

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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГАЛИЧ МАРИНА ЮРІЇВНА

УДК 159.942.5:351.741

**ДИСЕРТАЦІЯ
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ
ПОЛІЦЕЙСЬКИХ-УЧАСНИКІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ У
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД**

053 – Психологія

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ **М. Ю. Галич**

Науковий консультант: **Романенко Оксана Вікторівна,**
доктор психологічних наук, професор.

Київ – 2020

АНОТАЦІЯ

Галич М. Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія. – Міністерство внутрішніх справ України. Національна академія внутрішніх справ, Київ, 2020.

Дисертаційна праця присвячена дослідженню динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил.

На основі теоретичного аналізу літературних джерел описано специфіку емоційної сфери учасників бойових дій, чинників, що впливають на динаміку емоційних станів. У ході проведеного емпіричного дослідження виявлено змістові та динамічні особливості емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил, обґрунтовано напрями надання психологічної допомоги у реабілітаційний період із урахуванням типології емоційних розладів у різних груп комбатантів, які потребують підвищеної психологічної уваги з боку спеціалістів.

Дослідження чинників емоційних розладів в учасників бойових дій здійснювалося в біологічному, психологічному та соціальному аспектах. Встановлено, що для комбатантів найбільш поширеними стресогенними чинниками є реальна небезпека для життя і здоров'я, постійна готовність до відбиття нападу, напруженість і динамічність оперативної обстановки, відсутність повноцінного відпочинку, незвичні кліматичні умови, тривала ізольованість від сімей. Перебування в умовах війни під дією стрес-факторів провокує виникнення посттравматичного стресового розладу, гострої реакції на стрес та інших негативних станів та проявів. Саме тому вивчення проблеми порушення функціонування емоційної сфери в учасників бойових дій полягає у визначенні ролі соціальних чинників у процесі дезінтеграції психічної діяльності та пошуку шляхів розробки системи профілактичних і

лікувальних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я та боєздатності комбатанта.

В емпіричному дослідженні брали участь бійці батальйону патрульної поліції особливого призначення «Миротворець» Головного управління Міністерства внутрішніх справ у Київській області. Основною відмінністю батальйону «Миротворець» від інших формувань є те, що в ньому несуть службу пенсіонери, ветерани органів внутрішніх справ та особи, які брали участь у миротворчих місіях. Дослідження відбувалось у два етапи: до відправки в зону проведення операції об'єднаних сил і після ротації.

Аналіз отриманих результатів дозволив виокремити чотири групи досліджуваних залежно від рівня інтенсивності негативного впливу зовнішніх чинників та індивідуальних особливостей емоційного реагування на стрес. Виявлено змістові та динамічні особливості емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил. З метою зіставлення та уточнення отриманих даних застосовувався метод експертних оцінок – опитування лікарів психіатрів Збройних сил України. Для виявлення специфіки умов реабілітації поліцейських, які в більшості випадків не звертаються за медичною та психологічною допомогою, що ускладнює дію стрес-чинників, описано клінічні випадки військовослужбовців, що перебували в зоні проведення операції об'єднаних сил, та на їх основі виділено основні скарги комбатантів щодо загального психоемоційного стану.

На основі результатів емпіричного дослідження визначено типологію порушень емоційних станів поліцейських-учасників ООС. Здійснено зіставлення результатів дослідження за психодіагностичними шкалами та рівнями їх вираженості. Виокремлено чинники, що впливають на динаміку психологічного стану осіб, які перебували в зоні бойових дій та зазнали впливу психотравмуючих ситуацій: спадковість, що підвищує ризик психопатизації під впливом стрес-чинників; індивідуальні особливості емоційного реагування на стрес; попередня підготовка особистості до

військової служби у бойових умовах; тривалість перебування під впливом психотравмуючих факторів.

Визначено та описано зовнішні чинники, які впливають на динаміку емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил: наявність поранень, отриманих у зоні проведення бойових дій; діти та сімейний стан; спеціальне звання; наявність категорій «учасник бойових дій», «учасник бойових дій з посвідченням УБД»; звернення за спеціалізованою психологічною допомогою; перебіг лікування та реабілітації; кумулятивний вплив психотравмуючих ситуацій протягом перебування в зоні проведення ООС.

Емпіричним шляхом визначено характерні наслідки психотравмуючих ситуацій для комбатантів, які перебувають у стані бойового стресу. Встановлено, що важливим чинником, який впливає на динаміку емоційного стану комбатанта, є перенесення моделі поведінки із зони проведення бойових дій у мирне життя. Постійне психоемоційне напруження, стрес, фрустрація базових потреб в умовах війни провокують виникнення таких негативних емоційних станів, як висока тривожність, агресивність, невротизація. Визначено чинники, які впливають на динаміку стану та тривалість реабілітації виявлених у ході дослідження представників груп підвищеної психологічної уваги.

Психодіагностичний моніторинг стану комбатанта є однією із головних засад своєчасного виявлення відхилень та оцінки динаміки психологічного стану особистості. Необхідною умовою цього є проведення діагностики загального психоемоційного стану поліцейських до відправки в зону проведення операції об'єднаних сил та після ротації, а також визначення критичної кількості зовнішніх чинників, які можуть посилити вплив психотравмуючих чинників участі в бойових діях. Дані проведеного емпіричного дослідження підтверджують, що виявлені групи комбатантів з високим рівнем психопатизації, невротизації, малим та помірним депресивним епізодом потребують ретельного психодіагностичного

дослідження та, у разі погіршення психоемоційного стану, скерування на реабілітацію.

Розглянуто особливості психокорекційної роботи з виявленими групами комбатантів. Розроблено низку рекомендацій фахівцям – психологам підрозділів у роботі з поліцейськими – учасниками операції об'єднаних сил. Встановлено, що розвиток негативних психічних станів в учасників ООС розвивається після повернення в мирне життя, оскільки в умовах бойових дій здійснюється мобілізація всіх ресурсів організму. Зміни в психоемоційному стані супроводжуються неадаптивними змінами в поведінці, підвищенням тривожності, зниженням фону настрою, агресивністю, униканням соціальних контактів. Визначено та охарактеризовано показники поведінки комбатантів, на які варто звертати увагу фахівцям психологам та психіатрам медичних установ, та які вказують на необхідність термінової медичної реабілітації з урахуванням «індивідуального випадку».

Розроблено програму реабілітації поліцейських-учасників ООС, яка складається з шести етапів. Виокремлено прояви та реакції у стані комбатанта, на які слід звертати увагу сім'ї та рідним (розроблено та узагальнено автором). З метою прискорення адаптації комбатанта, який повернувся із зони проведення ООС, їхнім сім'ям рекомендовано не допускати впливу певних чинників та дотримуватися низки рекомендацій. Розроблено авторський тренінг для фахівців – психологів та психіатрів установ.

Ключові слова: емоційні стани, динаміка емоційних станів, учасники операції об'єднаних сил, програма реабілітації.

SUMMARY

Halych M. Peculiarities of the dynamics of emotional states of police officers participating in the joint forces operation. – Qualifying scientific work as the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of philosophy on a specialty 053 – Psychology. – Ministry of Internal Affairs of Ukraine. National Academy of Internal Affairs, Kyiv, 2020.

The dissertation research is devoted to the study of the dynamics of emotional states of police officers participating in the joint forces operation.

Based on the theoretical analysis, the peculiarities of the dynamics of the emotional states of the police participants of the joint forces operation are substantiated.

In the course of the dissertation research the theoretical analysis of literature sources is carried out, the results of the experiment of research of semantic and dynamic features of emotional states of policemen - participants of operation of joint forces are interpreted, the basic general scientific approaches and methods of rendering psychological help in rehabilitation period are considered. combatants who will need increased psychological attention from specialists.

In the study of the factors of emotional disorders in combatants, biological, psychological and social are distinguished. For combatants, the most common stressors are real danger to life and health, constant readiness to repel the attack, tension and dynamism of the operational environment, lack of adequate rest, unusual climatic conditions, prolonged separation from families. Being in a war under the influence of stress factors provokes post-traumatic stress disorder, acute reaction to stress and other negative states and manifestations. That is why the development of the problem of studying the mechanisms of psychological problems and psychosomatic disorders in combatants is to determine in detail the role of social factors in the disintegration of mental activity and the possibility of

developing preventive and curative measures to preserve mental health and combat effectiveness.

Fighters of the battalion of the special police patrol service «Peacemaker» of the Main Directorate of the Ministry of Internal Affairs in Kyiv region took part in the empirical research. The main difference between the Peacemaker Battalion and other formations is that it employs retirees, veterans of internal affairs, and people who have participated in peacekeeping missions. The study was conducted in two stages, before being sent to the joint force operation area and after rotation. The analysis of the data obtained during the experimental study of the dynamics of emotional states of police officers, allowed to identify four groups of subjects depending on the severity of the negative impact of participation in hostilities, which will require increased attention from psychologists. The semantic and dynamic features of the emotional states of the policemen - participants of the joint forces operation were studied. In order to track the dynamics of psycho-emotional states of persons who were in the area of the joint forces operation, a survey of psychiatrists of the Armed Forces of Ukraine was conducted. The clinical cases of servicemen who were in the area of the joint force operation are described, and on their basis the main complaints of combatants about the general psycho-emotional state are highlighted.

The typology of violations of emotional states of police officers participating in the environmental protection is determined. The relationship between the results of the study on psychodiagnostic scales and their levels of severity. The factors influencing the dynamics of the psychological state of persons who were in the combat zone and were affected by psycho-traumatic situations are identified: heredity; individual personality traits; preliminary preparation of a person for military service in combat conditions; duration of stay under the influence of traumatic factors.

Factors influencing the dynamics of emotional states of police officers, participants of the joint force operation have been identified and described: the presence of injuries in the combat zone; children and marital status; special title;

availability of categories: participant in hostilities; participant in hostilities with UBD certificate; seeking specialized psychological help; treatment and rehabilitation; the presence of traumatic situations during the stay in the area of environmental protection.

The typical consequences for the combatants of our sample, who are in a state of combat stress, have been determined. It is established that an important factor influencing the dynamics of the emotional state of the combatant is the transfer of the model of behavior from the combat zone to a peaceful life. Constant psycho-emotional tension, stress, frustration of basic needs in war conditions, provoke the emergence of such negative emotional states as high anxiety, aggression, neuroticism.

The factors influencing the dynamics of the condition and the duration of rehabilitation of the groups of increased psychological attention identified during our study have been identified.

It is determined that the systematic psychodiagnostics of the combatant's condition is one of the main principles of timely detection and assessment of the dynamics of the psychological state of the individual. The main thing, first of all, is the diagnosis of the general psycho-emotional state of the policeman before being sent to the area of the joint forces operation and after the rotation. Summarizing the data of the empirical study within the topic of our dissertation, it was found that the identified groups of combatants with high levels of psychopathization, neuroticism, small and moderate depressive episodes require careful psychodiagnostic research and in case of deterioration of psycho-emotional state - referral to rehabilitation. Peculiarities of work with identified groups of combatants are considered. A number of recommendations have been developed for specialists - psychologists of units in work with police participants of the joint forces operation. It is established that the development of negative mental states in the participants of environmental protection develops after returning to a peaceful life. Changes in the psycho-emotional state are accompanied by changes in personality behavior, increased anxiety, decreased mood, aggression, avoidance of social

contacts. The indicators of the combatant's behavior are determined and characterized, which should be paid attention to by specialists, psychologists and psychiatrists of the institutions, the given indicators testify to the necessary urgent medical rehabilitation taking into account the "individual case".

A rehabilitation program for police members of the Environmental Protection Agency has been developed, which includes six stages. Manifestations and reactions in the state of the combatant, which should be paid attention to family and relatives (developed and summarized by the author). Having identified a number of recommendations for the families of a combatant who has returned from the area of environmental protection, in order to accelerate adaptation, the factors that the family should not allow are identified. Author's training has been developed for specialists of psychologists and psychiatrists of institutions.

Key words: emotional states, dynamics of emotional states, participants in the joint force operation, rehabilitation program.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Лукашенко (Галич) М. Ю. Особливості психологічної підготовки співробітників ОВС та спеціальних підрозділів до екстремальних умов діяльності. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. XI. Вип. 19. С. 225–241.

2. Лукашенко (Галич) М. Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід. *Юридична психологія: науковий журнал*. 2018. № 2 (23). С.48–58

3. Лукашенко (Галич) М. Ю. Травматичний досвід військових дій як чинник девіантної поведінки. *Юридична психологія: науковий журнал*. 2019. № 1 (24). С.32–39

4. Лукашенко (Галич) М. Ю., Галич Я.В. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. XI. Вип. 20. С.90–102.

5. Лукашенко (Галич) М. Ю. Особливості емоційних станів поліцейських – учасників операції об'єднаних сил. *Znanstvena mise journal*. 2020. №40/2 (63). С. 59–63.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Лукашенко (Галич) М. Ю. Застосування психотерапевтичних методів у системі реабілітації учасників миротворчих місій та локальних збройних конфліктів. *Збірник наукових праць «Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень»*. 2019. С.173–179.

7. Лукашенко (Галич) М. Ю. Роль емоційних станів особистості в системі готовності поліцейських до професійної діяльності. *Реалізація*

державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі: зб. матеріалів доп. учасн. III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 7 грудня 2018 р.). Київ, 2018. С. 176–178.

8. Лукашенко (Галич) М. Ю. Аспекти синдрому професійного вигорання співробітників національної поліції України. *Актуальні питання психологічного забезпечення діяльності закладів вищої освіти МВС України та національної поліції України: зб. матеріалів міжвідомчої наук.-практ. конф. (м. Київ, 25 квіт. 2019 р.). Київ, 2019. С. 116–117.*

9. Лукашенко (Галич) М. Ю., Романенко О. В. Сучасні підходи до психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом. *Психологічні засади забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів: матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 07 лют. 2019 р.). Кривий Ріг, 2019. С. 328–331.*

10. Лукашенко (Галич) М. Ю. Екстремальні ситуації як чинник розвитку посттравматичного стресового розладу. *Дев'ять Сіверянські соціально-психологічні читання: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (м. Чернігів, 30 листоп. 2018 р.). Чернігів, 2019. С. 223-226.*

11. Лукашенко (Галич) М. Ю. Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої терапія в системі реабілітації постраждалих у бойових діях. *Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи: зб. матеріалів доп. учасн. II Всеукраїнського Конгресу. (м. Київ, 07-08 листоп. 2019 р.). Київ, 2019. С. 223–225.*

12. Лукашенко (Галич) М. Ю. Індивідуальні особливості переживання життєвих криз, спричинених травматичним досвідом бойових дій. *Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій: зб. наук. праць за матеріалами III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 26-27 берез. 2020 р.). Київ, 2020. С. 147-151.*

13. Лукашенко (Галич) М. Ю. Психологічні чинники вчинення корупційних діянь. *Реалізація державної антикорупційної політики в*

міжнародному вимірі: зб. матеріалів IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 12 груд. 2019 р.) Київ : Київ. Нац. акад. внутр. справ, 2019. С. 389-392.

14. Лукашенко (Галич) М. Ю. Стрес-фактор як чинник виникнення негативних психоемоційних станів працівників національної поліції. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 27 берез. 2020 р.)*. Харків, 2020. С. 219-221.

15. Лукашенко (Галич) М. Ю. Дослідження динаміки емоційних станів поліцейських-учасників бойових дій на сході України. *Актуальні питання психологічного забезпечення діяльності Національної поліції та закладів вищої освіти МВС України: матеріали міжвідомчого наук.-практ. круглого столу. (м. Київ, 07 квітня 2020 р.)*. Київ, 2020. С. 133-136.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	15
ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	23
1.1. Емоційна сфера особистості як предмет наукових досліджень	23
1.2. Чинники та механізми емоційних розладів в учасників бойових дій	43
1.3. Особливості впливу умов професійної діяльності поліцейських на емоційну сферу особистості.....	60
Висновки до розділу 1	Ошибка! Закладка не определена.
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПОЛІЦЕЙСЬКИХ-УЧАСНИКІВ ООС У РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД.....	78
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	78
2.2. Змістові та динамічні особливості емоційних станів поліцейських – учасників ООС.....	91
2.3. Типологія порушень емоційних станів поліцейських-учасників ООС	109
Висновки до розділу 2	Ошибка! Закладка не определена.
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛІЦЕЙСЬКИМ-УЧАСНИКАМ ООС У РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД	126
3.1. Теоретико-прикладні засади особистісної реабілітації учасників бойових дій	127
3.2. Критерії діагностики емоційних станів поліцейських-учасників ООС як основа диференційного підходу в системі реабілітації.....	145
3.3. Програма психологічної допомоги поліцейським-учасникам ООС у реабілітаційний період, результати її апробації та оцінка ефективності	159
Висновки до розділу 3	Ошибка! Закладка не определена.

	14
ВИСНОВКИ	177
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	183
ДОДАТКИ.....	195

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ООС – Операція об'єднаних сил

МВС – Міністерство внутрішніх справ

ОВС – Органи внутрішніх справ

ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

(PHQ-9) Patient health questionnaire – Опитувальник здоров'я, використовується як інструмент для скринінгу та діагностики психічного стану.

PDHRA – Post-Deployment Health Re-Assessment – програма повторного оцінювання здоров'я після проходження служби в розгортанні.

Battlemind – Навчальна програма метою якої є підвищення адаптаційних можливостей до високостресових ситуацій. Комплекс заходів спрямованих для допомогти військовим, які повернулися з війни, та їх сім'ям реінтегруватися в звичайне життя.

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. У зв'язку зі зростанням частоти виникнення в наш час локальних війн, збройних конфліктів, актуальною є тема вивчення впливу стресових факторів на психіку людини та їхніх несприятливих наслідків. Перебування особистості в цих умовах призводить до розвитку психогенних розладів, що обумовлює необхідність розроблення наукових засад її реабілітації та повернення до мирного життя. Важливим аспектом вирішення цієї проблеми є всебічне та глибинне вивчення стану цих осіб, що дасть змогу оптимізувати вибір відповідних реабілітаційно-лікувальних заходів.

Особливої уваги у цьому зв'язку потребують поліцейські, оскільки їхні професійні обов'язки переважно передбачають діяльність у мирних умовах. Це робить ситуацію участі в бойових діях більш ускладненою, ніж у професійних військовослужбовців, та вимагає від них більшої задіяності психічних ресурсів. Проведення психологічної реабілітації поліцейських-учасників ООС, які продовжують службу, полегшить їхню адаптацію до життєдіяльності в умовах мирного життя та успішного виконання професійних обов'язків, сприятиме профілактиці суїцидів, психогенних розладів, що дасть змогу максимально відновити їхнє психічне здоров'я.

Незважаючи на досвід інших країн щодо психологічної реабілітації учасників бойових дій, єдиної схеми реабілітації не існує. Вченими досліджувалися різні аспекти даної проблеми (В. Г. Василевський, А. Б. Довгополюк, Г. О. Растовцев, Т. Б. Дмитрієва, Е. М. Єпачинцева, С. В. Литвинцев, Є. В. Снедков, Г. М. Тимченко, Г. А. Фастовцев, О. М. Харитонов та ін.). Доведено, що негативні реакції на психотравмуючі події виникають унаслідок впливу надмірного стресу та неможливості компенсаторних та адаптаційних механізмів захисту психіки впоратися з ними. Це призводить до порушення адаптації в соціумі, утруднення встановлення контакту з навколишніми, виконання службових обов'язків і

побутових справ.

Питання, що пов'язані з різними аспектами вивчення реабілітації учасників бойових дій, представлені в працях вітчизняних та зарубіжних дослідників (В. Медведєв, О. Пономаренко, Н. Тарабріна, А. Краснянський, Є. Лазебная, П. Морозов, М. Зеленовата, Р. Абдурахманов, О. Блінов, А. Єна, В. Шанін, Ю. Лях, І. Корнюшко, В. Лесков, В. Березовець, С. Захарик, В. Знаков, Т. Пароянц, В. Попов, П. Сідоров, В. Стасюк та ін.). У роботах вивчалися наслідки бойових психічних травм під час Другої світової війни, воєнних конфліктів в Афганістані та Чечні, виконання місій, участь у миротворчій діяльності. Водночас недостатньо наукових праць, в яких би досліджувався процес реабілітації поліцейських після участі у військових діях. Це актуалізує проблему дослідження особистості працівників ОВС, які перебували в зоні операції об'єднаних сил.

Отже, актуальність дисертаційного дослідження «Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників ООС у реабілітаційний період» визначається необхідністю комплексного вивчення змін в емоційній сфері поліцейських, які перебували в зоні ООС, з метою розробки та удосконалення відповідних реабілітаційних заходів.

Затверджено тему дисертації «Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників ООС у реабілітаційний період» та наукового керівника (професор кафедри юридичної психології, доктор психологічних наук, професор Національної академії внутрішніх справ О. В. Романенко) Вченою радою Національної академії внутрішніх справ від 30 жовтня 2018 р., протокол № 17.

Мета і завдання дослідження. *Метою* дисертації є теоретичне вивчення та емпіричне дослідження особливостей динаміки емоційних станів поліцейських-учасників ООС у реабілітаційний період.

Реалізація поставленої мети передбачає виконання низки *завдань*:

– на основі теоретичного аналізу наукових підходів до вивчення особистості поліцейського в сучасній психології визначити передумови

можливих емоційних змін, їхню структуру та динаміку;

– вивчити стан дослідження проблеми динаміки емоційних змін особистості, яка була учасником бойових дій, здійснити порівняльний аналіз вітчизняної та зарубіжної практики;

– емпірично дослідити особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил, на їхній основі визначити типологію порушень;

– визначити ефективні засоби психологічної реабілітації відповідно до типологічних особливостей емоційних станів поліцейських.

Об'єкт дослідження – процес психологічної реабілітації поліцейських-учасників ООС.

Предмет дослідження – особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників ООС у реабілітаційний період.

Гіпотеза дослідження. Динаміка емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил залежить від синергетичного впливу стресогенних (в умовах війни), індивідуально-психологічних, а також додаткових зовнішніх чинників, які зумовлюють тривалість і характер процесу реабілітації.

Методи дослідження. Мета й завдання дисертаційної праці зумовлюють використання відповідних методів дослідження: *теоретичні* – *опис; класифікації* – при аналізі та узагальненні наявних наукових даних, пов'язаних із проблемою дослідження (розділи 1–3); *системний аналіз* – при вивченні та установленні структурних зв'язків між елементами досліджуваної теми (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2); *психологічне моделювання* – при створенні програми реабілітації (розділ 3); *емпіричні* – *спостереження* – для виявлення особливостей поведінки досліджуваних під час тестування (розділ 2); *анкетування* – для отримання додаткової індивідуальної інформації про досліджуваних (розділ 2); *експеримент* – розробці програми і визначенні бази проведення експерименту (Розділ 2–3); *психодіагностичні методи* – для дослідження та оцінки індивідуально-

психологічних особливостей респондентів (розділ 2–3); *метод експертного оцінювання* – для прогнозування ймовірного напрямку динаміки стану комбатанта (розділ 2); *методи обробки даних* – з метою кількісного та якісного аналізу результатів емпіричного дослідження з використанням методу математичної статистики, коефіцієнта кореляції К. Пірсона (розділ 2).

Емпірична база дослідження. Дисертаційне дослідження проводилося поетапно протягом 2018 – 2020 років. У дослідженні брали участь 100 комбатантів батальйону патрульної служби поліції особливого призначення «Миротворець» Головного управління Міністерства внутрішніх справ в Київській області. У складі батальйону є професійні військові та ветерани миротворчих місій з досвідом участі в зарубіжних операціях, вікова категорія яких від 25 до 47 років. Тривалість перебування в зоні проведення операції об'єднаних сил від 4 місяців до 2 років і 3 місяців.

Наукова новизна очікуваних результатів полягає в розширенні уявлень про профілактичні та реабілітаційні заходи з урахуванням специфіки професійної діяльності поліцейських; виявленні комплексу психотравмуючих чинників, що можуть призвести до розвитку психогенних розладів; визначенні умов успішної самореалізації поліцейських у професійній діяльності в післяреабілітаційний період. Зокрема:

вперше:

- запропоновано комплексний підхід та перелік психодіагностичних методик для дослідження особистості учасника ООС на етапах відправки в зону ООС та після ротації;

- матеріали дослідження, висновки і рекомендації можуть бути використані в процесі роботи з працівниками Національної поліції, що повернулися до виконання службових обов'язків після участі в операції об'єднаних сил;

- визначено основні змістові й динамічні особливості емоційних станів поліцейських-учасників ООС, що дало змогу виокремити групи підвищеної психологічної уваги та групи ризику;

- визначено чинники, які впливають на динаміку психологічного стану осіб, що перебували в зоні бойових дій та зазнали впливу психотравмуючих ситуацій;

- вперше розроблено програму реабілітації поліцейських-учасників операції об'єднаних сил з урахуванням «індивідуального випадку». Описано кожен етап програми з використанням сучасних та ефективних методів і підходів у роботі з комбатантом;

- розроблено низку рекомендацій учасникам ООС та їх сім'ям, які в подальшому можуть використовуватися спеціалістами в процесі роботи з працівниками Національної поліції-учасниками ООС.

удосконалено:

- наукове розуміння психологічних особливостей особистості поліцейських, які перебували в зоні проведення операції об'єднаних сил, порівняно з іншими представниками особового складу;

- обґрунтування впливу змінених емоційних станів поліцейських на успішність виконання їхніх службових обов'язків;

- положення про проведення реабілітаційних заходів для комбатантів, які перебували в зоні проведення ООС.

дістало подальший розвиток:

- наукові положення про розуміння посттравматичного стресового розладу у комбатантів різних силових структур в умовах війни на Сході України;

- наукові підходи щодо можливостей процедури проведення психодіагностичної роботи з особовим складом Міністерства внутрішніх справ України, враховуючи періоди відправки та повернення із зони бойових дій;

- рекомендації щодо залучення фахівців мультидисциплінарної команди для злагодженої взаємодії при проведенні реабілітаційних заходів для учасників бойових дій.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що сформульовані в дисертації наукові положення, висновки і рекомендації впроваджені та мають перспективи використання в:

практичній діяльності – при організації та проведенні психодіагностичного дослідження, психотерапевтичній роботі з учасниками ООС та вдосконаленні методичних доробок у роботі з комбатантами у реабілітаційний період. (акт клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» від 24 грудня 2019 р.);

освітньому процесі – при підготовці та проведенні лекцій, семінарських та практичних занять із здобувачами вищої освіти з навчальних дисциплін «Психофізіологія», «Методика проведення психологічної експертизи в різних галузях психології», «Основи психотерапії», «Методи психотерапевтичної роботи» (акт Національної академії внутрішніх справ від 12 липня 2019 р.).

Особисти внесок здобувача. Дослідження виконано здобувачем самостійно. В окремих статтях, що підготовлені у співавторстві, власні розроблення дисертанта становлять на менше 90 %. Наукові ідеї та висновки, що належать співавторам опублікованих праць, у дисертації не використовувались.

Апробація результатів дослідження. Теоретичні та емпіричні результати дослідження опубліковано в збірниках матеріалів всеукраїнських та міжнародних конференціях: «Екстремальні ситуації як чинник розвитку посттравматичного стресового розладу» (м. Чернігів, 30 листопада 2018 р.); «Роль емоційних станів особистості в системі готовності поліцейських до професійної діяльності» (м. Київ, 7 грудня 2018 р.); «Сучасні підходи до психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом» (м. Кривий Ріг, 7 лютого 2019 р.); «Застосування психотерапевтичних методів у системі реабілітації учасників миротворчих місій та локальних збойних конфліктів» (м. Київ, 23-24 квітня 2019 р.); «Аспекти синдрому професійного

вигорання співробітників національної поліції України» (м. Київ, 25 квітня 2019 р.); «Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої терапії в системі реабілітації постраждалих у бойових діях» (м. Київ, 7-8 листопада 2019 р.); «Індивідуальні особливості переживання життєвих криз, спричинених травматичним досвідом бойових дій» (м. Київ, 26-27 березня 2020 р.); «Стрес-фактор як чинник виникнення негативних психоемоційних станів працівників національної поліції» (м. Харків, 27 березня 2020 р.); «Дослідження динаміки емоційних станів поліцейських-учасників бойових дій на сході України» (м. Харків, 7 квітня 2020 р.); «Психологічна підготовка суб'єкта правоохоронної діяльності» (м. Київ, 26 листопада 2020 р.).

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел (107 найменувань на 11 сторінках) і п'яти додатків (на 14 сторінках). Робота ілюстрована 20 таблицями та 1 рисунком. Загальний обсяг роботи становить 207 сторінок з яких основний текст дисертації становить 170 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1 Емоційна сфера особистості як предмет наукових досліджень

Емоції людини як предмет досліджень широко обговорюються в різних наукових галузях. Емоції, почуття та прояви складають емоційну сферу особистості. Різномасштабні дослідження цієї проблеми представлені у працях Б. Ананьєва, П. Анохіна, В. Вілюнаса, К. Ізарда, О. Лука, Я. Рейковського, С. Рубінштейна, Г. Шингарова, М. Яновської та ін.

Емоції, почуття та інші психічні явища є різними формами відображення навколишнього світу. Якщо психічні процеси відображають навколишню дійсність у образах, відчуттях, уявленнях, думках, то почуття і емоції – у переживаннях.

Особливості розвитку емоційно-почуттєвої сфери особистості є актуальною проблемою як у теоретичному, так і в суто прикладному аспектах (І. Бех, О. Запорожець, Я. Неверович О. Кульчицька та ін.). Дослідження психологічних механізмів, що детермінують розвиток емоційно-почуттєвої сфери, ускладнюється багатьма факторами. Одним із головних є недостатня теоретична з'ясованість загальних уявлень щодо сутності емоцій (В. Вілюнас, К. Ізард, О. Чебикін та ін.), їх інтегративності (Л. Аболін, В. Вунд, П. Симонов та ін.), динамічності перебігу (В. Вілюнас, О. Саннікова та ін.), амбівалентності (М. Арнолд, І. Васильєв, С. Томкінс та ін.) [13; 37; 38; 47; 60; 63].

Найбільш відомими науковими теоріями походження емоцій є: еволюційна теорія емоцій Чарльза Дарвіна; «Периферична теорія» В. Джеймса – Г. Ланге; «Асоціативна» теорія В. Вундта; теорія В. Кеннона – П. Барда; теорія диференційованих емоцій К. Ізарда; судинна теорія вираження емоцій І. Уейнбаума; біологічна теорія емоцій П. Анохіна;

психоаналітична теорія емоцій; фрустраційні теорії емоцій; когнітивно-фізіологічна теорія емоцій С. Шехтера; пізнавальна теорія емоцій М. Арнольд – Р. Лазауруса; інформаційна теорія емоцій П. Симонова; фізіологічні механізми емоційних реакцій; рефлекторні механізми виникнення емоційних реакцій; емоції та вища нервова діяльність; емоції та гормональна система (Н. Данилова, В. Мягер, О. Гошев); анатомо-фізіологічна теорія емоцій Дж. Грея.

Аналіз літературних джерел надає можливість надати такі визначення поняттю «емоції». Емоції – це специфічна форма взаємодії людини з навколишнім світом, із середовищем, спрямована на пізнання світу та свого місця в ньому через саму себе. Емоція – це реакція індивіда на ті ситуації, до яких індивід не може адаптуватися, і значення її переважно функціональне. Емоції – це загальна активна форма переживання організмом своєї життєдіяльності [97, с. 184].

Теорії емоцій по-різному пояснюють причини їх виникнення та умови перебігу. Розглянемо основні з них.

Еволюційна теорія емоцій Чарльза Дарвіна. На основі спостережень і теоретичних узагальнень ученим доведено, що міміка та інші виразні рухи відображають стан нервової системи і залежать від емоцій. Ця теорія полягає в тому, що емоції або корисні за своєю суттю, або вони є залишками (рудиментами) різних доцільних реакцій, вироблених у процесі еволюції в боротьбі за існування.

Виразні рухи не супроводжують емоції, а виступають зовнішньою формою їхнього існування. Емоційні периферичні зміни охоплюють увесь організм і мають зовнішні прояви. Вони проявляються у виразних рухах: у міміці (виразні рухи обличчя), пантоміміці (виразні рухи всього тіла) та голосових реакціях (тембр голосу та інтонація). Також емоційні переживання виражаються не лише в сильних рухах, а й у мікрорухах (тремор, реакції зіниць). Праці Дарвіна, стали поштовхом для створення інших теорій емоцій, зокрема «периферичної» теорії В. Джеймса – Г. Ланге [97, с. 188].

«Периферична» теорія Вільяма Джеймса та Карла Георга Ланге. Американський психолог В. Джеймс висунув «периферичну» теорію емоцій, згідно з якою емоція – це усвідомлення тілесного збудження, що ми відчуваємо безпосередньо після сприймання факту, який це збудження викликає.

Незалежно від В. Джеймса, датський патологоанатом К. Г. Ланге в 1895 р. опублікував працю, в якій висловив схожі думки. Але якщо для першого органічні зміни зводилися до вісцеральних (внутрішніх органів), то для іншого вони були переважно фазомоторними. Радість, на його думку, є сукупністю двох явищ – посилення моторної іннервації й розширення кровоносних судин. Звідси походить й експресивне вираження цієї емоції: швидкі, сильні рухи, гучне мовлення, сміх. Сум, навпаки, є наслідком ослаблення рухової іннервації й звуження кровоносних судин. Звідси мляві, уповільнені рухи, слабкість і беззвучність голосу, розслабленість і мовчазність. Виникнення емоції за теорією Джеймса – Ланге пояснюється таким чином: подразник викликає фізіологічні зміни та прояви, які передають сигнал у мозок, після чого виникає емоція або емоційне переживання. Зміст цього парадоксального твердження полягає в тому, що довільна зміна міміки й пантоміміки зумовлює мимовільну появу відповідної емоції [37; 38].

Едуард Клепаред увів поняття «почуття безпеки», яке виникає між сприйняттям небезпечної ситуації й емоцією страху та є відображенням попередньої до нього моторної установки. У табл. 1.1 показано відповідний ланцюг реакцій.

Таблиця 1.1

Ланцюг реакцій «почуття безпеки» (за Е. Клепаредом)

№	Послідовне виникнення реакцій
1.	Сприйняття
2.	Установка на втечу
3.	Почуття небезпеки (органічні реакції)
4.	Емоція (страх)

Подана схема підкріплена доказами: за даними спостереження емоція страху пов'язана з почуттям небезпеки (інстинктом самозбереження), коли людина не в змозі втекти або захиститися від загрози.

Теорія Джеймса – Ланге підлягала критиці з боку фізіолога Волтера Кеннона. Зокрема, при виключенні в експерименті всіх фізіологічних виявів (при розсіченні нервових шляхів між внутрішніми органами й корою головного мозку) суб'єктивне переживання все одно зберігалось. Фізіологічні ж зрушення відбуваються при багатьох емоціях як вторинне пристосувальне явище, наприклад, для мобілізації резервних можливостей організму під час небезпеки та пов'язаного з нею страху, або як форма розрядки напруги в центральній нервовій системі

В. Кеннон зазначав дві обставини. По-перше, фізіологічні порушення, які виникають при різних емоціях, бувають досить схожими й не відображають їхньої якісної своєрідності. По-друге, ці фізіологічні зміни розгортаються повільно, в той час як емоційні переживання виникають швидко, тобто передують фізіологічній реакції. Він показав також, що штучно зумовлені фізіологічні зміни, що характерні для певних сильних емоцій, не завжди спричиняють очікувану емоційну поведінку. На думку У. Кеннона, емоції виникають внаслідок специфічної реакції центральної нервової системи й, зокрема, таламуса [47].

Етапи виникнення емоцій і супутніх їй фізіологічних зрушень за В. Кенноном виглядають так: 1) подразник; 2) збудження таламуса; 3) емоція; 4) фізіологічні зміни.

У пізніших дослідженнях П. Барда утверджується думка, що емоційні переживання й фізіологічні порушення, які їх супроводжують, виникають майже одночасно. Подразник одночасно впливає і викликає емоцію та фізіологічні зміни.

Тривимірна теорія емоцій Вільгельма Вундта. Згідно з теорією, емоції полярні, наприклад, полярність приємного і неприємного, протилежність напруження і розрядки, збудження і пригніченості. Поряд із збудженою

радістю (радістю-тріумфом) існує радість спокійна (радість-умиротворення, радість-зворушення) і радість напружена (радість надії, радість очікування).

Тілесні реакції Вундт розглядає лише як наслідок почуттів. За Вундтом, міміка виникла спочатку у зв'язку з елементарними відчуттями як відображення емоційного тону відчуттів. Вищі, тому складніші почуття (емоції), розвинулися пізніше. Однак, коли у свідомості людини виникає якась емоція, вона щоразу асоціюється з відповідним їй, близьким за змістом, нижчим почуттям або відчуттям. Саме воно й зумовлює ті мімічні рухи, які відповідають емоційному тону відчуттів. Висновки Вундта близькі до сучасної *теорії диференційованих емоцій* Керрола Ізарда.

Об'єктом вивчення теорії диференціальних емоцій К. Ізарда є частково емоції, кожна з яких розглядається окремо від інших як самостійний переживально-мотиваційний процес.

К. Ізард виокремлює п'ять основних тез:

- основну мотиваційну систему людського існування утворюють 10 базових емоцій: радість, сум, гнів, відраза, презирство, страх, сором, зніяковілість, провина, подив, інтерес;
- кожна базова емоція має унікальні мотиваційні функції та специфічну форму переживання;
- фундаментальні емоції переживаються по-різному та неоднаково впливають на когнітивну сферу й поведінку людини;
- емоційні процеси взаємодіють із драйвами, з гомеостатичними, перцептивними, когнітивними й моторними процесами, впливаючи на них;
- зі свого боку, драйви, гомеостатичні, перцептивні, когнітивні й моторні процеси впливають на перебіг емоційного процесу [60; 97, с. 186].

У своїй теорії К. Ізард визначає емоції як складний процес, який охоплює нейрофізіологічні, нервово-м'язові й чутливо-переживальні аспекти, внаслідок чого він розглядає емоцію як систему. Деякі емоції, внаслідок вроджених механізмів, що лежать у їхній основі, організовані ієрархічно. Джерелами емоцій є нейронні та нервово-м'язові активатори (гормони й

нейромедіатори, наркотичні препарати, зміни температури крові мозку й наступні нейрохімічні процеси), афективні активатори (статевий потяг, утома, інша емоція) і когнітивні активатори (атрибуція, пам'ять, антиципація).

Кажучи про базові емоції, К. Ізард виокремлює деякі їхні ознаки:

- базові емоції завжди мають виразні й специфічні нервові субстрати;
- базова емоція виявляє себе за допомогою виразної та специфічної конфігурації м'язових рухів особи (міміки);
- базова емоція супроводжується виразним і специфічним переживанням, усвідомлюваним людиною;
- базові емоції виникли внаслідок еволюційно-біологічних процесів;
- базова емоція чинить організуючий і мотивуючий вплив на людину, сприяє її адаптації.

Однак сам К. Ізард визнає, що деякі емоції, зараховані до базових, не мають усіх цих ознак. Наприклад, емоція провини не має виразного мімічного й пантомімічного вираження. З іншого боку, деякі дослідники приписують базовим емоціям й інші характеристики. *Емоції* – вид психічних процесів і станів, що втілює переживання короткочасного ставлення до дійсності, життєвого значення подій і явищ. У вузькому значенні поняття «емоція» вживається як форма переживання якого-небудь почуття. За ознакою задоволеності потреби емоції поділяють на позитивні (реакція на повне або достатнє задоволення потреби – радість), негативні (реакція на недостатнє або й відсутнє задоволення потреби – гнів, сум), за впливом на організм – стенічні (активізація, покращення життєдіяльності – радість) та астенічні (пригнічення, порушення життєдіяльності – сум) [71].

Очевидно, що базовими можна називати ті емоції, які мають глибокі філогенетичні коріння, тобто є не лише в людей, а й у тварин. С. Шевальє-Скольніков справедливо вказує, що способи емоційного вираження свідчать

про фундаментальність емоції не лише в тому разі, якщо простежується їхнє філогенетичне походження, але й тоді, коли є експресивна подібність вираження емоції в міміці людини та інших приматів. Тому такі власне людські дискретні емоції, як сором і провина, до них не належать. Навряд чи можна назвати емоціями також інтерес і сором'язливість [86].

К. Ізард стверджує, що емоції є основною мотиваційною системою організму та, як фундаментальні особистісні процеси, надають змісту і значення людському існуванню. На думку Є. Ільїна, з цим важко погодитися, хоча й не можна заперечувати мотиваційного значення емоцій. З точки зору сучасних науковців мотивація набагато складніша, ніж це уявляє К. Ізард, а емоції є лише одним із мотиваторів, які впливають на ухвалення рішення й поведінку людини.

