагне, що ми вітаємо розмови про позитивні зміни так само, які про негативні.

Можливо, читачі цієї статі, науковці та практики, захочуть долучитися до низки ініціатив Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету, які стосуються досліджень посттравматичного зростання, адаптації опитувальників та шкал, описаних у цій статті тощо. У разі інтересу до такої діяльності, прошу контактувати з авторами цієї статті: vitaly.klymchuk@gmail.com

Список використаних джерел

1. Joseph S. Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics* 18 (2009), 2, 335–344.

2. Linley A., Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, No. 1, February 2004, pp. 11–21.

3. Taku, Cann, Tedeschi, Calhoun (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 21, No. 2, pp.158–164.

4. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004. Vol. 15, No 1. 1–18.

Кудерміна О.І., завідувач кафедри юридичної психології НАВС, доктор психологічних наук, доцент

ЧИННИКИ ЗДІЙСНЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІ УЧАСНИКІВ АТО В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Проблема надання психологічної допомоги учасникам антитерористичної операції в Україні набуває все більшої актуальності. Зазначене твердження базується на розумінні психологічною спільнотою сьогоденних реалій – фахівці-психологи не були повністю готові до викликів, актуальних для

сучасного українського суспільства. Ці виклики стали об'єктивною несподіванкою для всього суспільства. Різкі зміни геополітичних векторів розвитку України, ведення реальних бойових дій (у тому числі за участю осіб, що у недавньому минулому взагалі не мали досвіду військових зіткнень), психологічне та побутове потрясіння мільйонів цивільних – все це не було очікуваним та передбачуваним. Не заглиблюючись у причинність виникнення наявної в нашій державі ситуації, дозволимо собі стверджувати, що у психології сьогодні особлива місія, незважаючи на те, готова вона повністю до її виконання чи ні. Здійснення зазначеної місії потребує, на нашу думку, розуміння та врахування суспільством наявних передумов надання ефективної психологічної допомоги та реалізації дієвих заходів психологічної реабілітації широких верст населення, а саме:

1. За звичною для нашої ментальності думки, саме представники психологічної галузі потрапили сьогодні під «перехресну критику» представників влади та пересічних громадян. Ми не обмовилися, коли навели словосполучення «за звичною для нашої ментальності думки». Наведене корениться в притаманному для впливових верст населення зверненню до психологічних заходів стабілізації критичної для суспільства ситуації в умовах гострої нестачі інших засобів досягнення визначених цілей. Навіть поверхневий історичний екскурс на протязі останніх десятиліть в генезис суспільних відносин нашої держави дозволяє констатувати наявність впевненості – якщо все складно, повинні прийти на допомогу фахівці-психологи, що володіють «таємними» знаннями та швидко виправити існуючу ситуацію. В даному випадку яскраво проявляється низький рівень освіченості суспільства стосовно наукових підвалин предмету та методології психологічної науки. Професійні психологи мають можливість зробити багато у визначених межах, але в певних, сприятливих для цього умовах.

2. На жаль, слід констатувати розповсюдження та популяризацію у засобах масової інформації та у владних кабінетах думки, що вітчизняні психологи-фахівці не мають достатнього рівня знань, вмінь та навичок, щоби впоратися із ситуацією, що склалася. Ці погляди породжують потворну практику «тягнути» все, що можливо із зарубіжного досвіду та є

результатом притаманного українцям комплексу «меншовартості». Будь-який приїжджий іноземець оголошується фахівцем, якому беззаперечно дозволяється «експериментувати» та апробувати сумнівні техніки психологічної допомоги. Водночас, у здобутку вітчизняних фахівців напрацьовані наукові підходи, що розглядають зміст, структуру й особливості поняття психологічної допомоги та психологічної реабілітації. Наприклад: військово-психологічний (Р.А. Абурахманов, В.У. Березовец, В.Д. Булавцев, В.Е. Попов та ін.), орієнтований на відновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах; медичний (Ю.А. Александровский, А.В. Белінський, А.Н. Глушко, В.А. Долініна, М.М. Кабанів, Б.Д. Карварсарский, Е. В. Решетнікова та ін.), спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності хворих; загально-психологічний (К.А. Абульханова-Славская, Л.І. Божович, Б.З. Братусь, Б.В. Зейгарнік, О.А. Конопкін, Д.В. Ольшанский та ін.), який розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього життєвого середовища; соціально-психологічний (А. Я. Анцупов, Т. В. Золотарьова та ін.), що підходить до реабілітації як до відновлення системи взаємин пораненого і соціального середовища. Унікальність сучасних соціальних умов здійснення психологічної допомоги та реабілітації вітчизняними психологами вимагає адаптації наявних у них практичних навичок та вмій, але це не свідчить про неспроможність ефективно виконувати ними професійні обов'язки.

3. Інноваційні зміни в будь-якій галузі повинні моделюватися професіоналами в ній. Практика впровадження нововведень людьми, що не мають жодного стосунку до розуміння специфіки галузі, приречена на провал. Іншими словами, дієвість здійснення психологічної допомоги та психологічної реабілітації можлива тільки за умови плідної взаємодії між владними інституціями та представниками психологічної галузі. Сьогодні ж констатується ситуація, коли еліта психологічної науки «безперерійно» намагається донести до людей, що мають державний вплив постулати необхідності: попередження наслідків психотравмуючих екстремальних ситуації для учасників бойових дій; створення ефективної системи відбору та супроводження військовослужбовців;

застосування системного та комплексного підходу до здійснення психологічної реабілітації, у тому числі реалізації програми корекції деструктивних проявів особистості учасників АТО; спільного опрацювання нормативно-правових підстав застосування заходів психологічної реабілітації тощо.

4. Будь якій буремний час в історії держави спричинює підняття на поверхню великої кількості осіб, що у стабільні часи не здатні самореалізуватися у професійному просторі. Не виключенням став й сьогоднішній етап розвитку української держави. Перегляд телевізійних програм, інформації із інтернет-простору створює враження, що найбільш величезна професійна спільнота в нашій державі – це психологічна. Раніше невідомі психологічному загалу «фахівці» у ефірі провідних телеканалів «легко» та беззаперечно надають рекомендації з надання психологічної допомоги та вільно тлумачать психологічно насичені події та ситуації в житті пересічних громадян. Професіонал-психолог завжди виважено та досить акуратно надає коментарі у зовнішньому контурі, пам'ятаючи основні принципи надання психологічної допомоги та здійснення психологічної реабілітації. Індивідуальність кожної життєвої ситуації, автентичність процесу психологічної допомоги унеможливорює надання психологами «рецептів» на всі випадки життя, пропозиції «чарівної» таблетки від всіх тривог та проблем, актуальних для громадян сьогодні. Зазначене потребує нагальної уніфікації вимог до професіоналізму фахівців, які приймають участь у наданні психологічної допомоги та здійснення психологічної реабілітації. Інакше безсистемність та безконтрольність цього процесу призведе до спалювання суспільної думки щодо можливостей та ролі психологічної спільноти у подіях, що відбуваються сьогодні в Україні.

5. Війна не сприяє формуванню гуманістичності людини. Навпаки, відкриті військові зіткнення актуалізують наявні у людини дефекти особистісного розвитку та соціалізації. Умови бойових дій дозволяють особистості знаходитися у певних межах припустимої поведінки, іноді навіть соціально схвальної та героїчної. Повернення до буденного життя призводить до неможливості повноцінно виконувати звичні для пересічного громадянина обов'язки. «Вірус» дозволеної та виправданої, в умовах військового конфлікту, поведінки спричинює

перспективу виникнення протиправних дій учасників АТО в різноманітних сферах життєдіяльності поза межами бойового протистояння. Це зумовлює необхідність опрацювання методів не тільки відновлення соціального та психологічного статусу учасників проведення антитерористичної операції, але й змісту заходів їх ресоціалізації.

Вищенаведені чинники надання ефективної психологічної допомоги та здійснення психологічної реабілітації не вичерпують всю палітру піднятої до обговорення проблеми. Її подальший аналіз та визначення напрямів вирішення обумовлює, без перебільшення, соціальний статус психологічної галузі знань в сучасній Україні.

Казміренко Л.І., професор кафедри юридичної психології НАВС, кандидат психологічних наук, професор

ОСОБИСТІТЬ ТА СУСПІЛЬСТВО В УМОВАХ ЛОКАЛЬНОГО ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

Узагальнення досвіду перебування працівників органів внутрішніх справ у зоні АТО дозволяє сформулювати наступні узагальнення щодо специфічної трансформації основних структурних елементів особистості та діяльності особового складу в умовах локального військового конфлікту.

1. Локальні військові конфлікти значно відрізняються від війни за соціально-психологічним наповненням.

Війна впливає як на життя суспільства загалом, так і на безпеку життєдіяльності кожної окремої людини. Відбувається концентрація всіх матеріальних ресурсів для забезпечення потреб війни, що спричиняє відповідні зміни в житті кожного її громадянина; зростає централізація влади і роль політичної та правової ідеології, ідеологічна надбудова держави повністю переорієнтовується на забезпечення цілей війни. Внаслідок цього повністю змінюється морально-психологічна атмосфера в державі.

Локальні військові конфлікти, навпаки, призводять до виникнення різноспрямованих соціально-психологічних явищ. Вони найчастіше зумовлюються не глибинними міждержавними суперечностями, а певними частковими чинниками (суспільно-

політичними, релігійними, етнонаціональними тощо), що набувають сенсу домінантних світоглядних орієнтирів для частини населення, проти якого задіюються регулярні війська. При цьому співвідношення економічних і воєнних ресурсів складається на користь держави, що дозволяє їй керівникам сподіватися (такі сподівання інколи шкодять здійсненню ретельних підрахунків сил та можливостей) на безумовний та швидкий успіх.

2. Локальний військовий конфлікт не становить загрози для переважної частини суспільства, відповідно, не стає для нього мотиваційною домінантою. Між тим, для населення території, проти якої застосовується збройна сила, він означає реальну загрозу для життя як дорослих чоловіків (потенційного складу регулярної армії), так і жінок та дітей. В цих умовах актуалізується «основний інстинкт» (продовження роду) і сторона, яка вважає себе жертвою військового вторгнення, набуває мотиваційних переваг перед супротивником, безвідносно до того, наскільки гуманними та справедливими були прагнення керівництва держави. Наслідком цих процесів може стати дискредитація цілей локального збройного конфлікту та виникнення негативних психологічних станів у військовослужбовців.

3. Основним джерелом для підтримання належного морально-психологічного стану військовослужбовців є морально-психологічний стан суспільства, інтереси якого вони захищають. Відповідно, при відсутності підтримки воєнної акції у суспільній свідомості та наявності антивоєнних настроїв, в тому числі – і в найближчому соціальному оточенні та родинах, можливості спонукання особового складу до проявів патріотизму, виконання конституційних обов'язків, захисту національних інтересів, ненависті до ворога стають вельми проблематичними.

Тому неаргументовані і незрозумілі для широкого загалу мобілізаційні кампанії («хвилі мобілізації»), активне впровадження ЗМІ думки про участь в антитерористичній операції на сході України військових із Російської Федерації та загонів із Чечні, повідомлення про непоодинокі вибухи та замінування в містах України, мітинги солдатських матерів та

інші такого роду факти слід розцінювати як спроби психологічної війни, що цілеспрямовано чи стихійно спрямовані проти Збройних Сил України.

4. Досвід бойових дій засвідчує, що невідповідна тактична і психологічна оцінка супротивника здатна призвести до викривлення стратегії локального військового конфлікту загалом. Початку Антитерористичної операції не передували ретельні прорахунки сил і можливостей як власних, так і супротивної сторони, внаслідок чого ресурсів Служби Безпеки України та МВС України не вистачило для швидкого подолання супротиву, а Збройні Сили України опинилися в маргінальному становищі: вони були втягнені у локальний військовий конфлікт (по суті – у бойові дії) з невласним для них супротивником. За умови невизначеного «образу ворога» цілі і завдання професійної діяльності деформуються, в провідним мотивом стає не захист Батьківщини, а самозбереження. Відповідно, це не сприяє формуванню бойової наснаги військовослужбовця.

5. Невідповідність між моделлю бойових дій і реальністю (феномен «необстріляності») проявляється у викривленні сприймання часу і простору («тунельне бачення», стискання чи розтягування часу), що призводить до неадекватних моторних реакцій-відповідей в імпульсивній чи гальмівній формах.

При цьому військовослужбовці повинні рухатися небезпечними ділянками за складними траєкторіями та вести інтенсивний вогонь. Зазначене призводить до того, що вони виявляються нездатними вражати навіть цілком доступні цілі через відсутність навичок швидкого їх виявлення, впізнання та ураження в реальних бойових умовах. Невдачі, в свою чергу, спричиняють появу невпевненості в собі, недовіру до власних можливостей та можливостей своєї зброї.

У теперішній час психологи МВС України ще не мають достатніх фактичних даних для підтвердження чи спростування таких негативних тенденцій. Але необхідність кваліфікованого психологічного забезпечення діяльності особового складу в умовах локальних військових конфліктів не викликає сумнівів.

Краснов В.В., завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор;

Юрковська Л.Г., старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П.Л. Шупика

ОКРЕМІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВЧИХ ЗАСАД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Антитерористична операція (АТО), що триває в Україні майже два роки, є не тільки формою прояву оборонної політики Української держави, яка покликана належним чином відповісти на новітні зовнішньополітичні виклики і загрози національній безпеці, державному суверенітету та територіальній цілісності нашої країни. АТО слід розглядати і як потужний внутрішній для українського суспільства і держави фактор, що спричиняє низку суттєвих економічних, політичних, демографічних, соціальних, культурних та інших наслідків негативного характеру. Вважаємо, що однією з досить ефективних форм подолання цілої низки з вказаних негативних соціокультурних наслідків є психологічна допомога різним категоріям учасників АТО, законодавче забезпечення якої потребує істотного вдосконалення. Вказане обумовлює актуальність обраної теми роботи.

Серед дослідників психологічної проблематики та психологічної допомоги учасникам бойових дій вирізняються В.О. Лесков, Л.І. Мульована, Н.В. Павлик, Т.П. Паронянц, В.С. Сідак та інші. До вивчення різних аспектів права соціального забезпечення у свій час зверталися М.Г. Александров, В.С. Андреев, К.С. Батигін, Я.І. Безугла, І.В. Гуцін, В.Л. Забеліна, Р.І. Кондратьєв, Т.М. Кузьміна, В.І. Максимовський, О.Т. Панасюк, М.І. Полупанов, В.І. Прокопенко, Н.А. Семашко, С.М. Сивак, Г.С. Симоненко, Б.І. Сташків, Б.С. Стичинський, Е.Г. Тучкова, І.С. Ярошенко та ін. Проте на даний час залишаються недостатньо дослідженими саме проблеми законодавчих основ

психологічної допомоги учасникам АТО як елементу права соціального забезпечення.

У зв'язку з вище викладеним, метою даної роботи є аналіз окремих проблем законодавчого забезпечення психологічної допомоги учасникам АТО та визначення основних напрямків його вдосконалення.

Як відомо, для більшості з учасників бойових дій адаптація до цивільного життя супроводжується важкими відчуттями краху перспектив, ізоляції та відчуження від суспільного життя, оскільки в реальному житті їх досвід та знання часто виявляються непотрібними.

За підрахунками Кабінету Міністрів за час проведення АТО в операції прийняли участь понад 50 тисяч бійців. Всім їм, крім медичної, потрібна і психологічна допомога.

Необхідність соціальної підтримки при вирішенні цілої низки проблем, таких як: адаптація до нових умов соціального середовища, наявність несприятливих психологічних факторів, незадоволення новим соціальним та професійним статусом перетворюється на гостру потребу для багатьох учасників АТО у соціально-психологічному захисті та психологічній реабілітації [2, с. 114].

Якщо ветерани бойових дій із посттравматичними стресовими розладами стають об'єктом уваги лікарів, психологів, психіатрів, соціальних працівників, то особам з екзистенційними розладами, втратою ідентичності, орієнтації у власній ціннісній системі особистості приділяється набагато менше уваги. Відтак, проблема повноцінної соціальної інтеграції учасників бойових дій в суспільство, сприяння активному включенню їх в процес соціального функціонування, реалізації свого особистісного потенціалу набуває особливого значення [2, с. 114].

Дієвими формами соціально-психологічної підтримки є індивідуальні консультації для учасників АТО і членів їх сімей, організація бесід стосовно особливостей переживання і подолання людиною кризових станів і кризових і надзвичайних ситуацій, психологічний дебрифінг, а також проведення соціально-психологічних тренінгів екзистенційної спрямованості [1, с. 371].

У той же час слід зауважити, що для надання вище вказаної психологічної допомоги учасникам АТО відсутнє

належне законодавче забезпечення. Закон України «Про психіатричну допомогу» у статті 5 передбачає серед державних гарантій щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги; безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України тощо.

Таким чином, учасники АТО, які гостро потребують психологічної допомоги, за кошт держави можуть бути госпіталізовані тільки до відповідних психіатричних лікувальних закладів з достатньо вірогідними негативними соціальними наслідками, оскільки не є секретом, що ставлення громадськості до особи, яка так чи інакше отримувала допомогу у психіатричному лікувальному закладі, характеризується певною упередженістю.

У той же час, учасники АТО часто-густо потребують саме психологічної, а не психіатричної допомоги. У такому випадку організаційний та фінансовий тягар повною мірою лягає на плечі сімей учасників АТО, благодійних організацій та волонтерів. Роль держави у наданні саме психологічної допомоги учасникам АТО видається мінімальною, що очевидно не відповідає взятим державою соціальним зобов'язанням перед учасниками АТО та їх родинами. Однією з причин такої ситуації слід визнати фактичну відсутність законодавчих гарантій і законодавчих механізмів організаційно-правового, матеріально-технічного та фінансового забезпечення надання ефективної систематичної психологічної допомоги учасникам АТО.

Таким чином, психологічна допомога учасникам АТО є однією з ефективних форм подолання цілої низки негативних соціокультурних наслідків проведення АТО. Основними напрямками вдосконалення законодавчих основ психологічної допомоги учасникам АТО слід визнати розробку нових та вдосконалення існуючих законодавчих гарантій і законодавчих механізмів організаційно-правового, матеріально-технічного та фінансового забезпечення її надання.

Список використаних джерел

1. Кривоконь Н.І. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи: [монографія] / Кривоконь Н.І. – Харків: видавництво ФОП Олійник, 2011. – 480 с.

2. Мульована Л.І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО / Л.І. Мульована // Науковий журнал «Молодий вчений». – 2014. – № 10 (13) – С. 114-116.

Кісіль З.Р., декан факультету психології ЛДУВС, доктор юридичних наук, професор

АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО

В умовах антитерористичної операції (АТО) на всіх її учасників впливає комплекс інтенсивних тривало діючих стресогенних чинників, що призводить до напруження адаптаційних систем організму і проявів у значній кількості осіб так званої «бойової психічної травми» (БПТ). Надія на стихійну так звану «психологічну» реабілітацію є утопічною. Адже відсутня єдина система, програма та методологія психологічної реабілітації, а з психологів, які звалили на свої плечі вирішення цієї міжвідомчої та міждисциплінарної проблеми, мало хто у повній мірі усвідомлює патогенез і клінічні прояви БПТ. До того ж вони з юридично-правових позицій мають право застосовувати до постраждалих лише методи психологічної діагностики, психологічного консультування і психологічної корекції.

Позитивні результати можна отримати лише за умов організації єдиної міжвідомчої системи медико-психологічної реабілітації на підставі уніфікованої програми і стандартизованих протоколів медико-психологічної реабілітації та із залученням як медичних фахівців (психіатрів, психофізіологів, психотерапевтів, медичних психологів з базовою медичною підготовкою, лікарів-реабітологів), так і психологів з базовою гуманітарною підготовкою.

На жаль, в Україні досить обмежена кількість відповідних фахівців з досвідом надання допомоги і проведення медико-

психологічної реабілітації постраждалим внаслідок екстремальних психогенних впливів. Але вони все ж є і активно функціонують, про що свідчить значна кількість їх наукових публікацій. Доречним є залучення відповідних фахівців до роботи в об'єднаній міжвідомчій робочій групі для якнайшвидшої розробки концептуальної моделі, програми і стандартизованих протоколів та впровадження форм і заходів медико-психологічної реабілітації учасників АТО на різних етапах їх функціонування.

Ми не претендуємо на абсолютність нашого варіанту організації та проведення медико-психологічної реабілітації учасників АТО, а пропонуємо для ознайомлення і обговорення можливі організаційні засади і превентивно-відновлювальні заходи в основному стосовно комбатантів. Застосовувати комплекси запобіжних і реабілітаційних заходів важливо під час відбору і всіх періодів бойової діяльності та повернення комбатантів до умов мирного життя. Доречно виділити наступні етапи, де необхідно організувати і проводити заходи медико-психологічної реабілітації: призов та підготовка в навчальному центрі; участь в бойових операціях; період виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування; лікування в медичних закладах; адаптація до умов мирного життя.

Важливим превентивним заходом медико-психологічної реабілітації, який важливо застосовувати на всіх етапах, є проведення психофізіологічної діагностики учасників АТО для оцінки рівня розвитку їх професійно важливих якостей (надалі – ПВЯ) та індивідуальних резервів адаптації з метою визначення придатності до військово-професійної діяльності або потреби і методів лікування чи реабілітації, а також моніторингу динаміки ПВЯ та індивідуальних резервів в усі періоди служби, лікування, реабілітації. Психофізіологічна діагностика дозволяє на ранніх етапах визначити осіб з ослабленими адаптаційними можливостями та великою ймовірністю ранніх і тяжких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також вчасно визначити індивідуальну тактику і способи профілактики і відновлення кожної обстеженої особи, адже вірогідність та тяжкість проявів БПТ значною мірою обумовлена її психофізіологічними особливостями.

На сьогодні найбільш складним, економічно затратним і в той же час найменш відпрацьованим є питання організації форм і методів реабілітації учасників АТО в період адаптації до умов мирного життя. Ця проблема в основному ляже на плечі МОЗ і соціальних служб. Але ініціатива повинна надходити не від окремих фахівців, а від керівників Держави, які усвідомлюють необхідність і складність питань медико-психологічної реабілітації учасників АТО, розуміють обсяги робіт і затрат та готові їй спроможні приймати рішення стосовно використання ресурсів, організаційних форм і структур, зміни штатних розкладів. У даному контексті надзвичайно важливою є координуюча і об'єднуюча міжвідомчі можливості активність керівництва МОЗ України. Лише за умови зважених і професійних рішень керівництва Держави, скоординованої та синхронізованої роботи МОЗ України, Національної академії медичних наук України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, силових відомств, залучення досвідчених фахівців і раціонального застосування наявних сил, засобів і ресурсів можливе успішне впровадження та ефективне застосування форм, заходів і методів медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

Вивчення проблеми збереження і відновлення фізичного і психічного здоров'я, психологічного благополуччя і адекватної соціальної поведінки учасників АТО дозволило сформулювати наступні висновки:

1. На учасників АТО діють стресогенні чинники, що викличуть у значній кількості постраждалих прояви бойової психічної травми (БПТ) та її ускладнень у формі гострих реакцій на стрес; посттравматичних стресових розладів (ПТСР); розладів фізичного і психічного здоров'я; хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації та асоціальної поведінки. Зазначені наслідки БПТ створюють серйозні тривалі економічні, соціальні та політичні проблеми для України.

2. Для компенсації дії стресогенних чинників та зменшення патологічних змін внаслідок БПТ необхідно на етапах призову та підготовки в навчальному центрі; участі в бойових операціях; періоду виведення з району бойових дій для

відпочинку і переформування; лікування в медичних закладах; адаптації до умов мирного життя застосовувати до учасників АТО заходи медико-психологічної реабілітації.

3. Формами медико-психологічної реабілітації, які доцільно застосовувати до учасників АТО, є превентивна, клінічна, функціональна і психологічна реабілітації, а заходами – психодіагностика, фармакокорекція, психотерапія, психокорекція, фізіотерапія, тренінги, аутотренінги.

4. Потребують термінового вирішення питання організаційної моделі, програми та стандартизованих протоколів медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

5. Міжвідомчим наказом в МОЗ України доцільно створити міжвідомчу робочу групу з питань медико-психологічної реабілітації учасників АТО, до складу якої включити досвідчених в питаннях реабілітації фахівців різних спеціальностей (лікарів, психологів, соціологів). Фахівцям робочої групи доручити створення у стислі терміни концептуальної моделі медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

6. Важливо створити міжвідомчий Реєстр учасників АТО і визначити його Адміністратором МОЗ України. Основним елементом Реєстру повинна бути база даних результатів психодіагностики, що дозволить облікувати учасників АТО, проводити динамічне спостереження за станом їх резервів адаптації та проявами наслідків БПТ і застосовувати індивідуальні програми реабілітації.

Барко В.І., професор кафедри соціології та психології ХНУВС, доктор психологічних наук, професор

ДОСВІД ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПОЛІЦЕЙСЬКИХ У ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

Службова діяльність поліцейських традиційно відноситься до складних видів професійної діяльності, вона супроводжується значними психофізіологічними і фізичними навантаженнями на працівників, багатьма чинниками ризику для їх життя і здоров'я. Дослідження зарубіжних авторів свідчать про те, що складні умови роботи поліцейських нерідко

призводять до порушень у психічній діяльності працівників, тому важливим напрямом підвищення ефективності функціонування поліції є проведення психологічною службою і керівниками психопрофілактичної роботи з персоналом, спрямованої на забезпечення психологічного здоров'я працівників, здатності протидіяти стресам, конфліктам тощо.

Розглянемо основні теоретичні і прикладні підходи, які практикуються в нашій країні і поліціях зарубіжних країн і підтвердили свою ефективність. При розгляді проблематики збереження психологічного здоров'я поліцейських зарубіжні дослідники особливу увагу приділяють питанням менеджменту і ролі керівника в цьому процесі. Сучасним напрямом поліцейського менеджменту в країнах заходу є проактивний підхід до управління персоналом; він базується на ідеї профілактики проблем усередині поліцейської організації і в зовнішньому середовищі за рахунок: а) забезпечення гуманістичного підходу до працівників; б) організації командної роботи та лідерства в підрозділах; в) мотивації і стимулюванні роботи поліцейських, їх особистісного розвитку.

В зарубіжних країнах кадрові апарати надають великого значення врахуванню індивідуальних якостей і здібностей кандидатів на роботу в поліцію, дослідженню стану психічного здоров'я і стресостійкості поліцейських. В поліції США і Великобританії практикуються кількадевні процедури професійного відбору кандидатів, в ході яких вивчається психологічна готовність до роботи в поліції. Ще на початку 50-х рр. XX століття в США затверджений перелік якостей, які потрібні поліцейському; рекомендовано керуватися вимогами, які передбачають: 1) громадянство, 2) досягнення 21 року, 3) відсутність кримінального минулого, 4) обов'язкова шкільна освіта, 5) відповідний характер і моральні якості, 6) відсутність фізичних, емоційних і психічних недоліків, 7) проходження співбесіди, що встановлює здатність кандидата до спілкування, емоційні особливості, деякі риси характеру. Американські вимоги взяті за основу в багатьох країнах світу, наразі їх можливо об'єднати в чотири групи: а) інтелект і освіта, б) особистість і міжособистісні стосунки, в) темперамент і характер, г) здатність до професійного і особистісного розвитку.

В усіх поліцейських формуваннях претендентина службу в поліцію обстежуються психологом. Інструментами такого психологічного обстеження є співбесіди, суб'єктивні опитувальники і об'єктивні тести, ділові та рольові ігри, поліграфні опитування, тренінги. Зазвичай, співбесіду з кандидатом проводить чиновник кадрового апарату або особистоначальник поліції. Якщо результати співбесіди і дані тестування виявляються задовільними, видається наказ про зарахування в поліцію, що, зазвичай, означає направлення на навчання і подальше проходження служби. Нерідко прийому на роботу передє конкурс, першою стадією є усна співбесіда, друга складається з усних і письмових тестів, за результатами конкурсу складається список кандидатів. Відібрані кандидати зараховуються на службу в поліцію з проходженням випробувального терміну. У США він не перевищує одного року, у Великобританії – двох.

Наразі психологічні або психосоціальні служби працюють в поліціях усіх розвинутих країн. В Германії перед такою службою стоять завдання: профілактика суїцидів; допомога службовцям у разі стресових ситуацій, при виникненні депресії, страхів; консультування службовців, коучинг для керівників, проведення лекцій, семінарів і тренінгів. У поліції Баварії існує інститут службовців на громадських засадах, вони виконують роль консультантів. В деяких землях Германії створені також Центральні психологічні служби поліції. Її завдання багато в чому спрямовані на збереження психологічного здоров'я і полягають в організаційному розвитку поліції і роботі з персоналом; підтримці оперативної роботи; консультуванні і профілактиці постстресових розладів, співпраці з клініками, психотерапевтами.

В поліціях зарубіжних країн широко застосовується технологія соціально-психологічного тренінгу. Основними цілями є: розкриття особистісного потенціалу і перспектив професійного росту поліцейських; виявлення здібностей і можливостей; допомога у протидії кризовим явищам, протидії стресам і емоційному вигоранню; розвиток комунікативних навичок; допомога у плануванні життя і службової кар'єри. Тренінги ґрунтуються на засадах гуманістичної психології, досвід його використання в поліцейських школах, зокрема

м. Брамсхіл (Великобританія), свідчить про інтерес з боку поліцейських і його високу ефективність. Окремі тренінги («Підготовка до проактивного поліцейського управління»; «Побудова команди»; «Ефективне лідерство»); присвячені підготовці поліцейських менеджерів.

Аналіз публікацій також свідчить про те, що в поліцейських організаціях зарубіжних країн багато уваги приділяють підтриманню рівня працездатності і емоційного стану, забезпеченню поліцейським допомоги при розв'язанні проблемних ситуацій, конфліктів. Це здійснюється з використанням багатьох методів, засобів і прийомів. Так, при призначенні поліцейського на певну зміну у поліції Нью-Йорка (США) враховуються цикли – поведінковий, фізичний і психологічний; що суттєво підвищує ефективність роботи працівника і зменшує стомлюваність. Дослідження науковців (Е. Янгстром) присвячені зменшенню негативного впливу шкідливих чинників професійної діяльності на психіку поліцейських, підтримці працездатності, розвитку стресостійкості, розробці методів аутотренінгу. В поліції РФ значна увага приділяється розробці спеціальних програм, спрямованих на здійснення психопрофілактичної роботи з особовим складом. Психопрофілактичні і психокорекційні заходи мають на меті зняття негативної дії стресу, підвищення професійної мотивації. При появі емоційного вигорання увага звертається на поліпшення умов праці, характер взаємовідносин в колективі, розподіл навантаження. З метою підтримання психологічного здоров'я в поліції РФ практикуються напрями психопрофілактичної роботи: допомога у визначенні короткострокових та довгострокових цілей; навчання використанню «тайм-аутів», періодів відпочинку в робочий час; вироблення навичок саморегуляції; забезпечення стратегії і тактики професійного розвитку і самовдосконалення; опрацювання можливостей відходу від непотрібної конкуренції в правоохоронних органах; насичення позитивними емоціями, вироблення навичок саморефлексії; планування заходів по підтримці хорошої фізичної форми.

Дробот О.В., професор кафедри психології факультету № 7 ЛДУВС МВС України, доктор психологічних наук

ПСИХОСЕМАНТИЧНА ПАРАДИГМА ЯК МЕТОДОЛОГІЧНИЙ БАЗИС ДОСЛІДЖЕННЯ СВІДОМОСТІ УЧАСНИКІВ АТО

Психологічні дослідження індивідуальної системи значень в свідомості людини здійснюються за допомогою психосемантичних методів. Психосемантика вивчає психологічне сприйняття людиною значень і смислів об'єктів, понять, знаків, знакових виразів у процесі інтерпретації цих об'єктів. Тому одне з основних завдань цієї дисципліни – побудова семантичного простору, тобто знаходження системи тих латентних факторів, у рамках яких респондент діє, так чи інакше оцінюючи об'єкти. Необхідно підкреслити, що досліджуваний, як правило, не дає собі звіту в існуванні цих факторів, що впливають на його розуміння, переживання, емоційні стани.

Класична формула усвідомлення об'єктів світу, запропонована С.Л. Рубінштейном: «зовнішнє через внутрішнє» описує характер впливу зовнішніх, соціальних причин буття на свідомість. Інша формула: «...усвідомлення – завжди процес певного внутрішнього співвіднесення» (Б.С. Братусь [1, с. 86]) наголошує на формуванні індивідуальних смислових систем через суб'єкту активність особистості.

Сьогодні ці два підходи цілком відповідають психосемантичній моделі дослідження як суспільної, так і індивідуальної свідомості – така модель передбачає дослідження групової свідомості через індивідуальну. Вивчення індивідуальних закономірностей творення та формування свідомості передбачає пошук тієї вибірки носіїв групової свідомості, які одночасно виступають її творцями [11]. Семантичний простір є дослідницькою моделлю структури індивідуальної свідомості людини, на основі якої відбувається сприймання неї об'єктів, їхня класифікація та порівняння.

Метод семантичного диференціала спрямований не тільки на пошук семантичного простору й аналіз покладених у його

основі факторів, але й на вивчення взаємного розташування об'єктів у цьому просторі, тобто розходжень у сприйманні об'єктів, розглянутих респондентом.

При реконструкції категоріальних структур індивідуальної свідомості, що опосередковують сприйняття об'єкта у зовнішньому та внутрішньому середовищі, відбувається моделювання суб'єктивної картини світу (або окремої проблеми) в тому вигляді, в якому вона представлена у свідомості окремої людини.

У сфері психосемантичних досліджень існують відчизняні експериментальні напрацювання з вивчення психосемантичного змісту свідомості, зокрема праці Лозової О.М. – дослідження етнічної свідомості українця, Дробот О.В. – дослідження управлінської свідомості керівника. Моделі образу світу професіонала досліджено у працях Н.Ф. Шевченко, Г. В. Ложкіна, Н.А. Кучеровської.

В зарубіжній психологічній науці ми відштовхуємося від праць В.Ф. Петренка, які спираються на запропоновану О.М. Леонтьєвим трактовку свідомості як індивідуальної системи значень, поєднаних із чуттєвою тканиною, яка у свою чергу через сприйняття пов'язана із предметним світом і особистісними смислами. Як зазначає В.Ф. Петренко, дане трактування є за своєю суттю семіотичним. З цієї точки зору генезис і трансформація значень, які є складовою свідомості, відображають механізм змін і трансформації свідомості в цілому.

Логічно, що дослідження свідомості учасників АТО можуть будуватися в психологічній теорії і пояснювальній парадигмі науки психосемантики як одного з напрямків загальної психології. Застосування психосемантичного підходу в якості основного зумовлюється тим, що свідомість людини як предмет дослідження підпорядковується психосемантичним постулатам, має психосемантичну структуру і зміст [2]. Продуктом свідомості людини-учасника АТО є сукупний образ світу, що належить усім учасникам бойових дій які перебували на війні приблизно однаковій час. Зміст свідомості людини, що знаходиться в АТО, втілюється в систему значень і смислів відповідних військової ситуації як перетвореної форми дійсності. Не потребує доказів також існування певної (можна казати «професійно-АТОшної») субмови учасників війни на

сході України (втіленої в особливостях їх мовлення) із зафіксованою в ній специфічною системою (належних тільки цієї групі) значень як способу фіксації військового досвіду учасника АТО.

Список використаних джерел

1. Братусь Б. С. Смысловая вертикаль сознания личности (к 20-летию со дня смерти А. Н. Леонтьева) / Б. С. Братусь // Вопросы философии. – 1999. – № 11. – С. 81–89.

2. Дробот О.В. Психосемантика управлінської свідомості керівника: Монографія / Ольга Вячеславівна Дробот. Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова; Донецьк: ТОВ «Східний видавничий дім», 2014. – 372 с.

Кузьменко Б.В., професор кафедри автоматизації та комп'ютерно-інтегрованих технологій Академії муніципального управління, доктор технічних наук, професор

ЕНЕРГЕТИЧНА ТА ІНФОРМАЦІЙНА СКЛАДОВІ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Енергетична складова «гібридної війни». Важливим елементом ведення «гібридної війни», що наочно продемонструвала російська агресія, являється і вплив на життєдіяльність суспільства. При цьому енергетична інфраструктура стала предметом особливої уваги з боку агресора, оскільки її захоплення (чи руйнування) не лише завдає значного економічного збитку, але і погрожує стійкому функціонуванню системи життєзабезпечення суспільства в цілому. Слід зазначити, що використання потенціалу енергетики як «енергетичної» зброї було відкрито проголошено в 2003 р. в Енергетичній стратегії Російської Федерації до 2020 р.: в документі відзначалося, що потужний паливно-енергетичний комплекс Росії «є базою розвитку економіки, інструментом здійснення внутрішньої і зовнішньої політики». І це не просто декларація намірів, а реальний інструмент впливу, який Росія неодноразово використала у своїх інтересах (у тому числі через

послаблення усіма способами енергетичної інфраструктури потенційних супротивників). Прикладом цього є майже синхронні підривання енергетичної інфраструктури, які припинили постачання природного газу і електроенергії в Грузію в січні 2006 р., що стало елементом подальшого тиску на Грузію. Вибух на газопроводі в Туркменістані в квітні 2009 р. допоміг Росії призупинити дію незручного для неї договору з Туркменістаном і фактично усунути конкурента з європейського ринку. Так в 2006 р. був зупинений на ремонт нафтопровід, що забезпечував постачання нафти на нафтопереробний завод в Мажейкяй в Литві, причому саме в мить, коли Литва вирішила продати завод польській компанії. Очевидно, що Росія абсолютно свідомо використовує атаки проти критичної інфраструктури, зокрема енергетичної, як для досягнення своїх цілей в політичній і економічній сферах, так і для зниження військово-економічного потенціалу держави в самі стислі терміни. Усе це можна побачити і в україно-російському протистоянні. При цьому енергетична інфраструктура (із-за свого географічного розосередження) може побічно нести загрозу об'єктам, розташованим далеко від місця безпосередньої атаки. Так, анексуючи Крим, військові підрозділи Російської Федерації фактично отримали контроль над українськими енергетичними об'єктами, які знаходяться за межами адміністративних кордонів Криму. Внаслідок цієї анексії у України не просто були захоплені об'єкти енергетики і території Криму, а за допомогою захоплення енергетичної інфраструктури (трубопроводів і компресорних станцій) фактично вкрадені нафтовидобувні поля на шельфі і безпосередньо природний газ в об'ємі 2 млрд куб. м щорічно. Надалі цей елемент ведення «гібридної війни» ще з великим розмахом агресор використав в окремих районах Луганською і Донецькою областей. Цілеспрямованими діями фактично було зруйновано багато вуглевидобувних підприємств, блокувалася і руйнувалася транспортна інфраструктура. У свою чергу, це привело до проблем з постачанням вже видобутого вугілля споживачам, передусім – на теплові електростанції, що стало викликом для стабільного функціонування усієї об'єднаної енергетичної системи України. Як наслідок погіршала і соціально-економічна ситуація не лише в східних

областях, але і в усій Україні. Крім того, це сформувало довгостроковий виклик енергетичної безпеки держави в цілому. Далі в роботу пішла інформаційна складова «гібридної війни»: прийняті українським урядом антикризові рішення в енергетичній сфері були активно використані для формування негативного відношення до органів державної влади, посадовців і керівництва держави. Ця ж інформація активно використовувалася і для формування негативного іміджу України серед країн-сусідів і партнерів України.

Інформаційна складова «гібридної війни». Хоча військова складова конфлікту об'єктивно залишається основним чинником її розгортання, масштаби застосування інформаційної складової все більше збільшуються. Про масштаби інформаційної війни, розгорнутої Росією проти України, найточніше сказав Головнокомандувач об'єднаних Збройних сил НАТО в Європі Ф.Бридлав: «Це найдивовижніший інформаційний блицкриг, який ми коли-небудь бачили в історії інформаційних воєн». Інформаційний фронт «гібридної війни» розгортається відразу на декількох напрямках. Передусім:

1) серед населення в зоні конфлікту; 2) серед населення країни, проти якої здійснюється агресія, проте територія якої не охоплена конфліктом; 3) серед громадян країни-агресора і 4) серед міжнародного співтовариства. Хоча інформаційна складова дійсно стала наскрізною темою «гібридної війни», проте вона виконує не самостійну, а допоміжну роль, більшою мірою супроводжуючи військову фазу операції. Проте в українському випадку ми маємо справу не просто з ворожою пропагандою, а з тим чинником її розгортання, масштаби застосування інформаційної складової все більше збільшуються. Про масштаби інформаційної війни, розгорнутої Росією проти України, найточніше сказав Головнокомандувач об'єднаних Збройних сил НАТО в Європі Ф.Бридлав: «Це найдивовижніший інформаційний блицкриг, який ми коли-небудь бачили в історії інформаційних воєн». Інформаційний фронт «гібридної війни» розгортається відразу на декількох напрямках. Передусім: 1) серед населення в зоні конфлікту; 2) серед населення країни, проти якої здійснюється агресія, проте територія якої не охоплена конфліктом; 3) серед громадян

країни-агресора і 4) серед міжнародного співтовариства. Хоча інформаційна складова дійсно стала наскрізною темою «гібридної війни», проте вона виконує не самостійну, а допоміжну роль, більшою мірою супроводжуючи військову фазу операції. Проте в українському випадку ми маємо справу не просто з ворожою пропагандою, а з тим, що фахівці-інформаційники справедливо характеризують як «війну сенсів» (почало якій можна умовно віднести до 2006–2007 рр.). Для ретрансляції цих сенсів задіяна уся безліч каналів донесення інформації. Основним структурним елементом в цій війні стають симулякри – образи того, чого в реальності не існує. Прикладом таких симулякрів є: «фашисти в Києві», «звірства каральних батальйонів», «розіпнуті хлопчики», використання Україною заборонених озброєнь. Стратегічна мета експлуатації цих симулякрів – замінити об'єктивне уявлення цільових груп про характер конфлікту «інформаційними фантомами», необхідними агресорові. Активна фаза військового протистояння, що почалася з кінця лютого, – почала березня 2014 р., супроводжувалася тактичною інформаційною підтримкою, яка так само використала прийоми побудови і експлуатації симулякрів. Україні вдалося досить швидко адаптуватися і частково відреагувати на цей виклик. «Кримська кампанія» показала слабкість російської інформаційної складової їх версії «гібридної війни» – вона не витримує постійного прискіпливого медіа-погляду. Відповідно, чи не перше, що зробили різні «ополченці» і «зелені чоловічки» на окупованих територіях, – це відключили українські телеканали і масованій включив російські. Формування єдиного і повністю контрольованого інформаційного простору – очевидна стратегія розгортання інформаційної складової конфлікту з боку агресора. Так що не дивно, що вже під час подій в окремих містах Донецької і Луганської областей бойовики налагодили процес пошуку проукраїнських стримерів і систематично перешкоджали їх діяльності (наприклад, ситуація з луганськими стримерами або журналістами інтернет-телебачення). Важливо відмітити, що Російська Федерація розгорнула один з фронтів «гібридної війни» і проти громадян своєї держави, формуючи там модель поведінки, яка багато в чому відповідає мессиджамфедеральної преси (їй повністю

довіряють майже 60 % росіян). Небажання значної кількості громадян Росії подивитися на речі з іншої точки зору обумовлене і страхом виникнення когнітивного дисонансу між дійсністю, що формується російськими ЗМІ, і реальними подіями. Так що багато в чому про росіян дійсно можна сказати як про народ, який «першим ліг під натиском власного телебачення». Ще один важливий інформаційний фронт – зовнішній. Масштаби діяльності «фондів», «культурних суспільств», «аналітичних центрів» і просто «експертів» проросійської спрямованості в Європі, а також діяльність каналу RT, дійсно значні. Проте навіть тут позначається загальна концепція «гібридної війни» «по-російськи»: частину таких експертів просто вигадують, а від їх імені публікують необхідні коментарі і виведення – останній такий випадок був з вигаданим німецьким експертом. Зараз стурбованість масштабами російського інформаційного проникнення проявляють і країни Європи. У 2014 р. в Латвії був створений Центр стратегічних комунікацій НАТО (NATO Strategic Communications Centre of Excellence), серед завдань якого – забезпечити адекватну відповідь на спроби інших країн вплинути на інформаційний простір членів НАТО. Важливість розвитку стратегічних комунікацій була підкреслена і після саміту НАТО в Уельсі. Зокрема, там прямо відзначалося, що створений центр повинен займатися питаннями «гібридної війни». На сили Центру в протидії російській пропаганді сподіваються і в окремих країнах, зокрема в Польщі і країнах Балтії. Вже декілька попереджень російському іншомовному телеканалу RT зробив британський медіарегулятор Ofcom за порушення під час освітлення української кризи. Важливим трансграничним простором ведення інформаційного протиборства стала мережа Інтернет. Різні реальні і уявні «хактивісти», «кіберпартизани», «кіберополчення», а також спеціальні підрозділи різних відомств безпеки для ведення протистояння в кіберпросторі – усі вони стають важливим елементом кібератак, а також проведення спеціальних психологічних операцій в соціальних мережах і мережі Інтернет в цілому (наприклад, організація російськими спецслужбами протестів внутрішніх військ під адміністрацією президента в жовтні 2014 р.)

Проте повністю завоювати інформаційний простір Росії не вдалося – багато пропагандистських заяв з боку російського телебачення з української тематики швидко спростовували самі інтернет-користувачі, які все частіше стають «рядовими інформаційних воєн».

Сова М.О., завідувач кафедри пенітенціарної педагогіки та психології ІКВС НАВС, доктор психологічних наук, професор

ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО

В українському суспільстві, що переживає глибоку кризу і знаходиться в ситуації озброєного конфлікту на сході країни, актуалізується процес встановлення системи взаємовідносин міжорганами влади, співробітниками медіакомунікацій та учасниками АТО. У зв'язку з цим актуальності набуває проблема використання соціально-комунікативних технологій для надання допомоги особам, які потребують особливої уваги з боку державних інституцій, громадськості, працівників ЗМІ, за допомогою яких даний процес може прискореним, зокрема GR-технологій.

Аналіз досліджень і публікацій свідчить про спроби науковців розкрити практичне значення GR-технологій у встановленні зв'язків громадськості з державою [3, с. 304; 4, с. 14], класифікувати види соціально-комунікативної діяльності щодо впливу на процес прийняття рішення в органах влади [2, с. 3].

Проте поза увагою дослідників залишається проблема використання сучасних соціально-комунікативних технологій для надання допомоги учасникам бойових дій. Необхідність вирішення питань співпраці між органами влади, громадськістю, працівниками ЗМІ та учасниками АТО підтверджує актуальність дослідження поставленої проблеми.

Мета наукового пошуку – розкрити особливості використання потенціалу сучасних соціально-комунікативних технологій для надання допомоги учасникам бойових дій.

У вирішенні поставленої мети, перш за все, слід звернути увагу на поняття «соціально-комунікативні технології», котре в науковій літературі інтерпретується як системно організована діяльність соціального суб'єкта, спрямована на розв'язання соціально значущих завдань [1, с. 30]. Дана діяльність складає систему процедур і операцій з використання соціальних ресурсів, які забезпечують вирішення поставленого завдання.

У контексті проблеми, що розглядається, значущості набуває використання соціально-комунікативних технологій, зокрема GR-технології, що передбачає залучення органів влади до організації допомоги учасникам АТО. Доцільність застосування GR-технологій для вирішення їх нагальних проблем полягає у створенні системи взаємодії соціальних суб'єктів (громадськості, ЗМІ, благодійних організацій, психологів, соціальних працівників, медиків, волонтерів,) з органами управління та влади.

Зазначимо, що GR-технології включають всі види діяльності, які містять способи впливу на процес прийняття рішень в органах державної влади, у тому числі прийоми, режими роботи, операції та процедури. Відтак, GR-технологія виступає системно організованою діяльністю з управління комунікативною взаємодією соціальних суб'єктів, що спрямована на встановлення й підтримку взаємовідносин з органами публічної влади (органами державної влади, державними органами та органами місцевого самоврядування). Організація соціально-комунікативної діяльності відбувається на основі певної програми дій щодо вирішення проблем пільгової категорії громадян, зокрема учасників АТО.

Умовою успішної реалізації GR-технології є встановлення позитивного зворотного зв'язку для створення діалогу, в якому ініціатива переходить до публічного органу або третьої особи (ЗМІ, благодійні організації, спонсори, мобілізована громадськість).

GR-технології класифікуються на основі трьох типів каналів комунікації: 1) документальні – законопроекти і нормативно-правові акти, подійні та електронні PR-тексти; 2) подійні- перелік спеціальних заходів, які організовані в GR, з обмеженнями GR-стратегією та ресурсами суб'єкта – ініціатора

діалогу; 3) електронні – види комунікації, опосередковані мережею Інтернет та іншими технічним засобами зв'язку.

Система GR-технологій включає такі складові:

1. Технологія прямої взаємодії з органами влади – складається з особистої комунікації з представниками держави та оперативного зворотного зв'язку. При реалізації цієї технології соціальний суб'єкт використовує такі засоби: письмове звернення, прямі переговори або особисте спілкування, Skype, e-mail та інші електронні засоби міжособистісної комунікації, які не передбачають участі третіх осіб.

2. Технологія експертизи – відбір інформації та адаптації GR-повідомлень під конкретну особу або групу. Для прямої експертизи використовуються наступні процедури: підготовка нормативно-правових актів, пропозицій та рекомендацій, участь у роботі комісії, круглих столів, парламентські слухання, онлайн-процедури, фінансування аналітики та публікацій експертних суджень.

3. Технологія медіарілейшнз – розробляється з урахуванням впливу на третю особу, оскільки комунікація з органами влади при медіарілейшнз завжди опосередкована і передбачає лише дискурс. До переліку заходів, які можна використовувати для звернення уваги на проблеми учасників бойових дій та пошуку способів їх вирішення слід віднести такі: прес-конференції, прес-клуби, брифінги, прес-тури, спічрайтинги, спін-докторінги, блогінги.

4. Технологія *grassroots* передбачає непрямий вплив на громадськість, яка мобілізується у такі групи: а) *masspublic* – загальна сукупність громадян; б) *attentivepublic* – малочисленна, але активна група, яка виконує ключову роль у суспільно-політичному житті; в) *mobilizable public* – невелика група, для якої характерна трансформація суспільно-політичної уваги в мобілізовану участь завдяки діяльності агентів мобілізації. Практична реалізація технології *grassroots* включає такі види діяльності: акції по збору підписів, формування суспільних рухів, залучення волонтерів, складання петицій,

розповсюдження інформації з проблемних питань за допомогою соціальних мереж та онлайн-платформ.

5. Комунікативна технологія корпоративної соціальної відповідальності (КСВ) становить систему способів інформування та впливу на інвесторів, акціонерів, співробітників, партнерів, клієнтів і всього суспільства. Технологія КСВ покликана здійснювати непрямий вплив на представників влади в *GR* завдяки організації та проведенню соціальних акцій, благодійних заходів, публікацій соціальних звітів, підтримці бізнесу (наприклад, надання на пільгових умовах орендивласних приміщень депутатам для спілкування з учасниками АТО), координації ком'юніті з використанням соціальних мереж. Електронні засоби зв'язку є ефективним інструментом для фандрайзінгу та краудфандінгу, спрямованих на вирішення соціально значущої проблеми – допомоги учасникам бойових дій.

