

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Усик Д. Б.

ВСТУП

Найбільш травмованою частиною населення України очевидно є військовослужбовці, адже саме вони є активними учасниками бойових дій і безпосередньо стикаються обличчям до обличчя з усіма жахіттями та випробуваннями війни. Кожна людина, яка отримала бойовий досвід змінюється відповідно до вимог ситуації та обставин. Здебільшого набутий військовими досвід є травматичним, і кожен учасник бойових дій вимушений нести тягар цього досвіду у своє мирне життя та адаптуватися до звичних умов життя із новим собою.

Часто травматичний досвід пережитий на війні не дозволяє військовослужбовцю повноцінно адаптуватися до звичних умов, негативно впливає на якість життя воїна та його родини. Зараз українське суспільство активно інтегрує досвід закордонних колег задля забезпечення необхідної та якісної реабілітації військовослужбовців, які повертаються додому, а також активно розробляються методи та засоби адаптації для військових та їх родин. Розуміння причин порушення адаптації військових після повернення із зон активних бойових дій є ключем для проведення заходів спрямованих на зниження рівня дезадаптивності та допомоги тим військовослужбовцям, хто вже зіткнувся із її проявами.

Дослідження проявів дезадаптації військовослужбовців є важливим етапом розробки методологічного апарату спрямованого на покращення рівня життя українських воїнів та допомоги їм повернутися до життя із врахуванням нового набутого досвіду.

1. Суть поняття дезадаптація та особливості її проявів у військовослужбовців

Поняття «адаптація» у широкому розумінні характеризує процес, який здійснюється живими організмами з метою пристосування до умов навколишнього середовища. Зміна будови і функцій організму дозволяє істотам виживати в умовах постійно змінюваної природної обстановки. У психології поняття «адаптація» запозичене із природничих наук і відповідно означає зміну і перебудову психіки до умов середовища. Психологічна адаптація забезпечується змінами

у структурі психіки людини, що сприяє успішній реалізації своїх можливостей у світі, що постійно змінюється.

Мардахаєв С. Л.¹ розглядає адаптацію як процес, прояв та результат. Процес являє собою реалізацію природних можливостей людини пристосовуватися до зовнішніх умов життєдіяльності, що забезпечує накопичення досвіду для подальшого життя. Прояв розглядається як поведінка людини в конкретній ситуації, її ставлення до неї та результати вибраної стратегії поведінки.

Герасименко Л. А.² зазначає, що адаптацію необхідно розглядати із 2 позицій – внутрішню і зовнішню. Внутрішня адаптованість людини, відповідно до біологічного визначення, пояснюється перебудовою функціональних структур у відповідь на зміну середовища. Зовнішня ж, або поведінкова, адаптованість проявляється у гармонії, яка простежується у міжособистісних стосунках, при цьому ідентичність особистості не зазнає структурних змін.

Але не завжди психіка людини забезпечена необхідними ресурсами для забезпечення реалізації адаптивних механізмів у всі необхідні періоди. У цьому випадку ми стикаємося із зворотнім явищем – дезадаптацією.

Дезадаптація – це порушення механізму пристосування людини до обставин навколишнього середовища, що проявляється у реакціях неадекватних подразнякам³.

Процес розвитку дезадаптації пропонується розглядати схематично як взаємопов'язаний ланцюжок явищ. Спусковим гачком алгоритму зазвичай є сильна психотравмуюча подія, що супроводжується зміною умов життя, яка порушує наявні адаптивні механізми психіки. Порушена адаптація ускладнює життя та вирішення складних життєвих ситуацій, що в свою чергу викликає психопатології. Психопатології водночас поглиблюють дезадаптацію на трьох рівнях впливу: прямому (соціальна деривація), опосередкованому (соціальний остракізм), моделювальному, доповнювальному⁴.

Особливо складними, як на нашу думку, є наслідки травматичних подій та дезадаптація у сфері військової служби, особливо у теперішній надзвичайно тяжкий час у нашої державі.

¹ Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 208 с.

² Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. Вип. 1. С. 62-65.

³ Miller G. F. Mate choice From sexual cues to cognitive adaptations. Ciba Foundation Symposium. 1997. № 208. P. 71–87.

⁴ Science Briefs, D. M. Buss, Kruger D. J., Kurzban R. Evolutionary theory and psychology. Psychological Science Agenda, 2009. 15 p.

Розглянемо досвід дослідження дезадаптації військовослужбовців у психологічній науці. Є. Г. Гриневиц⁵ стверджує, що під час проходження служби у зоні бойових дій більш ніж у 70% військовослужбовців виникають дезадаптивні порушення уже протягом першого місяця. У 10–12% випадків виникають стресові реакції, а у 1–2% – гострі реактивні психози. За умови наявності низки несприятливих факторів, які б погіршували загальну обстановку у ході бойових дій показник рівня дезадаптованості, на думку автора, може досягти 100% і викликати колективну паніку. Перебування у постійній напрузі під час бойових дій, перманентна загроза життю та здоров'ю воїна та його побратимів, страх на біологічному рівні та відсутність контролю над ситуацією несуть надзвичайно травматичний вплив на психіку, що сприяє підриву компенсаторних захисних механізмів психіки. Автор визначає реакції психіки у відповідь на дію вищезазначених факторів як феномени, які передують розвиткові дезадаптивних процесів. Розглянемо їх детальніше.

«Синдром нервової демобілізації» виникає в наслідок тотальної перевтоми та за рахунок цього зниженням вольової мобілізації. Проявляється у нетерпимості, постійному роздратуванні, агресивності, апатичності, втомлюваності, тривожністю, проявом різних страхів, часом підозрілістю, нервовістю, запальністю. На соматичному рівні проявляється безсонням, нічними кошмарами, неприємними відчуттями у тілі, тремором, виникненням залежностей (внаслідок вживання різних речовин для покращення стану). Також зазначається про зниження активності психічних процесів таких як пам'ять (гіпомнезія), мислення (зниження темпу), порушення концентрації уваги⁶.

«Стрессова пошукова активність» – стан характерний для осіб молодого віку спрямований на зіткнення з небезпекою. Ця реакція, яка підштовхується вітальним бажанням жити та глибинним біологічним страхом проявляється як активна нападаюча позиція (бий – біжи – замри). На соматичному рівні проявляється підвищеним рівнем адреналіну, почервонінням, тахікардією емоційним та моторно-руховим збудженням.