Судинна теорія вираження емоцій І. Уейнбаума та її модифікація. На початку XX століття І. Уейнбаум зазначив тісну взаємодію між м'язами обличчя й мозковим кровообігом, тому висловив припущення, що м'язи обличчя регулюють кровообіг. Впливаючи протилежним чином на вени й артерії, вони підсилюють приплив або відтік крові в мозок. Останнє ж супроводжується зміною суб'єктивних переживань. Р. Зайонцем ця теорія була модифікована. На відміну від І. Уейнбаума, він вважав, що м'язи обличчя регулюють не артеріальний кровообіг, а відтік венозної крові. В одному з експериментів із вдмухуванням у ніздрі теплого й холодного повітря було виявлено, що перше оцінюють як приємне, а друге – як неприємне. Автори розцінили це як результат зміни температури мозку (зокрема, гіпоталамуса), зумовленої зміною температури крові, що припливає в мозок [47; 71; 84].

Біологічна теорія емоцій П. Анохіна. У межах цієї теорії емоції розглядаються як біологічний продукт еволюції, пристосувальний чинник у житті тварин. Виникнення потреб спричиняє, на думку П. Анохіна, появу негативних емоцій, які відіграють мобілізуючу роль, сприяючи найшвидшому задоволенню потреб оптимальним способом. Коли зворотний

зв'язок підтвердить, що досягнуто запрограмованого результату, тобто потребу задоволено – виникає позитивна емоція. Вона постає як кінцевий підкріплювальний чинник. Закріплюючись у пам'яті, вона в майбутньому бере участь у мотиваційному процесі, впливаючи на прийняття рішення про вибір способу задоволення потреби. Якщо ж отриманий результат не узгоджується з програмою, тоді виникає емоційне занепокоєння, яке зумовлює пошук інших, більш успішних способів досягнення мети. Кількаразове задоволення потреб, забарвлене позитивною емоцією, сприяє навчанню відповідній діяльності, а повторні невдачі в одержанні запрограмованого результату спричиняють гальмування неефективної діяльності й пошуки нових, більш успішних способів досягнення мети [11].

Психоаналітична теорія емоцій. Основою розуміння афекту З. Фройдом є теорія про потяги. Він ототожнював і афект, і потяг із мотивацією. Найбільш концентроване уявлення психоаналітиків про механізми виникнення емоцій сформульовано Д. Рапопортом. Суть цих уявлень така: сприйнятий ззовні перцептивний образ зумовлює несвідомий процес, під час якого відбувається неусвідомлювана людиною мобілізація інстинктивної енергії. Якщо вона не може знайти собі застосування в зовнішній активності людини (у тому разі, коли на потяг накладається табу у зв'язку з культурними нормами суспільства), то шукає інші канали розрядки у вигляді мимовільної активності. Різними видами такої активності є «емоційна експресія» й «емоційне переживання». Вони можуть виявлятися одночасно, почергово або взагалі незалежно одне від іншого [2; 9; 10].

З. Фройд і його послідовники розглядали лише негативні емоції, які виникають унаслідок конфлікту потягів. Тому вони виокремлюють в афекті три аспекти: енергетичний компонент інстинктивного потягу («заряд» афекту), процес «розрядки» і сприйняття остаточної розрядки (відчуття або переживання емоції). Розуміння механізмів виникнення емоцій, за З. Фройдом, як несвідомих інстинктивних потягів, зазнало критики з боку багатьох учених.

Фрустраційні теорії емоцій. Ця група теорій пояснює виникнення негативних емоцій як наслідок невдачі в задоволенні потреб і потягів. У цьому разі йдеться про розумові емоції, тобто емоції, які виникають не як оцінка подразника, що діє під час безумовно-рефлекторних емоційних реакцій, а як оцінка ступеня успішності (а точніше – неуспішності) досягнення мети, задоволення потреби. Це емоції досади, злості, гніву, люті, страху.

Розпочав розробку цих теорій Дж. Дьюї. Він вважав, що емоція виникає лише тоді, коли здійснення інстинктивних дій або довільних форм поведінки натрапляє на перешкоду. У цьому випадку, прагнучи адаптуватися до нових умов життя, людина відчуває емоцію. Дьюї писав, що психологічно *емоція* – це адаптація або напруження звичок й ідеалу, а органічні зміни є виявом цієї боротьби за адаптацію. *Фрустрація* (від лат. *frustratio* — обман, втрата чогось, крах планів, розчарування) — емоційний стан людини, який викликається об'єктивно нездоланими перешкодами або труднощами на шляху досягнення бажаної мети. У такому стані людина може кричати, сваритися, виявляти гнів, агресію, роздратування. Часто повторювані у ранньому дитинстві стани фрустрації можуть призвести в одних до байдужості, безініціативності, в'ялості, в інших – до агресивності, заздрості як стереотипних форм поведінки у подібних ситуаціях. Стан фрустрації може супроводжуватися негативними переживаннями: розчаруванням, роздратованістю, тривогою, відчаєм, апатією [35; 47].

У наступні роки виникла й була ґрунтовно розроблена теорія когнітивного дисонансу Л. Фестінгера. Відповідно до цієї теорії, коли між очікуваними й дійсними результатами діяльності є розбіжність (когнітивний дисонанс), виникають негативні емоції. Натомість збіг очікуваного й результату (когнітивний консонанс) зумовлює появу позитивних емоцій. Емоції, які виникають при дисонансі й консонансі, автор теорії розглядає як основні мотиви відповідної поведінки людини.

Незважаючи на багато досліджень, які підтверджують правоту цієї теорії, деякі науковці вважають, що в деяких випадках і дисонанс може викликати позитивні емоції. На думку Дж. Ханта, для виникнення позитивних емоцій необхідним є певний ступінь розбіжності між установками й сигналами, деякий «оптимум розбіжності» (новизни, незвичайності, невідповідності тощо). Якщо сигнал не відрізняється від попередніх, то його оцінюють як нецікавий; якщо ж він відрізняється занадто великою силою впливу, буде сприйматися як небезпечний, подразливий тощо.

Когнітивістські теорії емоцій. Ці теорії з'явилися внаслідок розвитку когнітивної психології й відображають думку, відповідно до якої основним механізмом появи емоцій є когнітивні процеси.

Когнітивно-фізіологічна теорія емоцій С. Шехтера. Цю теорію розробив С. Шехтер із колегами в межах когнітивістських теорій емоцій. Було виявлено, що вісцеральні реакції, які зумовлюють збільшення активації організму, хоча і є необхідною умовою для виникнення емоційного стану, але недостатні, тому що визначають лише інтенсивність емоційного реагування, але не його знак і модальність. Відповідно до цієї теорії, певна подія чи ситуація викликає збудження, і в людини виникає необхідність оцінити його зміст, тобто ситуацію, що спричинила це збудження. На думку Шехтера, поряд зі стимулами, які сприймаються, й відповідними фізіологічними змінами в організмі, на виникнення емоцій впливають попередній досвід людини й оцінка нею ситуації, що виникла, з огляду на потреби та інтереси, актуальні на цей момент. Отже, вісцеральна реакція викликає емоцію не прямо, а опосередковано.

На думку С. Шехтера, *емоційні стани* – це результат взаємодії двох компонентів – активації і висновку людини про причини її збудження на основі аналізу ситуації, в якій виникла емоція. *Емоційні стани* – це тривалі переживання, ефект від сильної емоційної реакції. До них відносять збудження, пригнічення (депресія), страх, тривогу. Емоційний стан є

мінливим психічним явищем. Веселий настрій може змінюватися на сумний, спокійний — на тривожний, пригнічення — активністю [60; 71].

Вчені виділяють основні види емоційних станів: *пристрасть* — емоційний стан, який виявляється у сильному, глибокому і стійкому переживанні, з яскраво вираженою спрямованістю на досягнення мети, предмета чи об'єкта потягу; *афект* (від лат. *affectus* — душевне хвилювання, *пристрасть*) — бурхливий та швидкоплинний емоційний стан, аварійна реакція на екстремальну ситуацію, що повністю оволодіває людиною й характеризується значними змінами у свідомості та порушенням вольового контролю за поведінкою. Серед чинників, які викликають афект, виокремлюють реальну загрозу, насилля, образи. У стані афекту людина не здатна зосередитися і передбачити результати власних вчинків, спостерігається фрагментарність сприймання, порушення уваги (знижується переключення), пам'яті (амнезія), мовлення (порушення артикуляції, переривчастість), проявляється агресія, панічна втеча, знепритомніння, заціпеніння. Прикладами афектів є відчай, сильний гнів, страх, жах, бурхлива радість; *фрустрація* (від лат. *frustratio* — обман, втрата чогось, крах планів, розчарування) — емоційний стан людини, який викликається об'єктивно нездоланими перешкодами або труднощами на шляху досягнення бажаної мети.

Пізнавальна теорія емоцій М. Арнольд та Р. Лазаруса. У М. Арнольд пізнавальною детермінантою емоцій є інтуїтивна оцінка об'єкта. Емоція, як і дія, настає за цією оцінкою. Оцінку, на думку Арнольд, характеризує миттєвість, безпосередність і ненавмисність, тобто інтуїтивність. Цю інтуїтивну оцінку автор розуміє як «почуттєве судження», на відміну від абстрактного «рефлексивного судження».

У концепції Р. Лазаруса центральною також є ідея про пізнавальну детермінацію емоцій. Він вважає, що когнітивне опосередкування є необхідною умовою для появи емоцій. Однак він критикує М. Арнольд за те, що поняття «оцінка» залишається в неї суб'єктивним і не пов'язується з

фактами, які можна безпосередньо спостерігати. Це зумовлює ігнорування питання про умови, які детермінують оцінку. Окрім того, Лазарус не погоджується з думкою Арнольд, що оцінка є чуттєвою (емоційною) за характером.

У концепції Р. Лазаруса є два головні положення:

- кожна емоційна реакція, незалежно від її змісту, є функцією особливого роду пізнання або оцінки;
- емоційна відповідь становить собою певний синдром, кожен із компонентів якого відображає певний важливий момент у загальній реакції [38].

Центральним поняттям концепції Лазаруса є «загроза», яку він розуміє як оцінку ситуації на основі передбачення майбутнього зіткнення (конфронтації) зі шкодою, причому передбачення базується на сигналах, оцінюваних за допомогою пізнавальних процесів. Таким чином, Лазарус розглядає афективні реакції, а не лише переживання, оскільки для нього емоція є синдромом, що містить три основні групи симптомів – суб'єктивні переживання, фізіологічні порушення й моторні реакції. Щойно певний стимул оцінюють як загрозливий — відразу активуються процеси, спрямовані на усунення або зменшення шкоди, тобто процеси подолання загрози. Тенденції до дії з приводу наявності загрози та її усунень відображаються в різних симптомах емоційних реакцій.

У табл.1.2. показано схему виникнення емоцій за Р. Лазарусом [60].

Таблиця 1.2

Схема виникнення емоцій (за Р. Лазарусом)

№	Послідовність виникнення емоцій
1.	Сприйняття
2.	Первинна оцінка
3.	Дослідницька активність
4.	Основне значення змін в оцінюваній ситуації

5.	Вторинна оцінка
6.	Тенденції до дій
7.	Емоція як прояв тенденції в переживанні, фізіологічних порушеннях і моторних реакціях

Ще в одному варіанті когнітивної теорії емоцій стверджується, що лише вербальний фактор (мова й самозвіт) стосуються до механізму виклику емоційних переживань. До цього ж фізіологічні й поведінкові вияви емоцій вважаються лише супроводом або наслідком цих переживань. Когнітивні теорії не враховують наявності емоцій, які виникають безумовно рефлекторно.

Інформаційна теорія емоцій П. Симонова. Оригінальну гіпотезу про причини появи емоцій висунув П. Симонов. Він вважає, що емоції виникають внаслідок нестачі чи надлишку відомостей, необхідних для задоволення потреби. Ступінь емоційної напруги визначається, за П. Симоновим, силою потреби й величиною дефіциту прагматичної інформації, необхідної для досягнення мети. Це він репрезентував у вигляді «формули емоцій»:

$$E = P (H - C),$$

де E – емоція; P – потреба; H - інформація, необхідна для задоволення потреби; C – інформація, яку має суб'єкт на момент виникнення потреби.

Із цієї формули випливає, що емоція виникає лише за наявності потреби. Немає потреби – немає й емоції, тому що добуток $E = 0$, коли $P = 0$; 2) $E = 0$, коли $H = C$; $E = \max$, коли $C = 0$. Отже, емоції виконують функцію компенсаторного механізму, вони заповнюють дефіцит інформації, необхідної для досягнення цілі, тобто для задоволення потреб [93].

Емоції сприяють пошуку нової інформації за рахунок підвищення чутливості аналізаторів (органів відчуттів), а це, у свою чергу, зумовлює реагування на розширений діапазон зовнішніх сигналів і поліпшує видобування інформації з пам'яті. Внаслідок цього під час розв'язання завдання може бути використано малоімовірні або випадкові асоціації, які в

спокійному стані не розглядалися б. Отже, підвищуються шанси досягнення мети. Хоча реагування на розширене коло сигналів, корисність яких ще невідома, є надлишковим і незакономірним, воно запобігає пропуску дійсно важливого сигналу, ігнорування якого може коштувати життя.

Серйозній критиці теорію П. Симонова піддав Б. Додонов. Він справедливо зазначає, що у «формулі емоцій» автор дає низку тлумачень, які не збігаються, й насамперед тому, що він вільно користується такими поняттями, як «інформація», «прогноз», «імовірність», запозиченими з кібернетики. Це призвело до перекручування розуміння їхньої суті й пов'язаних із ними закономірностей [93; 23].

Є. Ільїн також висунув контраргументи стосовно цієї концепції. Розглянемо положення: якщо немає потреби – немає й емоції. З цим важко сперечатися, якщо йдеться про вихідну відсутність потреби. Однак відсутність потреби й зникнення потреби при її задоволенні, тобто досягненні мети – психологічно різні ситуації. Особливо це стосується соціальних потреб. З одного боку – первинна відсутність потреби, а відповідно – і відсутність процесу мотивації, наявності мети. Немає їх – немає приводу й для виникнення емоції. З іншого боку, коли в результаті потреби, що була наявною, і мотиваційного процесу, який розгорнувся, досягають обумовленої ними мети. У цьому випадку задоволення виникає внаслідок усунення потреби, а не її відсутності.

Усупереч твердженням П. Симонова, люди відчують радість і при очікуваному успіху, тобто при задоволенні своїх потреб (бажань). А це означає, що головне у виникненні емоцій – не брак або надлишок інформації, якою володіє людина, і навіть не наявність потреби, а значущість її задоволення для суб'єкта. У деяких випадках наявність соціальної потреби (необхідності щось робити) і відсутність для цього можливостей не лише не спричинить негативну емоцію, а викличе позитивну емоцію [93].

Але й у розумінні П. Симоновим формули як структурної моделі, яка показує внутрішню організацію емоцій, наявні певні протиріччя. З одного

боку, він стверджує, що емоції й потреби – це різні феномени. З іншого боку, вчений називає свою формулу структурною і, таким чином, відносить потреби (та й інформацію теж) до структури емоції.

Якщо враховувати спрямованість функціональної залежності емоцій від потреби й прогнозу, з формули не впливає й протилежне її твердження, що емоції підсилюють потребу. Е. Ільїн вважає, що емоція виникає не для посилення потреби, а для підвищення активності мотиваційного процесу і спонукання, спрямованого на задоволення потреби. Б. Додонов зазначає, що у «формулі емоцій», за міркуваннями П. Симонова, варто було б потребу замінити на мотив [23].

Ця теорія ігнорує емоційні реакції, що не пов'язані з мотиваційним процесом (наприклад, що виникають при досягненні мети, тобто задоволенні потреби), або емоції, що виникають без участі інтелектуальної діяльності й порівняння Н з С (наприклад, переляк, що виникає миттєво й усвідомлений нами постфактум).

Фізіологічні механізми емоційних реакцій. Анатомічні утворення, пов'язані з емоційним реагуванням. Питання про мозкову організацію емоційної сфери є мало розробленим. Внаслідок цього, як відзначають Є. Хомська та Н. Батова, виокремлюють два напрями у вивченні мозкової організації емоційної сфери: вузький локалізаціонізм і системний підхід [11; 35; 50].

Прихильники вузько локалізаціоністських концепцій стверджують, що для кожної «базової» емоції є свої центри. У досліджах на тваринах і при терапевтичних втручаннях на людині з використанням електростимуляції певних ділянок мозку було показано, що передні частини острівця, задні відділи гіпоталамуса, склепіння, мигдалеподібне ядро пов'язані з емоцією страху, мигдалина і серединний центр таламуса – з люттю, передній відділ гіпоталамуса, мигдалина, медіальні ядра таламуса – з емоцією тривоги, вентромедіальні ядра таламуса, зона перегородки й фронтальні сфери – з

переживанням задоволення. Отже, емоційне реагування пов'язується з підкірковими центрами.

Проте ці дослідження показали, що вузьколокалізовані подразнення головного мозку зумовлюють лише незначну кількість емоцій. Інші емоції не мають строгої локалізації й утворюються як умовно-рефлекторні сполучення базових емоцій в процесі надбання соціального досвіду.

Рефлекторні механізми виникнення емоційних реакцій. Емоційні реакції можуть виникати як мимоволі, так і довільно. Мимовільне виникнення їх може бути безумовно-рефлекторним (наприклад, емоція переляку чи емоційний тон відчуттів) та умовно-рефлекторним [11; 18].

Довільний механізм появи емоцій пов'язаний, насамперед, з оцінкою людиною можливості та ступеня задоволення потреби. Емоції можуть бути як результат уявлення людиною тих чи інших об'єктів, а також минулих і майбутніх подій (емоційне налаштування і використання емоційної пам'яті).

Емоції виконують низку функцій: відображувально-оціночну; сигнальну; мотиваційну; активаційну.

Відображувально-оціночна функція емоцій виявляється за рахунок суб'єктивного компонента емоційного реагування (переживання) в основному на початковому етапі довільного керування (у разі виникнення потреби й розгортання на її основі мотиваційного процесу) і на кінцевому етапі (під час оцінки досягнутого результату: задоволення потреби, реалізації наміру). Завданням сигнальної функції емоцій є сигналізування про користь або негативні впливи на організм людини різних стимулів. Мотиваційна функція емоцій – під час впливу подразника, полягає в оцінюванні його значущості та прогнозуванні можливості задоволення потреби. Активаційна функція проявляється за рахунок фізіологічного компонента, наприклад, страх провокує викид в організмі людини адреналіну, під час небезпеки для життя або втечі [86].

Емоції й вища нервова діяльність. Після відомої павловської сесії 1949 р., коли єдино правильним було оголошено вчення про вищу нервову

діяльність, а всі явища пов'язувалися з умовно-рефлекторною діяльністю, механізми емоцій почали розглядати з цих позицій не лише фізіологи, а й психологи. Розповсюдженим став погляд, що появу емоцій зумовлює порушення динамічного стереотипу, умовно-рефлекторних зв'язків.

Емоції й ретикулярна формація. Розвиток фізіології і насамперед електроенцефалографії зумовили появу ще однієї теорії виникнення емоцій – активаційної, яку сформулювали Д. Ліндслі і Д. Хебб. Відповідно до їхніх поглядів, емоційні стани визначаються впливом ретикулярної формації нижньої частини стовбура головного мозку. «Комплекс активації», котрий виникає при порушенні ретикулярної формації, є фізіологічним вираженням емоції й знаходить висвітлення в електроенцефалограмі. Недоліком цієї теорії вважається її односторонність у розумінні анатомо-фізіологічних механізмів виникнення емоцій [13; 14; 86].

Виникнення емоцій пов'язано зі станом гормональної системи. Доведено, що різні гормони зумовлюють різні емоції. Дефіцит норадреналіну викликає депресію у вигляді туги, а дефіцит серотоніну – депресію, котра виявляється у вигляді тривоги. Дослідження мозку хворих, які заподіяли собі смерть у стані депресії, показало, що він збіднений і норадреналіном, і серотоніном. Збільшення концентрації серотоніну в мозку поліпшує настрій.

У табл. 1.3 висвітлено співвідношення між адреналіном і норадреналіном при різних негативних емоціях (за В. Мягер, О. Гошевим) [74].

Таблиця 1.3

Співвідношення між адреналіном та норадреналіном при різних негативних емоціях

Емоційний стан	Адреналін	Норадреналін
Тривога	Підвищується	Підвищується
Страх	Підвищується	Знижується

Розпач	Знижується	Підвищується
Плач	Знижується	Знижується

На гормональній регуляції базується й вегетативно-гуморальна теорія емоцій П. Генрі. Пояснюючи походження позитивних і негативних емоцій, він виокремлює дві ортогональні системи активації, що зумовлюють виникнення двох тенденцій: боротьба і втеча, безтурботність і депресія, піднесений настрій. Генрі вважає, що кожна з трьох негативних емоцій, які він розглядає, має свій тип патернів вегетативних реакцій [38; 63].

Гнів він пов'язує з порушенням центрального ядра мигдалини й збільшенням змісту норадреналіну та тестостерону. Для страху, що виникає при порушенні базолатерального ядра мигдалини, характерна перевага викиду адреналіну над норадреналіном. Збільшується, хоча й не набагато, кількість кортизолу в крові, що свідчить про збільшення активності кори наднирників. Депресія, за Генрі, пов'язана з порушенням системи «гіпофіз – кора наднирників» і характеризується викидом кортикостероїду, адренокортикотропного гормону (АКТГ), ендорфінів і зниженням кількості тестостерону.

На думку Генрі, для емоцій гніву й страху є єдиний протилежний полюс – позитивна емоція у вигляді переживання стану безтурботності. Воно сполучається зі зниженням активності кори наднирників, отже, зі зниженням адреналіну та норадреналіну.

Протилежністю депресії є стан піднесеності. Йому відповідає зниження рівня АКТГ, кортизолу й ендорфінів. Збільшується зміст у крові статевих гормонів (тестостерону – у чоловіків, естрогену та прогестерону – у жінок).

Анатомо-фізіологічна теорія емоцій Дж. Грея. Учень Г. Айзенка Дж. Грей виокремлює три мозкові системи, які визначають появу трьох основних груп емоцій: тривожності, радості-щастя й жаху-гніву. Систему мозкових структур, яка генерує тривожність, автор теорії назвав системою

поведінкового гальмування. Ця система відповідає на умовні сигнали покарання або скасування позитивного підкріплення, а також на стимули, котрі містять «новизну». Її активність блокується антитривожними речовинами (барбітуратами, алкоголем, бензодіазепінами) [38; 84].

Друга система – система боротьби та втечі – пов’язана з емоціями люті й жаху. Вона реагує на безумовні аверсивні подразники. Її активність блокують анальгетики (морфіни), а на антитривожні речовини вона не реагує.

Третя система – система передбачуваної поведінки. Адекватними для неї стимулами є умовні сигнали нагороди (їжі, води тощо). Емоції, що виникають при активації BAS, пов’язані з приємним передбаченням, надією, переживанням підйому, щастя. Індивідуальні особливості емоційності людини залежать, за Дж. Грєєм, від балансу цих емоційних систем.

Отже, аналіз різних наукових теорій надає можливість визначити структуру емоційної сфери особистості. Емоційна сфера складається з емоційних переживань і почуттів. Будь-яке переживання – це оцінка процесу задоволення будь-якої потреби індивіда. Почуття – це оцінка можливості конкретного об’єкта задовольнити цю потребу. Емоційні переживання людини діляться на емоції й емоційні стани.

У табл. 1.4 відображена структура емоційної сфери особистості за С. Рубінштейном.

Таблиця 1.4

Структура емоційної сфери особистості (за С. Л. Рубінштейном)

Рівень	Характеристика
Рівень безпредметних емоційних явищ (настроїв)	- рівень безпредметних емоційних явищ (настроїв) – тобто недиференційованих емоційних станів суб’єкта, які не спрямовані до якогось об’єкта;

Рівень предметних почуттів, що виникають з приводу якогось предмету	- ці почуття бувають інтелектуальними (прикладом може бути почуття смішності якогось предмету), моральними, естетичними;
Рівень світоглядних почуттів, які не прив'язані до якогось предмету, а характеризують загальне відношення людини до навколишньої дійсності	- (прикладом може слугувати почуття гумору, почуття трагічного, комічного).

Таким чином, аналіз наукових джерел дає підстави стверджувати, що, незважаючи на чисельні теорії, єдиної загальноприйнятої теорії емоцій не існує. Розглянуті теорії походження емоцій дозволяють зрозуміти лише деякі аспекти психофізіологічних механізмів функціонування емоційної сфери особистості. Понятійний апарат характеризується розходженням або ототожненням дефініцій «емоції», «почуття», «емоційні переживання», «емоційний стан», що свідчить про їхню невпорядкованість та узгодженість. Емоційна сфера людини сформована афектами, настроями, пристрастями і, головним чином, власне емоціями і почуттями, які по-різному розглянуті в різних підходах, у залежності від специфіки їх дослідження. Головними проблемами та аспектами вивчення емоцій і почуттів є їхня різноманітність, неоднозначність поглядів на їхнє виникнення, розвиток та формування, а також силу вияву у кожної окремої людини. Специфіка класифікацій емоцій та почуттів людини полягає в тому, що їх можна розподіляти за великою кількістю ознак, а саме: за характеристикою впливу на організм, за змістом цієї характеристики, за структурною ознакою, за сферою діяльності і впливу та ін.

1.2. Чинники та механізми емоційних розладів в учасників бойових дій

Дослідження цієї проблематики вказує, що участь у війні призводить до значних якісних змін свідомості комбатанта (Т. Єрьоміна, Н. Крюков, Ю. Логінова та ін.). Л. Китаєв-Смик розробив типологію учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості. Значна кількість робіт, присвячених цій проблемі, з'являється, як правило, після військових конфліктів (Н. Тарабріна, А. Краснянський, Є. Лазебная, П. Морозов, М. Зеленовата та ін.) [4; 49; 50; 89].

Проблему виникнення травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вивчали вітчизняні і зарубіжні психологи та науковці, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, В. Конторович, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, К. Калмикова, З. Фрейд, М. Горовіц, М. Падун, Н. Ласко, Н. Тарабріна, Р. Яноф-Бурман та ін. Загальновідомими є наукові доробки в галузі вивчення механізмів розвитку стресу та ПТСР (М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус); психологічні основи впровадження в практику технологій діагностики та подолання стресових розладів, зокрема ПТСР (І. Котєнєв, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко) [41; 42; 55; 70; 81; 83].

Екстремальні події, які пов'язані з ризиком для життя, травмують психічне здоров'я, стан і поведінку учасників, ускладнюють міжособистісні стосунки та соціалізацію. Особливий вплив на особистість мають військові конфлікти, під час яких військовослужбовець перебуває в перманентному стані психофізичної напруги, відчуває на собі вплив низки патогенних чинників. Участь у військових діях можна розглядати як стресогенний фактор виняткового характеру, який найчастіше викликає загальний дистрес майже в будь-якої людини. До того ж, на відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у бойових діях формує психічні травми з

віддаленими наслідками що обумовлює необхідність проведення відповідних досліджень.

Наслідки воєнно-травматичних стресових обставин будуть визначатися психологічними чинниками (індивідуально-типологічними, психічними, характерологічними особистісними особливостями, адекватністю механізмів психологічного захисту й адаптації тощо), тривалістю дії стресових факторів та соматоневрологічною важкістю [66, с. 51].

Центральним положенням є уявлення про гомеостатичну модель самозбереження організму та мобілізацію ресурсів для реакції на стресор Г. Сельє. Усі дії на організм вчений розділив на специфічні та стереотипні неспецифічні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. Цей синдром у своєму розвитку проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності; 3) стадію виснаження. Г. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження безповоротне і спричиняє старіння та загибель організму. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес», тобто афективні переживання, які супроводжують стрес, і такі, що призводять до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію під дією екстремальних і руйнівальних чинників. У результаті активуються функціональні вегетативні системи та їхнє специфічне ендокринне забезпечення, що регулює поведінкові реакції [65, с. 8].

Згідно з сучасними уявленнями, емоційний стрес можна визначити як феномен, що виникає при порівнянні вимог, які висуваються до особи, з її здатністю впоратися з цією вимогою. У разі відсутності у людини стратегії подолання стресової ситуації (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який разом з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця реакція у

відповідь є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу містить психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратись із ситуацією виявляються неефективними, стрес триває і може спричинити появу патологічних реакцій та органічних ушкоджень [65, с. 10].

За деяких обставин стрес може стати причиною серйозних розладів замість мобілізації організму на подолання труднощів. У випадку неодноразового повторення або великої тривалості афективних реакцій через тривалі життєві труднощі емоційне збудження може набути застійної стабільної форми. У цих випадках навіть при нормалізації ситуації застійне емоційне збудження не слабшає, а, навпаки, постійно активізує центральні утворення нервової вегетативної системи, внаслідок чого змінює діяльність внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі виявляються слабкі ланки, то вони стають основними у формуванні захворювання. Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, зміни системи крові, розладу імунної системи тощо [65, с. 17].

Стресори зазвичай поділяються на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока та низька температура тощо) і психологічні (небезпека, загроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження тощо). Останні, у свою чергу, поділяються на емоційні й інформаційні [66, с. 52].

Стрес (від англ. Stress – тиск, напруженість) – стан нервово-психічного перенапруження, що викликається значним за силою подразником, адекватна реакція на який раніше не була сформована.

Основним джерелом походження стресу (особистісного, міжособистісного, сімейного, професійного тощо) є інформаційний вплив. Причина його розвитку – зовнішні повідомлення, інформація про поточний (реальний) і передбачуваний, ймовірний вплив несприятливих подій, їхня

загроза для організму, або внутрішня інформація у формі уявлень з минулого про травматичні події, ситуації та можливі наслідки. Ці реакції, як правило, пов'язані з продукуванням негативних емоцій, розвитком почуття тривоги впродовж усього існування конфліктної ситуації – аж до її вирішення або суб'єктивного подолання цього стану. У цих видах психологічного стресу інформація про несприятливу, небезпечну подію є пусковим моментом, що визначає загрозу його виникнення і формує почуття тривоги, психічну напругу на основі актуалізації психічного образу ситуації професійної діяльності.

Інформаційний стрес можна визначити як стан підвищеної психічної напруги з явищами функціональної вегетосоматичної та психічної дезінтеграції, негативними емоційними переживаннями, порушеннями працездатності внаслідок несприятливого впливу факторів емоційної взаємодії. В іншому тлумаченні інформаційний стрес – це стан інформаційного перевантаження, коли індивід не справляється з поставленим завданням і не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі, будучи відповідальним за наслідки прийнятих рішень [83, с. 9].

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є відхилення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчіння, система пам'яті, емоційні шляхи навчіння. У ролі стресора, в таких випадках, виступають травматичні події: екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок; ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні [66, с. 53].

Психічні стани як динамічна характеристика особистості знаходяться в середині ряду розповсюдженого поділу психічних явищ на процеси, стани та властивості особистості. Визначаючи стани як психічне явище, К. Платонов

відзначав, що вони займають проміжне положення між психічними процесами й властивостями особистості. Він підкреслював: «Психічні стани досить тривалі (можуть тривати місяцями), хоча при зміні умов або внаслідок адаптації можуть і швидко змінюватися» [87, с. 109].

Психічні стани є формою саморегуляції психіки та важливий механізм інтеграції цілісності людини – єдність духовної, психічної й тілесної організації. Вони багатовимірні та виступають як система організації психічних процесів, суб'єктивне ставлення до відображеного явища. Зміна психічного стану безпосередньо в процесі діяльності відображається у вигляді зміни суб'єктивного ставлення до ситуації або зміни мотивів стосовно розв'язуваного завдання.

Л. Куліков вважає психічні стани багатомірним явищем, до цього ж будь-який стан можна описати широким спектром параметрів. Аналіз літературних джерел вказує на те, що окремі характеристики станів використовуються особливо часто. Такі характеристики можуть бути оцінені як основні, а саме:

1. Емоційні (ці характеристики іноді називають модальнісними у значенні якісної своєрідності: ейфорії, радості, задоволення, суму, меланхолії, тривоги і страху, паніки, насолоди, споглядання).

2. Активаційні (такі, що відображають інтенсивність психічних процесів, рівень мотивації, повне включення в ситуацію, заглиблення у те, що відбувається або, навпаки, відчуженість, відсторонення від життєвих подій – стан збудження, натхнення, піднесення, зосередженості, неувважності, нудьги й апатії).

3. Тонічні (такі, що відображають тонус, ресурс сил індивіда – стану пильнування, монотонії й пересичення, стомлення й перевтоми, стан сонливості, сну).

4. Тензійні (такі, що відображають ступінь напруги – стани напруги, емоційної напруги, фрустрації, стан стресу, самотність, сенсорного голоду).

5. Тимчасові (такі, що відображають тривалість, стійкість станів).

6. Полярність станів, інакше кажучи, знак конкретного стану (сприятливе, позитивне або несприятливе, негативне) [87, с. 11–42].

Серед компонентів емоційної сфери людини виділяють емоційний тон відчуттів, ситуативні емоції, емоційні стани.

Емоційність людини – зміст, якість і динаміка її емоцій та почуттів.

Емоційний досвід людини – способи реагування, що закріпилися, ієрархізована система емоцій та почуттів.

Емоційний тон відчуттів – безпосередні переживання, які супроводжують окремі життєво важливі впливи й спонукають людину до їх збереження або усунення (інакше – бажання).

Ситуативні емоції є суб'єктивною формою вираження ступеня задоволеності тієї чи іншої потреби, що містить оцінне ставлення до окремих умов, які сприяють або перешкоджають здійсненню діяльності, конкретним досягненням у ній, до можливих ситуацій і перспектив задоволення потреб [11].

До емоційних станів відносять *настрої* (загальний емоційний фон), *афекти* (інтенсивні реакції на екстремальні умови, коли людина втрачає здатність до саморегуляції), *стреси* (реакції на недостатність задоволення життєво важливих потреб, що потребують мобілізації усіх зусиль), *фрустрації* (реакції на ситуації перешкоди, які виявляються в тимчасових порушеннях зв'язку між свідомістю й діяльністю).

Тривалі емоції називаються настроями. Під настроями розуміють загальний емоційний стан особистості. Настрій має дві основні риси, які відрізняють його від інших емоційних утворень. По-перше, настрій не предметний, а особистісний, на відміну від певних емоцій. По-друге, настрій не є спеціальним переживанням, що відноситься до якоїсь певної події, це розмитий, загальний стан.

Настрій часто характеризують як радісний або сумний, глузливий або іронічний – за тим емоційним станом, який у ньому переважає. У ньому відображаються також інтелектуальні та вольові прояви, наприклад,

задумливий або рішучий настрій. Унаслідок «безпредметності» настроїв виникає часто поза свідомим контролем: далеко не завжди людина може сказати, чому в неї саме такий настрій.

У виникненні настроїв беруть участь багато чинників. Його чуттєву основу часто утворюють органічне самопочуття, тонус життєдіяльності організму та різні органічні відчуття, що виходять від внутрішніх органів. Однак це лише чуттєвий фон, настрій залежить більшою мірою від тих відносин, що складаються між людиною та довкіллям.

Є люди, які завжди веселі, знаходяться в підвищеному настрої, інші схильні до пригнобленого стану чи до туги, завжди роздратовані. Настрій – складний комплекс, що частково пов'язаний із зовнішніми переживаннями, частково заснований на загальному розташуванні організму до визначених емоційних станів, частково залежить від відчуттів, що виходять від внутрішніх органів [72].

Афект – це емоційний процес, що стрімко та бурхливо протікає, має вибуховий характер. Афект характеризується значними змінами свідомості, порушенням контролю за діяльністю, втратою самовладання, а також зміною всієї життєдіяльності організму. Афекти короткочасні, бо відразу потребують великої затрати сил. Розвиток афектів характеризується різними стадіями, які змінюють одна одну. На початку афективного стану людина не може не думати про предмет свого почуття, але вона ще може контролювати свої емоції, загальмувати розвиток афекту. На подальших стадіях афекту, якщо вони настають, людина втрачає над собою контроль. Після афективного спалаху настає втрата сил, байдужість до усього, розбитість [50].

Особливою формою переживання почуття, близькою за своїми психологічними характеристиками до афекту, але за тривалістю наближеною до настрою, є стресові стани або емоційний стрес. Емоційний стрес виникає в ситуаціях небезпеки, образи, сорому, загрози тощо. Зауважимо, що не завжди досягається інтенсивність афекту. Стан людини при стресі характеризується дезорганізацією поведінки та мовлення, що проявляється в безладній

активності або, навпаки, в пасивності, бездіяльності в ситуаціях, які потребують прийняття рішення. Разом з тим, коли стрес виявляється незначним, він може сприяти мобілізації сил, активізації діяльності. Поведінка індивіда в стресових станах суттєво залежить від типу нервової системи людини, сили або слабкості її нервових процесів.

Переживання почуттів у формі емоцій, афектів, настроїв і стресових ситуацій зазвичай супроводжується більш або менш помітними зовнішніми проявами. До них відносяться характерні рухи, зокрема міміка (виразні рухи обличчя), пантоміміка (виразні рухи всього тіла), а також голосові реакції (інтонації та тембр голосу). Емоційні переживання виражаються не лише в сильних, виразних рухах, а й у мікрорухах (тремор рук, реакції зіниць).

У табл. 1.5 представлено чинники психічних розладів за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [76].

Таблиця 1.5

**Класифікація чинників психічних розладів за Міжнародною
класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10)**

Чинники	Чинники схильності	Чинники, що провокують	Чинники, що підтримують
Біологічні	генетичні (шизофренія, депресія, алкоголізм); внутрішньоутробні небезпечні впливи; нейроінфекції; травми	соматичні захворювання, травми, інтоксикації, злоякісні пухлини	перебіг соматичного захворювання, травми, інтоксикації у сполученні з ускладненнями дії медичних п
Психологічні	тяжкі сімейні проблеми, порушення емоційних стосунків між дитиною та матір'ю в ранньому віці дитини	реакції на кризові ситуації, безпорадність, безнадійність	низька самооцінка, залежні та тривожні особистісні риси, стабільні неефективні механізми психологічного захисту

Соціальні	бідність, депривація, соціальна маргіналізація	соціальні катастрофи, маргіналізація, втрата соціального статусу й інші проблеми втрат	відсутність соціальної підтримки, неадекватна організація лікування та реабілітації
------------------	---	--	---

У контексті посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР) важливим аспектом є усвідомлення учасниками бойових дій наявності психологічної травми. *Психологічна травма* – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування людини і призводить до глибокого психологічного переживання [99]. Виникнення психологічної травми розглядається як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Внаслідок психологічної травматизації виникають захисні механізми, які можна поділити на три групи: «фізіологічне збудження» (безсоння, дратівливість, спалахи гніву, вибухові реакції, перебільшене реагування, агресивність); «уникання» (уникнення думок і спогадів про пережите); «вторгнення» (спогади про травмуючу подію, нав'язливі думки, сновидіння, що викликають емоційне переживання) [91].

Проблематикою особливостей переживання психологічної травми в контексті ПТСР займалися А. Кардинер, Б. Колодзін, І. Малкіна-Пих, Р. Пітман, Н. Тарабріна, Л. Хохлов, Ф. Шапіро, Дж. Ялом та ін. Науковці аналізували вплив травматичних подій на формування психологічної травми, утворення захисних механізмів, що часто були симптомами ПТСР.

Психологічні травми, отримані внаслідок участі в бойових діях, підпадають під класифікацію «посттравматичного стресового розладу (синдрому)» (термін Posttraumatic stress disorder – PTSD, введений у науковий обіг в 1980 р. М. Horowitz, В. Dohrenwend) [66, с. 51]. Наслідки військово-травматичного стресу проявляються симптомами «психологічного захисту» (амнезія явна чи удавана, психічна загальмованість, уникання будь-яких спогадів або асоціацій з травмуючими подіями), «повернення» (нав'язливі

спогади, страхи, розлади сну, кошмари, непереборне відчуття тривоги, втрата відчуття радості й спокою). Критерії діагностики синдрому зазначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders) та внесені до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10). Згідно з діагностичними критеріями, посттравматичний стресовий розлад визначається як відсунута або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у кожній здоровій людини [84, с. 435].

Динаміка переживання травматичної ситуації складається з чотирьох етапів.

Перший етап – це фаза заперечення або шоку. Під час цієї фази, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап зазвичай відносно нетривалий.

Другий етап називається фазою агресії і провини. Людина поступово разом з переживанням того, що сталося, намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини.

Третій етап – фаза депресії. Депресія – поняття, що використовується для позначення симптому, настрою та синдромів афективних розладів. Також цей терміном вживається на позначення захворювання емоційної сфери. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття сенсу життя [95, с. 27].