Отже, комплекс розглянутих технологій складає логічно впорядковану систему *GR*-технологій, яка реагує як на зміни у психологічному житті осіб, які захищали кордони країни, так і на соціально-політичні чинники й суспільні настрої.

Список використаних джерел

1. Гавра Д.П. Социально-коммуникативные технологии: сущность, структура, функции // Петербургская школа *PR* и рекламы: от теории к практике. Вып. 1: Сб. статей / Отв. ред. А.Д. Кривоносов. СПб, 2003. – С. 30–35.

2. Чимаров С.Ю. *Government Relations (GR)*: типология и технологии деятельности // Научные труды Северо-Западной академии государственной службы. 2011. – Т. 2. Вып. 3. – С. 181–191.

3. *GR*: связи с государством. Теория, практика и механизмы взаимодействия бизнеса и гражданского общества с государством / Под ред. Л. Сморгунова и Л. Тимофеевой. М., 2012.

4. *GR*: теория и практика / Под ред. И.Е. Минтусова, О.Г. Филатовой. СПб, 2013.

Мотлях О.І., провідний науковий співробітник наукової лабораторії з проблем досудового розслідування ННІ № 1 НАВС, доктор юридичних наук, професор

ЩОДО ОКРЕМИХ ПИТАНЬ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ОСОБИ В ПРОЦЕСІ ЇЇ ОПИТУВАННЯ (ТЕСТУВАННЯ) НА ПОЛІГРАФІ

Проведення опитування (тестування) осіб на поліграфі – це специфічна діяльність поліграфолога, що потребує від нього володіння спеціальними знаннями в галузі психології, психофізіології, юриспруденції, медицини для використання їх під час виконання дослідження, замовленого ініціюючою стороною. Чільне місце в цьому процесі належить саме психодіагностиці, як галузі психології, що вивчає способи розпізнання й вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особи (властивостей особистості та особливостей інтелекту), теорію і практику визначення психодіагностичного діагнозу. Загальновідомо, що основою психодіагностики є психометрія, яка вивчає кількісні вимірювання індивідуально-психологічних особливостей. Самі ж розпізнавання й вимірювання здійснюються за допомогою методів психодіагностики [1, с. 310–312], яку в своїй діяльності активно використовує поліграфолог для визначення типу особистості і застосування до нього відповідної апробованої часом і практикою методики психофізіологічного дослідження особи на поліграфі. Тому, при проведенні тестування осіб, поліграфолог значне місце відводить формуванню соціально-психологічної установки опитуваного як фактора адаптації до процедури виконання такого дослідження. Це викликано тим, що психологічний зміст опитування (тестування) осіб на поліграфі являє собою нерозривну єдність діяльності, тобто спільної організованої цілеспрямованої активності індивідуумів і спілкування як багатопланового процесу встановлення й розвитку контактів між ними, що передбачає обмін інформацією і певну тактику й стратегію взаємодії, сприймання та розуміння комунікативного спілкування між собою. Таке комунікативне спілкування дає можливість поліграфологу сформулювати

уявлення про особистість потенційного опитуваного на поліграфі, тим самим встановити психологічний з ним контакт на подальшу процедуру виконання цього спеціального дослідження. Одночасно відбувається й формування індивідуального уявлення і в потенційного опитуваного на поліграфі як відносно поліграфолога, так і процедури виконання означеного вище психофізіологічного дослідження. Тобто, відбувається своєрідний процес адаптації опитуваного до перевірки його інформаційних даних на поліграфі. Однак, в процесі виконання дослідження поліграфологу слід звернути увагу на так званий феномен специфічної установки й окремі засади формування та впливу процесу адаптації опитуваного на поліграфі як нової «соціальної установки», з якою особа стикається вперше. Це важливо з позиції того, щоб така адаптація особи не вплинула на результативність виконання тестування її на поліграфі. Тобто, щоб емоції особи на запропоновані поліграфологом стимули (питання) мали чітке вираження і поліграф їх міг зафіксувати та відобразити у вигляді кривих на поліграмах. Зазначимо, що виходячи з наукових обґрунтувань вчених-психологів «соціальна установка» розглядається як соціально-психологічна, до складу якої входять:

- психологічний стан схильності суб'єкта до певної активності у певній ситуації;
- готовність і внутрішня схильність особи діяти певним чином у заданому напрямі;
- зовнішня скерованість і схильність особи діяти під її впливом [2, с. 152].

Хоча зарубіжні науковці-психологи дещо по-іншому трактують поняття «соціальної установки», як:

- свідоме ставлення особи до будь-якого факту;
- готовність особи відповісти певним способом на стимул (об'єкт, поняття або ситуацію);
- використання манери, поведінки, позиції, способу дії і тактики діяти в конкретній ситуації;
- позитивна чи негативна оціночна реакція на що-небудь або на кого-небудь, яка виражається в думках, почуттях і цілеспрямованій поведінці особи [3, с. 248–249].

Ми ж переконані, що «соціальна установка» має розглядатися як дослідження психофізіологічних механізмів

приспосовування організму особи до передбачуваної ситуації, вибірковості та спрямованості психічних процесів, а також механізмів неусвідомлюваної регуляції діяльності особистості в конкретній ситуації. Отже, у процесі виконання опитування (тестування) особи на поліграфі «соціальну установку» слід розглядати:

по-перше, як внутрішню готовність особи потенційного опитуваного на поліграфі, діяти певним способом під час виконання цього психофізіологічного дослідження;

по-друге, як певне налаштування особи (з точки зору психологічного стану – власне емоції) щодо самої процедури виконання перевірки (тестування) на поліграфі, а також – до поліграфолога [4, с. 230–231].

Ще одним елементом соціально-психологічного розвитку слугує адаптація як механізм пристосовування. Вона є важливою для організму людини, оскільки дає змогу не тільки переносити різні зміни в навколишньому середовищі, а й активно перебудовувати свої фізіологічні функції й поведінку відповідно до цих змін, іноді навіть випереджаючи їх. Адаптація формується в процесі еволюції і спрямована на збереження сталості її внутрішнього середовища (гомеостазу). Взаємопов'язаність між собою цих двох елементів формують і визначають функціональний стан організму людини, забезпечують його пристосовування до фізичних, емоційних та інших навантажень. З позиції наукових досліджень адаптацію поділяють на специфічну та неспецифічну. Перша забезпечує зміни в організмі, спрямовані на усунення або послаблення дії несприятливого фактора, а друга – виокремлює активізацію різноманітних захисних систем організму людини. Тому, під час проведення психофізіологічного дослідження особи на поліграфі специфічна адаптація викликати зміни в суб'єктивному ставленні в опитуваного як до сприятливого фактору, який допоможе встановити обставини, що були предметом дослідження, а неспецифічна – забезпечуватиме активізацію захисних систем її організму, пов'язаних із протіканням певних фізіологічних процесів. До таких фізіологічних процесів емоційного реагування особи відносять вегетативно-соматичні, біохімічні та інші процеси.

Успіх означених вище установок опитуваної особи на поліграфі залежатиме від уміння поліграфолога побудувати нову

установку або ж зруйнувати ту, яка сформувалася самостійно у кандидата на опитування (тестування) до початку виконання цього специфічного дослідження. Невміння поліграфолога грамотно використовувати знання психодіагностики, як галузі психології, може сформувати у нього неправильне уявлення про особу, що добровільно виявила бажання пройти дослідження на поліграфі, а це в кінцевому результаті вплине на якість виконання замовленого ініціюючою стороною такого дослідження.

Список використаних джерел

1. Станіславський С. В. Місце психодіагностичного методу в оцінюванні ефективності навчального процесу / С. В. Станіславський // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – 2005. – Т. VII, вип. 5. – С. 309–315.
2. Борисова О. А. Проблема формирования социально-психологической установки как фактора адаптации испытуемого в ситуации ОИП / О. А. Борисова // Материалы международной научно-практической конференции (2-4 дек. 2008 г.). – М., 2009. – С. 150-154.
3. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб. : Питер, 2002. – 748 с.
4. Мотлях О. І. Поліграф: наукова природа походження, нормативно-правове регулювання та допустимі межі застосування : [моногр.] / О. І. Мотлях. – К. : Освіта України, 2012. – 394 с.

Балабанова Л.М., професор ХНУВС,
доктор психологічних наук, професор;
Жданова І.В., доцент ХНУВС,
кандидат психологічних наук, доцент

РОЛЬ ОБРАЗІВ ПСИХІЧНОГО СТАНУ В РОЗРОБЦІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ

Сьогодні в екстремальній та кризовій психології спостерігається розвиток такого важливого напрямку як оволодіння індивідом методами психологічної самопомоги для подолання процесів соціально- психологічної дезадаптації. Загальновідомо, що саме вони є основним механізмом

формування психологічних та психосоматичних розладів у стресових ситуаціях. Пізнання природи і закономірностей розвитку негативних психічних станів, які лежать в основі соціально-психологічної дезадаптації осіб, які перебували в зоні антитерористичної операції (АТО) є надзвичайно актуальним завданням, оскільки це закладає основу розробки методів та прийомів формування, підтримки і збереження керованих, адаптивних, емоційно стійких станів у учасників цих надзвичайних подій. За даними дослідників стан учасників антитерористичних операцій має характерні особливості, які полягають у формуванні сталих образів негативного психічного стану, що існують у свідомості людини. Це, насамперед, дратівливість та поганий настрій, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, відчуття небезпеки, які викликають сильну втому і нестачу енергії. Не викликає сумніву, що на перших етапах психологічної допомоги учасники АТО потребують участі кваліфікованих психологів для корекції їх негативних станів. Але в подальшій психокорекційній та психотерапевтичній роботі зусилля психологів, на наш погляд, повинні бути спрямовані на допомогу людині в оволодінні засобами когнітивної, емоційної та поведінкової саморегуляції з метою опанування постравматичними стресовими розладами та подолання соціально-психологічної дезадаптації.

Проблемі вивчення психічної регуляції присвячено досить багато робіт як вітчизняних, так і закордонних авторів таких як: Л.Г. Дика, А.С.Кузнецова, В.І Моросанова, О.К. Осницький, І.Б. Ковальова, М.С.Корольчук та інші. Однак у сучасних реаліях життя та професійної діяльності виникає потреба у пошуку нових наукових розробок та впровадження організаційних програм групової та індивідуальної роботи. На наш погляд, ці програми повинні бути спрямовані, у першу чергу, на усвідомлення важливості опанування такими формами саморегуляції, які направлені на декомпозицію перцептивно-рефлексивних, стильових, функціональних та емоційно-вольових елементів, які формують сталий образ негативного психічного стану. Перцептивно-когнітивні образні механізми регуляції поведінки учасників АТО поєднують в собі специфічну форму відображення, на основі якої і формується внутрішня модель регуляції дій, яка в мирних умовах життєдіяльності є

дезадаптивною. Образ психічного стану має власну структуру, а його зміст являє собою результат відображення накопиченого досвіду переживання актуального стану за різних обставин, ситуацій і подій, у яких перебував суб'єкт. Компоненти образу психічного стану учасника АТО, перш за все, пов'язані з його враженнями, рефлексивними процесами, травматичними переживаннями, які фіксуються свідомістю у певному сполученні. Одночасно у пам'яті суб'єкта існує образ себе у певних ситуаціях минулого і за аналогією – образ бажаного майбутнього, який визначає напрям та актуальну динаміку психічної активності особистості. За даними Л.Г.Дикої, образ психічного стану виконує особливу роль у регуляторному процесі, оскільки в ньому представлені різні рівні відображення людиною свого стану, а також відображення діяльності з саморегуляції цього стану [1]. В структурі образу можна виділити квазіперцептивний (образ у вузькому сенсі слова), психофізіологічний (соматичний), семантичний (інтерпретація образу) та рефлексивний образ, які забезпечують ряд властивостей, притаманних перцептивному образу оточуючого світу, таких як цілісність, інтегральність та процесуальність [2]. На відміну від предметного образу образ психічного стану може розглядатись як структура, в якій воедино злиті знання, переживання і відношення. Знання розкриваються через консолідацію внутрішніх відчуттів і суб'єктивного досвіду, переживання пов'язані з усвідомленістю та рефлексивністю, а відношення виражають залежність образу стану від ситуації його виникнення та впливу на регуляторні процеси життєдіяльності суб'єкта. За даними, отриманими у дослідженнях О.О.Прохорова, типові картини образів психічного стану в найбільшій мірі залежать від соціального інтелекту, «інтроверсії-екстраверсії», «емоційної стабільності-нестабільності», «підлеглості-домінантності». Що стосується типової картини стану тривоги, то в часовій характеристиці «тривога в минулому» має тісні кореляційні зв'язки з такими особистісними якостями як «низька-висока нормативність поведінки», «розслабленість-напруженість» та нейротизм. Образ тривоги в сьогоденні має найбільш тісні зв'язки з такими параметрами як «розслабленість-напруженість» і нейротизм [3].

Враховуючи вищенаведене, відмітимо основні позиції, які необхідно враховувати при розробці методів та прийомів саморегуляції психічних станів учасниками АТО. До таких можна віднести: а) у межах когнітивної складової – усвідомлення інтероцептивних сигналів, що ідуть із внутрішнього середовища організму, на основі яких формується психофізіологічний рівень образу психічного стану; б) у межах емоційного компоненту – візуалізацію позитивних образів та станів; в) у межах поведінкового, дієвого компоненту – прийоми м'язової релаксації, моторну та рухову активність.

Список використаних джерел

1. Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека. – М.: Институт психологии РАН, 2003. – 318 с.
2. Дикая Л.Г. Регулирующая роль образа функционального состояния в экстремальных условиях деятельности / Л.Г. Дикая, В.В.Семикин // Психологический журнал. – 1991. – Т. 12, №1. – С. 55–65.
3. Прохоров А.О. Образ психического состояния: феноменологические особенности и личностные корреляты / О.О.Прохоров // Психологические исследования. – 2011. – № 3(17). – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3-17/494-prokhorov17>.

Богучарова О.І., професор кафедри соціальної психології та психології управління ДНУ імені Олеся Гончара, доктор психологічних наук;

Волков Д.С., декан факультета психології ДНУ імені Олеся Гончара, кандидат психологічних наук, доцент

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА КОМБАТАНТАМ ВАРТОВИМ

Одним з ключових елементів бойових дій на Сході є утримання підконтрольної Україні території в існуючих межах. Мовою службово-бойових завдань це означає виокремлення серед широкого кола функціональних обов'язків військових формувань саме завдання несення вартової служби

комбатантами на блокпостах – військовослужбовців спеціальних підрозділів МВС України, бійців Національної гвардії (НГ), особового складу Збройних сил України (ЗСУ). Нормативні документи ЗСУ, якими скеровується виконання цього службово-бойового завдання, детально розписують схему дій військовослужбовців при несенні вартової служби, проте не визначають психологічну «ціну» цих дій, тривалість, травмонебезпечність, наявність безповоротних втрат. У практиці військового управління країн НАТО у таких випадках використовуються стандарт управління «людськими ресурсами» (STANAG 2508 – це Об'єднана Спільна Доктрина Психологічних Операцій), зокрема «польові настанови родині» (Field Manual FM: FM 21–76 – Psychology of survival) та блок психологічних порад лідерам (FM 22–100 – Army Leadership: Competent, Confident and Agile). В українському військовому стандарті, в документах МВС, у науковій літературі є аналогічні документи, зокрема щодо змісту інформаційної безпеки, медичної допомоги, виконання службово-бойових завдань комбатантами.

Несення вартової служби на блокпостах комбатантами, з одного боку, начебто нескладна справа, оскільки варта виконується спеціальним озброєним підрозділом, спорядженим для виконання бойового завдання з метою охорони та оборони військових об'єктів, що є досить типовим не лише для бойових, а й мирних умов. З іншого – несення вартової служби в бойових умовах перетворюється на вкрай складне службово-бойове завдання, оскільки саме вартовий – це той, хто, стає першим «об'єктом» ворожих посягань. Потрібно ураховувати й специфіку гібридної війни, що припускає залучення жінок, підлітків, осіб похилого віку, натовпу до виконання «дрібних» військових завдань. Зважаючи на це, ми пропонуємо такі напрями психологічної допомоги (ПД) бійцям вартовим: зовнішній і внутрішній. *Зовнішній напрям* ПД. Це дислокація, логістика, комплектація блокпостів. Головне – створення безпекового середовища не лише в межах безпосередньо огороженої для людей і транспортних засобів території, а й моніторинг прилеглої території, підходів, надійність огороження, захищеність відповідних служб – кімнати відпочинку, або психологічної допомоги, медчастини, представництв МНС та ін. Звісно, це зона відповідальності

вищого військового керівництва, але про це постійно мають дбати командири блокпостів. Звідти відбір начальницького складу має нарешті стати психологічно змістовним (за даними нашого опитування, найбільші нарікання викликає саме дії командирів блокпостів). Лідер-командир має бути знайомий з місцевістю дислокації блокпоста, швидко налагоджувати мережу місцевих жителів, волонтерів й притому дбати про матзабезпечення кожного вартового. Має сенс питання: про яку психологічну допомогу йдеться при прорахунках в організації життєдіяльності блокпоста: невдалий вибір дислокації, відсутній саперно-артилерійський моніторинг, пошкоджена інформаційно-технічна комп'ютерна мережа, не забезпечено санітарні й побутові умови? Тому доцільні дії міждисциплінарних команд. *Внутрішній напрям* ПД. Це комбатанти як спец група виконання службово-бойового завдання. Головне – соціально-психологічні та психологічні чинники озброєного підрозділу варти та лідера-командира. Щодо лідерства. Командир має бути емоційно урівноваженим, йому притаманні властивості самовладання, терпіння, стриманість, самоконтроль; має оволодіти методами «вхідного» та «вихідного» контролю прибулої нової варти; здатний сформувати з окремих комбатантів особливу єдність «МИ», бійці якої знаходяться у тісному контакті та беззастережно довіряють один одному. Звідси ще одне важливе завдання ПД – формування *психологічної безпеки* як встановлення довірливих стосунків у підрозділі. Окремо про змінюваність варти. Психологи встановили, що в умовах бойових дій комбатанти можуть ефективно працювати не більше 45 діб, тому потрібно оновлення складу, принаймні тими ж бійцями, але за умов їхнього психологічного «відпочинку», реабілітації. Після бойового чергування, особливо у разі виникнення нештатної ситуації має бути організований комплекс заходів щодо психологічного і психофізіологічного відновлення вартових – тренінг й активна нервова-психологічна релаксація із засобами наочності (відео, аудіо та ін.). Тобто головне – підтримання пильності, спостережливості, організованості, позитивного психічного стану у всіх бійців блокпоста з одночасним максимальним наближенням умов варти до оптимальних.

Внутрішній напрям ПД щодо комбатантів блокпоста як окремої особистості. Службова діяльність комбатантів, також, як й працівників органів внутрішніх справ, які теж сьогодні несуть варту на блокпостах, немислима без комунікативних зв'язків. Спілкування виконує роль регулятора взаємин між комбатантами і тими громадянами, які перетинають кордон блокпоста, тому важливо вміти встановлювати психологічний контакт з усіма. При спілкуванні, однак, мають вирішуватися службові задачі і цілком природно, що від умінь вчасно побачити в іншій людині друга або ворога залежить життя бійця. Тому метою внутрішнього ПД є збереження життя бійця й підтримання відчуття внутрішнього комфорту бійця, що базуються не лише на застосуванні зброї, а й вмінні бійців миттєво реагувати на зміну обстановки. Для цього доцільне використання психологічних технік, яким потрібно навчати бійців, таких як: «інвентаризація» – суцільний огляд людини, речей, місцевості; «прискіпливе рівняння» як порівняння вербальних і невербальних дій опонента (жести і міміка, пантоміміка); «маскування» намірів як навички рольової поведінки бійця щодо перевірки певної людини або транспортного засобу; «злам» психологічних бар'єрів бійцями як «розтоплення» станів боязкості вступати в контакт з комбатантами, невірним тлумачення їх намірів, недовірою до їх дій, «коридорі спостережливості й пильності» – «криголам»-комбатант, що розсіює кригу недовіри, діє в бойовому тунелі безперервно; «відлига» як скерований самим бійцем спад напруження; методи саморегуляція як зняття фрустрації, монотонії, стомлення (індивідуальна перевага технік).

Отже, у гібридній війни на Сході явне недостатньо представлений компонент психологічного забезпечення та управління «людськими ресурсами», зокрема в частині виконання службово-бойових завдань на блокпостах при несенні варті. Тому доцільне широке залучення міждисциплінарних команд, які мають допомогти облаштувати життя бійців на блокпостах, урахувавши особливості життєдіяльності як самого блокпоста як надійної фортеці, так й бійців-комбатантів.

Неганов В.В., голова громадської організації «Міський рух на захист прав громадян «Народний Контроль»

ОГЛЯД СУЧАСНОГО СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО

Зазвичай, потреба у втручанні психологів для надання допомоги військовослужбовцям виникає у зв'язку з наслідками невдалих військових операцій, тривалим терміном перебування в зоні бойових дій без ротації, надзвичайними подіями, негативною соціальною динамікою в підрозділах. Змістом психологічного забезпечення діяльності військових підрозділів є формування та відновлення у особового складу здатності переносити великі нервові навантаження, зберігати боєздатність в обстановці, яка передбачає наявність будь яких психотравмуючих чинників.

Штатним розписом у підрозділах Збройних сил та Нацгвардії України для забезпечення психологічної допомоги передбачена посада офіцера психолог по роботі з особовим складом. У 2015 році лише 2 ВНЗ в Україні здійснювали навчання абітурієнтів із спеціалізацією військового психологу. Київський національний університет ім. Т. Шевченка та Національна академія Національної гвардії України. При чому за державним замовленням КНУ ім. Т. Шевченка було передбачено лише 30 місць для навчання таких фахівців. У наступному 2016–2017 рр. для КНУ ім. Т. Шевченка передбачено вже 203 вакансії для навчання таких фахівців за державним замовленням. Проте спеціалістів військових психологів, які мають практичний досвід роботи надання відповідної допомоги військовослужбовцям у зоні проведення АТО вкрай недостатньо, у тому числі серед викладачів у зазначених навчальних закладах.

Починаючи з 2014 року, саме інститути громадянського суспільства прийшли на допомогу державі та Збройним силам України у питаннях надання практичної психологічної допомоги військовослужбовцям та методичної допомоги при навчанні фахівців військових психологів у спеціалізованих вишах.

Серед громадських волонтерських організацій, які займаються наданням психологічної допомоги військовослужбовцям АТО та здійснюють підготовку спеціалістів в галузі кризових інтервенцій, наданні першої психологічної допомоги, варто відмітити ГО «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій» (ГО УАФПНПП) (<http://psyservice.org>), яка активно працює з 2014 року та об'єднує близько 500 психологів волонтерів, що приймають участь в проєктах асоціації у всіх регіонах України.

У 2014 року цю організацію було прийнято в члени міжнародної організації «Європейська Спільнота з Вивчення Травматичного Стресу (ESTSS)».

3 липня по грудень 2014 року за спонсорської підтримки Канадсько-Української Фундації у співробітництві з Соціально-психологічним центром Збройних Сил України був реалізований проєкт «Створення груп швидкого реагування з запобігання наслідків психотравмуючих подій в місцях конфліктів та надзвичайних ситуацій». За результатами психотерапевтами та волонтерами було здійснено 49 виїздів до зони проведення АТО, 32 – до місць постійної дислокації, надано кризову та психоосвітню психологічну допомогу більш ніж 2500 військовослужбовцям та цивільним громадянам. Також проведено більш ніж 40 навчальних заходів для психологів, волонтерів, підвищена обізнаність з кризової психологічної допомоги, травмафокусованої психотерапії більш ніж 400 психологів, інших фахівців та волонтерів.

У 2015 році ГО УАФПНПП було проведено цілий ряд семінарів та навчальних проєктів з питань надання психологічної допомоги військовослужбовцям АТО.

У травні 2015, в рамках проєкту «Соціальна, професійна адаптація та психологічна реабілітація» відбулося 20 круглих столів та навчальних семінарів у всіх районах Київщини в ході яких спеціалісти-психологи ГО УАФПНПП, які пройшли навчання у експертів з Ізраїлю, Канади та США ділилися своїми навичками та професійним досвідом з питань психологічної реабілітації. За наслідками виконання проєкту відповідне навчання пройшло 500 державних службовців Київської області, соціальні та медичні працівники, громадські активісти та психологи служб допомоги Київської області, на яких держава

поклала обов'язок щодо соціальної адаптації військових, які повернулися з зони бойових дій та членів їх сімей. Проект, за словами самих реципієнтів, став координаційним майданчиком, на якому можуть взаємодіяти державні службовці із різних структур.

У червні 2015 у м. Києві був проведений спільний семінар Української спілки психотерапевтів, European Association for Gestalt Therapy та ГО УАФПНПП на тему роботи з травмами в гештальті. Були залучені іноземні тренери Diter Bongers (Швейцарія) та Ivana Vidakovic (Сербія), які надали методичну допомогу 25 українським спеціалістам волонтерам.

У рамках впровадження в Україні нової військово-медичної доктрини та діяльності гуманітарної ініціативи Світового Конгресу Українців «Захист Патріотів», у партнерстві з ГО УАФПНПП впроваджено навчання з тактичної медицини «Курси бійця-рятувальника» та «Перша психологічна допомога» для курсантів та офіцерів вищих навчальних закладів Міністерства оборони України. У 2015 році розпочато проект з навчання Першої Психологічної Допомоги для слухачів офіцерських курсів Національного університету оборони України імені Івана Черняховського.

Як зазначають практикуючі психологи волонтери – основними організаційними проблемами у їх роботі є неможливість отримати значні гранти від міжнародних організацій (через військове спрямування навчальних програм) з одного боку, та обмеженість вакансій офіцерів по роботі з особовим складом у Збройних силах з іншого.

Таким чином перспективними напрямками поліпшення організації психологічної допомоги військовослужбовцям з боку держави є забезпечення збільшення державного замовлення військових психологів у державних вишах, включення до штату викладачів у державних вишах – спеціалістів з наданням практичної психологічної допомоги та зміну кадрової політики у Збройних силах України стосовно залучення на позиції офіцерів психологів по роботі з особовим складом волонтерів, які мають практичний досвід надання психологічної допомоги військовослужбовцям в зоні проведення АТО.

Агаєв Н.А., директор НДЦ гуманітарних проблем ЗСУ, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник;

Пішко І.О., начальник науково-дослідної лабораторії НДЦ гуманітарних проблем ЗСУ

ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АТО

У багатьох військовослужбовців участь у антитерористичній операції, унаслідок дії комплексу чинників бойової обстановки, призводить до виникнення різноманітних негативних психічних станів. Це зумовлює необхідність розробки ефективної системи медико-психологічної реабілітації цих військовослужбовців з метою як якнайповнішого відновлення в них військово-професійних кондицій, так й і адаптації до цивільного життя після демобілізації. Одним із важливих передумов такої реабілітації є кількісне та якісне вивчення особливостей вияву у військовослужбовців негативних психічних станів, а також визначення методичного інструментарію та критеріїв їх діагностики.

Наші дослідження 2014 р., які проводилися через відносно нетривалий час після початку АТО показали, що вияв негативних психічних станів у військовослужбовців, які готувалися до відправки в зону АТО, у першу чергу, відобразився у порівняному зниженні показників самооцінки психофізіологічного стану («самопочуття» та «активності»). У військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій вияв різних негативних психічних станів є досить асинхронним. Зокрема, депресивні тенденції, підвищення тривожності, зниження рівня самооцінки різних параметрів психофізіологічного стану ще не набули відчутного прояву. Однак, у цих дослідженнях взяли участь військовослужбовці після відносно нетривалого перебування в зоні АТО. І нами прогнозувалося, що триваліший час перебування у цій зоні має спричинити більш виражені вияви негативних психічних станів.

Нижче ми викладемо результати наших емпіричних досліджень, що характеризують особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО.

Дослідження проводилися у 3 етапи впродовж лютого-червня 2015 р. у військових підрозділах і частинах сектору «М». В них взяли участь 378 військовослужбовців-чоловіків, практично всі рядового та старшинсько-сержанського складу, віком від 18 до 59 років. До складу вибірки увійшли військовослужбовці другої та третьої хвилі мобілізації, серед яких є військовослужбовці, які приймали безпосередню участь у бойових діях та ті, які виконуються завдання за призначенням в зоні проведення АТО, а також військовослужбовці четвертої хвилі, які прибули у підрозділи з навчальних центрів та участі у бойових діях ще не приймали. На момент обстеження, військовослужбовці другої та третьої хвилі мобілізації в зоні проведення АТО перебували більше 6 місяців.

Загальна кількість військовослужбовців, які приймали безпосередню участь у бойових діях і в зоні проведення АТО перебували більше 6 місяців склала 136 осіб (1-ша вибірка). 138 військовослужбовців участі у бойових діях не брали, але виконували завдання за призначенням в зоні проведення АТО від 2 до 6 місяців (2-га вибірка). Ще 104 військовослужбовці ввійшли до складу 3-ї вибірки (четверта хвиля мобілізації), які в зоні проведення АТО перебували не більше 1 місяця.

У дослідженнях використовувався такий методичний інструментарій:

1. Шкала депресії Е. Бека.
2. Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
3. Шкала оцінки впливу травматичної події.
4. Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР (В. Котеньова).
5. Експрес-опитувальник Primary Care PTSD Screen.
6. Шкала оцінки бойового досвіду.
7. Методика «Стрес-фактори».

У військовослужбовців, які приймали безпосередню участь у бойових діях, у порівнянні з тими, які участі у бойових діях не брали виявлено: 1) істотно вищий рівень вияву посттравматичного стресового розладу; 2) більший вияв різних ознак порушення психічного стану (насамперед, за ознаками «труднощі із засипанням, погіршення сну» та «сильна утомленість, нестача

енергії»); 3) вищий рівень вияву таких травмівних ознак як «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічне збудження»; 4) істотно нижчий рівень самооцінки всіх компонентів психофізіологічного стану (самопочуття, активності, настрою, працездатності, зацікавленості в участі в АТО, бажання виконувати завдання в АТО та впевненості у своїх силах).

Ознаки депресії відсутні лише у третини всіх досліджуваних військовослужбовців; 20% мають її легкий ступінь, 32% – середній і 17% – високий ступінь депресії.

Виявлено істотний негативний вплив різних стресогенних чинників, як на військовослужбовців, які приймали безпосередню участь у бойових діях і в зоні проведення АТО перебували більше 6 місяців, так і на тих, які участі у бойових діях не брали, але досить тривалий час виконували завдання в зоні проведення АТО. Найбільш стресогенними, виявилися такі чинники: «страх полону», «захоплення у полон бойових побратимів, товаришів», «події, у результаті яких постраждали честь і достоїнство», «ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності», «помилки командування», «поранення, контузії, каліцтва»; «випадки загибелі мирних громадян, побратимів», «страхітливі картини смерті, людські втрати та муки», «побоювання, страх власної загибелі», «досвід невдалих дій», «стресори морального характеру», «контакт з великою кількістю поранених».

При цьому, для військовослужбовців, які участі у бойових діях не брали істотно більш вираженим є вплив таких факторів як «ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності», «погані гігієнічні умови», «помилки командування», «стресори морального характеру», «незадоволеність у матеріальних потребах», «випадки загибелі мирних громадян, побратимів», «вигляд трупів, крові».

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці практичних засад психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у АТО, з метою як якнайповнішого відновлення в них військово-професійних кондицій, так й і адаптації до цивільного життя після демобілізації.

Литвинова Г.О., начальник відділу психологічного забезпечення управління кадрового забезпечення Департаменту патрульної поліції, кандидат психологічних наук;

Лінник А.О., інспектор з психологічного забезпечення Управління патрульної поліції у місті Києві Департаменту патрульної поліції

ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ УЧАСНИКІВ АТО В ДЕПАРТАМЕНТІ ПАТРУЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ

Проблема психологічного супроводження учасників АТО та адаптації їх до професійної діяльності є актуальною як у теоретичному, так і в практичному плані. Формування професійно активної та ефективної особистості у правоохоронній системі здійснюється досить складно і суперечливо. Комфортність існування патрульного поліцейського, який щойно повернувся із зони АТО, у новому професійному та соціальному середовищі буде залежати від успішності проходження ним всіх рівнів адаптаційного процесу. На успіх процесу адаптації в свою чергу впливають внутрішні та зовнішні фактори. Серед внутрішніх факторів можна підкреслити розвиток механізмів психологічної адаптації, індивідуально-типологічні якості особистості, стан фізичного здоров'я, ступінь психологічної зрілості та мотивацію до роботи. Серед зовнішніх – морально-психологічний клімат у сім'ї, професійному середовищі, матеріально-економічний стан особистості та країни в цілому. Тому психічне здоров'я працівників поліції в цілому та учасників АТО зокрема, є пріоритетною задачею психологічної служби Департаменту патрульної поліції.

У лавах патрульної поліції України на час дослідження працювали 542 людини, які брали участь в антитерористичній операції на сході України.

Розглянемо соціальну складову учасників АТО, на прикладі Управління патрульної поліції м. Києва: найбільший відсоток (78%) складають патрульні віком 26 – 35 років, до 40 років – 9%, молодше 25 – 13%. Третина патрульних не має

власної сім'ї, 37% із тих, хто перебуває у шлюбі – бездітні. Психологічне дослідження агресивності за допомогою опитувальника Басса–Дарки показало, що приблизно 61% респондентів мають середній рівень й 39% – високий рівень фізичної агресії. Тобто, приблизно третина учасників АТО потребують особової уваги та психологічної підтримки.

Для якісного психологічного супроводження персоналу, який перебував в зоні АТО відділом психологічного забезпечення патрульної поліції пропонуються наступні заходи:

1. Соціально-психологічний патронаж учасників АТО та членів їх сімей.

2. Визначення у кожному управлінні патрульної поліції відповідальних на громадських засадах (із числа учасників АТО), які будуть виступати «контактними» персонами для своїх колег у питаннях, пов'язаних з участю в АТО.

3. Створення бази даних психологів, психіатрів, лікарів, регіональних центрів реабілітації тощо, які працюють з учасниками АТО з різних проблем на волонтерських засадах.

4. Проведення інформаційної кампанії серед усіх патрульних поліцейських щодо:

- ПТСР – симптоми, наслідки, шляхи подолання;
- спектру можливостей одержання допомоги наразі будь-якої потреби, номери телефонів довіри, часи консультацій психологів і т.і.

5. Проведення тренінгів націлених на підвищення стресостійкості персоналу патрульної поліції.

6. Проведення індивідуальної терапії для патрульних учасників АТО та членів їх сімей.

Системний підхід до психологічного супроводження учасників АТО – є одним з важливих напрямків у сфері психопрофілактичної роботи в Національній поліції України, що відкриває принципово нові підходи у відношенні до людини в погонах, до особистості в умовах функціонування силового відомства. Завдяки цьому можливо прискорити якісні зміни в українській поліції, привести її до сучасних світових стандартів і таким чином сприяти євроінтеграції України.

Колесніченко О.С., начальник науково-дослідної лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності НГУ НДЦ Національної академії НГУ, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник;

Пархоменко О.О., науковий співробітник науково-дослідної лабораторії службово-бойового застосування НГУ НДЦ Національної академії НГУ

МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ

Сьогодні велика увага приділялася питанням автоматизації процедур психологічного і психофізіологічного тестування – автоматизації методик та тестів. Аналіз розробок у цій галузі свідчить про те, що більшість програмних або апаратно-програмних комплексів було спрямовано на комп'ютеризацію відомих психодіагностичних методик, спочатку орієнтованих на традиційне бланкове використання. Проте, не зважаючи на поширеність цього напрямку, все одно недостатньо уваги приділяється комплексному підходу у вирішенні цієї проблеми – створенню автоматизованих методик оцінки і прогнозування психологічної готовності військовослужбовців, визначення рівня психологічної безпеки особистості, професійно-психологічному відборі, виявленню ознак ПТСР та ГСР та інші.

Для вирішення поставленої проблеми, представниками науково-дослідного центру службово-бойової діяльності Національної гвардії України був розроблений автоматизований комплекс «Психодіагностика» який містить в собі чотири змістовних блоки («Профвідбір», «Психологічна безпека особи» та «Психологічна готовність до діяльності екстремального профілю», «Посттравматичний стресовий розлад»), об'єднаних загальною оболонкою, яка розроблена виходячи із загальних принципів побудови психологічних досліджень. Вона передбачає автоматизацію процедури індивідуального та

групового тестування, автоматизацію процедури обробки результатів тестування їх збереження та захист, а також різні способи виведення результатів індивідуальних та групових тестувань залежно від завдань, що стоять перед психологом.

Створення субкомплексу «Посттравматичний стресовий розлад» було обумовлено загостренням воєнних дій на сході України. Такі події чинять негативний вплив на психіку військовослужбовців серед яких значне місце посідає посттравматичний стресовий розлад (далі ПТСР).

Цей субкомплекс здатний вирішувати одразу декілька завдань.

По-перше, дозволяє прогнозувати ймовірність розвитку ПТСР. Якщо бути абсолютно точним, то він дозволяє встановлювати поєднання особистісних рис, які роблять військовослужбовця нестійким до стресових розладів. Спираючись на ці знання, військовим психологам у частинах необхідно проводити індивідуальну та групову профілактичну роботу.

По-друге, комплекс містить методики, які дозволяють діагностувати ПТСР і ГСР, а також здійснювати ретроспективну діагностику станів військовослужбовців при виконанні тих чи інших службово-бойових завдань. Спираючись на цю інформацію доцільно проводити корекцію та реабілітацію.

Для прогнозування вірогідності розвитку ГСР і ПТСР використовуються методики, які дозволяють описати чи склався у військовослужбовця спосіб взаємодії з навколишнім світом і відповідно його стійкість до стресових ситуацій. Крім, того для розрахунку ймовірнісного рівня ГСР і ПТСР використовується і така змінна, як кількість днів в очікуваній відрядженні в АТО. Отримані таким чином характеристики дозволяють з точністю понад 70% спрогнозувати очікуваний рівень ПТСР і ГСР для військовослужбовця. Природно, що залишилися 30% залежать значною мірою від того в які конкретно стресові ситуації потрапить військовослужбовець, їх силу, тривалість – полон, загибель товаришів, поранення і т.д.

За результатами роботи психолога необхідно виділити з груп військовослужбовців у яких висока вірогідність розвитку ПТСР і ГСР. Переглянути їх показники за методиками і зрозуміти за рахунок чого у них йде підвищення ймовірності ПТСР і ГСР. І відповідно до цього будувати індивідуальну профілактичну роботу і підготовку для відряджень у АТО.

Для групової профілактичної роботи можна використовувати дані нашого дослідження, згідно з якими *підвищення ймовірності розвитку ПТСР сприяють*: підвищені показники інтернальності у сфері невдач, як основа схильності до самозвинувачень; використання заперечення і заспокійливих в якості ведучих копінг-стратегій, а також страх прояви справжніх почуттів – тобто відхід від переживання ситуації; зайва відкритість соціальному світу, вразливість.

Знижують вірогідність ПТСР: розвинена ціннісно-смилова регуляція діяльності, формування волі на основі ціннісно-смисловий сфері, просоціальна позиція військовослужбовця; здатність контролювати ситуацію спілкування, як з товаришами, так і з оточуючими, компетентність у спілкування, дипломатичність, здатність йти від конфліктних ситуацій; здатність самостійно приймати рішення; вміння в уяві програвати стресові ситуації, ситуації неспіху; впевненість у собі та своїх цінностях і в правильності своїх дій, оптимізм, вміння проявляти свої почуття.

Орієнтуючись на ці дані необхідно будувати систему підготовки військовослужбовців.

Дані по ГСР досить близькі, до перерахованого можна додати, що гострий стрес тим нижче, чим більше здатні військовослужбовці використовувати як копінг гумор, чим більше вони здатні відходити від заданого плану дій і наміченого результату, чим більше вони готові для дій в стресових умовах.

Для вирішення другого завдання використовується методика Котенєва «Визначення травматичного стресу».

Військовослужбовець може її проходити за комп'ютером, або на паперових бланках і її результати психолог перенесе в базу за допомогою «Анкет». Далі можна подивитися який рівень ПТСР і ГСР у обстежуваного і за рахунок яких показників він виходить. Виходячи з цього можна зрозуміти по яким напрямком коректувати поведінку військовослужбовця.

Що стосується загальних заходів, то їх організувати можна виходячи з даних проведеного нами дослідження. Так, проведене дослідження показало, що можна говорити про два типи протікання ПТСР. Один пов'язаний з фрустрацією ціннісної сфери і розвитку недовіри своєму оточенню. Другий тип, більш класичний для учасників бойових дій, він пов'язаний

із загостренням поведінкових реакцій пов'язаних з адаптацією до ситуацій небезпечним для життя, підвищенням агресивності, загостренням переживання почуття гордості, справедливості, які ведуть до складнощів у спілкуванні, конфліктів з оточенням і керівництвом. Для таких військовослужбовців реадaptaція повинна включати заходи щодо зниження збудження, відновленню адекватності самооцінки і оцінки ситуації, зниження агресивності відносин з соціальним оточенням, зниження конфліктності, зниження нереалістичність очікувань від майбутнього – як профілактика фрустрації в майбутньому.

Для уточнення того, переживання яких ситуацій призвело до розвитку гострого стресу і ПТСР можна використовувати методики ретроспективної діагностики психічних станів. Крім того, використання даної методики може бути використано для уточнення обставин здійснення тих чи інших вчинків.

Тобто вищезазначений програмний продукт є повним комплексом заходів, який створений для – прогнозування (як основи профілактики), діагностики (як основи корекції) та реабілітації військовослужбовців.

Таким чином, закладені в комплексі чотири змістовних субкомплексу є демонстрацією того розмаїття завдань, які можуть вирішуватися з його допомогою і, природно, вони не вичерпують всі його можливості.

Котляр Ю.В., провідний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії психологічного забезпечення ДНДІ МВС України, кандидат психологічних наук;

Кириєнко Л.А., провідний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії психологічного забезпечення ДНДІ МВС України

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Важливої уваги у комплексній системі психологічного забезпечення учасників антитерористичної операції (АТО), особливо тих, які безпосередньо залучалися до бойових дій, заслуговує питання надання їм належної психологічної

допомоги. Актуальність зазначеного безсумнівна. Зокрема, зважаючи на те, що участь у бойових діях є сильним стресовим фактором, учасники АТО зазнають найвимогливіших особистісних випробувань, проходять серйозну перевірку своїх психологічних і фізичних можливостей.

Цілком зрозуміло, що в умовах бойової обстановки людина має радикально змінитися, «перепрограмувати» себе (підвищити рівень пильності та активності, прискорити швидкість реакцій, обрати активний дієвий стиль поведінки, чітко розставити пріоритети у системі цінностей і ставленні до себе, до свого оточення та інших людей), що супроводжується такими кардинальними змінами психіки й особистості, які дозволяють вижити в екстремальних обставинах збройного зіткнення.

Проте цей комплекс надбаних адаптивних реакцій стає дезадаптивним за межами зони бойових дій. Слід підкреслити, що повернення людини, невідгодуваної до мирних умов життя, із закріпленими у психіці наслідками війни, може призвести до повторної психотравматизації. Психічна травма, викликана невідгодуванню зіткненням із цивільним суспільством, яке стало незрозумілим і чужим, може бути більш сильною, ніж бойова психічна травма.

За вказаних умов перед державою гостро постає ряд проблем, серед яких зокрема: 1) яким чином повернути до соціуму повноцінних у психологічному відношенні громадян і, водночас, захистити суспільство від їхньої можливої агресії та неконтрольованої спонтанної войовничості; 2) як уберегти учасників АТО (людей із незахищеною психікою) від травмуючого впливу мирного життя, що стало для них жорстким, і ворожого ставлення деяких громадян.

Розуміння необхідності подолання психологічних наслідків бойових дій – важлива умова попередження серйозних проблем у майбутньому. Наприклад, у США розроблена стратегія організованого психологічного повернення учасників війни до мирного суспільства: після виведення з театру бойових дій американські солдати впродовж 90 днів проходять реабілітацію у так званих таборах построзгортання (*«Demobilization and Reintegration camp»*). Слід зазначити, що свого часу і у збройних силах нашої держави також проводилися реадaptaційні заходи з військовими моряками

після їх повернення з тривалих рейдів (хоча такі заходи практично не містили психологічного аспекту).

Важливо відмітити, що сьогодні у вітчизняній психології наявні підстави для розробки теоретичної бази соціально-психологічної реадaptaції – спеціального організованого тривалого періоду комплексних заходів, що забезпечують «перехід» учасників АТО з військового на мирний режим функціонування та поступового, обережного («щадного») включення їх до системи соціальних відносин мирного часу, в тому числі з використанням можливостей санаторно-курортних закладів та за підтримки волонтерських і ветеранських організацій.

За сучасними уявленнями, **соціально-психологічна реадaptaція** учасників АТО включає: 1) спеціальний період життєдіяльності бойових частин (підрозділів), своєрідний «психологічний карантин»; 2) створення реадaptaційного середовища у частині (підрозділі) та родині; 3) виявлення осіб з ознаками хронічного чи посттравматичного стресу, особистісної кризи і проведення з ними заходів психологічної реабілітації.

«Психологічний карантин» включає: 1) переосмислення, структурування травматичного та посттравматичного бойового досвіду, відреагування травматичних ситуацій; 2) задоволення специфічних потреб (зокрема аналіз бойових дій, за можливості – позитивна оцінка внеску кожного у вирішення бойових завдань); 3) психологічну підготовку до типових психотравматогенних ситуацій мирного життя; 4) поступове переведення психіки з «військового» на «мирний» режим функціонування (зміна рівня пильності, психологічної готовності, реактивності тощо); 5) зниження бойової напруженості («втягнення» у динамічну, немонотонну і нескладну повсякденну діяльність); 6) виявлення осіб, які отримали бойові психічні травми, і надання їм психологічної допомоги; 7) поетапне залучення «невоєнізованих» людей до контактів з учасниками АТО, які проходять реадaptaцію.

Створення реадaptaційного середовища передбачає: 1) забезпечення особливих потреб (гідну зустріч учасників у місцях постійної дислокації їхніх підрозділів, за місцем проживання; публічне визнання соціальної значущості їх участі у бойових діях; визнання їх нового, більш високого соціального статусу; розуміння особливостей психічних реакцій, поведінки,

цінностей тощо); 2) когнітивно-сміслову переробку травматичної інформації та відреагування травматичних ситуацій (наприклад, шляхом залучення до активної громадської роботи); 3) створення системи соціально-психологічної підтримки (сприятлива психологічна атмосфера у родині, колективі; раннє виявлення, швидке і позитивне вирішення міжособистісних конфліктів; забезпечення можливостей для неслужбового спілкування і взаємодії між учасниками); 4) поступове «стирання соціальної стратифікації» за критерієм участі у бойових діях.

Щодо виявлення ознак психотравматичного стресу, особистісної кризи – варто відмітити, що наявна картина представлена широким спектром різних за структурою та виразністю проявів – від психологічно зрозумілих реакцій і передхворобливих станів до клінічно окреслених (виражених форм патології), серед яких переважають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА). Вивчення поширеності ПТСР свідчить, що жодний випадок важкої психотравми не залишається без негативних наслідків: мають місце порушення психічного здоров'я або у вигляді повного варіанта ПТСР (56%), або його окремих ознак (44%). Психічні розлади, які виникають внаслідок бойових дій, характеризуються особливо тяжкими та стійкими проявами, складними психопатологічними порушеннями, а тому, безумовно, потребують істотних змін у наявних підходах корегування, що має знайти своє відображення у нових стандартах надання медичної, психологічної та психіатричної допомоги учасникам АТО (насамперед, стосовно діагностики, лікування та профілактики різноманітних психічних розладів і порушень).

У контексті зазначеного доцільно зауважити, що наявні методи та процедури потребують уточнення, оптимізації та вдосконалення. Крім того, очевидно, що виключно медикаментозне лікування має низьку ефективність, а також призводить до катастрофічного поширення серед учасників АТО різного роду «психіатричних наркотиків», що послаблюють моторні навички, уповільнюють час реакції, спричиняють загальмованість. Саме тому фахівці прагнуть перейти від надмірного використання медикаментозних препаратів до психотехнологій (з акцентом на формуванні

психологічної стійкості, роботі з образом і сенсом психотравми, а не її симптоматикою). Для цього ведуться наукові розробки з використання у реабілітаційній роботі систем віртуальної реальності, сучасних персональних засобів електронної комунікації тощо.

Усе викладене вище гостро ставить питання про необхідність забезпечення належного рівня психологічної допомоги учасникам АТО, яка переважно полягає у налагодженні системи організованого, скоординованого, керованого психологічного повернення їх до мирного життя. Водночас це підтверджує важливість відповідної організації та реалізації медико-психологічних і соціальних заходів як профілактичного, так і реабілітаційного спрямування, що потребує об'єднання зусиль різноманітних фахівців соціономічних професій для проведення досліджень, спрямованих на уточнення психологічної специфіки бойової реальності й психологічних наслідків збройних конфліктів, а також методів їх виявлення та корекції.

Остапович В.П., заступник завідувача науково-дослідної лабораторії психологічного забезпечення ДНДІ МВС України, кандидат юридичних наук;

Пампура І.І., старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії психологічного забезпечення ДНДІ МВС України

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Проблема соціально-психологічної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях (чи збройних конфліктах), збереження їх здоров'я і працездатності нині стає надзвичайно актуальною, зважаючи на масштабність, тривалість негативних наслідків не тільки для кожного учасника, а й для країни загалом.

Найбільшої деструктивної шкоди завдає, насамперед, довгочасне перебування людини у специфічних стресових умовах бойової обстановки, що, зрештою, призводить до серйозної психотравматизації. Для того, щоб вижити за таких

обставин, психіка людини має пристосуватися, переналаштуватися на мобілізаційний інтенсивний режим, який, до речі, доволі виснажливий. І саме тому можливість витримувати надмірні навантаження впродовж тривалого часу зумовлена, насамперед, стресостійкістю, ресурсом витривалості, запасом міцності, що (цілком зрозуміло) небезмежний. Як наслідок – знесилення, виснаження, дисбаланс психофізіологічного стану, дезадаптація, руйнація напрацьованих алгоритмів дій, паттерну поведінки загалом, аж до психічних порушень і розладів, інколи незворотніх... Відповідно, учасники бойових дій потребують своєчасної належної психологічної допомоги, основу якої становить медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація.

Розкриваючи сутність поняття «реабілітація», більшість дослідників мають на увазі систему державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження тимчасової чи стійкої втрати працездатності і на швидке повернення людини до нормального повноцінного життя.

При створенні *системи соціально-психологічної реабілітації та адаптації* осіб, які брали участь у бойових діях, необхідно враховувати, передусім, відновлювальний характер адаптаційного періоду для цієї категорії населення, коли відбувається подолання наслідків бойової обстановки і відновлення втрачених соціальних зв'язків.

Соціально-психологічна реабілітація та адаптація, як комплекс заходів, має спрямовуватись на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї та дієздатності, що передбачає не лише нормалізацію стану та здатності до життєдіяльності у цивільному соціальному середовищі, але й відтворення самого соціального середовища, умов життя, порушених або обмежених з якихось причин. Саме тому основною метою соціальної реабілітації є забезпечення соціалізації особи і відновлення її до колишнього рівня, причому мова йде не лише про здоров'я, а й про соціальний статус, морально-психологічну рівновагу та упевненість у собі. Найважливішими завданнями соціальної реабілітації учасників бойових дій є забезпечення їх соціальних гарантій і пільг,

надання правового захисту, а також формування стосовно них позитивної громадської думки.