«Торпідна первинна стрессова реакція» характеризується загальною загальмованістю, млявістю, байдужістю, зниженим рівнем

⁵ Друзь О. В. Психодіагностика посттравматичного стрессового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 37–43.

⁶ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посібник для ВНЗ. Київ : Ника-центр, 2006. 580 с.

комунікативних навичок. Загалом є антиподом «стресової пошукової активності».

Також серед феноменів реакції особистості на стрес в умовах бойових дій Є. Г. Гриневич виділяє:

– «реакцію дисоціації суб'єкта і об'єкта» (проявляється у відчуженому сприйнятті реальності, наче те, що відбувається не стосується суб'єкта діяльності);

– «ілюзію хибної невразливості» (проявляється в недоречній хоробрості, упевненості у власних силах і в тому, що з особою не може статися щось погане);

– явище «псевдопримітивізації» (проявляється у спрощенні бажань на активності до задоволення вітальних потреба, характеризується апатією, байдужістю, без емоційністю, що змінюється короткими спалахами гніву);

– «манію величі в мініатюрі» (проявляється у почутті власної всездозволеності через володіння зброєю);

– «переживання втрати майбутнього» (проявляється в апатії, небажанні продовжувати діяльність, упевненості у безглуздості життя та часом навіть у суїцидальних проявах);

– «тимчасову адитивну поведінку».

Психопатологічні прояви дезадаптації військовослужбовців поділяються на такі:

– вегетативні (безсоння, нічні кошмари, тремор, тахікардія, пітливість, відчуття здавленості та важкості у грудній клітці);

– афективні (параноя, тривожність, почуття провини, іпохондричні розлади, розвиток страхів та виникнення сорому, почуття меншовартості, неважливості, зниження рівня комунікативних навичок, зміни настрою, запальність, безпричинна агресія та роздратованість);

– астеничні (втома, почуття виснаженості, байдужість, плаксивість)⁷.

Адаптація до умов бойових дій військовослужбовця прямо пропорційно залежить від сили та завантаженості бойових дій. Високий рівень адаптованості та задовільний психо-емоційний стан може спостерігатися:

– протягом трьох місяців за умови гіпер-інтенсивних бойових дій;

– протягом 6 місяців за умови помірного рівня бойових дій;

– від 9 до 12 місяців про стабільному та регламентованому рівні бойових дій.

⁷ Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підручник для студ. вищих навч. закл. Київ : Ніка-Центр, 2003. 395 с.

Важливо зазначити, що адаптація і її порушення у військово-службовців відбуваються не тільки на етапі коли людина потрапляє в ситуацію воєнних дій. Адаптація військовослужбовця до умов загрози життю та необхідності виконання бойових завдань відбувається безпосередньо на «полі бою» і завдає тотального впливу на психіку, переводячи її в «режим виживання». За умови успішного пристосування воїн може бути функціональним і виконувати покладені на нього зобов'язання. Проте рано чи пізно для кожного військовослужбовця настає його момент демобілізації, повернення до спокійних умови життя, до родини, до суспільства. На цьому етапі психіці, яка вже «загострилася» під умови воєнного часу необхідно адаптуватися до мирного суспільства назад, до тих умов, у яких людина жила раніше, і часом, це видається складнішим, ніж адаптація до бойових умов. Захисні механізми психіки, які у бойовій обстановці працювали задля забезпечення її цілісності та здоров'я, без наявності екстремальних умов продовжують працювати, наносячи шкоду психічному здоров'ю особистості.

Процес повторної адаптації до звичних умов життя після перебування у зоні бойових дій визначений як реадаптація. Суть його полягає в тому, що особі після пережитого травматичного досвіду необхідно знову пристосуватися до умов життя, у яких їй не загрожує небезпека. Зазвичай цей процес потребує значних зусиль та потужного психологічного ресурсу, для того щоб «відпустити» набутий досвід та моделі та поведінки й інтегруватися у суспільство зі своїми новими властивостями⁸.

Як зазначає А. Чаплигін⁹ для реадаптації у соціум особистості необхідно пристосувати набуті форми та стратегії поведінки до умов середовища, які раніше були звичними, але після здобутого бойового досвіду є новими та незрозумілими. Цей процес може відбуватися двома шляхами: або особистість сама підлаштовує свою поведінку та стратегії взаємодії в соціумі під наявне соціальне середовище, або ж змінює його відповідно до набутих форм поведінки.

Деадаптивні прояви у демобілізованих військовослужбовців проявляються у ціннісному, психологічному та соціальному аспектах. На полі бойових бій військовослужбовець почувається професіоналом у своїй справі, там є чіткі визначені задачі, від виконання яких залежить власне життя та життя побратимів, а в глобальному плані – благополуччя країни, майбутнє для дітей та мир. Після повернення

⁸ Гуцуляк Н., Корнівська, М. Особливості соціально-психологічної реадаптації демобілізованих учасників АТО. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2018. № 1(12). С. 17–26.

⁹ Чаплигін А. Соціальна реадаптація у життєвій перспективі. *Соціальна психологія*. 2004. № 5 (7). С. 20–24.

до цивільного життя військові зазвичай стикаються із «безсенсовністю» усього, що відбувається, адже воно не ціннісного навантаження. Усі проблеми цивільних відчуються як малозначні, власна цінність для особистості применшується або втрачається. Демобілізований військовий стикається із неконкурентноспоможністю на ринку праці, а його набуті реакції заважають ставитися до нефахової роботи так, як цього вимагає керівництво. Це спричиняє низку негативних проявів, серед яких – бажання знову повернутися на фронт, адже тільки там людина справді відчуває свою важливість¹⁰.

Навіть повернення додому для військовослужбовця може бути травматичним. Хоча ця подія радісна і повинна принести спокій та допомагати нейтралізувати негативні наслідки впливу бойових дій, часом відбувається навпаки. Родина, яка звикла до однієї особи військовослужбовця стикається з ти, що він змінився, став замкненим, усамітненим, відстороненим, а часом роздратованим і агресивним. На основі цього у родині воїна відбуваються конфлікти, які ще більше поглиблюють розрив між адаптованим цивільним життям і системою поведінки військового. Часто бойові дії тривають доволі довго, і після демобілізації військовий повертається до родини, у структурі якої вже відбулися внутрішні зміни, без участі власне його (діти вирости, система цінностей дружини змінилася, батьки постаріли). Родина є головною опорою у соціалізації військового, але якщо в наслідок перебування в умовах бойових дій стосунки у родині порушуються – це має суттєвий негативний вплив на реадаптацію та ускладнює механізми дезадаптації, які вже виникли¹¹.