На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує. Також людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування.

Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме й емоційне) прийняття свого минулого та набуття нового сенсу життя.

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, то з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), впоратися з якими самотійно людина вже не здатна [83, с. 12].

Аналіз психологічних досліджень стосовно цієї теми дозволив упорядкувати причини виникнення бойового стресу, розподіливши їх на зовнішні та внутрішні. Зовнішніми причинами виникнення бойового стресу є бойові (вид, умови, тривалість та інтенсивність бойових дій, особливості зброї, експлуатації бойової техніки, надійність засобів захисту, тимчасові природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін, ступінь ізольованості діючих на полі бою з'єднань і частин від основних сил) та соціальні (ставлення до війни в суспільстві, ступінь популярності війни у свідомості мас, зрозумілість і внутрішнє прийняття цілей війни, представленість соціальних, економічних, національних, релігійних інтересів, згуртованість військового підрозділу, чітке й авторитетне керівництво бойовими діями). Серед внутрішніх причин головну роль у виникненні бойового стресу відіграватимуть саме індивідуальні особливості людини, її фізіологічна, емоційно-вольова та когнітивна сфери. У зв'язку з тим, що на сьогодні вітчизняні психологи не мають у своєму арсеналі психодіагностичних методик, які б дозволяли виявляти наявність у військовослужбовців бойового стресу, можливо вирішити цю ситуацію, так би мовити, зворотнім шляхом [55].

Основними соціально-психологічними чинниками виникнення бойового стресу визначено такі: наявність психастеничного (тривожно-недовірливого) або паранойяльного типу характеру; недостатні адаптаційні можливості та низький рівень нервово-психічної стійкості; недостатній розвиток захисних механізмів; неправильне використання копінг-стратегій;

низький рівень морально-етичної нормативності; наявність акцентуацій характеру; низький рівень комунікативного потенціалу; схильність до девіантної поведінки.

Проблема гострих психологічних і поведінкових розладів (їх структура, особливості та механізми формування), які виникають в учасників бойових дій, є доволі актуальною. Соціально-економічні реформи останніх років у нашій країні істотно відобразилися на поведінці особистості в професійній сфері. У зонах міжнаціональних конфліктів діяльність військовослужбовців пов'язана з екстремальними ситуаціями та підвищеною психологічною напруженістю. Головні *стресогенні чинники* – реальна небезпека для життя й здоров'я, постійна готовність до відбиття нападу, напруженість і динамічність оперативної обстановки, відсутність повноцінного відпочинку, незвичні кліматичні умови, тривала відірваність від сімей. Під впливом стресогенних чинників можливе підвищення тривожності. *Тривожність* – переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може спричинити розвиток тривожності.

У дослідженнях, проведених під керівництвом Д. Магнуссона, обґрунтовується вплив ситуації, яка опосередкована через сприймання – когнітивні системи індивіда [72]. У вітчизняній психології вживається поняття особистісного сенсу, введенного О. Леонтьєвим, що характеризується мірою усвідомленості постановки мети щодо мотиву й об'єктивною оцінкою життєвого значення для суб'єкта об'єктивних обставин, які впливають на нього [64].

Прихильники теорії установки Д. Узнадзе, А. Прангішвілі вважають, що реакція індивіда, крім стимулу, обумовлюється установкою як готовністю до поведінки або дії. Установка проявляється не тільки в тих випадках, які вимагають максимальної напруги організму, але більш-менш тривала і яскраво виражена установка виникає при більшості реакцій організму [78].

Відомі нам визначення поняття «стесостійкість» дають змогу стверджувати, що ця властивість розглядається з позицій впливу на продуктивність або успішність діяльності, тобто в основному з функціональних позицій. Більш широке трактування стресостійкості можна знайти в дослідженнях К. Платонова та В. Марищук, які вкладають у це поняття самоконтроль, емоційну стабільність, врівноваженість і здійснення складної або небезпечної діяльності при збереженні високої професійної працездатності, незважаючи на стресогенні чинники [87]. Особливо важливе значення надається вивченню феноменів стійкості особистості в зв'язку зі зміною ролі та питомою вагою інформаційного фактора.

У дослідженнях Б. Варданяна розглядається концепція про подвійну природу стресостійкості. Ця особливість проявляється: 1) як властивість, що впливає на результат діяльності (успішність-неуспішність); 2) як характеристика, що забезпечує цілісність і сталість особистості як системи. З цих позицій можна розглядати стресостійкість як показник діяльнісний і особистісний. Яскравим прикладом є факти з літератури, які свідчать про те, що деякі особи, які проявили при обстеженні дуже сильні емоційні реакції при емоціогенних впливах, але зберегли при цьому працездатність і стійкість психічних функцій, продуктивність (діяльнісний «зовнішній» показник стресостійкості), були через кілька років дискваліфіковані лікарськими комісіями через захворювання неврологічного походження [72].

«Внутрішній» особистісний компонент стресостійкості проявляє свою активність при невідповідності внутрішніх можливостей суб'єкта вимогам конкретної діяльності. Роль цього компонента полягає у виробленні такої системи захисту особистості від стрес-факторів, яка забезпечила би стійкість людини від розвитку стресового стану. Вивчення внутрішніх резервів організму та впливу соціального середовища, під якою прийнято розуміти комплекс деяких умов, зовнішніх сил і стимулів, що впливають на індивіда, а також визнання факту існування нерозривного зв'язку між внутрішніми ресурсами об'єкта або його життя й професійної діяльності – ключ до

вирішення багатьох проблем особистості, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Слід пам'ятати й про те, що негативні чинники навколишнього середовища, які впливають на індивіда, слід аналізувати такою ж мірою, як і особистісні змінні. Якщо спроби військовослужбовця впоратися зі стресовою ситуацією виявляються неефективними, то стрес триває й неминуче призводить до появи як особистісних деформацій, так і органічних ушкоджень, що стає причиною появи в майбутньому ПТСР.

Аналіз літератури, присвяченої динаміці психічних станів осіб, які брали участь у військових конфліктах, показав, що «злам» механізмів психічної регуляції відбувається в момент безпосереднього ведення бойових дій, проте формування стійкого негативного психічного стану відбувається після припинення активних бойових дій. Тих осіб, у яких відбулися ці зміни, можна віднести до категорії «зламаних» (за класифікацією академіка Л. Китаєва-Смика) [50].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – різновид неврозу, хронічне порушення психічного стану, що розвивається внаслідок пережитої травматичної ситуації або події загрозливого чи катастрофічного характеру [76].

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносяться особистісні особливості людини, які включають акцентуацію характеру, психологічні розлади особистості з переважанням асоціальних проявів, що характеризуються зневагою до соціальних зобов'язань, відсутністю співчуття до оточуючих або жорстокою байдужістю, а також алкогольною або наркотичною залежністю. Наявність в анамнезі психічних розладів (генетична схильність) може збільшувати ризик розвитку ПТСР після травми; на це також впливає попередній травматичний досвід, важливий і віковий фактор: подолання екстремальних ситуацій складніше вдається дуже молодим і літнім людям. Ризик ПТСР також зростає у випадках втрати сім'ї і близького оточення, ізоляції людини на період переживання травми. Детермінуючим фактором може виступати й фізіологічний стан в ситуації

отримання травми, особливо соматичне виснаження організму. Такі стани в умовах «гострого» емоційного стресу характеризуються уповільненням розумових операцій, повною байдужістю до оточення, неадекватністю сприйняття навколишнього середовища, нездатністю самостійно приймати рішення, нечітким осмисленням подій.

В умовах локального збройного конфлікту бойова психологічна травма може в 3-4 рази збільшувати прояви різних форм розладу свідомості й у межах від 20 до 50% знижувати боєздатність особового складу [89]. Світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами. ПТСР призводить до афективних порушень, що включає такі симптоми як тривога, страх, підвищена дратівливість, добові коливання настрою (почуття ейфорії змінюється розгубленістю та зниженим настроєм), порушення психічної активності, що характеризується підвищеною стомлюваністю (почуттям слабкості), зниженням інтересів, апатією, байдужістю, зміною психомоторного збудження й психомоторної загальмованості. Інша група порушень – поведінкові та рухові порушення, які містить такі симптоми як підвищену чутливість до середовищних впливів, вразливість, елементарні рухові розлади (нав'язливі рухи, заїкання, тики та інші).

Особливу увагу слід звертати на такі несприятливі прояви:

1. незрозумілу впертість, відсутність ефекту від переконання, надмірно швидку зміну настрою, захоплень, нестійку поведінку, постійно повторювані, легковажні вчинки;
2. часті сварки, підвищену конфліктність, немотивовану грубість, озлобленість, сперечання або надмірну догідливість, податливість;
3. істеричну поведінку, прагнення звернути на себе увагу будь-яким шляхом, демонстративність, виражений егоїзм, егоцентризм або, навпаки, самоприпинення, постійну пригніченість, неадекватну лякливість, думки про самогубство;

4. очевидну неадекватність поведінки навіть на шкоду собі, яку неможливо пояснити, виражену невпорядкованість, неорганізованість поведінки або гіпертрофований педантизм;

5. цинізм, розбещеність, нетактовність, неадекватний страх.

Необхідно відзначити, що такі поведінкові відхилення, як погано керована, неадекватна поведінка (грубість, непокоря наказам), спотворені форми самоствердження, вживання алкоголю й наркотиків можуть виникати як засоби соціально-психологічної компенсації й одночасно є факторами ризику.

Розрізняють декілька типів особистості, які в силу індивідуальних психологічних властивостей не можуть успішно справлятися зі своїми службовими обов'язками в екстремальних ситуаціях.

До першого з них (тип А) були віднесені ті, у кого відзначалося виражене прагнення до лідерства та самоствердження. Одночасно спостерігається відсутність виробленої життєвої позиції й стійких переконань. Прагнуть реалізувати свої честолюбні цілі за рахунок інших, не схильні до аналізу своєї та чужої поведінки.

До другого типу (тип Б) відносяться ті, в яких основною особистісною характеристикою є підвищена активність, що виявляється у всіх сферах життя. Водночас у них знижене почуття відповідальності, ослаблений самоконтроль, яскраво виражено постійний потяг до переживання ситуацій із «гострими відчуттями».

До третього типу (тип В) відносяться особи, які насамперед прагнуть виділитися, домогтися захоплення, викликати здивування в оточуючих. Такі люди відрізняються жвавістю, артистизмом, хорошою фантазією. У ситуаціях стресу такі індивідууми схильні до паніки та невротичних зривів [96].

Залежно від поєднання тих чи інших особистісних проявів, виділяють наступні варіанти поведінкової дезадаптації:

Тривожно-астенічний варіант. Такі особи погано переносять психічні перевантаження, виникають реакції уникнення травмуючої ситуації з витісненням негативних моментів зовнішнього впливу, уникнення труднощів і завдань, неусвідомлено відчуються як нездійснені.

Ригідно-агресивний варіант. Виділяють два типи цього варіанту. Перший – це активні, цілеспрямовані, впевнені в собі особи з гіпертрофованим почуттям власної гідності. Другий – особи, які характеризуються нереалізованістю згаданих тенденцій і відповідною фрустрацією, що виявляється в системі негативу до всього того, що відбувається, ворожістю й злостивістю до навколишнього, відчуттям власної обділеності та недостатнім визнанням.

Експресивний варіант. Основна мета поведінки – привернути увагу оточуючих, прагнення здаватися досвідченими. У бойовій ситуації часто виникає стан від «бойової екзальтації» до неадекватного збудження.

Псевдоініціативний варіант. Зовні активні, рухливі, діяльні, бадьорі, оптимістичні, фон настрою піднятий, однак, за зовнішньої позитивної маскою відчувається посилено переважна тривожність і напруженість.

Соціально-девіантний варіант. Активні, рішучі, ризиковані, сміливі, мужні, відчайдушні. Однак найчастіше виявляють схильність до соціально-девіантної поведінки, що позначається в алкоголізації, зайвому прагненні до застосування фізичної сили та цивільних операціях, в перевищенні повноважень, непокорі керівництву.

Депресивно-тривожний варіант. На тлі загальної втоми, млявості, втрати енергії та активності проявляється знижений фон настрою з песимістичними судженнями, періодичною тривогою, занепокоєнням [95].

Бойовий стрес може впливати на формування патологічних змін особистості. Враховуючи це твердження, вважаємо, що необхідно більш детально дослідити психологічні розлади та поведінкові девіації у військовослужбовців.

Індикатором адекватних адаптаційних можливостей особистості до умов професійної діяльності в екстремальних умовах є наявність таких рис як активне прагнення до успіху, подолання перешкод у професійній діяльності, самостійність у прийнятті рішень у межах посадової компетенції, виражена мотивація при досягненні мети, гнучкість вольових зусиль у складних умовах діяльності. Підвищення тривожності в таких випадках носить епізодичний характер, не перевищує тієї межі, за якої тривожність стає рисою особистості, та є чинником дезорганізації поведінки.

Розробка проблеми вивчення механізмів формування психологічних проблем і психосоматичних розладів в учасників бойових дій полягає в детальному визначенні ролі зовнішніх чинників у процесі дезінтеграції психічної діяльності та можливості розробки профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я та боєздатності військовослужбовців і співробітників спецпідрозділів.

1.3. Особливості впливу умов професійної діяльності поліцейських на емоційну сферу особистості

Служба в органах внутрішніх справ вимагає від співробітників значного напруження і самовіддачі, пов'язана з необхідністю протидіяти злочинності, що має найрізноманітніші форми прояву. Також, ця діяльність за своїм характером пов'язана з підвищеною соціальною і професійною відповідальністю. При цьому вплив несприятливих чинників навколишнього середовища поєднується з дефіцитом інформації і часу на прийняття адекватного рішення, наявністю несподіваних, неочікуваних перешкод.

Різноманітні психологічні аспекти службової діяльності працівників правоохоронної системи з урахуванням впливу стресогенних чинників розглянуто в працях вітчизняних дослідників (В. Медведєв, Б. Бовін, М. Калашніков, А. Лебедєв, В. Мицкевіч, А. Москаленко, Е. Ніконов, А. Кучук, М. Мельник, В. Осадчий, О. Передерій) [21; 22; 26; 36; 43; 55; 75;

85; 98].

Стійка увага психологів до емоційної сфери людини визначається тим, що емоції виступають головним результативним механізмом діяльності. Стан людини – це своєрідна відповідь функціональної системи різних рівнів на зовнішні та внутрішні впливи, що виникають при виконанні значущої для людини діяльності. Важливим чинником для успішної підготовки поліцейського є психологічний аналіз професійної діяльності, її структури й функцій у співвідношенні з мотиваційною сферою особистості.

Системно-діяльнісний підхід до вивчення індивідуальності визначає те, що аналіз професійної діяльності людини складається з виділення дій і операцій, що входять до її структури, виявлення динаміки діяльності, визначення засобів контролю діяльності та певної мотивації. Визначення психологічної готовності людини до виконання професійних дій базується на уявленнях про властивості, якості, риси особистості, сукупності індивідуальних особливостей.

Вивченням психологічних аспектів формування готовності до професійної діяльності та визнанням ролі емоційних станів у житті людини, займалися закордонні й українські вчені (Г. Балл, В. Дорохіна, В. Бондар, Ю. Гільбух, Л. Карамушка, Є. Клімов, В. Моляко, С. Равикович, С. Рубінштейн, Т. Павленко, Д. Векслер, Г. Гарднер, Р. Бар-Она, П. Саловей, Дж. Мейер, Д. Гоулман, Г. Орме, Д. Карузо, І. Андрєєва, А. Петровська, Е. Носенко, С. Деревянко, Г. Березюк, О. Філатова та ін.) [22; 26; 36; 43; 55; 75; 85; 98].

Незважаючи на наявність праць науковців із проблеми формування готовності фахівців до професійної діяльності та ролі емоцій у життєдіяльності людини, проблема емоційної готовності до професійної діяльності є недостатньо вирішеною у психологічній науці.

Психологічна готовність допомагає людині найбільш раціонально використовувати свої можливості, особистісні якості, уміння і навички при виконанні професійних функцій, вносити необхідні зміни у свою діяльність,

із метою підвищення її ефективності. Тому актуальним є аналіз структури психологічної готовності людини до певної діяльності, визначення критеріїв, умов, які визначають тривалість і стійкість проявів, динаміку психологічної готовності особистості. На основі проведеного аналізу розробляється структура психологічної готовності особистості до професійної діяльності [59, с. 297].

Серед підрозділів правоохоронних органів внутрішніх прав слід виділити підрозділи поліції з оперативно-розшукової діяльності – це підрозділи особливого призначення, що являються високо мобільними спеціальними підрозділами. Вони створені для забезпечення правопорядку під час проведення загальнодержавних заходів, резонансних громадських, політичних, культурно-масових та релігійних заходів, припинення порушень громадського порядку та масових заворушень та різних проявів сепаратизму, проведення спеціальних операцій по затриманню озброєних злочинців та знешкодженню злочинних угруповань, ліквідації аварій та стихійних лих, а також здійснення охорони службових осіб та окремих громадян. Оскільки ці підрозділи можна цілком віднести до підрозділів особливого ризику, служба у них являє собою екстремальний вид фахової діяльності, що здійснюється в умовах реальної вітальної загрози та потребує високого рівня бойової і психологічної підготовки. Поряд із цим, напружений характер професійної діяльності працівників кримінальних підрозділів поліції України, висока відповідальність та психологічна «вартість» результатів їхньої діяльності, наявність невизначеності та інформаційних перевантажень, висока ймовірність виникнення непередбачених подій, а також загроза їхньому здоров'ю та життю сьогодні являються причинами виникнення різного роду труднощів при здійсненні професійної діяльності в особливих умовах, викликають в особового складу стан напруженості та ставлять під загрозу зриву виконання професійного завдання. Діяльність працівників поліції здійснюється в умовах підвищеної небезпеки і характеризується негативним впливом на них цілою низкою несприятливих, дискомфортних і загрозливих

факторів, які, за певних обставин, провокують не тільки розвиток нервово-психічних розладів, але і спричиняють загрозу життю. Тому вирішення проблеми психологічної готовності працівників підрозділів з оперативно-розшуковою функцією діяльності та особливого призначення до професійної діяльності набуває особливого значення у сучасних умовах та визначає актуальність обраного напрямку дослідження. Таким чином, виконання службових обов'язків у складних умовах, де існує загроза для здоров'я і життя не тільки особистого, але й інших осіб, призводить до негативних наслідків, перш за все, у психічній сфері. Суворі вимоги до дій працівників практичних підрозділів МВС та жорстка правова регламентація їх професійної діяльності є одним із важелів негативного впливу на психічне здоров'я працівників поліції, що вимагає від них високої психологічної готовності до службової діяльності. У зв'язку з цим пошук шляхів та розробка заходів запобігання професійному стресу, збереженню психічного здоров'я працівників небезпечних професій є однією з найбільш актуальних проблем сучасної психології.

Одним із важливих показників психологічної готовності людини до професійної діяльності є характеристика її емоційного стану. Емоції, що виникають у процесі здійснення професійної діяльності, значно впливають на якість професійних дій. Емоційні властивості (наприклад, реактивність, збудливість, урівноваженість, загальний емоційний тонус, сила емоційних реакцій та їх зовнішнє вираження – експресивність) та особливості реагування на інтенсивні зовнішні подразники, визначаються індивідуально-психологічними та типологічними характеристиками конкретної людини: конституцією, типом темпераменту, станом нервової системи, чутливістю до впливів тощо [37, с. 34].

Огляд основних психологічних особливостей та структурних елементів професійної діяльності співробітника ОВС засвідчує складність і багатогранність його діяльності, що вимагає володіння розвиненими професійно значущими якостями особистості.

Формування і розвиток професійно значущих якостей особистості – тривалий і напружений процес, що є необхідною умовою професійного становлення співробітника органів внутрішніх справ. У цьому зв'язку велике значення набуває професійно-психологічна підготовка співробітників.

Формування психологічної готовності повинно забезпечуватися за допомогою цілеспрямованого та систематизованого комплексу заходів, що здійснюється в межах психолого-педагогічного процесу в органах та підрозділах. Основними завданнями психологічної підготовки слід вважати:

1. виховання почуття обов'язку, відповідальності;
2. забезпечення особового складу системою знань і уявлень про особливості та умови діяльності, їхні вимоги до особистості;
3. формування у працівників умінь і навичок виконання службових обов'язків у напружених та складних умовах;
4. розвиток емоційно-вольової стійкості, здатності до ефективної саморегуляції при ускладненні ситуації;
5. формування вмінь реально оцінювати рівень своєї підготовленості до виконання професійних завдань, прогнозувати результати діяльності, коригувати свої вчинки.

Психологічна підготовка здійснюється в три етапи: 1) завчасного формування готовності до дій в екстремальних умовах; 2) безпосереднього формування готовності до дій в екстремальних умовах; 3) підтримання готовності в процесі виконання складного завдання [12; 85, с. 25].

Завчасне формування готовності до дій у екстремальних ситуаціях передбачає формування «психологічної надійності», тобто таких якостей, як упевненість в собі та своїй підготовленості, у своїх колегах, цілеспрямованість, самостійність при прийнятті рішення, самовладання, вміння керувати своїми емоціями та ін.

У процесі психологічної підготовки засвоюються знання про можливі варіанти розвитку напружених ситуацій, їх сутність та адекватні варіанти реагування, набуваються відповідні вміння та навички. Потрібно також

зазначити про причини виникнення і особливості перебігу різновидів екстремальних ситуацій, у тому числі таких масовидних явищ, як мітинги, демонстрації, панічний та агресивний натовп тощо. Стан готовності визначається правовою освіченістю, правильним розумінням своїх завдань і обов'язків, знанням порядку несення служби та правил застосування зброї і спеціальних засобів.

Необхідно навчитися прогнозувати і враховувати ймовірність несприятливого впливу на психіку таких чинників: наявність великої кількості збуджених людей, емоційний стан яких мимоволі передається працівникам: агресивні чи принижуючі гідність висловлювання та дії окремих громадян, певної групи; провокуючі на несанкціоноване застосування сили дії; раптовість, неочікуваність ускладнення ситуації; ризик, зумовлюючий небезпеку для здоров'я і життя; підвищена відповідальність за наслідки своїх дій; внутрішній конфлікт між бажанням уникнути небезпеки та необхідністю виконувати професійні обов'язки; страх помилки та покарання за неї [12, с. 31].

Враховуючи складний процес професійної підготовки, питання психологічної підготовки, до умов виконуваної діяльності, з урахуванням індивідуальних особливостей особистості залишається відкритим.

Психологічну напруженість особи значно посилює невизначеність та можлива багатоваріантність розвитку ситуації. Отже, на цьому етапі набуває особливої значущості своєчасна і якісна (несуперечлива) інформація про перебіг подій, яка в подальшому надасть змогу прийняти правильне рішення.

Поряд із відпрацюванням конкретних індивідуальних і спільних дій потрібно приділяти увагу тренуванню навичок сприйняття обстановки та змін у ній, прогнозуванню дій супротивника, розподілу та концентрації уваги, оперативному запам'ятовуванню, формуванню емоційної стійкості, впевненості в собі, наполегливості в досягненні мети [12, с. 33].

Найбільш суттєвими показниками готовності на даному етапі є цілеспрямована мобілізованість особистості, актуалізація досвіду поведінки в

аналогічних обставинах, концентрація на завданні та шляхах його реалізації, установка на максимально раціональне спрямування своїх сил на подолання труднощів і досягнення позитивного результату.

Стан готовності залежить від багатьох об'єктивних та суб'єктивних причин, зокрема, мотивів поведінки та ставлення до вимог наступного завдання і своїх можливостей. Позитивне ставлення спонукає зацікавленість, пізнавальну активність, емоційно-вольовий підйом; при нейтральному (пасивному) чи негативному ставленні підготовчі дії потребують більшого напруження, оскільки виникає додаткова необхідність у подоланні бар'єрів негативних емоцій. При відсутності мотивів «на справу» працівник починає керуватися особистісними прагненнями і міркуваннями, ігноруючи інтереси колективу, а в результаті і свої власні. Має значення також наявність досвіду, індивідуальні особливості особистості та результативність психологічної підготовки на попередньому етапі [12, с. 35].

Готовність до дій у напружених ситуаціях на етапі безпосередньої підготовки до виконання складного завдання досягається за рахунок цілеспрямованого та послідовного впливу на працівників за такими напрямками: 1) проведення виховних заходів; 2) обговорення змісту завдання, ознайомлення з обставинами та особливостями майбутніх дій; 3) організація вправ і тренувань; 4) активізація на успішні дії.

При ознайомленні з обставинами майбутніх дій проводиться роз'яснення сутності завдання, словесне чи наочне ознайомлення з його об'єктивними чинниками, що допомагає визначити найближчі та подальші цілі діяльності, реально оцінити можливі труднощі, обговорити оптимальні варіанти поведінки, спланувати власні дії та дії групи в цілому [21, с. 220].

Стан безпосередньої готовності формується й закріплюється за допомогою тренувань і спеціальних вправ: вирішуються ситуаційні завдання, моделюються ситуації, наближені до реальних. Незважаючи на деяку умовність, така робота допомагає створити моделі наступної діяльності. Звичайно, у таких «програваннях» містяться суперечності: окрім їх

безумовно корисного результату у вигляді нейтралізації чинника несподіваності як основного стресора напруженої ситуації, прогнозування поведінки в майбутній екстремальній ситуації може викликати почуття тривожного чекання, страху та ін. Тому паралельно з тренуваннями необхідна саомобілізація та настроєність на виконання завдання, застосування спеціальних прийомів регуляції емоційних станів [21, с. 221].

Виділення етапу підтримання готовності у процесі виконання складного завдання зумовлене ймовірними змінами ситуації, виникненням нових труднощів і перепон, до яких потрібно додатково пристосуватися. До того ж, специфіка діяльності працівників правоохоронних органів передбачає інколи тривале чекання небезпеки, яке породжує нудьгу, сонливість, пригнічення або ж надмірне збудження, афективні спалахи. При настанні екстремальної ситуації такі негативні стани призводять до порушення перебігу пізнавальних та емоційно-вольових процесів та настання небажаних результатів [21, с. 224].

Одночасно з нервово-психічною напругою співробітники піддаються значним фізичним навантаженням. Найчастіше вони несуть службу в посиленому режимі, в спеціальному спорядженні, включаючи спецзасоби і зброю. Збільшуються число тяжких злочинів, і це породжує збільшення випадків застосування співробітниками табельної вогнепальної зброї як для захисту громадян, так і в цілях особистої безпеки в ситуаціях, які, по суті, є екстремальними, незалежно чи це участь в бойових діях або повсякденна оперативно-службова діяльність.

Відбувається постійне збільшення кількості співробітників, які отримали поранення при виконанні службових обов'язків, що майже завжди супроводжується посттравматичними стресовими розладами. В останні роки це є особливо актуальним. Найбільш психологічно значущим для співробітників є участь в антитерористичній операції по підтримці Конституційного порядку, в припиненні злочинних дій організованих злочинних груп та інших антисоціальних проявів, здійснення охорони

суспільного порядку, розкриття і розслідування кримінальних злочинів, а також цілодобове спостереження за діями місцевого населення на предмет їх зв'язку зі злочинними формуваннями.

Таким чином, особовий склад при виконанні службово-бойових завдань піддається впливу значної кількості несприятливих чинників, різних за своєю природою, формами прояву, характером. Все це може викликати сильний емоційний стрес, нервово - психічні розлади.

Стрес (за В. Суворовою) – це «функціональний стан організму, що виник в результаті зовнішнього негативного впливу на його психічні функції, нервові процеси чи діяльність периферичних органів».

Стрес (за П. Горизонтовим) – це «загальна адаптаційна реакція організму, що розвивається у відповідь на загрозу порушення гомеостазу».

Професійний стрес – це багатовимірний феномен, що виражається у психічних і фізичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини.

Стресові ситуації можуть впливати на співробітників наступним чином:

1) викликати різке зниження організованості поведінки (імпульсивні, передчасні і несвоєчасні дії). У тому випадку дезорганізація поведінки може виражатися у втраті сформованих навичок, повторі відповідної рухової реакції;

2) викликати гальмування дій і рухів, їх уповільнення аж до ступору: придушувати процеси сприйняття і мислення, і, тим самим, обумовлювати порушення прийому і переробки інформації (пропуск значущих сигналів), а також прийняття рішення;

3) у разі наявності необхідного рівня готовності обумовлювати підвищення ефективності діяльності (доцільна активність, чітке сприйняття і осмислення ускладнень, підвищення самоконтролю).

Вплив на характер розвитку дезадаптивних реакцій співробітника, як показали аналітичні дослідження, можуть надавати їх індивідуально

особистісні особливості, рівень психологічної готовності до роботи в екстремальних умовах: природні фактори, технічне і медичне забезпечення, психологічний клімат і згуртованість. Виявлено також зв'язок між психоневротичними розладами і дезадаптивними станами з інтенсивністю стресогенного впливу. Така закономірність визначає обсяг необхідності в психокорекційній допомозі та її специфіку. Так, якщо в ситуації переживання помірного хронічного стресу переважають розлади астеничного і астеноневротичного характеру, проявляються у вигляді підвищеної стомлюваності, збудливості, емоційної нестабільності, порушень сну і зниженням працездатності, то в випадках короткотривалого, але більш потужного стресогенного впливу симптоматика розладів погіршується: тут переважають насамперед афективні порушення, нерідко з вираженою дисфорією, агресією.

Професійний стрес може розглядатись в контексті питання про професійну деформацію особистості як можливий наслідок розвитку особистості професіонала. Це плата, психологічна данина особистості, яку вона сплачує за високий рівень домагань, пристрасне захоплення діяльністю, ранню та надмірно вузьку професійну спеціалізацію.

Отже, професійний стрес – багатовимірний феномен, що виражається у психічних і фізичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини [90]. Встановлено також, що стресором можуть бути: невідповідність між бажанням і тим, що робота може надати, і між тим, що робота вимагає від людини і можливостями або ресурсами людини відповідати цим вимогам; організаційні особливості; професійні вимоги та рольові характеристики; індивідуальні особливості та очікування; фізичні параметри навколишнього середовища: стресори групових процесів, стресори на організаційному рівні. Емоційне вигорання – це стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що проявляється в професіях соціальної сфери.

В. Медведєв зазначає, що внаслідок цього відбуваються своєрідні зміни окремих рис, структури особистості в цілому. В сучасній психології під

професійною деформацією особистості спеціаліста, як підкреслює С. Бесносов розуміють зміну якостей і властивостей особистості (стереотипів сприймання, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування) під впливом виконання професійної діяльності. Професійна деформація виникає на трудовій стадії соціалізації в результаті виконання діяльності як професії і неможлива поза конкретною професійною діяльністю. Вона проявляється в професійній спрямованості, особливостях професійного мислення. Це і професійний нігілізм, професійна нестійкість, звинувачувальний нахил, психологічний захист тощо, як зазначає Е.Ф. Зеєр [75].

Професійна діяльність працівників спецпідрозділів органів внутрішніх справ, до яких належать групи захоплення, здійснюється, як правило, у складних небезпечних умовах. Цим фахівцям доводиться мати безпосередні фізичні контакти з озброєними злочинцями. Під час виконання оперативно-службових завдань постійно діє високий ступінь ризику, вони повинні мати готовність до нього, уміти бездоганно використовувати засоби індивідуального і колективного захисту. Саме тому для вирішення проблеми оптимізації праці бійців груп захоплення, для підвищення її ефективності, для пошуку шляхів та способів психологічної корекції травм їхньої психіки, для збереження психічного здоров'я та професійного довголіття перш за все слід глибоко вивчити специфіку їх підготовки та службової діяльності (їхні особистісні якості) [24, с. 50].

Працівники спецпідрозділів змушені вирішувати специфічні завдання з протистояння злочинцеві, противникові, ведення поєдинків із застосуванням вогнепальної зброї в екстремальних умовах, що зумовлюють вирішення складних координаційних рухових завдань і супроводжуються підвищеним емоційним напруженням. Під час виконання оперативно-службових завдань вплив на особистість сильних подразників, домінування негативних емоцій, підвищена відповідальність та необхідність застосування адекватних заходів для конкретного працівника набувають особистої значущості та можуть призвести до негативних наслідків.

Найчастіше в екстремальних умовах перебувають працівники спеціальних підрозділів та оперативних служб, які за родом своєї діяльності змушені застосовувати силові методи впливу, зокрема, використовувати вогнепальну зброю. При застосуванні зброї дії працівника ОВС мають носити суворо регламентований характер, як стосовно юридичної оцінки, так і щодо фізичної раціональної реалізації. Життя і здоров'я працівника спецпідрозділу залежить і від того, наскільки правильно та своєчасно він виконує певні дії, спрямовані на вирішення оперативно-службового завдання. Своєчасність виконання цих дій займає головне місце в механізмі ефективного виконання завдання, а також є визначальним для виживання працівника [24, с. 52].

Особливе значення має психологічна підготовка бійців груп захоплення, одним із головних завдань якої є формування у них психологічної установки на діяльність у ризиконебезпечних умовах. При цьому акцент робиться на функціях установки: бійцям доводиться, що вона визначає стійкий, послідовний і цілеспрямований характер перебігу діяльності, виступає механізмом її стабілізації, дозволяє зберегти її спрямованість у ситуаціях, які швидко змінюються. Інакше кажучи, значною мірою психологічна установка є чинником психологічної стійкості працівників, що визначає здатність працівника не коритися несприятливим психологічним обставинам, не знижувати якості професійної діяльності у складних стресогенних ситуаціях. Це ті чинники, які є необхідними складниками системи ознак психологічної готовності бійця. У процесі психологічної підготовки співробітникам необхідно відпрацьовувати здатність до прискореної мобілізації умінь та навичок, бойового і професійного досвіду. Загартування і формування психологічної стійкості дає можливість адекватно діяти у ситуаціях, які характеризуються нестабільністю, високим ступенем новизни, невизначеності, фізичними незручностями, загрозою життю і здоров'ю як самих бійців, так і оточуючих [26, с. 89].

Специфічними ознаками оперативно-службової діяльності працівників груп захоплення також є напруженість, відповідальність і велика суспільна значимість їх праці – це досить вагомі чинники, що формують необхідні для такої роботи якості особистості. Варто зауважити, що високий рівень бойової готовності бійців спецпідрозділів є головною складовою у формуванні їх психологічної готовності. Позитивною емоційною складовою при формуванні психологічної стійкості бійців є застосування «реальних» подразників: запис пострілів, розривів ручних гранат, криків і стонів поранених, муляжів трупів та ін. Безумовно, чим більше ці чинники вплинуть на емоційну сферу бійців у процесі психологічної підготовки, тим легше їм буде подолати страх у реальній ситуації при зустрічі із розлюченими, озброєними і готовими на все злочинцями [36, с. 10].

Психологічну готовність до професійної діяльності у ризиконебезпечних умовах для працівників ОВС автори наукових досліджень аналізують, з двох позицій:

1) соціальної (громадянська зрілість, розуміння і усвідомлення державної і суспільної важливості оперативних завдань, службового обов'язку);

2) психологічної (емоційно-вольова і нервово-психічна стійкість, ініціативність, самостійність, впевненість у своїх силах, тощо). Більшість дослідників, що вивчали психологічну готовність працівників ОВС до здійснення професійної діяльності в умовах ризику, одностайно дійшли висновку про те, що згаданий феномен залежить від особливостей проведення з ними психологічної підготовки. Наслідком впливу на психіку фахівців професійної діяльності у ризиконебезпечних умовах вважається формування і збільшення з роками за інтенсивністю рівня прояву негативних змін. Останні проявляються у вигляді тривожності, агресивності, гіперзбудливості. Показано, що психологічна готовність до діяльності в умовах ризику зменшує психотравмуючий вплив стресогенних чинників на психіку фахівців [36, с. 12].

Небезпечні, складні, стресогенні умови служби бійців груп захоплення спричиняють формування і розвиток у них специфічних якостей особистості. Саме специфіка служби у цьому спецпідрозділі призводить до збільшення ступеня рівня негативних змін у їх психіці. Останні представлені такими якостями особистості, як: фрустрованість, незалежність, тривожність, дратівливість, агресивність, байдужість, депресивність. *Агресивність* (лат. *Aggressio* – нападати) – стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди що оточує, або подібний афективний стан (гнів, злість). Водночас щоденне застосування влади до затриманих осіб, що перебувають у розпорядженні працівників поліції, зумовлює формування у них негативних якостей особистості: владність, упертість, самовпевненість, жорстокість, конфліктність, бездушність, егоцентричність, догматичність.

Ризиконебезпечні умови служби бійців груп захоплення чинять вплив на формування таких симптомів, як: безсоння, вегетативні розлади, психічна втома та формування посттравматичного стресового синдрому. При цьому зі збільшенням стажу служби вони підсилюються, накопичується психічна втома та виснаження, а ступінь адаптації та працездатності зменшується. Нервово-психічні напруження у працівників чергових частин теж є стресогенними чинниками, які призводять до негативних змін у психіці [36, с. 14].

Виділено сім основних факторів, від яких залежить психологічна готовність працівників ОВС: джерело формування (реактивно-особистісно зумовлена); рівень прояву (низька – висока); емоційний вплив (позитивна – негативна); тривалість існування (довготривала – короткочасна); ступінь усвідомленості (неусвідомлена – усвідомлена); домінування креативного чи емоційного компонентів (емоційна – обміркована, зосереджена).

Структура психологічної готовності до професійної діяльності в умовах ризику має сім чинників: 1) життєвий досвід працівника ОВС; 2) особиста уява про ризик та індивідуальна здатність до його подолання; 3)

якості особистості; 4) мотивація до такого виду діяльності; 5) оцінка впливу небезпечних умов на особисте здоров'я і життя; 6) прийняття рішення про дії та поведінку в конкретних умовах; 7) психологічна підготовка до діяльності у небезпечних умовах. Психологічна готовність є динамічною системою, що змінюється залежно від обставин і має відмінності у працівників різних підрозділів ОВС [51, с. 92].

Стосовно психологічної підготовки необхідно зазначити таке: по-перше, вона обов'язково повинна проводитися фахівцями-психологами психологічної служби спецпідрозділу; по-друге, вона має бути загальною і спеціальною. При цьому до першої слід віднести удосконалення знань бійців матеріалами загальної психології: про психіку, її реакції в різних умовах, про психологічні процеси та стани. Важливим у цьому процесі є доведення до свідомості працівників груп захоплення понять про емоційно-вольову сферу, стресостійкість, методи саморегуляції. Упродовж спеціальної психологічної підготовки необхідно сформувати навички володіння своїми психологічними процесами та станами і використовувати методів саморегуляції у ризиконебезпечних умовах. Суттєвим також є відпрацювання умінь підтримки високого рівня психоемоційної стійкості, відновлення працездатності та нервово-психічної енергії у незвичних, ризикованих та екстремальних умовах. Спеціальна психологічна підготовка повинна спиратися на максимальне наближення бійців до реальних умов [9, с. 22].

Найважливішим результатом психологічної підготовки має бути створення у бійців груп захоплення психологічного потенціалу як довготривалої психологічної готовності, яка детермінує можливість кожного з них діяти в умовах ризику.

Високий рівень психологічної готовності працівників груп захоплення до професійної діяльності у ризиконебезпечних ситуаціях можливий за умови періодичного відпрацювання спеціальної психологічної підготовки та постійного психологічного супроводу. Ці заходи необхідні тому, що психологічна готовність є системою динамічною, змінною, яка формується за

певних умов, і результат її формування – утворення психічного стану, який забезпечує можливість і здатність бійців успішно виконувати оперативні завдання. При цьому слід зазначити, що сформований психічний стан потребує постійного підтримання рівня функціонування, що вимагає від працівників груп захоплення систематичної роботи над собою, а від психологів – удосконалення відповідних методів психологічного супроводу професійної діяльності в особливих умовах.

Висновки до розділу 1

Аналіз теоретичних джерел за темою дослідження надає нам можливість зробити наступні висновки:

1. Незважаючи на чисельні теорії, єдиної загальноприйнятої теорії емоцій не існує. Розглянуті теорії походження емоцій дозволяють зрозуміти лише деякі сторони психофізіологічних механізмів функціонування емоційної сфери особистості. Понятійний апарат характеризується розходженням або ототожненням дефініцій «емоції», «почуття», «емоційні переживання», «емоційний стан», що свідчить про їх невпорядкованість та узгодженість. Емоційна сфера людини сформована афектами, настроями, пристрастями і, головним чином, власне емоціями і почуттями, які по-різному розглянуті в різних підходах, в залежності від специфіки їх дослідження.