Етапність, комплексність, послідовність диференційованість і безперервність – становлять головні принципи проведення реабілітаційних заходів. А основними напрямками такої роботи, відповідно, слід визначити медичну і психологічну реабілітацію, а також соціальну адаптацію.

Під *психологічною реабілітацією* осіб, які брали участь у бойових діях, а тим більше осіб, що отримали травми і поранення при виконанні професійних обов'язків, слід розуміти систему медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації й оптимізації професійно важливих якостей цих осіб.

Основними проблемами учасників бойових дій є страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%). До їх поведінкових особливостей відносяться конфліктність у сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками.

Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються яскраві сні бойових ситуацій, що повторюються, і нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями.

До інших психічних проявів, притаманних учасникам бойових дій, можна віднести стан песимізму, відчуття покинутості, непотрібності; недовіра до людей, втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нездатності впливати на хід подій; потреба мати при собі зброю; негативне ставлення до представників влади; прагнення справедливості; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що там відбувалося. Усі ці прояви, слід враховувати при організації реабілітаційних заходів із учасниками бойових дій.

Певної реабілітаційної психологічної допомоги потребують і батьки та члени сімей учасників бойових дій, які також зазнають психотравмуючого впливу ситуації, що склалася, будучи не спроможними вплинути на перебіг подій і тільки чекаючи повернення близької для них людини.

Враховуючи вимоги сьогодення та інтереси суспільства, на нашу думку, слід невідкладно активізувати розробку і втілення заходів соціальної, психологічної та медичної реабілітації учасників бойових дій. Необхідно створювати організаційні структури (передусім державного рівня), які мають безпосередньо сприяти у вирішенні проблем учасників бойових дій; допомагати вже існуючим організаціям ветеранів бойових дій та розробити комплексну програму психологічного забезпечення та реабілітаційних заходів для цієї категорії населення.

Отже, практика свідчить, що успішна медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій потребує проведення з ними цілого комплексу відповідних заходів реабілітації. Адже якщо медична реабілітація відновлює втрачені функції та властивості організму людини, то соціальна адаптація і психологічна допомога покликані забезпечити нормальне існування особистості у соціумі та попередити її деградацію. На жаль, заходи, що реалізуються сьогодні в українському суспільстві щодо реабілітації учасників бойових дій не набули системного характеру. Результатом цього є відсутність належного соціального захисту цієї категорії осіб (правового, економічного, медичного, психологічного і т. ін.), що породжує незадоволення їх своїм становищем у суспільстві. Загалом, недостатньо ефективні результати невдалої медико-психологічної реабілітації багатьох учасників бойових дій під час їх адаптації до умов мирного життя, доводять актуальність цієї проблеми.

Варлакова Є.О., завідувач наукової лабораторії з проблем психологічного забезпечення ННІ № 4 НАВС, кандидат психологічних наук

РОЛЬ І МІСЦЕ РОДИН В АДАПТАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО

Не зважаючи на значний зарубіжний та вітчизняний досвід реабілітації учасників бойових дій, так чи інакше, кожен психолог все ж доходить до думки, що не в змозі повністю реабілітувати бійців, якщо їх рідні й близькі неконструктивно реагують на наслідки травматизації останніх. У зв'язку з цим

всім родинам учасників АТО варто взяти до уваги наступні 8 правил, яких потрібно дотримуватись у взаєминах з бійцями:

1. Не забороняти їм переживати. У зоні бойових дій частина мозку, яка відповідає за мислення, у людини блокується. Тому при поверненні учасник АТО не може одразу почати вирішувати якісь побутові питання чи аналізувати свій психологічний стан. Він переживає минуле і проектує його на теперішнє, при цьому боїться «flashbacks» (раптових спогадів про війну), у нього – порушений сон, він не може сконцентруватися, має бажання спати в одязі, вскакує уві сні. Рідні солдата мають знати, що це природна реакція на ті навантаження, які відчуває його психіка. Завдання рідних – не забороняти йому вкотре переживати цей період.

2. Упереджати спогади. Варто максимально попереджувати хворобливі спогади, перебивати запахи, не демонструвати травматичні картини, а краще спрямувати його увагу на позитивні емоції, наприклад, вкласти у його портмоне щасливе фото сім'ї. Але потрібно бути готовим до того, що боєць може змінити фото сім'ї на фото побратимів із зони АТО, адже саме вони захищали його від ворожої кулі. І саме вони будуть якийсь час сприйматися ним як найголовніші та близькі люди. Тому в такій ситуації потрібно перечекати і не докоряти. А якщо боєць матиме бажання щодня їздити на могилу до побратима – дозволяти йому це робити.

3. Створювати атмосферу спокою. Оскільки наше суспільство не мілітаризоване, тому участь в АТО для більшості українців – це щось надзвичайне, адже навіть теоретично вони не були готові до того, що їм доведеться бачити смерть. Тому допомогти душевно їм можна, забезпечивши безмежну любов, відчуття тилу, смачну їжу та теплу постіль. Потрібно занурити солдата в атмосферу домашньої стабільності, бо без цього навіть психологи будуть безсилі.

4. Не розпитувати першими. Родичам варто і самим мати на увазі, і попередити всіх друзів-сусідів: жодних «брифінгів» на тему «Як там в зоні АТО?». Розпитувати бійця ні про що не треба. Рано чи пізно заговорить сам. І тоді варто розпитати його не про те, як все відбувалося, а про почуття. Родину має цікавити що він відчував у той момент та що відчуває зараз. Це допоможе бійцю пережити травму і не отримати нову.

5. Не квапити бійця. У жодному випадку не варто одразу налаштувати його «на життя» після війни усілякими побутовими дорученнями. Спочатку він має «відігритися», і лише потім адаптуватися. Пройде час і боєць сам почне проявляти інтерес до побутових речей і проблем.

6. Плакати, якщо плаче він. «Плакати потрібно, але не першою(им), а разом із чоловіком/сином», – одностайні в цьому питанні психологи. Адже така поведінка – своєрідний сигнал: «Я з тобою», «Я відчуваю те ж саме, що й ти». При цьому варто тримати бійця за руку чи хоча б торкатися його. Але якщо його плач перейде в істеричний, потрібно спробувати заспокоїтись та дихати повільно і спокійно, погладжуючи його по спині чи голові. Через деякий час він підсвідомо підлаштується під ваш ритм дихання та заспокоїться.

7. Реагувати без емоцій. Не лякайтесь, якщо застанете чоловіка (сина), який бігає по кімнаті чи годинами дивиться на одну і ту саму річ. Обидві ситуації – реакція на травматичну подію: бігати чи завмирати. У першому випадку відбувається його збудження, у другому – апатія. Тому в першому випадку слід запропонувати бійцю присісти, роззутися, це заземляє та допомагає перейти у стан «тут і тепер». У другому – запитати про самопочуття, запропонувати поїсти чи випити гарячого чаю.

8. Не соромитись психологів. Процес горювання проходиться кілька стадій – від заперечення до прийняття ситуації. І якщо він пройшов вірно, то на завершальній фазі боєць почне сприймати ситуацію як ресурсну. Він зрозуміє, що отримав безцінний досвід, втрати загартували його характер. Прийде розуміння, що повернути минуле неможна, проте можна пристосуватися до теперішнього та змінити майбутнє.

Дружина, у свою чергу, теж не має стояти осторонь. Зокрема, після повернення чоловіка із зони АТО, вона має дотримуватися наступних рекомендацій:

1. Утримувати свою психіку, намагаючись уникати істерик та психозів, пов'язаних із змінами у поведінці чоловіка, які спричинила АТО. Важливо пам'ятати, що будь-які надмірні емоції шкодять і нам, і нашим близьким. Якщо жінка відчуває, що емоції переповнюють її, то не варто залишатись зі своїми емоціями сам на сам. На допомогу може прийти телефон довіри або робота з психологом, розмова зі

священиком, молитва та витрачання своїх фізичних та емоційних сил виключно на те, що знаходиться під нашим впливом. Про все інше важливо проговорити і його відпустити. Намагатись не зациклюватись на неприємних думках, а зберігати спокій. Памятати, що ці події рано чи пізно закінчатся. Все минає. Ніщо не триває вічно.

Зменшити стрес може допомогти будь-яка діяльність, від якої людина отримує задоволення: фізична робота, громадська діяльність, відпочинок, культурні заходи, сім'я, близькі друзі, а при потребі і перебування на самоті. Шукати задоволення у простих радощах – спогляданні сходу сонця, розквітлих квітів, приготуванні смачної страви, гри з дитиною.

2. Звернути увагу на те, що війна і буденне життя – це різні речі. Те, що відбувалось там, мало і має вплив на всіх, а особливо на його безпосередніх учасників. Тому, важливо звертати увагу на психічний та фізичний стан своїх чоловіків, максимально дарувати їм свою любов, тепло та тілесний дотик, адже відомо, що, чим більше віддаємо, тим більше отримуємо. І звичайно, не займатися самолікуванням, а звернутися за допомогою до фахівців.

3. Допомогти чоловіку-бійцю після АТО повернутись до мирного життя. Слід мати на увазі, що підвищена конфліктність, втома, апатія – це природні реакції організму бійця на наслідки тривалого фізичного й нервового напруження. І від того, наскільки він матиме підтримку та розуміння в сім'ї буде залежати успіх його адаптації в соціумі.

Розпочинати й вести розмови з колишніми учасниками АТО – досить складно, для цього *психологи рекомендують дружинам* дотримуватися наступних *порад*:

1. Дайте знати, що Ви зацікавлені почути про його почуття та досвід.

2. Допоможіть вашому чоловікові висловити свої почуття словами, запитайте: «Ти злишся? Відчуваєш сум? Тривогу?», не сперечайтесь і не перебивайте. Повторіть те, що Ви почули, щоб впевнитись, що зрозуміли правильно, та ставте додаткові запитання, якщо Вам потрібно знати більше.

3. Розкажіть вашому чоловіку, що Ви відчуваєте до нього. Вони можуть не розуміти, наскільки сильно Ви за них переживаєте.

4. Запропонуйте Вашому чоловікові відвідати священника. Навіть якщо він невіруючий, візит може принести певні переваги. Релігійні питання будуть обговорюватися, тільки якщо військовий сам цього попросить. Розмови конфіденційні та не стають частиною медичної історії військового.

5. Відвідайте приватного психолога або ж психолога-волонтера. Всі розмови є конфіденційними та регулюються Етичним кодексом психолога і не вносяться у медичну історію військового.

6. Заохочуйте вашого чоловіка до спілкування з іншими ветеранами, наприклад, афганцями, які теж можуть розказати про власні відчуття.

7. Поділіться своїм знанням про ПТСР, але не робіть спроб діагностувати симптоми у вашого чоловіка. Це роблять спеціалісти за допомогою спеціальних тестових методик.

8. Запитайте, як Ви можете йому допомогти, і регулярно про це запитуйте.

Зарицька О.В., провідний науковий співробітник наукової лабораторії Національної академії СБУ, кандидат психологічних наук

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АТО

Після повернення з району проведення АТО у військовослужбовців можуть спостерігатися розлади психічної діяльності та певних поведінкових реакцій (надмірна збуджуваність, агресивність чи, навпаки, відчуженість, замкнутість, підозрілість тощо). Тому нагальним є удосконалення системи заходів соціально-психологічної реабілітації учасників АТО, що мають бути спрямовані як на відновлення їх психічного здоров'я, порушених психічних станів й властивостей, так і оптимізацію рівня міжособистісної взаємодії в системі соціальних відносин.

У результаті теоретико-емпіричного аналізу проблеми реабілітації встановлено, що соціально-психологічна

реабілітація військовослужбовців – учасників АТО є комплексом заходів, спрямованих на покращення їх функціонального стану, відновлення й корекцію порушених психічних процесів, властивостей та професійного потенціалу, що у подальшому сприятиме їх успішній життєдіяльності.

Основними завданнями соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників АТО є такі:

- визначення рівня активації нервової системи, мисленнєвої діяльності, запам'ятовування, концентрації уваги та співставлення цих даних з номінальними показниками професійної придатності; мотивації до діяльності, потреб; загострення акцентуованих рис характеру; наявності ПТСР;

- виокремлення напрямків психологічної роботи з метою відновлення психічного здоров'я та працездатності військовослужбовця;

- покращення функціонального стану: самопочуття, настрою, активності;

- відновлення рівня комунікативної взаємодії у сфері міжособистісних відносин;

- відновлення професійного потенціалу, рівня психологічної готовності до виконання професійних завдань, необхідних спеціальних вмінь та навичок у пізнавально-когнітивній, емоційно-вольовій та сенсомоторній сферах шляхом проведення психологічних тренінгів;

- проведення (за необхідності) професійного переорієнтування – залучення до ділянок роботи з меншим функціональним навантаженням;

- вивчення динаміки особистісних змін у процесі відновлення.

Відповідно до завдань соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців - учасників АТО, нами визначено комплекс заходів, які необхідно здійснювати у три основні етапи, а саме:

Психодіагностичний – спрямований на визначення в учасника АТО проявів ПТСР, відхилень в емоційно-вольовій, пізнавально-когнітивній та комунікативній сферах, особливостей функціонального стану тощо. Зазначений етап передбачає використання різних методів та методик вивчення особистості, а саме бесіду, спостереження, аналіз документації, опитування тощо.

Для виявлення в учасників АТО наявності ПТСР можуть використовуватись такі психодіагностичні методики: опитувальник травматичного стресу – для діагностики психологічних наслідків ПТСР; шкала клінічної діагностики (CAPS) – для визначення рівня вираженості проявів симптоматики ПТСР.

Для діагностики особливостей функціональних станів доцільно використовувати: опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій); опитувальник Ч. Спілбергера (особистісна і реактивна тривожність).

Для вивчення наявності порушень мисленневих процесів, пам'яті, уваги пропонується використання таких методик: методика заучування 10 слів; заучування оповідань; метод піктограм; метод опосередкованого запам'ятовування (по Леонтьєву); метод класифікації; метод дослідження предметів; бланкові методи; співвідношення метафор, прислів'я, фраз; пояснення сюжетних малюнків; дослідження асоціацій; куб Лінка; метод Кооса; коректурна проба, рахунок по Крепеліну та ін.

При вивченні особистісних характеристик учасників АТО пропонуємо до використання широковідомі методики: ММРІ, 16-факторний опитувальник Кеттела; тест Айзенка; тест Лобі (відношення до захворювання), РСК (рівень суб'єктивного контролю), тест «Потреба у досягненні», опитувальник Леонгарда-Шмішека (виявлення акцентуацій характеру).

Для підтвердження результатів дослідження у процесі психодіагностики також можуть бути використанні проєктивні методики дослідження особистості, наприклад тести Люшера, Роршаха, Сонді та ін., що дають змогу більш об'єктивно оцінити отримані дані щодо наявного стану індивідуально-психологічних характеристик учасника АТО.

Бажано, щоб кожен учасник АТО проходив психодіагностичне обстеження і після завершення заходів соціально-психологічної реабілітації, що дозволить прослідкувати їх ефективність та визначитись із подальшими кроками реабілітації.

Профілактично-корекційний – спрямований на оптимізацію функціонального стану в учасників АТО (самопочуття, настрою, активності) та проведення з ними

профілактичних заходів щодо попередження проявів девіантної поведінки (алкоголізму, наркоманії, правопорушень тощо).

Для того, щоб попередити в учасників АТО розвиток алкоголізму та станів, які провокує ця хвороба, слід більше приділяти уваги питанням його профілактики. Профілактична робота із зазначеною категорією осіб повинна здійснюватися шляхом проведення роз'яснювальних індивідуальних бесід, лекційних занять, консультацій та включати заходи, спрямовані на: попередження причин виникнення алкоголізму та формування у свідомості учасників АТО негативного ставлення до вживання алкоголю з урахуванням дії його негативних наслідків, пропаганду здорового способу життя; виявлення осіб, які належать до групи ризику (які мають близьких родичів-алкоголіків); посилення факторів захисту від алкоголізму, (моральне і матеріальне благополуччя сімей, соціальна захищеність тощо).

Також ця робота повинна спрямовуватися на *корекцію* особливостей та станів психологічного неблагополуччя.

Професійно-відновлювальний етап спрямований на відновлення, підтримання та вдосконалення у військовослужбовців – учасників АТО професійно важливих якостей у пізнавально-когнітивній, перцептивній та комунікативній сферах особистості. Основними психолого-педагогічними технологіями, які доцільно здійснювати на цьому етапі соціально-психологічної реабілітації, можуть бути різноманітні тренінги. У процесі яких також важливо мотивувати військовослужбовців на підвищення свого професійного рівня та подальший розвиток особистості (формувати реальні уявлення про себе, як професіонала, свої здібності, навчати сучасним прийомам і методам ефективної взаємодії тощо).

Слід зазначити, що у процесі профілактично-корекційного та професійно-відновлювального етапу передбачається проведення роз'яснювальних бесід, консультацій із членами сімей учасників АТО.

Таким чином, із вище викладеного слідує, що удосконалення системи заходів соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників АТО передбачає комплексне їх проведення, відповідно до таких етапів: психодіагностичного, профілактично-корекційного та професійно-відновлювального.

Форноляк В.М., професор кафедри боротьби з тероризмом та захисту учасників кримінального судочинства Національної академії СБУ, кандидат психологічних наук

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Практика показує, що учасники АТО, а особливо інваліди досить часто відчувають стійку соціально-психологічну дезадаптивність. Однією із її причин є соціальне нехтування, що призводить до фрустрації особистості, яка проявляється в рольових внутрішньоособистісних конфліктах. Це пов'язано з тим, що у вищевказаних осіб участь в бойових діях починає ідентифікуватись зі страхом смерті, приниженням полону, провиню за те, що залишився живим, а бойовий товариш загинув тощо.

З метою попередження розвитку дезадаптації в учасників АТО, необхідна, поряд із продуманою системою соціального захисту, соціально-психологічна реабілітація. В її основу повинна бути покладена перестройка системи взаємовідносин особистості та її пристосування до інших умов життєдіяльності. Соціально-психологічна допомога та психотерапевтична реабілітація учасників бойових дій повинна розглядатися з точки зору не лише гуманізму, але й попередження певної суспільної небезпеки, від діяльності цієї категорії осіб, в тому числі й для них самих.

Специфічний життєвий досвід, зокрема воїнів-афганців, вказує на відповідний вплив на формування їх світогляду, структуру мотивів, ієрархію цінностей. На війні домінує мотив, зумовлений загрозою життю, котрий в мирний час не є ведучим, тобто, повертаючись до мирного життя, вони постають перед необхідністю пристосування цих структур до нових умов. Наступає процес реадптації, який повинен «поєднати» соціальні умови та новий життєвий досвід, набутий на війні. Масштаби і характер ре адаптаційного процесу напряму залежать від інтенсивності і тривалості екстремального впливу, об'єму професійного та соціального досвіду мирного життя й мотивів його життєдіяльності.

Досить часто процес реадаптації виражається в переживанні особами, які брали участь в бойових діях (особливо інвалідами) кризової ситуації, що породжує дефіцит смислу в подальшому житті. Варто зазначити, що зміна чи втрата цього смислу торкаються глобальних особистісних утворень: структури мотиваційної діяльності, самосвідомості, самооцінки та ієрархії цінностей. Реальна конкретна допомога психолога особам, які брали участь в антитерористичній операції – це психотерапевтична робота з переживаннями в кризовий період.

Для багатьох учасників військових дій залишається нереалізованою потреба в співпереживанні, емпатійному спілкуванні. Ще в 70-х роках минулого століття американські психотерапевти (Д.Сміт, К.Скерфілд, Е.Парсон) організували «гар»-групи спілкування ветеранів із організації «В'єтнамські ветерани проти війни» з метою надання допомоги в подоланні психологічних наслідків війни та переосмислення воєнного досвіду. Довірча атмосфера, взаємна емоційна підтримка, неформальний характер груп сприяли успішній психологічній допомозі ветеранам. На думку вказаних спеціалістів, ефективність групової психотерапії з учасниками воєнних дій забезпечується трьома чинниками: розвитком позитивних взаємовідносин між інструктором та учасниками тренінгу, вільним висловлюванням почуттів, можливістю більш детального аналізу психологічних проблем.

На нашу думку, для корекції посттравматичних стресових розладів та успішної реадаптації необхідна відповідна соціально-психологічна реабілітація, що передбачає більш широкий спектр реабілітаційних заходів в різних сферах життєдіяльності (побутовій, трудовій, освітній тощо).

Серед основних напрямів соціально-психологічної реабілітації варто виділити, в першу чергу, допомогу сім'ям учасників АТО, так як практика показує, що фактор сімейного благополуччя має позитивну кореляцію з успішністю соціально-психологічної реабілітації в цілому. Робота із сім'ями учасників антитерористичної операції повинна ґрунтуватися на наступних принципах:

- інформування сім'ї щодо можливих психологічних наслідків війни;

- дослідження причин стресів, непорозумінь, конфліктів в сім'ї, аналіз поведінки певних членів сім'ї;
- поєднання психологічної допомоги із соціальною підтримкою сім'ї (в т.ч. зі сторони сусідів, колег по роботі, сімей інших учасників);
- повага до інтимних сторін життя сім'ї, переживань стресових життєвих обставин.

Психологічна допомога сім'ям учасників АТО повинна ґрунтуватися на вирішенні наступних проблем:

- формування в учасника АТО бажання розповісти про свій військовий досвід, події, в яких він брав участь;
- подолання психологічної дистанції між учасником АТО та його дітьми, рідними, покращення взаємовідносин між подружжям;
- психологічна допомога дружинам, формування в сім'ї взаємної підтримки;
- подолання в учасника ідентифікації з образом «пацієнта» в родині, стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості, неадекватних реакцій, випадків насилля в сім'ї, зловживання алкоголем і наркотиками, прагнення до тривалої відсутності з рідними тощо.

Іншим напрямом соціально-психологічної підтримки учасників АТО має бути організація спільного культурного простору їх життєдіяльності, яка б передбачала: пошук нового смислу життя, подолання духовної кризи, розширення своєї Я-концепції, підтримка патріотичних почуттів та настроїв. Реалізувати цей напрямок можливо завдяки створенню відповідних організацій, об'єднань та клубів для учасників АТО, де вони могли б спілкуватися зі своїми бойовими товаришами, соціальну допомогу у вигляді працевлаштування, певних пільг, компенсацій, а також психологічну допомогу у вигляді спеціально-організованого спілкування (тренінгів спілкування, рольових ігор, тренінгів психо- та соціограми тощо.

Варто, також виділити іще один напрямок в організації індивідуальних реабілітаційних заходів, котрий передбачає:

- організацію спеціального мікросередовища для спілкування учасників АТО (це особливо важливо на початковій стадії реабілітації, коли відбувається різкий перехід від «війни

до миру», коли учасники іще не мають необхідних психологічних навичок);

– індивідуальна та групова психотерапевтична робота з учасниками АТО з метою корекції психологічної дисгармонії шляхом розв'язання внутрішньо особистісних конфліктів та формування ресурсів для творчої взаємодії з оточуючим середовищем;

– організація та проведення спеціальної психологічної роботи з сім'ями учасників АТО (батьками, дружинами, дітьми) у формі тренінгів, рольових ігор;

– формування позитивного образу (статусу) ветерана АТО через започаткування власного друкованого органу (газети, журналу), а також телевізійних передач, присвячених проблемам та образу життя ветеранів.

Духневич В.М., в.о. завідувача лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник;

Ларкіна І.В., молодший науковий співробітник лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України

ПРО НАПРЯМИ РОЗРОБОК НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ ЗАСАД ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПОЛІТИКО-ПРАВОВОЇ СИТУАЦІЇ НА СХОДІ КРАЇНИ

Соціально-політична ситуація в країні, яка склалася в результаті воєнних дій на сході країни та анексії Криму, супроводжується трансформацією цінностей, соціальних норм, змінами соціальних уявлень, породжує різноманіття стосунків, ставлень та відповідно паттернів мислення, спілкування та поведінки, що знаходить свій вияв в різних оцінках ситуації в країні громадянами та учасниками АТО. Наразі можна говорити

про представленість в уявленнях громадян країни таких категорій як «АТО», «громадянська війна», «агресія» «окупація», «інвазія», «анексія», «гібридна війна», «російсько-українська війна», а також різноманітні поєднання таких оцінок (юридично визначений статус – «АТО»). Це в свою чергу породжує різноманіття оцінок, думок, уявлень ставлень і т.ін., до актуальної ситуації на сході країни як серед учасників АТО, так і серед мешканців та інших громадян, що взаємодіють з вимушеними переселенцями та бійцями АТО.

Ще один аспект, що характеризує нинішню ситуацію – інформаційна війна, що ведеться через ЗМІ та характеризується залученням широкої аудиторії до воєнного конфлікту через інтернет. Таке залучення відбувається через інструменти: «публічна дипломатія (повідомлення своєї позиції на відкритих платформах), тролінг, хакерська діяльність, картування (позначення на карті даних щодо позицій військових, а також їх верифікація), краудфандинг (збирання фінансів для учасників війни), рекрутингові платформи (наймання добровольців). ... Сталася конвергенція фізичного та віртуального просторів. У соціальних мережах відбулася інтеграція інформування аудиторії засобами масової інформації та персональної комунікації людей, що ввело конфлікт усередину кожної особистості». Наряду з цим спостерігаються явища дезінформації (коли в ході обміну думками висловлюються судження про дійсність, учасниками якої не був жодних зі співрозмовників – на кшталт «розп'яті чи розстріляні немовлята чи старі люди», «Америка веде проти православної віри війну» і т.ін. – і транслуються неадекватні дійсності образи ситуації, учасників АТО), відчуття покинутості, *непотрібності, нерозуміння дійсності або ж окремих цілей та задач проведення АТО* та багато іншого.

Отже, відсутність єдиних чи бодай спільних уявлень та розуміння як серед пересічних громадян, учасників АТО, так і серед політичних діячів про правовий статус того, що зараз відбувається в Україні, інформаційна війна призводять до появи численних негативних психологічних явищ в політико-правовій сфері, що супроводжують проведення АТО. Це насамперед: різноманітні злочинні дії, що є наслідком послаблення, розмиття правових регуляторів; зміна, поляризація цінностей та

пріоритетів та відсутність єдиного, узгодженого розуміння політико-правової ситуації в зоні АТО та відповідно усвідомлення можливих та необхідних дій; відсутність моральних орієнтирів та зняття відповідальності за власні дії; анормування; різні уявлення про правовий статус ситуації та породжувані ними почуття *зневіри, непотрібності зробленого* та багато іншого. Крім того, це супроводжується ще й такими власне негативними психологічними явищами як *алкоголізм («аватаризм»)* та *наркоманія, розмиття почуття національної єдності* і т.д.

Якщо ж взяти категорію громадян, що перебувають в зоні воєнного конфлікту або є вимушеними переселенцями, то до запропонованого переліку можна додати ще й: *негативне ставлення громадян до інститутів та суб'єктів влади, недовіру та упередження щодо представників влади, зневіру та надочікування громадян по відношенню до влади, прояви нетолерантності й екстремізму, підміна морально-правових регуляторів поведінки іншими регулятивними системами, асоціальна чи кримінальна поведінка, споживацькі настрої, патерналізм та багато іншого*. Окремо слід сказати й про негативні психологічні явища, пов'язані з *ухилянням від прийняття на себе відповідальності за долю країни чи окремих її членів представниками різних інституціональних суб'єктів* (зокрема психологічні прояви, пов'язані з такими феноменами як *бюрократія, корупція, хабарництво, розкрадання* тощо).

Ще одне специфічне завдання, що на часі вимагає свого розв'язання – це психологічне забезпечення діяльності (тренінги) командирів підрозділів ЗСУ за темами: контроль стресу, перша психологічна допомога, відновлення ресурсів в екстремальній ситуації, розпізнавання та перебіг посттравматичного стресового розладу, психологічні особливості бійців, акцентуйовані особистості, побудова стосунків з журналістами, розв'язання конфліктних ситуацій, запобігання дезертирству, мародерству, суїцидам, переговорні технології і т.ін.

Зазначимо, що такі суто психологічні реалії вимагають розробки відповідних програм діяльності психологів, що задіяні в зоні АТО. Спеціальної уваги потребує й розробка технологій роботи з різними верствами населення (в зоні воєнного

конфлікту, з вимушеними переселенцями, членами сімей бійців АТО) для подолання таких негативних психологічних явищ.

Отже, **пріоритетними напрямками** науково-практичних розробок мають стати:

1. Проведення експертних опитувань з метою формування реєстру негативних психологічних явищ в політико-правовій сфері та створення відповідних рекомендацій для їх упередження та подолання;

2. Розробка та реалізація науково-обґрунтованих практичних програм, орієнтованих на інтеграцію учасників воєнного конфлікту в цивільне життя, програм побудови діалогу та стосунків між людьми, що обстоюють різні цінності для забезпечення національної єдності;

3. Розробка та реалізація тренінгових програм для командирів по роботі з особовим складом, підготовка переговорників.

Наразі робота з реалізації перших двох пунктів вже розпочата лабораторією психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Всі зацікавлені особи запрошуються до розробки та реалізації таких програм.

Коробка Л.М., завідувач лабораторії психології мас і спільнот Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент;

Ніздрень О.А., аспірантка лабораторії психології мас і спільнот Інституту соціальної та політичної психології НАПН України

ДО ПРОБЛЕМИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗУСИЛЬ СПІЛЬНОТИ УЧАСНИКІВ АТО ІЗ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТА КОЛЕКТИВНОЇ АДАПТАЦІЇ

Воєнний конфлікт, що відбувається сьогодні на сході України впливає на всі сфери життєдіяльності людей, змушує їх неперервно й швидко адаптуватися до суспільних змін, спричинених цим конфліктом, що вимагає нових підходів до проблеми адаптації до умов воєнного конфлікту та реадaptaції

до мирного життя не тільки особи, а й спільноти, як відносно великої номінально-реальної соціальної групи, що виділяється за наявністю спільної ознаки, яка виявляється для багатьох або більшості її носіїв суб'єктивно значущою. Однією із таких груп виступає спільнота учасників бойових дій та ветеранів АТО, яка потребує особливої уваги, як в контексті надання соціально-психологічної підтримки, допомоги особам, які беруть участь в АТО, так і в площині теоретичного аналізу проблеми адаптації спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту, вивчення змісту психологічних стратегій такої адаптації та визначення соціально-психологічних засобів підвищення ефективності цих стратегій.

Слід наголосити на винятковому значенні спільноти ветеранів, яка може виступити соціальним капіталом для учасників бойових дій у зоні АТО, адже вважаємо, що активація стосунків у цій спільноті оптимізує ресоціалізацію, реабілітацію та власне дозволяє ветерану усвідомлювати ці процеси та займати активну позицію щодо вироблення нових стратегій адаптації та життєтворення.

Теоретичним підґрунтям дослідження психологічних стратегій адаптації спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту постають загальні положення про адаптацію та адаптивні характеристики особистості (Г.Балл, О.Кокун, Л.Лепіхова, А.Налчаджян, С.Посохова, В.Розов та ін.); адаптацію особи в умовах суспільних трансформацій (Є.Головаха, О.Донченко, О.Лактіонов, Н.Паніна, Т.Титаренко та ін.); групу як активного учасника адаптивної взаємодії, так звану, «адаптивну здатність групи (А.Хохлова), а також спільноту як структурну одиницю суспільства і життєдіяльності особи в значущому для неї середовищі (В.Васютинський); адаптацію особи в складних життєвих ситуаціях як результат оволодіння цією реальністю, який супроводжується позитивними змінами на рівні особистості, групи, соціуму (О. Нестерова, R.Tedeschi, L.Calhoun, N.Pole, M.Seligman та ін.); адаптацію як вибір альтернативних стратегій поведінки у таких ситуаціях чи умовах, що вимагають зміни взірців, способів поведінки і оцінки зовнішніх подій (В.Москаленко, О.Посипанов, М.Ромм, Т.Ронгінська, та ін.) [1, с. 98–99].

Вивчення процесу пристосування до кризових умов (якими і є умови воєнного конфлікту та його наслідки), дає

підстави говорити про існування різних моделей адаптації, скажімо пасивних й активних, що спонукає нас в ситуації воєнного конфлікту до пошуку відповідей на те чим відрізняються ці моделі, які психологічні стратегії адаптації до умов і наслідків воєнного конфлікту застосовуються особою і спільнотою, які стратегії виступають засобами реалізації активних або-та пасивних моделей адаптації у різних сферах індивідуальної і колективної життєдіяльності.

В умовах воєнного конфлікту основними векторами психологічної реабілітації людини, яка переживає руйнацію можливості звично жити, як зауважує Т.Титаренко, є переконфігурування практик, спрямованих на самоідентифікацію, освоєння значущої комунікативної території та смислопородження відповідно до етапу життєвого шляху [3, с. 11].

Як показує досвід роботи (О.Ніздрень) із ветеранами війни на Сході України (проведення психодіагностичних досліджень, надання психологічної підтримки, допомоги) у фокусі їхніх скарг характерне порушення стосунків із сім'єю, друзями «довоєнними», іншими групами, що попри їх досвід шоквої травми також індукує негативні зміни у психологічному здоров'ї. У ході інтерв'ювання близького оточення ветеранів (50 осіб) визначено потребу психоедукційної роботи щодо наслідків участі особи у бойових діях [2, с. 137]. Близьке оточення і власне зв'язок із ним для ветерана є ресурсом соціального капіталу, оскільки, як вважає П. Шихирев, соціальний капітал породжується стосунками між людьми та їх життєдіяльністю; є сукупністю психологічних взаємин, що сприяють підвищенню матеріального і психологічного благополуччя індивідів, груп без здійснення шкоди іншим суб'єктам соціальної системи [4].

Ми вважаємо, що проведення психоедукційної роботи для ветерана, соціального середовища, із яким він взаємодіє чи потенційно можевзаємодіяти, сприятиме поглибленню контакту та, відповідно, дозволить зміцнити, збільшити ресурсність соціального капіталу саме середовища «побратимів», активізація колективних зусиль якого, спрямованих на вироблення ефективних практик побудови життя, підвищення соціальної мобільності особи виступатиме однією із психологічних стратегій адаптації спільноти до умов і наслідків

воєнного конфлікту. В цьому контексті виправданою практикою є групова робота у межах спільнот ветеранів та окремо спільнот близьких до ветеранів осіб.

Групова робота, як зазначає О.Ніздрень, передбачає формат групи взаємодопомоги за принципом «ветеран-ветерану», а себто рівний-рівному, за участю психолога, психотерапевта, та ветерана-інструктора, які коментують процес із використанням психоедукативного матеріалу щодо переживання шокowego досвіду. Ветеран-інструктор – це особа, яка пройшла курс психоедукації або ж психологічної реабілітації; саме його участь є ключовою, оскільки виконує роль каталізатора процесу, швидше налаштовує контакт із «побратимами» за рахунок реальності спільного досвіду, а таким чином, підвищує рівень довіри учасників групи [2, с. 140–141]. Таким чином, психоедукацією для ветерана є комплекс заходів, що дозволяють досягнути особливості повернення з війни у мирний час (ресоціалізація, реабілітація), сімейний контекст, транскультуральний досвід відповідних питань, а психолог у цьому процесі займає позицію ведучого групи та транслятора психоедукативних знань.

Важливе значення в процесі соціально-психологічної підтримки учасників бойових дій відіграє спільнота ветеранів АТО. Активізація колективних зусиль спільноти із підвищення рівня індивідуальної та колективної адаптації, може постати потужним інструментом збільшення стабілізаційних та зменшення ризикованих стратегій адаптації та побудови життя, досягнення балансу між ними, запобігання негативним наслідкам воєнного конфлікту на двох рівнях – спільноти як структурної одиниці суспільства і життєдіяльності особи в значущому для неї середовищі.

Список використаних джерел

1. Коробка Л.М. Соціально-психологічна адаптація спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження / Л.М. Коробка // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Збірник наукових праць – № 4 (29), 2015 – Київ, 2015. – С. 96–103.

2. Ніздрень О.А. Активізація соціального капіталу як чинника підтримання психологічного здоров'я ветеранів війни

на сході України / О.А. Ніздрень // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Збірник наукових праць – №4 (29), 2015 – Київ, 2015. – С. 135–141.

3. Титаренко Т.М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни / Т.М. Титаренко // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – 150 с.

4. Шихирев П. Природа социального капитала: Социально-психологический подход / П.Шихирев // Общественные науки и современность. – 2003. – № 2. – С. 17-32.

Мацегора Я.В., старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності НГУ НДЦ Національної академії НГУ, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник

ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНОЇ СФЕРИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

За даними вітчизняних і світових досліджень одним із наслідків участі в бойових діях є виникнення дисонансу в ціннісній сфері. Ієрархія особистісних цінностей зазнає значних змін внаслідок не лише дії екстремальних факторів, але й в результаті формування в екстремальних умовах унікальної системи цінностей, що забезпечують виживання в цих складних умовах. В екстремальній ситуації змінюється «вага» деяких цінностей, що призводить до зміни в структурі цінностей. Цінності, що посіли чинні місця в структурі ціннісної сфери в екстремальних умовах, далеко не завжди відіграють провідну роль у звичайному житті з її повсякденними проблемами і потребами. При поверненні до звичайних умов життєдіяльності гостро виникає проблема невідповідності внутрішньої системи ціннісних орієнтацій навколишній реальності.

Американський психотерапевт Б. Колодзін довів, що допомога учасникам бойових дій має полягати у корекції не стільки їх поведінки, скільки внутрішньої рушійної сили – деформованої внаслідок стресу ціннісної сфери військовослужбовця.

В пілотажному дослідженні проведеному науково-дослідною лабораторією морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності НГУ взяли участь 362 військовослужбовці Західного ОТО, які виконували СБЗ під час антитерористичної операції на сході України. За результатами «Опитувальника травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І.О. Котенев) було визначено, що у 37 (10,22%) військовослужбовців є ознаки ПТСР, у 325 (89,78%) ПТСР не діагностовано.

За допомогою методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча були визначені особливості термінальних і інструментальних цінностей військовослужбовців. Результати вивчення термінальних цінностей в досліджуваних групах дозволяють стверджувати, що у військовослужбовців, які мають ознаки ПТСР, структура термінальних цінностей є досить подібною до тієї, що визначена у військовослужбовців, у яких ПТСР не діагностовано ($r_s=0,88$, $p\leq 0,01$). Це є досить позитивною ознакою, що свідчить про зворотність змін у ціннісній сфері учасників бойових дій, які мають негативні психологічні наслідки травматичного стресу, при відповідній психореабілітаційній роботі з ними. Зазначимо, що у військовослужбовців з ознаками ПТСР перші три позиції в структурі термінальних цінностей займають: «здоров'я (фізичне і психічне)» ($5,08\pm 4,66$), «матеріально забезпечене життя» ($6,03\pm 3,92$), «наявність хороших і вірних друзів» ($6,41\pm 3,52$). У військовослужбовців-учасників бойових дій, у яких не виявлено ознаки ПТСР, найбільш важливими є: «здоров'я (фізичне і психічне)» ($3,93\pm 4,13$), «любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)» ($5,68\pm 4,07$).

Крім того, у військовослужбовців, які мають ознаки ПТСР (на відміну від військовослужбовців другої групи), визначено значно більш високі середні значення рангів за такими термінальними цінностями, як «матеріально забезпечене життя» ($6,03\pm 3,92$ проти $7,67\pm 4,67$, $p\leq 0,05$), «активне діяльне життя»

(7,11±5,34 проти 8,82±4,99, $p \leq 0,1$) та «суспільне покликання» (9,65±3,48 проти 10,71±3,97, $p \leq 0,1$). Військовослужбовці без ознак ПТСР значущо більш високо цінують «любов (духовну і фізичну близькість з коханою людиною)» (5,68±4,07 проти 7,24±4,00, $p \leq 0,05$).

Результати дослідження інструментальних цінностей у військовослужбовців-учасників бойових дій свідчать, що структура інструментальних цінностей військовослужбовців з ознаками ПТСР також є досить подібною до тієї, яка визначена у військовослужбовців-учасників бойових дій без ознак ПТСР ($r_s = 0,75$, $p \leq 0,01$). Проте, у військовослужбовців, у яких визначено ознаки ПТСР, структура інструментальних цінностей вибудовується навколо вектору від «чуйності», яка має найменший середній ранг (13,62±5,63), до «акуратності», за якою встановлено найвищий середній ранг (6,00±5,41). У військовослужбовців без ознак ПТСР маємо дещо інший вектор інструментальних цінностей: від «непримиренність до недоліків в собі та інших» (найменший середній ранг – 12,71±4,84) до «життєрадісність» (найбільший середній ранг – 7,23±4,53). Крім того, військовослужбовці, в яких діагностовано ознаки ПТСР, мають значно більш високі середні ранги таких інструментальних цінностей, як «непримиренність до недоліків в собі та інших» (8,81±5,23 проти 12,71±4,8, $p \leq 0,001$), «високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання)» (10,11±4,94 проти 11,80±5,46, $p \leq 0,05$), та значно менші ранги «щирості» (10,73±5,29 проти 8,62±5,59, $p \leq 0,05$). Як бачимо, учасники бойових дій з ознаками ПТСР на інструментальному рівні в проявляють прагнення до формалізації стосунків, надмірну критичність і «закритість» у підтримці взаємин.

Проведене дослідження показало, що учасники бойових дій з ознаками ПТСР виявилися «вирваними» значними соціальними подіями зі свого близького, родинного оточення, що спричинило дисонанс у їх ціннісній сфері. Не безпідставно високо цінуючи свій внесок у захист батьківщини, після повернення з зони проведення АТО вони виявилися більш зосередженими на очікуванні відповідної зворотної реакції від суспільства, інтереси, якого вони захищали, ніж на відновленні родинних зв'язків, на цінуванні надаваної близькими емоційної підтримки. Крім того, набуті в зоні проведення АТО

критичність і закритість, як характеристики соціальної взаємодії, стали значною перешкодою у відновленні соціальних зв'язків, втому числі і з близькими людьми. Зрозуміло, що військовослужбовці-учасники бойових дій, які взагалі не мають підтримки близьких людей, складають групу ризику розвитку ПТСР.

Корсун С.І., професор кафедри психології та соціології Університету Державної фіскальної служби України – кандидат психологічних наук, доцент

ПРОБЛЕМИ ОТРИМАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦІВНИКАМИ ДФС УКРАЇНИ – УЧАСНИКАМИ АТО

З січня 2015 року на лінії розмежування у зоні АТО розпочав свою роботу спеціальний підрозділ державної фіскальної служби «Фантом». Зазначений підрозділ сформовано з понад 120 офіцерів-добровольців податкової міліції, які несуть службу в зоні АТО, перешкоджаючи незаконному переміщенню товарів через умовний кордон на сході країни. Працюють вони у двох напрямках: на офіційних переходах, пунктах пропуску, де контролюють вантажні шляхи, автомобільні та залізничні переїзди, а також у складі мобільних груп патрулюють лінію розмежування.

Відзначаючи першу річницю створення спеціального підрозділу Голова ДФС Роман Насіров, зокрема зауважив: «За короткий час нам вдалося створити високопрофесійний і добре оснащений підрозділ, здатний виконувати складні і підчас небезпечні для життя завдання. У «Фантомі» служать спеціально підготовлені офіцери –добровольці, справжні фахівці оперативно-розшукової справи. Вони здатні приймати зважені рішення, ефективно протидіяти злочинності та захистити наших громадян.

Створили «Фантом» наприкінці січня минулого року для врегулювання складної ситуації з переміщенням товарів з неконтрольованої території. За цей час відбулося чотири ротації працівників цього спецпідрозділу, в лавах якого загалом служить 521 офіцер податкової міліції. Ризикуючи своїм життям вони разом зі своїми колегами з інших правоохоронних органів

у складі зведених мобільних груп контролюють лінію розмежування. Завдяки їх роботі на ринки України не потрапила значна кількість контрабандних та фальсифікованих товарів.

Протягом 2015–2016 року співробітниками спецпідрозділу ДФС «Фантом» спільно з працівниками СБУ, МВС та ДПС упереджено незаконний перетин поза межами контрольних пунктів в'їзду/виїзду товарно-матеріальних цінностей, яких вилучено на загальну суму понад 210 млн. грн. Заходи проводилися у рамках роботи зведених мобільних груп по контролю за протиправним переміщенням вантажів (товарів) через лінію розмежування відповідно до Тимчасового порядку контролю за переміщенням осіб, транспортних засобів та вантажів вздовж лінії зіткнення у межах Донецької та Луганської областей. За вказаний період вилучено піддакцизних товарів на суму майже 27 млн. грн., тютюнових та горілчаних виробів на 10,6 млн. грн. та 23,5 млн. грн. відповідно, спирту – на 769 тис. грн., лікарських засобів – на 42,8 млн. грн., продуктів харчування – на 58,5 млн. грн., ювелірних виробів – на 2 млн. грн. тощо. Крім того, у ході здійснення контрольно-перевірочних заходів виявлено та вилучено з незаконного обігу готівкових коштів на загальну суму 136 млн. грн. та 400 шт. банківських карт. З них понад 14,3 млн. грн. – вилучено у 2016 році. На підставі отриманих матеріалів за вказаними фактами зареєстровано і внесено у Єдиний державний реєстр досудових розслідувань 136 кримінальних проваджень. З них – 34 кримінальних провадження за ознаками злочину, передбаченого ст. 212 КК України (ухилення від сплати податків), 31 – за ст. 204 КК України (незаконне виготовлення, зберігання та збут піддакцизних товарів), 17 – за ст. 258-5 КК України (фінансування тероризму).

Засоби масової інформації рапортують, що час від часу відбувається ротація, і податкових мільйонерів змінюють на посту їхні колеги. А тих, хто повертається на робочі місця, зустрічають як героїв.

На превеликий жаль, людину яка пройшла через горнило бойових дій, зазнала психологічних перенавантажень та травм, короткочасно може потішити, що її зустрічають як героя, але це не знімає з порядку денного всі накопичені та відтерміновані стресові розлади. А тут ми спостерігаємо низку проблем, що не

лише не сприяють психологічній реабілітації податківців, а навіть створюють певні перешкоди під час адаптації зазначених учасників АТО до мирного життя.

По-перше. Відсутність відомчої системи психологічної допомоги в системі органів ДФС України.

По-друге. Недосконалість нормативно-правового забезпечення діяльності спеціального підрозділу та Головного міжрегіонального управління оперативного забезпечення зони проведення АТО.

По-третє. Неврегульованість питання щодо отримання статусу учасника бойових дій працівниками податкової міліції ДФС України, що несли службу в складі підрозділу «Фантом» в зоні проведення АТО. Лише 24 березня 2016 року набирають чинності зміни до законодавства відповідно до яких працівникам підрозділів оперативного забезпечення зон проведення АТО надається відповідний статус – статус учасника бойових дій, інваліда війни, або членам їх сімей (у разі їх смерті) – статус члена сім'ї загиблого.

Левенець О.А., професор кафедри юридичної психології НАВС, кандидат психологічних наук, доцент

ДИНАМІКА ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН ТА ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Участь у бойових діях є стресом виключного характеру, який може викликати загальний дистрес практично у кожній людині. Загальновідомо, що на відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні може бути психічною травмою з віддаленими наслідками, що призводить до помітних змін травматичного характеру у свідомості військових. Особливості військової діяльності ставлять жорсткі вимоги до особистісних рис військовослужбовців, передбачають певну ієрархію цінностей, у якій національні, громадянські цінності мають незаперечний пріоритет перед особистими. Тому важливим, на наш погляд, є дослідження особливостей ціннісних орієнтацій військовослужбовців, що повернулися з зони антитерористичних операцій.

За результатами досліджень, особливості життя у військових умовах зумовлюють кризи ідентичності, тобто втрату цілісного сприймання себе, своєї соціальної ролі після повернення до мирного життя. Це проявляється у порушенні здатності адекватно брати участь у складних соціальних взаємодіях, внаслідок чого спостерігається викривлення процесів самосприймання та самореалізації. Особливості питанню динаміки ціннісних орієнтацій військовослужбовців додає те, що після участі в бойових діях відбувається переосмислення сформованих цінностей життя. Ті ціннісні установки, що склалися у особистості в мирний час, дещо змінюються, так як унеможливується реалізація певних цілей та сподівань.

Аналіз анкетування учасників бойових дій показав, що основними впливовими психотравмуючими факторами на психіку були (по мірі зростання): постійна зміна товаришів по службі (27%), ізоляція від рідних і близьких, від суспільства (30%); кліматичні умови (34%), усвідомлення безглуздості дій (війни) (38%); загибель мирного населення (45%); можливість потрапити в полон (52%), страх загрози життю або поранення (58%), непередбачуваність обстановки (61%), смерть товаришів по службі (72%).

У 68% учасників бойових дій відзначалася потреба бути соціально визнаними, отримати високу оцінку своїх особистих дій при поверненні в мирне життя, бути прийнятим у систему соціальних зв'язків з більш високим, ніж раніше, соціальним статусом, очікування особливого ставлення до себе з боку оточуючих.

Зокрема, емоційні та поведінкові порушення обумовлені тим, що для 78% військовослужбовців було важко звикнути з думкою, що в той час, коли вони ризикували життям, в країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їх відсутності. Більше того, виявлялося, що не всі люди поділяли їхні погляди на цілі, характер і способи ведення війни.

У більшості випадків спостерігаються порушення психологічної адаптації, для них характерна більша чутливість до дії стресових факторів, що супроводжуються тривожністю, амбітністю, акуратністю, старанністю, незначною ригідністю та суворістю дотримування загальноприйнятих норм поведінки. Типове використання механізмів придушення або заперечення

своїх емоцій (агресії, злості, страху, ворожості), тобто трансформація заборонених імпульсів і бажань у більш приязні і соціально загальноприйняті суспільством може призвести до появи у індивідуума різних психосоматичних розладів та поведінкової соціальної дезадаптації.

У осіб, які отримали поранення самооцінка суттєво змінена і схильна до впливу захисних механізмів особистості, що проявляється в різких розбіжностях своєї оцінки (завищення або заниження).

Узагальнюючи отримані результати дослідження можна зробити такі висновки: вибірка характеризувалася більшою значимістю конкретних життєвих цінностей – здоров'я, матеріально забезпеченого життя, щасливого сімейного життя, цікавої роботи. Абстрактні життєві цінності такі, як пізнання, творчість, краса природи та мистецтва мали тенденцію залишатись на нижніх рівнях рангу, але любов тричі займала високий рівень ієрархії цінностей.

Результати психологічного дослідження дозволяють виявити особистісні зміни, емоційний стан та потенційні можливості кожної окремої людини з метою реалізації індивідуального процесу профілактики, реабілітації та реадaptaції.

Федотова Т.А., доцент ДНУ
ім. О. Гончара, кандидат економічних
наук, доцент

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЯК РЕАБІЛІТАЦІЙНА ФОРМА ДЛЯ УЧАСНИКІВ АТО

Проблема працевлаштування колишніх військових АТО з кожним роком набуває гостроти. Зростає мобілізаційний потік, а разом з ним росте і число солдатів, що повертаються до цивільного життя. Психіка людей в умовах бойових дій налаштовується на інші умови життя і відповідні потреби. І після того, як демобілізовані повертаються до мирної обстановки, вони виявляються непристосованими до неї, маючи інші погляди, ніж оточення.

