

використовувати всі форми і методи соціально-психологічної підтримки та комплексно розробляти цілісну систему надання психологічної допомоги.

Список використаних джерел

1. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. – М.: Изд-во Ексмо. 2005. – 960 с.
2. Мульована Л. І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО [Текст] / Л. І. Мульована // Молодий вчений. – 2014. – №10. – С. 114–116.

Калюжна А.В., студент
факультету № 2 Національної
академії внутрішніх справ

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВІЙСЬКОВИХ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – важкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), який виникає внаслідок поодинокі або повторюваної психотравмуючої ситуації. Участь в бойових діях – це стресова подія виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. Адже фактично людина на війні 1) усвідомлює загрозу для життя (біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації); 2) переживає психоемоційний стрес через загибель товаришів по зброї або необхідність вбивати; 3) часто перебуває у невизначеності, має миттєво і прискорено реагувати на раптові події, за дефіциту часу.); 4) нерідко позбавлені повноцінного сну, води, харчування; 5) має швидко пристосовуватись до не притаманного їй клімату і рельєфу місцевості тощо [1, с.35].

Вперше синдром, дуже схожий з сучасним ПТСР, був описаний у Da Costa, у солдатів під час Громадянської війни в Америці (Da Costa, 1864). Його назвали «синдромом солдатського серця». Глибше питання вивчив C.F.Figley (1978), назвавши явище «поств'єтнамським синдромом», для якого характерні повторювані нав'язливі спогади (флеш-беки), що супроводжуються пригніченням, страхом, сомато-

вегетативними розладами [5, с.221]. За даними світової статистики, кожен п'ятий учасник бойових дій, що не зазнав фізичних пошкоджень, страждає на нервово-психологічні розлади, і кожен третій серед поранених і покалічених. Тривалість ПТСР може варіювати від декількох тижнів до 30 і більше років. Гострий ПТСР, якщо симптоми тривають до 6 місяців, хронічним – понад 6 місяців після подій та відстроченим – якщо симптоми з'явилися через кілька місяців, років [2, с.5].

При ПТСР проявляється група характерних симптомів: безсоння, нічні жахи, часті неконтрольовані спогади, пов'язані з травмуючою подією, повторне переживання травматичних, стресових ситуацій, галюцинації, притупленість емоцій (апатія) чи навпаки висока тривожність, невмотивована пильність, вибухова реакція, агресивність, напади люті, порушення пам'яті та концентрації уваги, нервові виснаження, негативне ставлення до життя, втрата інтересу до життя і можливості до співпереживання, зниження потреби у душевній близькості, невміння повернутись до звичного соціального життя (криза ідентичності, втрата цілісності сприйняття себе і своєї соціальної ролі у суспільстві), відчуття «я загинув на війні» [4, с. 56]. Можуть з'являтися неврози та депресії, думки про самогубство, відчуття провини, що вижив тощо. Особливі психологічні драми переживають військові, що стали інвалідами.

Крім того, військові з ПТСР мають часті соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруги, підвищеної стомлюваності, м'язово-суглобового, головного, артритоподібного болю, виразки шлунка, болю в ділянці серця, респіраторного симптому, коліту [1, с.75].

Л.Китаєв-Смик розробив типологію учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості: «надломлені» (переживають страх та схильні до жорстокості, люблять проводити час наодинці і часто вживають алкоголь і наркотики), придуркуваті (схильні до інфантильних вчинків та жартів не в тему, недооцінюють реальну загрозу для життя) та озлоблені чи люті (гіперагресивні, несуть загрозу для себе і оточуючих, особливо за наявності у них зброї) [5, с.225].

Можна умовно розділити осіб, які пережили травматичну подію, на кілька категорій:

1. Компенсовані особистості (потребують легкої психологічної дружньої або сімейної підтримки),

2. Особистості з дезадаптацією легкого ступеня (потребують підтримки близьких людей і колективу, допомоги психолога і психотерапевта, бо мають порушення психофізичної рівноваги у фізичній, розумовій чи емоційних сферах),

3. Особи з дезадаптацією середнього ступеня (потребують всіх видів допомоги, у тому числі фармакологічної корекції стану. Психофізичний рівновагу помітно порушено, психічні порушення на рівні прикордонних: постійне відчуття страху, вираженої тривоги або агресивності. Фізичний статус таких осіб може бути порушений травмами або пораненнями).

4. Особи з дезадаптацією важкого ступеня (вимагають тривалого лікування і відновлення. Внаслідок інвалідизації розвивається комплекс неповноцінності, депресія з суїцидальними думками; або психосоматичні порушення складного генезу, що потребують втручання психіатра).

На думку ряду фахівців, повне позбавлення від бойового ПТСР неможливе [3, с. 121]. Його ознаки не лише зберігаються тривалий час, а й можуть наростати і раптово проявлятися на тлі зовнішнього благополуччя. Стан ветерана можна поліпшити тільки з допомогою системи реабілітаційних, адаптаційних заходів, психотерапії та медикаментів (антидепресантів, транквілізаторів, бета-блокаторів, нейролептиків, в окремих випадках – антиковульсантів (стабілізаторів настрою), психостимуляторів). Вибір лікування залежить від перебігу клінічної картини та особистісних і фізіологічних особливостей хворого.

Принципи корекції і терапії при ПТСР: 1) нормалізація (обговорення пережитих почуттів, пояснення їх нормальності), 2) партнерство і підвищення достоїнства особистості; 3) індивідуальність (врахування особливостей відновлення після стресу. Чим більше часу пройшло з моменту травми, тим вищий психологічної допомоги потрібен). Психотерапія залежить від вираженості психологічної дезадаптації пацієнта з ПТСР і може тривати від одного місяця до кількох років [6, с.67].

Терапевтичний процес може бути умовно розділений на три стадії:

1) встановлення довірного, безпечного контакту з клієнтом, що дає право на «отримання доступу» до травматичного матеріалу;

2) терапія, центрована на травмі; з дослідженням травматичного матеріалу, з роботою над униканням, відчуженістю;

3) допомоги пацієнтові у «відділенні» від травми і возз'єднанні з сім'єю, друзями і суспільством.

Програми психотерапевтичної допомоги в основному спрямовані на: корекцію образу «Я»; досягнення об'єктивності власної оцінки; реабілітацію «Я» у власних очах і досягнення впевненості в собі; корекцію системи цінностей, потреб, їх ієрархії; корекцію ставлення до інших; досягнення здатності до емпатії та розуміння пережитих іншими станів і їх інтересів; набуття навичок спілкування, здатності до запобігання і вирішення міжособистісних конфліктів; корекцію неадекватного способу життя.

Список використаних джерел

1. Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство / Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. – М., 2000. – 239 с.

2. Чабан О.З. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // журнал *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия* / Чабан О.З. – К., 2010. – Вип. 2. – 21 с.

4. Литвинцев С.В., Шамрила В.К. Військова психіатрія / За ред. В.К. Шармила. – СПб.: ВМедА, ЕЛБІ-СПб, 2001. – 236 с.

5. Водоп'янова Н.Є. Психічне «вигорання» // Світ медицини / Водоп'янова Н.Є. – К., 2001. – Вип. 7–8. – 51 с.

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

7. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.