2. Емоційна сфера особистості включає такі компоненти, як афекти, пристрасті, настрої, що відображаються в емоціях та почуттях. Основні психологічні теорії походження емоцій, по-різному пояснюють причини їх появи та умови перебігу, в залежності від специфіки їх дослідження. Основними проблематичними аспектами у вивченні емоцій виділяють їх різноманітність, а також неоднозначність поглядів щодо їх виникнення, формування та розвитку, індивідуальних проявів у окремої особистості. Класифікації емоцій та почуттів можна розділяти за великою кількістю

ознак: за характером впливу на організм особистості; за змістом даної характеристики; за змістом ставлення до певної ситуації; за структурною ознакою; за сферою впливу. Емоції виконують низку функцій: відображувально-оціночну; сигнальну; мотиваційну; активаційну.

3. Основними науковими теоріями походження емоції є такі: еволюційна теорія емоцій Чарльза Дарвіна; «Периферична теорія» В. Джеймса – Г. Ланге; «Асоціативна» теорія В. Вундта; теорія В. Кеннона – П.Барда; теорія диференційованих емоцій К. Ізарда; судинна теорія вираження емоцій І. Уейнбаума; біологічна теорія емоцій П.К. Анохіна; психоаналітична теорія емоцій; фрустраційні теорії емоцій; когнітивно-фізіологічна теорія емоцій С. Шехтера; пізнавальна теорія емоцій М. Арнольд – Р. Лазауруса; інформаційна теорія емоцій П.В. Симонова; фізіологічна механізми емоційних реакцій; рефлекторні механізми виникнення емоційних реакцій; емоції та вища нервова діяльність; емоції та гормональна система (Н.Н. Данилова, В.К. Мягер, О.Г. Гошев); анатомо-фізіологічна теорія емоцій Дж. Грея та ін. Різноманіття підходів до вивчення походження емоцій свідчить про актуальність означеної проблематики.

4. При дослідженні чинників емоційних розладів у учасників бойових дій виокремлено біологічні, психологічні та соціальні. Для комбатантів найбільш поширеними стресогенними чинниками є реальна небезпека для життя і здоров'я, постійна готовність до відбиття нападу, напруженість і динамічність оперативної обстановки, відсутність повноцінного відпочинку, незвичні кліматично умови, тривала відірваність від сімей. Перебування в умовах війни під дією стрес-факторів, провокує виникнення посттравматичного стресового розладу, гострої реакції на стрес та інші негативні стани та прояви. Саме тому розробка проблеми вивчення механізмів формування психологічних проблем і психосоматичних розладів в учасників бойових дій полягає у детальному визначенні ролі соціальних факторів в процесі дезінтеграції психічної діяльності та можливості розробки

профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я та боєздатності комбатанта.

5. Встановлено, що в системі формування готовності до умов професійної діяльності поліцейських важливе місце займає професійна психологічна підготовка. Оскільки особовий склад при виконанні службово-бойових завдань піддається впливу значної кількості несприятливих чинників, різних за своєю природою, формами прояву, характером, для представників цієї професії існує висока вірогідність сильного емоційного стресу, а в найбільш несприятливих випадках – виникнення нервово-психічних розладів.

6. Досліджуючи питання психологічної готовності працівників органів внутрішніх справ до виконання професійних обов'язків в стресогенних умовах, особливу увагу приділено діяльності груп захоплення. Встановлено що, високий рівень психологічної готовності працівників груп захоплення до професійної діяльності у ризиконебезпечних ситуаціях можливий за умови періодичного відпрацювання спеціальної психологічної підготовки та постійного психологічного супроводу. Необхідність проведення цих заходів обумовлена тим, що психологічна готовність є динамічною системою, що формується за певних умов, і в якості показника її успішного формування можна розглядати утворення особливого психічного стану, який забезпечує можливість і здатність бійців успішно виконувати оперативні завдання. При цьому слід зазначити, що сформований психічний стан потребує постійного підтримання рівня функціонування, що вимагає від працівників груп захоплення систематичної роботи над собою, а від психологів – удосконалення відповідних методів психологічного супроводу професійної діяльності в особливих умовах.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПОЛІЦЕЙСЬКИХ-УЧАСНИКІВ ООС У РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження

Актуальність емпіричного дослідження зумовлена необхідністю вивчення динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил до відправки в зону бойових дій і після ротації, а також у реабілітаційний період. Дослідження динаміки емоційних станів передбачає визначення чинників, які впливають на психоемоційний стан комбатанта, є значущими в період відновлення особистості та можуть бути інформативними при прогнозуванні виникнення ПТСР.

У дослідженні брали участь комбатанти батальйону патрульної служби поліції особливого призначення «Миротворець» Головного управління Міністерства внутрішніх справ у Київській області. Основною відмінністю батальйону «Миротворець» від інших формувань є те, що в ньому несуть службу пенсіонери, ветерани органів внутрішніх справ та особи, які брали участь у миротворчих місіях. Також у склад батальйону увійшли професійні військові та правоохоронці-ветерани миротворчих місій з досвідом участі в зарубіжних операцій, вікова категорія яких від 25 до 47 років. Тривалість перебування в зоні проведення операції об'єднаних сил різна.

Метою емпіричного етапу дослідження було вивчення особливостей динаміки емоційних станів поліцейських-учасників ООС.

Досягнення мети забезпечувалося реалізацією основних завдань, які вирішувались відповідно таким етапам дослідження:

1. Обґрунтування та формування комплексу психодіагностичних методик для вивчення певних параметрів дослідження емоційної сфери особистості, а саме: загальне самопочуття, активність і настрої особистості,

самооцінка психічного стану, ригідність, агресивність, тривожність, напруженість, фрустрованість, невротизація, психопатизація, депресія, що співвідносилися зі станом когнітивних функцій і тривалістю перебування в зоні проведення бойових дій.

2. Вивчення емоційного стану поліцейських до відправки в зону проведення бойових дій на основі зіставлення визначених параметрів.

3. Порівняльне дослідження змістових і динамічних особливостей емоційних станів комбатантів до відправки в зону проведення операції об'єднаних сил та після ротації.

4. Визначення чинників, які впливають на динаміку емоційного стану осіб, що перебували в зоні проведення бойових дій.

5. Відстеження загальних скарг, що висловлюють комбатанти, на основі аналізу клінічних випадків осіб, що звернулись за медико-психологічною допомогою.

6. Визначення типології порушень емоційних станів учасників операції об'єднаних сил.

Емпіричне дослідження відбувалось у три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітичний. На підготовчому етапі визначено емпіричну базу дослідження та здійснено підбір психодіагностичного інструментарію. На діагностичному етапі здійснювалося планування, організація та проведення емпіричного дослідження. На аналітичному етапі було проведено інтерпретацію отриманих результатів, визначення основних чинників, які впливають на емоційний стан комбатанта, а також обґрунтування основних стратегій психологічної реабілітації.

Для дослідження динаміки емоційних станів комбатантів-учасників операції об'єднаних сил було сформовано психодіагностичний інструментарій. Дослідження відбувалось у два етапи: до відправки в зону проведення операції об'єднаних сил і після ротації. Для отримання додаткової індивідуальної інформації про досліджуваних розроблено анонімну анкету, яка складається з таких структурних компонентів:

1. Загальні відомості про респондента (вік, стать, сімейний стан);
2. Спеціальне звання;
3. Наявність категорій: учасник бойових дій; особа, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною; учасник ООС (АТО); учасник ООС (АТО) з посвідченням учасника бойових дій. Ми вважаємо, що вищезазначені розряди мають важливе значення для комбатантів. Наприклад, невчасне отримання або відмова у виданні посвідчення учасника бойових дій комбатанту, який перебував в зоні проведення операції об'єднаних сил чітко визначений період, виконував свої професійні обов'язки в психогенних травмуючих умовах, в подальшому провокує негативні психологічні реакції.
4. Загальний період перебування в зоні проведення бойових дій. Важливим чинником, який тісно пов'язаний з психоемоційним станом, рівнем травматизації особистості, загальним самопочуттям є період перебування особистості в зоні бойових дій.
5. Наявність бойових травм, поранень.
6. Наявність психотравмуючих ситуацій протягом останніх п'яти років (смерть або тяжкі захворювання рідних та близьких, розлучення, реальна загроза власному життю, усвідомлення поранення, травм, каліцтва, загибель товаришів по службі та мирних жителів).
7. Наявність скарг щодо погіршення з боку пам'яті, уваги, мислення.

Також анкета містить п'ять відкритих питань:

1. Чи важче Вам стало налагоджувати соціальні контакти з оточуючими після повернення із зони ООС?
2. Чи з'явилися у Вас непорозуміння у спілкуванні в сім'ї з рідними та близькими?
3. Ви отримуєте моральну підтримку з боку сім'ї та рідних?
4. Чи відчуваєте ви втрату мотивації стосовно вашого майбутнього?
5. Чи виникають у вас проблеми зі стриманням емоцій?

Підбір психодіагностичного інструментарію здійснювався відповідно

до мети та завдань дисертаційного дослідження. Методики підібрані з урахуванням критеріїв валідності та надійності.

Серед методів та методик вивчення психологічних особливостей динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил були використані [3]:

1. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА);
2. Методика «Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрої (САН)»;
3. «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк);
4. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) (Є. Ф. Бажин, Н. Б. Ласко, А. У. Тархан);
5. Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS).

1) Для дослідження когнітивної сфери особистості на наявність дисфункцій використано *«Монреальську шкалу когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment)»*. Мета: дослідження наявності та оцінка помірної когнітивної дисфункції.

Використання цього тесту є доцільним, оскільки переживання стресу безпосередньо відображається не лише на емоційній, але й когнітивній сфері психіки. За допомогою цієї методики можна оцінити різні показники когнітивної сфери: концентрацію уваги, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Методика містить такі шкали: альтернативний зв'язок, зорово-конструктивні навички, назви, пам'ять, увагу, пильність, послідовний обрахунок, повторення фрази, вербальна швидкість, абстракція, орієнтація.

Час проведення становить приблизно 10 хвилин.

Обробка результатів: за кожну правильну відповідь нараховується присвоюється один бал. Результат підрахунку балів факсується у правій колонці. Додати один бал, якщо у респондента 12 років утворення менш, до можливого максимуму 30 балів. Нормальним вважається загальний результат

у 26 і більше балів. Тест дає можливість виявити когнітивні порушення у досліджуваного та визначити їх ступінь: легкі, помірні, важкі.

2) Для дослідження психофізіологічного стану комбатантів було використано методику *«Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрій (САН)»*. Мета: оперативна оцінка самопочуття, активності та настрою.

Опитувальник складається з 30 пар протилежних характеристик, за якими досліджуваного просять оцінити свій стан. Кожна пара утворює собою шкалу, на якій досліджуваний відмічає ступінь актуалізації тієї чи іншої характеристики свого стану. Методику можна проводити як індивідуально, так і груповим способом – на бланках.

Самопочуття – загальний психічний показник тілесного й духовного стану особистості в кожний даний момент; складається з конкретних відчуттів і загальних почувань. Так, один зі станів самопочуття — відчуття голоду складається з місцевого відчуття в області шлунку та загального невизначеного відчуття у всьому організмі. Самопочуття тісно пов'язане зі самозбереженням індивіда: воно нагадує організму його потреби і вказує на загрозливі небезпеки.

Активність – одна з основних особистісних характеристик, яка полягає в здатності виступати збудником змін у взаєминах з навколишнім світом.

Настрій – загальний емоційний стан, що забарвлює протягом досить тривалого часу окремі психічні прояви та поведінку особистості загалом, характеризується слабкою вираженістю та усвідомленням причин і факторів, які їх викликають. На настрій людини впливають органічні процеси (хвороба, втома, голод, фізична активність, бадьорість тощо), зовнішнє середовище (дратуючі звуки та тиша, бруд і чистота, палюча спека й холод тощо), характер взаємовідносин між людьми та ситуації взаємодії (привітність, уважність, байдужість, довіра тощо), особливості розумових процесів (образи, в яких відображається позитивне чи негативне ставлення до

предметів, речей, явищ). Наприклад, настрій буває радісним, сумним, бадьорим, в'ялим, піднесеним, пригніченим.

Обробка даних: крайня ступінь вираження негативного полюсу пари оцінюється в один бал, а позитивного полюсу – в 7 балів. При аналізі функціонального стану слід враховувати не тільки окремі показники, але і їх співвідношення.

При аналізі формування негативних психічних станів вивчаються чинники впливу на особистість, їх характеристика та прояви. Основні положення моделі розвитку негативних психічних станів представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Модель формування негативних психічних станів

Чинники впливу на особистість	Характеристика
<i>Зовнішні</i>	Психологічний клімат, інформаційне навантаження, побутові умови, адаптація до умов професійної діяльності в стресогенних умовах.
<i>Внутрішні</i>	Високий нейротизм; негативна мотивація; дратівливість, депресивність, невротичність, емоційна лабільність; низька емпатія, тощо
<i>Психологічна ситуація</i>	Усвідомлення ситуації як складної, напруженої, загрозливої, конфліктної, критичної, стресової тощо
<i>Негативні психічні стани</i>	Агресія, тривога, астения, ригідність, фрустрація, депресія, соціальна фрустрація, стрес та ін.
<i>Наслідки впливу негативних психічних станів</i>	Деструктивні: негативні новоутворення та якості, дезадаптація, дезорганізація поведінки, спілкування, невротизація, втрата цінностей, психосоматика та ін. Конструктивні: активізація особистісного розвитку, переосмислення, нові моделі поведінки, реагування, світогляд, якості та ін.

3) *З метою самооцінки станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності комбатантів було використано методик у Г. Айзенка.* Психічні стани, такі як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, впливають на роботу психічних пізнавальних процесів, наприклад, підвищена тривожність та агресивність впливає на концентрацію, стійкість і розподіл уваги аналогічним чином на пам'ять, мислення та сприймання загалом. Мета: виміряти показники таких емоційних станів: тривожність, фрустрацію, агресивність, ригідність. Методика складається із сорока запитань та включає такі шкали:

Фрустрація виявляється в гнітючій напрузі, тривожності, відчутті безвихідності і відчаю. Виникає в ситуації, яка сприймається особою як невідвортна загроза досягненню значущої для неї мети, реалізації тій або іншої її потреби. Сила фрустрації залежить як від ступеня значущості дії, що блокується, так і від близькості його до наміченої мети. Реакцією на стан фрустрації можуть бути наступні основні типи дій: «відхід» від реальної ситуації в область фантазій, марень, мрій; виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, проступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито проривається у вигляді гніву; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до легших і більш примітивних способів дії, часта зміна занять тощо. Як наслідок фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації.

Ригідність – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Виділяють когнітивну, афектну і мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність виявляється в труднощах перебудови сприйняття і уявлень в ситуації, що змінилася. Афектна ригідність виражається у відсталості афектних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, що змінюються. Мотиваційна ригідність виявляється в труднощах перебудови системи мотивів в обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру

поведінки. Рівень ригідності, що проявляється суб'єктом, обумовлюється взаємодією його особистісних особливостей з характером середовища, включаючи ступінь складності завдання, що стоїть перед ним, його привабливості для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції і так далі.

Причинами агресивності можуть виступати різного роду конфлікти, зокрема, внутрішні, при цьому такі психологічні процеси як емпатія, ідентифікація, децентрація – стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших і усвідомлення їх самостійної цінності.

У табл. 2.2 представлена інтерпретація методики.

Таблиця 2.2

**Інтерпретація методики «Самооцінка станів тривожності,
фрустрованості, агресивності та ригідності»**

<i>Бали</i>	<i>Тривожність</i>	<i>Фрустрація</i>	<i>Агресивність</i>	<i>Ригідність</i>
0-7	Неспокійний	Ви маєте високу самооцінку, стійкі до невдач, не боїтеся труднощів	Ви спокійні, стримані	Ригідність відсутня, легко переключається
8-14	Тривожність середня, допустима	Середній рівень, фрустрація має місце	Середній рівень	Середній рівень
15-20	Дуже тривожний	У вас низька самооцінка, боїтеся невдач	Ви агресивні, нестримані. Бувають труднощі в роботі з людьми	Висока ригідність. Вам протипоказана зміна місця роботи, зміни в сім'ї

4) У зв'язку з високою ймовірністю виникнення невротичних розладів, соціальної дезадаптації, певних характерологічних змін в особистості у осіб, які перебували в зоні бойових дій, було використано *опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)* (Є.Ф. Бажин, Н.Б. Ласко, А.У. Тархан) [3, с. 208]. Метою даної методики є діагностика патопсихологічних відхилень, що об'єднуються у формі синдромів невротизації та психопатизації.

Діагностуються наступні показники:

а) невротизація – виявлення «невротичного радикала» (або диференціальна діагностика невроз/норма) – дратівливість, відчуття власної неповноцінності, нерішучість, іпохондричність та ін.;

б) психопатизація – виявлення «психопатичного радикала» (диференціальна діагностика психопатія/норма) – конфліктність, експлозивність, антисоціальна поведінка, неконформність та ін.

Змістовний аналіз шкал РНП показав, що твердження, які входять в шкалу невротизації, містять такі характерні прояви невротичних станів, як швидка стомлюваність, порушення сну, іпохондрична фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрою, підвищена дратівливість, збудливість, наявність страхів, тривоги, невпевненості в собі. Твердження шкали психопатизації охоплюють лише деякі з рис, характерних для психопатичних особистостей: байдужість до принципів почуття обов'язку і моралі, байдужість до думки оточуючих, підвищений нонконформізм, прагнення виділитися серед оточуючих, лицемірство, запальність, підозрілість, підвищене самолюбство і самовпевненість [4, с. 92].

Слід зазначити, що чим далі від полюса шкал будуть розташовані індивідуальні оцінки, тим меншою мірою індивідам будуть властиві наведені нижче характеристики. При високому рівні невротизації (висока за абсолютною величиною негативна оцінка) може спостерігатися виражена емоційна збудливість, що продукує різні негативні переживання (тривожність, напруженість, занепокоєння, розгубленість, дратівливість).

Безініціативність цих осіб формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань. Їх егоцентрична особистісна спрямованість проявляється як у схильності до іпохондричної фіксації на неприємних соматичних відчуттях, так і в зосередженості на переживаннях своїх особистісних недоліків. Це, в свою чергу, формує почуття власної неповноцінності, складнощі у спілкуванні, соціальну боязкість і залежність, невпевненість у собі, дезадаптованість, порушення сну, підвищену стомлюваність та інші астеничні прояви.

При низькому рівні невротизації (висока за абсолютною величиною позитивна оцінка) відзначається емоційна стійкість і позитивний фон основних переживань (спокій, оптимізм). Таким особам притаманна реалістичність бажань, ініціативність, розвинене почуття власної гідності, соціальна сміливість, незалежність, впевненість у собі, соціальна активність, легкість у спілкуванні, хороша загальна пристосованість.

Високий рівень психопатизації свідчить про легковажність, холодне ставлення до людей, напористість, впертість у міжособових взаєминах. Нехтування нормами почуття обов'язку та моралі, непередбачуваність вчинків і можливість створення конфліктних ситуацій. Прагнення виділитися з середовища оточуючих, підвищене самолюбство і самовпевненість. Байдужість до думки оточуючих, підвищений нонконформізм, безпечність, лицемірство, запальність, підозрілість.

Невизначений рівень інтерпретується як варіант норми, оскільки бали, отримані в ході кількісного аналізу даних, виходять за межі низького діагностичного значення за шкалами, але не відносяться до визначеного діапазону значення високого рівня.

Низький рівень психопатизації може вказувати на обачність, поступливість, орієнтованість на думку оточуючих, доброзичливе ставлення до людей, прихильність до суворого дотримання загальноприйнятих правил і норм поведінки.

5) *З метою виявлення депресії та її симптомів було використано шкалу Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale, MADRS) [3, с. 200]. Метою проведення дослідження є виявлення симптомів депресії та ступені її важкості перебігу. Враховує основні симптоми депресії (за винятком рухового гальмування).*

Депресія може формуватись в рамках посттравматичного стресового розладу як наслідок впливу гострих та хронічних стресогенних факторів, пережитих травмуючи подій під час участі у бойових діях (пряма загроза власному життю; усвідомлення поранень, травм, каліцтва; загибель товаришів по службі та мирних жителів та ін.).

Доведено, що перебіг депресії пов'язаний з рівнем серотоніну в мозку людини та має такі прояви як: стійке зниження та пригнічення настрою; зниження рівня активності особистості; низька самооцінка; апатія, швидка втомлюваність, пригніченість, песимізм та ін. Головною небезпекою важкого перебігу депресії є суїцидальна поведінка. Виділяють такі види депресій, як спадкова (генетично обумовлена), набута та сезонна. Слід зазначити, що набута депресія як психічний стан – це захисна реакція мозку на стресогенні ситуації.

Інструкція: Оцінка базується на інтерв'ю від прямих до уточнюючих питань про стан і самопочуття досліджуваного. Час, необхідний для заповнення бланка шкали, варіюється від 20 хвилин до 1 години, в залежності від стану респондента.

Для оцінки стану в динаміці проводиться повторне тестування через фіксовані проміжки часу.

У легких, середніх або важких типових випадках депресивних епізодів відзначаються погіршення настрою, зменшення енергійності та зниження активності. Знижена здатність радіти, отримувати задоволення, цікавитися, зосереджуватися. Звичайним є виражена втома навіть після мінімальних зусиль. Зазвичай порушений сон і знижений апетит. Самооцінка і впевненість в собі майже завжди знижені, навіть при легких формах

захворювання. Часто присутні думки про власну незначущість та провину. Знижений настрій, що не залежить від обставин і може супроводжуватися, такими симптомами, як втрата інтересу до навколишнього і втрата відчуттів, що приносять задоволення, пробудження вранці на кілька годин раніше звичайного часу, посилення апатії вранці, виражена психомоторна загальмованість, тривожність, втрата апетиту, схуднення і зниження лібідо. Залежно від числа і тяжкості симптомів депресивний епізод може класифікуватися як легкий, помірно виражений і важкий.

При інтерпретації даних бали розраховуються наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 відповідно з наростанням тяжкості симптому. Максимальний сумарний бал становить 60 балів. Сума балів вказує на:

- відсутність депресивного епізоду (0-15 балів);
- малий депресивний епізод (16-25 балів) – зазвичай виражені два-три вищезазначені симптоми. Особистість буде в змозі продовжувати виконувати основні види діяльності;
- помірний депресивний епізод (26-30 балів) – виражені чотири і більше з вищезазначених симптомів. З'являються труднощі при продовженні звичайної діяльності;
- великий депресивний епізод (понад 30 балів) – епізод депресії, при якому явно виражений ряд вищезазначених симптомів, що приносять страждання; зниження самооцінки, думки про власну нікчемність або провину.

Таким чином, було сформовано психодіагностичний комплекс, у який увійшли 5 тестових методик, анкетування та опитування, за допомогою яких проводилось емпіричне дослідження емоційних станів та їх динаміки в учасників операції об'єднаних сил.

Дослідницька робота проводилась протягом 2019 року на базі батальйону патрульної служби поліції особливого призначення

«Миротворець» Головного управління міністерства внутрішніх справ в Київській області.

Необхідно звернути увагу на особовий склад батальйону та операції в яких вони приймали участь, розглянемо більш детально: у склад батальйонів входять учасники миротворчих місій, правоохоронці ветерани війн; ветерани органів внутрішніх справ; стримували натиск ворога у Слов'янську; вели оборонні бої з батальйоном «Донбас» за місто Попасна; відбивали бої сепаратистів за місто Торецьк (до 2014 року місто Дзержинськ) та селище міського типу Непилівка Донецької області; вели бої за м. Горлівка Донецької області; приймали участь в операції виведення бійців з Іловайська, але опинилися в повному оточенні військ противника, в результаті бійцям вдалось придушити обстріли ворожих військ.

Для надання психолого-психіатричної допомоги існує відомчий лікувально-профілактичний та консультативний заклад, метою роботи якого є попередній періодичний психіатричний та наркологічний огляд у межах професійного психофізичного та психологічного відбору. Варто зазначити, що для співробітників МВС не створені спеціалізовані лікувальні заклади для визначення наслідків перебування співробітників в зоні проведення операції ООС.

Для уточнення інформації щодо психологічного стану, його перебігу та наслідків для осіб, що перебували в зоні проведення операції об'єднаних сил у реабілітаційний період, був застосований метод експертних оцінок у формі опитування лікарів.

Також було проведено опитування лікарів-психіатрів збройних сил України з метою відстеження динаміки емоційних станів осіб, що перебували в зоні проведення бойових дій, для визначення чинників, які впливають на стан осіб у реабілітаційний період. Для відстеження загальних скарг, що висловлюють комбатанти, які звертаються за професійною допомогою психологів та психіатрів, описано клінічні випадки військовослужбовців що перебували в зоні проведення операції об'єднаних сил.

2.2. Змістові та динамічні особливості емоційних станів поліцейських-учасників ООС

На першому етапі дослідження здійснювалася оцінка наявності емоційних розладів особистості за методикою «*Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)*». Отримані результати до відправки в зону проведення ООС та після ротації представлені у табл. 2.3:

Таблиця 2.3

Результати порівняльного дослідження за методикою «Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)»

№	Шкала	Діагностичні значення	До відправки в зону ООС	Після ротації
1.	Невротизація	Низькі	68 %	30 %
		Невизначений рівень	22 %	25 %
		Високий	10 %	45 %
2.	Психопатизація	Низькі	84 %	78 %
		Невизначений рівень	16 %	18 %
		Високий	0 %	6 %

За результатами проведеного дослідження, високого рівня психопатизації у досліджених не виявлено. Значна відсоткова частка характеризується низьким рівнем психопатизації (84%), що може свідчити про наявність у респондентів особистісних характерологічних особливостей психіки (акцентуації рис характеру). Досліджувані з низьким рівнем психопатизації обачливі, поступливі, конформні, залежні від думки

оточуючих, дотримуються загальноприйнятих норм та правил. Невизначений рівень по шкалі психопатизації склав 16%.

Згідно з даними шкали невротизації, значній відсотковій частці респондентів притаманний низький рівень невротизації 68%, що свідчить про психоемоційну стійкість досліджуваних. Високий рівень невротизації виявлено у 10% комбатантів, що пояснюється попереднім тривалим періодом перебування в зоні проведення бойових дій (згідно з аналізом анкетних даних, тривалість проходження служби в зоні ООС – від 6 місяців до 3 років). Тривале перебування під впливом хронічного стресу може призводити до дезадаптаційних розладів.

Результати повторного дослідження, після ротації, показали суттєвий приріст значень за шкалою невротизації, що притаманне 45% респондентів, порівняно з 10 % до відправки в зону ООС. 30% мають низький рівень невротизації порівняно з 68% . Невизначений рівень за шкалою невротизації – у 25% респондентів (попередній показник – 22%).

Як ілюструє таблиця, за шкалою психопатизації відзначається незначний приріст симптомів, зокрема, високі показники, що вказують на непередбачуваність дій, дратівливість, легковажність, виявлено у 6% досліджуваних.

Досліджуваним, які мають високий рівень психопатизації, притаманні такі риси, як напористість, прагнення виділитися з оточення, підвищене самолюбство й самовпевненість. Психопатизація – відносно стійка особистісна якість і проявляється в усіх сферах особистості. Таким особистостям властива схильність до виходу за рамки загальноприйнятих норм та моралі, що нерідко є причиною виникнення конфліктних ситуацій. Значна відсоткова частка характеризується низьким рівнем психопатизації (76%). Можна передбачити, що вплив стресових чинників у деяких випадках сприяє проявам психопатичних рис особистості, які в більш сприятливих умовах виявляються як акцентуації характеру. Наше припущення також було підтверджено лікарями-психіатрами.

Аналізуючи отримані показники рівнів невротизації та психопатизації до відправки в зону ООС та після повернення бойових дій, ми виявили зменшення за шкалою невротизації на низькому рівні прояву на 36%, невизначений рівень збільшився на 3%, високий рівень невротизації підвищився на 35%.

Зменшення показників за шкалою невротизації низького рівня відбулося за рахунок підвищення відсоткового співвідношення за шкалою високого рівня, що свідчить про значний психотравмуючий вплив під час перебування в зоні ООС, виснаження захисних компенсаторних механізмів психіки у досліджуваних після повернення із зони бойових дій. Значну різницю між показниками за шкалою невротизації, а саме, збільшення виявлених досліджуваних з високим рівнем за даною шкалою, пояснюється адекватною реакцією психіки на неадекватний подразник (стрес). Це ілюструє зміни в особистості, яка потрапляє в абсолютно незвичний ритм життя та зазнає впливів стресогенних чинників, які зазвичай відсутні в умовах мирного життя.

Підвищення рівня психопатизації серед досліджуваних можна пов'язати з порушенням компенсаторних механізмів психологічного захисту особистості за рахунок тривалого та інтенсивного психотравмуючого впливу. За шкалою психопатизації у групі досліджуваних після ротації відзначається зменшення низького рівня на 6% та збільшення високого рівня на 6%, що свідчить про порушення адаптаційної здатності осіб та загострення преморбідних рис характеру. Це проявляється у викривленому сприйнятті побутових ситуацій, вираженій нестійкості настрою, соціальних фобіях, паранояльних рисах тощо.

В ході опитування лікарів психіатрів та психологів психіатричної клініки Головного військового клінічного госпіталю міністерства оборони України встановлено, що на динаміку психологічного стану осіб, котрі перебували в зоні бойових дій та під дією психотравмуючих факторів, впливають такі чинники:

1. Спадковість (за результатами анамнезу, наявність психічних захворювань у батьків або зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами може в подальшому спричинити дебют психічного захворювання, наприклад, шизофренії, шизофреноподібного розладу, біполярно-ефективного розладу або виникнення в особистості хімічної залежності).

2. Індивідуальні особливості особистості (на фоні надмірних психотравмуючих ситуацій можливе загострення преморбідних рис особистості, акцентуацій характеру, що призводить у подальшому до загостреного реагування на обставини та проблемні ситуації, що раніше сприймалися індивідом як звичайні).

3. Наявність попередньої підготовки особистості до військової служби у бойових умовах. За належної підготовки особистості до типових ситуацій, які виникають під час проведення бойових дій, розвиваються захисні механізми психіки, таким чином, відсоток психотравми серед комбатантів буде меншим, на відміну від тих, хто таку підготовку не пройшов.

4. Тривалість перебування під впливом психотравмуючих чинників. При тривалому перебуванні під впливом психотравмуючих чинників розвивається виснаження енергетичного потенціалу нервової системи, що призводить до порушення адаптивної здатності особистості.

5. Лікування та реабілітація. Загальний період відновлення особистості залежить від вчасного надання комплексної медико-психологічної допомоги. Посттравматичний стресовий розлад розвивається після латентного періоду, що настає після травми (від декількох тижнів до 6 місяців та більше). Більшість комбатантів, що мають встановлений діагноз ПТСР, вказують на виникнення симптоматики через певний проміжок часу (дні, тижні, місяці і навіть роки) після повернення в мирне життя. Несвоєчасне надання відповідної допомоги постраждалому може призвести до хронізації процесу та виникнення ускладнень.

За результатами дослідження, проведеного за методикою «Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрої (САН)» до відправки в зону ООС та після ротації, було отримано результати, що представлені у табл. 2.4.:

Таблиця 2.4

Результати порівняльного дослідження за методикою «Самооцінка психічного стану комбатантів: самопочуття, загальна активність, настрої»

№	Шкала	Діагностичні значення	До відправки в зону ООС	Після ротації
1.	Самопочуття	Підвищений	19%	8%
		Нормальний	67%	56%
		Знижений	14%	36%
2.	Активність	Підвищений	15%	8%
		Нормальний	73%	32%
		Знижений	12%	60%
3.	Настрої	Підвищений	18%	4%
		Нормальний	80%	38%
		Знижений	2%	58%

За результатами застосування методики, на момент дослідження за шкалою самопочуття домінує нормальний стан серед респондентів (67%), підвищений стан – у 19%. За шкалою активності нормальний стан виявлено у 73% досліджених, підвищений – у 15%, знижений – у 12%. Нормальний стан за шкалою настрою переважає у 80% опитаних, підвищений – у 18%, знижений – у 2%. Можна зробити висновок, що на момент дослідження,

перед відправкою в зону проведення операції об'єднаних сил, у комбатантів домінує нормальний психоемоційний стан.

Самопочуття визначається як комплекс суб'єктивних почуттів, що відображають ступінь психологічного та фізіологічного комфортного стану людини. Нормальний стан за шкалою самопочуття притаманний 56% досліджуваних, він характеризується як оптимальний із помірною працездатністю та бадьорістю. Знижений стан самопочуття притаманний 36% респондентів, характерним є можливе занедужання або стомленість, подібні емоції можуть спричинити дискомфорт в різних частинах тіла. Характеристикою підвищеного стану за шкалою самопочуття (8%) є відчуття піднесення та інші позитивні емоції на момент дослідження.

Активність – одна зі сфер прояву темпераменту, яка визначається інтенсивністю і обсягом взаємодії людини з навколишнім середовищем. За цим параметром особистість може характеризуватись як інертна, пасивна, спокійна, ініціативна, активна або стрімка в залежності від стану прояву. Наприклад, за отриманими результатами, 32% досліджених мають нормальний стан за шкалою активності та 8% – підвищений стан, відповідно їм притаманна готовність до ефективної діяльності, вмотивованість. Знижений стан активності характерний для 60% респондентів.

Настрій – відносно стійкий та тривалий стан особистості, який включає емоційний фон не як емоційну реакцію на життєву подію, а саме їх значення для особистості щодо майбутніх планів, очікувань та інтересів. Також настрій інтерпретується як чіткий ідентифікуючий стан, наприклад, страх, сум, захопленість, радість тощо. Настрій завжди спрямований на об'єкт. Настрій проявляється як емоційний відгук особистості на дії або конкретну ситуацію. За даними дослідження, за шкалою настрою у респондентів переважає знижений стан (58%), нормальний (38%), підвищений (4%).

Згідно з результатами зіставлення показників, наявна тенденція до зниження відсоткових значень підвищеного та нормального рівнів (-11%) за

шкалами самопочуття, активності, настрою за рахунок підвищення відсоткової частки респондентів зі зниженим рівнем за вказаними шкалами.

Такі показники пояснюються тим, що після повернення із зони бойових дій військовослужбовці відразу беруться до виконання професійних обов'язків у підрозділі військової частини, внаслідок чого збільшується термін відновлення ресурсів організму та процесу адаптації до мирного життя. Загальна виснаженість, що зумовлена тривалим перебуванням в зоні бойових дій під впливом значних фізичних та психоемоційних навантажень, призводить до погіршення самопочуття, настрою та зниження активності.

За результатами дослідження, проведеного за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності», були отримані емпіричні дані, що відображені в табл. 2.5:

Таблиця 2.5

Результати порівняльного дослідження за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

№	Шкала	Діагностичні значення	До відправки в зону ООС	Після ротації
1	Тривожність	Низький	19%	7%
		Середній	60%	51%
		Високий	21%	42%
2	Фрустрація	Низький	36%	22%
		Середній	53%	42%
		Високий	11%	20%
3	Агресивність	Низький	43%	38%
		Середній	45%	40%

		Високий	12%	22%
4	Ригідність	Низький	36%	34%
		Середній	48%	42%
		Високий	16%	24%

Психічні стани, такі як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, впливають на роботу психічних пізнавальних процесів, наприклад, підвищена тривожність та агресивність впливають на концентрацію, стійкість і розподіл уваги, так само на пам'ять, мислення та сприйняття загалом.

За результатами проведеного дослідження, у 60% досліджуваних тривожність має середній рівень вираженості, в межах допустимої норми. За шкалою фрустрації досліджувані набрали 53% на середньому рівні вираженості, це свідчить, що вони адекватно сприймають свої життєві невдачі. Також за цією шкалою високий рівень вираженості мають 11% досліджуваних, для них характерно уникати труднощів, боятися невдач, остерігатися конфліктів та відкритих суперечок. За шкалою агресивності середній рівень вираженості – у 45% досліджуваних. Варто зазначити, що агресивність – форма прояву поведінки у стані фрустрації. Це цілком адекватний показник за даною шкалою.

За шкалою ригідності, середній рівень вираженості мають 48% досліджуваних, низький рівень вираженості – у 36% опитаних. Це свідчить, що ригідність їм не притаманна, для них характерна легкість і гнучкість у поведінкових реакціях та прийнятті рішень.

За результатами проведеного дослідження, серед співробітників МВС після повернення з зони операції об'єднаних сил переважає середній рівень тривожності (51%), високий рівень тривожності виявлено у 42% опитаних, низький рівень тривожності – у 7%.

За шкалою фрустрованості, середній рівень вираженості діагностовано в 42%, високий рівень – у 20% , низький рівень вираженості – у 22%.

За шкалою агресивності серед досліджуваних домінує середній рівень вираженості (40%), високий рівень притаманний 22%, низький – 38%.

За шкалою ригідності 42% опитаних мають середній рівень, високий рівень – у 24%, низький – у 34%.

Під час проведеного дослідження серед представників усіх груп зафіксовано зниження низького (-14) та середнього рівня вираженості (-4%) за шкалами тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність та підвищення високого рівня (+21) прояву вказаних шкал після повернення з зони проведення бойових дій. Динаміка показників емоційних станів зумовлена тривалим перебуванням під впливом загрозливих для життя обставин. Наприклад, перебування під обстрілами, поранення, загибель співслужбовців та мирного населення формують несприятливий соціальний досвід, провокують переоцінку життєвих цінностей та планів на майбутнє. Внаслідок перебування особистості під впливом вказаних чинників відбувається підвищення показників тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності.

Варто зазначити, що військовослужбовці переносять до мирного життя модель поведінки, яка адекватно сприймається в зоні бойових дій (підвищена настороженість, уникання відкритого простору у зв'язку з можливими обстрілами і ймовірністю бути поміченим ворогом, постійна ретельна оцінка обставин, різка емоційна реакція при можливій загрозі), що призводить до можливих порушень соціальних норм, некоректної поведінки та нерозуміння з боку соціуму в умовах мирного життя.

За результатами дослідження, проведеного за методикою «Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS)», були отримані емпіричні дані, що відображені у табл. 2.7:

**Результати порівняльного дослідження діагностичних значень
депресії у комбатантів**

№	Шкала	Діагностичні значення	До відправки в зону ООС	Після ротації
1	Шкала Монтгомері- Асберга для оцінки депресії (MADRS)	Депресивний епізод відсутній	94%	76%
2		Малий депресивний епізод	6%	21%
3		Помірний депресивний епізод	0%	3%
4		Великий депресивний епізод	0%	0%

Розглянемо результати дослідження більш детально. Депресивні епізоди, залежно від форми та тривалості у часі, мають різну інтенсивність прояву симптомів. Депресивні епізоди відсутні в 94% респондентів. Малий депресивний епізод виявлено у 6% досліджених. Характерними проявами малого депресивного епізоду є знижена самооцінка, невпевненість у собі та своїх силах, наявне почуття провини. Настрій знижений, майже не змінюється із часом, при цьому активність може не знижуватись. Цей стан супроводжується соматичними проявами, такими як безсоння або нічне пробудження задовго до звичного часу, млявість. Можливе зниження апетиту або ситуативне переїдання. Як правило, особистість може продовжувати більшість видів діяльності.

Серед досліджених нашої вибірки не виявлено помірного депресивного епізоду. Для такого епізоду характерні всі вищезазначені прояви, але головна відмінність полягає у важкості й довготривалості перебігу симптомів, виконання звичайної діяльності в такому разі суттєво ускладнюється.

Варто зазначити, що великого депресивного епізоду не виявлено в жодного досліджуваного. При великому депресивному епізоді вищезазначені прояви обтяжуються низкою соматичних симптомів і особистість зазвичай потребує медикаментозного та психотерапевтичного лікування.

Отримані результати свідчать, що після повернення з зони ООС серед комбатантів у 76% депресивний розлад відсутній.

Виявлено малий депресивний епізод серед 21% досліджуваних, це може свідчити про загальну психоемоційну втому, напруження з можливими соматичними проявами, що виникли внаслідок перебування у складних умовах професійної діяльності. Помірний депресивний епізод виявлено у 3% комбатантів, показник за даною шкалою не змінений порівняно з попереднім дослідженням (до відправки в зону ООС). Тому варто зазначити, що респондентам, які потрапили до цієї групи, необхідно звернутися за фаховою психологічною допомогою для усунення супутніх симптомів, які ускладнюють виконання звичайної діяльності.

Шляхом порівняння результатів, отриманих за проведеною методикою, встановлено, що показник діагностичного значення малого депресивного епізоду в групі військовослужбовців, які повернулись із зони проведення бойових дій, збільшився на 15%. Під час перебування в зоні операції об'єднаних сил комбатант перебуває в непередбачуваних умовах, які вимагають активізації всіх ресурсів організму, що призводить до виснаження. Саме тому показник співвідношення зріс на 3% за шкалою помірного депресивного епізоду.