Яскравим прикладом може слугувати статистика по В'єтнаму. За 15 років війни за офіційною статистикою з боку

США загинуло 58 тис. солдатів, 300 тисяч отримали поранення, контузії та залишились інвалідами. В подальшому практично половина з них покінчили життя самогубством через неможливість адаптуватися в цивільному житті. Крім того 90% тих, що повернулися з фронту, розвелися. *Практично всі знаходилися у стані посттравматичного стресового розладу.* За 5 років герої перетворилися на непотрібних суспільству і незрозумілих громадян, перетворилися на злочинців та бандитів.

Все це відбувалося незважаючи на те, що у США є Міністерство у справах ветеранів, яке реалізує спеціальні програми соціальної адаптації солдатів, надає їм та їх сім'ям матеріальну, соціальну і психологічну допомогу. В Україні же програми психологічної адаптації та системи реабілітації на державному рівні зовсім не існує. З урахуванням ситуації, що склалася, потрібна серйозна підтримка від держави, як, приміром, в США. Крім того за рахунок Міністерства оборони демобілізованим слід організувати масову перепідготовку на мирні професії, що мають попит на ринку праці, та розробити для них спеціальну програму працевлаштування.

Наприклад на початку 90-х років в Західній групі військ німці організували навчання офіцерів радянської армії на курсах менеджерів [1, с. 45]. У результаті декілька тисяч військовослужбовців ще до повернення додому отримали дипломи міжнародного зразка. Подібну програму намагалися впровадити в Росії шляхом надання звільненим спеціальних сертифікатів на безкоштовне навчання у Вузах Росії, які будуть оплачувати з бюджету. Проте даний проект так і не був впроваджений.

У період повернення процес соціальної адаптації обтяжений необхідністю рішення ряду нових і складних проблем цивільного життя, оскільки відбувається переорієнтація на інші життєві установи. В процесі реінтеграції в цивільне життя деяким учасникам АТО доводиться докладати величезних зусиль, щоб забезпечити свою конкурентоспроможність на ринку праці, повернутися до колишньої роботи або знайти нову.

Особливо важко знайти роботу демобілізованим з сільських районів, де немає попиту на робочу силу та підприємств, що можуть запропонувати грошову роботу. Для таких категорій для пошуку роботи в місті потрібні чималі

гроші для проживання. Ситуація ще обтяжується тим, що наймання життя значно подорожчало у зв'язку зі значним зростанням на нього попиту через великі потоки біженців з території АТО. Це до того ж веде до значного зростання напруги на ринку праці, адже переселенці прагнуть також знайти роботу за місцем проживання. З урахуванням високого рівня безробіття в Україні до всіх цих подій, ситуації на ринку праці з часом тільки погіршується.

В підсумку колишні солдати живуть на утриманні у батьків та своїх сімей, що веде до руйнування сімейних союзів, і страждають від неробства та проблем проведення вільного часу.

Даними причинами можна обґрунтувати і те, що багато солдат після демобілізації виявляє бажання залишитися в армії і продовжити службу за контрактом. Значне поліпшенню умов проходження служби за контрактом, збільшення оплати, додаткові соціальні гарантії, продовження армійської служби в новій якості веде до зростання чисельності бажаючих. Вони орієнтуються на свій досвід, багато хто повертається в ті військові частини, в яких служили, на вже освоєні військові спеціальності.

Положення ускладнюється тим, що значна частина, не маючи можливості легально працевлаштуватися, існує за рахунок кримінальних доходів(перевезення і збут наркотиків, контрабанда, захоплення підприємств (рейдерство), викрадення людей з метою викупу і т. п.).

Доречно згадати ситуацію на початку 90-х років, коли молоді люди після армії, як правило, не маючи професії та досвіду роботи, не знали, куди себе подіти на «громадянці», та не мали можливості влаштуватися на роботу через масове закриття підприємств та зростання безробіття в країні. Вони опинилися в числі перших кандидатів на поповнення кримінальних структур, що розрослися до колосальних розмірів. Сьогодні ця проблема багато в чому втратила свою колишню гостроту, але не зникла повністю. Адаптація демобілізованих до сучасних вимог ринку праці, а також створення умов, що дадуть їм змогу найефективніше застосовувати свої здібності, дадуть можливість цій категорії громадян успішно здійснювати свої життєві плани.

Відсутність реальних шансів влаштуватися на престижну і високооплачувану роботу відразу ж після закінчення військової служби, а також підвищений рівень самооцінки і байдужості,

формують у багатьох досить низький рівень тривожності щодо можливої втрати робочого місця. Вони вважають, що у разі несподіваного звільнення зможуть знайти нову відповідну роботу, не гірше за попередню. Тих, хто знаходиться в кризовому *стані посттравматичного стресового розладу*, мало цікавлять умови праці та рівень зарплати. Проте є частина таких, що вважають, що вони не мають працювати на непрестижних та низькооплачуваних роботах.

У молодих людей, що повернулися до цивільного життя після служби в армії в силу перерви в професійній діяльності або відсутності досвіду роботи за фахом невідповідність якості отриманої освіти потребам ринку праці відчувається особливо рельєфно. Це пояснюється тим, що незакріплені знання з практики і первинні професійні навички у працівників молодого віку швидко слабшають або втрачаються. Якщо у людей середнього віку, що не мають можливості працювати за своєю спеціальністю, часткова професійна декваліфікація, за оцінками економістів, настає приблизно через три роки, то у молодих людей цей показник наближується до одного року [2, с. 151].

У регіонах вже неодноразово робилися спроби створення спеціальних структур, що вирішують проблеми працевлаштування колишніх солдатів, але вони функціонують силами волонтерів та небайдужих громадян, практично не маючи державної підтримки.

Наростання кризових явищ в економіці та затягування конфлікту на Сході змушує шукати нові шляхи подолання проблем, що ускладнюють працевлаштування колишніх військовослужбовців із зони АТО.

Список використаних джерел

1. Макаев С. Уволенные в запас кадровые военнослужащие как ресурс государственного развития // Власть. – 2009. – № 9. – С. 43–46.
2. Резник Г.А. Социально-экономическая устойчивость молодежи в условиях рынка // Европейские социальные модели: подходят ли они для России: сб. ст. Международная научно-практическая конференция. – Пенза, 2005.

Сидоренко О.Ю., доцент кафедри
юридичної психології НАВС, кандидат
психологічних наук, доцент

НЕЙТРАЛІЗАЦІЯ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ УЧАСНИКІВ АТО ЗА ДОПОМОГОЮ ДПДГ-ТЕРАПІЇ

Створення вітчизняної системи психологічної допомоги особам, які беруть участь в антитерористичній операції (АТО) у період підготовки, під час виконання бойових дій та в період відновлення, формування системи реадаптації та реабілітації тільки починається. Психологи перебувають у ситуації творчого пошуку, намагаються відчути й усвідомити, якою має бути ефективна психологічна допомога учасникам АТО саме в Україні.

Перебування учасників АТО в зоні дії військових конфліктів викликають у них різні форми дезадаптації, нервово-психічні і психосоматичні порушення, посттравматичні стресові розлади. Стрес-вплив субекстремальних обставин на людину може бути настільки інтенсивним, що особистісні властивості вже не відіграють вирішальної ролі в розвитку посттравматичного стресового розладу, який може розвинутися практично в кожній здоровій і емоційно стійкій людині.

Проблема нейтралізації дезадаптивних станів, що викликані стресом, вимагає інтеграції знань із різних галузей науки і практики, системного мислення. Для зцілення душі і мозку людство, крім релігії та різних духовних практик, створило цілу галузь наукового знання – психотерапію. Однією з психотерапевтичних методик, яка успішно бореться з наслідками стресу є метод Френсін Шапіро «Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR» (з англійської мови дослівно перекладається, як «десенсибілізація та репроцесуалізація (обробка) за допомогою рухів очей»). На пострадянському просторі метод Ф. Шапіро відомий як ДПДГ – «десенсибілізація и переработка (травми) движениями глаз».

Коли у людини виникають психотравмуючі події, пам'ять про них зберігається фрагментарно або повністю «стирається», але події не зникають безслідно, вони зберігаються в мозку на рівні несвідомого з усіма особливостями (зоровими образами, звуками, запахами, думками і почуттями, які супроводжували людину в цей час). Коли людина потрапляє в безвихідну ситуацію, що травмує

психіку, і її мозок, здається, нездатний обробити досвід, тоді в роботу включається цей «механізм захисту». Тому, негативні думки і почуття травмуючого випадку виявляються «спіяманими в пастку» нервової системи. Однак, небезпека живе в нервовій системі в режимі «сплячого стану», і може проявитися у вигляді різноманітної посттравматичної психосимптоматики за першою ліпшою нагодою: випадкова зустріч зі схожою людиною, схожі звуки, образи, запахи (так звані тригери).

Техніка ДПДГ робить дві дуже важливих речі. По-перше, вона «відмикає» негативні спогади і емоції, збережені в нервовій системі, і по-друге, допомагає мозку успішно обробити травматичний досвід. Психотерапевт м'яко працює з клієнтом, ведучи його, щоб повторно відвідати інцидент, який викликав психотравму. Коли пам'ять травматичних подій прокидається, за допомогою послідовних терапевтичних кроків, психотерапевт проводить переробку психотравми (робота проводиться згідно стандартизованим, науково обґрунтованим протоколам). ДПДГ дозволяє отримати самопізнання і перспективу, яка дозволить клієнту зробити свідомий вибір, замість того, щоб відчувати себе безпорадним. Сесії терапії ДПДГ тривають, поки спогади та емоції, що травмують, не будуть зменшені або перестануть викликати негативне навантаження.

Найбільш важливо, що за допомогою ДПДГ-терапії дуже швидко усувається напруга, яка оточує травмуючий випадок. Це дозволяє клієнтам після проходження курсу лікування, повністю відтворити хронологію подій, і при цьому не відчувати стресового навантаження (бути спокійними), що свідчить про те, що психотравма «перероблена».

ДПДГ допомагає перемістити клієнта швидко від емоційного лиха до тверезого і спокійного вирішення проблем. Сесії ДПДГ, як правило, дають результат швидко. Обробка навіть найважчих спогадів може бути досягнута за значно менший проміжок часу, ніж традиційна терапія. Традиційні методи лікування часто зосереджуються на роботі з несвідомою частиною психіки, аналізують значення неусвідомленої символіки, отримуючи таким чином відомості про проблему.

Клієнти ДПДГ також набувають цінну здатність проникнення в суть проблеми під час терапії. Позитивні, довгострокові результати терапії ДПДГ зачіпають всі структурні

компоненти особистості клієнта – розумовий, емоційний і фізичний, таким чином, клієнти повністю повертаються до норми і здоров'я.

Підводячи підсумки, можна зазначити наступне:

1. У головному мозку людини відбувається своєрідне «переварювання» майже будь-якої інформації, що була сприйнята. Коли людина переживає якусь травмуючу подію, дистрес, інформація про це також складається в мозку, проходить переробку і перетворюється на життєвий досвід.

2. Однак переробки негативу може і не відбутися. Найпоширеніші причини цьому наступні: травмуюча подія має повторюваний характер або травмуюча подія є занадто болісною для організму.

3. Заради збереження душевного здоров'я мозок може піти на крайні заходи: «запхати» негативну інформацію в глибинні шари психіки, відмовившись від її переробки. Звичайно, це дозволяє вижити в момент дистресу. Але й побічний ефект також присутній у вигляді постійного збудження окремих ділянок мозку. Звідси виникають нічні кошмари, тяжкі спогади або нав'язливі думки – стандартні симптоми ПТСР.

4. Будь-яка психотерапія спрямована на те, щоб допомогти людині «дістати» наявний негатив з неусвідомлюваного і переробити його. Однак мозок «ховає» психотравму не заради власної розваги. Тому клієнтові часто доводиться стикатися з так званим «опором»: небажанням мозку порушити неприємні переживання під час психотерапії.

5. Автор ДПДГ-терапії, психолог Френсін Шапіро, на своєму особистому прикладі виявила, що ритмічні рухи очей і концентрація уваги на тривозі знижують її інтенсивність (ефект десенсибілізації). ДПДГ забезпечує достатню десенсибілізацію (зниження чутливості), в результаті чого мозок перестає «боятися» знову запустити природжений механізм з переробки стресової інформації. І тоді інформація, що пов'язана з травмою, з кожною серією рухів очей починає прискореним чином переміщатися по нейрофізіологічним шляхам, поки не буде досягнуто її безболісне усвідомлення і «розчинення» – інтеграція з уже наявною позитивною інформацією.

В результаті, пам'ять на події залишається, але порушення психічного здоров'я виявляється нейтралізованим.

6. На нашу думку, метод ДПДГ є дуже ефективним при наданні допомоги учасникам АТО, які перенесли емоційно хворобливі і травмуючі події, події з очевидною загрозою їх життю, здоров'ю або статусу.

Вознесенська О.Л., старший науковий співробітник лабораторії психології масової комунікації та медіаосвіти Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, президент ВГО «Арт-терапевтична асоціація», кандидат психологічних наук

РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АТО ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

Гібридна війна принесла в нашу країні не тільки смерть та руйнування, економічну і політичну кризи, соціальні потрясіння, проблеми мільйонів вимушених переселенців, безробіття та погіршення криміногенної обстановки. В останні роки українські психологи та психотерапевти отримали такі професійні виклики, які навіть не могли собі уявити. І найважливішим серед них є психологічна допомога особам, що беруть участь в антитерористичній операції. Ця проблема має кілька вимірів:

- психологічна підготовка мобілізованих до військової служби;
- психологічна допомога в зоні бойових дій;
- психологічний супровід поранених під час лікування в шпиталях;
- психологічна реабілітація після участі в антитерористичній операції.

Зупинимося на останньому пункті. Забезпечення фаховою психологічною допомогою та реабілітацією учасників антитерористичної операції є важливою складовою їх соціальної реадaptaції. У випадку недостатньої уваги та ненадання вчасної психологічної допомоги в суспільстві значною мірою посиляться соціальна напруга та погіршитися криміногенна

ситуація. Верховна Рада наприкінці 2015-го року запровадила обов'язкову та безкоштовну психологічну та медико-психологічну реабілітацію військовослужбовців після виконання завдань в бойових умовах, але досі не існує системи надання реабілітаційних послуг.

Сучасний незадовільний стан надання реабілітаційних послуг спричинений низкою чинників, в тому числі:

- відсутністю системного підходу до організації реабілітаційного процесу, відсутність практики роботи мультидисциплінарних команд в системі охорони здоров'я;

- звуженим розумінням поняття психічне здоров'я, внаслідок чого надання психологічної допомоги та реабілітації традиційно відносять до сфери регулювання МОЗ, що призводить до заміни психологічної допомоги психіатричною допомогою або неврологічним лікуванням;

- відсутністю практики та стандартів ранньої діагностики та комплексної реабілітації тощо.

Зважаючи на сучасний світовий досвід реабілітації, вітчизняна система охорони здоров'я може забезпечити надання лише окремих реабілітаційних послуг, зокрема досі у реабілітаційному процесі домінує медикаментозна терапія, відсутнім є орієнтований на клієнта принцип організації процесу. В той же час ЗМІ залякують суспільство, що усі військові повертаються, хворіючи на ПТСР (який за міжнародними даними розвивається лише в 5-10 % випадків).

Крім того, декому здається, що в умовах так званого перемир'я та припинення бойових дій військовослужбовцям, які безпосередньо не брали участь в зіткненнях з противником, психологічна реабілітація не потрібна. Але це не так. Майже всі ми – і цивільні, і військові – переживаємо колективну травму, тому що в нашій країні йде війна. **Колективна травма** характеризується тим, що травматична подія зачіпає всіх, усе суспільство, а не тільки тих, хто був учасником чи жертвою насильства. Навіть просто знаходячись поряд зі смертю, поряд із горем, із боєм когось іншого, людина потрапляє в травматичну ситуацію – вид шокової травми «Я – очевидець». Кожен військовослужбовець в зоні АТО постійно знаходиться під впливом гострого стресу, його життя, життя його побратимів

знаходиться в небезпеці, він завжди – і в день, і в ночі – в стані бойової готовності, що виснажує ресурси організму.

Мобілізовані після «цивілізаційних радощів» потрапляють в умови, які іноді навіть неприйнятні для життя, що також є стресогенним фактором. Мобілізований чоловік не тільки «вирваний» зі звичного життя, він частково позбавлений можливості спілкуватися з рідними, іноді не може отримати підтримку, звичайну медичну допомогу, може страждати його людська гідність. Все це посилює дію наслідків травматичних подій, результатом чого можуть бути і прояви ПТСР як то підвищена пильність щодо потенційної небезпеки, дратівливість, вибухи гніву, депресія, тощо.

Отже, заходи психологічної реабілітації та реадптації мають бути спрямовані на всіх демобілізованих з лав ВСУ. Засоби арт-терапії, на наш погляд, є адекватними для застосування з цією метою.

Вже другий рік ми впроваджуємо арт-терапевтичні реабілітаційні програми для демобілізованих з зони АТО та поранених. Один з проектів реалізується спільно з художниками Лаврських художніх майстерень і заснований на методі творчої реабілітації В. Маслової, який містить такі складові:

– **Взаємодія з природою**, в тому числі, контакт з тваринами; зв'язок з сезонними ритмами природи.

– **Творчість**: живопис, ліплення, музика, танці, спів.

– **Спілкування**: з побратимами; з психологом в атмосфері довіри; з людьми, що живуть мирним життям, яке і захищали військовослужбовці, що надає відчуття не даремності власного існування, моральної підтримки, тощо.

– **Оздоровчі процедури**: тілесна терапія, теплові, водні процедури.

Нами визначено **стратегію** роботи з учасниками АТО:

– мотивація на усвідомлення існуючих проблем психічного профілю (це повинно відбуватися на етапі демобілізаційного карантину військовими фахівцями з психічного здоров'я);

– вивільнення та усвідомлення, диференціація сильних почуттів, що супроводжують кризові стани, важкі події життя. І саме арт-терапія надає великі можливості для цього;

– пошук та створення ресурсів, прийняття ресурсів виживання та подолання наслідків травматичних подій. Будь яка творчість містить в собі великі ресурси, можливість задіяти власне творче Я. В межах реалізації проекту людина, що не брала пензлика багато років, має можливість створити щось неповторне, нове, спробувати новий досвід, й ще і отримати продукт цієї творчості, який потім стає важливою складовою **ресурсу** особистості;

– переосмислення свого досвіду та прийняття себе «нового», побудова нових когнітивних, комунікативних та поведінкових патернів. Досвід, отриманий в процесі творчості, людина інтеріоризує і переносить в реальність, втілює в дії.

Найбільш успішно наш проект працює з демобілізованими, що проходять реабілітацію в Київському міському клінічному госпіталі ветеранів війни в Пущі-Водиці, де реабілітанти отримують оздоровчі процедури та спілкування з природою. В межах проекту військові відвідують Успенську Києво-Печерську лавру, мають можливість поспілкуватися з людьми, помолитися. В Лаврських художніх майстернях фахівцями створюються умови для творчої діяльності – фарби, пензлики, мольберти, полотно. Художники, що беруть участь в проекті, пройшли навчання на курсі першої психологічної допомоги учасникам бойових дій та постраждалим від психотравмуючих подій. Водночас з художниками з демобілізованими працюють професійні психологи-арт-терапевти. Терапевтичними компонентами є спілкування з психологом-арт-терапевтом, з художниками, які проводять екскурсії по території Успенської Києво-Печерської лаври та музеям, надають засоби творчості, навчають живопису, та власне **творче самовираження через живопис та ліплення**.

Отже, досвід використання арт-терапії з постраждалими від психотравмуючих подій, досвід реабілітаційних заходів для демобілізованих з зони АТО доводить дієвість арт-терапії як методу подолання психічної травми та психологічної реабілітації. Апробація короткотривалих програм показала адекватність та доцільність використання запропонованого методу роботи.

Андрушко Я.С., доцент кафедри психології ЛДУВС, кандидат психологічних наук

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДЕБРИФІНГ ЯК МЕТОД ГРУПОВОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ

Українські реалії засвідчують, що чимало наших громадян, які беруть участь у антитерористичній операції втратили не лише фізичне, а й психічне здоров'я. Це обумовлює виникнення у них стресових посттравматичних розладів, а разом з тим постає проблема адекватного, а головне ефективного психокорекційного методу допомоги зі сторони психологів.

В Україні доволі новим вважається застосування методу психологічного дебрифінгу. Метод, що має назву «дебрифінг критичного інциденту», розроблений американським психологом Дж. Мітчелом у 1983 році для працівників «небезпечних професій» (рятувальники, пожежники, військовослужбовці під час бойових дій тощо).

Дебрифінг – форма кризової інтервенції, яка являє собою особливо організоване обговорення в групах людей, які спільно пережили стресову або трагічну подію. Мета дебрифінгу – мінімізувати ймовірність важких психологічних наслідків після стресу.

Дебрифінг можна проводити в будь-якому місці, але приміщення має бути зручним, доступним та ізольованим. У групі має бути від 10 до 15 осіб і 2 провідних дебриферів.

Завдання дебрифінгу:

1. Відреагувати враження, реакції і почуттів.
2. Зменшення індивідуального і групового напруження.
3. Зменшення відчуття унікальності і патологічності власних реакцій.
4. Мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності, розуміння.
5. Підготовка до переживання тих симптомів або реакцій, які можуть виникати.
6. Інформування учасників про те, де вони в подальшому можуть отримати допомогу.

Дебрифінг, зазвичай, проводиться не пізніше ніж через дві години після травмуючої події. Дебрифінг проводять два

дебрифера – провідний та асистент. Процедура складається з п'яти фаз. Проаналізуємо кожну фазу детальніше.

Перша фаза. Вступ. Знайомство – дебрифери і учасники представляються. Тренери висловлюють жаль з приводу того, що сталося.

Встановлення мети дебрифінга – допомогти впоратися з наслідками травмуючої події. Слід підкреслити, що дебрифінг – це не психотерапія, ця процедура дозволяє поділитися своїми почуттями і реакціями, допомогти собі та іншим, дізнатися про те, які бувають зазвичай реакції на подібні події і як з ними справлятися. Створення атмосфери безпеки через прийняття правил.

Рекомендовані правила: залишатися протягом всього часу (дві години), говорити тільки від себе, право не висловлюватися, ставитися один до одного з повагою, не висловлювати оціночних суджень, збереження конфіденційності.

Учасники можуть доповнити цей список. Учасники можуть задати уточнюючі питання.

Друга фаза. Звернення до фактів і думок. Попросіть учасників по колу відповісти на наступні питання:

1. Хто ви і як пов'язані з подією або з жертвою?
2. Де ви були, коли подія трапилася?
3. Що трапилося?
4. Якою була ваша перша думка, коли ви усвідомили, що сталося? (Питання для свідків події, рятувальників, постраждалих).
5. Якою була ваша перша думка, коли ви дізналися, що сталося? (Варіант попереднього питання для тих, хто не був безпосереднім свідком)

Дебрифери коротко перефразують кожну відповідь.

Третя фаза. Звернення до переживань. Можливі питання:

1. Що найважче для вас у цій події?
2. Що ви відчували на фізичному рівні? Які тілесні відчуття ви переживали?
3. Що ви бачили?
4. Якою була ваша реакція?
5. Якщо це група людей, безпосередньо присутніх при травмуючій події (свідки і потерпілі), можете запитати: «Що з того, що ви побачили, почули, відчули, турбує вас найбільше?»

Якщо група невелика, ви можете просити учасників відповідати на питання по колу, якщо велика – в довільному порядку.

Заохочуйте учасників відповідати один одному, фасилітуйте обговорення, повторюючи питання, перефразовуючи висловлювання, відображаючи почуття учасників. Учасники повинні відчувати, що будь-які їхні емоції мають право на існування, що вони важливі і гідні поваги.

Четверта фаза. Навчальна. Інформування учасників, якими є типові реакції на стресові ситуації. Інформацію можна роздати учасникам в письмовому вигляді і попросити їх визначити, які з цих реакцій вони переживають.

Підкреслення того, що описані стани і симптоми – це нормальні реакції на ненормальну ситуацію, що згодом вони пройдуть. Розкажіть, з якими реакціями учасники можуть зустрітись через деякий час.

П'ята фаза. Висновок.

1. Коротко підсумуйте все, що було сказано.
2. Запитайте, чи не залишилося чогось важливого, про що хотілося б сказати зараз.
3. Подякуйте всім за участь, за те, що змогли поділитися своїми почуттями, підтримати один одного.
4. Нагадайте про конфіденційність.
5. Запропонуйте учасникам подумати про те, як вони можуть підтримувати один одного в подальшому.

Пост-дебрифінг. Приділення 20-30 хвилин неформальній бесіді: розмова один на один з тими учасниками, які викликали у дебриферів найбільше занепокоєння.

Обговорення з ко-лідером виконаної роботи: надання один одному зворотного зв'язку, аналіз найбільш важливих моментів.

Отже, дебрифінгом в психології називають методику проведення бесід із людьми, які спільно пережили травмуючу подію. Цей метод відноситься до заходів невідкладної психологічної допомоги та повинен проводитися безпосередньо після того, як сталася подія.

Мозговий В.І., доцент кафедри психології, Академії Державної пенітенціарної служби, кандидат психологічних наук;
Луценко О.В., асистент кафедри Харківського національного медичного університету, кандидат медичних наук

ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Психологічна реабілітація учасників АТО на сьогоднішній день є обов'язковою законодавчо закріпленою процедурою. Не дивлячись на багатий досвід зарубіжних країн в психологічній реабілітації своїх ветеранів, ніде в світі не існує єдиної, універсальної, повністю ефективної схеми реабілітації. В кожному конкретному випадку можуть використовуватися різні методики для досягнення поставлених цілей.

Основною метою даної роботи є вироблення рекомендацій для підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників АТО в умовах санаторію на основі узагальнення особистого досвіду, а також досвіду роботи команди психологів на базі Менського санаторію «Остреч», де з 16.11.2015 по 29.12.2015 психологічну реабілітацію пройшло 285 учасників АТО.

Психологічна робота проводилася, як в групі, так і індивідуально. Техніки для індивідуальної роботи підбиралися відповідно до запитів і можливостей клієнта. У груповому форматі в основному використовувалися методики для мобілізації і посилення внутрішніх ресурсів особистості, техніки заземлення і центрування, а також робота з кордонами.

У груповому форматі також проводилися заняття з тілесно-м'язової релаксації з використанням елементів йоги, тілесного усвідомлення (метод Фенделькрайза) і комплексу вправ TRE (Trauma / tension Releasing Exercises). Також в ході занять з допомогою фізичних вправ учасники навчалися навичкам взаємодії, безпечного прояви сили, контролювання агресії. Зустрічі з психологом проводились щодня відповідно до індивідуального графіка психолога. Групові заняття також проводилися щодня. Щодня функціонувало 2 групи тілесно-м'язової релаксації і одна психологічна група по роботі з ресурсами та емоціями.

Оскільки програма реабілітації проводилася на базі санаторію з потужною рекреаційною базою, практично всі учасники АТО отримували різні фізіотерапевтичні процедури відповідно до супутньої патології. Такий підхід, рекомендований програмою медико-психологічної реабілітації, дозволив зменшити супутню соматичну симптоматику, яка поглиблювала психічну астенизацію демобілізованих військовослужбовців.

Практика показала, що реальна робота з психологом починається приблизно на третій день перебування в санаторії. Це пов'язано з низкою організаційних моментів, тестуванням, освоєнням території і спілкуванням з тими, хто вже працює з психологом. Певна кількість осіб зловживали алкоголем мотивуючи це необхідністю зняття стресу. Алкоголізація в цій ситуації є своєрідним способом уникнення труднощів, пов'язаних не тільки з пережитим, але і з необхідністю адаптуватися до умов мирного життя. Ряд запроваджених психологами заходів допоміг деяким військовослужбовцям вийти з запою.

Аналіз психологічних особливостей, виявлених в результаті тестування, показав, що близько 10% учасників АТО не потребують систематичної роботи з психологом, 66% мають помірний або критичний рівень депресивної симптоматики. Велика частина виявлених симптомів ставилася до когнітивно-афективної сфери. Найбільш часто зустрічаємих соматичних проявів було порушення сну у 80% демобілізованих військовослужбовців.

Виражені симптоми посттравматичного стресового розладу спостерігалися у 10,8% учасників АТО. Високий ризик розвитку ПТСР було виявлено приблизно у 30,6% учасників АТО, а у 22,52% було виявлено частковий ПТСР. Також часто учасники АТО констатували у себе підвищену дратівливість і агресивність. Серед факторів, що викликають гнів, агресію і роздратування дуже часто виявлялися кінестетичні і аудіальні тригери. Поряд з вищевказаними проявами учасники АТО відзначають погіршення відносин з рідними, друзями і соціальним оточенням, особливо друзинами. За ступенем суб'єктивної важливості порушення соціального функціонування виходило на перше місце серед інших скарг.

Важливим моментом психологічної роботи була психоедукація. Повертаючись в своє колишнє оточення,

учасники АТО стикаються з нерозумінням того, що з ними відбувається. У більшості з них створюється ілюзія, що вони «унікальні» в своїх переживаннях і проявах. Багато соромляться про це говорити. Але коли психолог першим починає розмову про тих симптомах і проявах, які турбують більшість бійців, пояснюючи, що відбувається і як з цим можна впоратися, ситуація відразу змінюється. Виникає довіра до психолога як до людини, яка розуміє проблему і знає способи її вирішення. У цей момент психолога важливо не прийняти повністю роль «батьківської фігури» для бійця. Необхідно пам'ятати, що кожен учасник АТО апіорі доросла і дієздатна людина. Це означає, що кожен з них може робити вибір, усвідомлюючи наслідки цього вибору. Вживати алкоголь замість роботи з психологом – теж вибір. Роз'яснення під час психоедукації неконструктивності такого вибору призводить частину учасників АТО до відмови від спиртного і активній співпраці з психологом.

Учасники АТО тривалий час перебували в середовищі з жорсткими правилами виживання. Невід'ємною складовою успішної психологічної реабілітації є дисципліна і дотримання правил, які прості, зрозумілі і непомітні (відсутність санкцій за порушення). Тому в умовах санаторію це не тільки дотримання режиму дня, фізіотерапевтичних процедур, а й відвідування психолога, як в груповому, так і в індивідуальному форматі. Для цього для кожного бійця складала індивідуальну «карту» або «розклад», де по датах були розписані його заходи протягом дня. Наш досвід показав, що додавання слова «обов'язкове» до анонсу заходу збільшує явку на цей захід приблизно в 3 рази.

Практично всі методики роботи з травматичними переживаннями вимагають мобілізації і посилення внутрішніх ресурсів людини. Обов'язковою також є наявність у бійця «безпечного місця» - реального місця в його історії, де він відчуває себе в безпеці. Для мобілізації внутрішніх ресурсів застосовувалися різноманітні техніки. В якості ефективного засобу зняття м'язових напруг, затискачів та блоків використовувався комплекс вправ TRE (trauma / tension release exercises), який проводився в груповому форматі в рамках занять групи тілесно-м'язової релаксації. У сучасній літературі тілесно-орієнтована терапія визначається як первинна ланка роботи з травматичним досвідом. Фізична активність є однією з

копінгових стратегій, згідно багатовимірної системі BASIC Ph. Використання психотерапевтичних методик, спрямований на емоційно-вольову сферу, уяву та когнітивні функції дозволяє зробити наступні висновки: 1) оптимальний формат реабілітації - поєднання фізіотерапевтичних процедур і роботи психолога; 2) оптимальний період реабілітації – 3 тижні; 3) особи, які відвідували групові заняття, легше і більш охоче йдуть на контакт з психологом в індивідуальній роботі; 4) засоби тілесно-орієнтованої психотерапії, метод психодрами, метафоричні і нарративні техніки в поєднанні із засобами фізіотерапії дають відмінний результат і провести ефективну соціальну та психологічну реабілітацію після перенесених травмуючих подій.

Лазоренко Б.П., провідний науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат філософських наук, доцент

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАЛУЧЕННЯ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ, ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В учасників АТО, які приймали участь у військових подіях у східних регіонах України спостерігаються прояви посттравматичних стресових розладів. Щоб їх опанувати певна частина учасників АТО вдається до зловживання алкоголем, немедичного вживання наркотичних речовин та лікарських засобів. Це, в свою чергу, унеможливує виконання ними своїх службових обов'язків і веде до подальшої їх соціальної дезадаптації. Для відновлення їх належного психологічного стану, підвищення соціальної адаптованості і профілактики негативних явищ у їхньому середовищі важливим є залучення їх до психологічних реабілітаційних програм, зміцнення їх психологічної пружності та стресостійкості. Нерідко намагання залучити учасників АТО до психологічної реабілітації зустрічає небажання, опір і спротив з їх боку. Тому є необхідність у розробці технологій їх мотивації до участі у реабілітаційних програмах. В Україні накопичено досвід національного рівня у

забезпеченні психологічної реабілітації людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, який доцільно адаптувати до потреб учасників АТО.

Нашою *метою* є привернення уваги до досвіду реабілітації людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, виокремлення соціально-психологічних чинників і технологій, які можуть бути використані щодо залучення до неї учасників АТО, що мають посттравматичні розлади і є схильними до асоціальної поведінки.

За час протидії ВІЛ/СНІД в Україні за допомогою національних і міжнародних організацій вдалося створити розгалужену систему реабілітації людей, що живуть з ВІЛ/СНІД. Розроблено галузеві стандарти надання допомоги різним категоріям ВІЛ позитивних людей та їх близьким, опрацьовано навчальні курси із їх застосування. Цей досвід може бути успішно адаптований для надання допомоги учасникам АТО та їх близьким.

Стосовно забезпечення фахової психологічної і соціально-психологічної допомоги учасникам АТО та їх близьким щодо трансформації психотравматичних станів у особистісний ресурс нами розроблено і апробовано відповідний реабілітаційний комплекс. До основних його технологічних складових належать тілесно-орієнтовані технології; дихальні техніки; моделювання несвідомого образу психотравмуючої події та авторська методика спонтанно-конструктивного переживання провідних емоцій. Однак впровадження цього комплексу, як і залучення учасників АТО до участі в аналогічні вже існуючі програми реабілітації, потребує опрацювання їхніх психологічних перешкод і захистів, з'ясування зовнішніх та внутрішніх чинників, які зумовлюють зловживання алкоголем та наркотиками, а також, навпаки, стимулюють та мотивують їх до участі у психологічній реабілітації.

У якості зовнішніх перешкод для розробки ефективних технологій такого залучення зазначені наступні умови та чинники: нерозуміння близьким родинним оточенням тих змін, які відбулись з їх дітьми, або членами подружжя і неадекватне спонукування їх «взяти себе в руки»; негативне заохочення друзів та шкідливі звички масової культури щодо вживання алкоголю та немедичного застосування лікарських препаратів як засобів опанування стресових станів та посттравматичних розладів.

Серед внутрішньо особистісних чинників, які є перешкодами щодо участі у психологічній реабілітації визначено: неадекватну впевненість у спроможності власними силами впоратися зі своїми психологічними проблемами; позірне уявлення, що звернення за психологічною допомогою є свідченням власної психічної неповноцінності. Також це використання стосовно своїх психотравматичних станів та розладів таких психологічних захистів, як: ігнорування; витіснення; проектування своїх психологічних проблем на близьке родинне та зовнішнє соціальне оточення; нехтування своїми розладами, позірне покладання на те, що «час все загоїть».

Навпаки сприяють залученню проблемної молоді до участі у психологічній реабілітації такі зовнішні соціально-психологічні чинники як, позитивний вплив авторитетних представників близького соціального оточення – членів малої групи - побратимів АТО, друзів, колег по роботі, які мають власний досвід засвоєння аналогічного травматичного досвіду. Також це мотивуючий вплив ветеранів афганської війни, ліквідаторів аварії на ЧАЕС, які можуть поділитися позитивним досвідом участі у психологічних реабілітаційних програмах. З'ясовано, що дієвими чинниками психологічної реабілітації особистості є також життєвий досвід авторитетних для неї особистостей, або ж духовні образи їх вірувань, якщо люди є послідовниками певних релігійних конфесій. Такими авторитетами є рідні, які пережили громадянську чи другу світову війну, голодомор, вижили у концентраційних таборах і, завдяки своїй мужності і силі духу, вистояли, зберегли своє життя і змогли передати його далі своїм нащадкам.

Основними внутрішніми мотивами і стимулами учасників АТО до участі у психологічній реабілітації визначено такі моральні та психоемоційні стани, як совість, сором, страх, прагнення до благополучного та успішного життя. Для учасників АТО, які мають релігійний світогляд переконливими мотивами для проходження психологічної та духовної реабілітації є їхні релігійні авторитети.

Значний вплив на подолання перешкод на шляху залучення учасників АТО до участі у реабілітаційних психологічних програмах належить систематичному проведенню з ними комплексної інформаційно-освітньої роботи.

Це стосується їх інформування про основні психоемоційні та психосоматичні прояви посттравматичних розладів, забезпечення обізнаності щодо ефективності сучасних психологічних програм та технологій в опануванні та трансформації психотравматичних проявів у позитивні ресурси і їх подальшого засвоєння як особистісного досвіду.

На цьому шляху важливою є організація у середовищі учасників АТО (як за місцем роботи, так і на базі їх громадських організацій) мережі груп взаємодопомоги. У даний час певна частина учасників АТО вже пройшла психологічну реабілітацію за програмами визначеними відповідними державними органами. Важливо, щоб до таких груп взаємодопомоги були залучені учасники АТО, які мають позитивний досвід реабілітації і можуть переконливо ним поділитися.

На нашу думку, за допомогою провідних технологій групової взаємодії такі групи можуть ефективно реалізувати свої системні функції: залучення учасників АТО до психологічної реабілітації; опанування ними навичок само та взаємодопомоги, об'єднання учасників АТО для вирішення завдань відновлення та зростання особистісного потенціалу, вирішення психологічних та соціальних проблем, забезпечення своїх прав, а також здійснення ефективного соціально-психологічного супроводу своїх учасників у вирішенні зазначених проблем.

Куций О.А., доцент кафедри практичної психології та педагогіки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності, кандидат психологічних наук, доцент

ПОТЕНЦІАЛ МЕТОДУ «TENSION & TRAUMA RELEASE EXERCISES» У НАДАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ПТСР

Сьогодення для України є вкрай буденним за відомих причин. Майбутнє може бути ще складнішим. Таке песимістичне очікування пов'язане з багатьма факторами, одним з яких є наслідки перебування громадян України в зоні

бойових дій, що здатне викликати ПТСР. Так, за різноманітними даними від 20 до 40% військовослужбовців мають її різні ступені інтенсивності й це лише відразу після дії стресогенних факторів. Відстрочені розлади складно прогнозувати, але безсумнівним є те, що кількість ПТСР буде з часом зростати, звісно, якщо не докласти скоординованих оптимальних зусиль.

На даний час здійснюється інтенсивний пошук шляхів надання психологічної допомоги особам, що мають ознаки ПТСР. Застосовуються різні концептуальні підходи та реалізуються психотехнології, що мають потенціал у вирішенні вказаної проблеми. Вони різні як за процедурою проведення, так й принципом застосування. Однак, існує потреба у визначенні найбільш ефективних шляхів подолання чи хоча б зниження інтенсивності ескалації (призупинення) ПТСР, які б можна було використовувати з великою кількістю постраждалих. Такою психотехнологією є метод «Tension & Trauma Release Exercises» (далі TRE), що запропонований Д. Берселі. Доктор Девід Берселі розробив комплекс вправ, що запускають властиві для організмів процеси саме боротьби зі стресом та для позбавлення від посттравматичних синдромів. Комплекс цих заходів дозволяє самостійно «виправити» власний стан за допомогою простих вправ. Це відбувається завдяки тому, що травма й імунна системи починають продукувати кортизолта адреналін (гормони стресу). У такі моменти організм налаштовується на втечу, бій або стопориться (тимчасовий параліч, бездіяльність). Як вказують Д. Берселі, його послідовникита інші, в у травматичних ситуаціях в організмі акумулюється велика енергія, яка необхідна для нервової системи для вибору правильного варіанту порятунку. Це відбувається на рівні інстинкту, несвідомо, а процеси ініціюються в лімбічній системі. Якщо розглянути її функції (регуляція вісцеральних функцій, формування емоцій та участь у процесах пам'яті й настанов) запропонований Д. Берселі метод здатен якщо не повністю подолати, то суттєво знизити ПТСР, а особливо його наслідки.

А. Герольд описав 2 випадки застосування TRE з військовослужбовцями, що перебували в зоні бойових дій при АТО та мали суттєві ознаки ПТСР. За його даними після 4–10 разових процедур нейронного тремтіння основними

наслідками відмітив зниження психосоматичних реакцій, а також формування впевненості, доброго самопочуття, нормалізувався сон [1].

Автор даної статті, після навчання вправам TRE групою швейцарських тренерів у жовтні 2014 року, серед яких був А. Герольд, застосував його на собі та через 6 місяців почав здійснювати навчання. В результаті 1,5 річного набуття досвіду (близько 80 осіб) було узагальнено практику та встановлено наступне:

– головною причиною низької ефективності методу є низка суб'єктивних факторів. Так, людям складно побороти себе, а особливо те, що необхідно «відпустити тіло у тремор» та перестати ним свідомо керувати, контролювати. За гіпотезою автора це властиве особистостям, у яких надмірно домінує SuperEgo. Особливо це є характерне для жінок за віком понад 30 років, що досягли соціального та професійного статусу (в тому числі й серед психологів). Значна частина осіб відмовлялась від навчання через різні відмовки (мені це непотрібно, в мене не має стресу). Навіть, при наявності тремору при навчанні люди не продовжували застосовувати метод через те, що вони були здивовані та шоковані процесами, які відбуваються в їхньому тілі. Інші вказували на відсутність часу та забування про цей метод;

– перед застосуванням TRE виявились доцільними у застосуванні нескладні методи релаксації (аутогенне тренування, початкові рівні каталепсії та левітації, елементарні дихальні вправи) та візуалізація. Так, релаксація здатна налаштувати особу на активізацію потреби у розслабленні, а візуалізація сприяє тому, що людина зосереджується на певних приемних, бажаних образах чи подіях (як з пам'яті, так й шляхом фантазування) та хоча б частково відволікається від тремору. Таким чином, процес тремору посилюється й цим досягається кращий ефект;

– існує два основних різновиди реакцій організму на тремор, що позначається на станові. Перший (приблизно 70–80% осіб) проявляється в тому, що людина «скидає негатив» й при цьому виснажується майже повністю. Такі особи зазвичай після TRE неспроможні на швидкі реакції та повне сприйняття оточуючого середовища. Їм стає все байдуже й головним бажанням є сон. Другий (20–30%) різновид реакцій відмічається

тим, що відразу після тремору особи відмічають в себе спокійне, повноцінне сприйняття ситуації та готовність до впевнених дій. Терміни, що вони використовували для характеристики свого стану застосовувались такі: тверезий розум, готовий, впевнений, спокійний, адекватне та повне сприйняття, розуміння себе;

– лише у 10–15% тремор з першого разу відбувається не лише в ногах, а й розповсюджується на тулуб чи руки. Відмічено, що це властиво для осіб, стан яких після тремору налаштований на діяльність. У решти цей процес досить тривалий час відбувається лише в ногах. При цьому особи вказували на наявність підвищеного напруження у руках (в порівнянні з рештою тіла). Через це люди відмовлялись від подальшого застосування TRE. Разом з цим, в осіб з такою реакцією, після продовження застосування методу через від 6 місяців до 1 року така реакція проходила, а тремор розповсюдився на тулуб та руки;

– встановлено наявність тенденції до звикання щодо застосування TRE. Так, після 3–4 місяців застосування методу хоча б 2 рази на тиждень організм починає «вимагати» такої процедури. Це проявляється в тому, що людина стає неспроможною до адекватних дій в стресових ситуаціях без попереднього застосування TRE. Однак, при виконанні тремору кожні 3–5 днів працездатність є високою, амплітуда емоційних коливань несуттєва та контрольована суб'єктом, готовність до дій знаходиться на достатньому рівні;

– з віком здатність до ініціації тремору через вправи TRE може знижуватися. Так, у двох осіб (понад 65 років) за 10 разів виконання вправ тремор так й не розпочався. В осіб 100% до 30 років тремор відбувся з першого разу.

Таким чином, досвід застосування та навчання TRE вказує на доцільність його застосування щодо осіб не лише при наявних ПТСР, а й таких, що можуть потрапити в стресогенні умови великої інтенсивності. Разом з цим, доцільність полягає в тому, що метод може виконувати роль налаштування на подальші психокорекційні чи психотерапевтичні дії за допомогою інших підходів оскільки може використовуватись з великою кількістю осіб, є простим у застосуванні, дозволяє знизити прояви ПТСР на емоційному та мотиваційному рівнях. Однак, різні реакції осіб при застосуванні TRE свідчать про

необхідність дослідження процесів нейронного тремору та визначення його впливу на психіку особистості у залежності від її психофізіологічних особливостей.

Список використаних джерел

1. Герольд А. Нейронное дрожание при проведении TRE-упражнений для снятия напряжения, стресса и травмы по методике доктора Дэвида Берсели при избавлении от посттравматического стрессового расстройства ПТСР // Андреас Герольд // Психологічне консультування і психотерапія. Т.2. № 1–2. – К.: 2015. – С. 85–95.

Синишина В.М., доцент кафедри психології Ужгородського Національного університету, кандидат психологічних наук

МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ САМОДОПОМОГИ В РАЗІ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

Проблема травми і посттравматичних (постстресових) розладів є актуальною проблемою психологічної науки. Особливо це актуально в останній час і насамперед стосується бійців антитерористичної операції, які постійно зіштовхуються з травмуючими подіями, що пов'язані з емоційно насиченими переживаннями, які не є звичайними для людей і не так часто трапляються з людьми у мирному оточенні. За описами учасників антитерористичної операції, повернення до нормальних умов життя є не меншим випробуванням, ніж травматичні переживання. Тому психологічна реабілітація серед тих бійців АТО, які потерпають від бойової психічної травми, є нагальною та необхідною. Необхідність психологічної реабілітації витікає перш за все з гуманістичного відношення до людини, яка ризикує власним здоров'ям та життям заради державних інтересів.

Довготривалі екстремальні ситуації мають вкрай негативний вплив на учасників воєнних дій, викликають порушення поведінки, конфліктність, соціальні девіації. Психотравмуючі ситуації можуть в деяких випадках призводити до значних змін психічного стану. Ці стани нагадують симптоми

психічного захворювання. Вони, як правило, короткочасні і зникають після виходу людини із стресової ситуації. Однак, зміни, що виникли при стресі, здатні визвати і довготривалі порушення в структурі особистості. Найбільш негативним варіантом реакції на стресову ситуацію є розвиток апатії, пасивності. Людина зупиняє властиву їй активність, не вміщується в перебіг подій, що відбуваються навколо неї, якщо розцінює ситуацію як безнадійну. Психопатологічні розлади, що виникли в результаті бойової психічної травми, багато в чому схожі на ті, які розвиваються в звичайних умовах. Однак є і суттєві відмінності, зумовлені як етіопатогенезом розладу, так і його динамікою: а) причини захворювання характеризуються афективністю, насиченістю переживання; б) розлад виникає одномоментно у великої кількості людей, і постраждали вимушено продовжують активну боротьбу з наслідками травми; в) пережита аномалія постає перед суб'єктом як безглузда і викликає почуття провини за смерть або важку травму іншої людини; г) відсутнє почуття повної безпеки; д) присутній ризик втратити самоконтроль.

У такій ситуації психічна напруга довгий час не може найти вихід і внаслідок цього проявляються такі симптоми:

збудження (підвищене серцебиття, тремтіння рук, швидка мова, підвищений тон голосу, багато непотрібних, хаотичних дій);

безадресний страх;

постійне відчуття тривоги;

небажання згадувати травмуючу подію, яке виникає внаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта «витіснити» зі свідомості найбільш несприятливі епізоди; або постійне повернення думок до травмуючих подій; нав'язливі яскраві спогади, часто повторювані у снах;

підвищена чутливість до інших подій, які нагадують пережитий стрес;

погіршення психічних процесів (пам'ять, мислення, сприйняття, відчуття);

нездатність отримувати задоволення від звичних речей, справ, подій;

порушення сну;

поганий настрій, підвищена дратівливість, агресивність; почуття безпорадності, уразливості, втрата контролю; почуття провини за те, що живий, а інші загинули; страх розлуки і множинних втрат (смерті родичів, близьких, свого життя).

Військові, які умовно готові сприймати війну, сприймають психотравмуючу подію інакше, ніж люди цивільні, які були мобілізовані. Але досвід свідчить, що як би добре не були підготовлені бійці, яким би вмілим не було керівництво їхніми діями, вони нерідко не витримують тих психологічних навантажень, яким піддаються в надзвичайних ситуаціях бойових дій. По суті, всі учасники бойових дій, які знаходились під впливом стрес-чинників в зоні АТО, потребують психологічної допомоги.

Коли останні усвідомлюють свої психологічні труднощі та стан, що заважає нормальному функціонуванню, відносно них застосовуються психореабілітаційні методи, які полягають у психологічному інформуванні, психологічній і соціально-психологічній підтримці бійців та членів його родини, використанні спеціалізованих психологічних методів, що прискорюють відновлення позитивного психологічного стану.

Робота з подолання стресових станів повинна вестися по шляху зміни особистості бійця – зміни когнітивних оцінок ситуації чи особистісних стратегій поведінки. Досвід психореабілітаційної роботи показує, що практично весь комплекс психореабілітаційних заходів з бійцями АТО може успішно здійснюватися поряд з методами психологічної самопомоги. Психологічна самопомога – це комплекс психологічних методів, спрямованих на забезпечення успішного подолання бійцями психотравмуючих обставин і попередження розвитку у них посттравматичних стресових розладів, це вплив людини на свою психіку для цілеспрямованої регуляції діяльності організму, його реакцій, процесів та станів.

Зрозуміло, що стрес обумовлений багатьма різноманітними чинниками, і його повне усунення є малоімовірним. Проте стрес може і повинен бути керованим. Існують стратегії психологічної самопомоги, які повинні мінімізувати стрес і сприяти його

профілактиці. Персональні психологічні стратегії допомагають вирішувати наступні завдання:

- профілактика негативних психічних станів;
- розрядка емоційної та стресових реакцій напруженості;
- мобілізація вольових ресурсів;
- зниження інтенсивності больових відчуттів, що виникають при травмах.

Насамперед в період психореабілітації психологам потрібно звернути увагу постраждалих бійців на такі аспекти психологічної самодопомоги і допомогти виробити навички:

- розпізнавати нормальні реакції на стресову ситуацію;
- погоджуватися з тим, що це нормально – відчувати страх і переживати той спектр емоцій, які переживаються;
- керуватися принципом «тут і зараз», відчувати себе у безпеці ;

4) об'єктивно оцінювати те, що зразу здається трагічним і катастрофічним;

6) бути орієнтованим на позитивне вирішення ситуації, але в разі невдачі знизити її рівень до терпимого;

7) не ігнорувати хиби та невдачі, а розуміти можливість їх виправлення на фоні фіксованих вдач щодо подолання труднощів;

8) орієнтуватися на принцип взаємної казуальності;

9) приділити час тому, щоб критично оцінити фізичне оточення і намагатися знайти шляхи зміцнення свого почуття безпеки через спілкування з родиною та з близькими;

10) підтримувати такі індивідуальні методи зняття напруги як аутогенне тренування, навіювання, позитивні афірмації, дихальну та м'язову релаксацію;

11) уникати вживання алкоголю, заспокійливих і снодійних засобів (завдяки ним можливо сховатися від проблеми, проте не вирішити її);

12) не навантажувати стимулюючими речовинами організм (кава, чай, шоколад, кола, сигарети), він і так напружений.