Характер дезадаптованості військовослужбовців розділяють на непатологічний та патологічний. Серед непатологічних проявів дезадаптованості зазначають незадоволеність своїм соціальним рівнем життя, зіткнення із соціальними стереотипами щодо військових, нерозуміння з боку оточуючих, порушення рівня комунікації навіть із близькими родичами, «буденність» та «сірість» звичайної цивільної рутини, «неважливість» будь-якої діяльності поза військовою справою, власна не функціональність (через набуті порушення здоров'я, травми, інвалідність). До патологічної дезадаптованості військовослужбовців відносять прояви посттравматичного стресового розладу.

Отже, адаптація – це процес пристосування організму або психіки до змінних умов навколишнього біологічного або соціального

¹⁰ Тополь О.В. Соціально–психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2015. Вип. 124. С. 230–233.

¹¹ Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.

середовища. Кожна людина адаптується безліч раз відповідно до зміни умов життя та зовнішньої обстановки. Адаптація військовослужбовців полягає у пристосуванні організму та психіки до надзвичайно екстремальних ситуацій, які можуть нести загрозу життю та здоров'ю. Вона відбувається на рівні пристосування організму та психіки. При цьому в наслідок негативного впливу стресових факторів можуть виникати дезадаптивні прояви. Вони можуть проявлятися у вигляді стресових реакцій, які передують розвиткові дезадаптивних розладів психіки. Рівень адаптованості воїна залежить від інтенсивності бойового досвіду.

2. Основні чинники, що впливають на рівень дезадаптованості військовослужбовця

За даними Чубенко І. М.¹² усі негативні чинники, які впливають на формування пристосованості воїна до умов бойової діяльності можна поділити на загальні та специфічні, при цьому спільні для усіх родів військ. До загальних чинників відносяться:

- інформативне забезпечення підрозділу щодо супротивника, його складу числа та специфіки;
- розуміння особливостей поставленого завдання та загальної обстановки на полі бою;
- природні особливості ведення бою (погодні умови, специфіка місцевості);
- наявність або відсутність бойового досвіду в підрозділі, рівень бойових втрат та санітарного забезпечення;
- час перебування підрозділу у бою, виснаження особового складу;
- рівень довіри до керівників підрозділів, їх авторитет, бойовий досвід, статус у середовищі бійців;
- упевненість у силах власного підрозділу, його укомплектованість, забезпеченість засобами ведення війни, наявність допоміжних союзних сил.

Серед специфічних факторів, що негативно впливають на успішність адаптації воїна в умовах бойових дій та його ефективність автор зазначає непередбачуваність подій на полі бою, довготривалу активність ворога, загрозу життю та здоров'ю, знаходження під прямим вогнем ворога, виконання завдань та території, що піддавалась замінуванню, висока імовірність потрапляння в полон, перебування в оточенні ворога, погодні умови, що унеможливають виконання завдань та несуть загрозу

¹² Чубенко І. М. Формування психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань антитерористичної операції : поради для офіцерів та сержантів. Штаб АТО : Адміністр. Упр. ГШ ЗСУ, 2014. 22 с.

здоров'ю, ненормованість часу для відпочинку та сну або його відсутність, наявність погіршення стану здоров'я, фізичних ушкоджень, поранень, відсутність зв'язку з командуванням, нестача матеріального забезпечення. Окремим фактором, що має негативний вплив є можлива наявність конфліктів у самому підрозділі між бійцями, що порушує єдність групи та погіршує якість виконання завдань. Окрім цього у родині військового також можуть відбуватися конфлікти через виснаження та емоційну замкненість бійця, що також де мотивує та сприяє розвитку дезадаптивних проявів.

Тополь О. В.¹³ зазначає, що фактори, які впливають на порушення адаптації військових є травматичними та поділяються на три основні групи. Перша – безпосередній контакт зі смертю. Як стверджують наукові джерела, смерть є специфічною та травматичною для людської психіки. Тому постійне перебування на межі життя та смерті для воїна є серйозним випробуванням. Травматизація відбувається через опосередковане переживання та споглядання смерті та поранень, що можуть призвести до загибелі побратимів, а також постійне очікування власної імовірної смерті за наявних умов.

Друга група факторів пов'язана із дериважацією особистості у зв'язку із перебуванням в особливих умовах і за особливих обставин. Неможливість задоволення фізичних потреб, соціальна ізоляція, повна або часткова відсутність зв'язку із рідними та близькими людьми спричиняє пригнічений морально-психологічний стан, демотивованість на виконання завдань, порушення адаптації.

Третя група факторів пов'язана із фрустрацією бійців, у наслідок невідповідності очікуванням про несення служби та реальністю. Часто воїни вмотивовані упевненістю у власній перемозі, очікують швидких успіхів та не до кінця сприймають складність умов несення служби. Невідповідність реальності до очікувань спричиняє розчарованість, демотивацію, ускладнення адаптації.

Кравченко К. О.^{14, 15} виділяє серед чинників, що сприяють розвитку дезадаптивних порушень після переживання травматичних подій

¹³ Гульбе О., Кобець, О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. Вип. 7. С. 100–106.

¹⁴ Кравченко К. О. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців - учасників антитерористичної операції : монографія. Держ. служба з надзвичайн. ситуацій. Національний університет цивільного захисту України. Харків : НУЦЗУ, 2017. 186 с.

¹⁵ Кравченко, К. О. Психологічні особливості переживання льотчиками втрати бойових товаришів при проведенні антитерористичної операції (АТО). *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. 2016. Вип. 52. С. 59–69.

особистісні особливості та готовність військовослужбовця до виконання бойових завдань.

Чубенко І. М. стверджує, що окрім зовнішніх чинників що впливають на рівень дезадаптованості учасників бойових дій можна виділити і внутрішні, такі як психологічна підготовленість до несення служби, особистий досвід перебування в екстрених ситуаціях, активності особистості, навиків подолання наслідків сильного стресу. Рівень бойової підготовленості визначається за активністю воїна у боях, кількістю та рівнем інтенсивності, значимістю пережитих подій у загальній картині воєнного поля бою, втратами особового складу під час проведення операцій. Особливими факторами є наявність поранень, акубобаротравм, інших травм та порушень здоров'я пов'язаних із несенням служби, взяття в полон, засвідчення смерті та травматизації побратимів.