Дослідження комбатантів за методикою *«Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА)»* до відправки в зону проведення ООС та після ротації дало змогу отримати результати, представлені в табл. 2.8.

Оцінка когнітивних функцій комбатантів (за методикою МОСА)

№	Шкала	Діагностичні значення	До відправки в зону ООС	Після ротації
1	Когнітивні дисфункції	Легкі	5%	8%
2		Помірні	-	-
3		Тяжкі	-	-

За результатами проведеного дослідження 5% опитаних мають легкі когнітивні порушення, які проявляються в скаргах на зниження короткотривалої пам'яті та концентрації уваги, але не спричиняють труднощів у повсякденній діяльності. При інтерпретації результатів проведеного дослідження було проаналізовано анкетні дані кожного респондента, а саме, відповіді за такими категоріями питань: наявність значних психотравмуючих ситуацій протягом останніх п'яти років; погіршення з боку пізнавальних психічних процесів (пам'ять, увага, мислення); наявність бойових травм та поранень. Варто зазначити, що саме у 5% опитаних, які мають легкі когнітивні порушення, загальний період перебування в зоні ООС складав від 2,5 до 3,5 років, відзначені погіршення з боку пам'яті та уваги, були наявні такі психотравмуючі ситуації: реальна загроза власному життю; усвідомлення поранення, травми, каліцтва; загибель товаришів по службі і мирних жителів.

Помірні та тяжкі когнітивні порушення серед досліджуваних не виявлено. Зазвичай вони відносяться до первинних захворювань головного мозку, різноманітних соматоневрологічних та психічних розладів, що негативно впливають на когнітивні функції.

За результатами повторного дослідження комбатантів після повернення із зони ООС, у 8% респондентів виявлено легкі когнітивні дисфункції. Цей показник пов'язаний із розвитком депресивної симптоматики внаслідок підвищеного фізичного та психоемоційного навантаження в зоні ведення бойових дій.

За даними, наведеними в таблиці, видно, що за діагностичним значенням легкої когнітивної дисфункції у осіб, які повернулись з зони проведення бойових дій, показник зріс на 3%. Легкі когнітивні порушення виникають при ускладненні соматичних захворювань та отриманих травм.

Когнітивні порушення наявні у складі симптоматики депресії. За результатами проведеної методики “ *Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS)* ” у досліджуваних, що повернулись із зони проведення операції об'єднаних сил, показник по шкалі помірного депресивного епізоду зріс на 3%.

З метою відстеження типових скарг та динаміки психоемоційних станів осіб, що перебували в зоні проведення операції об'єднаних сил, проведено опитування лікарів-психіатрів збройних сил України. Описано клінічні випадки військовослужбовців, що перебували в зоні проведення операції об'єднаних сил.

Клінічний випадок №1.

Служба в ЗСУ з 2011 року. Офіцер збройних сил України. Посада: командир підрозділу. Звернувся по допомогу самостійно.

Пацієнт висловлював скарги на порушення сну (зі слів, вистачає 15 хвилин для сну). У зв'язку з частими замінами співслужбовців у дозорі спав мало. На фоні постійного контролю за особовим складом з'явилась виражена дратівливість, спалахи агресії, знижений фон настрою, тривожність.

Під час госпіталізації у бесіді з лікарем різко реагував на запитання, відзначав знижений апетит, висловлював тривожні, нав'язливі думки з приводу співслужбовців, відчував провину перед ними.

Бойові травми:

1. Потрапив на наземну міну, внаслідок чого після звернення в найближчу району лікарню ампутовано фалангу четвертого пальця лівої руки. Від подальшого лікування відмовився й повернувся на пост.

2. Внаслідок частих вибухів втратив слух на ліве вухо, частково зниження слуху відзначалося у правому. За допомогою не звертався у зв'язку з почуттям відповідальності за особовий склад.

Шкідливі звички: вказував, що протягом останніх трьох років палив по 4 пачки цигарок на добу. Варто зазначити, що нікотинова залежність загострилася саме під час перебування в зоні бойових дій.

У зв'язку з частими ротаціями із сім'єю майже не перебував, але при поверненні до мирного життя відпочивав усамітнено. Віддавав перевагу спілкуванню з братом, який також військовий офіцер.

Після тривалого перебування в зоні бойових дій у комбатанта часто проявляється стереотипна поведінка щодо осіб, які не проходили військову службу. Усамітнення є видом психологічного захисту задля уникнення конфліктних ситуацій та психологічного дискомфорту.

Перебуваючи в останній ротації, військовослужбовець зазначив, що на фоні хронічного безсоння і тривоги знизилась концентрація уваги та пам'ять; виникли проблеми при виконанні службових обов'язків; посилилась агресія до оточуючих.

Під час обстеження психологічний стан військовослужбовця був обтяжений соматичними захворюваннями центральної нервової системи внаслідок перенесених закритих черепно-мозкових травм, контузій.

Лікування: проведення медикаментозної терапії, спілкування з психологом, відвідування фізіотерапії. На фоні лікування стан покращився: тривалість сну збільшилась до 5 годин; зменшились прояви тривожності; почав установлювати соціальні контакти, більш відверто розповідати про особистісні переживання. Варто зазначити, що завдяки медикаментозному лікуванню вкупі з відвідуванням басейну та заняттями спортом прояви агресивності помітно зменшилися.

Загальний стан пацієнта покращився, проте планів на майбутнє він чітко сформулювати не міг, не виключав повернення на військову службу. В результаті був звільнений з лав збройних сил України за станом здоров'я.

Клінічний випадок №2.

Військовослужбовець, мобілізований 4 місяці тому до зони ООС, потрапив до мобільного шпиталю зі скаргами соматичного характеру (біль у спині).

Через декілька днів лікування психічний стан пацієнта різко змінився. Перебуваючи в збудженому стані, повідомив медичному персоналу, що його переслідують. Чув через розетку, що в сусідній палаті група невідомих осіб планує його вбивство. Пов'язував це з тим, що напередодні госпіталізації на позицію було здійснено напад ворожої диверсійної групи. Стверджував, що на території лікарні перебувають вороги, які планують його ліквідацію. Перебував у гострому стані тривоги, на критичні зауваження не реагував. Під час евакуації пацієнта до спеціалізованого медичного закладу він відмовлявся брати до рук особисті речі, пояснюючи це тим, що в них знаходиться вибухівка.

На фоні хронічного недосипання, перебування в стресогених ситуаціях можливий розвиток гострих транзиторних психотичних розладів, які характеризуються гострим початком, а саме, різким виникненням несистематизованих маячних ідей та розладів сприйняття, але при вчасному наданні медичної допомоги прогноз сприятливий, на відміну від поступового виникнення психотичної симптоматики.

На фоні лікування психотичні прояви зазнали редукції. Пацієнт пов'язував даний стан із безсонням протягом трьох днів через інтенсивні обстріли і відбивання нападу диверсійно-розвідувальної групи противника за декілька днів до госпіталізації.

Був звільнений з лав ЗСУ, оскільки за наявності психотичних розладів військовослужбовці підпадають під звільнення.

Клінічний випадок №3.

Військовослужбовець із числа мобілізованих. Під час несення служби, перебуваючи на посту, погрожував суїцидом, використовуючи гранату.

З анамнезу: зі слів пацієнта, виріс у неповній сім'ї, батьки розлучені, зловживали алкоголем, з дитинства був дратівливим, емоційним, вразливим. У школі навчався незадовільно, часто влаштовував бійки з однолітками. Здобувши загальну середню освіту, навчання не продовжив, працював різноробочим. Одружений, має малолітню дитину. Під час проходження військової служби брав участь у бойових діях на передових позиціях.

Під час перебування на посту військовослужбовцю повідомили, що соціальні служби тимчасово вилучили дітей із сім'ї у зв'язку з невиконанням батьківських обов'язків та зловживанням алкоголем з боку матері.

У зв'язку зі спробою суїциду скерований до клініки психіатрії, де написав відмову від госпіталізації, вказавши, що «наміру самогубства не мав, таким чином хотів привернути увагу до себе та виниклої проблеми».

Під час очікування транспорту, який мав повернути військовослужбовця на позицію, він уламком скляної пляшки завдав собі поранень у ділянку шиї. Військовослужбовця направлено до відділення хірургії. Свою поведінку пояснював як незрозумілий потяг, імпульс, який виник на фоні туги та сімейних проблем.

Скарги: різкі зміни настрою, імпульсивність, невмотивовані напади агресії, тривожність, пов'язував свій стан із сімейними проблемами, але повідомляв, що під час перебування в зоні ведення бойових дій, на фоні частих стресових ситуацій, вищезазначені скарги посилювалися.

На фоні лікування відзначено незначні зміни психоемоційного стану, але суттєвого покращення не досягнуто.

Клінічний випадок №4.

При виконанні завдання, в споруду, де знаходився військовослужбовець, влучив бойовий снаряд, внаслідок чого вибухова хвиля спричинила контузію. В ході клінічного обстеження присутні окремі

симптоми струсу головного мозку, але при проведенні магніто-резонансної томографії типових ознак не виявлено, органічні порушення відсутні.

Сім'я: Зі слів досліджуваного, раніше проблеми в сім'ї вдало компенсував завантаженим робочим графіком. Після ротації почав пригадувати навіть незначні образи. Після госпіталізації перестав спілкуватися із сім'єю. Підтримував контакт тільки з ветераном АТО, який рекомендував звернутись за допомогою, але комбатант внаслідок ймовірного переносу припинив спілкування.

Скарги: постійні нав'язливі спогади про травматичну подію (до моменту обстеження поранення та скарги відсутні). Страх натовпу та відкритого простору (страх обстрілів), труднощі в налагодженні соціальних контактів. За час перебування в зоні ООС мав позитивні характеристики від керівництва. Після ротації відзначав агресивність, підвищену дратівливість, порушення сну, компульсії, нервові тики (посіпування м'язів обличчя, кистей рук, заїкання), що посилювались під час роздратування, різкі та полярні зміни настрою.

Лікування: На фоні медикаментозного лікування покращився сон (тривалість сну збільшилася з 1,5 годин до 5 годин). Протягом місяця зменшились різкі зміни настрою, покращився контроль емоцій. Зменшились прояви неврозу та тиків, фіксації на власних хворобливих переживаннях. Проте налагоджування соціальних контактів залишалось утрудненим.

Клінічний випадок №5.

Під час виконання службових обов'язків (надавав допомогу пораненим, часто протягом тривалого часу перебував під обстрілами), з'явилася необґрунтована агресивність, збудливість, нетривалий розірваний сон.

Скарги: дратівливість, проблеми зі сном, постійне пригадування картин із пораненими та загиблими, агресивність, тривожність.

Лікування: у комплексі з медикаментозним лікуванням призначено психологічний супровід. Комбатанта відправлено до реабілітаційного центру на 30 діб, після чого він повернувся до медичного закладу для повторного

огляду спеціалістом. Загальний період лікування та реабілітації склав 3 місяці.

На фоні лікування вдалося покращити загальний психоемоційний стан. Комбатант відзначив, що негативні емоційні прояви не повторюються, покращився сон. Припинилося постійне пригадування травматичних подій, покращилася якість життя.

Після лікування комбатант продовжив виконання професійних обов'язків у зоні проведення ООС.

Клінічний випадок №6

Комбатант потрапив до спеціалізованого лікувального закладу у супроводі співслужбовців у зв'язку з вираженою агресивністю, тривожністю та безсонням протягом останніх п'яти днів. Цей стан виник після виконання бойового розвідувального завдання, де він перебував протягом останніх п'яти днів.

Лікування: Для попередження погіршення психоемоційного стану та ризиків у роботі з вогнепальною зброєю військовослужбовця скеровано до реабілітаційного центру із супутнім медикаментозним лікуванням протягом 20 днів. Після проходження реабілітації комбатант пройшов огляд лікарів, отримав додаткову відпустку на 30 діб за станом здоров'я.

Після повернення з відпустки проведено повторний огляд. Стан військовослужбовця покращився, сон нормалізувався, прояви агресивності зазнали редукції.

Військовослужбовець повернувся до виконання професійних обов'язків.

Якщо проаналізувати описані клінічні випадки, можна умовно поділити скарги службовців на такі групи:

1. Проблеми зі сном (відзначав кожен комбатант).
2. Постійне пригадування травматичних подій.
3. Невмотивовані спалахи агресії, тривожності, різкі зміни настрою.

4. Когнітивні порушення: скарги на погіршення концентрації уваги, забудькуватість.
5. Після повернення до мирного життя – труднощі в налагодженні соціальних контактів, страх відкритого простору та скупчення натовпу.
6. Невизначеність у майбутніх планах
7. Стійке переконання у власній відповідальності за життя співслужбовців.
8. Зростання ризику виникнення схильності до вживання психоактивних речовин (алкоголізм, наркоманія, тютюнова залежність).

Під час індивідуального опитування досліджувані вказували, що їм не потрібна будь-яка кваліфікована допомога, мало ймовірно звернення до психолога або профільних лікарів. Із проявами психоемоційного напруження, стресом, агресивністю намагаються впоратися самостійно, а саме, після ротації віддають перевагу усамітненому відпочинку, риболовлі.

Небажання звертатися по допомогу до спеціалістів можна інтерпретувати як заперечення наявності проблеми та страх показати себе професійно непридатним. Небезпека даної поведінки в тому, що невчасне звернення по фахову допомогу може посилити негативні емоційні прояви та ускладнити процес лікування та реабілітації.

2.3. Типологія порушень емоційних станів поліцейських-учасників ООС

На основі зіставлення показників 1-го та 2-го зрізу виокремлено чотири групи досліджуваних у залежності від вираженості негативного впливу участі в бойових діях, які потребуватимуть підвищеної уваги з боку психологів, а саме, групи респондентів:

- з високим рівнем невротизації;
- з високим рівнем психопатизації;
- з малим депресивним епізодом;

- з помірним депресивним епізодом.

Встановлено взаємозв'язок показників шкал та рівнів вираженості за методиками: «Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрій (САН)»; «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності»; «Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА)» з виявленими групами ризику по шкалам методик: «Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)»; «Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS)». Результати представлено у табл. 2.9.:

Таблиця 2.9

Взаємозв'язок психодіагностичних шкал та рівнів їх вираженості

№	Шкала	Рівень вираженості	До відправки в зону ООС	Після рогації	Невротизація	Психопатизація	Малий депресивний епізод	Помірний депресивний епізод
					45%	6%	21%	3%
1.	Самопочуття	Знижений	14%	36%	17%	2%	14%	3%
2.	Активність	Знижений	12%	60%	45%	1%	21%	3%
3.	Настрій	Знижений	2%	58%	33%	2%	20%	3%
4.	Тривожність	Високий	21%	42%	27%	2%	11%	1%
5.	Фрустрація	Високий	11%	20%	5%	4%	9%	2%
6.	Агресивність	Високий	12%	22%	12%	5%	4%	1%
7.	Ригідність	Високий	16%	24%	14%	6%	3%	1%
8.	Когнітивні дисфункції	Легкі	5%	8%	0%	0%	5%	3%

За результатами проведеного дослідження. у групі осіб із високим рівнем невротизації (45%) за співвідношенням показників 1 та 2 зрізів відслідковується взаємозв'язок:

- зі зниженим рівнем вираженості за шкалами: самопочуття (17%); активність (45%); настрій (33%);
- з високим рівнем вираженості за шкалами: тривожність (27%); фрустрація (5%); агресивність (12%); ригідність (14%).

Аналізуючи отримані результати, слід відмітити, що в групі з високим рівнем невротизації спостерігається високий відсоток осіб зі зниженою активністю та настроєм, та з високим рівнем тривожності, що свідчить про незадовільний психологічний стан респондентів після повернення з зони проведення бойових дій. Таким чином, у осіб з високим рівнем невротизації, ймовірно є погіршення виконання службових обов'язків у зв'язку з підвищеною фіксацією на особистісних переживаннях.

У групі осіб з високим рівнем психопатизації (6%), за співвідношенням отриманих показників виявлено:

- зі зниженим рівнем вираженості – за шкалами: самопочуття – 2%; активність – 1%; настрій – 2%;
- з високим рівнем – за шкалами: тривожність – 2%; фрустрація – 4%; агресивність – 5%; ригідність – 6%.

Згідно з отриманими даними, серед комбатантів з високим рівнем психопатизації виявлено незначне зниження настрою, самопочуття та активності. Дана тенденція пояснюється низьким діагностичним значенням для осіб з високим рівнем психопатизації. Водночас серед досліджуваних виявлено значний відсоток осіб з високим рівнем агресивності, ригідності та фрустрації, що вказує на емоційну лабільність, труднощі в перебудуванні при виконанні завдань, пасивності мотивів поведінки та морально-етичних вчинків при явній їх недоцільності. При невдачах у виконанні завдань можливий загальний «регрес» поведінки, та, як наслідок, перехід до легших і більш примітивних способів дії. Отже, вказані характеристики можуть

призвести до неякісного виконання поставлених завдань та погіршення стосунків у колективі та в сім'ї.

У групі досліджуваних з малим депресивним епізодом (21%) за співвідношенням отриманих показників виявлено:

- знижений рівень вираженості за шкалами: самопочуття (14%), активність (21%), настрій (20%);
- з високим рівнем вираженості за шкалами: тривожність (11%); фрустрація (9%); агресивність (4%); ригідність (3%);
- легкі когнітивні порушення (5%).

На основі аналізу отриманих результатів виявлено, що в групі досліджуваних з малим депресивним епізодом відслідковується знижений фон настрою, активності та самопочуття. Малий депресивний епізод характеризується незначним зниженням настрою, активності та настрою, але на виконання службових обов'язків майже не впливатиме.

У досліджуваних з помірним депресивним епізодом (2%) виявлено:

- знижений рівень показників за шкалами: самопочуття (3%), активність (3%), настрій (3%);
- з високим рівнем вираженості – за шкалами: тривожність (1%); фрустрація (2%); агресивність (1%); ригідність (1%);
- легкі когнітивні порушення (3%).

У групі осіб із помірним депресивним епізодом відстежується загальне зниження за шкалами самопочуття, активності та настрою. Варто зазначити, що депресивні епізоди розвиваються протягом тривалого часу, характеризуються можливими повторними проявами (рецидивами), особливо без надання особистості фахової допомоги. У комбатантів, що повернулись з зони проведення бойових дій, часто відслідковуються такі скарги, як зниження мотивації, тривожність, проблеми зі сном (безсоння або сонливість, низька концентрація уваги, відчуття провини перед співслужбовцями та сім'єю, пасивність). Тривожність, агресивність, фрустрація та ригідність у досліджуваних групи помірного депресивного

епізоду є цілком взаємозалежними, оскільки дані стани проявляються у комплексі депресії.

Легкі когнітивні порушення входять до депресивної тріади: знижений настрій, зниження моторних функцій (загальна слабкість, виснаженість, млявість), уповільнення мислення з зміщенням до негативних суджень.

У випадках, які характеризуються помірним депресивним епізодом, особистість може переживати не всі характерні симптоми, оскільки їх виникнення розвивається в результаті взаємодії багатьох чинників: соціальні, психологічні та біологічні. Варто зазначити, що існує латентний період розвитку депресивних станів, він є небезпечним у зв'язку з невчасним виявленням та зверненням до фахової допомоги.

Для визначення чинників, які впливають на динаміку емоційних станів комбатантів, у нашому дослідженні було проведено анонімне анкетування. Отримані результати представлено у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Результати анонімного анкетування досліджуваних

Вік	Від 24 до 37 років	
Загальний період перебування в зоні проведення бойових дій	Від 4 місяців до 2 років 3 місяців	
	До відправки в зону ООС	Після ротації
Наявність бойових травм, поранень	6%	9%
Чи звертались за спеціалізованою допомогою психолога.	14%	15%
Наявність психотравмуючих ситуацій протягом останніх п'яти років:		
- смерть або тяжкі захворювання рідних та близьких;	3%	6%

- розлучення;	5%	9%
- реальна загроза власному життю	68%	74%
- усвідомлення поранення, травм, каліцтва;	3%	7%
- загибель товаришів по службі і мирних жителів.	18%	20%
Чи помічали Ви погіршення з боку:		
- Пам'яті;	2%	4%
- Уваги;	5%	7%
- Мислення.	-	-

Загальний період перебування в зоні проведення бойових дій серед досліджуваних – від 4 місяців до 2 років і 3 місяців. Період ротації в службовців батальйону патрульної служби поліції особливого призначення «Миротворець», вік досліджуваних – від 24 до 37 років, всі опитані – чоловіки. У групи респондентів наявні бойові фізичні травми та поранення.

Також в анкету було включено відкриті питання. Отримані результати представлено в табл. 2.11

Таблиця 2.11

**Результати проведеного опитування комбатантів на основі
відкритих питань**

№	Питання	До відправки в зону ООС	Після ротації
1.	Чи важче стало налагоджувати соціальні контакти з оточуючими після повернення із зони ООС?	21%	43%
2.	Непорозуміння у спілкуванні в сім'ї з рідними та близькими?	9%	11%
3.	Ви отримуєте моральну підтримку з боку сім'ї та рідних?	89%	92%

4.	Чи відчуваєте ви втрату мотивації стосовно вашого майбутнього?	-
5.	Чи виникають у вас проблеми зі стриманням емоцій?	-

Під час анонімного анкетування також було проведено опитування, в ході якого було отримано інформацію за такими напрямками:

1) Наявність бойових травм та поранень. У ході проведеного дослідження виявлено комбатантів, які отримали поранення в зоні проведення бойових дій. Етіологію поранень та їх специфіку в ході опитування не досліджували. Наявність у респондентів когнітивних порушень, ймовірно, є наслідком перенесених бойових фізичних та психічних травм у зоні бойових дій. На це вказує підвищення відсоткової частки співвідношення показників першого та другого зрізів вивчення легких когнітивних дисфункцій (+3%). На питання «Чи помічали Ви погіршення з боку»: пам'яті (+2%), уваги (+2%), мислення (-) надали стверджувальну відповідь. Дана тенденція може бути пов'язана з наявністю взаємозв'язку порушень когнітивних функцій з бойовими травмами.

2) Наявність дітей та сімейний стан. Це вагомий чинник, що впливає на особистість, яка перебувала в зоні проведення бойових дій. Досліджувані, у яких є діти, відмічають, що планування майбутнього відволікає від негативних думок та прискорює адаптацію після повернення в мирне життя. Підтримка сім'ї, мотивація на майбутнє виступають одним із ключових факторів у подальшій успішній реадаптації в мирному житті.

Досліджувані відзначили, що отримують підтримку з боку сім'ї та рідних. Емоційна підтримка комбатанта з боку сім'ї відіграє важливу роль в подальшому відновленні психічних ресурсів та прискорює процес реадаптації.

3) Спеціальне звання. Серед службовців батальйону патрульної служби поліції особливого призначення «Миротворець» є ветерани війн і

миротворчих місій. Загальний період перебування в зонах бойових дій не лише на території проведення операції об'єднаних сил, а й на територіях інших держав, як учасників миротворчих місій, має важливе значення. По-перше, у комбатантів, які в минулому зазнали психотравми під час війни, але знаходяться в стадії компенсації, при повторному поверненні в зону проведення бойових дій існує ймовірний високий рівень загострення попередніх негативних проявів в емоційному стані. По-друге, наявність попереднього досвіду в веденні бойових дій та готовність особистості до картин війни за рахунок отриманого попередньо травматичного досвіду, який особистість вдало компенсує, допомагає в подальшому більш адекватно сприймати та реагувати на ситуації та умови участі в операції об'єднаних сил.

4) Наявність категорій: учасник бойових дій; учасник бойових дій з посвідченням УБД. Особистість, яка добровільно приймає рішення вирушити на захист територіальної цілісності країни, керуючись власними націоналістичними та ідеологічними принципами, виконуючи всі професійні обов'язки, розраховує, що держава та суспільство, яке вона захищає, буде аналогічним чином ставитись і до них, деколи не зустрічає розуміння. Варто зазначити, що перебуваючи в зоні проведення операції об'єднаних сил, комбатанти через бюрократичну систему невчасно отримують посвідчення учасника бойових дій. Наведена ситуація провокує виникнення таких негативних станів, як тривожність, стрес та агресивність, таким чином виступаючи важливим чинником впливу на динаміку емоційного стану.

Комбатантів, які звертались за фаховою допомогою психолога, виявилось всього 15% – це вказує на певну усвідомленість службовців щодо необхідності вирішувати деякі особистісні питання з фахівцем. Але загалом отриманий результати не можна назвати позитивним, оскільки:

- особистість не звертається за фаховою допомогою психолога, вважаючи недоцільним втручання або залучення сторонніх осіб до

вирішення особистісних проблемних питань (звернення до психолога, розглядається особистістю як крайня міра);

- має місце неусвідомлення особистістю латентного періоду перебігу негативних емоційних станів (безсоння або сонливість, низька концентрація уваги, відчуття провини перед співслужбовцями та сім'єю, пасивність, тривожність), даний стан сприймається особистістю як просте виснаження, що не несе ніякої небезпеки і скоро минеться. Дані тенденції негативно впливають на динаміку емоційного стану в досліджуваних.

Перебуваючи в зоні ООС, варто розглядати чи переживали досліджувані психотравмуючі ситуації протягом цього періоду. Реальна загроза власному життю – невід'ємний чинник впливу на особистість, яка знаходиться в бойових діях. Смерть та тяжкі захворювання рідних у період перебування комбатанта в зоні бойових дій провокує виникнення негативних емоційних станів, що впливає на якість виконання професійних обов'язків. Респонденти, які перебували на другій лінії розмежування та ті, хто перебували під обстрілами, отримали різний рівень травматизації. Усвідомлення поранення, травм, каліцтва; загибель товаришів по службі і мирних жителів провокує виникнення бойового стресу. Характерним для бойового стресу є зміни в емоційному стані комбатанта, що впливає на якість виконання професійних обов'язків та соціальні зв'язки. Небезпечним є виникнення вторинного бойового стресу, який виникає у комбатанта в силу нерозуміння в сім'ї, близьких друзів, які не приймали участь у війні, та байдужості суспільства, погіршення в подружніх стосунках, що призводить до розлучення.

Характерними наслідкам для комбатанта, який перебуває в стані бойового стресу, є:

- порушення соціальних контактів із колишніми друзями;
- коло інтересів суттєво змінюється (досліджувані зазначають, що їм комфортніше проводити час з колишніми співслужбовцями, оскільки існують спільні теми для обговорення, спільні інтереси);

- бажання повертатись до спів службовців, які знаходяться в зоні проведення бойових дій, через почуття провини перед ними.

Результати попередніх досліджень бойового стресу та посттравматичного розладу вказують, що симптоми можуть проявлятися відразу після психотравмуючої ситуації або ж призвести до негативної симптоматики для діагностування посттравматичного стресового розладу через роки.

На питання стосовно майбутнього, деякі досліджувані зазначали, що не знають чим займатись в майбутньому, якщо війна закінчиться, аргументуючи це тим, що поки на даний час вони потрібні суспільству і займаються тим видом діяльності, який ними найкраще виконується.

Повертаючись у мирне життя, важливим чинником, який впливає на динаміку емоційного стану комбатанта, є перенос моделі поведінки з зони проведення бойових дій в мирне життя. Постійне психоемоційне напруження, стрес, фрустрація базових потреб у в умовах війни, провокують виникнення таких негативних емоційних станів, як висока тривожність, агресивність, невротизація.

З метою вивчення взаємозв'язку показників динаміки емоційних станів, виявлених у ході нашого дослідження у групах підвищеної психологічної уваги (з високим рівнем невротизації; з високим рівнем психопатизації; з малим депресивним епізодом; з помірним депресивним епізодом) та вивчення особливостей реабілітації даних груп використано метод математичної статистики – коефіцієнт кореляції К. Пірсона. Звертаємо увагу, що в досліджуваних групах діагностичні значення за шкалами знаходяться на високих рівнях.

Для кожного респондента з виділених груп, за методом експертних оцінок опитаних лікарів психіатрів, було виділено два показники: 1) тривалість реабілітації; 2) динаміка реабілітації. Для шкали «динаміка реабілітації» присвоєно бали: 1 бал - позитивна швидка динаміка; 2 бали - перебіг стану з ускладненнями; 3 бали - відсутність стійкої позитивної

динаміки. За шкалою «тривалість реабілітації»: 3 місяці (мінімальний період реабілітації); 6 місяців; 12 місяців.

Для оцінки використано такі показники як тривалість, динаміка та особливості реабілітації респондентів з кожної групи за методом експертних оцінок. При проведенні кореляційного зв'язку між показниками кожної з груп, за шкалами тривалості та динаміки реабілітації, аналізу підлягали показники середньої та високої сили зв'язку, оскільки показники низької сили не мають статистичної значущості.

Аналіз отриманих даних дозволив виявити такий взаємозв'язок: високий рівень невротизації має позитивні кореляційні зв'язки з динамікою стану ($r=0,6$) з рівнем значимості ($p<0,05$) двостороння, та тривалістю реабілітації ($r=0,6$) з рівнем значимості ($p<0,05$) двостороння. Показник коефіцієнта кореляції вказує на статистичну значимість. Отримані результати свідчать, що рівень невротизації пов'язаний з динамікою стану особистості та періодом реабілітації. Невротизація, як характерний прояв невротичних станів, під впливом стрес-факторів матиме тенденцію до ускладнення стану, але при вчасному виявленні даних проявів та проходженні реабілітації прогноз сприятливий. У осіб, які перебували в зоні проведення ООС часто виявляють високий рівень невротизації, і дана тенденція є цілком передбачуваною реакцією на ситуацію, в якій перебував комбатант. Високий рівень невротизації пояснюється як адекватна реакція психіки на неадекватний подразник (стрес). Це притаманно особистості, яка потрапляє в абсолютно відмінний ритм життя та зазнає впливів стресогенних факторів, які зазвичай відсутні в умовах мирного життя.

Високий рівень психопатизації, як стан особистості, корелює з динамікою стану на рівні ($r=0,8$) при ($p<0,05$) та тривалістю реабілітації ($r=0,9$) при ($p<0,05$). Психопатизація, в контексті нашого дослідження, розглядається як сукупність особистісних характерологічних особливостей психіки. Аналізуючи отриману інформації методом експертних оцінок, лікарі вказують, що у особистості, яка мала психопатичні риси, після перенесеної

психотравми та під дією стресогенних чинників, можливий розвиток психопатії. При проходженні реабілітації варто створити сприятливі умови, а саме, намагатись виключити зовнішні подразники. Негативно впливатимуть на динаміку стану під час реабілітації такі чинники: конфлікти в сім'ї; непорозуміння з співслужбовцями; важкі захворювання близьких та різних тощо. Якщо стрес-фактори надалі впливатимуть на динаміку стану комбатанта, період реабілітації буде подовжено. У процесі реабілітації при проходженні психотерапії особами з високим рівнем психопатизації часто виникають наступні особливості: невизнання наявності хворобливого стану; порушення програми реабілітації та невиконання рекомендацій; відмова від подальшого лікування. Вказані фактори можуть призвести до стійких патохарактерологічних змін особистості та розвитку стійкої соціальної дезадаптації.

Малий депресивний епізод, як сукупність різних симптомів, має позитивний кореляційний зв'язок з динамікою стану на рівні ($r=0,7$) де ($p<0,05$), та тривалістю реабілітації ($r=0,6$) з рівнем значимості ($p<0,05$). Малий депресивний епізод може свідчити про загальну психоемоційну втому, напруження, з можливими соматичними проявами як наслідок перебування у складних умовах професійної діяльності. Динаміка малого депресивного епізоду в процесі реабілітації зазвичай є позитивною, а період реабілітації швидким.

Помірний депресивний епізод корелює з динамікою стану на рівні ($r=0,8$) та тривалістю реабілітації ($r=0,7$). Це вказує на те, що у представників групи осіб з помірним депресивним епізодом динаміка та тривалість реабілітації є взаємозалежною. Виявлений помірний депресивний епізод та його прояви впливатимуть на динаміку стану, тому у процесі реабілітації необхідно чітко його відслідковувати. Потребує тривалого періоду реабілітації порівняно з малим депресивним епізодом. До особливостей помірного епізоду відносять: стійке зниження настрою; зниження інтелектуальної діяльності; рухова загальмованість. Вказані прояви

провокують обмеження соціальних контактів, погіршують виконання професійних обов'язків, знижують мотивацію на подальше майбутнє. При невчасному зверненні до спеціаліста та наявності додаткової психотравми, динаміка стану може розвинутися у важкий депресивний епізод.

Для невротизації характерна активація механізмів психологічного захисту, притаманних особистості. В залежності від типу механізму психологічного захисту та індивідуальних особливостей, реакція на психотравму може мати такі прояви, як ступор, збудження, агресія, пасивність та інші. Виникнення цих реакцій спричинене спробою психіки адаптуватись до нових несприятливих умовах. У випадку, якщо обраний тип реакції сприяє конструктивному виходу з психотравмуючої ситуації, відбувається адаптація, прояви невротичної симптоматики зменшуються або редукуються.

У разі тривалої дії психотравмуючих чинників відбувається виснаження ресурсів нервової системи. Наслідком цього може бути виникнення депресивних проявів: знижений настрій; зниження психічної та фізичної активності, що свідчить про етапність динаміки психоемоційних станів.

У випадку декомпенсації механізмів психологічного захисту, під дією психотравмуючого впливу, відбувається загострення преморбідних рис особистості, підвищення рівня психопатизації (конфліктність, паранояльні ідеї, надмірна залежність від думки оточуючих, труднощі у встановленні контактів з оточуючими та інше), що призводить до стійких, довгострокових змін в поведінці, наслідком чого є погіршення якості життя.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що підвищений рівень психопатизації та помірний депресивний епізод, мають найбільш негативну динаміку емоційного тану та подовжений термін реабілітації. Це пов'язано з тим, що вказані стани виникають внаслідок невротизації особистості, на фоні надмірних психотравмуючих чинників та відсутності адекватного вчасного лікування.

Отже, невротизація є підґрунтям для розвитку помірною та важкого депресивного епізоду (на фоні виснаження психологічних ресурсів), та розвитку психопатизації (як розвиток стійких деструктивних форм реагування на звичайні ситуації, та формування або загострення психопатичних рис особистості).

Варто зазначити, що саме від *інтенсивності впливу* психогенного чинника та індивідуальних психологічних особливостей особистості залежить ступінь розвитку невротизації, психопатизації та депресивного епізоду.

На основі отриманих даних визначено чинники, які впливають на динаміку стану та тривалість реабілітації груп підвищеної психологічної уваги:

- 1) термін, протягом якого комбатант відчув зміни в психоемоційному стані та періодом звернення за спеціалізованою допомогою;

- 2) вплив стрес-факторів під час проходження програми реабілітації, що може погіршити позитивну динаміку стану та продовжити термін реабілітації;

- 3) під час проходження програми реабілітації призначене медикаментозне лікування може не відразу покращити стан комбатанта (індивідуальна реакція на препарати), тоді відбувається повторний огляд та визначення подальшої стратегії лікування, що має також враховуватися психологом у процесі надання психологічної допомоги.

Динаміка стану та тривалість реабілітації є індивідуальною для кожного випадку.

Висновки до розділу 2

Аналізуючи результати проведеного дослідження змістових та динамічних особливостей емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил, можна зробити наступні висновки:

1. Дослідження динаміки емоційних станів поліцейських-учасників ООС дало змогу виокремити чотири групи досліджуваних у залежності від вираженості негативного впливу участі в бойових діях, які потребують підвищеної уваги з боку психологів, а саме: з високим рівнем невротизації; з високим рівнем психопатизації; з малим депресивним епізодом; з помірним депресивним епізодом. Встановлено специфічні особливості взаємозв'язку рівнів прояву активності, настрою, тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності та когнітивних дисфункцій у представників цих груп.

2. На основі методу експертних оцінок та анонімного опитування респондентів виявлено різні групи чинників, які впливають на динаміку їхніх емоційних станів. Зокрема, лікарями-психіатрами та психологами клініки психіатричної Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України визначається, що на динаміку емоційного стану осіб, які перебували в зоні бойових дій, впливають такі чинники як спадковість; індивідуальні особливості особистості; попередня підготовка особистості до військової служби в бойових умовах; тривалість перебування під впливом психотравмуючих чинників. Водночас самими респондентами в якості факторів найбільшої суб'єктивної значущості визначаються такі: наявність отриманих поранень у зоні проведення бойових дій; наявність дітей та сімейний стан; спеціальне звання; наявність категорій: учасник бойових дій; учасник бойових дій з посвідченням УБД; звернення за спеціалізованою психологічною допомогою; лікування та реабілітація; наявність психотравмуючих ситуацій протягом перебування в зоні проведення ООС.

3. Встановлено, що загальний період перебування в зонах бойових дій не лише на території проведення операції об'єднаних сил, а й на

територіях інших держав, як учасників миротворчих місій, має важливе значення: у комбатантів, які в минулому зазнали психотравми під час війни, але знаходиться в стадії компенсації, при повторному поверненні в зону проведення бойових дій ймовірний високий рівень загострення попередніх негативних проявів у емоційному стані особистості. Водночас, розглядаючи деякі випадки, наявність попереднього досвіду у веденні бойових дій та готовність особистості до картин війни за рахунок отриманого попередньо травматичного досвіду, який особистість вдало компенсує, допомагає в подальшому більш адекватно сприймати та реагувати на ситуації та умови участі в операції об'єднаних сил.

4. Серед досліджуваних нашої вибірки за фаховою допомогою психолога зверталися лише 15%. Це свідчить про усвідомлення респондентами необхідності вирішувати деякі особистісні питання з фахівцем. Загалом отриманий результати неможливо назвати позитивним, оскільки більшість осіб не звернулись за фаховою допомогою психолога, вважаючи недоцільним втручання або залучення сторонніх осіб до вирішення особистісних проблемних питань та не усвідомлюючи повною мірою латентного періоду перебігу негативних емоційних станів. Дані тенденції негативно впливають на динаміку емоційного стану у досліджуваних. Ігнорування особистістю негативних емоційних станів (безсоння або сонливість, низька концентрація уваги, відчуття провини перед співслужбовцями та сім'єю, пасивність, тривожність та інше) відбувається внаслідок того, що ці прояви сприймаються як просте виснаження, яке не несе ніякої небезпеки і скоро минеться. Зазначені тенденції негативно впливають на динаміку емоційного стану в досліджуваних, призводять до хронізації процесу та ймовірного розвитку психопатологічних станів.

5. Встановлено, що на динаміку емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил значною мірою впливають психотравмуючі ситуації безпосередньо під час перебування в зоні проведення бойових дій. Реальна загроза власному життю – це травматичний

фактор впливу на особистість, яка знаходиться в бойових діях. Смерть та тяжкі захворювання рідних в період перебування комбатанта в зоні бойових дій провокують виникнення негативних емоційних станів, що впливає на якість виконання професійних обов'язків. Респонденти, які перебували на другій лінії розмежування та ті, хто перебували під обстрілами, отримали різний рівень травматизації. Усвідомлення поранення, травм, каліцтва; загибель товаришів по службі і мирних жителів провокує виникнення бойового стресу. Характерним для бойового стресу є зміни в емоційному стані комбатанта, що впливає на якість виконання професійних обов'язків та соціальні взаємини. небезпечним є виникнення вторинного бойового стресу, який виникає у комбатанта в силу нерозуміння в сім'ї, близьких друзів, які не брали участь у війні, та байдужістю суспільства, погіршення в подружніх стосунки, що призводить до розлучення.

6. Визначено характерні наслідки для комбатантів досліджуваної вибірки, які перебувають у стані бойового стресу: порушення соціальних контактів із колишніми друзями; суттєві зміни кола інтересів (досліджувані зазначають, що їм комфортніше проводити час з колишніми співслужбовцями, оскільки існують спільні теми для обговорення, спільні інтереси); бажання повернутись до співслужбовців, які знаходяться в зоні проведення бойових дій, через почуття провини перед ними. Результати попередніх досліджень бойового стресу та посттравматичного розладу вказують на те, що симптоми можуть проявлятися відразу після психотравмуючої ситуації або ж призвести до негативної симптоматики для діагностування посттравматичного стресового розладу через роки. Встановлено, що важливим чинником, який впливає на динаміку емоційного стану комбатанта, є перенос моделі поведінки із зони проведення бойових дій в мирне життя. Постійне психоемоційне напруження, стрес, фрустрація базових потреб в умовах війни провокують виникнення таких негативних емоційних станів, як висока тривожність, агресивність, невротизація.