Євтушенко І.В., доцент кафедри психології управління, ДВНЗ «Університет менеджменту освіти», кандидат психологічних наук, доцент

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Реакція на травмуючі події унікальна в кожному конкретному випадку та обумовлюється різними факторами. Такими чинниками можуть бути конкретні травмуючі ситуації, індивідуальні риси особистості, сімейні стосунки, попередній життєвий досвід. Так, психологічна травма визначається як руйнування адекватних зв'язків з оточуючими людьми, порушення самосприйняття та взаємин у сім'ї. Такі зміни не завжди стають помітними. У військовослужбовців, які перебували в зоні активних бойових дій присутня висока реактивна та особистісна тривога, що може породжувати виникнення страху невдачі, несхвалення оточенням дій. Так, можна спостерігати зниження активності, депресивні стани, чи навпаки, зростання відкритої агресивності.

Стресовими акторами в даному випадку є загроза для життя, неочікуваність, недостатня кількість інформації, часу, дискомфорт, відповідальність та ін.

Виділяють такі наслідки бойового стресу: втрата сенсу життя, передчуття катастрофи, зміна рівня самооцінки та сприйняття образу Я, втрата відчуття самоідентичності, почуття провини за свої дії, безпорадність чи переоцінка своїх можливостей, байдужість до себе та близьких, прагнення переосмислювати та повертатися до пережитого досвіду, або уникнення будь-яких згадок, моделювання ситуацій, які не відбулися, підвищена тривожність, настороженість, психічне напруження, емоційна чутливість, сентиментальність чи знижена емоційній на чутливість, зростання дратівливості, агресивності, замкнутість, поява асоціальної поведінки.

У науковій літературі виділяють такі аспекти надання психологічної допомоги особам, які пережили травмуючі події: освітній (ознайомлення з її наслідками, обговорення матеріалів,

які стосуються проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР)); холістичний (цілісний підхід до надання допомоги, включаючи різні напрями – фізичні навантаження, здоровий спосіб життя, розвиток духовної сфери); соціальний (соціальна підтримка та ресоціалізація учасників бойових дій); терапевтичний (надання психотерапевтичної допомоги щодо подолання травматичних переживань).

Досвід роботи з учасниками бойових дій, які отримали поранення та інвалідність вказує на ефективність проведення групових форм надання психологічної допомоги, яка базувалась на основі проведення таборів активної реабілітації. Основний принцип роботи – «рівний рівному». Групи реабілітації підбиралися таким чином, щоб до їх складу входили учасники бойових дій з інвалідністю та інваліди зі схожими нозологіями, які мають досвід подолання власної травми. Основним завданням є максимальне включення осіб з інвалідністю до соціального життя, оптимізації психофізіологічного стану, засвоєння нових способів взаємодії та адаптація до життя з фізичними травмами. Програма проведення реабілітаційних таборів включає спеціальну фізичну підготовку (освоєння спеціальних тренувальних комплексів з підручними засобами для активних занять вдома, заняття з тягарями), рекреаційні види спорту (настільний теніс, стрільба з луку, баскетбол), вечірні лекції, психологічний тренінг (рольові ігри), спортивні походи, спортивні конкурси, ігрові тести та психологічний блок, зокрема заняття та лекції з тем: «Поняття бойовий стрес», «Профілактика та лікування ПТСР», «Лекції з правових питань», «Попередження конфліктів» та ін., а також – надання індивідуальних психологічних консультацій.

Отже, важливими завданнями є досягнення зміни самосвідомості окремої людини з інвалідністю, отримання навичок самовдосконалення, ведення здорового способу життя та реадаптація осіб, які отримали інвалідність в умовах бойових дій до соціуму, підвищення мотивації до подолання наслідків травми.

Лановенко І.І., доцент кафедри кримінального права, процесу та криміналістики Академії праці, соціальних відносин і туризму, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник, доцент;
Матвієнко О.В., науковий співробітник лабораторії екологічної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

СИСТЕМНЕ БАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОСОГИ ОСОБАМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО

Вивчення досвіду роботи психологічних служб європейських країн та США, а також враховуючи, культурні, політичні та економічні особливості проведення антитерористичної операції на теренах України передбачає, враховуючи національні реалії, *комплексної системи забезпечення психологічного супроводу та підтримки безпосередніх учасників АТО.*

АТО не повинно стати «чорною дірою» що поглинає особистість. А від так в організації психологічного супроводу виконання службових обов'язків бійців АТО потрібні системні підходи з урахуванням динаміки від «До», «В процесі» та «Після» отримання відповідного досвіду.

Стратегічними завданням розробки системи психологічного супроводу та підтримки бійця АТО, на нашу думку, повинна стати організація формування спеціальної, зокрема, військової психологічної служби яка була б спрямована на профілактику чи виявлення психологічних проблем, починаючи з когнітивного дисонансу та закінчуючи проблематикою аномальної психології, реабілітації та ресоціалізації.

Зрозуміло, що спосіб життя особи, що мобілізована, викликає зміни стану ставлення суб'єкта не тільки до умов буття, але і до існуючої нормативної системи, його самовизначення. Змінюється Я-концепція, світосприйняття, відповідно і самопроекування майбутнього.

Психологічний аналіз, прогнозування поведінки таких осіб повинно стати першим етапом психологічного супроводу осіб для служби в АТО. Створення надійної системи психологічного добору для служби в зоні АТО, «відсів» осіб для яких екстремальні у бойовій та наближеної до бойовій обстановці можуть знижувати їх здатність до усвідомленої вольової поведінки, особливо в ситуаціях поводження з людьми які не вчиняють збройного опору відповідно законним вимогам України, є пріоритетним і навряд чи викличе сумніви.

Немаловажним є і встановлення мотивації прагнення або небажання служби в зоні АТО, адже мотив є (навіть у прихованому вигляді) рушієм подальшої активності.

Спільна з кримінологами розробка програм профілактики дисциплінарних та інших правопорушень учасниками АТО, виявлення психологічних якостей та психічних аномалій які заважають ефективному виконанню службових обов'язків, можуть спричинити тяжкі наслідки для реалізації ідеологічних та політичних завдань АТО та гуманітарної, а не тільки військової місії ЗСУ у «сірій» та «червоній» зоні розмежувань. Останнє бачиться нами пріоритетним та зв'язуючим з *другим етапом психологічного супроводу*, або «В процесі».

На цьому етапі дуже важливим є проведення моніторингу психологічного стану особистого складу, надання психокорекційної допомоги в умовах бойових дій. Мова йде і про підвищення адаптаційних можливостей, і про зняття емоційного стресу, і про попередження психосоматичних відхилень, адже нові вимоги викликають нові загрози для існування «Я»: «Я- фізичного», «Я – психологічного», інших безумовних складових «Я-концепції» особистості (наприклад, ми не повинні відгороджуватися від аксіологічних питань що виникають в ході бойових дій з культурологічної точки зору).

Зміни позицій особистості відносно аксіологічних уявлень про буття прямо або опосередковано впливають не тільки на індивідуальну поведінку, але у більш масштабному, соціально-психологічному вимірі на сценарій подальшої поведінки за межами екстремальних умов зони АТО.

Останнє стосується як міжособистісних відносин так і соціального поведіння, соціальної активності в цілому. В цьому контексті, *третьій етап психологічного супроводу, психологічної допомоги повинен спиратися на завдання ресоціалізації*, коли індивідуальні досягнення не затьмарюють у свідомості особистості колективні цілі розвитку.

Новий етап життя після участі АТО, особливо враховуючи швидкоплинні зміни «мирного» існування суспільства потребує відповідної ресоціалізації як на макро – так і у мікросередовищі існування особистості (товариство, родина, тощо).

Життя поза протистояння з супротивником на рівні ризику існування потребує нового осмислення, нових сценаріїв, нових адаптивних формул. Завданням психологічної допомоги та супроводу на цьому етапі передусім є гармонізація відносин особистості з оточенням. Адаптація учасника АТО в цих умовах може тривати досить довго та бути досить болісною (принаймні з психологічної точки зору).

Конкретизуючи завдання психолога на цьому етапі можна виділити професійну зосередженість на:

1. психологічному здоров'ї особи, зняття (пом'якшення) наслідків постстресових розладів;
2. використанні ресурсу психолога як одного з посередників між соціумом та людиною яка потребує спеціальної уваги;
3. адаптації до інших, зокрема, нормативних умов життя;
4. гармонізації родинних відносин, особливо шлюбних, з урахуванням можливостей сімейної психотерапії.

В межах цих, та інших завдань психологічного супроводу та допомоги учасникам АТО є групова психотерапія, терапія посттравматичних розладів, сімейна психотерапія, індивідуальне психологічне консультування, психотерапія екзистенціальної спрямованості, а також, в цілому, супровід психолога на всіх етапах ресоціалізації особи яка була учасником АТО та безпосередньо приймала участь у бойових діях чи перебувала в іншій екстремальній обстановці.

Боярин Л.В., доцент кафедри педагогіки, психології та теорії управління освітою Інституту післядипломної педагогічної освіти Чернівецької області, кандидат психологічних наук

ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ

Події, що відбуваються сьогодні в Україні, вимагають екстреної мобілізації фахової компетентності, внутрішніх ресурсів та громадянської активності не лише від військових і політиків, а й від фахівців традиційно мирних професій – лікарів, психологів, педагогів та ін. В умовах екстремальних ситуацій та тривалого стресу відбувається виснаження захисних сил організму і адаптаційних можливостей особистості, результатом яких можуть стати різноманітні захворювання та розлади психогенного характеру. Одним з таких розладів є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Аналіз наукової літератури свідчить, що дослідження проблеми посттравматичних стресових розладів здійснювалось, головним чином, через призму службової діяльності військових або працівників міліції (О. Сафін, 1997; Н. Тарабріна, 1997; О. Тімченко, 2003). Інший аспект вивчення цієї проблеми – прояв цього феномена після пережитих катастроф (В. Green, 1992), у жертв злодіянь (L. Weisaeth, 1989) та сексуального насилля (К. Cassidy et al., 1992), радіаційних лих (С. Яковенко, 1998; I. Davidson, 1986).

Вагомий науковий внесок у дослідження перебігу і механізмів посттравматичного стресового розладу внесли такі видні психологи, як А. Караяни, Є. Лазебна, М. Зеленова, Я. Подоляк, Н. Тарабріна, Б. Бадмаєв, А. Столяренко.

У вітчизняній психологічній науці експериментально вивчається розвиток посттравматичного стресу внаслідок Чорнобильської аварії (М. Бобнева, О. Гарнець, П. Гончар, С. Яковенко). Проте впродовж останнього десятиліття психологи почали активніше звертатися до проблеми ПТСР (праці М. Щербака, В. Садкового, Б. Гунька, І. Мартинюка, І. Слюсаря, Л. Москалюк та ін.).

Прийнято вважати, що автором одного з перших описів ПТСР є давньогрецький історик Геродот, який описав битву при Марафоні у 490 р. до н.е., де, за його версією, афінський легіонер, що неушкодженим вийшов з бою, невдовзі цілком втратив зір, адже став свідком смерті свого товариша.

У хроніці Вільяма Шекспіра, датованій 1596 роком, описано переживання короля Англії Генріха IV. Після повернення з війни Генріх IV страждав від нічних жахів та уникав усього, що нагадувало йому про війну (BenEzra, 2002). Як зазначає Н. Тарабрина, через декілька десятиріч після Шекспіра Роберт Бартон у своїй книзі «Анатомія меланхолії» (1621 р.), порушував питання психологічних проблем, які пов'язані з наслідками психотравматичних подій.

Одне з перших медичних посилянь датоване часом громадянської війни в Америці. У 1861-1865 роках лікар Джейкоб Мендес Да Коста виявив та описав прискорення серцебиття у солдатів-учасників бойових дій. Згодом цей симптом назвали симптомом «солдатського серця» або серцем Да Кости «Da Costa's heart». У 1875 році англійський хірург Джон Ерік Еріксен описав психічні прояви, що спостерігалися у пацієнтів, які пережили важку травму. Подібні розлади описував і Герман Оппенгейм у 1889 році, які назвав «травматичним неврозом» і, як і Еріксен, вказував на їх органічну природу (Terence, 2010). Під час Першої світової війни інтерес до клініки та діагностики ПТСР різко зростає через збільшення масштабу психічних порушень серед солдатів, що були учасниками бойових дій.

Психічними і психологічними проблемами учасників Першої світової війни і громадянської війни займалися І. Бехтерев, П. Ганнушкін, Ф. Зарубін, С. Крайц.

Видатний хірург, вчений, Микола Іванович Пирогов під час Російсько-Турецької війни у 1877–1878 роках у своєму польовому щоденнику писав, що війна – це «епідемія травми». У 1887 році французький психіатр Жан-Мартен Шарко відзначив схожість між травматичним шоком та гіпнотичним станом, а в 1889 році інший француз П'єр Жане звернув увагу на нездатність пацієнтів інтегрувати спогади про пережиту травму. Зигмунд Фрейд відзначав, що однією з причин розвитку істерії може бути психічний стрес. Еміль Крепелін у 1896 році звернув

увагу на прояви агресії та тривоги, що виникали після важкого стресу чи поранення і називав ці прояви «неврозом страху».

Проте лише в ХХ ст. з'явилися серйозні наукові праці, присвячені проблемі ПТСР, зокрема його визначенню. Спочатку було введено поняття гострої стресової реакції (ГСР) – психологічного стану, який виникає у відповідь на події, що мають загрозливий характер. Вперше цей стан описав У. Кеннон в 1920 році і назвав його «реакцією тварин на загрозу зі звільненням симпатичної нервової системи». Отже, можна сказати, що ГСР є варіацією ПТСР, яка є психологічною або фізичною реакцією на переживання повної безпорадності.

Грунтовне вивчення ПТСР розпочалося у США з 40-х років минулого століття. Сучасне, ширше тлумачення термін посттравматичний стресовий розлад набув лише у середині 70-х рр. ХХ ст. – після того, як симптоми, схожі з ПТСР, було виявлено у значній кількості людей, що пережили надзвичайні ситуації природного, техногенного та соціального походження.

Першою, найбільш масовою категорією хворих з діагнозом ПТСР стали американські військовослужбовці, що повернулись додому з психічними порушеннями після війни у В'єтнамі (1965–1975 рр.). На початку 1980 рр. термін ПТСР з'явився в Довіднику з діагностики і статистики психічних розладів DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, третє видання), який розробляє і видає Американська психіатрична асоціація.

Досі не існує єдиної теорії, яка б пояснювала природу та механізми посттравматичних розладів особистості. Найбільш відомі та поширені в наукових колах чотири основні моделі: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна та розроблена в останні роки мультифакторна теорія ПТСР.

Як свідчить аналіз наукових джерел, прояви реакцій людини на стрес істотно не змінилися. Натомість змінилися погляди дослідників на природу та наслідки стресу для особи, що опинилася в травматичній ситуації. Відображенням цих змін є розробка та еволюція нових методів діагностики ПТСР, які входять до діагностичних критеріїв кожної сучасної класифікації.

Гльченко С.Ю., старший науковий співробітник Міжвідомчого науково-дослідного центру з проблем боротьби з організованою злочинністю при РНБО України, провідний науковий співробітник, кандидат юридичних наук

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО ВРЕГУЛЮВАННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ

1. Відповідно до положень ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. У ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» під здоров'ям розуміється «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад».

Охорону здоров'я безпосередньо пов'язують із системою заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя (ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

Про таке саме йдеться і у Кодексі цивільного захисту України стосовно рятувальників аварійно-рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайної ситуації, а також постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації, передусім неповнолітніх осіб, де зауважується, що медико-психологічна реабілітація включає у себе комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності (п. 23 ч. 1 ст. 2 Кодексу).

У ст. 5 Закону України «Про соціальні послуги» розкривається зміст психологічних послуг, як «надання

консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад».

Таким чином питання надання психологічної допомоги в Україні потребує комплексного вирішення, так як безпосередньо пов'язуються із соціальною сферою, сферою охорони здоров'я та цивільного захисту населення і має відповідне нормативно-правове закріплення.

2. 31.03.2015р. розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» №359-р було затверджено відповідний план, пункти якого містять заходи, пов'язані із психологічною реабілітацією учасників бойових дій.

03.11.2015р. набув чинності Закон України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»», в якому передбачено, що «військовослужбовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад. Порядок проведення реабілітації та відшкодування вартості проїзду встановлюються Кабінетом Міністрів України».

3. У чинному законодавстві України передбачено:

– забезпечення проведення обов'язкового медичного огляду військовослужбовців, звільнених у запас (демобілізованих), які були призвані на військову службу під час мобілізації, та направлення демобілізованих військовослужбовців, у яких виявлені порушення стану здоров'я, на стаціонарне обстеження в заклади охорони здоров'я;

– забезпечення проведення у військових частинах (підрозділах) медичного огляду та індивідуальних бесід

психологів з метою виявлення військовослужбовців, які потребують психологічної, фізичної та соціальної реабілітації;

– запровадження системи психологічної реабілітації військовослужбовців, призваних на військову службу під час мобілізації, не пізніше ніж за тиждень до їх звільнення з військової служби.

4. Під час моніторингу регіональних центрів психологічної реабілітації і лікування учасників АТО, який проводиться за участю регіональних координаторів зі зв'язків з громадськістю Уповноваженого Верховної Ради України та представників громадських організацій встановлено проблеми, які пов'язуються зі статусом діяльності подібних центрів і наслідками, які можуть бути ймовірними для учасників АТО, які проходять лікування і реабілітацію в них.

Так порядок функціонування та діяльності центрів психологічної реабілітації та лікування законодавчо не врегульований (відсутні відповідні нормативно-правові документи). Також законодавчо не врегульовані питання процесу госпіталізації, лікування та виписки. Військові потрапляють до центрів переважно перебуваючи у відпустці, без відповідних направлень, тоді, як у п. 260 Статуту внутрішньої служби Збройних сил України зазначається, що «у разі направлення на лікування поза розташуванням частини військовослужбовці повинні... мати при собі направлення, підписане командиром військової частини».

Окрім того центри з психологічної реабілітації учасників бойових дій розміщуються на базі психоневрологічних лікарень, що може створювати негативні наслідки для подальшого життя осіб, які проходили там реабілітацію та лікування.

Так сама процедура госпіталізації прибулих до центрів психологічної реабілітації та лікування для учасників АТО здійснюється на підставі норм Закону України «Про психіатричну допомогу». В подальшому особи, які пройшли лікування в цьому медичному закладі, можуть стикатися з проблемами, пов'язаними із постановкою осіб, які проходили психологічну реабілітацію, на диспансерний чи консультативний облік у психоневрологічних диспансерах за місцем постійного проживання. Це може спонукати обмеження

у виборі професії, проблеми із отриманням сертифікату від психіатра для оформлення водійського посвідчення тощо.

Таким чином актуальним лишається питання удосконалення механізму реалізації положень ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» стосовно психологічної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій та прирівняних до них осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах.

Драгола Л.В., старший викладач кафедри практичної психології, ЧНУ імені Богдана Хмельницького, кандидат психологічних наук

НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Найбільш актуальними в Україні є проблеми психологічних та психічних наслідків перебування людини в надзвичайній ситуації, які загрожують життю та здоров'ю.

Надання психологічної допомоги людям, які постраждали в наслідок надзвичайних ситуацій є запорукою успішного функціонування системи соціально-психологічного супроводу та реабілітації.

Надзвичайна ситуація – це небезпечні події чи явища, що призводять до порушення безпеки життєдіяльності: ситуація на певній території, що склалася внаслідок аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного, чи іншого нещастя, тяжкого злочину, терористичного акту з людськими жертвами, завдання шкоди здоров'ю, значні матеріальні втрати, порушення умов життєдіяльності. До надзвичайних ситуацій належать події, що виходять за межі звичайного життя й можуть викликати травматичний стрес у кожної людини [3].

Надзвичайними ситуаціями називають обставини, що виникають унаслідок природних стихійних лих, аварій і катастроф техногенного чи екологічного походження, що

викликають різке відхилення від норми життєдіяльності людей, економіки, соціальної чи природної сфери.

Психологічний захист населення і психологічне забезпечення діяльності служби цивільного захисту набуває одного з пріоритетних напрямків роботи в умовах надзвичайної ситуації, оскільки допомагає в критичний момент екстремальної ситуації постраждалому населенню, родичам загиблих, очевидцям події та і зрештою самим працівникам міністерства надзвичайних ситуацій відчуті підтримку, емоційний захист, розділити біль втрати, зменшити прояви негативних психоемоційних станів та інколи навіть і запобігає виникненню соціального напруження в суспільстві.

Будь-яка людина, дотримуючись певних рекомендацій і володіючи інформацією про особистісні особливості потерпілого, зможе в певних обставинах надати йому першу психологічну допомогу. Дуже важливими є знання, як допомогти постраждалим безпосередньо після трагічної події, освоїти навички роботи з окремими наслідками психотравмуючих ситуацій. Це особливо важливо знати, для того, щоб вчасно визначити несприятливі психологічні стани й звернутися по допомогу до фахівця.

Основним завданням та функціями психологів у ході психологічного супроводження під час надзвичайної ситуації є:

1. Проведення інструктажів із працівниками, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

2. Спостереження за поведінкою та психоемоційним станом працівників під час несення служби на місці аварії і, в разі необхідності, надання їм психологічної допомоги.

3. Визначення в ході надзвичайної ситуації та після неї працівників, які внаслідок впливу негативних чинників професійної діяльності потребують психологічної допомоги та реабілітації.

4. Надання рекомендацій керівництву залучених органів щодо організації роботи з метою недопущення отримання психологічних травм, виникнення конфліктів і непорозумінь із громадянами, які втратили рідних.

5. Надання рекомендацій представникам адміністрації щодо організації взаємодії з членами сімей загиблих.

6. Здійснення заходів щодо надання психологічної підтримки та корекції психоемоційного стану членів сімей загиблих.

Найбільш розповсюдженими методами психологічної допомоги після пережитого є психологічна корекція, гуманістична психотерапія і сімейна психотерапія. Новим видом допомоги є соціальне медіаторство. Психологи допомагають налагоджувати взаємодію між постраждалими і соціальними, державними та медичними установами. Соціальне медіаторство є одним з ефективних способів відновлення адекватної соціальної активності потерпілих.

Психокорекційна робота також повинна мати певну структуру та відповідати індивідуальним особливостям особистості, на яку вона спрямована. Існують три обов'язкові етапи загального психокорекційного процесу, а саме: підготовчий етап, безпосередньо психокорекція та етап рефлексії позитивних змін та психокорекційної роботи в цілому.

Розглядаючи тему – надання психологічної допомоги людям, які постраждали в наслідок надзвичайних ситуацій, можна констатувати, що дана тема є важлива та актуальна в теперішній час. На психологів, які працюють безпосередню в НС покладена велика відповідальність. Їхня компетентність і професіоналізм може врятувати не одне життя.

Лопатинська І.С., науковий співробітник науково-дослідної лабораторії з проблемних питань правоохоронної діяльності ДЮІ МВС України, кандидат педагогічних наук

ВЗАЄМОДІЯ УПРАВЛІННЯ І СПІВУПРАВЛІННЯ У СТВОРЕННІ ЕМОЦІЙНО СПРИЯТЛИВОГО СЕРЕДОВИЩА В КОЛЕКТИВІ МАЙБУТНІХ ПРАВООХОРОНЦІВ

Світові тенденції у галузі освіти засвідчують зростання вимог до емоційно сприятливого середовища різних типів навчальних закладів як важливого чинника гармонійного розвитку особистості молоді. Нові взаємовідносини обумовлюють пошук нових шляхів й засобів управління та співуправління в створенні

емоційно сприятливого середовища студентського колективу, а саме в колективі майбутніх правоохоронців.

Аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що ефективним засобом розв'язання різних проблем в студентському колективі майбутніх правоохоронців, є взаємодія управління та співуправління в системі відносин «викладач-студентський колектив». Визначення пріоритетів та розробка програм, стратегії і тактики цієї взаємодії є важливим засобом створення емоційно сприятливого середовища в колективі майбутніх правоохоронців, як умова ефективного вирішення професійних проблем. Формування особистості, як майбутнього фахівця правоохоронних органів відбувається не тільки в процесі навчання, але й під впливом емоційно сприятливого середовища, в якому перебуває та виховується сильна особистість студента. Середовище – це певна продумана система людських взаємовідносин, це сукупність управлінських рішень, дій, що стимулюють досягнення колективної мети.

Під емоційно сприятливим середовищем маємо на увазі сукупність умов, що сприяють психологічному комфорту й успішному розвитку особистості майбутнього правоохоронця в колективі. Управління створенням емоційно сприятливого середовища відбувається в студентському колективі під керівництвом викладача та співпрацею, співуправлінням органів самоврядування. В основу управлінських дій викладача та співуправління з студентським активом мають бути покладені принципи управлінської діяльності. М.Поташник виділяє принцип системності, що передбачає розвиненість у роботі викладача всіх управлінських функцій, його взаємодії з студентським активом щодо організації колективної діяльності та створення емоційно сприятливого середовища в колективі майбутніх фахівців правоохоронних органів. Цей принцип обумовлює систему управлінських дій викладача і співуправлінських дій студентського колективу в оздоровленні його психологічного клімату. А система, в свою чергу, об'єднує компоненти діяльності: мотиви – мету – завдання – зміст – форми – методи – умови – результати.

Взаємодія управління й співуправління щодо створення емоційно сприятливого середовища в колективі – це особлива діяльність, в якій суб'єктами є (викладач, студентський

колектив і його актив) за допомогою планування організації, керівництва і контролю забезпечують організованість колективної діяльності на забезпечення психологічного комфорту для кожного її учасника. Управління і співуправління в колективі майбутніх правоохоронців мають бути спрямовані на пізнання кожним студентом цінності своєї особистості через відношення до перспективи. Управлінські дії викладача мають бути спрямовані на стимулювання управлінських дій активу, на постановку складних задач, які прагнуть студенти, на колективні зусилля для їх досягнення. Взаємодія управління і співуправління у системі відношень «викладач – колектив» реалізується різними формами колективних дій. Основою цих дій він вважає, товариську єдність і спільність мети, інтереси викладача та студентів в її досягненні. Успіх управління та співуправління у створенні емоційно сприятливого середовища можливий лише тоді, коли всі учасники навчально-виховного процесу «запалені однією думкою, одним принципом, одним стилем, які працюють єдино».

Оздоровлення клімату, становлення емоційно сприятливого середовища в колективі обумовлюється вмінням викладача делегувати частину прав і свободи дій органам студентського самоврядування. Діяльність органів самоврядування на принципах свободи дій, самодіяльності, колективного успіху характеризує не тільки єдність мети і діяльності, але й єдність переживань та суджень студентів, їх емоційного настрою і задоволеності колективними діями.

Змістовність та багатогранність форм взаємодії управлінських дій викладача й органів студентського самоврядування є основою створення емоційно сприятливого середовища, важливого чинника виховання по відношенню до кожного члена колективу. Взаємодія управління і співуправління у життєдіяльності колективу майбутніх правоохоронців позитивно впливає на розвиток самостійності, інтересів, активності, адекватної самооцінки, характеру самоствердження студентів у колективній діяльності, є засобом створення емоційно сприятливого середовища, яке стимулює розвиток стійких професійних здібностей і стилю діяльності майбутнього правоохоронця. Грамотні управлінські дії дозволяють перетворити

усіх учасників взаємодії на суб'єктів спілкування, допомогти подолати різноманітні психологічні бар'єри.

Управління та співуправління в створенні емоційно сприятливих умов спілкування в системі відношень «викладач – студентський актив – колектив студентів» знаходять вираження наступне: особливості комунікативних можливостей викладача; характер взаємин його з членами студентського колективу та органами самоврядування; рівня сформованості колективу; культури управлінських дій учасників процесу управління та співуправління; стилю спілкування та співтворчості в колективі.

Від стилю управління та співуправління життєдіяльності студентського колективу залежить психологічна атмосфера, емоційний добробут його членів, що забезпечує емоційне задоволення студентів, приводить до переживання психологічного комфорту. У такому середовищі відбувається стабілізація складу засобів і способів здійснення колективної діяльності та спілкування, складається цілісна структура управління та співуправління розвитку колективу, професійно - спрямований стиль співпраці та спілкування.

Вирішальне значення взаємодії управління та співуправління в колективній діяльності належить вихованню лідерських якостей майбутніх працівників правоохоронних органів. Необхідно наголошувати на формуванні у кожного майбутнього правоохоронця почуття обов'язку і поняття честі, вміння підкорятися вимогам колективу, бути активним організатором, вміти володіти собою і впливати на інших. Емоційно сприятливе середовище колективу забезпечує самопочуття людини в колективі, характер її колективних зв'язків й реакцій, її дисциплінованість, готовність до дій і гальмування, здібність такту і орієнтування, принциповість і емоційне перспективне устремління.

Викладач та студентський актив повинні формувати уміння спільно виробляти стратегію і тактику управлінських дій, конструктивно обговорювати проблеми, формулювати мету, вислухати колегу, зрозуміти його точку зору, прийняти чи тактовно й аргументовано відхилити.

Від створення доброзичливої атмосфери, сприятливого клімату взаємин викладача та студентів, міжособистісних їх стосунків залежить успіх колективної діяльності, виховний

вплив на особистість майбутнього правоохоронця, налаштованість та її орієнтація на гармонійно-ціннісний розвиток, забезпечення необхідних умов для успішної реалізації програми формування впевненої особистості з загальнолюдськими цінностями; розвиток її індивідуальних нахилів, здібностей; становлення гуманних і демократичних відносин у колективі майбутніх правоохоронців.

Андрусишин Ю.І., науковий співробітник наукової лабораторії Національної академії СБУ, кандидат психологічних наук

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ В УЧАСНИКІВ АТО

Проблема емоційно-вольової стійкості фахівців є ключовою для розуміння психологічних механізмів ефективності й надійності професійної діяльності, яка здійснюється в екстремальних умовах. Достатній рівень її розвитку дає змогу організму зберігати стабільність у різних умовах діяльності, що є показником професійного здоров'я та передумовою забезпечення ефективності виконання завдань в стресових умовах.

При роботі в районі проведення антитерористичної операції (далі – АТО) значення емоційно-вольової стійкості значно підвищується, особливо за умови виникнення ситуацій, що загрожують життю та здоров'ю особистості та її друзів, колег. Суттєві зміни умов перебування обумовлюють необхідність перебудови своєї психіки, переведення її на новий режим функціонування задля адаптації до стрес-факторів. З перших днів участі в АТО (а часто й до її початку) в особистості запускаються механізми короткострокової та довгострокової адаптації, розробляються специфічні копінг-стратегії і навички повсякденного виживання.

До того ж, під впливом чинників, які створюють екстремальні ситуації, поведінка невідготовленого фахівця може супроводжуватись розгубленістю; нерішучістю; підвищеним рівнем тривожності; погіршенням рівня уваги та

спостережливості; зниженням наполегливості й цілеспрямованості в досягненні цілей; підвищенням рівня роздратованості й нестриманості; відмовою від виконання завдання; обманом тощо. Оптимізації адаптивних можливостей людини до стрес-факторів екстремальних ситуацій сприяє застосування емоційно-вольової саморегуляції, завдяки чому досягається формування стійкості до тривалого напруження, небезпеки та ризику, здатності до оптимальної мобілізації можливостей організму, а також набуття досвіду подолання перешкод в екстремальних умовах.

Загалом, психічну саморегуляцію розуміють як системно організований психічний процес ініціації, побудови та підтримання усіх видів й форм зовнішньої та внутрішньої активності, направленої на досягнення цілей та управління ними. Саморегуляція із успіхом застосовується для подолання фізичних та розумових навантажень, регуляції рівня емоційного збудження, формування мобілізаційної готовності, нормалізації психічного стану після емоційного навантаження. Психічна саморегуляція містить прийоми, що дають змогу впливати на вегетативну нервову систему, центри керування якою не підлягають прямому вольовому впливу, керувати тонусом м'язів, рівнем бадьорості та функціями внутрішніх органів.

Емоційно-вольова саморегуляція, як один із видів психічної саморегуляції, має бути спрямована на формування таких станів, що сприяють оптимальному використанню особистістю своїх внутрішніх можливостей, розкриттю його творчого потенціалу, більш широкого й ефективного прояву її професійних якостей і здібностей. Зазначений вид саморегуляції є тим механізмом, посередництвом якого здійснюється оптимізація й компенсація психічних можливостей, регуляція психічних станів відповідно до завдань та цілей професійної діяльності. З його допомогою особистість підтримує стабільний рівень активності, незважаючи на негативні стани, що виникають на певному етапі роботи.

Процес емоційно-вольової саморегуляції має базуватися на трьох основних принципах: релаксації, рефлексії, самонавіювання. Сутність релаксації полягає у підготовці тіла та психіки до використання тренувальних вправ. Завдяки релаксації можна відчути зв'язок свого організму з

мисленневою діяльністю. Розслаблення означає звільнення тіла і психіки від зайвого напруження. Релаксація є двостороннім процесом: тіло розслабляється по мірі того, як заспокоюється мозок, а мозок заспокоюється від того, як розслабляється тіло. Рефлексія є процесом самопізнання внутрішніх психічних актів та станів, тобто вона створює у індивіда цілісний образ його стану, що є важливим для його репродукції, корекції та реабілітації. Навички рефлексії дають змогу краще використовувати свої внутрішні ресурси, активізувати протікання психічних процесів. Самонавіювання полягає у тому, що з допомогою самонаказів вербальні фрази неодноразово відтворюються у свідомості та глибоко сприймаються на емоційному рівні. Такі ж накази можуть бути сформульовані як намір, установка або твердження, наприклад: «Я можу це зробити», «У мене неодмінно все вийде». Самонавіювання – це переконливе твердження про те, що успіх можливий, виражене від першої особи в теперішньому часі. Слова, направлені до себе, укріплюють віру в те, що людина може досягнути поставленої мети. Вони змушують мозок концентруватися та активно брати участь у процесі досягнення мети.

Тобто, емоційно-вольова саморегуляція передбачає розвиток емоційно-вольових якостей, які можуть оптимально сформуватися в умовах значної емоційної напруги, гострого дефіциту часу. Як слушно зазначають науковці [1, с. 147], саме дискомфортні умови стимулюють розвиток вольової активності та активізацію вольових центрів у підкіркових структурах головного мозку. Такі ситуації викликатимуть сильні емоції, однак у міру звикання до подібних умов негативний вплив цих емоцій буде послаблюватись, з'явиться відповідний досвід, який допоможе в конкретних умовах діяльності зберегти емоційно-вольову стійкість і виконати відповідне завдання.

Таким чином, із викладеного можна зробити висновок, що емоційно-вольова саморегуляція є передумовою успішної роботи в районі проведення АТО. Вона має бути спрямована на подолання регуляцію рівня емоційного збудження, формування мобілізаційної готовності та нормалізацію психічного стану особистості. Володіння розвиненими навичками емоційно-вольової саморегуляції забезпечує ефективну психологічну самопомогу при виявленні особистістю у себе первинних негативних психічних реакцій на вплив стресових умов.

Список використаних джерел

1. Морозов О.М. Патопсихологічний аналіз особистості в правоохоронній практиці : монографія / О.М. Морозов. – К. : Атіка, 2009. – 320 с.

Левенець А.Є., старший викладач кафедри пенітенціарної педагогіки і психології Інституту кримінально-виконавчої служби, кандидат психологічних наук

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ УЧАСНИКІВ АТО

Діяльність учасників бойових дій в зоні АТО пов'язана з ризиком для життя й здоров'я та, як правило, пронизана безліччю стресових факторів. Специфіка виконання професійної діяльності учасників АТО задає високі вимоги до їх особистісних якостей, рівня професіоналізму, вміння легко адаптуватися та адекватно реагувати на загрозливі обставини середовища. Тривале виконання своїх службових обов'язків в досить напруженій обстановці може призводити до дезадаптації, зниження супротиву організму, розвитку негативних психічних станів.

Зазначимо, що більшість фахівців з психології стресу вважають, що помірний стрес справляє позитивний вплив на ефективність виконуваної діяльності, в той час як надмірний стрес (дистрес) – дезорганізовує поведінку, викликає деструктивні зміни через перевищення ресурсних можливостей організму [2]. Відповідно поняття «стресостійкість» визначається через критерії надійності, продуктивності та ефективності виконуваної діяльності, емоційну стійкість. Характер і способи переборювання стресових ситуацій залежать від життєвої позиції, активності особистості, від її потреб у самореалізації своїх потенціалів і здібностей (Ю.А. Александровський, Р.С. Лазарус, В.Л. Марищук, Г.С. Никифоров, О.Я. Чебикін, Ю.В. Щербатих та ін.).

Р.С. Лазарус та С.Фолькман виділяють дві провідні стратегії подолання стресових ситуацій: 1) проблемно-орієнтовані та 2) емоційно-орієнтовані. Перша стратегія спрямована на актуалізацію зусиль, необхідних для вирішення

проблемної ситуації, що вимагає відповідних здібностей, професійних умінь та навичок. Друга стратегія подолання стресу спрямована на зміну когнітивних установок у ставленні до ситуації та регуляції переживань людини [3]. Засобами, спрямованими на регуляції емоційного стану можуть бути: когнітивне переструктурування (орієнтація на позитивні аспекти), свідоме дистанціювання, навмисне посилення стресу для мобілізації дій та ін.

Сучасною психологічною наукою накопичений цілий комплекс заходів з підвищення стресостійкості особистості, спрямований на вирішення завдань: 1) профілактики та попередження виникнення негативного стресу, 2) забезпечення формування навичок психосаморегуляції, 3) корекція наслідків травматичних стресових порушень.

Вирішення першого завдання полягає у спеціальній психологічній підготовці, що, окрім інформаційної складової, включає формування навичок та вмінь витримувати великі фізичні та психічні навантаження в ситуаціях, максимально наближених до реальних, які виникають в екстремальних умовах діяльності [1]. Дієвим засобом підвищення стресостійкості вважається прийом проектування, «психічного перегляду» майбутніх стресогених подій (що можливе й методами психодрами), в ході яких відбувається процес формування адекватного ставлення до них.

Вирішення другого завдання можливе через навчання бійців техніці самомоніторингу власного емоційного стану та засобам хоча б часткової самостійної нейтралізації негативних наслідків дистресу (дихальна, м'язова релаксація / активізація; когнітивні афірмації та ін.).

Провідною метою психокорекційних заходів з учасниками АТО, після відповідної психодіагностичної роботи, є відновлення порушеної внаслідок травм психічної діяльності: звільнення від нав'язливих споминів минулого, зниження тривоги, відновлення почуття особистісної цілісності та контролю над життям. Провідними принципами роботи психолога з такими клієнтами є побудова довірчих стосунків, щире бажання допомогти людині, здатність вселити віру у позитивний результат психологічної роботи. Психокорекційні заходи можуть відбуватись у індивідуальній та груповій формах та проходити у когнітивному,

біхевіоральному, психоаналітичному, психодраматичному, нейролінгвістичному та інших напрямках.

Список використаних джерел

1. Білоус Т. Л. Стресостійкість працівників органів внутрішніх справ як важлива складова готовності до професійної діяльності в екстремальних умовах / Т. Л. Білоус // Пед. освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка : зб. наук. пр. – 2012. – № 18. – С. 41-45.

2. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.

3. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. – N.Y. : Springer, 1984. – P. 22-46.

Гаркуша І.В., асистент кафедри соціальної психології і психології управління ДНУ імені Олеся Гончара, кандидат наук із соціальних комунікацій

ЧИННИКИ ПОВЕРНЕННЯ У ТРАВМУ – ФЛЕШБЕКИ ТА ІНТРУЗІЯ

Сьогодні не викликає сумніву, що психологічні зміни у ветеранів війни можуть спостерігатися у вигляді окремих розрізнених симптомів, у вигляді більш-менш взаємозалежних проявів і у вигляді синдрому – посттравматичного стресового розладу.

Україна переживає час усвідомлення багатьох важливих істин, зокрема істини про цінність психічного здоров'я людей. Близько 50 тисяч бійців були мобілізовані, за планом Генштабу.

Ми повинні визнати, що терміни «в'єтнамський», «афганський» і «чеченський синдром» витісняються новим і гранично близьким – донбаським синдромом.

Посттравматичний стресовий розлад, ПТСР – це важкий психічний стан. Якщо рани можуть зажити, а шрами, врешті-решт, стягнутий шкіру, – то психічний розлад може дати про себе знати і через роки після травми.

Ще під час Другої світової війни В. А. Гіляровським був описаний «синдром нервової демобілізації», що виникає у солдатів після повернення з фронтової обстановки. Даний синдром характеризується проявом залишкових явищ перевтоми на тлі різкого зниження рівня вольової мобілізації. На підставі досліджень післявоєнної адаптації ветеранів Великої Вітчизняної війни вітчизняними вченими був зроблений висновок про можливість тривалогозбереження наслідків психотравмуючої війни (Гіляровський В.А., Введенський І.Н., Краснушкін Є.К., Холодовського Є.М. та ін.).

Р. Грінкер і Д. Шпігель одними з перших стали розглядати відстрочені психічні стани ветеранів як реакції на бойовий стрес. У своїй роботі «Люди під впливом стресу» (1945 р.) вони виділили найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес. До них були віднесені: нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засипання, тривожність, втома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам'яті, тремор, труднощі концентрації, поглиненість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобічні реакції. При цьому спостерігається також зниження апетиту, пристрасть до алкоголю і різні психосоматичні симптоми.

Посттравматичний стресовий розлад характеризується трьома групами симптомів: постійне переживання психотравмуючої події; прагнення уникнути стимулів, що нагадують про психологічну травму; підвищена вегетативна активація, в тому числі посилена реакція переляку (стартл-рефлекс).

Запуском при «поверненні у травму» можуть бути чинники середовища, що нагадують ті, при яких відбулася травматична подія – інтрузія та флешбеки. Частіше проявляється інтрузія – картини найбільш напружених моментів події, що травмувала кілька миттєвостей.

Раптові хворобливі занурення в минуле, коли постраждалий знову і знову переживає те, що сталося так, як ніби це сталося тільки зараз (так звані «флешбеки»), – класичний прояв посттравматичного стресового розладу. Постійні переживання можуть також виражатися в неприємних спогадах, важких сновидіннях, посилення фізіологічних і

психологічних реакцій на стимули, так чи інакше пов'язані з психотравмуючими подіями. Щоб діагностувати посттравматичний стресовий розлад, у постраждалого необхідно виявити хоча б один із зазначених симптомів, що відображають постійне переживання психотравмуючої події. Інші симптоми посттравматичного стресового розладу полягають в спробах уникнути думок і дій, пов'язаних з травмою, ангедонії, зниженні пам'яті на події, пов'язані з травмою, притупленні афекту, відчутті відчуження або дереалізації, відчутті безнадійності.

Ще один із симптомів посттравматичного стресового розладу – інтрузія, повторювані нав'язливі спогади, які виникають спонтанно, але при цьому людина перебуває в моменті «тут і зараз».

Інтрузії можуть бути повною вигадкою, частковою вигадкою або реальними фактами – і розрізнити їх буває дуже складно.

Різниця між інтрузією і флеш беками полягає у реалістичності. Флешбеки включають фізичні переживання, вони настільки реалістичні, що людину відриває від відчуття реальності. У флешбек занурюєшся, але часто він має владу й затягує через те, що людина не проти такого занурення. Відчувається, що ти стоїш саме там, і навколо тебе розвивається травмуючи події. А не згадуєш травмуючи події, відчуваючи себе у безпеці.

Якщо ми говоримо про флешбеки, то це короткий спалах спогадів. Наприклад, прийшли діти провідати бійців з повітряними кульками, а у одного з дітей цей кулька лопнула – бійці ж ховаються під ліжко. Цей кулька стає тригером, «спусковим гачком» для активізації спогадів. Або ж американський фільм про бійця, який потрапив на салют – камера від'їжджає і воїн вже ховається – йому це видається не феєрверком, а бомбардуванням. Це флешбеки.

Інтрузія проживається як секундне «струшування» спогадом. Наприклад, ми посварилися з начальником ввечері, а вранці їдемо на роботу і всередині продовжуємо з ним лаятися. Інтрузії є чимось подібним, тільки в посиленій формі.

Потрібно говорити про потужні стресогенні фактори. А у бійця це в сто разів більше, в сто раз більше посилені спогади, які не дають йому спокою, виникають спонтанно і некеровані ім. У таких бійців відбулися збої в адаптаційний механізм.

Самодопомога при інтрузії: не лякатися; Дозволити інтрузіям просто відбуватися; Не намагатися «не думати» чи витіснити інтрузію, бо це може перерости у флеш бек.

Флешбеки, як ми вже знаємо – особливо яскраві спогади з фізичними відчуттями та дають враження, що подія відбувається знову.

Самопоміччю є закоренитися у реальності; пояснити детально собі, чим відрізняється «тут і тепер» від «там і тоді»; Прив'язати до реальності сильний запах чи певний предмет, мати його при собі; Уникати ситуацій, що провокують флешбек.

В Ізраїлі військових, які вийшли із зони бойових дій, відправляють на своєрідний «карантин» – в мультифункціональний реабцентров, де бійці знаходяться, як правило, від 3 до 14 днів – і тільки після цього повертаються на «громадянку». А ми хочемо, щоб після 2-х років війни, наші воїни поверталися і відразу приступали до мирного побутового життя: мило посміхалися, говорили компліменти, подавали каву в ліжку і жартували по-доброму... І це після всього того, що він повернувся з війни, де щойно вбивали його і він захищав і захищав нас з вами. Він, який жив в інстинкті виживання там, а тут, натомість, йому нічого не запропонували для його комфорту.

Кляпець О.Я., старший науковий співробітник лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник

ВПЛИВ НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ВЕТЕРАНАМИ НА ЇХ СІМЕЙНІ ВЗАЄМИНИ

Сімейне життя неминуче змінюється, якщо навіть один з членів сім'ї отримує психічну травму. Від подій, що відбуваються зараз на Сході України, страждає кожний член сім'ї: не тільки боєць, що вперше в житті бере в руки не комп'ютерну мишу, а зброю, і йде у бій, а й його дружина, діти, батьки, які вдома вболівають за нього. Враховуючи збільшене навантаження на всіх членів сім'ї (зумовлене необхідністю здійснення тих функцій, що

раніше виконував боєць), стає зрозумілим, що члени його сім'ї переживають неабиякий стрес. Після владнання ситуації – повернення додому – травматичні переживання нікуди не зникають і сім'я віч-на-віч залишається з нічними жахіттями, відчуттям безпомічності, роздратованістю, спалахами люті, тугою за минулим життям та іншими їх наслідками.

Західні воєнні психологи, що мають значно більший досвід вивчення проблеми бойової травми солдатів, зокрема її впливуна сімейні взаємини, дійшли висновку, що члени сімей ветеранів зПТСР переживають напруження неменше, ніж члени сімей з особами, що страждають на шизофренію чи деменцію. При цьому ними аналізувалися і рівень фізичного навантаження членів сім'ї, і проблеми психічного здоров'я, і психосоматичні розлади такі як ішемічна хвороба серця, гіпертонія, порушення сну та депресія.

Закритість у спілкуванні, емоційне відчуження, зниження задоволеності життям, збільшення тривожності, що демонструють ветерани після переживання травматичних подій, поступово стають проблемами, спільними для членів їх сімей. Розвивається вторинна травматизація, що розуміється як непрямий вплив травматичних переживань на тих, хто знаходиться в тісному контакті з жертвою.

Зазначається також, що дружини ветеранів із бойовою травмою стикаються і збільшеною конфліктністю, високим ризиком хімічної залежності, сімейного насилля, що, зрозуміло, теж негативно відбивається на їх психологічному здоров'ї. Діти ветеранів мають емоційні та поведінкові проблеми, складнощі у навчанні. Чим більш важкою є симптоматика ветеранів – тим важче членам його сім'ї, тим гірше функціонує його сім'я в цілому.

Встановлено, що члени сімей ветеранів переживають наступне:

– Співчуття. Співчуття є, безумовно, необхідним чинником реабілітації ветерана в сім'ї, та й неможливо не співчувати людині, яку кохаєш та з якою будуєш спільне майбутнє. Але в гіпертрофованому вигляді співчуття проявляється у намаганні обмежити активність потерпілого, робити все за нього, а також прийнятті будь-якої його поведінки, навіть небезпечної. Така

«інвалідизація» ветерана лише інтенсифікує прояви ПТСР та перешкоджає процесу реабілітації.

– Негативні почуття. Необхідно розуміти, що життя з людиною, що пережила травматичні події, – це «емоційна м'ясорубка», і почуття злості, образи, роздратування та втоми від неї є цілком нормальними. Для того, щоб легше переживати різні неприємні ситуації з коханою людиною та не приймати їх особистісно, необхідно намагатися бути обізнаним про характерні симптоми ПТСР та ті особистісні зміни, що він може викликати.

– Потреба в поведінці уникання. Уникання, будучи одним з симптомів ПТСР, часто стає характеристикою поведінки і інших членів сім'ї. Пов'язане це із страхом завдати болю ветерану, випадково нагадавши йому якимось чином про пережите. Іншим варіантом поведінки уникання членів сім'ї є страх надмірних реакцій потерпілого на певні сигнали, що зумовлює «ходіння навшпиньки» біля нього. Необхідно розуміти, що уникання не тільки не полегшує перебіг ПТСР, а, навпаки, «заморожує» його у часі.

– Депресивні переживання. Кохана людина, що переживає бойову травму, безумовно викликає почуття болю та втрати. Якщо ПТСР проявляється тривалий час (а процес реабілітації ніколи не буває швидким і легким), виникає відчуття марності власних зусиль, безнадія та зневіра у те, що сім'я колись повернеться до нормального, щасливого життя. В подібній ситуації необхідною є зовнішня підтримка як з боку оточуючих (рідних, друзів тощо), так і з боку фахівців. Корисною також є психологічна робота в групі, сформованій за принципом «рівний – рівному».

– Почуття провини. Переживання власної відповідальності за благополуччя сім'ї та інших її членів може зумовлювати виникнення почуття провини за ПТСР ветерана, за свою неможливість цьому зарадити, а також за свої негативні почуття стосовно нього. Необхідно пам'ятати, що реабілітація після переживання травматичних подій потребує часу і необхідно набратися терпіння. Важливо також розуміти, що ніхто невинний в тому, що склалося саме так, як сталося, що той складний час, який

переживає зараз сім'я, є не лише сповненим страждань, він також надає й великі перспективи для розвитку сім'ї як цілого, а також особистісного розвитку окремих членів сім'ї.

– Проблеми із здоров'ям. Емоційні переживання часто зумовлюють проблеми із психологічним та соматичним здоров'ям, тож необхідно уважно ставитися до свого здоров'я і в разі потреби, не зволікаючи, звертатися по допомогу до спеціалістів.

Важливим також для нас висновком, якого дійшли вчені інших країн, є те, що сімейні взаємини, їх якість та характер, впливають на ПТСР ветеранів, перешкоджаючи чи сприяючи його розвитку. Тож психологічна допомога, спрямована на підтримання сімейних ресурсів, відновлення психологічного благополуччя членів сім'ї ветеранів, посилює реабілітаційний потенціал їх сімей. Враховуючи отримані дані, міністерства оборони багатьох країн (Канади, США, Австралії, Ізраїлю тощо) формують розгалужену систему психологічної допомоги не тільки ветеранам, а й членам їх сімей та повністю беруть на себе її фінансування.