Автор зазначає ряд специфічних факторів, які можуть сприяти виникненню у подальшому порушень адаптації в умовах бойових дій:

- відсутність підтримки воєнних дій громадськістю, до якої належить боєць;
- досвід переживання негативних подій, пов'язаних із несенням служби;
- відсутність або обмеженість досвіду використання стратегій поведінки, необхідної для виживання в умовах бойових дій;
- спорідненість певних особливостей військовослужбовця із супротивником (наприклад, національна приналежність);
- особливості віросповідання військовослужбовця, особливо співпадіння його із віросповіданням супротивника;
- певні психологічні проблеми, конфлікти у сім'ї військовослужбовця;
- проблеми із соціально-матеріальним забезпеченням родини військовослужбовця.

Кондрюкова В.В.¹⁶ стверджує, що після демобілізації учасники бойових дій, які брали безпосередню участь у боях, застосовували зброю на поразку потребують особливої уваги, адже складають групу ризику із можливими проявами порушень адаптації.

Після демобілізації прояви дезадаптивності виникають не тільки на основі пережити травматичного досвіду, а і через додатковий ряд факторів, наявних уже в цивільному середовищі. Можемо умовно розділити їх на внутрішні та зовнішні.

¹⁶ Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник. Київ : Гнозис, 2013. 116 с.

Царенко Л.¹⁷ констатує, що не тільки в Україні, а і по всьому світу спостерігається тенденція до розпаду сімей ветеранів. Також дослідниця стверджує, що найчастіше військовослужбовці звертаються до психолога через проблеми у родині. Причиною непорозумінь у родині можуть бути відмінні переконання подружжя. Так, наприклад, демобілізований військовослужбовець може розраховувати на поблажливе ставлення до себе зі сторони дружини, зниження відповідальності, послаблення рівня критичності, таким чином не задовольняючи потреби партнера. Або травматичний досвід, пережитий після участі у бойових діях не дає ветеранові повноцінно виконувати свої функції у родині, проявляти почуття та емоції, проявляти інтерес та зацікавленість у цивільному житті. З рештою, після перебування у точках проведення активних бойових дій особистість змінюється, набувши нових знань та досвіду, поглибивши захисні механізми, заточивши інстинкти на виживання, використання яких часто не є корисним та доречним у цивільному житті. Таким чином, навіть найрідніше коло спілкування військового може просто його не розуміти, не сприймати і навіть боятися. Це і є внутрішніми чинниками розвитку дезадаптації після демобілізації.

З іншого боку, дослідниця розглядає соціальні чинники розвитку дезадаптивних проявів. Так, для демобілізованих учасників бойових дій стає доволі складно знайти цікаву роботу, яка б задовольняла їх матеріально та морально. Після виконання завдань на межі життя і смерті цивільна робота видається неважливою та безсенсовною, а контрастуючи із матеріальним забезпеченням військового, ще й невивігнутою. Також у ветеранів наявна тенденція до уникання соціальних контактів, у зв'язку із острахом нерозуміння, соціальними стереотипами. Простежуються прояви агресивної поведінки, роздратованості, замкненості. Для військовослужбовця, який був залучений до виконання екстремальних бойових завдань у цивільному житті створюється чітке розмежування «свій – чужий», стосовно тих, хто також має такий досвід і дійсно може зрозуміти, і тих, хто тільки думає, що розуміє.

Кондрюкова В.В. також зазначає про чинники, що ускладнюють реадaptaцію до цивільного життя. Такими, на думку дослідниці, є неконкурентноспроможність у виборі роботи, особистісні зміни, що сформувалися в наслідок виконання завдань в умовах екстремальної загрози життю та здоров'ю, внутрішні страхи та бар'єри у соціальних комунікаціях. Зазначено також, що велика частина ветеранів після

¹⁷ Царенко Л. Г., Бойко С. Т. Трансформація традиційних уявлень про здоров'я і благополуччя в умовах збройного конфлікту в Україні. Personality, family and society: issue of pedagogy, psychology, politology and sociology: International scientific-practical conference (June 16–17, 2017, Shumen, Bulgaria). Shumen : Konstantin Preslavsky University of Shumen; Faculty of Education, 2017. С. 164–167.

демобілізації віддає перевагу екстремальним професіям, тим, у яких є певна загроза.

Через зазначені вище несприятливі чинники частина демобілізованих воїнів вдається до адитивної поведінки, задля зменшення дискомфорту та наслідків стресу. Такі дії часто призводять до виникнення фармакологічних залежностей та проявів неадекватної поведінки.

Отже, існує ряд факторів, які впливають на формування дезадаптивних проявів у військовослужбовців під час перебування у зонах бойових дій. У першу чергу це безпосередня загроза життю та здоров'ю, контакт зі смертю, споглядання її та страждань оточуючих. Також до цих чинників відносять фізичні та психологічні умови несення служби, обізнаність у ситуації, досвід перебування у подібних екстремальних умовах погодні умови та природні обставини. Звісно ж, важливими факторами також є ставлення самого військовослужбовця до несення служби, важливість виконуваних завдань для особистості та соціуму, ставлення родини до перебування особи в зоні бойових дій, релігійні переконання, індивідуальна чутливість та оцінювання набутого досвіду.

Після демобілізації прояви дезадаптивності можуть виникати у зв'язку з індивідуальними набутими характеристиками та особливостями після набуття досвіду виживання в екстремальних умовах, порушенням систем родинних стосунків, замкненістю та униканням соціальних контактів, страхом осуду та нерозуміння, зайнятих низьким статусом на ринку праці, неможливістю забезпечити себе та власну родину матеріально, прояви залежної поведінки в наслідок неможливості прожити та прийняти отриманий травматичний досвід.

3. Посттравматичний стресовий розлад як прояв дезадаптації у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад – це розлад, який якісно впливає на життя людини внаслідок перебування під впливом травмуючи подій і характеризується нав'язливими спогадами, кошмарами, втручанням минулих подій у свідомість, кошмарами, параноєю, страхами, порушеннями в емоційній сфері [17]¹⁸.