7. У результаті кореляційного аналізу та опитування лікарів

встановлено, що найбільшу групу ризику становлять представники з високим рівнем психопатизації та помірним депресивним епізодом, оскільки мають більш негативну динаміку емоційного стану та подовжений термін реабілітації. Це пов'язано з тим, що вказані стани виникають внаслідок невротизації особистості, на фоні надмірних психотравмуючих чинників, та відсутності адекватного вчасного лікування. Невротизація є підґрунтям для розвитку помірного та важкого депресивного епізоду (на фоні виснаження психологічних ресурсів), та розвитку психопатизації (як розвиток стійких деструктивних форм реагування на звичайні ситуації, та формування або загострення психопатичних рис особистості). Процес динаміки психоемоційних станів у групі з малим депресивним епізодом є менш ускладненим, у зв'язку з мінімальними астеничними проявами. Встановлено, що саме від інтенсивності впливу психогенного чинника та індивідуальних психологічних особливостей особистості залежить ступінь розвитку невротизації, психопатизації та депресивного епізоду.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛІЦЕЙСЬКИМ- УЧАСНИКАМ ООС У РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

3.1. Теоретико-прикладні засади особистісної реабілітації учасників бойових дій

Аналіз наукових досліджень, присвячених вивченню реабілітації учасників бойових дій, дозволяє виокремити загальні теоретико-прикладні засади надання комплексної допомоги особистості із посттравматичним синдромом. Спираючись на вітчизняний та світовий досвід, розглянемо перевірені на практиці основні загальнонаукові підходи та методи надання психологічної допомоги у реабілітаційний період.

Системний підхід є напрямом методології наукового пізнання. У системі реабілітації він орієнтований на виявлення та дослідження нових зв'язків у складних процесах та формування їх у цілісну систему. Для системного підходу характерні такі особливості: інтегративність; цілісність (досліджуване явище базується на наявності взаємозв'язку між його елементами); ієрархічність (система розглядається як елемент системи вищого порядку); взаємозалежність (розвивається під впливом зовнішнього середовища, але при цьому намагається зберегти властивості, що забезпечують відносну стійкість та адаптивність її функціонування та якісну визначеність); цілеспрямованість; надійність (безперервність функціонування системи); чітка визначеність (визначена кількість компонентів системи та зв'язків між ними); динамічність (системі властиві такі процеси як виникнення, становлення, розвиток, зміни та припинення існування). Використання системного підходу є методологічним прийомом для отримання можливості повного опису реабілітації комбатантів-учасників бойових дій у системі соціально-психологічної служби як певної цілісності.

У систему реабілітації комбатанта, що перебував в зоні проведення операції об'єднаних сил повинні бути включені всі зазначені вище характеристики.

Варто звернути увагу й на закордонний досвід надання психосоціальної допомоги учасникам бойових дій. Аналіз результатів досліджень, проведених у США, Грузії, на Балканах, а також інтерв'ю із закордонними експертами дають підстави стверджувати, що у міжнародному досвіді психосоціальної роботи з тими, хто постраждав унаслідок збройних конфліктів, застосовують такі форми роботи:

1. 1. Короткострокові інтервенції – кризове втручання; зустріч-робота (мобільна, виїзна робота), орієнтована на завдання підхід до психосоціальної допомоги (task-centred approach); екстрене психотерапевтичне втручання.

2. Довгострокові втручання – стратегії, орієнтовані на системно-екологічну модель роботи (відновлення ресурсів особистості, економічної спроможності, зв'язків із оточенням); стратегії, орієнтовані на розвиток громад; сімейно орієнтовані стратегії роботи, довгострокові психотерапевтичні програми, довгостроковий соціальний супровід та психологічна підтримка [66; 46, с. 71]. Психологічна допомога учасника бойових дій включає такі форми роботи, як: групова психотерапія, терапія посттравматичних розладів, сімейна психотерапія, індивідуальне психологічне консультування, психотерапія екзистенціальної спрямованості тощо. Доведено ефективність у роботі з ветеранами бойових дій таких напрямів психотерапії, як гештальт-терапія, родинна терапія, нейролінгвістичне програмування, символдрама (кататимно-імажинативна психотерапія), метод десенсибілізації і перетворення рухами очей та ін.

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить такі послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методам саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).

4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).

5. Апробація нових способів поведінки через гру.

6. Визначення життєвих перспектив [69; 80].

Аналіз американського досвіду дозволяє виокремити низку підходів в організації психосоціальної підтримки військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, членів їх сімей та ветеранів війни. У системі гарнізонної підготовки до бойових дій Наказом Міністерства оборони визначено, що кожен підрозділ повинен мати професійну підготовку, навчальні програми і рекомендації з контролю бойового стресу з акцентом на первинну, вторинну і третинну профілактику в гарнізонах [66]. В Армії США на рівні дивізій та бригад створено відділи охорони психічного здоров'я, які очолює психіатр. До його складу входять також офіцери з охорони психічного здоров'я (ліцензовані психологи чи соціальні працівники зі спеціалізованою освітою та принаймні однорічним досвідом роботи у лікувальних закладах), що вказує на комплексний підхід до реабілітації.

До повноважень відділу віднесено: клінічні (лікувальні) послуги; планування послуг з охорони психічного здоров'я в дивізії та нагляд за наданням таких послуг; консультування командирів та хірургів дивізії з питань психічного здоров'я; співпраця з капеланами та підрозділами, що відповідають за питання бойового стресу, а також з медичним персоналом який відправляється за кордон; установлення стандартів піклування про практику з охорони психічного здоров'я в підрозділі (мають бути опубліковані у певному форматі та регулярно переглядатися); наставництво та забезпечення ознайомлення всього медичного персоналу з найновішими практиками діагностики та лікування (посттравматичного стресового розладу; розладів сну; депресії та тривожності; лікування наслідків травматичної події; використання психотропних препаратів, нагальних ситуацій, у яких потрібна психіатрична допомога); проведення оцінок/діагностики за наказами командування, підготовка рапортів щодо

ризик самогубств тощо. Унаслідок цього, а також низки інших подій, були запроваджені тренінги в системі підготовки солдатів, які передислоковуються і повертаються на військову базу [66, с. 50].

Одну з перших методик – «Battlemind» – було розроблено для того, щоб допомогти військовим, які повернулися з війни, та їх сім'ям реінтегруватися в звичайне життя [103; 105; 40, с. 51]. Навчальна програма «Battlemind» передбачає підвищення адаптаційних можливостей до високостресових ситуацій. Навчання спрямоване на солдатів, командирів та подружжя військовиків. Навчальна програма ґрунтується на підході, який спирається на сильні сторони індивіда, ідею взаємопідтримки військових, а також зосереджується на ролі командира в підтриманні психічного здоров'я усіх солдатів. Навчальні модулі містять приклади, які є близькими для солдатів і допоможуть розібратися у незрозумілих або суперечливих ситуаціях. У кожному модулі також визначено конкретні дії, які може вчинити солдат для підтримання своєї сили духу, та наголошується на спостереженні за собою, своїми товаришами та підлеглими. Методика має різні цикли: 1. PTSD Symptoms 2. PTSD 3. PTSD Veterans 4. Treatment Depression 5. Anxiety and Depression 6. Combat Stress 7. Spouse Battlemind Training. Кожен продукт «Battlemind» є практичним. Навчальна програма «Battlemind» адаптована в Канаді, Великобританії та Австралії. Нещодавно на основі цієї методики розробили Комплексну програму тренування солдатів, орієнтовану на поліпшення здатності до відновлення нормального функціонування психіки.

Водночас, попри розроблені нові програми, багато військовослужбовців, які і раніше, неохоче звертаються по психологічну допомогу. На це є кілька причин, головна з них – побоювання, що це якось нашкодить їхній кар'єрі. Стереотипи й нині залишаються нагальною проблемою, попри численні зусилля з протидії їхньому поширенню. Зазвичай отримати психологічну допомогу намагаються члени солдатських сімей, а не самі військовослужбовці. Для поліпшення доступу до психологічного

супроводу армія та інші служби суттєво збільшили кількість фахівців із питань психічного здоров'я (до 70 % за період 2007–2010 р.р.). Кількість військовослужбовців невпинно зростає, і, щоб мати можливість надати допомогу всім тим, хто її потребує, спільнота з охорони здоров'я учасників бойових дій запровадила багато нових систем оцінювання психічного стану військових і надання їм психологічної допомоги. Програма оцінювання здоров'я після проходження служби в розгортанні (PDHA – The Post – Deployment Health Assessment) дає змогу оцінити стан військовослужбовців після повернення з війни. Ця програма була реалізована після війни у Перській затоці (1990–1991). Однак учасники бойових дій після повернення часто приховували симптоми психологічних розладів, адже хотіли якнайшвидше потрапити додому. З 2005 року програму PDHA об'єднали з програмою повторного оцінювання здоров'я після проходження служби в розгортанні (PDHRA – Post-Deployment Health Re-Assessment), що проводилася через 3 та 6 місяців після повернення додому. Якщо симптоми присутні довше, ніж 3 місяці, діагностичний код змінюється з «гострого» на «хронічний». Якщо симптоми з'являються через 6 місяців з моменту пережитого стресу, кажуть про «відстрочений початок» [66, с. 57].

Аналіз основних психологічних особливостей та структурних елементів стресогенних факторів, які впливають на комбатантів, засвідчує складність і специфічність застосування особливих методів корекції поведінки в реабілітаційний період. Відновлення психологічних ресурсів учасників бойових дій стало важливою процедурою при поверненні до цивільного життя. Періоди відновлення найчастіше полягають у особистісній чи військовій підтримці. Важливе значення мають раннє залучення родин і громади до повернення військовослужбовців на службу і їхнього звичайного життя, нормалізація психічного здоров'я (немедикалізація стресу), уникнення таврування поведінки військовослужбовців і допомога з корекцією поведінки, тобто забезпечення консультацій фахівців і навчання військовослужбовців, а також їхніх близьких. Визначення групи ризику серед

осіб, що брали участь у миротворчих місіях та локальних конфліктах, є одним із основних завдань, спрямованих на подальше надання психологічної та психотерапевтичної допомоги. До групи ризику зазвичай входять ті особи, які зазначили ще до служби, що мають подружні проблеми або нестабільні сімейні стосунки, зловживають алкоголем та наркотиками, страждають від депресій та стану підвищеної тривожності. Наступним етапом надання психологічної допомоги учасникам бойових дій є психологічне консультування та психотерапія.

Психологічне консультування – це спеціальна організація професійної діяльності психолога, спрямована на надання допомоги особам, які відчують необхідність в оптимізації своєї психічної активності, в подоланні неприємних психічних станів, психічних труднощів, відчуття безвиході в організації самовиховання тощо. Консультанти можуть мати різні цілі щодо різних клієнтів, наприклад, спеціалісти у сфері консультування допомагають клієнтам виходити з депресивних станів, пов'язаних з емоційними втратами в минулому, розв'язувати поточні проблеми, переживати перехідні періоди, приймати рішення, виходити з кризових ситуацій, розвивати навички адаптивної поведінки.

Іноді цілі консультування поділяють на пов'язані з виправленням (корекцією) і спрямовані на забезпечення росту та розвитку [67, с. 91]. Межа між виправленням недоліків і розвитком сильних сторін не завжди є чіткою. Досягнення цілей обох видів може забезпечувати виконання профілактичних функцій. Неможливо провести чітку межу між консультуванням та психотерапією. І консультування, і психотерапія є скоріше багатoelementними, ніж однорідними сферами знання і діяльності. Межа між консультуванням та психотерапією базується на таких відмінностях: психотерапевти роблять акценти на особистісній зміні, натомість консультанти прагнуть перш за все допомогти людям із використанням наявних ресурсів для покращення якості їхнього життя. По суті консультування та психотерапія відрізняються між собою ступенем впливу

на клієнта: психотерапевти мають справу з більш складними психологічними проблемами, і методи психотерапії є спричиняють сильніший вплив, ніж консультування.

Психотерапія на сьогодні становить широку сферу практичної діяльності спеціалістів, до якої входить велика кількість різноманітних концептуальних підходів. Можна говорити про існування медичної, психологічної, соціальної і філософської моделей психотерапії. У вузькому значенні психотерапія – це комплексний вербальний і невербальний вплив на емоції, когніції, самосвідомість людини при багатьох психічних та психосоматичних захворюваннях.

Умовно напрямки психотерапії поділяють на: клінічно орієнтовану психотерапію, спрямовану переважно на пом'якшення або ліквідацію наявної симптоматики, та особистісно орієнтовану психотерапію, спрямовану на допомогу особистості змінити своє ставлення до соціального оточення і власне до себе.

В рамках медичної моделі необхідно звернути увагу на відмінності психотерапії від інших методів лікування. Мова йде, насамперед, про те, що при проведенні психотерапії використовуються психологічні методи та засоби. У ролі пацієнтів виступають люди з тими чи іншими психологічними проблемами, а в ролі спеціалістів – особи, які мають професійну підготовку у сфері психології. У клінічно орієнтованій психотерапії традиційно використовуються такі методи, як аутогенне тренування, різноманітні види навіювання та самонавіювання. Особистісно орієнтована терапія широко використовує різні варіанти аналізу конфліктних переживань клієнта. В індивідуальній психотерапії вирішальним фактором ефективності впливу є психотерапевтичний контакт психотерапевта та клієнта, заснований на взаємній повазі та довірі, на здатності терапевта до співпереживання та емпатії. Посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш розповсюджених психічних захворювань у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Діагноз ПТСР передбачає психотравмуючу подію, як-

от переживання, або протистояння смерті чи серйозному пораненню, у відповідь на яке виникають відчуття безпорадності та страху. Це проявляється як низка симптомів, що тривають не менше одного місяця і порушують нормальний цикл життя людини [67, с. 93].

Виділяють такі чотири основні напрями психокорекційної допомоги учасникам бойових дій:

1. Освітній напрям. Цей напрямок полягає у інформаційній підтримці, обговоренні книг і статей, знайомстві з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, тільки просте ознайомлення клієнта з діагностичною симптоматикою ПТСР, що може виникати в учасників бойових дій, допомагає усвідомити, що їх переживання і труднощі є типовою реакцією людини на неадекватний стресовий фактор, що зі свого боку дає можливість контролювати емоційний стан, обирати оптимальні методи, спрямовані на одужання.

2. Холістичний напрям. Ця група методів відноситься до сфери цілісного ставлення до здоров'я. Формування здорового способу життя (правильне харчування, фізична активність і розвинуте почуття гумору) вносить значний внесок в одужання людини як єдиного цілого. Здоровий спосіб життя – з правильним харчуванням, достатнім фізичним навантаженням, відмовою від шкідливих звичок, здатністю адекватно реагувати на стресові чинники – є основою для успішної реабілітації після інтенсивних травматичних подій.

3. Соціальний напрям. Це методи, спрямовані на формування та збільшення соціальної підтримки та соціальної інтеграції учасників бойових дій. Сюди також можна включити розвиток міжособистісної мережі самодопомоги, а також формування офіційних громадських організацій, які надають підтримку людям з ПТСР. Дуже важлива точна оцінка соціальних навичок, тренування цих навичок, зменшення ірраціональних страхів, допомога в умінні долати ризик формування нових відносин. До цієї

категорії належать і форми організації соціальної роботи, які допомагають процесу одужання [67; 27, с. 50].

4. Терапевтичний напрям містить у собі психокорекцію та психотерапію, спрямовану на опрацювання травматичного досвіду, а також розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів ПТСР.

Зазначені напрями можуть бути застосовані в системі реабілітації орієнтовно до виявлених у ході нашого дослідження груп комбатантів, які потребують підвищеної психологічної уваги з боку спеціалістів. Розглянемо більш детально особливості терапевтичного напрямку.

Загалом психокорекція та психотерапія спрямовані на зміцнення захисних психологічних механізмів, оскільки вони призводять саме до переосмислення подій, що відбулися, і таким чином сприяють посиленню механізмів адаптації. Метою психокорекції та психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є допомога у звільненні від спогадів про минуле і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також у тому, щоб клієнт міг активно включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями та визначити травматичним подіям належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії.

Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненного, що з ним трапилося, в його уявлення про себе (Я-концепцію) [27, с. 51]. У зв'язку з цим С. Єніколопов розрізняє чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети: 1) підтримка адаптивних навичок «Я» (одним із найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії); 2) формування позитивного ставлення до симптомів (сенс цієї стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів); 3) зниження уникнення (бо прагнення

клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід); 4) нарешті, зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити зміст, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити в клієнта відчуття «контролю над травмою») [69; 44, с. 70].

Психотерапевтичні концепції й методи при ПТСР досить різноманітні: 1) методами раціональної психотерапії клієнту роз'яснюють причини та механізми ПТСР; 2) методи психічної саморегуляції (аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів) допомагають зняти симптоми напруги і тривоги; 3) методи когнітивної психотерапії допомагають переосмислити дезадаптивні думки і змінити негативні установки; 4) методи особистісно-орієнтованої терапії дозволяють змінити ставлення потерпілого до психотравмувальної ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї; 5) методи позитивної терапії та гештальт-підходу дозволяють актуалізувати приховані можливості й резерви, притаманні кожній людині, у подоланні ПТСР [69; 70, с. 215].

Вибір форми психотерапії є індивідуальним для постраждалих, які пережили психотравму. Оскільки травматичні чинники є деструктивними для особистості постраждалих та їх поглядів на навколишню реальність, відтворення зруйнованого буває досить травматичним. Тому різні форми психотерапевтичних технік можуть стати ефективними для роботи з постраждалими в бойових діях у реабілітаційний період, а саме: психологічне консультування, короткострокова динамічна психотерапія, нейролінгвістичне програмування, когнітивна терапія, тілесно орієнтована терапія та ін. Наслідки перенесених психотравмуючих факторів є одним із головних бар'єрів на шляху подальшої адаптації до мирного життя, що в подальшому може викликати розвиток хронічних післявійськових проблем, зокрема проблеми професійного, подружнього, родинного, соціального характеру. Надання допомоги учасникам миротворчих місій та локальних збройних конфліктів у реабілітаційний період повинно містити поєднання як

консультативних, так і психотерапевтичних методів роботи з травматичним досвідом та його наслідками. Це надасть можливість прискорити процес реабілітації постраждалого, мінімізувати можливі ускладнення.

Виокремлено основні напрямки психотерапевтичної допомоги учасникам бойових дій.

Інтегративна когнітивна модель ПТСР (А. Ехлерс і Д. Кларк). Ця модель пов'язує типове для ПТСР почуття постійно присутньої загрози поруч з когнітивними і поведінковими чинниками:

1. когнітивними оцінками травми і її наслідків;
2. специфікою запам'ятовування травматичного досвіду і характером взаємодії цього виду пам'яті з автобіографічними спогадами;
3. дисфункціональними поведінковими й когнітивними стратегіями опанування;
4. попереднім досвідом травматизації і вихідної когнітивної схеми (базисних уявлень про світ і власної особистості), яка існує у потерпілого до травми [67, с. 95].

Когнітивні оцінки травми та її наслідків. Постраждалі, у яких слідом за пережитою травмою розвиваються симптоми ПТСР, відрізняються особливим типом сприйняття травматичної події та її наслідків. Як правило, їм не вдається сприймати трагічну подію як обмежену в часі та як таку, що не має глобальних негативних наслідків для всього майбутнього. Їхні когнітивні оцінки того, що сталося, та можливих наслідків події породжують відчуття постійно присутньої загрози [41, с. 110; 67].

На думку А. Ехлерса і Д. Кларка, почуття постійно присутньої загрози може бути пов'язано з декількома типами когнітивних оцінок травмуючої події:

- 1) постраждалі починають розглядати абсолютно нормальні умови як небезпечні. Вони перебільшують імовірність чергової катастрофи (когнітивне спотворення «Катастрофізація»), можуть розглядати факт випадкової невдачі як доказ, що вони «притягують біду» і «з ними вічно

трапляється щось погане». Ці когнітивні оцінки породжують поведінку уникнення, яка підкріплює страх.

2) потерпілі можуть спотворено оцінювати власну поведінку під час події, що індукує відчуття загрози.

Специфіка «травматичної» пам'яті. Пам'ять, пов'язана з екстремальною пригодою, має цілу низку особливостей. З одного боку, виникають труднощі при цілеспрямованих спробах відтворити повну й точну картину події, з іншого – виникають мимовільні напливи спогадів у дуже живій і емоційно забарвленій формі [67, с. 97].

Феномен мимовільного повторного переживання травми має такі характеристики:

1. Напливи мимовільних спогадів, що складаються із сенсорних вражень, а не думок;
2. Сенсорні відчуття, які переживаються так, ніби вони відбуваються «тут і тепер», факт пригадування при цьому не усвідомлюється;
3. Початкові емоції та сенсорні відчуття, які переживаються повторно, навіть якщо індивід отримав інформацію, що спростовує його уявлення про те, що трапилося;
4. Можливе повторювання ізольованого переживання афекту без супутніх спогадів;
5. Симптоми мимовільного повторного переживання травматичної події запускаються великою кількістю стимулів і ситуацій. Багато з цих пускових стимулів не мають смислового взаємозв'язку з травматичною подією, вони лише збігалися з нею за часом. Це можуть бути запахи, освітлення, певні фрази, вимовлені з характерною інтонацією.

Когнітивна модель припускає, що у випадках, коли травматична подія завдала серйозної шкоди уявленням людини про себе, може виникнути повна дезорганізація автобіографічної пам'яті.

Дисфункціональні поведінкові і когнітивні стратегії подолання. Для полегшення симптомів ПТСР і досягнення безпеки використовуються різні

поведінкові та когнітивні стратегії. Більшість спроб усунути дискомфорт лише сприяють його посиленню. Вибір стратегій подолання тісно пов'язаний з індивідуальною когнітивною оцінкою травми та її наслідків, а також із загальними уявленнями людини про те, як краще справлятися з такою ситуацією [67; 46 с. 72].

Основні дисфункціональні стратегії:

1) Спроби контролювати симптоми ПТСР. Особистість прагне позбутися думок, пов'язаних із психотравмою, що призводить до підвищення частоти травмуючих спогадів.

2) Виконання дій, що гарантують безпеку. Ця стратегія тісно пов'язана з переконанням, що катастрофа обов'язково станеться, якщо не вжити превентивних заходів.

3) Активні спроби не думати про травму. Уникання психотравмуючих спогадів не дозволяє повною мірою детально відновити травматичну подію та скорегувати помилковий прогноз.

4) Постійні роздуми про відновлення справедливості та помсти. Можна припустити, що ця стратегія підкріплює негативну глобальну оцінку наслідків травми.

5) Прийом алкоголю й медикаментів для зняття тривоги.

6) Уникнення видів діяльності, які до травми були значимими [67, с. 97].

Методи подолання ПТСР за допомогою Оксфордського підходу до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії. Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія включає різноманітні шляхи роботи, які спрямовані на переоцінку та повторне переживання травматичних подій. Основними методиками травмофокусованих втручань є:

- експозиція наживо;
- експозиція в уяві;
- пролонгована експозиція;
- стимульна конфронтація;

- повторне когнітивне опрацювання;
- когнітивна реструктуризація;
- наративна реконструкція.

Травмофокусована терапія спрямована на: 1) розпізнавання та зміну негативних особистісних значень, що надаються травматичній події та її наслідкам; 2) зменшення проявів повторного переживання і нівелізацію тригерів; 3) зміну неправильних патернів поведінки [67, с. 98].

Для досягнення першого напрямку використовують процедуру оновлення травматичних спогадів. Мета такого підходу передбачає визначення тригерних точок; переоцінку травматичних наслідків та зменшення негативних спогадів; поновлення особистісних значень з огляду на переоцінку інтерпретації психотравмуючої події. Під час проведення терапії постраждалі мають поновити обставини, що відбулися під час травматичної події. Зменшення симптомів повторного переживання та зниження тригерування можна досягти за допомогою таких технік, як уявне перепроживання події (*imaginal reliving of the event*), виписування детальної історії події (*writing out a detailed account of the event*), перегляд місця події (*revisiting the site*) і власне дискримінація тригерів (*discrimination of triggers*) [67, с. 99].

Під час уявного перепроживання постраждалий згадує травматичні події в усіх подробицях, з відчуттями та емоціями. Аналогічна процедура відбувається під час встановлення послідовності травматичних подій у письмовій формі. Доцільним є огляд місця події, де людина зазнала травми (якщо є така можливість), для фокусування на відмінностях між тим, що було тоді, і тим, що є зараз, коли травма минула і людина перебуває в безпеці.

Суть техніки дискримінації тригерів полягає в аналізі ситуації, подій, людей, запахів, звуків, що спричиняють повторні переживання травми, та роботу над розірванням умовного зв'язку між тригером та інтрузією, внаслідок чого виникає усвідомлення, що це реакції на пам'ять про подію, а не на реальність. Значну роль у дискримінації тригерів відіграє

безпосередня експозиція до них – стикання клієнта з ними в реальній ситуації за підтримки терапевта або близьких, які мають переконати його в тому, що самі тригери не становлять жодної загрози. Шляхом обговорення відбувається корекція та усунення деструктивної поведінки й стратегій сприймання, під час яких клієнти переглядають старі способи світосприймання й реагування та переконуються в їхній неефективності.

Усі вказані психотерапевтичні техніки розробляються індивідуально, залежно від індивідуальних особливостей особистості, з урахуванням пережитого травматичного досвіду та інших зовнішніх чинників.

Посттравматичний стресовий розлад є наслідком пережитих травмуючих подій, симптоми яких виділено в окремі кластери для подальшої діагностики гострого чи хронічного стану. Для подолання ПТСР використовуються різноманітні психотерапевтичні методики, метою яких є усунення симптоматики посттравматичного досвіду та цілеспрямований вплив на особистість для швидкого відновлення в реабілітаційному періоді.

Ефективним напрямом роботи з посттравматичним стресовим розладом є когнітивно-поведінкова терапія, яка включає різноманітні техніки впливу на сприйняття травматичної ситуації, її аналіз та зменшення симптомів. Одним із найбільш дієвих вважається Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії, який спрямований на переоцінку та повторне переживання травматичних подій, заміну неправильних патернів поведінки. У зв'язку зі зростанням кількості осіб, які зазнали психотравматичних впливів внаслідок збройних конфліктів, доцільно проводити навчання фахівців зазначених психотерапевтичних технік [46, с. 100].

Варто зазначити, що надання реабілітаційної допомоги учаснику бойових дій повинно здійснюватись комплексно та із залученням фахівців різних профілів. Саме в залученні фахівців різних профілів проявлятиметься інтеграція, що забезпечить ефективне, чітке та узгоджене функціонування всіх елементів системи.

При наданні та організації заходів психологічної та психіатричної допомоги поліцейським-учасникам операції об'єднаних сил, фахівці керуються такими нормативно правовими документами:

- Закон України Про психіатричну допомогу від 22.02.2000 № 1489-III;
- Про затвердження Порядку організації системи психологічного забезпечення поліцейських, працівників Національної поліції України та курсантів (слухачів) закладів [...] МВС України; Наказ, Порядок, Перелік [...] від 06.02.2019 № 88;
- Про затвердження Інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів (Форми №№ 122-1/о, 122-2/о, 122-3/о) МОЗ України; Наказ, Інструкція від 17.01.2002 № 12;
- Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС України; Наказ, Положення, Перелік [...] від 03.04.2017 № 285;
- Про затвердження Порядку пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах Міністерства внутрішніх справ України поліцейських, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей. МВС України; Наказ, Порядок, Заява [...] від 14.12.2015 № 1568 [30; 31; 32; 33; 34].

Реабілітація комбатантів, які приймали участь в бойових діях під час проведення операції об'єднаних сил, здійснюється на чотирьох рівнях, у залежності від категорії комбатантів і важкості емоційних розладів.

Перший рівень – категорія комбатантів, які зазнали впливу стресогенних чинників, зіткнулись із невідповідністю внутрішніх мотивів з умовами мирного життя та потребують психологічного супроводу в процесі адаптації, а також підвищення стресостійкості та розвитку навичок відновлення; цей рівень призначений для категорії комбатантів, які виконуватимуть професійні обов'язки в умовах бойових дій.

Завдання:

- 1) здійснення заходів психологічного супроводу та психологічної допомоги для відновлення й адаптації до нових умов;
- 2) забезпечення стабілізації психологічного стану комбатанта до екстремальних умов (виконання бойових завдань), виконання службових обов'язків та після повернення в цивільне життя; здійснення відповідних заходів, спрямованих на швидке відновлення та адаптацію;
- 3) надання психологічної та психіатричної допомоги особам, які дістали важкі травми (або отримали інвалідність).

Заходи:

- 1) здійснення заходів, спрямованих на відновлення стабільного психоемоційного стану (фізичне відновлення та психологічне розвантаження комбатанта для попередження розвитку негативних психоемоційних наслідків та виявлення осіб, яким необхідне медичне обстеження та лікування, психологічна допомога).
- 2) систематичне психологічне дослідження комбатанта на початку несення служби, під час переходу в інші підрозділи та після демобілізації.
- 3) психологічна просвіта та інформування;
- 4) психологічний супровід у період ротації комбатанта, здійснення заходів для забезпечення успішної адаптації;
- 5) проведення фахівцями тренінгів та створення груп взаємодії.

Другий рівень – спрямований на вирішення психологічних проблем, що виникли у комбатантів-учасників бойових дій та їх сімей внаслідок перебування у психотравмуючих ситуаціях.

Завдання:

- 1) надання фахової психологічної та психіатричної допомоги;
- 2) осмислення отриманого досвіду;
- 3) здійснення психологічної просвітницької роботи;
- 4) здійснення психологічної діагностики;
- 5) надання психологічного консультування.

Заходи:

- 1) проведення психологічних консультацій для комбатантів (в індивідуальній та груповій формі, із залученням сім'ї комбатанта);
- 2) проведення комплексу психосоціальної допомоги та реабілітації.

Третій рівень – орієнтація на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних властивостей і системи стосунків, створення умов для повноцінного виходу із психологічної кризи з метою збереження здоров'я, відновлення боєздатності або психічних і соціальних механізмів адаптації, що впливає на ефективність соціальної поведінки та сприяння їхньому посткризовому зростанню.

Завдання:

- 1) надання психолого-психіатричної допомоги;
- 2) надання психотерапевтичних послуг та медикаментозного лікування психологічних розладів;

Заходи: проведення психотерапії.

Четвертий рівень – комбатанти, які отримали психіатричний діагноз внаслідок перебування у психотравмуючих ситуаціях (участь у бойових діях).

Завдання:

- 1) проведення психологічної просвіти для сімей та рідних;
- 2) надання фахової психіатричної допомоги, медикаментозне лікування, реабілітація у відповідних установах;
- 3) проведення психодіагностики, психологічного консультування, психотерапії включно з медикаментозною терапією.

Для визначення рівня, на якому будуть здійснювати психологічну допомогу, психологи підрозділів проводять психодіагностику особи з урахуванням психологічного та фізіологічного стану здоров'я. Після визначення рівня надання реабілітаційних послуг проводиться психодіагностика до початку та після проведення передбачених заходів.

Основні ознаки ефективності процесу реабілітації учасників бойових дій:

- комплексність – основна характеристика ефективного психологічного впливу, включає методики всіх типів реадaptaції, вибір яких здійснюється відповідно до проблемної ситуації; комплексний підхід повинен відповідати загальній логіці надання допомоги з урахуванням психологічного стану та загального стану психіки учасника бойових дій;

- перманентність – ознака якісно сформованої системи реабілітаційного впливу на особистість комбатанта (не передбачає постійної присутності психолога в житті комбатанта; робота психолога спрямована на створення сприятливих умов для особистості, для мотивування в подальшій роботі з спеціалістом);

- гарантованість – виконання всіх завдань з боку держави, зокрема в секторі реадaptaції (це положення пов'язане з можливістю практичного доступу до інструментарію здійснення поставлених задач із урахуванням нормативної доступності) [15];

- професійність – одним із основних чинників успішної реабілітації комбатанта є особистість професіонала, який здійснює відповідні впливи; залучення до процесу реабілітації спеціалістів різних профілів з урахуванням певних вимог: відповідної форми освіти та кваліфікації; наявності вузькоспеціалізованих знань, досвіду роботи та практичних навичок.

3.2. Критерії діагностики емоційних станів поліцейських-учасників ООС як основа диференційного підходу в системі реабілітації

Систематична психодіагностика стану комбатанта є однією з головних передумов своєчасного виявлення та оцінки динаміки психологічного стану особистості. Актуальною, перш за все, є діагностика загального психоемоційного стану поліцейського до відправки в зону проведення операції об'єднаних сил та після ротації.

Психодіагностичне дослідження емоційного стану особистості до ротації – одне з головних завдань відділів психологічного забезпечення структурних підрозділів. Процедура психодіагностики проводиться фахівцями-психологами, офіцерами з роботи з особовим складом з метою прогнозування та попередження виникнення негативних психоемоційних станів. Вчасне діагностування негативних психічних станів та їх проявів, постстресових станів, створення груп посиленої психологічної уваги серед особового складу дозволяє на початковому етапі виявити комбатантів із низьким рівнем адаптаційного потенціалу й високою вірогідністю розвитку важких проявів бойової психічної травми. За результатами психодіагностичного дослідження створюється індивідуальна тактика відновлення стану комбатанта.

Діагностика негативних психічних станів комбатантів включає дві основні складові: 1) підбір діагностичного інструментарію; 2) визначення організації діагностичного дослідження з метою фіксації динаміки психоемоційних станів комбатанта. Під час діагностики негативних психічних станів поліцейських-учасників ООС необхідно враховувати дію специфічних стрес-факторів.

Процедура організації проведення психодіагностичного дослідження та перелік методик, які використовують психологи підрозділів для вивчення психоемоційного стану поліцейського, чітко визначені у внутрішніх наказах установ та методичних рекомендаціях. Обов'язковими, згідно з переліком, є такі методики: багатофакторне дослідження особистості (з метою поглибленого вивчення особистості й функції психіки використовують методики для визначення акцентуацій характеру); дослідження показників та форм агресивності; визначення деструктивних установок у міжособистісних стосунках; дослідження особливостей емоційно-вольової сфери; особливості мотиваційної структури; оцінка ступеня адаптованості; також можливе використання проєктивних методик, але виключно в сукупності з обов'язковими психологічними методиками. При проведенні

патопсихологічного обстеження використовують Стандартизований метод дослідження особистості (СМДО, в модифікації Л.Н.Собчик, 566 стверджень). Після проведеного дослідження психологи описують висновки, зроблені на основі здобутих даних.

У системі реабілітації поліцейських-учасників бойових дій важливим є психодіагностичне дослідження та моніторинг стану комбатанта до відправки в зону проведення ООС з урахуванням впливу внутрішньосімейних обставин особистості. У ході проведеного нами емпіричного дослідження було встановлено вплив на динаміку емоційного стану таких психотравмуючих ситуацій, як смерть або тяжкі захворювання рідних та близьких, розлучення.

Проведення психотерапевтичних заходів з позицій комплексного підходу передбачає такі етапи: діагностика та прогнозування динаміки стану особистості; надання комплексної соціально-психологічної допомоги; контроль та тривале спостереження за станом комбатанта.

У рамках нашого дослідження проаналізовано основні напрями дослідження особистості комбатанта штатними психологами. Визначено методи психодіагностичної роботи, яка здійснюється на рівні організації системи психологічного забезпечення поліцейських та обов'язкових попередніх і періодичних психіатричних оглядів під час несення служби поліцейського. Узагальнюючи отримані дані проведеного емпіричного дослідження, в межах теми нашої дисертації встановлено, що виявлені групи комбатантів з високим рівнем психопатизації, невротизації, малим та помірним депресивним епізодом потребують ретельного психодіагностичного дослідження та, в разі погіршення психоемоційного стану, скерування на реабілітацію. Розглянемо особливості роботи з виявленими групами комбатантів.

Особам з виявленим високим рівнем психопатизації та невротизації рекомендовано:

- застосування психотерапії;

- надання відпустки або санаторно-курортного лікування, звільнення від виконання службових обов'язків на визначений період;
- при виражених стійких порушеннях адаптації, вираженій емоційно-вольовій лабільності, що заважає виконувати службові обов'язки й не піддається психотерапії та медикаментозній корекції, рекомендовано скерування на військово-лікарську комісію для визначення ступеня придатності до служби;
- з огляду на міжнародний досвід роботи з негативними психоемоційними порушеннями в учасників бойових дій, доцільним є проведення просвітницької та профілактичної роботи з комбатантами та їх сім'ями для попередження виникнення девіантної поведінки (алкоголізації та наркоманізації).

Психопатизація може розвиватись як ускладнення затяжних невротичних проявів, таких як посттравматичний стресовий розлад, змішані тривожно-депресивні фобічні розлади. У групі осіб з малим та помірним депресивним епізодом також відбувається динаміка змін у психоемоційному стані.

На основі результатів проведеного емпіричного дослідження розроблено *низку рекомендацій фахівцям-психологам підрозділів у роботі з поліцейськими-учасниками операції об'єднаних сил*:

- 1) перед відправкою в зону проведення операції об'єднаних сил здійснювати поглиблене психодіагностичне дослідження особистості з проведенням індивідуального опитування та використанням додаткових методик діагностики;
- 2) після повернення із зони ООС проводити обов'язкове психодіагностичне дослідження з метою скринінгу загального психоемоційного стану комбатанта;
- 3) проводити обов'язкову просвітницьку роботу з учасниками бойових дій та їх сімей (довести до відома комбатанта інформацію про можливе виникнення симптомів гострої реакції на стрес, обговорення

індивідуальних сценаріїв стресу, можливість розвитку посттравматичного стресового розладу через відстрочений період, повернення уваги комбатанта не тільки до власного емоційного стану, але й стану співслужбовців);

4) через місяць після повернення з зони ООС обов'язково проводити повторне психодіагностичне дослідження (за можливості – огляд лікарем-психіатром), оскільки, згідно з міжнародною класифікацією хвороб, через 4 тижні після повернення з зони бойових дій можливе виникнення симптомів посттравматичного стресового розладу;

5) при виявленні адаптаційних розладів у комбатанта обов'язково скерувати його на консультацію до психіатра для визначення потреби у лікуванні (амбулаторному або стаціонарному);

6) у випадках, коли є показання для амбулаторного лікування, розпочати роботу з фахівцем-психологом (призначити психологічний супровід) або психотерапію.

При виникненні негативних психічних станів унаслідок впливу на особистість поліцейського психотравмуючих чинників різної сили, які можуть виникати асинхронно та посилювати одне одного, в організацію психодіагностичного дослідження варто включати моніторинг. Суть проведення моніторингу психічного стану комбатанта – постійна та тривала фіксація показників динаміки психоемоційного стану з метою виявлення та прогнозування відхилень від оптимальних показників.

Методики, що призначені для експрес-тестувань, варто застосовувати не рідше одного разу на тиждень. Методики, які призначені для більш глибокого дослідження емоційних станів та їх ознак, слід застосовувати один раз на 1-2 місяці. Однак для дослідження особистості комбатанта, що повернувся із зони проведення операції об'єднаних сил та перебував під дією психотравмуючих факторів, необхідно застосовувати ці методики відразу після повернення, та надалі – один раз на 2-3 тижні.

Розглянемо основні засади проведення первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, положення про які висвітлено в уніфікованому клінічному протоколі роботи з депресією.

Заклади, що здійснюють первинну медичну допомогу:

1. Первинна профілактика: застосування специфічних методів профілактики депресії не мають доказової бази. Необхідно надати загальні рекомендації щодо способу життя, поінформувати про можливий розвиток симптомів депресивних епізодів та чинники, що їх провокують. Приділяти особливу увагу особам, що перебувають у групі ризику.

2. Діагностика: необхідно проводити психодіагностичне обстеження наявності депресивних епізодів в осіб, що знаходяться в групі ризику. Також обов'язковим є анкетування, на першому етапі можливе застосування скринінгу, надалі – проведення поглибленого психодіагностичного дослідження для виявлення та встановлення в особистості факту депресивного епізоду. При проведенні психодіагностичного дослідження фахівець психолог або психіатр обов'язково повинен звертати увагу на скарги особи, особливо, якщо досліджуваний перебував у групі ризику розвитку депресії. Для діагностики психоемоційного стану особистості рекомендовано використовувати опитувальник здоров'я (Patient health questionnaire) PHQ-2. При позитивній відповіді хоча б на одне запитання з переліку, необхідно надалі використовувати опитувальник (PHQ-9). Важливо провести психодіагностичне дослідження наявності схильності до суїциду та схильності до девіантної поведінки (алкоголізація, наркоманізація). Також потрібно визначити чи оцінити фактори, які впливають на перебіг депресії: наявність підтримки з боку сім'ї та найближчого оточення; стосунки в трудовому колективі та з оточенням; перебування під впливом стрес-факторів та наявність психотравмуючих ситуацій. При виявленні в особистості психоемоційних порушень необхідне обов'язкове скерування до лікаря-психіатра. Рекомендовано для використання у психодіагностичному

дослідженні методику «Госпітальна шкала тривоги і депресії для комплексної оцінки тривожних та депресивних станів».