Отже, можемо *підсумувати*. Аналіз закордонних досліджень, що стосуються впливу бойової травми ветеранів на їх сімейні взаємини, надає змогу стверджувати необхідність запозичення досвіду психологічної реабілітації ветеранів в інших країнах: до кола обов'язкових споживачів психологічної допомоги мають бути включені не тільки бійці, що приймали участь в АТО, а й члени їх сімей. Така психологічна робота має бути спрямованою на інформування членів сім'ї щодо перебігу ПТСР, особливостей його прояву, оптимальної поведінки та побудови взаємин у сім'ї, профілактику розвитку вторинної травматизації у членів сім'ї та збільшення її реабілітаційного потенціалу. Фінансуватися вона має за рахунок державних коштів.

Костюк О.І., старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НМАПО ім. П. Шупика, кандидат психологічних наук;

Ангелова С.О., асистент кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НМАПО ім. П. Шупика

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИКІВ У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АТО

Перед сферою медичного обслуговування зараз з'явилися нові виклики: допомога та реабілітація осіб, що постраждали в наслідок проведення АТО. Це вимагає від лікарів не тільки оновлення професійних, а й так званих інтегративних (в т.ч. психологічних) компетенцій, які б дозволили справлятися з цими завданнями. Саме компетентнісний підхід забезпечує ефективну освіту протягом життя. У 2006 р. Парламент та Рада Європи дала рекомендації щодо восьми ключових компетенцій навчання протягом життя (2006/962/ЕС), включаючи соціальні та громадянські компетенції. Компетенціями ми вважаємо цілеспрямовані дії, якими оволоділа людина, а компетентність розуміємо як стан, коли особистість може застосовувати їх, досягаючи певного результату. Для того щоб з'ясувати, які саме психологічні компетенції ми плануємо, сформувавши нам треба: 1) зрозуміти характер професійної діяльності 2) визначити бажаний результат; 3) проаналізувати особливості ситуації та коло проблем, вирішенню яких треба сприяти. Розглянемо детальніше ці пункти.

1. Лікар працює в умовах проблемної ситуації, заданої унікальністю організму і особистості людини, відкритістю їх систем. Цілеспрямованими напрямками діяльності лікаря є діагностика, лікування та профілактика захворювань. Інтелектуальні задачі, які вирішуються, інформаційно складні через мінливі вхідні дані (симптоми і синдроми проявляються, приховуються та і зникають, об'єднуються між собою). Майже завжди існує брак часу для прийняття та втілення клінічного

рішення. Життя та здоров'я людини є незаперечною цінністю нашого суспільства, тому моральне навантаження та відповідальність у лікарській діяльності високі, а помилки глибоко вражають емоційну сферу особистості фахівця.

2. Бажаний результат застосування психологічних компетенцій медиків полягає у зміні поведінки пацієнтів, їхніх близьких, самих медиків доцільно лікувального процесу та загального збереження фізичного та психічного здоров'я. Ці зміни поведінки неможливі без створення адаптивних когнитивних установок та керування емоційними станами.

3. Особливості ситуації зумовлює неоголошена російсько-терористична війна проти України, яка триває більше двох років; у соціальному плані призвела до загибелі близько десяти тисяч осіб, а кількість внутрішньо переміщених громадян за різними підрахунками сягає 1,5 млн. Неможливо також ігнорувати жертв інформаційної війни, масштаби якої ще більше, під її деструктивним впливом знаходиться все населення. Соціально-психологічні наслідки цих подій можна описати в термінах кризової, військової та екстремальної психології.

Коло ситуаційних проблем:

Перша психологічна допомога потерпілим одночасно з наданням медичної допомоги.

Робота з пацієнтами, що перебувають в стані психічного розладу, спричиненого стресом.

Лікування пацієнтів, які переживають життєву кризу, що пов'язана із втратою (близьких, працездатності, домівок, тощо)

Мотивація пацієнта на лікування та реабілітацію, в т.ч. при ігноруванні захворювання та уникненні лікування.

Конфліктні ситуації з пацієнтами.

Робота з родичами пацієнтів та найближчим оточенням.

Профілактика власного професійного вигорання.

Психологічні компетенції медиків ми поділяємо на кластери за метою роботи, сферою формування, та вектором спрямованості.

За метою роботи: збір інформації, мотивація пацієнта, встановлення комплаєнсу з пацієнтом, розв'язання конфліктів, надання психологічної допомоги пацієнтам та їхнім близьким, збереження власного психічного благополуччя, налагодження продуктивних стосунків з колегами.

За основною сферою формування: когнитивні, емоційно-вольові, комунікативні, поведінкові.

За вектором застосування: спрямовані на себе, спрямовані на інших.

Розглянемо психологічні компетенції лікаря у роботі з пацієнтами, що перебувають в стані психічного розладу, спричиненого стресом. У першій колонці Таблиці 1 представлені компетенції, у другій колонці кластери компетенцій.

Таблиця 1

**Психологічні компетенції лікаря у роботі з пацієнтами,
що перебувають в стані психічного розладу,
спричиненого стресом**

Компетенції	Кластери
Знати діагностичні критерії розладів адаптації, розрізнити гострий розлад, хронічний розлад адаптації та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).	Когнитивні, спрямовані на інших, спрямовані на себе.
Відрізнити норму від психопатології.	Когнитивні
Знати до яких фахівців направити в разі необхідності.	Когнитивні
Знати критерії суїцидальної поведінки	Когнитивні
Розрізнити види агресії: приховану та відкриту, направлену на людей, на ситуацію та аутоагресію. Володіти ознаками безпеки-небезпеки поведінки пацієнта.	Когнитивні
Вміти побудувати безпечний стосунки з людиною, що має розлад адаптації.	Комунікаційні
Провести нормалізацію емоційного стану пацієнта	Специфічні за метою
Здатність витримувати агресію та інші емоційні стани, якщо вони не несуть загрози	Емоційно-вольові, Спрямовані на себе

Закінчення табл. 1

Вміти підтримати власні сили та ресурси та ресурси пацієнта.	Емоційно-вольові, Спрямовані на себе, спрямовані на інших
Опиралися стресу.	Когнитивні, поведінкові, емоційно-вольові, Спрямовані на себе
Будувати емпатійний контакт.	Комунікативні, емоційно-вольові, Спрямовані на інших
Надати першу психологічну допомогу людині у шоківому стані	Специфічні за метою. Комунікативні, емоційні, Спрямовані на інших

Компетенції стають задачами роботи, з огляду на них ми добираємо методи навчання. На нашу думку, методологія має бути спрямована на практику, тому питома вага належить тренінговим методам з евристичною стратегією.

Висновки: Перед медичними працівниками стоїть завдання розвитку інтегративних компетенцій, які б дозволили справлятися з актуальними викликами. Змістовний компонент цього процесу полягає у визначенні основних компетенцій. Для цього ми щоб з'ясуємо зрозуміти характер професійної діяльності, визначаємо бажаний результат, аналізуємо особливості ситуації та коло проблем, вирішенню яких треба сприяти.

Череповська Н.І., старший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник

ДЕСТРУКТИВНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ВПЛИВИ МЕДІА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЇХ НАСЛІДКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ АТО

Становлення нашої держави як єдиної політичної нації, зорієнтованої на демократичні цінності, ускладнилося геополітичними, внутрішньополітичними, соціально-економічними та специфічними інформаційними умовами, що склалися протягом останніх років. Інформаційна війна з боку ворожої держави, що спрямована на Україну, має на меті *оволодіння свідомістю* нашого суспільства, здійснення *контролю над ним, керування суспільною думкою українців* згідно своїх імперських цілей. На жаль, інформаційна агресія може надходити не тільки з «ворожого» боку, а й з українських ЗМІ і здійснювати вплив на населення власної країни з метою реалізації тих самих функцій.

Основною дією інформаційної агресії є *деструктивні інформаційні впливи*, наслідки яких більшою або меншою мірою порушують психологічний комфорт особистості. Особливо вразливими до деструктивних впливів є діти, молодь, люди, що втратили домівку чи мають родичів в зоні бойових дій, або втратили близьких. До окремої групи ризику належать військовослужбовці, ветерани АТО, тому як вони набули незвичайного, складного досвіду на війні і вже є психологічно травмованими. Найчастіше саме ця категорія наших співвітчизників має ознаки гострих травматичних розладів, ПТСР і тому легше підпадає під медіаризику, наслідком чого може стати додаткова травматизація – *медіатравма* або навіть *ретравматизація*.

Перед тим, як визначити стратегії протистояння деструктивним медіаінформаційним впливам, розглянемо деякі робочі положення.

І. Медіаінформаційна безпека у психологічному контексті означає актуалізацію комфортних емоційно-

когнітивних переживань особистості у її взаємодії з медіапростором. Навпаки, медіаінформаційна небезпека загрожує погіршенням психологічного комфорту людини і обумовлюється *деструктивними інформаційними впливами*, які ми розподіляємо на 1) об'єктивно небезпечні за змістом, формою та 2) суб'єктивно значущі.

1) *об'єктивно небезпечними інформаційними впливами* є інформація / медіаінформація, яка має специфічну ознаку: психологічно небезпечний зміст та форму, що завдяки «дзеркальним» нейронам може негативно вплинути на емоційну сферу людини. Потенційно небезпечним інформаційним змістом й у візуальній формі зокрема, вважається відображення наступного: а) крайньої жорстокості (вбивства людей, тварин, катування); антигуманної агресивної поведінки (сутички, бійки, масові протистояння); дій, які принижують людську гідність (расизм, дискримінація, «паради» полонених, переслідування); б) очевидних соціальних проблем та несправедливості (щодо ветеранів війни, переселенців, поранених, скалічених, їх сімей); проявів політичної кризи в країні; протизаконних, несправедливих дій з боку влади; відсутності реформ, спрямованих на покращення життя в країні; нагнітання теми невідвратної війни; ймовірного розгортання воєнних дій; різного виду катастрофи; в) неповна/брехлива інформація, яка не відповідає дійсності; замовчування важливої інформації; зображення зброї, людей у формі, зі зброєю, руїни населених пунктів, знищена техніка і промислові об'єкти тощо.

Найбільш потенційно небезпечною для бійців і ветеранів є інформація *документального медіаформату* (теленовини, викладені ролики у соціальних мережах, фотографії з місця подій) у порівнянні з *мистецьким медіаформатом* (художні фільми, телесеріали, анімації).

2) *суб'єктивно значущими деструктивними інформаційними впливами* вважаються такі впливи, які сприймаються та інтерпретуються індивідом на підставі особистісних характеристик, соціального статусу, ролі поведінки, віку, вихованості, особистої позиції, власного досвіду і бойової травми зокрема. Так, репрезентована у ЗМІ нейтральна подія може викликати у ветерана інтенсивний *медіаінформаційний стрес*, що здатен призвести до додаткової

травми – *медіатравми* чи навіть актуалізувати бойову травму, або навпаки: більш «агресивна» інформація може залишити його байдужим.

II. Аналізуючи дослідження у галузі реабілітації постраждалих в екстремальних умовах і воєнних діях зокрема, нами не було знайдено напрацювань з приводу впливу медіа на психологічно травмованого бійця, його медіапрактик, тим більше – профілактики наслідків деструктивних інформаційних впливів медіа. Нами було здійснено попереднє спостереження за ветеранами, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, під час їхнього перегляду потенційно деструктивного медіаконтенту: фотографій про війну на сході, роликів про ЗСУ. Виявлено такі їхні *поведінкові реакції* як: 1) *уникнення*, не бажання надалі дивитися, 2) виникнення тривожності, *хвилювання*, прохання припинити переглядати ролик, 3) *збудження* щодо явно вираженого агресивного, «насильницького» медіаконтенту, деяка зухвалість на кшталт «я там був!», «я знаю про це більш круті речі». Такі типи поведінки яскраво характеризують певні ознаки ПТСР, активізація яких, на нашу думку, вказує на небезпеку додаткової травми або навіть ретравматизації.

У контексті соціально-психологічного й медіапсихологічного підходу зокрема, медіаінформаційна безпека людини залежить не тільки від здійснення запобіжних заходів в інформаційному полі з боку держави, але й від здатності кожної окремої особистості захищатися/чинити опір інформаційно-психологічним технологіям впливу за допомогою певних знань і когнітивних умінь. Нами створено *Програму медіапсихологічної профілактики бійців* (МПБ) щодо деструктивних інформаційних впливів, метою якої є саме розвиток у них таких якостей як: 1) *самотивація* на свідоме ставлення до інформації в цілому і пріоритет раціонального сприймання таких медіаформатів, як теленовини, аналітичні програми, політичні ток-шоу тощо; 2) здатність до *рефлексії* власних емоцій/почуттів щодо сприйнятого медіаконтенту; 3) *критичне осмислення* сприйнятого, його аргументоване оцінювання; 4) творче *переосмислення* сприйнятого, надання йому нових, власних смислів; 5) *медіаторчість* як здатність чинити практичний опір інформаційній деструкції в інтернеті та інше. Ці когнітивні уміння цілком вписуються до курсів саморегуляції посттравматичним стресовим розладом для військових.

Наразі перед українською науковою спільнотою постав виклик збереження психологічного здоров'я як всієї нації, так і ветеранів війни у тому числі. Найближчою перспективою нашого дослідження має стати: розробка *критеріїв* деструктивних інформаційних впливів і *емпірична перевірка* засобів медіапсихологічної профілактики бійців; створення *системного комплексу медіапсихологічних засобів*, спрямованих на реалізацію медіаінформаційної безпеки у сфері медіа і особистої безпеки у першу чергу для усіх груп ризику; *розробка загальнонаціональної ідеї безпечного медіапростору* в Україні.

Дідик Н.М., старший викладач
Кам'янець-Подільського національного
університету імені Івана Огієнка,
кандидат психологічних наук

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО

Надзвичайні ситуації спостерігаються у повсякденному житті дедалі частіше. Особливо вони загострюються у час різних соціально-економічних перетворень у державі. На жаль, складні обставини не обійшли долі нашої країни і кинули своєрідний виклик усьому нашому суспільству. Людина, яка знаходиться у складній життєвій ситуації, завжди потребує певної підтримки оточуючих та відповідних спеціалістів. Сьогодні актуальною стала соціально-психологічна реабілітація осіб, які беруть участь в антитерористичній операції.

Дослідниками, які вивчають проблему соціально-психологічної реабілітації бійців АТО є: Г. М. Дмитренко, О. Іванцова, В. О. Лесков, Л. І. Мульована, І. В. Озерський, Г. Циганенкота ін.

В. О. Лесковдав визначення поняттю«соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій» як системи психологічних, педагогічних і соціальних заходів, які спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій та станів, особистісного і соціального статусу військовослужбовців, які отримали психічну травму [2, с. 7].

На думку Г. М. Дмитренко, цілями реабілітації бійців АТО є: відновлення особистого і соціального статусу пацієнтів, які перенесли ПТСР у локальних бойових діях; корекція соціальної поведінки пацієнта, покращення комунікабельності, розвиток здібностей до самореалізації, вирішення психологічних та подолання соціальних конфліктів; відновлення виснаженої, деформованої депресіями, стресами і перевантаженнями психіки, зняття внутрішньої напруженості і тривожності; збільшення ресурсності і стресостійкості організму; мобілізація внутрішніх резервів на подолання залежності від психоактивних речовин (алкоголь, наркотики) [1, с. 250].

В. О. Лесков вважає, що основними завданнями психологічної реабілітації учасників військових конфліктів є: визначення ступеня та характеру розладів психіки, індивідуально-особистісних особливостей поведінки військовослужбовців; оцінка інтелектуальних, перцептивних, емоційних, вольових можливостей військовослужбовців, рівня їх працездатності; визначення необхідних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації військовослужбовців; зниження психічної напруженості до рівня, що відповідає оптимальній працездатності, усунення негативних психічних виявів за допомогою комплексного використання психологічних, психотерапевтичних, медичних та фізіологічних методів; проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; діагностика психічних станів, аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців [2, с. 7].

І. В. Озерський зауважує, що психологічна допомога військовослужбовцям поділяється на п'ять етапів: діагностичний – під час набору мобілізованих; діагностико-корекційний – безпосередньо з бойовими психологічними травмами бійців на передовій; корекційно-адаптивний (в післявоєнний період) – психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям в реабілітаційних центрах; психотерапевтичний – виявлення психосоматичних відхилень у бійців АТО; ресоціалізаційний – соціальна адаптація бійців АТО до нормальних умов життя після проходження курсу реабілітації [4, с. 370].

Г. М. Дмитренко описує такі напрями психологічної реабілітації бійців АТО: діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця; індивідуальне та сімейне психологічне консультування; психокорекційна робота; навчання навичкам саморегуляції (прийомам зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу); робота з мисленнєвими образами в станах розслаблення, яка дозволяє відключити зовнішню реальність і припиняти за рахунок цього збудження центральної нервової системи; соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця та його особистісного розвитку; визначення життєвих перспектив [1, с. 249–250].

На думку Л. І. Мульованої, дієвими формами соціально-психологічної підтримки бійців АТО є: індивідуальні консультації для учасників бойових дій і членів їх сімей, організація бесід стосовно особливостей переживання і подолання людиною кризових станів та кризових і надзвичайних ситуацій, психологічний дебрифінг, а також проведення соціально-психологічних тренінгів екзистенційної спрямованості [3, с. 114].

Відносно новим методом у роботі з бійцями АТО є психологічний дебрифінг, який проводиться з метою зменшення них негативних психологічних наслідків після пережитого стресу і попередження розвитку синдрому посттравматичних стресових розладів. До основних завдань дебрифінгу можна віднести: урегулювання вражень, почуттів, реакцій; зменшення індивідуальної і групової напруги; зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій; мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності, розуміння; підготовка до переживання тих симптомів чи реакцій, які можуть виникнути; інформування учасників про те, де вони в подальшому можуть отримати допомогу [3, с. 115]. Дебрифінг являє собою психолого-педагогічний метод групової дискусії під керівництвом підготовленого фахівця.

В. О. Лесков обґрунтував модель соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, компонентами якої є: теоретико-методологічні основи соціально-психологічної реабілітації в психології; концепція соціально-психологічної

реабілітації військовослужбовців; соціально-психологічні умови ефективної реабілітації військовослужбовців після проходження служби в районах військових конфліктів; оцінка і корекція результатів; кінцевий результат [2, с. 14].

Психологічна кризова служба 2015 році опублікувала «Пам'ятку бійцю: психологічна самодопомога в зоні бойових дій», у якій описано, що таке «бойовий стрес», у чому виявляється «неконструктивне реагування на стрес», що робити у стресовому стані, щоб зберегти бойову ефективність, залишитися живим та допомогти побратимам. Описано також експрес-техніку для зняття внутрішньої напруги, швидку психотехніку звільнення від нав'язливих думок, методи самодопомоги. Ця пам'ятка може стати кишеньковим експрес-довідником у стресових ситуаціях для учасників АТО.

Ми погоджуємося з думкою В. О. Лескова, що свідченням успішного кінцевого результату соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців із районів військових конфліктів мають бути: задоволеність вирішенням матеріальних і життєвих проблем; відчуття «свободи від війни», психологічна стабільність особистості, сімейне благополуччя, відсутність суїцидів, невживання наркотиків та алкоголю; успішна професійна реалізація [2, с. 9].

Список використаних джерел

1. Дмитренко Г. М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога / Г. М. Дмитренко // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 248–252.

2. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В. О. Лесков. – К., 2008. – 20 с.

3. Мульована Л. І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО / Л. І. Мульована // Молодий вчений. – 2014. – №10 (13). – С. 114–116.

4. Озерський І. В. Нейтралізація посттравматичного стресового розладу демобілізованих бійців АТО /

І. В. Озерський // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 367–371.

Чижевський С.О., старший офіцер психологічної служби управління по роботі з особовим складом ГУ НГУ

ПРОЕКТ ОНОВЛЕНОЇ СТРУКТУРИ ТА ЗАВДАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ НГУ

Службово-бойова діяльність особового складу Національної гвардії України (далі – НГУ) у зоні проведення антитерористичної операції (далі – АТО) на Сході України, в умовах підвищеного ризику, загрози життю та здоров'ю може призводити до того, що військовослужбовці нерідко переживають події, які виходять за рамки звичайного досвіду. Ці переживання можуть травмувати психіку здорової людини. Належна організація та проведення заходів психологічного забезпечення СБД військових частин (підрозділів) НГУ є найважливішим фактором запобігання втратам серед особового складу.

15.03.2016 на базі Головного управління НГУ, під керівництвом командувача НГУ генерал-лейтенанта Аллерова Ю.В. проведено розширену робочу нараду за участю провідних науковців військових, правоохоронних формувань України та громадських організацій. Під час заходу було розглянуто ефективність психологічного забезпечення СБД протягом 2014–2016 років та визначено завдання щодо оновлення штатної структури, завдань психологічної служби НГУ.

Проведений аналіз організації та проведення заходів психологічної роботи у військових частинах (підрозділах) НГУ, визначив основні причини, які вплинули на їх ефективність:

1. Низька психологічна культура особового складу та членів їх сімей, що відображається у недостатньому усвідомленні необхідності отримання психологічної підтримки, допомоги, реабілітації.

За ініціативи командування НГУ та групи народних депутатів України, Верховною Радою України був прийнятий Закон України, який передбачає обов'язкову, безкоштовну

психологічну, медико-психологічну реабілітацію військовослужбовців після виконання завдань служби в екстремальних (бойових) умовах. Прийнято участь у відпрацюванні методичних рекомендацій МВС щодо медико-психологічної реабілітації, психологічного супроводження та адаптації постраждалих учасників АТО. Вперше серед військових та правоохоронних підрозділів України, впроваджено стандарт підрозділів НАТО – програму «Декомпресія (закінчення виконання службово-бойових завдань)», яка передбачає проведення протягом 72 годин (психологами, медичними працівниками та фізінструкторами) комплексу заходів з військовослужбовцями на етапі виходу їх із зони екстремальних (бойових) умов.

Збільшено кількість суб'єктів психологічної роботи, укладено меморандуми про співпрацю із громадськими організаціями «Жіноча сила України», «Ліга офіцерів», «Українська асоціація подолання наслідків посттравматичних подій», за напрямками: психологічна підтримка членів сімей загиблих військовослужбовців; психологічна реабілітація учасників АТО; психологічна підтримка дружин та матерів військовослужбовців-учасників АТО.

У взаємодії із науково-дослідним центром Національної академії НГУ підготовлено інформаційно-роздатковий матеріал, буклети, пам'ятки, навчально-методичні фільми, методичні рекомендації.

2. Недостатній професійний рівень підготовки військових психологів НГУ щодо проведення практичних тренінгових занять, терапевтичної роботи, профілактики посттравматичного стресового розладу, психологічної реабілітації.

Протягом 2014–2016 років психологічною службою НГУ проведено понад 30 тренінгів, навчань, семінарів, зборів щодо підвищення професійної підготовки військових психологів НГУ із залученням вітчизняних та іноземних експертів (Держави Ізраїль, Данії, Франції, Хорватії, Латвії, Литви, Естонії, США, Польщі). На базі Національної академії НГУ, з офіцерами-психологами НГУ проведено серію курсів післядипломної освіти.

З метою підвищення психологічної готовності особового складу до виконання СБЗ в екстремальних (бойових) умовах служби, внесені зміни до Програми бойової та спеціальної

підготовки особового складу НГУ на 2016 рік, включено окрему навчальну дисципліну «професійно-психологічна підготовка».

3. Систематичне залучення психологів до завдань не за їх фаховим призначенням.

Відпрацьовано проект наказу МВС щодо психологічного забезпечення СБД підрозділів НГУ, який регламентуватиме порядок організації та проведення заходів психологічної роботи на різних етапах служби, впровадження окремих груп психологічного забезпечення у територіальних управліннях, бригадах, полках, а також закріплення психологів за основними завданнями психологічної служби. Скорочення посад офіцерів-психологів у батальйонах та окремих загонах спеціального призначення та впровадження інструкторів з психологічної підготовки (категорії військовослужбовців за контрактом), за приклад взято підрозділи жандармерії Франції.

4. Відсутня належна навчально-матеріальна база для проведення заходів психологічної роботи на етапі підготовки до виконання СБЗ та психологічної реабілітації військовослужбовців, членів їх сімей. Проектом наказу МВС, на базі навчальних центрів НГУ, впроваджуються психологічні смуги імітації бойових дій, психотренінгові комплекси, навчальні майданчики за тренінгом «Мотузкового курсу». Пропонується здійснювати заходи психологічної реабілітації на базі медичного реабілітаційного центру «Нові Санжари».

5. Відсутня в масштабах держави система психологічної реабілітації учасників АТО. Так, у 2015 році Державною службою у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції впроваджено надання послуг психологічної реабілітації, але із 899 військовослужбовців її пройшли 2 офіцери під час власної відпустки. Міністерства соціальної політики та охорони здоров'я розглядають психологічну реабілітацію виключно для демобілізованих військовослужбовців. За прогнозами психологічної служби НГУ, психологічну підтримку потребуватимуть – понад 90% учасників АТО і значний відсоток складатиме саме військовослужбовців, які проходять службу.

Виходячи із аналізу недоліків та проблем, враховуючи потреби та запити військовослужбовців, членів їх сімей, на підставі напрацювань у військових та правоохоронних

формуваннях України, з урахуванням досвіду військових формувань країн НАТО – визначено основні завдання діяльності психологів НГУ:

1. Професійно-психологічне вивчення кандидатів на військову службу, військовослужбовців НГУ.

2. Професійно-психологічна підготовка особового складу до виконання службово-бойових завдань.

3. Вивчення, моніторинг соціально-психологічного клімату у військових колективах, психологічна експертиза.

4. Психологічний супровід службово-бойової діяльності, інформаційно-психологічна робота.

5. Первинна психопрофілактика, психологічне відновлення, допомога, реабілітація.

Пропозиції: На підставі досягнутих домовленостей між психологічними службами військових та правоохоронних формувань України, командування НГУ пропонує створити Національний центр з питань психологічної реабілітації з функціями науково-методичного та координаційного забезпечення при Раді національної безпеки і оборони України у взаємодії відомчих науково-дослідних центрів (лабораторій) щодо психологічного забезпечення та Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України (лист заступника командувача НГУ (по роботі з особовим складом) від 22.01.2016 № 3/22/1-450).

Враховуючи ігнорування Міністерствами охорони здоров'я України та соціальної політики України вимог Закону України від 03 листопада 2015 року № 742, а також те, що суб'єктами надання психологічної допомоги учасникам АТО на період проходження ними військової служби є фахівці психологічних служб військових та правоохоронних формувань України – об'єднати зусилля психологічних служб військових та правоохоронних формувань за напрямком психологічної реабілітації потерпілих учасників АТО та в подальшому – екстремальних (бойових) завдань служби.

Провести оновлення штатної структури та напрямків щодо психологічного забезпечення військових частин (підрозділів) НГУ.

Троцький Р.С., начальник кафедри тактичної підготовки військ факультету підготовки фахівців для НГУ НАВС

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ СЛУЖБОВО-БОЙОВИХ ЗАВДАНЬ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Іноді психологічні травми можуть бути більш небезпечні, ніж травми фізичні – вони здатні нашкодити здоров'ю і життю самих солдатів, а також тих, хто їх оточує.

Багато бійців повернуться із зони АТО з величезним багажем психологічних переживань, зміною стилю поведінки, що безпосередньо пов'язано з бойовими рефлексами, які вони придбали в результаті небезпечних для життя ситуацій. Що ж тоді робити? Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтується на трьох основних діях - спілкуванні, прийнятті ветерана таким, яким він є і допомозі фахівця. В.Е. Попов зазначає, що світосприйняття кожної людини, яка побачила війну, змінюється. Найчастіше воїн песимістично бачить все, що оточує його на нейтральній (мирній) території. Агресія та емоції на війні «зашкалюють»: здається, що там абсолютна свобода вираження почуттів. Чого не скажеш про рідні міста воїнів, де живуть пересічні українці, які не надто часто переймаються проблемами війни. Тут військовим доводиться знову вчитись радіти життю та володіти власними емоціями.

Як показує практика, за останні півроку до практикуючих психологів, які надають допомогу з реабілітації військових, звернулося близько 300 бійців НГУ із посттравматичним розладом (ПТСР). Його ще називають «в'єтнамський» чи «афганський» синдром або синдром Рембо. Це різновид тривожного психічного розладу, що виникає в результаті повторюваних психотравмуючих ситуацій, наприклад, військових дій або загрози смерті.

В.О Лесков зауважує, що військовослужбовці, які виконували службово-бойові завдання в районах військових конфліктів, часто скаржаться на нічні жахіття, надмірну агресію, роздратованість, запальність. Військові не виявляють бажання спілкуватись із тими друзями, з якими вони товаришували у

рідному місті, бо їм вже важко порозумітись після пережитого зі звичайними людьми. «Мирні друзі» часто ставлять некоректні питання військовим, не усвідомлюючи того, що цим самим вони принижують воїна. Наприклад, «Кого ти там захищав?» [1, с. 41].

Психологічна допомога є складовою частиною загальнодержавної системи реабілітації, що являє собою єдину систему взаємозалежних соціально-економічних, організаційних, медичних, соціальних, психологічних, педагогічних і інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне й раннє повернення людини в суспільство й до суспільно корисної праці.

Психологічна допомога являє собою комплекс діагностичних, психокорекційних і психологічних (відновних) заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення оптимального психічного стану й соціальної життєдіяльності, підвищення рівня психологічної стійкості особистості.

За глибиною занурення, рівнем процесу надання психологічної допомоги розрізняють наступні види психологічної допомоги:

- безпосереднє консультування;
- психотерапія;
- психологічна корекція;
- психопрофілактика;
- психологічна реабілітація;
- психологічний розвиток або формування нових психічних операцій або психічних утворень.

Всі види й форми психологічної допомоги мають і загальні риси, і свої відмінності, характерні особливості. Але в них є загальна мета – допомога й підтримка особистості в процесі її становлення й розвитку, рятування людини від того, що заважає їй бути щасливою і гармонійною у навколишньому світі.

В Україні донедавна не було надто великої кількості військових психологів, проте за останні півроку, завдяки різноманітним спеціалізованим курсам, ініційованим провідними військовими фахівцями із зарубіжних країн, кількість таких спеціалістів значно зросла. Особливо це стосується таких міст як Київ, Дніпропетровськ, Харків. Спільнота «Життя після АТО (все для наших воїнів)» оприлюднила власноруч зібраний список

реабілітаційних установ, куди воїни АТО можуть звернутися із ПТСР або іншими скаргами на емоційне здоров'я. Люди, що повернулись з АТО, просто стали іншими. В певному сенсі вони переросли нас, їх відчуття ємності життя набагато глибше. І суть реабілітації - донести до них самих цю інформацію та навчити їх використовувати цей досвід як свою перевагу, замість сприймати його як ваду. Можливо потрібно перебрати закордонний досвід в тому, що демобілізованих відправляють одразу не додому, а на відпочинок, де з ними працюють, а тому учасники бойових дій можуть відновити не лише фізичні сили, а й духовні.

Як вказують А.А. Деркач, В.Г. Зазякин, виконання особою професійної діяльності в особливих умовах вимагає її не тільки особливої підготовки, але й проведення спеціальних соціально-психологічних заходів щодо подолання негативних наслідків такої діяльності за допомогою фахівців-психологів [2].

Ми вважаємо, що потрібно акцентувати увагу на особливість в роботі з тими, хто став учасником бойових дій. Є необхідність спершу надати комплексну психологічну підтримку, допомогти подолати посттравматичний синдром. Разом з учасниками тренінгів психологи детально повинні обговорити помилки, яких можна припуститися у спілкуванні з воїнами, які повернулись з зони проведення антитерористичної операції. Завершальним етапом тренінгу, необхідно надати детальні відповіді на запитання, з якими вони можуть або вже зіштовхнулися під час безпосередніх зустрічей з демобілізованими, які звернулися по допомогу. Потрібно завжди пам'ятати: людина, що пройшла війну, стала набагато більш сильнішою, мудрішою і досвідченішою. Він повернувся. Живий. Повернувся саме до вас. Все інше – труднощі, які можна пережити, якщо ви націлені на те, щоб прожити з людиною щасливе життя.

Список використаних джерел

1. Лесков В.О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В.О Лесков. – Хмельницький, 2008. – 22 с.

2. Деркач А.А. Профессиональная деятельность в особых и экстремальных условиях (психолого-акмеологические основы) [Текст] / А. А. Деркач, В. Г. Зазякин. – М.: РАГС, 2008. – 156 с.

Литвиненко І.В., заступник начальника управління кадрового забезпечення Департаменту патрульної поліції

ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Участь у бойових діях загально визнано вважається стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Проблема збереження здоров'я і працездатності осіб, що приймали участь у військових конфліктах зараз являється актуальною як ніколи. Проте досі не створено ефективної комплексної державної програми психологічної реабілітації співробітників силових відомств, які приймали участь у бойових діях, та цивільних осіб, що отримали психотравми. Відсутність комплексних заходів, спрямованих на психологічну адаптацію та ресоціалізацію як комбатантів так і некомбатантів у найближчому майбутньому може призвести до збільшення рівня алкоголізації та наркотизації зазначених категорій осіб, погіршення криміногенної ситуації, збільшення кількості суїцидів та психічних розладів.

А. Г. Караяні та І.В. Сиромятников у книжці «Прикладна військова психологія» зазначають, що саме психологічна реабілітація вирішує широке коло завдань психологічної допомоги учасникам бойових дій. Насамперед це:

- нормалізація психічного стану;
- відновлення порушених (втрачених) психічних функцій;
- гармонізація «Я-образу» ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідність тощо);
- надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особистостями та групами.

Таким чином, мета психологічної реабілітації – відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки.

Завдання психологічної реабілітації військовослужбовця визначаються характером психотравмуючого стресу, серед яких

центральне місце займає бойовий стрес. Найчастіше наслідки психотравмуючого бойового стресу виявляються у таких формах:

- втрата сенсу життя та відчуття нереальності свого існування;

- виникнення почуття наближення катастрофічних змін у житті;

- відчуття наближення смерті, неадекватне зниження чи завищення самооцінки;

- несподівані зміни самосприйняття;

- відчуття відчуження від самого себе, своїх близьких, свого минулого;

- нав'язливе моделювання оптимальних сценаріїв подій, що призвели до трагічних наслідків;

- підвищена тривожність та настороженість;

- підвищена емоційна чутливість, або, навпаки, зниження емоційної сенситивності й уникання близьких емоційних контактів з оточуючими;

- підвищена дратівливість й агресивність у поведінці, замкнутість;

- девіантна та делінквентна поведінка, потреба у нових гострих відчуттях, у тому числі пов'язаних з ризиком для життя.

Основними принципами психосоціальної реабілітації є:

- своєчасність (реабілітація повинна починатися відразу ж після закінчення бойових дій, навіть якщо ця пауза в службово-бойовій діяльності тимчасова);

- по можливості, збереження складу підрозділів;

- орієнтація в роботі з особовим складом на визнання високої значимості виконаних ними завдань і високу оцінку їх службово-бойовій діяльності, виявлених при цьому кращих бойових якостей навіть якщо загальний підсумок бойових дій мав неуспішний характер;

- створення атмосфери турботи, психологічної підтримки військовослужбовців з боку командного складу та громадських організацій.

Отже, проаналізувавши існуючий досвід, психологічну допомогу доцільно розділити на два основних етапи:

1. Первинна невідкладна психологічна допомога. (Надається безпосереднім командиром чи колегами у випадку гострої реакції на бойовий стрес. Важливим аспектом являється

забезпечення фізичної безпеки та фізіологічних потреб, наскільки це можливо в даних умовах. Своєчасна та ефективна первинна психологічна допомога суттєво знижує небезпеку виникнення ПТСР та розвитку соматичних розладів.);

2. Вторинна психологічна допомога включає в себе основні напрямки:

2.1. Психолого-психіатричну допомогу у випадку гострої реакції на бойовий стрес чи/та поранення як, безпосередньо, в польових умовах, так і в профільних лікувальних закладах;

2.2. Психокорекцію у випадку поранень та каліцтва і, пов'язаних з цим, болісним сприйняттям нової реальності.

2.3. Ресоціалізація та адаптація до «мирного» середовища, повернення до попередньої трудової діяльності або набуття цивільної професії.

Важливим являється не лише ресоціалізація учасників бойових дій до суспільства, а й інформування найближчого оточення про особливості поведінки та можливі зміни у поведінці і особистості недавнього комбатанта. Саме робота соціальних і сімейних психологів із сім'ями та ветеранськими організаціями забезпечить комплексну адаптацію та повернення в суспільство повноцінних та дієздатних членів.

Список використаних джерел

1. Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. Питер. 2006.

Новікова К.М., начальник відділення психологічної реабілітації Ірпінського військового госпіталю МО України

ДО ПИТАННЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АТО

На сучасному етапі суспільно – політичних, економічних та військових подій в Україні актуальними є дослідження, присвячені посттравматичному стресовому розладу, методам його діагностики та лікування. Особливо гостро стоїть питання психологічної реабілітації військовослужбовців, які приймали

участь в антитерористичній операції, оскільки від її ефективності та своєчасності залежить теперішнє і майбутнє благополуччя і моральне здоров'я нашого суспільства.

Згідно зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 03.11.2015 року «Всі військовослужбовці та учасники бойових дій, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах». Але, зважаючи на теперішню ситуацію, питання залишається й досі відкритим. Стикнувшись з необхідністю набуття додаткових практичних знань та навичок проведення психотерапії ПТСР вітчизняні фахівці – психологи, волонтери, лікарі активно переймали та застосовували досвід зарубіжних колег з країн, більш досвідченіших в даному питанні, що безумовно мало позитивний вплив на певному етапі повернення військовослужбовців із зони бойових дій. Але аналіз наукових джерел з даного напрямку говорить про те, що людина, у якої розвивається ПТСР, може переживати його симптоми протягом довгих років. Ці симптоми часто стають серйозною перешкодою для успішної інтеграції в суспільство та нормальної життєдіяльності особистості: відбуваються зміни в ціннісно-мотиваційній сфері, порушується емоційно-вольовий контроль, що впливає на поведінку та стосунки з близькими, розвиваються соматичні захворювання, що, в свою чергу може призводити до руйнування сімей, алкоголізації, інвалідизації, психопатологічних розладів.

Радянські дослідження ветеранів війни в Афганістані підтверджують, що колишні військовослужбовці страждають від постійного нав'язливого вторгнення в свідомість неприємних спогадів, пов'язанх з військовим досвідом, від надмірної дратівливості, що призводить до алкоголізації та наркотизації. Вони переживають почуття «відокремленості», психологічної ізольованості від знайомих та оточуючих.

Стикаючись з необхідністю діагностики та надання психологічної допомоги учасникам антитерористичної операції в госпітальних умовах приходиться розуміння того, що проміжок часу у 10–14 діб перебування в госпіталі є надто коротким та недостатнім для ефективної психотерапії посттравматичного стресового розладу. Як відомо, одним із симптомів ПТСР є

надмірна підозрілість, а в деяких випадках – ворожість по відношенню до оточуючих, поділ на «своїх» та «ворогів», тому вкрай важливим аспектом та запорукою ефективної терапії, без якого взагалі неможлива робота психолога – встановлення контакту з військовослужбовцями, виникнення довірливих та семпатичних стосунків. Як правило, цей процес відбувається на протязі двох – трьох зустрічей. Також дуже важливо, на якому етапі травматизації знаходиться військовослужбовець – вперіод гострої травми, коли з моменту травмуючих подій минуло 2–3 місяці, проведення травмофокусованої терапії заборонено. В умовах обмеженості часу надання психологічної допомоги є потреба застосування і створення діагностичних та психотерапевтичних експрес-методик, які допоможуть визначити рівень травматизації особистості, її адаптивні можливості, стабілізувати психоемоційний стан та сприяти усвідомленню власних ресурсів для вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів і підтримання психологічної рівноваги. Зцією метою на даному етапі в госпітальних умовах застосовуються підходи когнітивно-поведінкової терапії (психоедукація, формування навичок психоемоційної та психофізіологічної саморегуляції), клієнт – центрованої терапії, арт-терапевтичні техніки (правокульне малювання, терапія за допомогою МАК (метафоричні асоціативні карти), пісочна терапія, музикотерапія, аромотерапія).

Виходячи з вищевикладеного, на сьогодні нагальною потребою залишається необхідність створення єдиної системи реабілітації учасників антитерористичної операції по всій країні, яка має бути системною, довготривалою, комплексною, складатись з декількох етапів: на першому етапі знімається гострота психологічних реакцій, проводиться мотивація до подальшої роботи з психологом, формуються навички саморегуляції у разі виникнення флешбеків, інтрузій, реакцій на тригери; на другому етапі можлива травмофокусована терапія та психотерапія, підключення до психотерапевтичної роботи близьких родичів; на наступному етапі необхідна соціальна реабілітація, яка допоможе особистості інтегруватись у суспільство, наприклад, курси по оволодінню новою спеціальністю, допомога у виборі навчального закладу, що є

необхідним у разі втрати працездатності і неможливості працювати за попереднім фахом.

Таким чином, за умови психологічного супроводу військовослужбовців на всіх етапах реабілітації можливо очікувати на кінцевий позитивний результат та успішну адаптацію особистості до умов мирного життя.

Гусейніков Ю.В., т.в.о. заступника
завідувача кафедри Національної
академії СБУ

ЕКСТРЕМАЛЬНІ УМОВИ: ПОНЯТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ

В умовах проведення антитерористичної операції на сході України всім категоріям осіб, які в ній задіяні, доводиться вирішувати надскладні задачі в екстремальних умовах, небезпечних для життя, фізичного та психічного здоров'я. Важливим в цьому сенсі є дослідження особливостей «екстремальних умов», можливих психологічних наслідків для людини, яка діє в цих умовах, і тільки потім можна вести розмову про психологічну допомогу учаснику антитерористичної операції. Саме тому актуальність та своєчасність цих питань не викликає сумніву.

Екстремальні умови, так само як і особливі умови, мають загальні ознаки незвичності та критичності обстановки в поєднанні із високим рівнем небезпеки.

В екстремальних умовах виникають різного роду екстремальні ситуації – несприятливий, складний стан умов життєдіяльності, що набув для окремої особистості чи групи особливої значущості. Аналіз літератури дозволяє виділити наступні види екстремальних ситуацій:

– швидкоплинна ситуація, тобто коли діяльність відбувається в умовах жорсткого дефіциту часу, з максимальним психологічним навантаженням та з необхідністю дій в максимально швидкому темпі;

– довготривала ситуація, що зумовлена психологічно напруженою діяльністю протягом тривалого часу;

– екстремальна ситуація з елементами невизначеності, тобто така, що потребує прийняття рішення при наявності альтернативних, суб'єктивно значущих варіантів поведінки;

– ситуація, що потребує постійної готовності до дій, має місце, коли співробітник перебуває в монотонних, малозмінюваних умовах, в очікуванні екстремальних змін;

– екстремальна ситуація, яка ґрунтується на надходженні імовірно недостовірної інформації, тобто така, що потребує екстрених дій при відсутності впевненості в достовірності отриманої інформації.

Основна особливість екстремальних умов незалежно від їх походження – це навантаження, які справляють значний психологічний та фізіологічний вплив на людину. У зв'язку з цим можна виділити:

– різке порушення звичайного життєвого стереотипу, який склався протягом багатьох років та десятиліть. Пожежа, вибух, постійні обстріли чи стихійні дії натовпу – все це ставить людину в нові, зовсім незвичні умови, які мають тенденцію змінюватися. Відомо, що стійкість умов життя та діяльності відіграє велике значення в адаптації людини до складних, екстремальних ситуацій. Але, коли обстановка різко змінюється і немає можливості (недостатньо часу) пристосуватися до неї – все це може досить швидко вивести з ладу організм та нервову систему;

– страх, тривога – яким би не було їх походження, вони різко знижують ступінь впевненості людини в своїй безпеці. Реакція на стан тривоги може бути досить різнобічною, а також залежить від особистісних якостей людини. Умовно поведінку людей в екстремальних умовах можна поділити на три етапи: 1) реакція оцінювання – незважаючи на те, що небезпека очевидна, людина не може зрушити з місця, залишається в епіцентрі небезпеки; 2) реакція втечі – коли людина активно діє та допомагає іншим людям, що потрапили в небезпеку; 3) звуження поля свідомості – при виникненні екстремальної ситуації, таких людей охоплює паніка, а в подальшому, в багатьох випадках, вони не можуть пригадати події, що відбувались та не пам'ятають власних дій [1, с. 8];

– перевантаження нервової системи – чітко проявляється в умовах високої напруги психіки людини, коли доводиться частіше, ніж будь-коли, стримуватися, приховувати різного роду

реакції. В екстремальних умовах діяльності різко скорочується час на відпочинок та сон, людина перевтомлюється. Все це порушує захисні функції організму. Дії, що перевантажують, мають подвійний вплив на людину. Спочатку стрес, в результаті якого відбувається етап мобілізації індивіда, загострюються почуття, фізична витривалість. В такому стані може підвищитись здатність людини переносити труднощі, стійкість до різних несприятливих впливів. Однак таке піднесення не може бути нескінченим. На певному етапі діяльності відбувається другий етап – виснаження організму та нервової системи в цілому, знижується ефективність діяльності;

– фізичні навантаження – ще один з видів станів, в яких може опинитися людина коли доводиться діяти в екстремальних умовах. Перенавантаження, які доводиться долати людині, значно перевищують норми, допустимі для нормального функціонування організму, що негативно впливає на ефективність діяльності.

Серед психологічних наслідків впливу екстремальних умов у першу чергу можна виділити збудженість та загострення емоцій людини. В окремих осіб знижується здатність до самоконтролю, підвищується нервово-психічна напруга, активізуються негативні емоції. З'являється відчуття страху, відчаю, гніву та безнадійності [1, с. 10].

Слід зазначити, що поряд із дезадаптивною поведінкою: порушення впорядкованості психічних процесів, послідовності та точності виконання певних дій тощо, в екстремальних умовах людина може проявляти і високий рівень концентрації нервової системи, що позитивно впливає на її поведінку.

Отже, в процесі реабілітаційної роботи з особами, які брали участь в антитерористичній операції, важливо враховувати психологічні особливості екстремальних умов, в яких вони знаходились, для ефективної локалізації наслідків. Стосовно категорії осіб, які направляються до зони проведення АТО важливим є вирішення питання щодо системної роботи з ними із формування психологічної готовності до дій в екстремальних умовах.

Список використаних джерел

1. Романов В.В. Юридическая психология : Уч. для студ., обуч. по юр. спец. и юрид. напр. / В.В. Романов. – М. : Юрист, 1998. – 488 с.

Бойчук О.С., старший викладач кафедри педагогіки та психології ВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана»

СПЕЦИФІКА РОБОТИ ПСИХОЛОГА-ВОЛОНТЕРА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ

Гібридний характер сучасної війни в Україні обумовлює, в певному розумінні, «гібридність» діяльності психолога по наданню психологічної допомоги учасникам АТО, мобілізованим бійцям і демобілізованим особам.

Волонтерська діяльність автора в рамках визначеної теми містить досвід у психологічній підготовці мобілізованих військовослужбовців 93 бригади ЗСУ (Черкаське), роботу на полігоні Широкий Лан, рядовими строкової служби (Десна), навчальні заняття з майбутніми офіцерами по роботі з особовим складом (ВІКНУ), психотерапевтичну діяльність з учасниками бойових дій у Центрі психосоціальної реабілітації при НаУКМА, тощо протягом 2014–2016 років.

Узагальнюючи напрацьоване, можемо виділити найсуттєвіші моменти даного емпіричного надбання, в певному розумінні – ключові компетенції професійної діяльності.

Ефективність діяльності психолога-волонтера в усіх напрямках взаємодії із військовими залежить від потенціалу власної особистісної позиції. В усіх контактах актуальним був мотиваційний аспект, у будь-якій роботі – чи то групове заняття, чи індивідуальна бесіда – мала прояв прозорість власного ставлення до тих чи інших життєво важливих питань, адже екстремальність подій війни вимагає готовності в усвідомленні глибини і масштабу сприйняття дійсності, прийняття реалій життя. Результативність мотиваційної частини заняття може бути забезпечена, насамперед, щирим, чесним та усвідомленим ставленням до теми АТО, гібридної війни, ситуації в країні і т.д. з боку психолога. Виявлений скепсис, недовіра, гострий гумор, сарказм чи ігнорування до викладача та його заняття, до ситуації в АТО, в країні і т.д. повинні бути «розчинені» стійкою впевненістю психолога, який наважився на даний вчинок, адже волонтерська діяльність спричинена, перш за все, внутрішньою мотивацією людини. Здійснення мотиваційного впливу вимагає

від психолога-тренера самопред'явлення, демонстрації особистої позиції, глибокого рівня самовизначення, вміння проявити позиції слухачів, наприклад, прийомом провокації чи сократівського (відкритого) питання.

Волонтерська діяльність психолога із військовослужбовцями може бути доцільною за умови її комплексного характеру. Інтерактивний підхід до навчання, поєднання в опрацюванні теми ґрунтовних знань із практикою, різниця у часі та місцях проведення занять (від комфортних аудиторій до полігонів), різноманітний склад та різноманітний рівень інтелектуального розвитку військовослужбовців (від неповної середньої до декількох вищих освіт), належність до різних професійних сфер мобілізованих бійців і т.ін. вимагають великої гнучкості в усіх компонентах навчання. З одного боку це створює додаткові складнощі для психолога-викладача, з іншого – таким чином відпрацьовується готовність діяти у ситуації невизначеності і непередбачуваності. Тому навчальна та тренінгова робота хоч з великими, хоч з малими групами вимагає від психологів комплексного підходу та великої варіативності професійного інструментарію та прийомів його передачі. Це означає, що навіть в ситуаціях, коли є конкретний запит, наприклад, на підвищення стресостійкості та психологічної пружності, не можливо цей запит виконати тільки на рівні вправ та технік. Якщо питання рамок розгляду теми, її загального контексту, мотиваційного аспекту зустрічі, прояв позицій бійців та викладачів не піднімаються на початку заняття, то вони так чи інакше зупинять звичний для тренера чи лектора хід заняття та не дадуть його продовжити, доки не будуть обговорені, зрозумілі і визначені. Особливої уваги заслуговує дієвість психоедукації як доцільного інформативного забезпечення психологічної допомоги військовослужбовцям, адже своєчасна адекватна ситуації поінформованість – необхідна умова реалізації саморегуляції та профілактики психологічних розладів. Таким чином, взаємодія із військовослужбовцями вимагає вміння здійснювати психологічний контакт на усіх рівнях діяльності людини:

- Мотиваційно-дійовому (фізичному) рівні;
- Емоційно-оцінному (душевному) рівні;
- Інформаційно-духовному (ментальному) рівні.

Навчальна, профілактична та реабілітаційна робота психолога із військовослужбовцями має перманентний психогігієнічний характер, адже ми на всіх етапах спрямовані на підняття ресурсності людини. Даний аспект не може бути представлений лише декларативно, без демонстрації, переконуючого впливу, спільного виконання на рівні вправи, тощо. Тому життєдіяльність психолога повинна містити власне достатнє напрацювання різноманітних шляхів підвищення ресурсів, збільшення психологічної пружності, вдосконалення рівня саморегуляції.