Комар З.¹⁹ розглядає посттравматичний стресовий розлад як сукупність реакцій нормальних людей у відповіді на ненормальні травмуючі ситуації

¹⁸ Царенко Л. Г., Бойко С. Т. Трансформація традиційних уявлень про здоров'я і благополуччя в умовах збройного конфлікту в Україні. Personality, family and society: issue of pedagogy, psychology, politology and sociology: International scientific-practical conference (June 16–17, 2017, Shumen, Bulgaria). Shumen : Konstantin Preslavsky University of Shumen; Faculty of Education, 2017. С. 164–167.

¹⁹ Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.

життя. Відповідно до визначення, можемо дійти висновку про те, що даний розлад не є характерним виключно для військовослужбовців. Це реакція властива всім людям, що пережили суб'єктивно травматичні події.

Протягом другої половини ХХ століття вченими активно досліджувалося переживання людьми стресових подій, у результаті чого було зроблено висновок: дана реакція простежується не тільки у військовослужбовців, а і у цивільних людей, які отримали травму, внаслідок екстремальних подій. До таких ситуацій віднесено звалтування, дорожньо-транспортні пригоди, ситуації де над людиною, або її близькими було вчинено насильство, або ж особі довелося спостерігати за стражданнями чи смертю інших людей, бути жертвою природних катаклізмів тощо. Спільним для цих ситуацій є пряме або опосередковане проживання загрози смерті або страждань. Із часом вчені виділили, що є різниця між тими реакціями, які людина проявляє при безпосередньому контакті із травматичною подією і через деякий час після. На сонові цього розуміння поняття «велика стресова реакція» було розділено на гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад.

Гострий стресовий розлад це реакція особистості на стрес, що виникає уже під час переживання подій і прояви якого зникають від двох до чотирьох тижнів після. Гострий стресовий розлад має сильний вплив на функціональність особистості. До виділення даного поняття ці реакції визначали як «бойові втрати» внаслідок «бойової втоми». За сприятливих умов прояви гострого стресового розладу минають порівняно швидко, проте за комбінування сильних травматичних подій та несприятливих умов ГСР може перерости у посттравматичний стресовий розлад.

Посттравматичний стресовий розлад, відповідно до визначення, є реакцією особи на травматичні події не відразу, а відкладено. Так, за темпом прояву посттравматичних реакцій виділяють гострий, хронічний та відкладений ПТСР. У випадку, коли людина переживає гострий стресовий розлад більше ніж чотири тижні, можемо говорити про перехід у гостру фазу посттравматичного стресового розладу, який зазвичай триває від одного до трьох місяців. Затримка посттравматичних реакцій довше ніж на 3 місця і протягом наступних трьох (тобто до пів року від моменту травмуючої події) розглядається як хронічний ПТСР. Часом виникають ситуації, коли посттравматичні реакції виникають не переходячи із гострої у хронічну фазу, а після довготривалого періоду часу (від шести місяців до 2–3 років), оминаючи первинні прояви.

Не у всіх, хто пережив травматичну подію може проявитися посттравматичний стресовий розлад. На те, проявиться він чи ні впливає ряд факторів, таких як особистісні риси людини, характер пережитої травматичної події, наявність або відсутність подібного життєвого

досвіду, ставлення оточення людини до її переживань. Не можливо визначити, який саме із цих факторів має найбільший вплив, адже від здійснюється у взаємозалежності один від одного. Стресори, внаслідок яких може проявитися ПТСР узагальнено можна визначити як ситуації, що несуть пряму або опосередковану загрозу життю та здоров'ю особистості або її рідним, та обов'язково супроводжуються переживаннями панічного страху, безпорадності, неможливості контролювати ситуацію. При цьому, при розгляді стресорів у діагностиці ПТСР окрім об'єктивної оцінки ситуації, обов'язково надається значення суб'єктивному сприйняттю, адже те, що для однієї людини модо бути найстрашнішою ситуацією в житті, для іншої буде чимось незнаним.

Різницю у впливі стресових факторів на організм було розглянуто у «моделі вразливості до стресу» Сінді Го та Маркуса Агіуса [19]. Учені розглядають сприйняття людьми стресу з точки зору біології, психології та соціології, точніше як від взаємодії генетичних чинників, індивідуальних особливостей та впливу соціального середовища. Згідно моделі, реакції на стрес формуються протягом життя людини під впливом оточення та пережитого досвіду від самого народження та залежать від рівня чутливості або стійкості до стресу, що є генетичною особливістю. Важливо зазначити, що біологічно зумовлена стійкість до стресу не є запорукою безболісного проживання травматичних подій, важливими є також інтенсивність та тривалість переживання стресу у минулому.

Війна є надзвичайно важким випробуванням для психіки людини, адже рівень стресу та екстремальність за цих обставин в рази вища ніж у цивільному житті. При цьому травмуючий вплив може мати як проживання події так і сприйняття інформації про неї. Надзвичайно травматичним вважається прямий досвід участі у бойових діях, переживання насильства (завдання шкоди здоров'ю, сексуальне насильство, тортури), потрапляння в полон, споглядання насильницької смерті або страждань інших людей, трупів, частин тіла інших людей, раптова звістка про смерть або страждання близької людини.

Комар З.²⁰ зазначає, що ступінь травматизації залежить від таких факторів як рівень небезпеки для життя, інтенсивність та тривалість стресора, суб'єктивний рівень відчуття втрати, місце події, його поширеність (кількість задіяних людей).

У проведеному Комаром З. у 1998 році дослідження найсильніших стресорів у хорватській армії одразу після війни було визначено такі: споглядання поранення побратимів а також ворога, надання тактичної

²⁰ Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.

медичної допомоги воїнам та участь у їх евакуації, виконання насильницьких дій над солдатами противника у ході виконання завдання, ситуації, де імовірність власної смерті або вбивства була високою, споглядання розірваних або обгорілих людських тіл. При цьому зазначено, що хоча б один із зазначених стресорів пережило 70% бойового складу, при цьому кожен солдат переніс в середньому 15 травматичних подій за період перебування на службі. При цьому цікавим є те, що серед опитаних військовослужбовців, які перебували у ворожому полоні, серед найсильніших стресорів зазначено власне перебування у полоні, що є об'єктивним, на другому місці – поранення та надання медичної допомоги побратимам, на третьому місці – власні поранення. Такий цікавий розподіл пріоритетів автором пояснюється через ряд суб'єктивних факторів, які переживає людина в тій чи іншій ситуації. Так зазначено, що при пораненні побратима, дія стресового чинника довготриваліша, характеризується перебуванням близько до тіла постраждалого, споглядання страждань та важких для сприйняття картин, сильну емоційну реакцію, часом, почуття провини, проєкцію досвіду побратима на своє майбутнє та продовження перебування під загрозою смерті та необхідність виконання подібних бойових завдань. У ситуації із власним пораненням дія стресора менш тривала, більові відчуття контрольовані, адже надається медична допомога та знеболюючі препарати, у подальшому ставлення до особи позитивне, кількість чинників стресу зменшується (солдата забирають з поля бою), продовження служби відстрочене або малоймовірне.²¹

Визначальними критеріями для діагностики посттравматичного стресового розладу.