3. Немедикаментозне лікування депресії. Доведено, що в роботі з особами, у яких виявлено малий та помірний депресивні розлади, ефективним є застосування психотерапії, зокрема, когнітивно-поведінкового підходу. У випадках, коли депресивний епізод виникає внаслідок перенесеної психотравмуючої ситуації (посттравматичний стресовий розлад в учасників бойових дій), ефективним є використання когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії. Період консультування та частота залежить від окремого випадку. Під час проведення немедикаментозного лікування слід дотримуватися здорового способу життя, виконувати фізичні вправи, раціонально харчуватися. При виявленому помірному депресивному епізоді слід проводити психодіагностичне дослідження протягом перших двох тижнів та обов'язково направити особу до лікаря-психотерапевта.

4. Моніторинг та оцінка ефективності наданої допомоги. Проведення моніторингу доцільно для осіб з депресивними епізодами, з метою відстеження динаміки змін в психоемоційному стані.

На основі проведеного емпіричного дослідження *виділено низку скарг*, за наявності яких фахівцям-психологам та психіатрам варто приділити особливу увагу стану комбатанта:

- 1) постійна напруженість та передчуття поганих подій;
- 2) почуття власної соціальної нереалізованості, непривабливості та меншовартості щодо інших;
- 3) страх бути розкритикованим іншими людьми чи проігнорованим у суспільстві;
- 4) небажання вступати у взаємини з людьми за відсутності впевненості у своїй привабливості для них;
- 5) обмеження соціальних зв'язків через потребу у фізичній безпеці;

б) ухилення від соціальної або професійної діяльності, пов'язаної зі значущими міжособистісними контактами, через страх критики, несхвалення або ігнорування.

Якщо у комбатанта-учасника бойових дій у реабілітаційний період буде відзначено хоча б чотири з вищезазначених скарг, фахівцям, що надають психолого-психіатричну допомогу, необхідно скерувати його на повторний огляд лікарем-психіатром, оскільки подібні скарги свідчать про те, що особистість потребує коригування програми реабілітації через негативну динаміку в психоемоційному стані.

Дослідження, що спрямоване на вивчення психічної діяльності особистості, дає можливість виявити структуру пізнавальних і емоційно-вольових процесів та індивідуальні особливості особистості.

Мінімальний набір експериментальних методів, що охоплюють основні сфери психічної діяльності, містить:

1) методики, спрямовані на дослідження розумової працездатності та уваги;

2) дослідження пам'яті (при високому рівні невротизації можливе порушення концентрації уваги, що може спричинити погіршення короткочасного запам'ятовування): дослідження опосередкованого запам'ятовування за О. Леонтьєвим, впізнавання предметів, запам'ятовування коротких оповідань, запам'ятовування 10 слів;

3) дослідження розумової діяльності: пояснення прислів'їв і метафор, проба Еббінгауза, прості і складні аналогії, виключення предметів і понять, порівняння й ознаки понять, проба на чутливість до логічних суперечностей, метод незакінчених речень;

4) дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості:

- опитувальники «Мінесотський мультифакторний особистісний опитувальник» (MMPI);

- «Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настроїв (САН)»;
- 16-факторний особистісний опитувальник Р.Б. Кеттелла;
- оцінка емоційного стану (рівень реактивної і особистої тривожності) Спілбергера-Ханіна;
- методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн (модифікація А.М. Прихожан);
- тематичний апперцептивний тест (ТАТ);
- методика вивчення фрустраційних реакцій Розенцвейга;
- методика дослідження агресивності Вагнера.

У межах проведеного емпіричного дослідження та на основі аналізу практичного досвіду реабілітаційної роботи можна виділити *блок апробованих психодіагностичних методик, рекомендованих для використання на різних етапах:* на етапі підготовки до відправки в зону проведення в зону ООС; після повернення з зони проведення операції об'єднаних сил (ротації); під час реабілітації.

Етап підготовки до відправки в зону проведення ООС:

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.
2. Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність-200”.
3. Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна.
4. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.
5. Диференціальна діагностика депресивних станів В. Жмурова.

Після повернення з зони проведення ООС:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);
2. Шкала оцінки впливу травматичної події;
3. Диференційна діагностика депресивних станів В. Жмурова;
4. Шкала депресії А. Бека;

5. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова;
6. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР;
7. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
8. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.

Перелік методик, які можуть використовувати заклади охорони здоров'я та відомчі установи в процесі реабілітації комбатанта:

1. Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т. Балашової);
2. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП);
3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
4. Шкала Монтгомері - Асберга для оцінки депресії (MADRS);
5. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) [4].

Варто зазначити, що розвиток патопсихологічних станів у комбатантів пов'язаний із психологічною травматизацією під час перебування в зоні проведення операції об'єднаних сил та в процесі виконання службових (спеціальних) завдань. Розвиток негативних психічних станів в учасників ООС розвивається після повернення до мирного життя. Зміни в психоемоційному стані супроводжуються змінами в поведінці особистості, підвищенням тривожності, зниженням фону настрою, агресивністю, униканням соціальних контактів, уживанням спиртних напоїв.

Група дослідників виділяє показники поведінки комбатанта, на які варто звертати увагу фахівцям-психологам та психіатрам установ. Наявність наведених показників вказує на необхідність термінової медичної реабілітації:

1. отримані фізичні травми, поранення та каліцтво;
2. реакції гострого бойового стресу в результаті перебування в психогенній ситуації, наявність якої можливо перевірити документально;

3. постійне, нав'язливе пригадування психотравмуючої події;
4. короткий, поверховий сон із частим пробудженням, спровокованим психогенною ситуацією;
5. уникнення спогадів та розмов, що передбачають згадку про психотравмуючу ситуацію;
6. виникнення психогенної амнезії (витіснення як захисний механізм психіки);
7. алкоголізація, наркоманізація, суїцидальні наміри;
8. наявні соматичні прояви (біль в грудній клітині та ділянці серця, швидка стомлюваність, запаморочення, виснаженість, головний біль, астенізація);
9. невмотивоване виникнення агресії, гніву, дратівливості;
10. уникнення соціальних контактів, відсторонення від сім'ї та близьких [16; 40; 42; 49; 56; 68; 81; 83; 84].

Після проведення психодіагностичного тестування на основі отриманих результатів клініко-психологічного дослідження комбатантів необхідно розділити на такі групи:

1. комбатанти, в яких не виявлено істотних відхилень у психоемоційному стані, збережено здатність до повної соціальної адаптації, не виникають труднощі у виконанні службових обов'язків, існує підтримка з боку сім'ї та рідних, збережені гармонійні взаємини. Цій групі комбатантів необхідно призначити психологічний супровід для попередження виникнення негативних психоемоційних змін; пильної уваги з боку фахівців такі особи не потребують;
2. комбатанти, в яких виявлено функціональні відхилення, наявні труднощі після повернення в мирне життя, але які спроможні контролювати свою поведінку за допомогою значного напруження. Ця категорія потребує проведення відновлювальних заходів;
3. комбатанти, які мають прояви ПТСР-симптомів, у яких порушена соціальна адаптація, виникають значні труднощі або неможливість

виконання службових обов'язків, наявні проблеми в сім'ї. Для цієї групи осіб необхідне призначення постійного психологічного спостереження, скерування на огляд до спеціаліста-психіатра.

Існує ряд показань для скерування на психологічну реабілітацію (в разі поєднання декількох негативних ознак):

1. Перенесена гостра реакція на стрес під час психотравмуючої ситуації (ступор або збудження, паніка).
2. Тривалий стан емоційної напруги (висока тривожність, постійне пригадування психотравмуючої події та фіксація на даній події, порушення сну, уникнення соціальних контактів, погіршення загального самопочуття, наявність соматичних проявів (у такому випадку необхідне медикаментозне лікування)).
3. Дратівливість, спалахи гніву, агресивність, конфліктність, зміни особистості, що призводять до порушення соціальної адаптації, але збережена здатність до критичного мислення та регулювання своєї поведінки.
4. Соматичні прояви та іпохондрична фіксація (біль у ділянці грудної клітки, головний біль, біль у серці, коливання артеріального тиску, запаморочення, нудота, неприємні відчуття в різних частинах тіла без органічної патології);
5. Значне зниження маси тіла (на 15% і більше);
6. Розлади з боку шлунково-кишечного тракту (більше двох діб), з виключенням органічної та інфекційної патології;
7. Біль в органах та кінцівках, в місці перенесеної травми, поранення або захворювання, що не спричиняють стійкого порушення функції.
8. Стани, обумовлені впливом несприятливих чинників навколишнього середовища під час виконання службових завдань в зоні проведення бойових дій (переохолодження, тривале вимушене перебування в одному положенні тощо)

Реабілітаційна програма для поліцейських-учасників операції об'єднаних сил розроблена з урахуванням «індивідуального випадку» комбатанта. Реалізація та ефективність програми реабілітації залежить від вчасної діагностики й послідовності здійснення заходів, передбачених на кожному етапі:

1. Перед відправкою в зону проведення бойових дій рекомендовано проведення первинної психопрофілактики;
2. Під час виконання службових обов'язків та завдань в районі проведення бойових дій показано проведення медико-психологічної реабілітації (проводять психологи підрозділу, капелани);
3. Після ротації з зони проведення ООС необхідно провести заходи, спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану комбатанта та відновлення боєздатності;
4. Медико-психологічна реабілітація, що здійснюється в лікувальних та оздоровчих відомчих установах Міністерства внутрішніх справ, закладів охорони здоров'я України, які надають медичну допомогу на всіх рівнях (первинна, вторинна (спеціалізована), третинна медична допомога);
5. Соціально-психологічний супровід комбатантів-учасників операції об'єднаних сил та їх сімей у постреабілітаційний період.

3.3. Програма психологічної допомоги поліцейським-учасникам ООС у реабілітаційний період, результати її апробації та оцінка ефективності

На основі аналізу праць сучасних науковців, які вивчали проблему організації соціально-психологічної реабілітації, можна виділити три її основні етапи:

1. діагностичний – оцінка психоемоційного та функціонального стану комбатанта, визначення психологічних особливостей особистості,

виявлення внутрішніх резервів організму для подальшого процесу адаптації. Визначення характеру та ступеня психоемоційних порушень, особливостей психічних пізнавальних здібностей: мислення, пам'яті й уваги;

2. лікувально-відновлювальний – визначення та застосування індивідуального підходу, який обирається залежно від виявлених психоемоційних порушень комбатанта; добір методів психотерапевтичного впливу; визначення періодичності контролю динаміки психічного стану та корекції засобів лікувально-відновлювального впливу;

3. професійно-відновлювальний етап – використання апаратних та комп'ютерних методик, спрямованих на визначення та відновлення професійної працездатності та соціальної адаптації.

Розглядаючи медико-психологічну реабілітацію в системі реабілітації комбатантів-учасників ООС, виділяють три основні етапи:

Початковий етап – установлення та налагодження терапевтичного контакту. На початковому етапі необхідно створити сприятливі умови для подальшого відновлення, стабілізації та адаптації особистості;

Основний етап – використання конкретних підходів, розроблених для роботи з психотравмою. В межах основного етапу необхідним є пояснення симптомів посттравматичного стресового розладу.

Заключний етап передбачає медико-психологічний супровід у процесі психосоціальної адаптації, також завершення лікувальних заходів [15; 80].

Заслужують на увагу складові технології комплексної реабілітації, визначені В. Гладкою; основні положення якої наведено у табл. 3.1:

Таблиця 3.1

Концепція технології комплексної реабілітації комбатантів-учасників бойових дій

Основна концепція технології	
Проблемні питання сфери діяльності.	1) негативні зміни у фізіологічному та психологічному здоров'ї особистості;
	2) виникнення негативних психоемоційних станів,

	стресу, посттравматичного стресового розладу в учасників операції об'єднаних сил; 3) відсутність як на державному, так і на регіональному рівнях системи комплексної реабілітації поліцейських-учасників бойових дій; 4) неузгодженість та неточність положень нормативно-правової бази щодо здійснення та надання комплексної реабілітації комбатанту; 5) недостатня підготовка психологів, психіатрів та фахівців, залучених до надання комплексної реабілітації.
Визначення мети, цілі, та кінцевого результату проекрованої діяльності.	Мета – організація і здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Результат – позитивна динаміка психоемоційного стану комбатанта в процесі реабілітації та після її завершення, повна адаптація.
Теоретичні положення, що визначають суть та зміст діяльності.	1) у роботі з поліцейськими – учасниками ООС спиратися на принцип «індивідуального випадку», враховувати специфіку соціально-психологічних проблем певних категорій комбатантів; 2) забезпечувати обов'язкову співпрацю соціальних, державних, відомчих установ, які здійснюють комплексну реабілітацію комбатанта-учасника ООС; 3) урахувати міжнародний досвід ефективних психосоціальних моделей реабілітації.
Конкретизація принципів діяльності.	Обов'язковим є дотримання принципу комплексності, послідовності, диференційованості та безперервності.

Характеристика процесу, особливості створеної технології	
Алгоритм дій.	1) етап діагностики – проведення 2) психодіагностичного дослідження комбатанта; 3) створення індивідуальної програми реабілітації з чітким визначенням методів, які здійснюватимуться; 4) етап проведення заходів реабілітації, передбачених індивідуальною програмою; 5) етап завершення – в постреабілітаційний період призначити психологічний супровід комбатанта з метою відстеження подальшого стану.
Необхідні ресурси	
1. Ресурси установ, які здійснюють вторинну та третинну реабілітацію учасників ООС; 2. Внутрішні ресурси особистості, її сім'ї та близьких.	

Під час аналізу основних засад технології надання комплексної реабілітації варто звернути увагу на ознаки, які вказують на її специфіку та суто індивідуальний підхід. До таких ознак віднесено:

1. Концептуальність – вибір конкретної технології та наукової концепції для основи комплексної реабілітації;

2. Діагностика, постановка цілей та визначення кінцевого результату – психодіагностичне дослідження особистості комбатанта на первинному етапі за допомогою спеціальних методик, що дають змогу в подальшій роботі коригувати програму реабілітації, систему засобів, методів та технологій, які використовуються;

3. Економічність – полягає в наданні допомоги фахівцями мультидисциплінарної команди, що забезпечують виконання програми реабілітації в чітко відведений час. Строки проведення індивідуальної реабілітації визначає команда фахівців на основі психодіагностичного обстеження;

4. Цілісність, чітка алгоритмізація, керованість – передбачено можливість виконання фахівцями мультидисциплінарної команди всіх положень програми реабілітації в будь-якому реабілітаційному закладі. При зміні стану комбатанта можлива корекція програми реабілітації.

Перед початком надання психологічної допомоги в системі реабілітації комбатанта-учасника операції об'єднаних сил варто враховувати такі положення:

- ситуацію, яка спричинила травматизацію особистості;
- ступінь впливу травмуючих факторів (отримання важких травм співслужбовцями та їх загибель);
- ставлення комбатанта до ситуації, яка спричинила психотравму; мікроклімат у колективі, підрозділі, особливості міжособистісних стосунків із колегами по службі;
- внутрішні переживання комбатанта стосовно зниження живої сили супротивника, перебування в полоні;
- організація заходів після виходу з зони проведення ООС (вчасне надання психологічної допомоги комбатантам, що зменшує ймовірність виникнення негативних психоемоційних станів та інших психологічних проблем, які виникають внаслідок перенесеного бойового стресу);
- урахування соціальних, сімейних та релігійних особливостей, що відіграють значну роль у процесі реабілітації.

Аналіз теоретичних джерел, у яких висвітлено основні засади проведення реабілітації поліцейських, свідчить про недосконалість сучасної системи реабілітації поліцейських-учасників бойових дій у зоні проведення операції об'єднаних сил. Нами розроблено програму реабілітації поліцейських учасників ООС. Основні етапи програми та їх характеристика представлено на рис. 3.2.

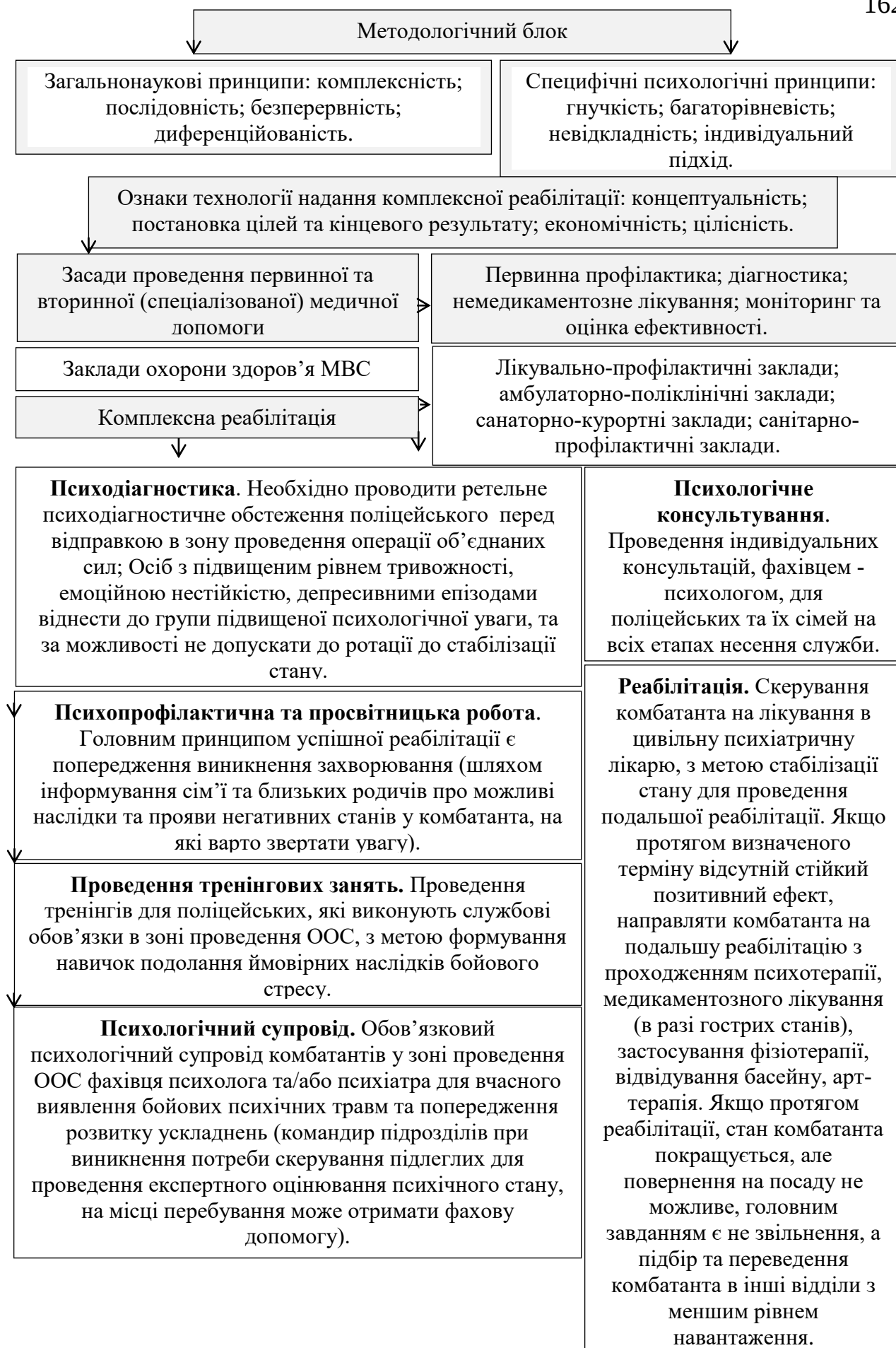


Рис. 3.2. Програма реабілітації поліцейських учасників операції об'єднаних сил (розроблена автором)

Розглянемо кожен з етапів програми реабілітації більш детально.

Етап психодіагностики – передбачає ретельне поглиблене дослідження особистості комбатанта з використанням затверджених у внутрішніх наказах методик. Передбачене також використання додаткових методик для виявлення та оцінки суїцидального ризику, депресивних станів, залежних станів, оцінки рівня невротизації, психотипізації, також рекомендовано комплекс методик, представлений у Додатку В. Обов'язково враховувати анамнез комбатанта (наявність в близьких родичів обтяженої спадковості, психічних захворювань). З метою скринінгу психоемоційного стану комбатанта, на основі виявлених в ході проведеного емпіричного дослідження груп підвищеної психологічної уваги та притаманних їм проявів, розроблено анкету, яку представлено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Інструкція: Прочитайте наведені твердження, позначте ті прояви, які Ви відзначали у своєму стані останнім часом.

1. - Висока тривожність; - Постійне пригадування неприємних подій та фіксація на певній події; - Уникнення соціальних контактів.	1.1 - Біль в ділянці грудної клітки; - Головний біль; - Біль у серці; - Колювання артеріального тиску; - Запаморочення; - Нудота; - Неприємні відчуття в різних частинах тіла (без наявних захворювань).
2. Дратівливість; спалахи гніву; агресивність; конфліктність; важко налагоджувати та підтримувати соціальні контакти.	

3.	3.1
- Зниження концентрації уваги; - Погіршення пам'яті; - Зниження працездатності; - Відсутність мотивації та планів на майбутнє; - Знижений настрій; - Апатія.	- Зниження апетиту; - Зниження маси тіла; - Слабкість; - Погіршення загального самопочуття; - Поганий сон.

Прояви, характерні для невротизації, наведені в блоках (1 та 1.1). Блок 1 включає психологічні прояви, блок 1.1 – прояви з боку фізіологічних процесів. Психологічні прояви, характерні для психопатизації, наведено в блоці 2. Блок 3 включає психологічні прояви, притаманні депресивним епізодам; 3.1 – фізіологічні зміни при депресивному епізоді. У разі наявності більше ніж трьох наведених проявів із кожного блоку необхідно провести повне психодіагностичне дослідження особистості.

Використання розробленої анкети дасть змогу швидко оцінити стан досліджуваного як перед відправкою в зону ООС, так і під час його перебування там та після ротації.

За результатами проведеного дослідження необхідно сформувати групи підвищеної психологічної уваги та надати рекомендації керівництву підрозділу про неможливість допуску до ротації без стабілізації стану комбатанта. За умови скерування досліджуваного на проходження програми реабілітації надати спеціалісту-психіатру висновки проведеного раніше психодіагностичного дослідження.

Психопрофілактична та просвітницька робота. Для забезпечення просвітницької складової в системі реабілітації, нами розроблено пам'ятку для сімей поліцейських-учасників операції об'єднаних сил. Виокремлено прояви та реакції у стані комбатанта, на які слід звертати увагу сім'ї та

рідним (розроблено та узагальнено автором). Основні положення пам'ятки для сім'ї та близьких висвітлено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

**Реакції та прояви, на які слід звертати увагу сім'ї та близьким
комбатанта після повернення з зони ООС**

Фізіологічні реакції (притаманні для астенічних проявів)	Скарги на головний біль, відчуття важкості, болю в ділянці серця; прискорене серцебиття; швидка втомлюваність; скарги на роботу шлунково-кишкового тракту; безсоння; коливання артеріального тиску (без органічних патологічних змін у роботі органів); втрата ваги.
Емоційні реакції	Відсутність мотивації на майбутнє; тривожність; спалахи гніву; постійні спогади про травматичні події; відчуття соціальної незначущості, самотності, безпорадності; коливання та швидка зміна настрою; почуття провини перед співслужбовцями; прагнення якнайшвидше повернутись до співслужбовців, які перебувають в зоні бойових дій; почуття сорому, самоосуд; відчуття злості та ненависті.
Поведінкові реакції	Погіршена концентрація уваги; постійна пильність на відкритих ділянках простору та при великому скупченні людей, пошук безпечних місць; реакція на гучні та різкі звуки; уникнення людей та місць, які нагадують про травматичну подію; алкоголізація та наркоманізація; виникнення проблем із виконанням побутових завдань та службових обов'язків; потяг до екстремальних видів спорту; підвищене почуття справедливості.

Якщо члени сімей помічають наведені прояви та реакції у поведінці поліцейського після повернення з зони проведення операції об'єднаних сил, слід спробувати переконати комбатанта звернутись до психолога або психіатра, не провокувати виникнення конфліктних ситуацій.

Підтримка з боку сім'ї за такими напрямками може відіграти ключову роль у попередженні виникнення негативних емоційних проявів поліцейського учасника ООС :

- Підтримувати комбатанта в налагодженні соціальних стосунків;
- Урізноманітнити вільний час, спільно відвідувати виставки, театр, організовувати відпочинок на свіжому повітрі з різноманітними видами активної діяльності;
- У випадках, коли комбатант потребує провести час наодинці, бажає усамітнитись, надати йому таку можливість;
- Залучати до розподілення сімейних обов'язків, нагадати про важливість ролі комбатанта в сім'ї та впевненість у вирішенні проблем;
- Підтримувати спілкування комбатанта з товаришами по службі.

Тривале перебування комбатанта в зоні операції об'єднаних сил може спровокувати виникнення «незвичної поведінки» (поведінки, яка раніше не була притаманна особистості) після повернення до мирного життя. Тобто поліцейський-учасник бойових дій переносить модель поведінки, звичну в умовах війни, в мирне життя після повернення в безпечні умови. Завданням психолога у роботі з сім'ями учасників операції об'єднаних сил є їх інформування щодо можливого виникнення зміни поведінки комбатанта після повернення. Психологу необхідно пояснити причини виникнення зміни поведінки, вказати, що гармонійні сімейні стосунки прискорюють процес адаптації.

Визначено низку рекомендацій для сімей комбатанта, який повернувся з зони проведення ООС, з метою сприяння адаптації, виділено прояви, виникнення яких сім'я не повинна допускати:

- Не починати бесіди стосовно війни та тих подій, які виникали під час перебування в зоні ООС. Але, якщо комбатант самостійно починає розповідь, не варто зупиняти його;
- Не надавати оціночних суджень стосовно дій комбатанта;
- Не надавати грубих вказівок комбатанту стосовно подальшого життя, такі дії можуть викликати негативну реакцію;
- Не використовувати стереотипних кліше та висловів стосовно війни.

Проведення тренінгових занять. З метою ознайомлення з результатами проведеного емпіричного дослідження та ефективними методами надання психолого-психіатричної допомоги в процесі лікування та реабілітації учасників бойових дій та учасників операції об'єднаних сил, розроблено авторський тренінг для фахівців-психологів та психіатрів установ. Подальша реалізація такої тренінгової програми із поліцейськими-учасниками операції об'єднаних сил у реабілітаційний період можлива після адаптації до ресурсів установ та цільової групи.

Проведення тренінгової програми доцільне в процесі підготовки поліцейських до відправки в зону проведення операції об'єднаних сил з метою ознайомлення з можливим виникненням негативних психоемоційних станів. Основні положення програми тренінгу «Емоційні стани, динаміка та прояви», його тривалість та зміст висвітлено в табл. 3.5 та в додатках:

Таблиця 3.5

Програма тренінгу «Емоційні стани, динаміка та прояви»

Завдання	Тривалість	
Вступна частина		
Вступ	15хв	10:00-10:15
Вправа «Прийняття правил групи»	15хв	10:15-10:30
Знайомство-привітання «Інтерв'ю»	20хв	10:30-10:50
Вправа «Мої очікування»	15хв	10:50-11:05

Вправа «Визначення стрес-факторів...»	25хв	11:05-11:30
Перерва (кава-пауза)	30хв	11:30-12:00
Основна частина		
Мінілекція «Динаміка емоційних станів, комбатантів учасників ООС та бойових дій»	30хв	12:00-12:30
Вправа «Настрій»	25хв	12:30-12:55
Вправа «Мозковий штурм»	30хв	12:55-13:30
Обідня перерва	1год.	13:30-14:30
Інформаційне повідомлення «Методи гармонізації психофізичного стану»	30хв	14:30-15:00
Вправа «Головне-другорядне»	20хв	15:00-15:20
Вправа-рухавка «Путанка»	15хв	15:20-15:35
Вправа «Порядковий рахунок»	10 хв	15:35-15:45
Вправа «Уяви себе предметом»	15хв	15:45-16:00
Перерва (кава-пауза)	30хв	16:00-16:30
Вправа «Формула мрії»	20хв	16:30-16:50
Вправа «Опитай-відповідь»	30хв	16:50-17:20
Вправа «Намалюй свій настрій»	20хв	17:20-17:40
Завершальна частина		
Рефлексія заняття «Пісочний годинник»	10хв	17:40-17:50
Вправа «Прощання»	5хв	17:50-18:00

Психологічне консультування та психологічний супровід. Обов'язковим є психологічний супровід комбатантів у зоні проведення ООС, що здійснюється фахівцями-психологами та/або психіатрами для вчасного виявлення бойових психічних травм та попередження розвитку ускладнень (командир підрозділу за потреби зможе скерувати підлеглих для проведення експертного оцінювання психічного стану на місці перебування підрозділу).

Закордонний досвід свідчить про ефективність залучення військових капеланів у підрозділ, що знаходиться в зоні проведення бойових дій.

Капелан забезпечує функцію моральної та психологічної підтримки, допомагає осмислити події в умовах війни (вбивство живої сили противника, загибель мирного населення та товаришів по службі), опрацювати моральну травму (сповідання, право на свободу совісті). Капелан допомагає комбатантам у формуванні моральних та колективних якостей, таких як братерство, відповідальність, стійкість, дисциплінованість. Ще однією функцією, виконання якої забезпечує капелан, є робота з колективом підрозділу, спрямована на дотримання здорового способу життя та попередження самогубств. Командир підрозділу, за потреби, зможе скерувати підлеглих для проведення експертного оцінювання психічного стану на місці перебування.

У реабілітаційний період психологічний супровід учасників ООС здійснюється за допомогою комплексу заходів, спрямованих на підтримку оптимального психоемоційного стану та визначення стійкості набутих у процесі реабілітації технік та механізмів захисту від впливу стресогенних чинників і повторного виникнення негативних психоемоційних станів.

Психологічне консультування поліцейських-учасників операції об'єднаних сил та їх сімей передбачає проведення індивідуальних консультацій, метою яких є аналіз запиту, причин виникнення проблеми та шляхів її вирішення. Поширеним запитом серед комбатантів та їх сімей є виникнення міжособистісних проблем, непорозуміння, виникнення різного роду труднощів у житті після повернення з зони ООС.

Реабілітація. Після повернення з зони проведення операції об'єднаних сил обов'язкова консультація психолога та огляд у психіатра. Після визначення психологічного стану комбатанта слід направити на проходження індивідуальної програми реабілітації. Програма передбачає перебування учасника бойових дій (учасника ООС) у відомчому або цивільному психіатричному стаціонарі терміном до 6 місяців із можливим призначенням медикаментозного лікування та обов'язковим відвідуванням початкової психотерапії. Якщо після визначеного терміну реабілітації (6 місяців) у стані

відзначається стійка позитивна динаміка, комбатант повертається до виконання професійних обов'язків.

У випадку, коли після проходження програми реабілітації протягом визначеного терміну відсутній стійкий позитивний ефект, доцільно призначати подальшу реабілітацію з обов'язковим проходженням психотерапії (психотерапія є головним ефективним методом роботи з психотравмою), медикаментозного лікування (здійснюється в разі гострих негативних станів та проявів).

Використання арт-терапії в рамках індивідуальної програми реабілітації поліцейських-учасників ООС. Арт-терапія – вид психологічної корекції, метою якої є аналіз позитивного впливу на психоемоційний стан людини. Продукт, створений під час сеансу арт-терапії, є відбитком підсвідомих процесів, спогадів травматичних подій, страхів, бажань та мрій. Арт-терапія – універсальний метод дослідження емоційного стану особистості, що дозволяє виявити спектр таких проблем, як критичні стани, втрати та травми, спричинені посттравматичним стресовим розладом, психосоматичні та невротичні прояви, міжособистісні та внутрішньоособистісні конфлікти, що підлягають корекції. Однією з функцій арт-терапії є корекція підвищеної тривожності, агресивності, фрустрації, зменшення проявів деструктивної поведінки та ін.

Ефективним у комплексі програми реабілітації учасників ООС є призначення лікувальної фізкультури, відвідування басейну. Помірні фізичні навантаження позитивно впливають на загальний фізіологічний стан комбатанта. Також у випадках підвищеної тривожності або агресивності фізичні вправи відволікають особистість від негативних думок та сприяють зниженню рівня адреналіну, допомагають сублімувати негативні емоції.

Залежно від стану комбатанта можливим є лікування як стаціонарно, так і на денному стаціонарі (за умови проходження програми реабілітації).

Якщо протягом реабілітації стан комбатанта покращується, але повернення на посаду не передбачається, головним завданням є не

звільнення, а підбір та переведення комбатанта в інші відділи з меншим рівнем навантаження (служба не в бойових підрозділах).

Реабілітація повинна продовжуватись до моменту покращення стану комбатанта.

Інтенсивне та модифіковане навчання психологів та психіатрів, які здійснюють програму реабілітації для учасників ООС, сприятиме покращенню якості медичної допомоги. Окрім підвищення кваліфікації, навчання команди мультидисциплінарних фахівців спрямоване на підтримку внутрішніх ресурсів, що покращує якість наданих послуг. Отримання знань щодо термінології, діагностичного оцінювання, основ психофармакології, релаксації та сну можуть прискорити ухвалення плану лікування.

З метою ознайомлення з результатами проведеного емпіричного дослідження розроблено семінар-інтенсив для фахівців-психологів та психіатрів, які працюють з учасниками операції об'єднаних сил у реабілітаційний період. До плану проведення семінару включені основні ефективні напрями психотерапевтичної роботи з учасниками ООС. Семінар містить такі основні положення:

1. Емоційні стани та їх динаміка в умовах ведення бойових дій;
2. Змістові та динамічні особливості емоційних станів поліцейських-учасників ООС;
3. Ознайомлення з результатами дисертаційного дослідження:
 - характеристика виявлених груп з високим рівнем невротизації, психопатизації, малим та помірним депресивним епізодом;
 - фактори, що впливають на динаміку психологічного стану осіб, що перебували в зоні бойових дій та зазнали впливу психотравмуючих ситуацій;
 - чинники, які впливають на динаміку емоційних станів поліцейських, учасників операції об'єднаних сил.
4. Роль ретельного психодіагностичного дослідження комбатанта до відправки в зону проведення ООС та після повернення;

5. Виокремлення груп підвищеної психологічної уваги та груп ризику;
6. Роль психотерапевтичної роботи в системі надання комплексної реабілітації учасникам операції об'єднаних сил;
7. Рекомендації сім'ям поліцейських-учасників операції об'єднаних сил після повернення;
8. Інтегративна когнітивна модель ПТСР (А. Ехлерс і Д. Кларк);
9. Специфіка «травматичної» пам'яті;
10. Дисфункціональні поведінкові та когнітивні стратегії подолання;
11. Основні дисфункціональні стратегії;
12. Методи подолання ПТСР за допомогою Оксфордського підходу до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії.
13. Узагальнення викладеного матеріалу, опитування лікарів.

Використання розробленої програми індивідуальної реабілітації поліцейських – учасників операції об'єднаних сил та наданих методичних рекомендацій, їх ефективність та якість реалізації залежить від співпраці усіх учасників програми. Від фахівців мультидисциплінарної команди вимагається злагоджена взаємодія та високий рівень підготовки.

Висновки до розділу 3

Аналіз наукових досліджень, присвячених вивченню реабілітації учасників бойових дій, узагальнення найбільш значущих досягнень практики та результати проведеного нами теоретико-емпіричного дослідження дали змогу сформулювати такі висновки:

1. Найбільш важливим підходом у системі реабілітації є системний підхід, орієнтований на виявлення нових зв'язків у складних процесах та формування їх у цілісну систему. Визначено, що надання реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій повинно здійснюватись комплексно та з залученням фахівців різних профілів. Така інтеграція сприятиме

забезпеченню ефективного, чіткого та узгодженого функціонування всіх елементів системи. Реабілітація комбатантів, які брали участь у бойових діях під час проведення операції об'єднаних сил, здійснюється на чотирьох рівнях, кожен з яких включає певні завдання та заходи, спрямовані на вирішення цих завдань.

2. Розглянуто основні засади надання психосоціальної допомоги учасникам бойових дій із урахуванням закордонного досвіду. Аналіз результатів досліджень, проведених у США, Грузії, на Балканах, дає підстави стверджувати, що в міжнародному досвіді психосоціальної роботи з тими, хто постраждав унаслідок збройних конфліктів, застосовують короткострокові інтервенції та довгострокові втручання. Розглянуто навчальну програму "Battlemind", метою якої є допомога військовим, що повернулися з війни, та їх сім'ям у реінтеграції в звичайне життя. Визначено групи ризику серед осіб, що брали участь у миротворчих місіях та локальних конфліктах.

3. Визначено основні напрями психокорекційної допомоги учасникам бойових дій: освітній напрям, холістичний, соціальний та терапевтичний. Розкрито роль та визначено основні напрями психотерапії в системі реабілітації учасників бойових дій. До основних напрямів психотерапевтичної допомоги відносять: інтегративну когнітивну модель ПТСР (А. Ехлерс і Д. Кларк); методи подолання ПТСР за допомогою Оксфордського підходу до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії. Вказані психотерапевтичні техніки розробляються індивідуально, залежно від психологічних особливостей особистості та з урахуванням пережитого травматичного досвіду. Визначено основні ознаки ефективності процесу реабілітації учасників бойових дій: комплексність, перманентність, гарантованість та професійність.

4. Встановлено, що систематична психодіагностика стану комбатанта є однією з головних засад своєчасного виявлення та оцінки динаміки психологічного стану особистості. Виокремлені в результаті

проведеного емпіричного дослідження групи комбатантів із високим рівнем психопатизації, невротизації, малим та помірним депресивним епізодом потребують ретельного психодіагностичного дослідження та, у разі погіршення психоемоційного стану, скерування на реабілітацію. Розглянуто особливості роботи із зазначеними групами та розроблено низку рекомендацій фахівцям-психологам підрозділів у роботі з поліцейськими-учасниками операції об'єднаних сил.

5. Окреслено основні засади надання первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, положення про які висвітлено в уніфікованому клінічному протоколі роботи з депресією. У межах проведеного емпіричного дослідження та в ході аналізу теоретичних джерел виділено блок апробованих психодіагностичних методик, рекомендованих для використання на різних етапах: на етапі підготовки до відправки в зону проведення в зону ООС; після повернення з зони проведення операції об'єднаних сил (ротації); у процесі реабілітації. Установлено, що розвиток негативних психічних станів в учасників ООС відзначається після повернення до мирного життя. Зміни в психоемоційному стані супроводжуються змінами в поведінці особистості, підвищенням тривожності, зниженням фону настрою, агресивністю, униканням соціальних контактів. Визначено та охарактеризовано показники поведінки комбатанта, на які варто звертати увагу фахівцям-психологам та психіатрам установ; наявність наведених показників свідчить про необхідність термінової медичної реабілітації з урахуванням «індивідуального випадку».

6. Розроблено програму реабілітації поліцейських учасників ООС, яка складається з шести етапів: психодіагностичний етап; психопрофілактична та просвітницька робота; проведення тренінгових занять; психологічне консультування; психологічний супровід; реабілітація. Для забезпечення просвітницької складової в системі реабілітації розроблено пам'ятку для сімей поліцейських-учасників операції об'єднаних сил.

Виокремлено прояви у стані комбатанта та реакції, на які слід звертати увагу сім'ї та рідним (розроблено та узагальнено автором).

7. З метою ознайомлення з результатами проведеного емпіричного дослідження та ефективними методами надання психолого-психіатричної допомоги в процесі лікування та реабілітації учасників бойових дій розроблено авторський тренінг і семінар-інтенсив для фахівців-психологів та психіатрів, які працюють з учасниками операції об'єднаних сил у реабілітаційний період. Використання розробленої програми індивідуальної реабілітації поліцейських-учасників операції об'єднаних сил та наданих методичних рекомендацій, їх ефективність та якість реалізації залежить від співпраці усіх учасників програми. Від фахівців мультидисциплінарної команди вимагається злагоджена взаємодія та високий рівень підготовки.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дисертаційного дослідження здійснено теоретичний аналіз літературних джерел, інтерпретовано результати емпіричного дослідження змістових та динамічних особливостей емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил, розглянуто основні загальнонаукові підходи та методи надання психологічної допомоги у реабілітаційний період, що дало змогу сформулювати такі висновки:

1. Встановлено, що єдиної загальноприйнятої теорії емоцій не існує. Найбільш відомі теорії походження емоцій дозволяють зрозуміти лише деякі аспекти психофізіологічних механізмів функціонування емоційної сфери особистості. Для понятійного апарату характерним є розходження або ототожнення дефініцій «емоції», «почуття», «емоційні переживання», «емоційний стан», що свідчить про їх неупорядкованість та неузгодженість.