Досвід реабілітаційної діяльності з учасниками АТО свідчить про необхідність широкої просвітницької роботи у суспільстві, адже довіра між психологом і клієнтом у терапевтичному процесі опрацювання психологічних розладів учасників АТО є, в певній мірі, похідною від довіри, надії та сподівання сім'ї на можливість вийти із травми і пережити важкий досвід війни. Дуже важливим компонентом цього напрямку роботи є просвіта та психологічна допомога членам сімей учасників АТО, які здатні створити необхідний мотиваційний поштовх на реабілітацію, укріплення здорового способу життя, адаптаційного середовища учасників АТО.

Таким чином, психологічна волонтерська діяльність із військовослужбовцями вимагає комплексу компетенцій практичного психолога, його ґрунтовної теоретичної підготовки та всебічного прикладного застосування професійного різноманітного інструментарію.

Царенко Л.Г., старший науковий співробітник Інституту психології ім. Г.С. Костюка

ЕКСТРЕМАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО

Ситуація, що її переживає Україна впродовж останніх років є *екстремальною* (такою, що виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду», де джерелом травматизації є людина чи суспільство), а для окремих груп українців –

гіперекстремальною. Внутрішні навантаження, які викликає ця ситуація часто перевищують людські можливості, руйнують звичайну поведінку і дії, можуть спричинити небезпечні наслідки. Особливих випробувань зазнають військовослужбовці – як ті, хто бере участь у бойових діях, так і демобілізовані та їхні родини: стресові та травмівні події можуть спричинити травмівні чи кумулятивні (накопичувальні) стреси, а відтак – тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади.

Стресовою вважається будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя: як надто сильні подразники – нещастя, зневажливе ставлення, незаслужена образа, неправда, втрата, несподівані переponsи; так і обмаль подразників – монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо.

Травмівна подія характеризується раптовістю, інтенсивністю, руйнівною силою. Це подія, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства: вона несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Травмівну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини.

На відміну від стресової, травмівну подію завжди характеризує небезпека для життя чи цілісності того, хто її переживає. Реакцією на травмівну подію є фізичний і/або емоційний травмівний стрес.

Поняття «травма», «психологічна травма», «травмівний стрес» часто вживаються як синонімічні. Ними позначають будь-яке переживання, що спричиняє нестерпні душевні страждання. Це переживання невідповідності між загрозою та індивідуальними можливостями її подолання. Зазвичай травмівні переживання бувають, коли немає можливості ні втекти, ні протистояти тому, що відбувається. Стан травмівного стресу супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, фізіологічними змінами та змінами способу саморегуляції.

На те, як людина переживатиме травмівну подію впливають: характер екстремальної ситуації; історія попереднього життя людини; особистості людини, зокрема від її здатності адаптуватися; соціального середовища.

1. В екстремальній ситуації люди страждають від таких чинників: *глибина й інтенсивність* травмівних подій; *тривале очікування*; *раптовість* – що менше очікується подія, то більше вона руйнує психіку; *тривалість* – що довше перебуває людина в зоні екстремальної ситуації, то більше виснажується; *постійні зміни* – психіка не встигає опрацювати нову, важливу для виживання інформацію; *масштаб руйнування* після катастрофи, *кількість загиблих і поранених* (у Ізраїлі прийнято якомога швидше, інколи протягом кількох годин, ліквідувати наслідки терактів чи обстрілів. Таким чином у людей складається враження, що вони сильні і можуть контролювати ситуацію); *відсутність контролю* – деякі події в умовах війни змінити не може ніхто, проте не завжди є змога визначати навіть власний побут (відпочинок, сон, їжу); *моральна невпевненість* у випадку необхідності приймати рішення, що суттєво впливають на життя, як своє, так і інших, – наприклад, кого рятувати, кого брати з собою, наскільки ризикувати, кого звинувачувати тощо; *поведінка під час травмівних подій* – не кожному вдається зразу якнайкраще впоратися зі складною ситуацією. Те, що людина зробила чи не зробила в екстремальних умовах, може суттєво вплинути на її самооцінку, надовго стати джерелом самозвинувачення.

2. Історія попереднього життя людини: наявність у минулому психічних розладів чи схильність до таких; проблеми з фізичним здоров'ям; зловживання військовослужбовця чи його батьків психоактивними речовинами; відсутність особистого досвіду перебування в екстремальних ситуаціях; численні психічні травми в минулому, зокрема травми розладу.

3. Особистість військовослужбовця: здатність адаптуватися до екстремальних ситуацій (проблеми з адаптацією виражаються в неадекватному реагуванні на те, що відбувається – агресивності, дратівливості чи тривожності, апатії, відчуженості тощо; зловживання психоактивними речовинами для зняття емоційного напруження; рівень стресостійкості та психологічної пружності. *Психологічна пружність* (psychological resilience) – це здатність швидко відновлювати фізичне і психічне здоров'я після стресових та травмівних подій. Вона характеризується відсутністю надмірної

самокритики й негативних уявлень про себе; здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації; вмінням упоратися з горем і занепокоєнням; готовністю долати перешкоди у стосунках; діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану; оптимістичністю; вмінням використовувати позитивні шанси.

4. На психічне здоров'я військовослужбовця згубно впливають такі особливості соціальної ситуації: розрив стосунків чи проблеми в родині; недостатня підготовка (брак необхідних знань, умінь та навичок); відсутність або спотворення інформації щодо екстремальної ситуації; відсутність або негативна інформація про майбутнє (пільги, гарантії, компенсації); негативний приклад командирів; ізоляція або конфліктні стосунки в колективі; побутова невлаштованість (обмаль питної води, погане харчування тощо); неорганізованість вільного часу і відпочинку (наприклад, працює телевізор під час сну); відсутність допомоги та психологічної підтримки.

Психологічна підтримка спрямована на активізацію наявних психічних ресурсів та на створення додаткових ресурсів для забезпечення активних дій особового складу в умовах сучасного бою. Здебільшого організована психологічна підтримка має профілактичний характер і скерована на попередження у військовослужбовців розвитку негативних психічних явищ, сприяння їхній адаптації до екстремальних умов.

Пережиті травми впливають на основні сфери людської діяльності: погіршуються фізичне і психічне здоров'я, боєздатність та працездатність, стосунки в родині та в колективі. Проте подолання негативних наслідків екстремальної ситуації сприяє зростанню адаптаційних можливостей військовослужбовців, їхньому особистісному та духовному посткризовому зростанню.

Плетка О.Т., молодший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Сьогодні формують нагальні потреби у наданні професійної допомоги бійцям та ветеранам АТО з огляду на їх фізичний, психологічний та соціальний стан. Питаннями фізичного стану опікуються фахівці лікарі та реабілітологи, психологічний стан бійця за необхідністю корегується спеціалістами психологами, психіатрами, а соціальні питання наразі вирішують соціальні працівники та представники громадських об'єднань. Питома вага допомоги надається на волонтерських засадах, коли фахівці не в змоззі відповідати на нагальні потреби у фаховій допомозі через офіційні установи. Так, на сьогодні тільки створюється система установ, що призначені допомагати особам, що повернулися з АТО. З'являються реабілітаційні центри, розширюються можливості існуючих медичних установ (госпіталів, санаторіїв), які здійснюють медичний супровід таких осіб. Соціально-психологічна допомога набирає обертів у волонтерському русі й майже не представлена у медичних установах.

З огляду на нагальну потребу у фахівцях, які можуть надавати професійну допомогу бійцям та ветеранам АТО, розширюється система підготовки таких спеціалістів. До країни приїжджають фахівці з Польщі, Ізраїлю, США, Великобританії, Швейцарії, які діляться власним досвідом роботи, допомагають нашим спеціалістам здобути необхідний рівень кваліфікації, щоб бути спроможними надавати високопрофесійну допомогу цій категорії клієнтів.

Вернувшись з АТО, борець стикається з низкою проблем, які не годен вирішувати самостійно. Але наразі бажання звертатися про допомогу не завжди переважає у конкуренції з відомими йому формами реагування, а саме: маргіналізація, алкоголізація та таке інше. Часто людина залишається сам на сам з проблемами, які вона на даний момент життя неспроможна вирішити. Але спостерігається позитивна

динаміка щодо звернень до фахівців ветеранів АТО, прийняття психологічної допомоги та розуміння необхідності таких звертань. Як зауважують Дорошенко В. В., Мельник О. В., основними проблемами, з якими учасники АТО звертаються до психолога і психотерапевта натепер є: тривожність, зокрема пов'язана із очікуванням повторної мобілізації у демобілізованих, потреба у соціальній підтримці й вирішенні побутових питань, сімейні конфлікти. Вони відзначають високу приховану агресивність учасників АТО, яка у мирному житті не знайшла конструктивного вираження.

Львовичкіна А. М. виділяє низку особливостей, які, на її думку, складають «Синдром воїна АТО», а саме:

- симптом мобілізації, який проявляється у продовженні війни в мирному житті. Вони не можуть повернутися з війни психологічно й продовжують наражатися на небезпеку, знаходити привід воювати у мирному житті. Вони відмовляються змінюватися самі, змінюючи світ навколо;

- симптом зайвості або зайвої людини, коли людина втрачає соціальні зв'язки. Їх не розуміє суспільство, бо вони мають лише дві крайні категорії стосунків: чорне і біле, добре і погано, ворог і друг, життя і смерть. Такі люди не можуть й не хочуть прилаштуватися до суспільства;

- симптом відчуття залишеності, коли людина ніби «відрізає» себе від незрозумілого суспільства, ізолюється, відчуває себе «чужою»;

- симптом «Справжнього чоловіка», коли людина не вважає за потрібне звертатися за фаховою допомогою й намагається вирішувати питання самотужки.

На думку Мідляр В. В. в учасників бойових дій при поверненні в мирну обстановку актуалізується низка потреб, які необхідно враховувати при роботі з ветеранами АТО, щоб уникнути складних психологічних і соціальних наслідків:

- виражене бажання бути зрозумілими, мати в контакті з оточуючими такий зворотній зв'язок, який б явно підтверджував, що вони боролися за праве діло. По суті мова йде про дію такого механізму психологічного захисту людини, як раціоналізація, що дозволяє учаснику бойових дій подолати комплекс провини, виправдатися перед самим собою, своєю

совістю, зробити спогади про агресивні і жорстокі вчинки менш травмуючими;

- потреба бути соціально визнаними, отримати високу оцінку своїх особистих зусиль, дій, щоб факт позитивної оцінки став відомий широкому колу людей, товаришам по службі, членам сім'ї;

- прагнення бути прийнятим у систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з більш високим, ніж раніше, соціальним статусом, очікування особливого ставлення до себе з боку оточуючих;

- «приголомшення» при зіткненнях з реаліями мирного життя, що, коли вони ризикували життям, в країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їх відсутності. Це може викликати стан психічного шоку, сформувати відчуття ворожості соціального оточення;

- зниження порогів чутливості до соціальних впливів, учасники локальних військових конфліктів стають ніби особливо оголеними, ранимими.

Фахівці, що здійснюють соціально-психологічний супровід учасників локальних бойових дій, намагаються надати якомога компетентнішу та всебічну допомогу, працюючи з їх гострими психологічними станами та навчаючи регуляції та саморегуляції. Згідно ст. 24 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» психокорекція психічних якостей і функцій, психопрофілактика негативних психічних станів, «навчання прийомам і методам психічної саморегуляції» – одна із пріоритетних задач психологічної реабілітації. Розов В. І. зауважує, що «мішенню» впливу на власний стан учасника бойових дій є підвищення, розвиток, тренування та мобілізація адаптивних здібностей (ресурсів) особистості, як здатності ефективно соціально і професійно функціонувати при мінімальних втратах для фізичного і психічного здоров'я.

Отже стан надання соціально-психологічної допомоги потребує уваги з боку фахівців та має враховувати вище зазначені особливості нагальних потреб й можливостей бійців та ветеранів антитерористичної операції.

Шелег Л.С., здобувач кафедри
юридичної психології НАВС,
кандидат політичних наук

СУТНІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

Сучасна медицина визнає, що до 70% захворювань мають психосоматичні витоки, тобто спричиняються психічною дисгармонією особистості. Тому об'єкт активне сприяння людині в досягненні гармонії психічного і соматичного благополуччя стає одним з основних завдань, які ставить перед собою сучасна психологія здоров'я.

Особи, які мають психосоматичні розлади, є об'єктом третинної психопрофілактики. *Третинна психопрофілактика психосоматичних розладів* – медико-психологічне супроводження осіб, схильних до психосоматичних розладів, спрямоване на попередження розвитку у них психосоматичних захворювань. Комплекс заходів тут повинен забезпечуватися не лише фахівцями-психологами, але й представниками підрозділів медичного забезпечення охорони здоров'я ГУМВС, УМВС України. Психологічна сутність третинної профілактики представлена психологічною реабілітацією.

Аналіз першоджерел з даної проблеми засвідчує, що перші спроби медико-психологічної реабілітації припадають на часи Російсько-японської війни 1904–1905 рр., впродовж якої вперше визначилася проблема психічних захворювань військовослужбовців внаслідок ведення бойових дій. В цілому кількість психічно хворих у період війни була в 1,5 рази більшою, ніж у мирний час. Таку динаміку пояснювали посиленням виснаженості бійців, все більшим їх розчаруванням у війні, а також відсутністю належного догляду за хворими. Оцінюючи уроки поразки в Російсько-японській війні 1904–1905 рр., газета «Російський інвалід» зазначала, що в майбутніх війнах перемогу будуть визначати не снаряди і картеч, не смерть і рани, а нерви.

Основні принципи медико-психологічної реабілітації вперше були сформульовані вже в роки Першої світової війни: наближеність, негайність, очікуваність (PIE – proximity, immediacy, expectancy). Подальша розробка і доповнення

принципів реабілітації осіб із ознаками стресових реакцій склали мнемоніки VICEPS – Brevity (нетривалість), Immediacy (безпосередність), Centrality (централізованість), Expectancy (очікуваність), Proximity (наближеність), Simplicity (простота) та IMPRESS – Immediacy (безпосередність), Military Milieu (захист), Proximity (наближеність), Rest Replenishment (відпочинок), Expectancy (очікуваність), Simplicity (простота), Supervision (нагляд) [1, с. 989-995].

Ефективність медико-психологічного супроводження осіб із психосоматичними розладами представлена декількома аспектами: 1) найбільш дієвим є зменшення ступеня стресу за рахунок прийняття особою на себе відповідальності за адекватну поведінку в стресогенній ситуації, запобігання або зменшення впливу стресорів, а також зміни свого до них ставлення; 2) вплив на поведінкові стереотипи особи. Така модифікація надає їй можливість свідомо знижувати ступінь піддатності стресорам ще до того, як вони спричинять стресове реагування.

В найбільш загальному вигляді медико-психологічне супроводження може бути представлено: а) короткочасною психотерапією, спрямованою на подолання працівником ОВС травматичних спогадів і хворобливих переживань шляхом їх перетворення в контрольований зміст людського життєвого досвіду; б) довготривалою психотерапією, що передбачає реалізацію комплексу заходів у формі психотерапевтичного навчання, який складається з наступних компонентів: корекція хибних уявлень щодо стресової реакції; надання працівникові інформації про загальну природу стресової реакції; фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку психосоматичного розладу; допомога працівникові в самостійному усвідомленні проявів стресової реакції та її характерних симптомів; розвиток здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресорів; повідомлення психологом працівника ОВС про активну роль, яку останній відіграє в подоланні надмірних стресових переживань [2, с. 91–102].

Перший варіант реалізується в разі невідкладного реагування у зв'язку з одержанням психічної травми і передбачає застосування простих психокорекційних методів відновлення життєдіяльності, зокрема, групової співбесіди (debriefing). Його метою є активне подолання афективного компонента психотравми,

вербалізація почуттів і переживань, звільнення від емоційної напруженості і відновлення самовладання.

Що стосується довготривалої психотерапії психосоматичних розладів, то в науковій літературі представлений широкий набір психотерапевтичних методів: когнітивно-поведінкові, сімейні і групові методи, кризово-орієнтована психотерапія, гештальт-терапія та ін. На практиці використовується досвід психотерапевтичних співтовариств типу «Анонімні Алкоголіки» та програма реабілітації ветеранів «Дванадцять кроків», що застосовувалася в США та була адаптована російською мовою для колишніх учасників афганської війни, а також програма психопрофілактичних і корекційних заходів стосовно працівників ОВС, які пережили посттравматичний стресовий розлад та схильні до психосоматичних розладів. Вони передбачають комплексне застосування як групових, так і індивідуальних методів психокорекції: аутогенні тренування, прогресивна релаксація, психогігієнічний комплекс, індивідуальні консультації з застосуванням засобів когнітивної або раціональної психокорекції.

Основними симптомами, встановленими нами за результатами проведеного опитування та підтвердженими за допомогою узагальнення наукових першоджерел, за наявності яких необхідно здійснювати психокорекційну роботу стосовно психосоматичних розладів, є: головні болі та головокружіння, загальна слабкість чи слабкість у різних частинах тіла, болі в області серця та утруднене дихання, розлади діяльності шлунково-кишкового тракту, болі в попереку чи м'язах, тяжкість у кінцівках, напади жару чи ознобу, оніміння чи поколювання в різних частинах тіла, відчуття «клубка в горлі»

Наш досвід надання психологічної допомоги засвідчує, що позитивний ефект може мати застосування комплексу різних технологій і методів, зорієнтованих на найбільш вразливі осередки психосоматичного статусу: подолання тривожності і профілактику та протидію стресовим станам. Ефективне втручання психолога дозволяє не лише зупинити негативну динаміку та нейтралізувати вплив негативних чинників, але й збільшити діапазон адаптивних можливостей людини.

Такий ефект значно зростає при перебуванні працівників ОВС в умовах медичного профілакторію чи денного стаціонару, що має відповідний медико-психологічний комплекс, впродовж

10-14 діб. Це надає можливість спеціального підбору групи осіб, які працюють в подібних умовах професійної діяльності та мають схожі психолого-соматичні проблеми. В таких випадках вони стають «групою підтримки», оскільки можуть ділитися своїми переживаннями один із одним з вищим рівнем довіри, аніж із іншими людьми. На базі медико-психологічного комплексу стає можливим організація як індивідуальних занять, так і групових сеансів.

Список використаних джерел

1. Kolb L. C. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders / Kolb L. C. // Amer. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 144, № 8. – P. 989-995
2. Solomon Z. Compensation and psychic trauma: a study of Israeli combat veterans / Solomon Z., Benbenishty R., Waysman M., Bleich A. // Am. J. Orthopsychiatry. – 1994. – Vol. 64, N 1. – P. 91–102

Гурлева Т.С., науковий співробітник
Інституту психології імені Г.С. Костюка
НАПН України

ДІАЛОГІЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

У нинішніх соціокультурних умовах досить популярним є «заочне» консультування, до якого відносяться виступи фахівців у ЗМІ, зокрема у текстових виданнях. Психологічне консультування через пресу – це вид психологічної допомоги читачам (а також членам їх сімей, рідним, друзям) у ситуаціях утруднення, які виникають у їхньому житті, у стосунках з іншими, розумінні себе, власного життя, у ставленні до певних подій, світу взагалі. Гостро постають питання фізичного виживання, подолання і попередження психологічних травм, життєвого самовизначення у часи зовнішньої окупації і агресії, соціально-економічної нестабільності у країні. Сьогодні ЗМІ в Україні не лише виконують суто інформаційну функцію, вони є каналом вираження і засобом формування громадської думки, дієвим інструментом соціального контролю над владою і

державою, а також механізмом психологічної допомоги населенню в кризових соціокультурних умовах.

Теперішня психотравмівна ситуація може гальмувати і спотворювати розвиток особистості, тримаючи її у лещатах страху, зневіри, розгубленості. Науково доведено, що позитивне функціонування особистості стає можливим у процесі психологічної допомоги за умови конструктивних стосунків «психотерапевт-клієнт». Такі вчені, як О.О. Бодальов, З.Г. Кісарчук, А.Ф. Коп'єв, К. Роджерс, Т.М. Титаренко, О. Фільц, Т.О. Флоренська, Т.І. Ханецька та ін., наголошують, що психотерапевтичний процес безпосередньо залежить від того, чи виникне контакт між фахівцем та людиною, що звернулася по допомогу, чи сформується робочий альянс, якими будуть реальні стосунки між ними, чи буде встановлено діалог зі співрозмовником. Суттєвими вбачаються ті результати досліджень, які засвідчать, що попередження або виправлення патологій у функціонуванні особистості стає можливим у процесі *психологічної допомоги через ЗМІ з позицій гуманістичної психології, яке зумовлює суб'єкт-суб'єктну взаємодію між людьми, добровільне й активне сприймання, розуміння, інтерпретацію, застосування, обмін і розповсюдження психологічної інформації.*

Особливості ЗМІ-спілкування, яке забезпечує психологічну допомогу в екстремальних ситуаціях, майже не вивчені. Проте, створення продуктивної моделі стосунків «психолог-населення» у мас-медійному просторі сприятиме професійному застосуванню фахівцями заочного спілкування як інструменту підтримки і розвитку особистості, що підвищуватиме успішність загального процесу психологічної допомоги як під час, так і після кризових подій в країні. Аналіз наукової літератури дозволяє говорити про те, що конструктивні психотерапевтичні стосунки у системі «психолог-населення» передбачають емпатію, повагу, довіру, рівність особистостей. З боку психолога важливе не маніпулювати людиною, а надати їй можливість свідомо сприймати, інтерпретувати і критично застосовувати отриману інформацію, забезпечити зворотний зв'язок з людиною або групою людей, аби сприяти процесу взаєморозвитку партнерів по спілкуванню. А це є можливим за

рахунок встановлення діалогічних стосунків з людьми, ініційованих фахівцем.

Саме *діалогічне спілкування*, зокрема, через паперові, друковані або електронні ЗМІ (газети, журнали, інтернет-видання тощо) передбачає осмислення, критичне використання інформації для вирішення актуальних життєвих проблем. Умовою діалогічного спілкування через ЗМІ виступає не гостра психотравмівна ситуація, криза, коли очна консультація чи психотерапія, «живе» спілкування з фахівцем є більш доречним й ефективним. *Діалог імовірний тоді, коли людина схильна до роздумів*: саме на таке спілкування готові люди, які звертаються саме до текстової інформації.

Майдан, а далі протидія зовнішньому агресору, об'єднавши людей різних поколінь та неоднакових соціальних статків і статусів, виявили присутність базових моральних настанов, що рухають людиною, впливають на її свідомість та поведінку. Серед них головними є такі буттєві цінності, як людська гідність, справедливість, добротність, жертвність, співпереживання, відповідальність, правда, любов, Бог та ін. *Попри матеріальні труднощі, погіршення фізичного стану, життєвих умов наші громадяни прагнуть високих, сутнісних життєвих смислів, заради торжества яких готові ризикувати своїм здоров'ям і життям.* Тож, завдання психолога, який виступає у ЗМІ, – не лише надавати людині інформацію, певні поради, пропонувати можливий алгоритм дій, а піклуватися про збереження цілісності особистості, її життєвої активності, життєстійкості, про її готовність і прагнення ставати більш гармонійною і досконалою, підтримувати ті високі цінності, в ім'я яких наші співвітчизники вчиняють справжні героїчні подвиги на передовій і в тилу.

Діалогічна взаємодія «психолог-клієнт» дає людині можливість на самовираження, відстоювання власної думки і намірів, власного життєвого сценарію, обміну досвідом. Психологу слід сприяти розвитку в отримувача допомоги через друковані ЗМІ «читацької компетентності», яка, зауважує Н.В.Чепелева, є чинником розуміння тексту, що дозволяє читачеві успішно здійснювати діалог з текстом [2, с. 64–66], а отже встановлювати зворотний зв'язок з психологом як рівним

партнером по спілкуванню. На думку М.М. Бахтіна, усіляке висловлювання завжди має адресата, відповідне розуміння якого автор мовленнєвого твору шукає і передбачає («почутість» як така є вже діалогічним стосунком) [1]. Тож, психолог має не лише добре знати зміст свого повідомлення, особливості аудиторії та потреби конкретних людей (або груп), а й фахово володіти навичками вибудови саме діалогічного тексту.

Діалогізм як особистісну якість психолога, розглядають Н.В. Чепелева та Н.І. Пов'якель. Ця інтегральна характеристика особистості включає діалогічну інтенцію, тобто орієнтацію на клієнта як на рівноправного суб'єкта спілкування, вміння встановлювати ефективні контакти з ним, слухати його, здатність вести професійно орієнтований діалог. Завдяки діалогічній інтенції психолог здатний сприяти саморозкриттю й пошуку клієнтом істини про себе самого, зауважує Т.І. Ханецька. І навпаки, якщо психолог глухий до цього, то він може своїми реакціями мимоволі блокувати й закривати для клієнта вихід до якихось більш справжніх змістів.

Зауважимо, що *саме пошук і утвердження вищих, буттєвих смислів надзвичайно важливо враховувати, надаючи психологічну допомогу воїнам АТО, волонтерам і будь-якій людині насамперед у період її повної зневіри, втрати життєвих орієнтирів та надії на краще*. Суть діалогічного спілкування, на думку С.А. Куницької, можна розглядати через призму вчення про домінанту О.О. Ухтомського: якщо у душі людини переважають тяжкі враження, її домінанта «змінює дійсність», хворобливо спотворюючи її («домінанта на собі»); утім, «домінанта на співрозмовникові» переводить спілкування з монологічної площини у діалогічну. Отже, діалог починається з уваги до співбесідника, до його мотивів, цінностей, потреб, до питання, яке він прагне розв'язати. Адже відчуття співучасті і прийняття іншим відповідає глибинній суті людини, є тією важливою психотерапевтичною умовою, яка знімає тривожність і «захисні механізми», а згодом у співрозмовника може встановитися «діалог зі власною совістю», яка робить особистість більш сильною і стійкою у захисті суверенітету і розбудові демократичної України.

Список використаних джерел

1. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества / М.М. Бахтин – М. : Искусство, 1986. – 445 с.
2. Чепелева Н.В. Текст і читач: посібник // Н.В. Чепелева. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2015. – 124 с.

Руденко Ю.В., пошукач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Шупика

КОМУНІКАТИВНІ КОМПЕТЕНЦІЇ ЛІКАРЯ ПІД ЧАС РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО, ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ

Лікувальний процес, є не лише медичним, але і складним психосоціальним явищем. Враховуючи психологічні особливості пацієнтів, які звернулися на прийом чи консультацію до лікаря, фахівець має володіти відповідними комунікативними компетенціями.

Налагоджений контакт лікаря з пацієнтом є передумовою встановлення терапевтичного альянсу, що позитивно впливає на самопочуття, стосунки та поведінку пацієнта, а також створює оптимальні умови для лікування. На встановлення ефективного терапевтичного альянсу медичних працівників з пацієнтами значною мірою впливає рівень комплаєнса хворого. Терміном «комплаєнс» позначають згоду пацієнта дотримуватись рекомендацій лікаря. В той же час, деякі автори визначають комплаєнс як міру збігу поведінки пацієнта з медичними порадами, що вказує вже не лише на принципову згоду з рекомендаціями лікаря, але й на виконання його призначень. Основну групу факторів, які певним чином обумовлюють комплаєнс належать ті, що пов'язані з особистістю пацієнта, з його ставленням до лікаря та призначеного лікування. Порушення пацієнтами терапевтичного режиму значною мірою впливає на зниження ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, збільшення частоти рецидивів захворювання та кількості госпіталізацій. Мотивація до лікування з активною участю пацієнта у лікувально-реабілітаційному процесі,

враховуючи його особистісні особливості та характер реагування на захворювання, є базисом сучасного лікувально-реабілітаційного процесу.

Виділимо, деякі типи пацієнтів:

1) ситуативні (раптове звернення, з гострою формою захворювання і т.п.)

2) з хронічними захворюваннями;

3) з фізичними травмами, внаслідок бойових дій (різні ступені важкості);

4) з набутою інвалідністю.

Розглянемо важливі складові взаємовідносин лікаря та пацієнта при первинному контакті:

1) Встановлення контакту з пацієнтом, що включає спостережливість, емпатію, толерантність, ефективне слухання;

2) Формування терапевтичного альянсу в діаді «лікар-пацієнт»: встановлення довірливого контакту, формування довіри до лікаря, формування авторитета у пацієнта до лікаря;

3) Формування мотивації до лікування: формування мотивації до виконання рекомендацій лікаря, формування мотивації у пацієнта до контрольного візиту;

4) Контроль лікування: рекомендації на контрольному візиті, враховуючи специфіку захворювання;

5) Адаптація, повернення до звичайного мирного життя, подальші рекомендації.

Різні типи пацієнтів вимагають від лікаря особливої уваги та певних комунікативних компетенцій. Так, при роботі з ветеранами АТО треба пам'ятати, що особливої вираженості набувають такі потреби: бажання бути зрозумілим, бажання бути соціально визнаним, прагнення бути прийнятим у систему соціальних зв'язків і стосунків мирного життя з вищим, ніж раніше, соціальним статусом, приголомшення при зіткненні з реаліями мирного життя. Іноді бажання соціальної приналежності можуть перекриватися униканням соціальних контактів через страх бути неприйнятим, незрозумілим, що призводить до певних бар'єрів спілкування. Враховуючи специфіку та складність встановлення комунікативного контакту в діаді «лікар-пацієнт», лікар потребує нових комунікативних компетенцій для роботи з такими пацієнтами.

Таким чином, підвищення рівня комунікативної компетентності лікаря впливає на ефективність професійної взаємодії з пацієнтами різних типів.

ОСОБЛИВОСТІ СИМВОЛІЧНОГО ВІДОБРАЖЕННЯ У ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ ВІЙСЬКОВИЙ ОБОВ'ЯЗОК У ЗОНІ АТО

Україна сьогодні переживає дуже важкі часи власної історії. Вже рік, як на території нашої країни йде війна, яка все частіше у ЗМІ позначається як мутаційна, бо театр її подійності розгортається на два фронти. Перший фронт – це безпосередньо зона бойових дій, де відбувається антитерористична кампанія, лунають постріли, гинуть люди, де кров'ю виборюється незалежність країни. Інший фронт – інформаційний, той який ведеться у ЗМІ, де нещадно використовуються психотехніки маніпулювання масовою свідомістю за для утримання масового настрою у певному інформаційному полі протистояння. Яскравий приклад є протистояння світоглядів «сепаратистів» та «бендерівців». За рахунок вдалого маніпулювання психотехніками масової свідомості у медіа просторі фабрикуються не тільки псевдо новини та емоційно провокаційні стимули. Імплантується у свідомість брехлива мультимедійна картина світу, яка у конкретній ситуації, за умовами вдалого «диригування» масовою аудиторією та каналізації її енергії у певному напрямку, може породжувати мікросоціальну подійність, наприклад, війну. ЗМІ – вдалиий інструмент для реалізації глобально-маніпулятивних цілей, які зусиллями групи впливових лоббістів перетворюють інформаційну політику у глобальну стратегію.

Відзначимо, що при ретроспективному аналізі політики інформаційно-ідеологічного напрямку російських лідерів тоталітарного кремлівського прокомуністичного режиму, виявимо спрямовану «обробку» масової свідомості у руслі «російського миру», яка йшла протягом двадцяти років. Росія виступила гарантом безпеки України на міжнародній політичній арені, мала пряме втручання у всі галузі суспільного життя українців. Як слідство, психологічно у колективному несвідомому українців сформувався образ Росії як країни, що не може нести нам загрозу. Чечні, Грузії, Абхазії, та що там – усьому світові може загрозовувати, нам – аж ніяк. Тому ж у колективному сприйнятті масової світової спільноти Україна та

Росія мала образ одного цілого, – ніби одне яблуко, яке складається з двох половинок. Ця маніпулятивна психологічна спекуляція росіян та відсутність політичних амбіцій у верховного керівництва нашої країни склали основу певного непорозуміння, яке заставило збирати докази агресії Росії проти України для світової спільноти.

Дійсно, майже кожен із нас має родичів у Росії, між нашими народами не існує мовних чи культуральних бар'єрів, більш того, український та російський народи мають спільні історичні корені. Але, завдяки маніпуляціям із національними архетипами вислів «Київ – матір міст російських» сьогодні може стати основою для суперечок, які загрожують перерости у бійку. У горнилі напруженої масової психічної енергії росіян, вдало спрямованої проти права українського народу на власне волевиявлення, нівелюються безперечні історичні факти, навіть такі, як створення міст. У світі психотехнічних навіювань Москва вважається авторитарним архетипічним батьком Києва. Для порівняння уперше Москва історично згадується у 1147 році, Київ – офіційно у 482 році.

Ефективність маніпулятивних російських політстратегій базується на перетворенні історичної пам'яті власного народу у штучний субстрат, де уявлення про національно значущі події розмиті та сфабриковані наново на основі політ стратегічних міфів, (наприклад, міф про російський мир). Маніпуляції із духовною матрицею російського народу, що лежить у основі етнічної ідентичності, зумовлюють масову регресію росіян до характерних для язичного минулого примітивних психічних конструкцій. Дана тенденція становить добре трофічне середовище для реалізації макросоціального експерименту, свідками якого ми стали. Вважаємо, що вчасний та влучний аналіз соціоміфології політичного життя через призму особливостей колективного несвідомого українського та російського етносів, допоможе випрацювати ефективні стратегії травмафокусованої психотерапії індивідуального та колективного профілю. Будь яка подійність, навіть макросоціального рівня, складається із ланки подій, яку можна виразити як текст, а потім семіотично структурувати. Вилучені у результаті структурування елементи знакової конструкції можна інтерпретувати згідно із контекстом юнгіанського аналізу.

Вмінню аналізувати інформацію та протистояти маніпулятивним психотехнікам потрібно виховувати шляхом підвищення рівня психологічної культури. Навіть з екранів домашнього телевізора може розповсюджуватися небезпечний інформаційний вірус.

У кінці дев'яностих масовому глядачу було продемонстровано фільм режисера Бодрова «Брат», що мав успіх. На той час СРСР та його ідеологія рухнули, Україна набула незалежний статус, Крим увійшов у її склад як Автономія. У світі подій у цей самий час для масового телеглядачу культовому фільмі Бодрова «Брат-2» образ українців презентується як зрадників, які усіляко заважають головному герою Данилі та його братові із прізвиськом «Татарин» у аеропорту Америки. За сценарієм, українців зневажливо вбивають. А вбиваючи, Татарин додає фразу: «Ви мені ще за Севастополь надасте відповідь». Для людей, що вміють аналізувати інформацію, цей сюжет постав як сигнал, як стимул щодо розв'язки майбутньої негативної історії, де два народи – український та російський вже існують у телереальності як вороги.

Синтетичний характер сприйняття інформаційного потоку припускає можливість шифрування у свідомості певних необхідних образів. Так, можна штучно у масовій колективній свідомості росіян створити ворога із українця. А можна створити штучний бар'єр між Заходом та Сходом України. Природня здатність людської психіки сприймати тематично розрізнений, але безперервний у часовому інтервалі текст континуально, як цілісне повідомлення становить ґрунт за для реалізації психотехнік. Можна формувати новини випуску таким чином, що вони будуть сприйматися як одне зашифроване послання. Приклад матеріалу новин каналу «Інтер» від 21 грудня 2003 року:

1. День «Соборності» – річниця об'єднання Західної та Східної України. Цитата: «Уперше об'єдналися дві гілки українського народу».

2. Репортаж із Криму. Головна думка: «Некоректно називати Сімферополь столицею Криму. У нас одна столиця – Київ».

Перше повідомлення приголомшує безглуздістю. Ідея єдності України відразу нівелюється на підсвідомості. Виникає водночас питання: «Відколи ж існують аж дві гілки українського етносу?». У тексті відтворюється погано прихований натяк, що нова держава – Україна лише «клаптева ковдра», вона штучно укладена незалежними осередками культурно-історичного розвитку, але столицею у всіх сенсах декларується лише політико-адміністративний центр – Київ. Само собою напрошується висновок, що держава, яка фруструє федеративний устрій, внутрішньо є авторитарною. Впізнаєте почерк із проросійським нахилом?.. На жаль, це є вже нашою історією.

Успішна реалізація глобально-маніпулятивних задач у результаті якої було розгорнуто антитерористична кампанія Росії проти України, безумовно знайшло відображення у колективному несвідомому українців. Загальний психологічний гомеостаз нашої країни цілком залежить від наявності імунітету проти психотехнік, які мають бути виробленими як на рівні особистості, на рівні народу.

Особливе подвійне психологічне навантаження відчувають на собі військові, що здійснюють виконання військового обов'язку у зоні АТО. Перебуваючи постійно під загрозою втрати власного життя, вони відчувають постійний вплив маніпулятивних психотехнік ЗМІ, та на власні очі бачать тривожні результати їх роботи. Борець Анатолій (72 бригада) розповідав, як привіз у лікарню пораненого бійця, а медики відмовились надати медичну допомогу «українським загарбникам». Яків (95 бригада) розказував, як бабуля приносила їм отруйну їжу; Сергій (72 бригада) розповідав, як він разом із бойовими товаришами здогадалися, що приємний дідусь та його бабуля, що періодично проїжджали біля їхнього поста на власній машині, були корективувачами. На рівні свідомого подібна подійність викликає суперечливі відчуття, протест, агресію, гнів; на несвідомому рівні накопичується негативний матеріал, який володіє якістю статика. У кожного з них визначається агравація на відчутті справедливості.

Окрім того, слід окремо оговорити, що український етнос відноситься до аграрної культури. На імпліцитній сітківці духовної матриці українського народу домінує потяг до обробки землі: ми засіваємо землю, разом садимо картоплю, радіємо

сходам зерна із землі у вигляді ростків, коли колоситься поле із пшеницею... Ми звикли опікуватися дарунками землі, загалом цінуємо культуру життя. Українцю приносить задоволення саме життя, а не його руйнація. Але на сьогодні українські чоловіки вимушені захищати власну землю ціною власного життя через вбивство ворога, що становить основу внутрішнього протиріччя безглуздості смерті та руйнації, але є вимушеною життєвою необхідністю. Усі військовослужбовці, що були учасниками бойових дій, відзначають значні зміни, що відбулися у їхньому світогляді. Спостерігається переоцінка цінностей буття, розуміння швидкоплинності життя, що свідчить про здобуття особистісної зрілості дорогою ціною. На згадку приходить біблейська історія про двох братів – Каїна та Авеля...

Війна є чинником, що призводить до психологічного травмування військових. Психологічна травма є подійністю, яка зламає звичну картину світу особистості бійця, вона вносить у внутрішній простір страх, відчуття безпорадності, неможливості контролювати ситуацію. Свідомий та несвідомий реєстр психіки значно детермінується психологічною травмою. Психіка функціонує у режимі звуження травмою, зациклюється на режимі пошуку власної безпеки. Усі психічні явища, згідно із наших досліджень, зазнають значних змін. Психічні процеси, стани, властивості, тимчасово втрачають якість власних характеристик. Страждають первинні регулятори психіки – пізнавальні, емоційні та вольові психічні процеси. Особливе навантаження зазнає первинний психічний процес відчуття. Слід урахувати можливість органічного враження однієї чи декілька модальностей. Наприклад, у військових, що зазнали атаку «градами» значно знижується слух. Військові, що перенесли психологічне травма навантаження, яке значно перевищувало можливості психічного, поряд із високим рівнем загальної дратівливості визначали труднощі інтероцептивного відчужання. «Тіло немов струна, та я його не відчуваю», «Я навіть коли був поранений не відчув болю, потім кров побачив», «Важко відчувати власне тіло, коли хлопці загинули». Такі висловлювання військових є характерними. При виконанні проєктивного завдання «Автопортрет» знаходить власне відображення у зображувальній діяльності – усі бійці малюють тільки власну голову, немов тіло є відсутнім. Пояснити

відсутність тіла на власному малюнку іноді не можуть. Зумовлюється дана тенденція психофізіологічними особливостями функціональності організму у режимі стресу. Кора головного мозку, головна аналізуюча система організму, отримує інформацію для аналізу із зовнішньої та внутрішньої реальності по нервовим шляхам, завдяки налагодженій системі афферентно-ефферентної іннервації. У режимі травми, коли процеси збудження та гальмування нервової системи зазнають перенавантажень, за для збереження психіки, блокуються нейрони, які відповідають за доставку інформації до кори головного мозку. Травматична пам'ять залишається на нижчих ланках головного мозку, та становить імпліцитну психологічно неопрацьовану пам'ять. Така пам'ять фрагментарна, не має мітки часу, триггерозалежна. На тілесному рівні реалізується у вигляді астенії, тремору, соматизації, конверсій. Для того, щоб сприяти загальному процесу стабілізації психофізіологічного стану, необхідно опрацювання травма пам'яті тіла шляхом десенситизації та майндфулнеса. Таким чином, психолог сприяє коректними енергозберігаючими для клієнта техніками, швидше налагодити зв'язок між тілом та мозком в обидва напрямки – від рецепторів до мозку, та у зворотному зв'язку. Лише налагодивши між ними стосунки, ми можемо іншими техніками випрацювати процес переходу імпліцитної пам'яті у автобіографічну (наприклад, шляхом техніки емоційного затоплювання у травма досвід, SEEFARCBT).

Такі характеристики, як вибірковість, направленість, активність та селективність сприйняття у режимі психологічного травмування знаходять власну реалізацію у вигляді різних сценаріїв, які вказують на психологічні мішені для подальшого опрацювання їх разом із психологом. Так, якщо сприйняття вашого клієнта орієнтовано тільки на війну, бойові дії, треба визначити, чому родина, потяг до мирного життя, домівка нівельовані як цінність. Якщо боєць налаштований опрацювати із психологом власний життєвий досвід, але усіяко уникає розмов про війну, це говорить про наявність травматичного досвіду, який вимагає опрацювання. Належним чином ретельно зібраний психологічний анамнез допомагає психологу у виборі ефективної стратегії, запобігає ризику реалізації тригерів, сприяє налагодженню контакту. В режимі

психологічного травмування емоційна біль значно перевищує поріг толерантності психічного сприйняття особистості, тоді спрацьовують механізми уходу та дисфункціональні механізми регуляції емоцій, що у власну чергу значно ускладнюють процес психологічного опрацювання травматодосвіду. Психолог має вмінти швидко формувати запит, додатково позитивно мотивувати клієнта, навіть в умовах вираженої конфронтації.

Людина – соціальна істота, вона завжди прагне до спілкування, прагне, щоб її зрозуміли, підтримали, допомогли. Психологічно травмована людина завжди перебуває у конфлікті із собою: з одного боку, вона прагне порозуміння, спілкування; та водночас уникає спілкування, бо не хоче знову відчувати нестерпний психологічний біль. Страждання людини не завжди можуть бути нею усвідомленими, але вона завжди шукає вихід. Найкращим вирішенням проблеми є професійна психологічна допомога. Власний потяг до спілкування вона здатна виражати навіть у несвідомій формі. Інформативним для психолога, який вміє аналізувати символи, є аналіз дискурсу клієнта, малюнків, життєвого сценарію, психосемантики тілесності. Вміння психолога «читати» та ураховувати у власній діяльності особливості символічного відображення військовослужбовців, що здійснюють виконання військового обов'язку у зоні АТО, значно оптимізує та підвищить ефективність психологічної роботи.

Никоненко Л.В., молодший науковий співробітник лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України

ВПЛИВ МЕДІА НА СВІДОМІСТЬ ТА ЕМОЦІЙНІ СТАНИ УЧАСНИКІВ АТО

Особливостями війн ХХІ сторіччя є зростання ролі медіа-впливів як у внутрішньо-політичних, так й в геополітичних протистояннях, що знаменує перехід від війн за територію та засоби виробництва до війн інформаційного століття, яким притаманна, в першу чергу, боротьба за інформаційний простір (І.А. Негодяев).

Множинні інтеракції, завдяки яким суб'єкти політико-правової взаємодії поширюють бажані для себе ідеї, стереотипи, погляди щодо політико-правової, геополітичної ситуації в країні та світі знаходять відображення в медіапросторі. Ми можемо спостерігати приклади гібридного протистояння між Україною та РФ, коли економічні санкції, військові дії стають можливими після довготривалого інформаційного «розігріву» медіаспоживачів по обидві сторони кордону з наступним медіа-супроводом певних подій.

Інформаційні атаки на цільові групи, що прямо чи опосередковано задіяні в проведенні АТО (військові, волонтери, мешканці прилеглих територій тощо), мають на меті: дезінформацію, зниження бойового духу, формування прихильності або ворожнечі між певними соціальними групами, створення інформаційного шуму тощо. Зауважимо, що в окупованих зонах та прилеглих до проведення АТО ускладнена або відсутня трансляція україномовних телеканалів. Такий стан речей суттєво ускладнює можливість інформаційної протидії.

В науковій літературі приділено увагу аналізу стратегій впливу та маніпулюванню свідомістю за допомогою засобів масової комунікації. Переважна більшість авторів (Г. Грачов, В. Кара-Мурза, Л.А. Найдьонова, І.А. Негодяєв, Г. Г. Почепцов, В.О. Татенко, П.Д. Фролов та ін.) розглядають різноманітні впливи на свідомість, які здійснюється через провладні або приватні засоби масової комунікації, в контексті еволюціонування технологій захвату, утримання влади та полегшення контролю над суб'єктами, які займають підлеглі позиції.

Іншим важливим напрямом аналізу наукових джерел стало з'ясування механізмів та засобів, завдяки яким здійснюється психологічне домінування в політико-правовій сфері. Г. Г. Грачовим деталізовано способи і технології інформаційно-психологічного впливу медіа на свідомість особистості, виділено «мішені» маніпуляції: 1) мотиваційна сфера (потреби, інтереси тощо); 2) регулятори активності (групові норми, самооцінка, переконання тощо); 3) когнітивні структури (знання, стереотипи, упередження, вірування тощо); 4) операціональний спосіб мислення (звички, уміння, навички, стиль поведінки та спілкування тощо); 5) психічні стани (фонові, функціональні, емоційні) (Г.Г. Грачов). Дещо

відрізняється позиція П.Д. Фролова, який поділяє наслідки впливу медіа на свідомість на групи, що об'єднують ефекти в когнітивній, емоційній, ціннісній, поведінковій, психофізіологічній сферах особистості (П.Д. Фролов).

Аналіз науково встановлених фактів та тенденцій, виявлених щодо впливів, маніпулювання ППС особистості дозволяє констатувати наступне:

1) Найбільш типовими стратегіями впливу на *когнітивну складову особистості* є такі, що ускладнюють обробку інформації або сприяють стереотипізації мислення, що досягається завдяки:

- цілеспрямованим порушенням інформаційних потоків (розпорошення інформації; надмірне її накопичення; відхилення або переривання інформаційних потоків, приховування частини інформації тощо) (К. Мілютіна);

- створенню штучної мозаїчності, переривчастого інформаційного поля (переривання на рекламу, фрагментарність подачі сюжетів тощо);

- регулярним повторам певних інформаційних блоків, що призводить до формування стереотипів (В. Кара-Мурза);

- продукуванню значної кількості фейків та «інформаційних шумів», які дезінформують медіаспоживача, унеможливаючи створення реалістичної картини світу тощо.

Названі стратегії сприяють формуванню у військових інформаційного стресу (стан інформаційного перенавантаження), який відіграє роль одного з елементів гібридного протистояння. Внаслідок чого можуть ускладнені та порушені процеси прийняття рішень, що в умовах бойових дій може призводити як до людських втрат, так і до невиконання військових завдань.

2) Впливи на *емоційну складову особистості* побудовані на дестабілізації емоційного стану споживачів медіаконтенту взагалі, й, військовослужбовців, зокрема, що підвищує суггестивність щодо зовнішніх навіювань. Це стає можливим завдяки:

- використанню емоційних ударів (різка зміна зображення, звуку на стиках різнохарактерних сюжетів);

- метод сенсацій (подію патологічного характеру витісняють іншою, що не дає часу на осмислення та емоційне відреагування);

– методична демонстрація сцен насильства, смертей, трупів, що призводить до психологічної адаптації та емоційного знецінення інформації подібного характеру. Внаслідок їх застосування підвищується емоційна вразливість та дезорієнтованість медіаспоживачів, що полегшує маніпулятивну сугестію. Іншим наслідком названо запуск адаптаційних механізмів та підвищення порогу чутливості щодо стресогенних сцен (І.В. Белінська). Використання сексуальних, еротичних сцен також може слугувати тій же меті (Ю.В. Романенко).

Названі стратегії спрямовані на дестабілізацію емоційного стану бійців АТО (продукування страху, невпевненості, зневіри в перемогу). Іншим можливим наслідком є надмірна адаптація, що призводить до притуплення почуття страху, втрати пильності.

3) Впливи на *ціннісну сферу особистості* здійснюються завдяки апеляції до потреб, інтересів, цінностей, пріоритетів суб'єктів політико-правового процесу опосередковано, завдяки:

– використанню малоінформативних, однак емоційно привабливих образів, що формує високий рівень узагальнених очікувань, які врешті-решт зумовлюють політичний вибір (С.М. Глазунова). По тому ж принципу можливо здійснювати демотиваційні кампанії (наприклад щодо мобілізації або необхідності чинити активний спротив окупації) завдяки використанню склейки «непривабливий образ» – певна цінність особистості.

Відомий вислів: «Коли я знаю для чого, я можу подолати будь яке як», – найбільш точно описує сенс цих маніпулятивних стратегій. Посіяти зневіру у військовому протистоянні агресії, знецінення потреби захисту місцевого населення – саме такі прийоми найчастіше поширюють інформаційні джерела, що призводить до падіння бойового настрою військових, поширення алкогольних засобів зняття стресу.

4) При побудові стратегій впливів на *поведінкову сферу особистості* використовують механізми соціального научання (А. Бандура). Завдяки регулярній демонстрації інформаційних сюжетів, що демонструють бажану/небажану поведінку відбувається ознайомлення та опанування новими моделями поведінки, бажаними для ініціатора інформаційного повідомлення.

Демобілізовані учасники АТО, що звикли бачити світ «чорно-білим» іноді сприймають поведінку медіа-персонажів як

приклад для наслідування, і діють не в відповідності з власними цінностями, а як людина «з телевізора».

Отже, під час проведення АТО набуває особливого значення потреба у підвищенні медіакомпетенстності учасників бойових дій. Уміння ідентифікувати стратегії та епізоди маніпулювання свідомістю дозволяє підтримувати бойовий дух та зберігати спокій. Не менш важливою є медіакомпетентність демобілізованих з лав ЗСУ, які стикаються з великим потоком інформації після повернення з зони АТО і часто не в змозі розібратися і обрати адекватну поведінку.

Ульянов К., психолог-волонтер

СТРЕС-ПІДГОТОВКА ДО ГОСТРОГО БОЙОВОГО СТРЕСУ ТА ПРОФІЛАКТИКА НАСЛІДКІВ НЕКОНТРОЛЬОВАНОГО БОЙОВОГО СТРЕСУ, КУРСУ «БРОНЬОВАНИЙ РОЗУМ»

Виходячи з поняття про стрес як про системну, неспецифічну, адаптивну реакцію організму на нові умови, програма стрес підготовки базується на наданні курсантам максимального особистого досвіду знаходження в стресі, для вироблення та закріплення навичок контролю свого стану та взаємодії із іншими особами, які знаходяться в стані стрес реакції.

Отже: **стрес-підготовка** – це спеціалізований процес всебічного психофізичного навчання, спрямований на підвищення спеціальної та загальної стресостійкості, набуття курсантом навичок контролю стресового стану, та знань про загальні механізми впливу стресу на поведінку.