1) Наявність у життєвому досвіді людини травмуючої події, яка є екстремальною для нормальних умов життя і несе загрозу життю та здоров'ю людини або її близьких.

2) Постійне повернення психіки до елементів травмуючої події, при цьому неможливість відтворити її послідовно та цілісно. Спогади про подію мають нав'язливий характер, часто від них неможливо відволіктися, викликаються певними тригерами, або подібними ситуаціями. Часом занурення у спогади є настільки сильним, що людина втрачає відчуття реальності, повністю заглиблюючи свідомість у подію минулого. Таке явище у літературі означено як «флешбеки», тобто сильне глибоке занурення у спогад із відчуттям дереалізації, що супроводжується переживаннями усіх відчуттів та емоцій пережитого досвіду. Людина наче «вимикається» із реальності і потрапляє у події минулого, відчуваючи при

²¹ Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.

цьому страх, безпорадність, відчуття на фізичному рівні (сильне серцебиття, сприймання запаху, звуків). Під дією таких «провалів» людина часто не контролює свої дії, адже психіка знаходиться не в реальності, а у травматичній події минулого, а тіло виконує задані функції. Внаслідок переживання таких нав'язливих спогадів людина може стати агресивною, замкненою, обмежити коло своєї комунікації, схильною до ауто агресії та самокритичної поведінки, відчуття провини.

3) Порушення сну та нав'язливі нічні кошмари про травмуючи подію. Порушення сну зазвичай проявляються у безсонні, неможливості розслабитися, постійній напрузі і очікуванні загрози, страху втратити контроль над ситуацією. Також спостерігаються нав'язливі сні, які відтворюють пережиту травматичні подію. При цьому інтенсивність переживань, як і в ситуації із нав'язливими спогадами, настільки сильна, що часом людина під дією переживань може несвідомо виконувати певні дії уві сні. Сні зазвичай відтворюють одну або дві травмуючі ситуації, які супроводжуються відчуттям сьомого страху, паніки, безпорадності, втрати контролю, відчуття загрози та високої імовірності смерті. Такі сні наносять повторну травматизацію постраждалому. Рівень психічного та фізіологічного напруження уві сні настільки великий, що неконтрольовані дії сплячого можуть мати загрозливий характер. Відповідно, неможливість розслабитися навіть під час сну впливає на фізичний стан людини, поглиблюючи фізичне та психоемоційне виснаження.

4) Прагнення уникати всього, що нагадує про подію. Намагаючись прожити та осмислити набутий травматичний досвід психіка постійно повертається до певних його елементів для того щоб перевести його із рівня актуального до рівня прожитого досвіду. Але оскільки інтенсивність події є настільки сильною, що будь-які нагадування порушують емоційно психологічну стабільність, водночас захисні механізми психіки намагаються будь-якими засобами уникнути повторення переживань. Таким чином можемо відстежити утворену амбівалентність у поведінці та почуттях людини. Травматична подія не проживається щоб «зарубцюватися», і водночас не може не відтворюватися знову і знову. Унаслідок цього особа, яка зазнала травматизації намагається уникнути всього, що хоч якось може нагадати про подію чи стати тригером. Проявами такого уникнення може стати зміна роботи або хобі у цивільному житті, зміна оточення, зміна звичок, місця проживання, відстороненість від близьких друзів та родини, емоційна замкненість. З точки зору оточуючих людина може виглядати бездушною, замкненою, відстороненою, грубою та холодною. Усі ці прояви є наслідком захисних механізмів. Психіка намагається приглушити усі відчуття, тільки заради того, щоб не відчувати емоції, пов'язані із травматичною подією. У спілкуванні із найближ-

чим колом така лінія поведінки проявляється у негативізмі, цинічності, вербальній агресії, часом різкі прояви ніжності та чутливості змінюються різкими спалахами агресії та вимогливості.

5) Порушення реакції збудження та гальмування. Після переживання травматичного досвіду процес збудження переважає над процесом гальмування, внаслідок чого людина може стати агресивною, різкою, категоричною, дратівливою, порушуються процеси пам'яті та зосередження уваги, на противагу чому виникає гіпертрофована пильність, різка реакція на подразники, необумовлена схильність до ризику, високий рівень психоемоційного та фізичного виснаження.

6) Висока імовірність утворення алкогольної або наркотичної залежності. У зв'язку із вищезазначеними негативними проявами в учасника бойових дій може виникнути бажання «втекти від» реальності, «вимкнутися», для чого можливе використання алкогольних або психоактивних речовин. При цьому важливо зазначити, що утворення залежностей у осіб, які страждають на ПТСР є в 10–12 разів швидшим, ніж у тих, хто не зазнав травмування.

7) Почуття провини. Внаслідок пережитих подій почуття провини дуже часто супроводжує ветеранів і набуває різних форм. Так можемо простежити високий рівень самокритики, аутоагресії, відчуття власної вразливості та нищості. Часом це проявляється у підвищеному бажанні навчатися чомусь новому і самовдосконалюватися. Інколи невпевненість у собі та відчуття проявляється через надмірну показовість, наче пробу підкріпити та реабілітувати статус у власних очах.

Згідно з дослідженнями Комар. З. серед цивільного населення рівень ПТСР сягає 0,5% серед чоловіків, та 1,3% серед жінок. Натомість серед військових ветеранів рівень ПТСР ніде не сягає нижче 15% і досягає позначки 35%, при цьому серед ветеранів, які перебували у ворожому полоні рівень прояву становить 85%.