2. Емоційна сфера особистості містить такі компоненти, як афекти, пристрасті, настрої, що відображаються в емоціях та почуттях. Основні психологічні теорії походження емоцій по-різному пояснюють причини їх виникнення та умови перебігу. Проблематичним аспектом у вивченні емоцій є їх різноманітність, а також неоднозначність поглядів щодо їхньої природи, формування та розвитку, індивідуальних проявів у окремої особистості. Класифікації емоцій та почуттів підлягають розподілу за великою кількістю ознак: за характером впливу на організм особистості; за змістом певної характеристики; за змістом ставлення до певної ситуації; за структурною ознакою; за сферою впливу. Емоції виконують низку функцій: відображально-оціночну; сигнальну; мотиваційну; активаційну.

3. Встановлено, що професійна діяльність поліцейських при виконанні службових бойових завдань пов'язана із впливом значної кількості несприятливих чинників, різних за своєю природою, формами прояву, характером, що може викликати сильний емоційний стрес та нервово-психічні розлади. Високий рівень психологічної готовності до професійної

діяльності у ризикованих, небезпечних ситуаціях можливий за умови періодичного відпрацювання спеціальної психологічної підготовки та постійного психологічного супроводу. Визначено, що психологічна готовність є системою динамічною і формується за певних умов; результат її формування – утворення психічного стану, який забезпечує здатність бійців успішно виконувати оперативні завдання.

4. Дослідження емоційної сфери поліцейських-учасників операції об'єднаних сил дозволило виокремити (за критерієм ступеня вираженості негативного впливу участі в бойових діях) чотири групи досліджуваних, які потребують підвищеної уваги з боку психологів: з високим рівнем невротизації; з високим рівнем психопатизації; з малим депресивним епізодом; з помірним депресивним епізодом. Кожна з цих груп має специфічний взаємозв'язок проявів активності, настрою, тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності та когнітивних дисфункцій і різну за тривалістю та ускладненнями динаміку перебігу емоційних станів.

5. У результаті кореляційного аналізу та опитування лікарів встановлено, що найбільшу групу ризику становлять представники з високим рівнем психопатизації та помірним депресивним епізодом, оскільки мають більш негативну динаміку емоційного стану та подовжений термін реабілітації. Це пов'язано з тим, що вказані стани виникають внаслідок невротизації особистості, на фоні надмірних психотравмуючих чинників та відсутності адекватного вчасного лікування. Невротизація є підґрунтям для розвитку помірного та важкого депресивного епізоду (на фоні виснаження психологічних ресурсів) та розвитку психопатизації (як розвиток стійких деструктивних форм реагування на звичайні ситуації, а також формування або загострення психопатичних рис особистості). Процес динаміки психоемоційних станів у групі з малим депресивним епізодом є менш ускладненим у зв'язку з мінімальними астеничними проявами. Встановлено, що саме від інтенсивності впливу психогенного чинника та індивідуальних психологічних особливостей особистості залежить ступінь розвитку

невротизації, психопатизації та депресивного епізоду.

6. За допомогою методу експертних оцінок та анонімного опитування респондентів виявлено різні групи чинників, які впливають на динаміку емоційних станів. Зокрема, лікарями-психіатрами та клінічними психологами відзначено, що на динаміку емоційного стану осіб, які перебували в зоні бойових дій, впливають такі чинники: спадковість; індивідуальні особливості особистості; попередня підготовка особистості до військової служби в бойових умовах; тривалість перебування під впливом психотравмуючих чинників. Водночас самі респонденти визначають найбільшу суб'єктивну значущість таких факторів: наявність поранень, отриманих в зоні проведення бойових дій; наявність дітей та сімейний стан; спеціальне звання; наявність категорій: учасник бойових дій; учасник бойових дій із посвідченням УБД; звернення за спеціалізованою психологічною допомогою; лікування та реабілітація; наявність психотравмуючих ситуацій протягом перебування в зоні проведення ООС.

7. Встановлено, що загальний період перебування в зонах бойових дій (не лише на території проведення операції об'єднаних сил, а й на територіях інших держав як учасників миротворчих місій) має важливе значення: у комбатантів, які в минулому зазнали психотравми під час війни, але знаходяться в стадії компенсації, при повторному поверненні в зону проведення бойових дій висока ймовірність загострення попередніх негативних проявів в емоційній сфері особистості. Водночас, у разі мінімального впливу несприятливих чинників, наявність попереднього досвіду у веденні бойових дій та готовність особистості до картин війни допомагає в подальшому більш адекватно сприймати ситуації та умови участі в операції об'єднаних сил і реагувати на них належним чином.

8. Визначено характерні прояви поведінки комбатантів досліджуваної вибірки, які перебувають у стані бойового стресу: порушення соціальних контактів з колишніми друзями; суттєві зміни кола інтересів (досліджувані зазначають, що їм комфортніше проводити час зі

співслужбовцями, оскільки існують спільні теми для обговорення); стійке бажання повернутись до співслужбовців, які знаходяться в зоні проведення бойових дій через почуття провини перед ними. Встановлено, що ці симптоми можуть проявлятися відразу після психотравмуючої ситуації або ж супроводжувати негативну симптоматику посттравматичного стресового розладу через роки. Важливим чинником, який впливає на динаміку емоційного стану комбатанта, є перенос моделі поведінки із зони проведення бойових дій на мирне життя. Постійне психоемоційне напруження, стрес, фрустрація базових потреб у в умовах війни провокують виникнення таких негативних емоційних станів, як висока тривожність, агресивність, невротизація.

9. Встановлено, що лише незначна частка осіб зазначеної категорії (15%) звертаються за фаховою допомогою психолога, вважаючи недоцільним втручання або залучення сторонніх осіб до вирішення особистісних проблемних питань та не усвідомлюючи повною мірою латентного періоду перебігу негативних емоційних станів. Негативні симптоми (безсоння або сонливість, низька концентрація уваги, астения, тривожність тощо) сприймаються як тимчасове виснаження, що не несе жодної небезпеки і скоро минеться. Зазначені тенденції призводять до хронізації процесу та ймовірного розвитку психопатологічних станів.

10. Визначено, що надання реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій повинно здійснюватись комплексно та із залученням фахівців різних профілів. Така інтеграція сприятиме забезпеченню ефективного, чіткого та узгодженого функціонування всіх елементів системи. Реабілітація комбатантів, які брали участь у бойових діях під час проведення операції об'єднаних сил, здійснюється на чотирьох рівнях, кожен з яких включає певні завдання та заходи, спрямовані на вирішення цих завдань.

11. Розглянуто основні засади надання психосоціальної допомоги учасникам бойових дій із урахуванням закордонного досвіду. Аналіз результатів досліджень, проведених у США, Грузії, на Балканах, дає підстави

стверджувати, що у міжнародному досвіді психосоціальної роботи з тими, хто постраждав унаслідок збройних конфліктів, застосовують короткострокові інтервенції та довгострокові втручання. Розглянуто навчальну програму "Battlemind", метою якої є допомога військовим, що повернулися з війни, та їх сім'ям у реінтеграції в звичайне життя. Визначено групи ризику серед осіб, що брали участь у миротворчих місіях та локальних конфліктах.

12. Визначено основні напрями психокорекційної допомоги учасникам бойових дій: освітній напрям, холістичний, соціальний та терапевтичний. Розкрито роль та визначено основні напрями психотерапії в системі реабілітації учасників бойових дій. До основних напрямів психотерапевтичної допомоги відносять: інтегративну когнітивну модель ПТСР (А. Ехлерс і Д. Кларк); методи подолання ПТСР за допомогою Оксфордського підходу до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії. Вказані психотерапевтичні техніки розробляються індивідуально, залежно від психологічних особливостей особистості та з урахуванням пережитого травматичного досвіду. Визначено основні ознаки ефективності процесу реабілітації учасників бойових дій: комплексність, перманентність, гарантованість та професійність.

13. Встановлено, що систематична психодіагностика стану комбатанта є однією з головних передумов своєчасного виявлення та оцінки динаміки психологічного стану особистості. Виокремлені внаслідок проведеного емпіричного дослідження групи комбатантів із високим рівнем психопатизації, невротизації, малим та помірним депресивним епізодом потребують ретельного психодіагностичного дослідження та, у разі погіршення психоемоційного стану, скерування на реабілітацію. Розглянуто особливості роботи із зазначеними групами та розроблено низку рекомендацій фахівцям-психологам підрозділів у роботі з поліцейськими-учасниками операції об'єднаних сил.

14. Окреслено основні засади проведення первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, положення про які висвітлено в уніфікованому клінічному протоколі. Запропоновано блок апробованих психодіагностичних методик, рекомендованих для використання на різних етапах: на етапі підготовки до відправки в зону проведення в зону ООС; після повернення з зони проведення операції об'єднаних сил (ротації); у процесі реабілітації. Установлено, що розвиток негативних психічних станів в учасників ООС відзначається після повернення до мирного життя. Зміни в психоемоційному стані супроводжуються змінами в поведінці особистості, підвищенням тривожності, зниженням фону настрою, агресивністю, униканням соціальних контактів. Визначено та охарактеризовано показники поведінки комбатанта, на які варто звертати увагу фахівцям-психологам та психіатрам установ; наявність наведених показників свідчить про необхідність термінової медичної реабілітації з урахуванням «індивідуального випадку».

15. Розроблено авторську програму реабілітації поліцейських учасників ООС, яка складається з шести етапів: психодіагностичний етап; психопрофілактична та просвітницька робота; проведення тренінгових занять; психологічне консультування; психологічний супровід; реабілітація. Для забезпечення просвітницької складової в системі реабілітації розроблено пам'ятку для сімей поліцейських-учасників операції об'єднаних сил, а також авторський тренінг і семінар-інтенсив для фахівців-психологів та психіатрів, які працюють з учасниками операції об'єднаних сил у реабілітаційний період. Доведено, що використання розробленої програми індивідуальної реабілітації поліцейських-учасників операції об'єднаних сил та наданих методичних рекомендацій, їх ефективність та якість реалізації залежить від злагодженої взаємодії та високого рівня підготовки всіх учасників мультидисциплінарної програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дис.... канд. психол. наук : 19.00.05 / Ринат Абдулн Акипович Абдурахманов. М., 1994. 223 с.
2. Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: Изд-во Казанского университета, 1987. 262 с.
3. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
4. Агаєв Н. А., Остапчук В. В., Ткаченко В. В., Лозінська Н. С. Психодіагностика негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 200 с.
5. Агрень Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы. Эмоциональный стресс : учебное пособие / под ред. Л. Леви. Ленинград : Медицина, 1970. 329 с.
6. Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб. : Академический проект, 1997. 335 с.
7. Александров Д. О. Загальна психологічна характеристика професійної діяльності працівника Національної поліції. *Юридична психологія*. 2016. № 1. С. 108 – 117.
8. Александров Ю. В. Професійна деформація співробітників органів внутрішніх справ і шляхи її корекції : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 Харків, 2005. 18 с.
9. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И. Психогении в экстремальных условиях : учебное пособие. Москва : Медицина, 1991. 96 с.
10. Александровский Ю. А., Румянцева Г. М. , Щукин Б. П. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях. *Невропатология и психиатрия*. 1989. № 5. С. 11–117.

11. Анохін П. К. Емоції: Велика медична енциклопедія: 2-е вид. Москва : 1964. Т. 35: Психологічний словник. 367 с.
12. Барко В. І. Психологія управління персоналом органів внутрішніх справ (проактивний підхід). Київ : Вид-во Ніка-Центр, 2003. 448 с.
13. Бех І. Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади. Виховання особистості. Київ : Вид-во Либідь, 2003. 344с.
14. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. Пер. с англ. Москва : Изд-во Мир, 1988. 246 с.
15. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький : Поліграфіст, 2018. 372 с.
16. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. № 3 (44). С. 137–141.
17. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. № 2 (43). С. 176–181.
18. Варданян Б. Х. Механизмы регуляции эмоциональной устойчивости. Категории, принципы и методы психологии. Психические процессы. Москва : Изд-во Наука, 1983. 543 с.
19. Вознесенская Е. Л. Особенности и перспективы развития арт-терапии в Украине. *Збірник наукових праць «Педагогіка»*. Миколаїв, 2009. № 95. С. 19–24.
20. Волошин П. В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики. *Международный медицинский журнал*. 2004. № 1. С. 34–37.
21. Делікатний С. К. Формування психологічної готовності

співробітників ОВС до забезпечення особистої безпеки в екстремальних ситуаціях оперативно-службової діяльності. *Вісник Університету внутрішніх справ*. 1999. № 8. С. 224–235.

22. Динамічне психологічне вивчення особового складу: Методичні рекомендації командирам та офіцерам-психологам підрозділів. Випуск перший / В. О. Баношенко, Н. І. Копаниця, Е. С. Литвиненко, В. Є. Солодовніков. Київ : СПЦ ЗСУ, 2009. 60 с.

23. Додонов Б. И. В мире эмоций. Киев : Изд-во Политиздат Украины, 1987. 140 с.

24. Долженко О. С. Вимоги до якостей особистості працівників ОВС, які здійснюють службу в екстремальних умовах. *Збірник наукових праць «Проблеми екстремальної та кризової психології»*. Харків, 2008. № 5. С. 49–54.

25. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. О. Тімченка. Харків : УЦЗУ, 2007. 502 с.

26. Екстремальна юридична психологія в діяльності персоналу ОВД України : науково-практичний посібник / Бандурка О. М., Венедиктов В. С., Тімченко О. В., Христенко В. Є. Харків : Національний університет внутрішніх справ, 2005. 319 с.

27. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 50–56

28. Ениколопов С. Н. Психодиагностика психотравмы и ПТСР. *Российский психиатрический журнал*. 1999. № 2. С. 48–57

29. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. О.В. Безпалько. Київ : Вид-во Академвидав, 2013. С. 101–110.

30. Закон України «Про затвердження Інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів (Форми №№

122-1/о, 122-2/о, 122-3/о) МОЗ України». Від 17.01.2002 № 12. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0094-02> (дата звернення: 01.02.2019).

31. Закон України «Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС України»; від 03.04.2017 № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0559-17> (дата звернення: 11.02.2019).

32. Закон України «Про затвердження Порядку організації системи психологічного забезпечення поліцейських, працівників Національної поліції України та курсантів (слухачів) закладів МВС України»; від 06.02.2019 № 88. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-19> (дата звернення: 09.02.2019).

33. Закон України «Про затвердження Порядку пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах Міністерства внутрішніх справ України поліцейських, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей. МВС України»; від 14.12.2015 № 1568. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0027-16> (дата звернення: 15.06.2019).

34. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000. ст.143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата звернення: 12.10.2019).

35. Занюк С. С. Психологія мотивації та емоцій: навч. посіб. Луцьк : Волинський державний університет, 1997. 180 с.

36. Зівзах М. В. Психологічні дезадаптивні реакції у співробітників спеціальних підрозділів органів внутрішніх справ (діагностика, психокорекція та профілактика) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 Київ, 2007. 18с.

37. Изард К. Э. Психология эмоций. Санкт-Петербург : Изд-во Питер, 1999. 464 с.

38. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. Санкт-Петербург : Изд-во Питер, 2001. 749 с.
39. Исаев А. Б., Котенев И. О., Филиппов Н. М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований). *Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении*. Москва. 1989. С. 15–26.
40. Кадыров Р. В. Судебно-психологические экспертные критерии диагностики посттравматического стрессового состояния у пострадавшего по делам о компенсации морального вреда : метод. рек. Ульяновск : Изд-во Зебра, 2017. 77 с
41. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : учебник и практикум для вузов. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Изд-во Юрайт, 2020. 644 с.
42. Казміренко Л. І. Психологічна сутність локального військового конфлікту. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції* : зб. матеріалів наук.-практ. конф. (Київ, 3 червня 2015 р.). Київ, 2015. С. 61–63.
43. Казміренко Л. І. Психологічні особливості реагування працівника міліції на екстремальні ситуації. *Роль морально-психологічних чинників у формуванні особистості працівника міліції України. Актуальні проблеми юридичної психології* : зб. матеріалів III міжнар. наук.-практ. конф., м.Київ, 25 квіт. 2014 р. Київ, 2014. С.189-192.
44. Калмыкова Е. С., Особенности психотерапии посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2001. Т. 22. № 4. С. 70–80.
45. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В., Особенности групповой психотерапии посттравматического стрессового расстройства. *Психологический журнал*. 2001. Т. 23. № 5. С. 67–82.

46. Калмыкова Е. С. Особенности психотерапии посттравмотического стресса. Психологический журнал / Ред. А. В. Брушлинский, И. О. Александров, И. И. Чеснокова. 2001. Том 22. № 4. С. 70-81.
47. Кеннон В. Физиология эмоций (Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости): Пер. с англ. Ленинград: изд-во Прибой, 1927. 175 с.
48. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: монография. Москва: Наука, 1983. С. 372 с. 224.
49. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны: Фронтовые наблюдения врача-психолога. Москва: Изд-во М-во культуры РФ. Рос. ин-т культурологии. 2001. 80 с.
50. Китаев-Смык Л. А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти:
URL: http://modernlib.ru/books/l_a_kitaevsmik/organizm_i_stress_stress_zhizni_i_stress_smerti/read/ (дата обращения: 23.10.2018).
51. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності у звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. Київ: Ніка-Центр, 2006. 580 с.
52. Костицкий М. В. Введение в юридическую психологию: методологические и теоретические проблемы / Костицкий М. В. Киев: Вища школа, 1990 – 259 с.
53. Костюк Г. С. Професійне самовизначення як фактор формування особистості. *Радянська школа*. 1967. березень. С. 1–8.
54. Коханов В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / ред. В. П. Коханов., В. Н. Краснов. Москва: Практическая медицина, 2008. 448 с.
55. Краченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: НУЦЗУ, 2017. 256 с.

56. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клінічний посібник / Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін; під ред. П.В. Волошина. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.

57. Кудерміна О.І. *Психологія: навчальний посібник*. веб-сайт. URL: http://www.naiau.kiev.ua/files/kafedru/up/pidrych_psuxologiya.pdf

58. Кудерміна О. І. Сучасні передумови здійснення психологічної допомоги та психологічної реабілітації учасників АТО в Україні. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції*. 2015 р. 3 червня. Київ : НУОУ, 2015. – 374, С. 180-182.

59. Кучеренко С. М., Кучеренко Н. С. Формування психологічної готовності фахівців технічного профілю як фактора ефективної організації професійної діяльності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон, 2018. Вип.3, Т1. 225с., С. 196- 201

60. Лазарус Р. Психология: Биографический библиографический словарь / Под ред. Н. Шихи, Э. Дж. Чепмана, У. А. Конроя. Санкт-Петербург : Евразия, 1999. 128 с.

61. Лазарус Р. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. Психологические факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. 126 с.

62. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Санкт-Петербург : Медицина, 1970. 208 с.

63. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии : учеб. пособие для вузов по спец. Психология / Под. ред. Д. Леонтьева. Е. Соколовой. Москва : Смысл, 2000. 509 с.

64. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Политиздат, 1977. Гл. 4.4.

65. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Хмельницький, 2008. 22 с.
66. Лукашенко (Галич) М. Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід. *Юридична психологія*. 2017. С. 48–58.
67. Лукашенко (Галич) М. Ю. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2019. Том. XI: Вип 20. С. 90-102.
68. Лукашенко (Галич) М. Ю. Особливості емоційних станів поліцейських – учасників операції об'єднаних сил. *Znanstvena misel journal*. 2020. №40/2 (63). С. 59-63.
69. Лукашенко М. Ю., Галич Я. В. Застосування психотерапевтичних методів у системі реабілітації учасників миротворчих місій та локальних збройних конфліктів. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень: збірник наукових праць*. Київ. : Альфа-пік, 2019. С. 173-179.
70. Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. Москва : Изд-во Наука, 1983. – 316 с.
71. М'ясоїд П. А. Загальна психологія: Навч. посіб. 2-ге вид., допов. Київ : Вид-во Вища школа, 2001. 487 с.
72. Магнуссон Д. Психология социальных ситуаций: хрестоматия / Составитель Н.В. Гришина. Санкт-Петербург, 2001. С. 153–188.
73. Манілов І. Ф. Психотерапевтична конфронтаційна сугестія: базові положення. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Київ, 2015. Вип. 11. С. 170–185.

74. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. 4-е изд. Москва: Флинта, 2004. 400 с.
75. Медведєв В. С. Професійно-психологічна компетентність працівників Національної поліції як підґрунтя профілактичної діяльності. *Правові, психологічні та педагогічні проблеми профілактики правопорушень* : зб. матеріалів наук.-практ. конф. (ОДУВС, 28 жовтня 2016 р.). Одеса, 2016. С. 58–60.
76. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Женева : Всемирная организация здравоохранения, 1995.
77. Методическое пособие для практических психологов Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие / Редактор составитель Д.Я. Райгородский. Самара: Бахрам-М, 2001.
78. Никонов В. П., Козловский И. И., Славнов С. В. Особенности психической адаптации сотрудников МВД России, несущих службу в районах вооруженных конфликтов (Северо-Кавказский регион). *Русский медицинский журнал*. 1996. № 11. Т. 4, С. 704–710.
79. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
80. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. навч. посіб. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
81. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / упоряд.: Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Харків, 2002. 47 с.
82. Прангишвили А.С. Исследования по психологии установки. Тбилиси: Мецниереба, 1967. 340 с.
83. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : методичний посібник / упоряд.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
84. Психіатрія : підручник / О. К. Напрєєнко, І. Й. Влох, О. З. Голубков та ін. ; за ред. проф. О.К. Напрєєнка. Київ : Здоров'я, 2001. – 584с.

85. Психологічне забезпечення оперативно-службової діяльності працівників міліції : навч.-метод. посіб.: у 2 ч. Ч. 3. Психологічне забезпечення переговорної діяльності / Д. О. Александров, В. Г. Андросюк, Л. І. Казміренко, Я. Ю. Кондратьєв, Г. О. Юхновець. Київ : Бібліогр. 2004. 102 с.
86. Психологія: Підручник / Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук та ін.; за ред. Ю. Л. Трофімова. 2-ге вид. Київ : Либідь, 2000. 558 с.
87. Пуховский Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. Москва : Изд-во Академический проект, 2000. 286 с.
88. Романенко О. В. Особистість та професійна діяльність практичного психолога ОВС : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. Харків, 2007. 182 с.
89. Сакерин В. В., Головкин Н. В., Певзнер О. Г., Рабочий А. В. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах у военнослужащих. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1998, № 4. С. 115–116.
90. Санжаева Р. Д. Психологические механизмы формирования готовности человека к деятельности : дисс. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 Новосибирск. 1997. 354с.
91. Селье Г. Стресс без дистресса / общ. ред. Е. М. Крепса. пер. с англ. А.Н. Лука, И.С. Хорола. Москва : Прогресс, 1979. 123 с.
92. Сидоров П. И., Лукманов М. Ф. Особенности пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 1997. № 3. С. 20–25.
93. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. Физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций : учебник. Москва : Наука, 1981. 100 с.
94. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса : учеб. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.
95. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны. *Психологическое обозрение*, 1996. № 1(2). С. 26–29.

96. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы. *Психологический журнал*, 1992. № 2. С. 14–29.
97. Цимбалюк І. М., Яницька О. Ю. Загальна психологія. Модульно-рейтинговий курс для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Професіонал, 2004. 304 с.
98. Човдырова Г. С. Психологическая стимуляция боевого духа сотрудников ОВД для действий в экстремальных условиях. *Психопедагогика в правоохранительных органах*. Омск, 1996, № 1(3). С. 70–72.
99. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. *Гуманітарний часопис*. 2005. № 1. С. 103–108.
100. Шелех Л. С. Профілактика психосоматичних розладів у працівників органів внутрішніх справ: монографія / за ред. Л. С. Шелех. Київ : НАВС, 2015. 383 с.
101. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.
102. Figley C. Traumatic stress: the role of the family and social support system. *Trauma and Its Wake, Volume II: The Study and Treatment of PostTraumatic Stress Disorder*. New York: Brunner, 1985. P. 39–54.
103. Hamner, M. B., Faldowski, R. A., Ulmer, H. G., Frueh, B. C., Huber, M. G., & Arana, G. W. Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International Clinical Psychopharmacology*. 2003. 18(1), 1–8.
104. Kessler R. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. Vol. 52. P. 1048–1060
105. Vasterling, J. J. et al., (2015). Establishing a methodology to examine the effects of war-zone PTSD on the family: the family foundations study. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 24(2), 143–155.

106. Weitz J. Psychological research needs on the problems of human stress. In: Social and Psychological Factors in Stress (ed. J.E. McGrath). Holt Rinehart and Winston. New York, 1970. 250 s.

107. Cox T., Mackay C. A psychological model of occupational stress. A paper presented to Medical Research Council meeting Mental Health in Industry. London, November. 1976. 256 s.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анонімна анкета

1. **Вік:** _____
 2. **Стать:** чол - 01, жін - 02
 3. **Сімейний стан:** _____
 4. **Діти:** _____
 5. **Місяць і рік призову (загальний період перебування в ООС):** _____
 6. **Спеціальне звання:** солдат, сержант-01, прапорщик-02, молодший лейтенант-03, лейтенант-04, старший лейтенант-05, капітан-06, майор-07, підполковник-08, полковник-09.
 7. **Наявність категорій:** учасник бойових дій (УБД)-1, особа яка має особливі заслуги перед Батьківщиною-02, учасник ООС (АТО)-03, учасник ООС (АТО) з посвідченням УБД-04.
 8. **Загальний період перебування в зоні проведення ООС (АТО):**
-

1. **Наявність бойових травм, поранень:** так-01, ні-02
2. **Чи звертались за спеціалізованою допомогою психолога:**
так-01, ні-02
3. **Наявність значних психотравмуючих ситуацій протягом останніх п'яти років:**
 - смерть або тяжкі захворювання рідних та близьких
 - розлучення
 - реальна загроза власному життю
 - психотравмуючі ситуації відсутні
 - Усвідомлення поранення, травми, каліцтва
 - Загибель товаришів по службі і мирних жителів
1. **Чи помічали ви погіршення з боку (Так/Ні):**
Пам'яті _____ Уваги _____ Мислення _____

1. Чи важче стало налагоджувати соціальні контакти з оточуючими після повернення із зони ООС?

2. Непорозуміння у спілкуванні в сім'ї з рідними та близькими?

3. Ви отримуєте моральну підтримку з боку сім'ї та рідних?

4. Чи відчуваєте ви втрату мотивації стосовно вашого майбутнього?

5. Чи виникають у вас проблеми зі стриманням емоцій?

**Програма тренінгу «Емоційні стани, динаміка та прояви»
продовження**

День 2 10:00-18:00		
Вправа «Привітання»	5хв	10:00-10:05
Вправа «Як я себе почуваю»	5хв	10:05-10:10
ВПРАВА «Квітка-семицвітка»	10хв	10:10-10:20
ВПРАВА «Уявна розмова зі своєю професією»	15хв	10:20-10:35
Лекція «Стрес: Поняття, основні ознаки та наслідки, особливості реагування організму на стрес»	20хв	10:35-10:55
Вправа самодіагностика «Асоціація на слово «робота»	15хв	10:55-11:10
Вправа «Кошик сміття»	15 хв	11:10-11:25
Інформаційне повідомлення (продовження теорії про стрес)	5-7 хв	11:25-11:30
Перерва (кава-пауза)	30хв	11:30-12:00
Основна частина		
Вправа «Мої позитивні та негативні сторони»	40хв	12:00-12:40
Вправа «Правила душевної рівноваги»	20хв	12:40-13:00
Обговорення вправи	5хв	13:00-13:05
Вправа - релаксація «Занедбаний сад»	15хв	13:05-13:20
Обговорення вправи	5хв	13:20-13:25
Обідня перерва	1год.	13:30-14:30
Вправа «Перелік особистих ресурсів»	15хв	14:30-14:45
Вправа «Емоції»	20хв.	14:45-15:05
Вправа «Дзеркало гніву»	25хв	15:05-15:30
Вправа «Лист до себе»	15 хв	15:30-15:45

Вправа «Місце спокою»	15 хв	15:45-16:00
Перерва (кава-пауза)	30хв	16:00-16:30
Вправа «Лимони»	10 хв	16:30-16:40
Вправа «Ми з тобою схожі тим, що...»	20хв	16:40-17:00
Вправа релаксація «Книга мого життя»	15 хв	17:00-17:15
Завершальна частина		
Вправа «Вдячність»	10хв	17:15-17:25
Вправа «Поважний стіл»	15хв	17:25-17:40
Вправа «Прощання»	10хв	17:40-18:00

День 3 10:00-18:00		
Вправа «Привітання»	5хв	10:00-10:05
Вправа «Як я себе почуваю»	5хв	10:05-10:10
Вправа «Ідеальна виробнича ситуація»	15хв	10:10-10:25
Вправа «Що робить мене уразливим?»	10хв	10:25-10:35
Вправа «Перелік особистих ресурсів»	15хв	10:35-10:50
Інформаційне повідомлення «Методи гармонізації психофізичного стану»	15хв	10:50-11:05
Обговорення матеріалу	5хв	11:05-11:10
Вправа «Сприйняття життя»	20 хв	11:10-11:30
Перерва (кава-пауза)	30хв	11:30-12:00
Основна частина		
Створення колажу «Портрет успішного лікаря»	20хв	12:00-12:20
Вправа «Внутрішній промінь»	10хв	12:20-12:30
Вправа «Створи свій власний світ»	15хв	12:30-12:45
Вправа «Затискачі по колу»	15хв	12:45-13:00
Вправа «Доц»	10хв	13:00-13:10
Вправа «Валіза»	15хв	13:10-13:25

Обговорення вправи	5хв	13:25-13:30
Обідня перерва	1год.	13:30-14:30
Вправа «Список емоцій»	10хв.	14:30-14:40
Вправа «Передача почуттів»	10хв	14:40-14:50
Вправа «Мобілізуємо дихання»	15 хв	14:50-15:05
Весняний дощ	10 хв	15:05-15:15
Вправа «пружина» АТ тренування	10хв	15:15-15:25
Вправа «Образ стресу»	20 хв	15:25-15:45
Вправа «Мої улюблені справи»	15хв	15:45-16:00
Перерва (кава-пауза)	30хв	16:00-16:30
Вправа «Кінопроби»	15хв	16:30-16:45
Релаксаційна вправа «Колір моєї душі»	15хв	16:45-17:00
«Сон на чарівній галявині в лісі»	10хв	17:00-17:10
Завершальна частина		
Вправа «Пісочний годинник»	20хв	17:10-17:30
Вправа на завершення «Крок—раз!»	5хв	17:30-17:35
Вправа «Пошта»	10хв	17:45-17:55
Вправа «Прощання»	5хв	17:55-18:00
Заповнення анкети відгуку		

Блок апробованих психодіагностичних методик, з урахуванням виявлених в ході емпіричного дослідження груп підвищеної психологічної уваги, рекомендованих для використання на етапі підготовки до відправки в зону проведення ООС та після ротації

Етап підготовки до відправки в зону проведення ООС:

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.
2. Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність-200”.
3. Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
4. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.
5. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова.

Після повернення з зони проведення ООС:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);
2. Шкала оцінки впливу травматичної події;
3. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова;
4. Шкала депресії А.Т. Бека;
5. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова;
6. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР;
7. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
8. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.

Перелік методик які можуть використовувати заклади охорони здоров'я та відомчі установи у процесі реабілітації комбатанта:

1. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової);
2. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП);
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);
4. Шкала Монтгомері - Асберга для оцінки депресії (MADRS);
5. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Лукашенко (Галич) М. Ю. Особливості психологічної підготовки співробітників ОВС та спеціальних підрозділів до екстремальних умов діяльності. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. XI. Вип. 19. С. 225–241.

2. Лукашенко (Галич) М. Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід. *Юридична психологія: науковий журнал*. 2018. № 2 (23). С.48–58

3. Лукашенко (Галич) М. Ю. Травматичний досвід військових дій як чинник девіантної поведінки. *Юридична психологія: науковий журнал*. 2019. № 1 (24). С.32–39

4. Лукашенко (Галич) М. Ю., Галич Я.В. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. XI. Вип. 20. С.90–102.

5. Лукашенко (Галич) М. Ю. Особливості емоційних станів поліцейських – учасників операції об'єднаних сил. *Znanstvena mise journal*. 2020. №40/2 (63). С. 59–63.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Лукашенко (Галич) М. Ю. Застосування психотерапевтичних методів у системі реабілітації учасників миротворчих місій та локальних збройних конфліктів. *Збірник наукових праць «Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень»*. 2019. С.173–179.

7. Лукашенко (Галич) М. Ю. Роль емоційних станів особистості в системі готовності поліцейських до професійної діяльності. *Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі*: зб. матеріалів доп. учасн. III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 7 грудня 2018 р.). Київ, 2018. С. 176–178.

8. Лукашенко (Галич) М. Ю. Аспекти синдрому професійного вигорання співробітників національної поліції України. *Актуальні питання психологічного забезпечення діяльності закладів вищої освіти МВС України та національної поліції України*: зб. матеріалів міжвідомчої наук.-практ. конф. (м. Київ, 25 квіт. 2019 р.). Київ, 2019. С. 116–117.

9. Лукашенко (Галич) М. Ю., Романенко О. В. Сучасні підходи до психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом. *Психологічні засади забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів*: матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 07 лют. 2019 р.). Кривий Ріг, 2019. С. 328–331.

10. Лукашенко (Галич) М. Ю. Екстремальні ситуації як чинник розвитку посттравматичного стресового розладу. *Дев'ять Сіверянських соціально-психологічних читання*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (м. Чернігів, 30 листоп. 2018 р.). Чернігів, 2019. С. 223-226.

11. Лукашенко (Галич) М. Ю. Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої терапії в системі реабілітації постраждалих у бойових діях. *Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи*: зб. матеріалів доп. учасн. II Всеукраїнського Конгресу. (м. Київ, 07-08 листоп. 2019 р.). Київ, 2019. С. 223–225.

12. Лукашенко (Галич) М. Ю. Індивідуальні особливості переживання життєвих криз, спричинених травматичним досвідом бойових дій. *Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій*: зб. наук. праць за матеріалами III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 26-27 берез. 2020 р.). Київ, 2020. С. 147-151.

13. Лукашенко (Галич) М. Ю. Психологічні чинники вчинення корупційних діянь. *Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі: зб. матеріалів IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 12 груд. 2019 р.)* Київ : Київ. Нац. акад. внутр. справ, 2019. С. 389-392.

14. Лукашенко (Галич) М. Ю. Стрес-фактор як чинник виникнення негативних психоемоційних станів працівників національної поліції. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 27 берез. 2020 р.)*. Харків, 2020. С. 219-221.

15. Лукашенко (Галич) М. Ю. Дослідження динаміки емоційних станів поліцейських-учасників бойових дій на сході України. *Актуальні питання психологічного забезпечення діяльності Національної поліції та закладів вищої освіти МВС України: матеріали міжвідомчого наук.-практ. круглого столу. (м. Київ, 07 квітня 2020 р.)*. Київ, 2020. С. 133-136.

Акти впровадження

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор
Національної академії
внутрішніх справ,
доктор юридичних наук,
професор

С.Д. Гусарєв

АКТ

про впровадження результатів дисертації
аспіранта кафедри юридичної психології Національної академії
внутрішніх справ Лукашенко Марини Юріївни
у освітній процес Національної академії внутрішніх справ

Комісія у складі: начальника відділу докторантури та ад'юнктури, доктора юридичних наук, доцента **Дрозда Олексія Юрійовича** (голова комісії); завідувача кафедри юридичної психології, доктора психологічних наук, доцента **Кудерміної Олени Іванівни**; начальника відділу організації та координації освітнього процесу, кандидата юридичних наук **Дубівки Ірини Володимирівни**, склала цей акт про те що результати дисертації аспіранта кафедри юридичної психології Лукашенко М.Ю. на тему: «Особливості динаміки емоційних станів поліцейський – учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період», впроваджені у освітній процес академії, зокрема.

1. Матеріали дисертації Лукашенко М.Ю. застосовуються у освітньому процесі при підготовці та проведенні лекцій, семінарських і практичних занять із здобувачами вищої освіти з навчальних дисциплін: «Психофізіологія», «Методика проведення психологічної експертизи в різних галузях психології», «Основи психотерапії», «Методи психотерапевтичної роботи».

2. Результати дисертації Лукашенко М.Ю. відображені у науково-практичних і навчально-методичних матеріалах для здобувачів вищої освіти, де в якості джерел при підготовці навчальних матеріалів, рекомендовані такі публікації:

Лукашенко М.Ю. Особливості психологічної підготовки співробітників ОВС та спеціальних підрозділів до екстремальних умов діяльності. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.* – 2019. – Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Випуск 19. С. 225–241.

Лукашенко М.Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід. *Юридична психологія: наук. журн.* / [редкол.: В.В. Черней (голова) та ін.]. – Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2018. – № 2 (23). С. 48–58

Лукашенко М.Ю. Застосування психотерапевтичних методів у системі реабілітації учасників миротворчих місій та локальних збройних конфліктів. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень: збірник наукових праць* / за заг. Ред. Л.В. Помиткіної, Т.В. Вашеки. – к. : тов «альфа-пiк», 2019. С. 173–179.

Лукашенко М.Ю. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.* – 2019. – Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Випуск 20. С. 90–102.

Лукашенко М.Ю. Аспекти синдрому професійного вигорання співробітників національної поліції України. *Актуальні питання психологічного забезпечення діяльності закладів вищої освіти МВС України та національної поліції України* [текст] : матеріали міжвідом. Наук.-практ. Круглого столу (Київ, 25 квіт. 2019 р.) / [редкол.: В.В. Черней, С.Д. Гусарев, М.В. Костицький та ін.]. – Київ : нац. Акад. Внутр. Справ, 2019. С. 116–117.

Лукашенко М.Ю. Сучасні підходи до психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом. *Психологічні засади забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної, (м. Кривий Ріг, 07 лютого 2019 року).* – Кривий Ріг, 2019. С. 328–331.

Лукашенко М.Ю. Екстремальні ситуації як чинник розвитку посттравматичного стресового розладу. *Дев'яті Сіверянські соціально-психологічні читання: Матеріали Міжнародної наукової конференції* (30 листопада 2018 року, м. Чернігів) / За наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової. – Чернігів, НУ «ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2019. С. 223–226.

Лукашенко М.Ю. Роль емоційних станів особистості в системі готовності поліцейських до професійної діяльності. *Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі* [Текст] : матеріали III Міжнар. наук.- практ. конф. (Київ, 7 груд. 2018 р.): у 2 ч. / [редкол.: В.В. Черней, С.Д. Гусарев, С.С. Чернявський та ін.]. – Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2018. – Ч. 1. С. 176–178.

Лукашенко М.Ю. Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої терапії в системі реабілітації постраждалих у бойових діях. *II Всеукраїнський Конгрес із соціальної психології «Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи»:* (м. Київ, 7-8 листопада 2019 року). С. 222–224.

3. Зазначені праці підтверджують належний навчально-методичний рівень, актуальність обраної тематики, фахову підготовку дисертації аспіранта кафедри юридичної психології Лукашенко М.Ю. на тему: «Особливості динаміки емоційних станів поліцейський – учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період», а також практичну значимість роботи та можливість використання результатів дисертаційного дослідження при викладанні вище зазначених навчальних дисциплін.

Голова комісії:

О. Ю. Дрозд

Члени комісії:

О. І. Кудерміна

І. В. Дубівка



МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
Національний військовий медичний клінічний
центр „ГВКГ”

Клініка психіатрії з палатами для наркологічних хворих
 Київ - 133, Госпітальна, 18, тел. 521-84-88

АКТ

про впровадження в практичну діяльність клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» результатів дисертаційного дослідження здобувача кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ Лукашенко Марини Юріївни «Особливості динаміки емоційних станів поліцейський – учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період»

Лукашенко Марина Юріївна, авторка науково дослідження, з 2019 по 2020 рік систематично організовувала просвітницьку роботу для лікарів психіатрів та психологів клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», у роботі з учасниками операції об'єднаних сил.

За свідченнями лікарів психіатрів та психологів клініки залучених до проведення семінару-інтенсиву, отримано суттєвий позитивний результат від авторської роботи. Проведений семінар-інтенсив охарактеризовано позитивно, актуальність проведеної роботи є беззаперечною, результати якої активно використовують в практичній діяльності спеціалістів клініки, у роботі з учасниками ООС та їх сім'ями.

Пропозиції та висновки дисертаційного дослідження використовуються лікарями психіатрами та психологами клініки у роботі з учасниками операції об'єднаних сил на сході України, в реабілітаційний період; при організації та

проведенні психодіагностичного дослідження та у психотерапевтичній роботі з учасниками ООС та вдосконаленні методичних доробок.

ТВО начальника клініки психіатрії НВМКЦ «ГВКГ»

майор м/с

Ярослав ГАЛИЧ

“24” 12.2019