Задачі стрес підготовки – надати людині комплексні знання про закономірності реакції на різні типи бойового стресу, сформувані та закріплені навички контролю свого стану під час стресу, надати особистий досвід поводження з іншими особами, які перебувають в стані гострого бойового стресу, навчити долати наслідки хронічного бойового стресу, зменшити в подальшій бойовій ситуації вплив факторів стресу на поведінку людини.

Методи стрес підготовки:

Загальнопедагогічні, що включають словесні та наочні методи – лекція, де курсантам надаються знання про

бойовий стрес, механізми та закономірності розвитку стресового стану, приводяться результати досліджень в галузі. Бесіда та анкетування.

Практичні (специфічні для курсу «Броньований розум»), включають метод строго регламентованих фізичних вправ, в комплексі із рольовими тренінгами та елементами психологічного впливу.

Принципи стрес підготовки:

Принцип науковості – стрес підготовка курсу «Броньований Розум», заснована на знаннях з фізіології людини, об'єктивної психології, емпіричного досвіду зарубіжних спеціалістів та статистичних даних отриманих від військово службовців та співробітників силових відомств України, що пережили дію гострого та хронічного бойового стресу.

Принцип систематичності та послідовності- принцип вимагає, щоб знання, вміння і навички формувалися в системі, в певному порядку, коли кожен елемент логічно пов'язується з іншими, наступне спирається на попереднє, готує до засвоєння нового.

Принцип специфічності – вимагає кореляцію набуваних навичок із потребами професійної діяльності та умов роботи кожного типу курсанта (цивільний, комбатант, співробітник силових структур, польовий медик, тощо).

Принцип наочності навчання – курс «Броньований розум» оперує різноманітною матеріально-технічною базою, що дозволяє найбільш доступно демонструвати курсантам повноту тренінгових сценаріїв, та максимально швидко формувати навички оперування спорядженням, залучає технічні засоби навчання (аудіо, та відео матеріали).

Принцип поєднання різних форм організації навчання – стрес підготовка складається з двох рівно важливих елементів: теоретичної частини (курс лекцій) та практичної частини, яка складається з ряду фізичних вправ, розвитку фонових навичок та ситуативних тренінгів.

Кухарук О.Ю., молодший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України

КОНСТРУКТИВНІ СМИСЛИ ВІЙНИ ЯК РЕСУРС ЗАПОБІГАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

1. Питання смислу є одним із ключових як для теоретичного аналізу, так і для психологічної практики. Особливе місце посідає вивчення осмислення подій при переживанні кризових і травмуючих ситуацій.

2. У ході ряду емпіричних досліджень доведено, що втрата смислу під час травмуючих кризових подій є однією з ключових передумов непродуктивного їх переживання і збільшує ризик появи ускладнень та психічних розладів пов'язаних із переживанням таких подій. В свою чергу, віднайдення і реконструкція смислу травмуючої події є надзвичайно важливим ресурсом для продуктивного переживання кризових подій і після кризового росту.

3. За силою впливу війна є одним із найбільш кризових явищ як для суспільства в цілому, так і для особи зокрема. Зміни, що відбуваються в ході війни, зачіпають всіх, порушують основи звичного світу і мають масовий характер. Але на відміну від інших масових травмуючих подій (нешасні випадки, стихійні лиха тощо), у війні апріорно закладені певні смисли. Війна – це суспільне явище, яке не трапляється випадково. Війна як форма соціального конфлікту має свої причини, передумови, особливості перебігу, закінчення і осмислення. Все це призводить до появи і трансформації суспільних та індивідуальних смислів війни – для чого війна? які наші цілі? хто вороги? хто ми в цій війні? хто наші союзники і хто нас підтримує?

4. Усвідомлення і переживання базових, «архетипічних» смислів, які виникають в ході війни, є надзвичайно складними для людської психіки – вони складні, багатозначні, мають часто несвідому природу і зачіпають усі рівні ідентичності особистості. Наприклад, війна зачіпає і актуалізує такі людські цінності як вірність, самопожертва, ціна життя, поняття мужності, переживання втрати і смерті, ставлення до божественного, справедливості та багато інших. З точки зору

психології ці смисли є базовими, багатозначними і складними для осягнення, з однієї сторони, а з іншої містять в собі надзвичайно великий ресурс.

4. Смисли війни є апіорними, закладеними по замовчуванню в самій події, не наданими постскриптом, як буває при осмисленні випадкового нещасного випадку чи навіть смерті. Тобто дія смислу включається ще до початку травмуючої події і служить свого роду її запуском: те, що воїн пішов захищати, призвело до того, що з ним трапилась кризова подія (обстріл, поранення, втрата та ін.). Таким чином втрата смислу в ситуації війни сприймається особливо гостро.

5. У гібридній війні знецінення і викривлення смислів є одним із напрямів «бойових» дій. На кожен відрефлексований суспільством конструктивний смисл російська пропаганда запускає або підсилює уже існуючу деструктивну версію. Наприклад, «захищаю Батьківщину» – «воюєш не за Батьківщину, а за олігархів», «самопожертва» – «ви гарматне м'ясо», «добровільний похід на фронт» – «чого туди іти, нехай депутати дітей відправляють», «героїзм військових» – «там одні аватари, ніхто уже не воює».

6. Джерелами появи та поширення деструктивних смислів можуть бути і представники груп ризику – військові, сім'ї військових, волонтери, особи, що постраждали від війни. Це закономірно – представники цих груп знаходяться в кризовій ситуації, їх смисли і ресурси вразливі до внутрішніх деструкцій і зовнішнього впливу.

7. В цьому є додаткові ризики. Представники груп ризику, чутливих до деструктивних ідей та формулювань – військові, волонтери, громадські діячі. Саме ці люди, як правило, є одночасно і лідери суспільної довіри. Традиційно вважається, що інформація надана ними – правдива. Наприклад, часті у військових ідеї про «зраду», недостатнє забезпечення, некомпетентність та злочинний саботаж командування, хоча і ґрунтуються на реальних обставинах, в переважній більшості випадків є і ще й деструктивними за своєю природою, перебільшеними, надмірно забарвленими негативними емоціями і не містять конструктивних ідей щодо можливої зміни ситуації. В ситуації бойових дій, стресу, травми такий спосіб мислення є

однією із можливих адаптивних стратегій викривлення мислення і відреагування на травмуючу подію.

8. В той же час, апелюючи до військових чи волонтерів, як до достовірного джерела, відреагування суспільства періодично теж набуває деструктивного характеру. Замість виокремлення проблеми, напрацювання шляхів вирішення, зниження негативізму, відбувається поширення негативних смислів та провокування негативних переживань. Це призводить до появи і популяризації масових деструктивних уявлень про смисли, що є у війні, уже на загальному суспільному рівні. І ці негативні суспільні смисли стають додатковим травмуючим фактором уже на етапі реабілітації. При цьому, суспільні групи, які таким чином відреаговують на нормальну травматичну реакцію, не знаходяться під впливом травмуючої події, для них така реакція не є природною. Як правило, у людей, що не є безпосередньо залученими до війни, є достатній ресурсний потенціал для протидії появі деструктивних смислів і напрацювання і поширення конструктивних. Ключовим у цьому питанні є готовність рефлексувати, обдумувати та критично аналізувати індуковані деструктивні ідеї.

9. Таким чином один із шляхів успішного подолання кризи зумовленої війною і умовою посткризового росту є напрацювання, уточнення і актуалізація продуктивних суспільних смислів війни та використання їх в якості ресурсу. Формами існування продуктивних смислів війни можуть стати спільні міфи та меми, наукові праці та дослідження, статті у ЗМІ, художні твори, формування спільної оцінки подій, протидія деструктивним смислам. Реалізуватись ці смисли можуть в першу чергу на побутовому рівні у ставленні до учасників війни та до подій війни. Адже позитивна оцінка і підтримка оточення суттєво знижує ризик ускладненого переживання травми. Окрім того, без наповненості реабілітаційних, соціальних та терапевтичних програм супроводу позитивними смислами та оцінками захисту Батьківщини, всі програми будуть залишатись механістичними, формальними і ефективність їх буде сумнівною.

Ляшин Я.Є., викладач кафедри психології Ужгородського національного університету

ЕТАПИ РОБОТИ З ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ ЗГІДНО З КОНЦЕПЦІЄЮ ДЖ. ГЕРМАН

Збройний конфлікт на Сході України поставив перед вітчизняними психологами та психотерапевтами ряд складних завдань, зокрема з допомоги учасникам конфлікту у подоланні наслідків впливу потужних стрес-факторів війни (небезпека, поранення, участь у насильстві, загибель товаришів, біль і т.п.). Вплив цих факторів на людину може призводити до виникнення психічної травми, тобто патологічного стану центральної нервової системи, що обумовлює регуляцію поведінки постраждалого за допомогою патологічних механізмів [1, с. 6].

Одна з цілісних концепцій подолання психічної травми запропонована американським психотерапевтом Дж.Герман. Дана концепція застосовується не тільки для роботи з учасниками бойових дій, а взагалі для роботи з людьми, що пережили насильство, тобто може бути застосована при наданні психологічної допомоги різним категоріями постраждалих внаслідок бойових дій на Сході країни.

Робота з психічною травмою за концепцією Дж.Герман включає три етапи [2, с. 262]:

- 1) встановлення безпеки;
- 2) реконструкція травми;
- 3) відновлення зв'язку з повсякденним життям.

На першому етапі встановлюється довіра між психологом і клієнтом. Дуже важливою на цьому етапі також є психологічна просвіта. Травмована особа часто відчуває полегшення просто довідавшись справжню назву свого стану [2, с. 266]. Крім з'ясування діагнозу надзвичайно важливим є опис найпоширеніших симптомів посттравматичних стресових розладів і практичні рекомендації щодо подолання стресу.

На цьому ж етапі починається робота з відновлення контролю постраждалого над його життям. Для подолання розгубленості застосовуються когнітивні і поведінкові методики, для подолання соціального відчуження необхідним є

підключення до підтримки родини, коханих, друзів, можливим є також звернення до соціальних служб [2, с. 270].

На даному етапі роботи у постраждалого відновлюється відчуття певної передбачуваності власного життя, починає долатися ізоляція, відновлюється впевненість у власній здатності захищати себе [2, с. 294].

На другому етапі клієнт поступово розповідає історію травми. Реконструкція травматичної події здійснюється ґрунтовно і в подробицях. Така робота необхідна для того, щоб травматичний спогад був інтегрований у життєву історію постраждалого [2, с. 296].

Перехід до етапу реконструкції травматичної події повинен бути вибором клієнта. Але, в той же час, не повинен затягуватися етап встановлення безпеки, так як це призводить до стагнації процесу відновлення після травматичної події. Також надто ранній перехід до реконструкції може призвести до безплідного шкідливого переживання травми.

В цей період психолог повинен слідкувати за інтрузивними симптомами клієнта. При їх різкому посиленні необхідно сповільнити процес терапії [2, с.298].

Реконструкція починається перегляданням життя постраждалого до травми, після чого здійснюється вже безпосередньо реконструкція. Із фрагментарних спогадів, що залишаються у клієнта, потрібно скласти цілісну картину події, відтворити факти і емоції, що їх супроводжували. При цьому можуть використовуватись такі терапевтичні методики, як імплізія і формалізоване свідчення.

На цьому етапі постраждала особа також шукає відповідь на питання: чому це сталося зі мною? Він буде систему переконань, яка дозволить пояснити пережиті страждання [2, с. 301].

Реконструкція травми не може бути завершеною на сто відсотків, в житті постраждалого все одно виникатимуть ситуації, що витягуватимуть на світло різні аспекти травми. Але в результаті роботи на цьому етапі травматичний досвід починає належати минулому.

Завданням роботи на третьому етапі є побудова клієнтом свого майбутнього, створення нових стосунків, знаходження нових цінностей.

На цьому етапі постраждала особа вчиться боротися і відстоювати свої права, знімає з себе роль жертви, вчиться відмовлятися від гіпертрофованих реакцій на небезпеку, а також працює над тим, щоб стати таким, яким би він хотів стати.

Подолання травми не може бути повним і її вплив відчуватиметься постраждалим протягом всього життя, але можна виділити сім критеріїв того, що відбулося відновлення після травми [2, с. 359]:

- 1) фізіологічні симптоми посттравматичного стресового розладу переведено у контрольовані межі;
- 2) людина здатна витримувати почуття, пов'язані з травматичними спогадами;
- 3) людина може керувати своїми спогадами – вона може вибирати, чи згадувати про травму, чи відкласти спогади;
- 4) людина може послідовно і з почуттями розповісти про травматичні події;
- 5) відновлено почуття власної гідності;
- 6) відновлені важливі стосунки з іншими людьми;
- 7) відтворено послідовну систему знань і переконань, яка включає в себе і історію травми.

Отже, згідно з концепцією Дж. Герман, психотерапевтична робота з травмованою особистістю включає три основні етапи: встановлення безпеки, на якому клієнт починає вчитися контролювати своє життя, на другому з фрагментарних спогадів складається цілісна картина травми, а завданням третього етапу є побудова майбутнього постраждалої особистості.

Список використаних джерел

1. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий / А.Г. Караяни – М., 2003. – 80 с.
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання / Дж.Герман; пер. з англ. О.Лизак, О.Наконечної, О.Шлапак. – Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.

Кардінал І.М., старший офіцер
(психолог) відділення по роботі з
особовим складом військової частини
3030 НГУ

**ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ «ДОСЛІДЖЕННЯ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ТЕМПЕРАМЕНТУ»
ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ГЛИБИНИ ВПЛИВУ БОЙОВОГО
СТРЕСУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ**

Проблема психологічного здоров'я військовослужбовців Національної гвардії та Збройних Сил України, які перебували в зоні бойових дій, в сучасній Україні є актуальною. Це зумовлено тим, що боеготовність підрозділу до виконання службово-бойових завдань в умовах активних бойових дій залежить від готовності кожного військовослужбовця та його психічного стану.

Питання відстеження реакції психіки на перебування у екстремальній ситуації бойового стресу перебуває у центрі уваги не тільки самого військовослужбовця, членів родини, але також і суспільства в цілому. Як реагувати на прояви агресії чи апатії, як зберегти здоров'я людини, як допомогти тим, у кого бойова психічна травма переходить від гострої до хронічної, до стану посттравматичного стресового розладу?

Актуальність проблеми виникає із політичної, суспільної та майже воєнної ситуації в країні. Потреба в особливому підході до військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій, спостерігається з початку проведення антитерористичної операції на сході України. Якщо ще півтора роки тому військові психологи були приголомшені та відчували безпорадність перед проявами у військовослужбовців гострих реакцій на бойовий стрес, то зараз накопичено певний практичний досвід, є чим поділитися з тими, хто прагне зрозуміти, як виявляти та як діяти при гострому стресовому розладі, як працювати з військовослужбовцями, які отримали бойову психологічну травму.

Шляхом спроб та помилок психологи Національної гвардії України підбирали робочі психодіагностичні методики та методи діагностики гострого бойового стресового реагування. На даному етапі напрацьовано певний алгоритм дій. Так, при поверненні військовослужбовців, які приймали участь в

активних бойових діях, до пунктів постійної дислокації (додому), психологи проводять первинну діагностику з метою визначення рівня впливу психотравмуючої ситуації бойового стресу на психіку військовослужбовця.

Психодіагностичне вивчення проводиться за такими методиками:

1. «Опитувальник психологічних наслідків травматичного стресу» І.О. Котенева.
2. «Опитувальник перитравматичної дисоціації».
3. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (combat exposure scale).
4. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R).

Слід зауважити, що замість дебрифінгу проводиться діагностична бесіда з вивченням рівня впливу екстремальної ситуації. Дебрифінг на етапі активних дій, як показує досвід, протипоказаний як такий, що може спонукати до загострення психічних станів у військовослужбовців.

Однак у процесі здійснення психологічного супроводження військовослужбовців, які повернулися брали участь в АТО, виникло питання: чому одні військовослужбовці позбавлялись наслідків впливу бойового стресу швидше, ніж ті, у тих, у кого умови для позбавлення таких наслідків були кращими, і навпаки?

З метою пошуку відповіді на дане запитання, до вищезазначеного переліку психодіагностичних методик була включена методика «Дослідження психологічної структури темпераменту» Б.М. Смірнова (далі – тест Смірнова), як одна із методик, що дозволяє найкращим чином використовувати військовослужбовця для виконання службово-бойових завдань. Дана методика рекомендована командуванням Національної гвардії України та включена до комп'ютерного психодіагностичного комплексу «Програма психологічного тестування військовослужбовців НГУ», створеного у Науково-дослідному центрі Національної академії НГУ (м. Харків).

Вибірку склали 60 осіб військовослужбовці, призваних за мобілізацією, які приймали активну участь у бойових діях.

За результатами психодіагностики за тестом Смірнова виявлена наступна закономірність: існує взаємозв'язок між

швидкістю протікання психічних процесів та рівнем позбавлення наслідків впливу бойового психотравмуючого стресу. Чим більше швидкість та активність протікання психічних процесів, тим швидше проходить позбавлення наслідків екстремальної ситуації.

За результатами психодіагностики було визначено, що для 47 військовослужбовців (78%) характерний високий рівень активності та швидкий темп протікання психічних процесів; для 13 військовослужбовців (22%) – низький рівень активності та повільний темп протікання психічних процесів. Відповідно до виявленої тенденції респонденти були розподілені на 2 групи:

I група – з високим рівнем активності та швидким темпом протікання психічних процесів;

II група – з низьким рівнем активності та повільним темпом протікання психічних процесів.

У ході проведення психологічного супроводження військовослужбовців, які склали I групу, було помічено більш швидке позбавлення наслідків бойового психологічного стресу, що протікало з найменшими наслідками, ніж у II групі. У військовослужбовців, які склали II групу, спостерігався повільний процес позбавлення наслідків стресу та більш глибокий вплив психотравмуючої ситуації.

Відмінності виявилися і у побудові психокорекційної програми, спрямованої на подолання наслідків психотравми у військовослужбовців I та II груп. Так, для I групи необхідними та достатніми були декомпресійні заходи після участі у бойових діях, в той час як для II групи потрібен тривалий психокорекційний процес із залученням родин військовослужбовців.

Таким чином, під час психологічного супроводу військовослужбовців Національної гвардії України для відстеження наявності істинної бойової психотравми є доцільним застосування методик «Дослідження психологічної структури темпераменту» Б.М. Смірнова та «Опитувальник психологічних наслідків травматичного стресу» І.О. Котенєва в одному комплексі.

Діденко Р., волонтер-психолог

МЕТОДИКА «ХЕНДМЕЙД-ОРІЄНТОВАНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ» ЯК ЗАСІБ ПОЗБАВЛЕННЯ РЕЛІГІЙНО-КУЛЬТОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ»

Два альтернативних напрямки виведення з культової залежності: навернення до домінуючої в країні Християнської конфесії, або примусового вилучення з сектантського оточення та проведення примусової психологічної реабілітації з переорієнтацією на загальнонародські соціальні орієнтири та атеїстичний світогляд.

Жоден з них не досконалий, і може посилювати вже існуючу психологічну травму особистості.

Спільним вразливим місцем обох цих напрямків є їх примусовевпровадження щодо постраждалої особистості.

Більшість прихильників релігійних культів, приєдналися тому, що не знайшли в традиційному Християнстві відповіді свої запитання, а тому спроба відвернути їх відджерела, котре дало їм відповіді, наверненням до джерела, яке їх не задовольнило, – не буде вдалим рішенням.

Відчуття себе жертвою психологічного тиску з вимогою зміни переконань, додає психологічної травми вже й так психологічно травмованій культурою особистості.

Пропонований нами метод, «Хендмейд-орієнтована психокорекція», – означає психологічну корекцію, шляхом переорієнтації зі споживацького на творчий світогляд, через залучення до творчості.

Глибший, порівняно з арт-терапією рівень впливу, ширше коло вирішуваних завдань, глибший підхід до суті питань, – ознаки хендмейд-орієнтованої психокорекції, як самостійного напрямку корегуючої діяльності психолога.

В цій методиці клієнт грає рівідну роль, а психолог – консультанта; тоді як в арт-терапії психологу належить роль ведучого за яким клієнт йде, виконуючи творчу роботу.

Робота з клієнтом в рамках методу проводиться в двох взаємопов'язаних напрямках: поступова зміна орієнтації клієнта з релігійності на духовність, та переорієнтація його зі споживацької психології на психологію творчості, шляхом свідомого вибору виду творчості та набуття в ній стійких

навичок, котрі породжують подальшу зацікавленість та розвиток здібностей.

Робота має проводитись в кілька етапів.

Перший – підготовчий, – «Перехід від релігійності до духовності».

Хоч в соціумі поняття «Релігійність» та «Духовність» вважаються близькими за значенням, з психологічної точки зору між ними існує суттєва різниця.

«Релігійність – це міра впливу релігії на окрему людину чи групу, а також процеси та тенденції, котрі відбуваються в релігійних уявленнях та в діяльності.»

«Духовність – найвищий рівень розвитку та саморегуляції зрілої особистості, на якому основними мотиваційно-змістовними регуляторами її

життєдіяльності стають найвищі людські цінності.»

Кожна особистість повинна орієнтуватися на власні потреби та на загальнолюдські цінності, а не на різні «накази» всіляких «пророків», «вождів», «вчителів», «спасителів», «гуру», «пасторів», «батюшок», «святих отців» та інших маніпуляторів свідомістю.

Феномен залежності лежить в основі релігійності, а психологічний механізм релігійної залежності тотожний механізму залежності культової. Отже, звільнення особистості від культової залежності треба починати з переходу від релігійного до духовного світосприйняття.

Перепоною на шляху повернення до нормального життя особистості, котра потрапила в деструктивного культу, є мовний бар'єр, який виникає між нею та її некультовим оточенням.

Мовний бар'єр, створює бар'єр психологічний: члени кожного культу, поєднані спільним сленгом, сприймають всіх інших, - як ідейних супротивників.

Головна помилка попередніх спроб дезомбування, полягала в тому, що фахівець свою розмову починав з відкидання догм, які постраждалий вважає сакральною істиною, довіреною йому керівництвом культу.

Старші «брати по вірі» попереджали його про це, то ж до розмов він тепер готовий і одразу «вмикає» блокування спроб депрограмування.

Вмикається створений керівниками культу психологічний механізм заперечення інформації, котра надходить ззовні.

Сектант вважає себе героєм в полоні ворога, мужньо витримує всі тортури, і навіть отримує від цього насолоду.

Якщо ж фахівець прийме лексику, мовні штампи та звороти, якими постраждалий звик спілкуватися в межах культу, – психологічний бар'єр створений керівниками культу в свідомості підопічного, не відреагує на це як на небезпеку, і у фахівця з'явиться шанс здійснити депрограмування.

Використовуючи культовий лексикон, фахівець поступово і непомітно для сектанта проводить спочатку переорієнтування на цінність власного творчого начала сектанта, а потім проводить роботу з дезомбування та підняття самооцінки тепер вже екс-сектанта.

Після досягнення двостороннього контакту і довіри до з боку екс-сектанта, фахівець з повинен поступово і ненадокучливо спілкуючись з екс-сектантом, замінювати в його свідомості культистські догми на загальнолюдські моральні цінності.

Оскільки більшість із зятягнутих культуми особистостей є творчими людьми, а творчість – цезезалежність, то переорієнтація на творчість, - означатиме її переорієнтацію на себе саму і звільнення від впливу культів.

Наводимо приклад таких тез: «Творчість є даром Бога людині. Цей дар, перш за все передбачає незалежність.

Отже, виконуючи бажання Бога, людина повинна сама визначати напрямки своєї творчості і життя, звітуючи лише перед власною совістю за свої вчинки. Оскільки совість кожної людини – це частинка Бога в ній, - то спілкуючись з власною совістю, – людина спілкується з Богом»;

Пропоновані варіанти тез, лише окреслюють напрямок, в якому фахівець має проводити роботу з депрограмування, а отже, дотримуватися за змістом, а не за формою.

Висловлювані ідеї, повинні діяти за принципом комп'ютерних вірусів-лікарів, котрі непомітно проникаючи в деструктивну програму, інстальовану в мікропроцесор – мозок сектанта, починають блокувати деструктивну програму і руйнувати її.

Якщо перший, – підготовчий етап присвячений формуванню ідеологічної надбудови особистості, то другий, – основний, – спрямований на вироблення позитивного світосприйняття, оптимістичного, творчого ставлення до життя.

Основний етап, складається з трьох, невіддільних один від одного кроків:

1. Підготовка;
2. створення та наповнення;
3. Комплексне використання.

Кожен крок містить дієві рекомендації, стосовно оптимізації світобачення особистості, та її самоорганізації.

Послідовне засвоєння та виконання рекомендацій кожного з кроків, зроблять життя, яскравим, емоційно наповненим, та вільним від будь-якої залежності.

Крок 1-й. Підготовка.

Цей крок найбільш важливий і найбільш складний одночасно. Він орієнтований на девіз: «Прислухайтесь тільки до себе!».

Залежно від бажань, можливостей, та фантазії автора, індивідуальна база джерел віртуальних образів, може створюватися на основі різних інформаційних технологій, будь-яких способів накопичення, зберігання, та передачі інформації.

Обмеження полягає, лише в емоційній орієнтації інформації на позитив.

Крок 2-й. Створення та наповнення.

Згідно з базовою ідеєю методики хендмейд-орієнтованої психокорекції, в цей період, коли клієнт має зробити досить важливий для себе вибір, психолог-консультант, повинен допомогти йому на конкретних віртуальних прикладах з'ясувати наскільки тойчи інший вид творчої діяльності імпонує саме цій людині, та допомогти з великої маси варіантів обрати саме те що треба, що дійсно є цікавим саме для неї, без чого її життя буде незаповненим.

Допомогти це зробити, може перегляд в Інтернеті відеороликів з творчими майстер-класами, на яких різні люди, демонструють потенційні можливості різноманітних цікавих видів творчості, свою майстерність в них, та наочно вчать, як правильно робити перші кроки в кожному окремому випадку.

Психолог-консультант має дати зрозуміти клієнту, що всі ці люди, так само як він зараз, - колись зробили свої перші кроки в обраному ними напрямку. І, якщо в них це вийшло, то всі шанси на успіх є, і в нього, варто лише спробувати.

Ще одним важливим психологічно-корегуючим ефектом цього виду роботи, є стихійна ресоціалізація особистості: встановлення її нових

соціальних зв'язків, та часткове відновлення старих, зруйнованих за час

перебування в тенетах культу.

Переглянувши вподобаний майстер-клас, клієнт, за допомогою електронних засобів зв'язку, має можливість зв'язатися з його автором для з'ясування технологічних питань, які в нього виникли під час перегляду.

Між ними встановлюються стосунки типу «Вчитель-учень», які, після тривалого спілкування переходять на рівень дружніх.

Обмінюючись досвідом та думками, вони поступово товаришують і взаємно розширюють коло свого спілкування.

Таким чином, навколо людини руйнується стіна обмеженості та ізольованості, штучно створена навколо неї сектантами під час вербування, і вона знову може повернутися до нормального життя в соціумі.

Якщо потрапивши в тенета деструктивного культу, разом з втратою соціальних зв'язків, людина втратила і роботу як джерело засобів для існування, то набувши гарні навички в будь-якому з видів хендмейду і довівши його виробництво до високого рівня професіоналізму, вона, разом з новими зв'язками та задоволенням від творчості, отримує також досить надійне джерело засобів для існування.

На другому кроці основного етапу, до першого правила-девізу додається

наступне: «Відмежуйтеся від негативу в думках, в словах, та у вчинках. Орієнтуйтеся тільки на світлі та легкі позитивні емоції!»

Це правило є актуальним особливо на другому кроці другого етапу роботи з методикою хендмейд-орієнтовної психокорекції, оскільки створює надійний емоційний фільтр для захисту новоствореного незміцнілого внутрішнього світу особистості від зовнішнього інформаційного сміття.

Інформаційним сміттям, з цього моменту, ми будемо вважати всі негативні повідомлення, котрі не несуть життєво-необхідної інформації, але створюють гнітючі, руйнівні емоційні настрої.

Потрапляючи у вигляді образів-штампів в емоційний фон особистості, інформаційне сміття породжує хаос і нестабільність внутрішнього світу, провокує особистість на неадекватні вчинки.

Крок 3-й. Комплексне застосування.

До перших двох правил-девізів додається третє: «Будь-яку інформацію, що надходить, сприймайте без емоцій і конструктивно!»

Це правило лежить в основі світосприйняття успішної людини – потенційного лідера.

Але, для того щоб повністю використовувати свої нові переваги, одного цього особистості не достатньо.

Необхідно засвоїти також стратегію мислення успішної людини, взявши повністю під контроль емоції.

Ключ до вміння зберігати спокій в будь-якій критичній ситуації, закладено в розумінні механізму виникнення хвилювання та свідомій перебудові всіх систем включених в цей механізм, на здоровий ритм роботи.

Отримавши будь-яку неприємну, або хвилюючу для людини інформацію,

мозок стимулює збільшення частоти серцевих скорочень.

Працюючи інтенсивніше, серце, збільшуючи швидкість кровообігу, змінює ритм і характер дихання людини: з глибокого та розміреного, воно перетворюється на швидке та поверхове.

Це викликає недостатнє забезпечення головного мозку киснем, створюючи для всього організму екстремальні умови роботи.

Виникає, так зване «зачароване коло», коли організм, мобілізуючись, здавалося б, для захисту від зовнішньої загрози, насправді, працює на власне руйнування.

Запобігти цьому допоможе одна проста дихальна вправа, запозичена нами з розробки Сергія Пекарьова «Велике психічне дихання Йогів», та адаптована для застосування людьми без будь-якого досвіду практики Йоги.

Інструкція: Знайдіть в себе на зап'ясті руки пульс (ваш індивідуальний біологічний секундомір) і розпочинайте виконання вправи.

1-а фаза:

Робимо тривалий вдих протягом всього проміжку часу з 1-го по 4-й удар пульсу.

2-а фаза:

Зробивши глибокий розмірений вдих протягом першої фази, виконуємо затримку дихання протягом всього проміжку часу з 1-го по 2-й удар пульсу.

3-а фаза:

Виконавши затримку дихання протягом другої фази, робимо глибокий тривалий видих протягом всього проміжку часу з 1-го по 4-й удар пульсу.

4-а фаза:

Зробивши тривалий глибокий видих на третій фазі, виконуємо затримку дихання протягом всього проміжку часу з 1-го по 2-й удар пульсу.

Примітка 1:

Після виконання останньої 4-ї фази циклу, знову повертаємося до 1-ї фази.

Примітка 2:

Добре засвоївши даний 4-х фазовий цикл, слід намагатися щоб він став для Вас звичним ритмом дихання.

Примітка 3:

Сенс цієї вправи полягає в тому, що, вливаючи на ритм та глибину дихання, ми нормалізуємо частоту серцевих скорочень, що в свою чергу призводить до відновлення нормальної роботи організму, та до покращення нашого фізичного та емоційного самопочуття.

Крім того, в критичній ситуації, сприйняття інформації без емоцій дозволить особистості зберегти час і сили, необхідні для пошуку рішення.

В той час як, не маючи власного внутрішнього стержня, хтось поряд піддається зовнішнім емоціям і тому програє, успішна особистість, керована позитивом своєї внутрішньої індивідуальної бази віртуальних образів, – постійним і більш сильним джерелом, ігнорує зовнішні емоційні вібрації і тому перемагає.

Другою визначною особливістю стратегії мислення успішної людини, – є

конструктивне ставлення до неприємної інформації.

Вислів: «Немає дверей, котрі не відчиняються, але є двері, котрі відчиняються не з першого разу.», розкриває різницю ставлення до негативного результату з двох, кардинально протилежних одна до одної точок зору: з позиції невинного невдахи та з позиції потенційного переможця.

В той час як невдаха негативний результат сприймає як щось нездоланне, з чим не має сенсу боротися і слід змиритися, переможець відсутність позитивного результату сприймає як тимчасову технічну зупинку на шляху до втілення мети.

Засвоєння особистістю цієї рекомендації, прирікає на поразку, всі спроби деструктивних культових агітаторів завербувати її, оскільки конструктивне, зважене ставлення до тимчасових невдач як до рекомендацій та підказок, не дозволяє сектантам викликати у неї відчуття приреченості та власної безпорадності перед життям, з якого починається занурення в тенета деструктивних культів.

Методика хендмейд-орієнтованої психокорекції виникла як наслідок аналізу результатів досліджень можливості застосування полегшеної форми кататимно-імагінативного методу психологічної корекції для осіб похилого віку з тривожними та тривожно-депресивними станами, шляхом негіпнотичного формування в уяві обстежуваних життєстверджуючих оптимістичних образів та орієнтації на них особистості [6].

Отримані позитивні результати досліджень: зменшення тривожності, а інколи і повне звільнення від неї, яке спостерігається в осіб похилого віку після роботи з життєстверджуючими образами, дозволили говорити про застосування позитивних образів для психологічної корекції іншої категорії клієнтів.

Дана методика розрахована допомогти будь-якій особистості краще пізнати свій власний внутрішній світ, поглибити та удосконалити його, застосовуючи власне творче начало для досягнення та збереження психологічного комфорту в мінливих зовнішніх умовах.

Чітка поетапність та конкретність поданих рекомендацій, не обмежуючи особистість у засобах та формах творчості, допоможе їй створити свою індивідуальну форму захисту від будь-яких зовнішніх деструктивних впливів, а також відновити те, що було у внутрішньому світі особистості зруйновано чи втрачено з тих чи інших причин.

Це дозволяє застосовувати дану методику як засіб психологічної профілактики будь-якого стороннього деструктивного психологічного впливу

в майбутньому, і як засіб психологічної реабілітації для особистостей, котрі ще перебувають, або щойно звільнились від деструктивного культового впливу.

Фастовець К., волонтер-психолог

**ДОСВІД РОБОТИ ПСИХОЛОГІВ ГО «УКРАЇНСЬКА
АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ З ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ
ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ»
З ТРАВНЯ 2014 Р. ДО БЕРЕЗНЯ 2015 Р. У ФОРМАТІ
«ГРУПИ ЕКСТРЕННОГО РЕАГУВАННЯ»**

За виконану роботу в зазначений період, інтеграція досвіду психологів, які працюють в зоні АТО дозволила виокремити проблематику і стратегії роботи з нею.

Основна проблематика і стратегії роботи, з якою працює психолог в зоні АТО:

1. Відсутність або недолік психологічних знань і навичок управління бойовим стресом.

В данному випадку працюємо з військовими, які не залучені в активні бойові дії.

У роботі застосовується психоедукація:

– Інформування щодо психологічних реакцій на бойовий стрес і стратегії управління ними

– Протидія інформаційним операціям і поширенню чуток.

Також для вироблення навички саморегуляції застосовується навчання експрес-технікам, які допомагають відновлювати контроль над своїми станами.

2. Психологічна проблематика, пов'язана з виходом на бойові позиції, відмова від виконання бойових завдань.

В даному випадку працюємо в двох напрямках:

- 1) Динамічні групи
- 2) Індивідуальні бесіди

Мета роботи полягає в наступному: прийняття неминучого, опрацювання страху і недовіри, їх трансформація в дію по відношенню до ворога.

3. Психологічні наслідки бойового стресу.

Робота з даною проблематикою проводиться в двох випадках:

- 1) Після повернення з бойових позицій, після виконання бойового завдання - перші три дні.

При цьому спостерігаються:

– Інтенсивні психофізіологічні і емоційні реакції.

Форми роботи застосовувалися як групові (групи емоційного відреагування), так і індивідуальні (із застосуванням тілесних технік).

Стратегія роботи вибудовувалася за такими принципами: орієнтація і закріплення на сьогоднішній день, відновлення почуття контролю над собою і ситуацією, структурування бойового досвіду, в тому числі травматичного.

– Гнів, звинувачення інших, перекладання відповідальності на них

Форми роботи застосовувалися як групові, так і індивідуальні.

Стратегія роботи полягає у вибудовуванні зони особистої відповідальності і особистих можливостей, яка підкріплюється орієнтацією на сьогоднішній день.

- 2) Після 3-7 днів після дії бойового стресу

На даному етапі з'являється додатковий спектр проблематики відповідно до осмислення того, що сталося:

– переживання сорому через невизнання себе героєм, втрата соціального обличчя, через невідповідність уявлень про себе і ситуації.

Формат роботи переважно індивідуальний.

Стратегія роботи полягає в наступному: поетапне прийняття прояви «слабкості», розширення простору свідомості на право бути і впоратися зі слабкістю, вибудовування алгоритму співволодіння зі слабкістю, щоб відновити внутрішні ресурси.

– переживання вини через втрати бойових товаришів, невиконання бойового завдання, вина перед близькими загиблих.

Формат роботи переважно індивідуальний.

Стратегія роботи: покроковий алгоритм роботи по трансформації почуття провини, який дозволяє вбудовувати минулий досвід в майбутнє. Як допоміжні засоби використовуються використання метафор і пошук зовнішнього ресурсу в діяльності.

– переживання страху. Форми страху, з якими стикаємося в роботі: тривога, страх як реакція на те, що сталося, параноїдний страх і жах.

Особливі форми страхів: страх невизначеності в майбутньому, страх себе і власних реакцій, страх від непрожитої ситуації.

Стратегія роботи вибудовується за алгоритмом «Тіло – емоції - думки». Залежно від модальності, в якій живеє людина, робота може вибудовуватися спочатку з думок або емоцій.

Таким чином, даний досвід показує ті стратегії роботи, які дають результат в застосуванні до військових в зоні бойових дій, але також відкриває необхідність в дослідженні і розробки стратегій з проблематики, яка надалі відкривається в практичному досвіді роботи в зоні бойових дій.

Dragomanova T., Psychologist-volunteer
of Crisis psychological services

PSYCHOLOGICAL VOLUNTEERING IN UKRAINE – AN EXAMPLE OF THE DEVELOPMENT OF NATIONAL CONSCIOUSNESS

Abstract. The author investigates the psychological peculiarities of the volunteer movement in Ukraine, which has developed as a difficulty in a country at war; analyzes the phenomenon of national consciousness in the difficult times of change, the search for identity, and the desire for European integration; shows the great influence of volunteer psychologists who have worked selflessly and without reward for the good of the state, conducted psychological aid, and rehabilitated victims.

Methodology. Theoretical and methodological basis of our study is the subject-behavioral approach and the concept of personal design of life that guides the person to the actualization of subjectivity, psycho-trauma transformation in their own life

experience. The research is based on the synthesis of real historical events in Ukraine in the years 2014–2015, analysis of documentary data, and testimony of citizens.

The current socio-economic and psychosocial situation in Ukraine in terms of the annexation of the Crimea, the presence of the armed conflict in eastern Ukraine and the counterterrorist operation (ATO) has been actively discussed and interpreted by the various scientific communities, including psychiatric and psychotherapeutic. According to the international organization of the Assessment Capacities Project (ACAPS), listed in the review of Global Emergency Overview as of March 2015, more than 5 million inhabitants of Ukraine were somehow involved in these traumatic events; more than a million of them were internal migrants. Also, more than 10 thousand. People were wounded, and 6 thousand – murdered.

Experiencing internal and external struggle, the Ukrainian people, according to psychologists [1] are going through a complex injury - a type of injury that occurs repeatedly and accumulates, usually for a period of time and within the specified relationships and contexts. First of all, it is traumatic events that are intentional, planned and caused by others, such as violence against another person in war. Therefore, psychological education is more important than ever, as victims, and other categories of people for processing traumatic experience based on the understanding that psycho-trauma be a new stage of awareness, resources, the birth of the subject (J. Lacan [3]); psycho-trauma be rethought (A. Ehlers [4]). And the whole history of Western civilization - the acting out of injury (Haynberh). The development of consciousness makes it possible to form a new Ukrainian consciousness, which will be divided into "us" and "them", but only as the established new Ukrainian identity is integrated into the European civilization.

A great contribution to the development of psychological education has been made and continues to be carried out in Ukrainian volunteer organizations. Despite the problems in the social, political and economic spheres, psychologist volunteers found the strength to basically disinterested basis to provide a complex, crucial years 2014–2015 time psychological assistance to different categories of population. Volunteers began working in the revolutionary events on the Maidan. Psychologist volunteers traveled in ATO to work with the military, provided psychological assistance

to refugees, visited the hospital, worked with the demobilized. This large-scale movement is evidence of the development of national consciousness of the people of Ukraine. Although the understanding of national identity, values and national ideals began to change, though it should be noted that the citizens of Ukraine, and in particular professional psychologists confirmed understanding of their responsibility for the development of historical events in the country, responsible for their consequences. People stopped to shift the responsibility for leadership, they came to better understand that they themselves can influence and make history. Furthermore, the war has exacerbated sense of justice, increased desire for freedom and democracy.

In our opinion – the most crucial time 2014–2015h years contributed to the development stage of a new awareness of themselves as Ukrainian nation. Particularly unique is the example of professional psychologists in overcoming traumatic events.

Literature

1. Титаренко Т. Напрямки психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни / Т. Титаренко. – Збірник статей. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. – К.: 2015. – С. 3–11.

2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2004, 2009.

3. Lacan J. L'envers de la psychanalyse. Séminaire 1969–1970. – Paris: A.L.I., 2006. – P. 318.

4. Ehlers A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // Behavior Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.

ЗМІСТ

<i>Черней В.В.</i> ВСТУПНЕ СЛОВО	3
<i>Тетерук А.А., Литвінчук С.О.</i> ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА КОМБАТАНТАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ РОДИН В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	5
<i>Яковенко С.І.</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО	8
<i>Бондарчук О.І.</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ГОТОВНОСТІ ПРАКТИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО, ТА ЧЛЕНАМ ЇХ СІМЕЙ	11
<i>Іванова Н.Г.</i> УРАХУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО	14
<i>Горбунова В.В., Климчук В.О.</i> ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД VERSUS: ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ	18
<i>Кудерміна О.І.</i> ЧИННИКИ ЗДІЙСНЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В СУЧАСНИХ УМОВАХ	21
<i>Казміренко Л.І.</i> ОСОБИСТІТЬ ТА СУСПІЛЬСТВО В УМОВАХ ЛОКАЛЬНОГО ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ	25
<i>Краснов В.В., Юрковська Л.Г.</i> ОКРЕМІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВЧИХ ОСНОВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	28

<i>Кісіль З.Р.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО	31
<i>Барко В.І.</i> ДОСВІД ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПОЛІЦЕЙСЬКИХ У ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ.....	34
<i>Дробот О.В.</i> ПСИХОСЕМАНТИЧНА ПАРАДИГМА ЯК МЕТОДОЛОГІЧНИЙ БАЗИС ДОСЛІДЖЕННЯ СВІДОМОСТІ УЧАСНИКІВ АТО	38
<i>Кузьменко Б.В.</i> ЕНЕРГЕТИЧНА ТА ІНФОРМАЦІЙНА СКЛАДОВІ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	40
<i>Сова М.О.</i> ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО	45
<i>Мотлях О.І.</i> ЩОДО ОКРЕМИХ ПИТАНЬ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ОСОБИ В ПРОЦЕСІ ЇЇ ОПИТУВАННЯ (ТЕСТУВАННЯ) НА ПОЛІГРАФІ	49
<i>Балабанова Л.М., Жданова І.В.</i> РОЛЬ ОБРАЗІВ ПСИХІЧНОГО СТАНУ В РОЗРОБЦІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ	52
<i>Богучарова О.І., Волков Д.С.</i> ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА КОМБАТАНТАМ ВАРТОВИМ.....	55
<i>Неганов В.В.</i> ОГЛЯД СУЧАСНОГО СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО	59

<i>Агаєв Н.А., Пішко І.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АТО	62
<i>Литвинова Г.О., Лінник А.О.</i> ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ УЧАСНИКІВ АТО В ДЕПАРТАМЕНТІ ПАТРУЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ	65
<i>Колесніченко О.С., Пархоменко О.О.</i> МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ	67
<i>Котляр Ю.В., Кирієнко Л.А.</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	70
<i>Остапович В.П., Пампура І.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	74
<i>Варлакова Є.О.</i> РОЛЬ І МІСЦЕ РОДИН В АДАПТАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО	77
<i>Зарицька О.В.</i> УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АТО	81
<i>Форноляк В.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО	85

<i>Духневич В.М., Ларкіна І.В.</i> ПРО НАПРЯМИ РОЗРОБОК НАУКОВО- ПРАКТИЧНИХ ЗАСАД ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПОЛІТИКО-ПРАВОВОЇ СИТУАЦІЇ НА СХОДІ КРАЇНИ	88
<i>Коробка Л.М., Ніздрень О.А.</i> ДО ПРОБЛЕМИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗУСИЛЬ СПІЛЬНОТИ УЧАСНИКІВ АТО ІЗ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТА КОЛЕКТИВНОЇ АДАПТАЦІЇ	91
<i>Мацегора Я.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНОЇ СФЕРИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	95
<i>Корсун С.І.</i> ПРОБЛЕМИ ОТРИМАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦІВНИКАМИ ДФС УКРАЇНИ – УЧАСНИКАМИ АТО	98
<i>Левенець О.А.</i> ДИНАМІКА ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН ТА ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	100
<i>Федотова Т.А.</i> ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЯК РЕАБІЛІТАЦІЙНА ФОРМА ДЛЯ УЧАСНИКІВ АТО	102
<i>Сидоренко О.Ю.</i> НЕЙТРАЛІЗАЦІЯ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ УЧАСНИКІВ АТО ЗА ДОПОМОГОЮ ДПДГ-ТЕРАПІЇ	106
<i>Вознесенська О.Л.</i> РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АТО ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ	109

<i>Андрушко Я.С.</i> ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДЕБРИФІНГ ЯК МЕТОД ГРУПОВОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ.....	113
<i>Мозговий В.І., Луценко О.В.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В САНАТОРНО- КУРОРТНИХ УМОВАХ	116
<i>Лазоренко Б.П.</i> ТЕХНОЛОГІЇ ЗАЛУЧЕННЯ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ, ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	119
<i>Куций О.А.</i> ПОТЕНЦІАЛ МЕТОДУ «TENSION & TRAUMA RELEASE EXERCISES» У НАДАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ПТСР.....	122
<i>Синишина В.М.</i> МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ САМОДОПОМОГИ В РАЗІ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ	126
<i>Євтушенко І.В.</i> ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	130
<i>Лановенко І.І., Матвієнко О.В.</i> СИСТЕМНЕ БАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО	132
<i>Боярин Л.В.</i> ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ.....	135

<i>Гльченко С.Ю.</i> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО ВРЕГУЛЮВАННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ	138
<i>Драгола Л.В.</i> НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	141
<i>Лопатинська І.С.</i> ВЗАЄМОДІЯ УПРАВЛІННЯ І СПІВУПРАВЛІННЯ У СТВОРЕННІ ЕМОЦІЙНО СПРИЯТЛИВОГО СЕРЕДОВИЩА В КОЛЕКТИВІ МАЙБУТНІХ ПРАВООХОРОНЦІВ	143
<i>Андрусишин Ю.І.</i> РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ В УЧАСНИКІВ АТО	147
<i>Левенець А.Є</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ УЧАСНИКІВ АТО	150
<i>Гаркуша І.В.</i> ЧИННИКИ ПОВЕРНЕННЯ У ТРАВМУ – ФЛЕШБЕКИ ТА ІНТРУЗІЯ	152
<i>Кляпець О.Я.</i> ВПЛИВ НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ВЕТЕРАНАМИ НА ЇХ СІМЕЙНІ ВЗАЄМИНИ.....	155
<i>Костюк О.І., Ангелова С.О.</i> МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИКІВ У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АТО	159

<i>Череповська Н.І.</i> ДЕСТРУКТИВНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ВПЛИВИ МЕДІА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЇХ НАСЛІДКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ АТО.....	163
<i>Дідик Н.М.</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО	166
<i>Чижевський С.О.</i> ПРОЕКТ ОНОВЛЕНОЇ СТРУКТУРИ ТА ЗАВДАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ НГУ	170
<i>Троцький Р.С.</i> ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ СЛУЖБОВО- БОЙОВИХ ЗАВДАНЬ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АТО	174
<i>Литвиненко І.В.</i> ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	177
<i>Новікова К.М.</i> ДО ПИТАННЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АТО.....	179
<i>Гусейніков Ю.В.</i> ЕКСТРЕМАЛЬНІ УМОВИ: ПОНЯТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ.....	182
<i>Бойчук О.С.</i> СПЕЦИФІКА РОБОТИ ПСИХОЛОГА-ВОЛОНТЕРА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ.....	185

<i>Царенко Л.Г.</i> ЕКСТРЕМАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО	187
<i>Плетка О.Т.</i> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	191
<i>Шелег Л.С.</i> СУТНІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ.....	194
<i>Гурлева Т.С.</i> ДІАЛОГІЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ.....	197
<i>Руденко Ю.В.</i> КОМУНІКАТИВНІ КОМПЕТЕНЦІЇ ЛІКАРЯ ПІД ЧАС РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В АТО, ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ.....	201
<i>Таран Т.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ СИМВОЛІЧНОГО ВІДОБРАЖЕННЯ У ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ ВІЙСЬКОВИЙ ОBOB'ЯЗОК У ЗОНІ АТО	203
<i>Никоненко Л.В.</i> ВПЛИВ МЕДІА НА СВІДОМІСТЬ ТА ЕМОЦІЙНІ СТАНИ УЧАСНИКІВ АТО	209
<i>Ульянов К.</i> СТРЕС-ПІДГОТОВКА ДО ГОСТРОГО БОЙОВОГО СТРЕСУ ТА ПРОФІЛАКТИКА НАСЛІДКІВ НЕКОНТРОЛЬОВАНОГО БОЙОВОГО СТРЕСУ, КУРСУ «БРОНЬОВАНИЙ РОЗУМ».....	213

<i>Кухарук О.Ю.</i> КОНСТРУКТИВНІ СМИСЛИ ВІЙНИ ЯК РЕСУРС ЗАПОБІГАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ.....	215
<i>Ляшин Я.Є.</i> ЕТАПИ РОБОТИ З ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ ЗГІДНО З КОНЦЕПЦІЄЮ ДЖ. ГЕРМАН.....	218
<i>Кардінал І.М.</i> ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ «ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ТЕМПЕРАМЕНТУ» ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ГЛИБИНИ ВПЛИВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ.....	221
<i>Діденко Р.</i> МЕТОДИКА «ХЕНДМЕЙД – ОРІЄНТОВАНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ» ЯК ЗАСІБ ПОЗБАВЛЕННЯ РЕЛІГІЙНО-КУЛЬТОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.....	224
<i>Фастовець К.</i> ДОСВІД РОБОТИ ПСИХОЛОГІВ ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ З ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ» З ТРАВНЯ 2014 Р. ДО БЕРЕЗНЯ 2015 Р. У ФОРМАТІ «ГРУПИ ЕКСТРЕНОГО РЕАГУВАННЯ».....	232
<i>Dragomanova T.</i> PSYCHOLOGICAL VOLUNTEERING IN UKRAINE – AN EXAMPLE OF THE DEVELOPMENT OF NATIONAL CONSCIOUSNESS.....	234

Для нотаток

Для заметок

Наукове видання

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ,
ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ
В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ

Матеріали
міжвідомчої науково-практичної конференції
(Київ, 30 березня 2016 року)

Частина 1

Комп'ютерна верстка *В. В. Корольчук*

Підписано до друку __. __. 2016. Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Обл.-вид. арк. 15,5. Ум. друк. арк. 14,41. Вид. № 1/П.
Тираж прим.