Важливо зазначити, що хоча посттравматичний стресовий розлад і призводить до важких психічних порушень, та все ж він не є хворобою. ПТСР – це розлад, який виникає у здорових людей під дією травми. Його загострення та хронічний перебіг можуть призвести до виникнення залежностей, депресії, тривожних розладів. Також варто відмітити, що в Україні ПТСР як діагноз має право встановлювати виключно лікар психіатр, і відповідно до цього рекомендувати лікування за допомогою психотерапевтичних методів а також фармакології.

Отже, посттравматичний стресовий розлад – це реакція нормальних людей на ненормально екстремальні травматичні події. Існує ряд чинників, які можуть призвести до виникнення даного розладу, при цьому велике значення має суб'єктивне сприйняття подій особистістю. До стресорів, які впливають на виникнення ПТСР відносять спогля-

дання поранення побратимів а також ворога, надання тактичної медичної допомоги воїнам та участь у їх евакуації, виконання насильницьких дій над солдатами противника у ході виконання завдання, ситуації, де імовірність власної смерті або вбивства була високою, споглядання розірваних або обгорілих людських тіл²².

Діагностичними критеріями ПТСР є наявність у життєвому досвіді людини травмуючої події, постійне повернення психіки до її елементів, порушення сну та нав'язливі нічні кошмари, прагнення уникати всього, що нагадує про подію, порушення реакцій збудження та гальмування, висока імовірність утворення алкогольної або наркотичної залежності, почуття провини.

4. Аналіз результатів дослідження

На основі теоретичного дослідження особливостей дезадаптивних проявів у військовослужбовців, які брали участь у активних бойових діях було проведено власне емпіричне дослідження.

Метою дослідження було:

1) Дослідити інтенсивність бойового досвіду військовослужбовців для глибшого розуміння проявлених у них дезадаптивних проявів.

2) Дослідити власне прояви дезадаптації та ПТСР, які проявилися у воїнів після пережитого ними травматичного досвіду в умовах несення служби.

В умовах повномасштабної війни в Україні, цифрові технології набувають все більшого значення. Так дослідження проводилося за допомогою сервісу «Google forms» у період із 01.12.2023 р. до 30.01.2024 р. серед військовослужбовців, які були задіяні до несення служби в зонах бойових дій. Вибірка становить 36 осіб, із яких 2 (6%) жінок та 34 (94%) чоловіків віком від 21 до 52 років, середній вік респондентів – 36,5 років. Респонденти проходили службу в місцях із різним рівнем інтенсивності бойових дій, мають різну специфіку та досвід, є представниками різного роду військ.

Для дослідження досвіду пережитого респондентами під час несення служби було використано методику «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду». Дана методика розроблена для визначення характеру та тривалості бойових дій, у яких військовослужбовець брав безпосередню участь. Методика складається із 10 запитань, у яких пропонується зазначити кількість разів, у яких він або вона виконували завдання в умовах підвищеної небезпеки, перебували у зоні обстрілу супротивника, перебували в оточенні ворога, втрачали побратимів

²² Чубенко І. М. Формування психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань антитерористичної операції : poradnik для офіцерів та сержантів. Штаб АТО : Адміністр. Упр. ГШ ЗСУ, 2014. 22с.

та посестер, спостерігали за смертю та стражданнями, брали участь у насильницьких діях, спрямованих на ворога, потрапляли у засідки та пастки, були поранені тощо. У методиці відсутня регламентована шкала ранжування результатів, аналіз відбувається шляхом суб'єктивної оцінки бойового досвіду у порівнянні з іншими респондентами і здебільшого використовується як основа для подальших досліджень.

Для дослідження проявів дезадаптивних порушень у військово-службовців було використано методики «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» та «Місісіпінська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)».

«Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» призначена для первинного дослідження реакцій людини, яка пережила травматичну подію. Методика містить 10 запитань, відповіді на які носять позитивний та негативний характер. Інтерпретація результатів дослідження відбувається шляхом підрахунку позитивних відповідей. Показником наявності порушень у психоемоційній сфері вважається перевищення порогу в 4 позитивні відповіді.

«Місісіпінська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» – (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Методика створена на основі ММПІ. Запитання розподіляються за групами, відповідно до основних груп симптомів посттравматичного стресового розладу: вторгнення, уникнення, збудливість, почуття провини та суїцидальні наміри. Інтерпретація результатів відбувається шляхом підрахунку балів за ключем. Відповідно до даних нормальний рівень адаптації спостерігається у респондентів, що набрали близько 76 балів, у межах 86–112 балів спостерігаються порушення адаптації, показник більше 130 балів свідчить про ПТСР²³.

Розглянемо рівень інтенсивності бойового досвіду у вибірці для розуміння об'єктивних причин для прояву порушень адаптації.

Отже, згідно із даними дослідження, 50% опитаних виконували завдання в умовах підвищеної небезпеки більше 50 разів, 27,8% – від 13 до 50 разів, 16,7% – 4–12 разів, 5,6% – 1–3 рази. Отже, можемо простежити, що усі опитані брали участь у бойових діях, при чому у половини вибірки вони були доволі тривалими.

²³ 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 : Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.



Рис. 2.1. Аналіз рівню інтенсивності бойового досвіду



Рис. 2.2. Розподіл за перебуванням у зоні обстрілу супротивника

55,6% опитаних більш ніж 6 місяців перебували у зоні обстрілу супротивника, 4-6 місяців – 11,1%, 1–3 місяці – 22,2%, менше 1 місяця – 11,1% респондентів.



Рис. 2.3. Аналіз перебування під обстрілом супротивника

Отже, можемо зазначити, що тривалість перебування респондентів в умовах бойових дій у більш ніж половини є значним, що не може не вплинути на рівень психічного благополуччя. Також 50% опитаних від 1 до 12 разів перебували в оточенні ворога.

Більш ніж 50 разів у обстрілі супротивника брали участь 27,8% опитаних, від 13 до 50 разів – 22,2%, 3–12 разів – 27,8%, 1–2 рази – 11,1%, жодного разу – 11,1%.



Рис. 2.4. Аналіз втрати особового складу

У підрозділах респондентів у відсотковому співвідношенні було убито або поранено: більше 50% – 33,3%, між 26-50% – 27,8%, між 1-25% – 33,3%, жодного – 5,6%.



Рис. 2.5. Аналіз засвідчення смерті або поранення інших

Засвідчення смерті або поранення особового складу підрозділу серед респондентів простежується: більше 50 разів – у 16,7%, від 13 до 50 разів – у 5,6%, 3-12 разів – у 38,9%, 1-2 рази – у 22,2%, жодного разу – у 16,7%. Отже можемо простежити, що в середньому близько 85% опитаних хоча б раз були свідками загибелі або поранення побратимів та посестер, а також мали досвід втрати частини особового складу підрозділу (рис. 2.6.).

100% опитаних протягом несення служби перебували під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, ракети, артилерія, міномети); 61,1% зазначають про досвід дислокування на спостережному пункті на передовій; 33,3% зустрічали пастки у вигляді мін, або засідки супротивника; 22,2% опитаних мали досвід перебування під прицільним снайперським вогнем; 11,1% респондентів потрапляли у ворожу засідку. Також 50% опитаних зазначають про отримання різного роду травм та поранень під час несення служби, серед яких зазвичай акубобаротравма (у більшості зазначено про більше ніж одну),

численні уламкові та вогнепальні поранення, унаслідок яких 6% респондентів мають інвалідність.



Рис. 2.6. Аналіз перебування під вогнем або потрапляння у засідку

Розглянемо окремі ознаки дезадаптивних проявів у військово-службовців.



Рис. 2.7. Ознаки дезадаптивних проявів у військовослужбовців

Так, 50% опитаних зазначають про неможливість розслабитися, постійну напруженість; 61,1% – роздратування, погані настрої; 40% – неуважність, неможливість зосередити увагу; 50% – погіршення сну, нічні кошмари; 50% – сильну втому, нестачу енергії; 61,1% – вторгнення в свідомість неприємних і страшних подій із минулого досвіду; 44,4% – сильний смуток, печаль; 38,9% – прагнення уникати

всього, що нагадує про пережитий досвід; 22,2% – потрясіння та паніку; 16,7% – зниження інтересу до життя.

Розглянемо результати дослідження за допомогою «Місісіпінської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)».

За даними опитування у 72,2% опитаних звучилося коли спілкування, кількість друзів зменшилася, кількість близьких людей скоротилася або обмежилася. 61,1% респондентів відчують дискомфорт під час перебування у натовпі, комунікації із великою кількістю людей. Зазвичай, військовослужбовці причиною цього явища зазначають відсутність спільних тем та інтересів. Колишнє оточення людини просто не в змозі сприйняти досвід, пережитий військовим, і відповідно між їх уявленнями, розуміннями справедливості, щастя, віри, моралі та цими ж поняттями у військового утворюється прірва. 61,1% опитаних стверджують про відмінності у сприйнятті одних і тих же речей після демобілізації, переживання емоцій та почуттів, емоційну невразливість та спустошеність, відсутність інтересу до того, що цікавило раніше. Половина респондентів упевнена, що ніхто, навіть найближчі люди не здатні зрозуміти і осмислити досвід, який їм довелося пережити. 33,4% характеризують себе як запальних, дратівливих, таких, які можуть різко втратити контроль над власними емоціями та гнівом.

38,9% опитаних зазначають, що переживають почуття провини у зв'язку із діями, які виконували під час несення служби. Сам факт убивства іншого індивіда, навіть якщо це ворог, викликає важкі переживання та порушення внутрішньої вісі «добро зло». Питання знищення ворога є амбівалентним: з одного боку ти захищаєш себе та свій дім, з іншого – ти припиняєш існування іншої живо людини, яка за загальними характеристиками така ж як і ти. Також почуття провини військовослужбовця могут стосуватися неправильно вчинених дій у ході бою, внаслідок чого підрозділ зазнав втрат, або ж неможливості надати допомогу та зберегти життя побратимам.

39% опитаних стверджують, що нагадування про пережитий минулий досвід негативно впливає на настрій, пригнічує, викликає негативні емоції. Так проявляється захисний механізм психіки, тривала наявність якого є одним із провідних симптомів ПТСР.

22,3% респондентів відчують побоювання стосовно себе зі сторони близьких людей. 55,6% зазначають про труднощі у комунікації, ускладненість або неможливість вступати у емоційні близькі стосунки з оточуючими. 44,4% суб'єктивно вважають, що мають бездушний вигляд, сприймаються оточуючими як холодні і без емоційні персони. Такі прояви емоційної холодності могут бути як захисними механізмами психіки, з урахуванням того, що війна все ще

триває, так і проявами посттравматичних реакцій (замкненість у собі, блокування усіх почуттів, задля збереження психіки від надмірних переживань).

38,9% респондентів мають порушення сну, відтворення травматичного досвіду у кошмарних снах. Дана реакція може мати як фізіологічні причини (акубобаротравма, мобільність на рівні організму), так і психічні (постійна активність психіки, коли розслаблення означає втрату контролю, а отже, цілком імовірно, смерть). 44,2% опитаних стверджують, що вживають снодійні, заспокійливі препарати або алкоголь для нормалізації психоемоційного стану або сну.

77,8% стверджують, що в деяких ситуаціях відчують себе знову в армії, повертаються думками до несення служби, дублюють поведінку. 72,2% досліджених військовослужбовців підтверджують свою різку реакцію на голосні звуки, різкі дії, що можуть бути розцінені психікою як загроза на рівні фізіологічної та психічної реакції. 77,8% помітили про труднощі із працевлаштуванням у цивільному житті, виконання буденної роботи, занять, які виконували раніше.

Половина опитаних мають проблеми із зосередженням уваги, неможливість або труднощі сприймання конкретного об'єкта чи ситуації, концентрації уваги. 72,2% стверджують про погіршення пам'яті.

11,1% зазначають про втрату інтересу та небажання жити далі своє життя. 22,2% почуваються на межі власних можливостей, та вважають, що більше не витримають. 5,6% висловлюють сумнів що наміру покінчити життя самогубством. Дані прояви складають невеликий відсоток, проте саме вони є тривожними дзвіночками, що свідчать про можливий розвиток ПТСР у респондента.

Показники респондентів, що свідчать про дезадаптивні розлади наявні в межах від 88 до 122 балів за шкалою, показники тих, чії дезадаптивні прояви не так сильно виявлені коливається в межах від 40 до 82 балів. Варто відзначити, що в основному зберігається тенденція до кореляції високого показника проявів дезадаптивності до інтенсивності пережитого бойового досвіду. Досвід переживання травматичних подій прямо впливає на виявлені прояви порушень адаптації та посттравматичних проявів. Проте невелика частина респондентів не зважаючи на високий рівень інтенсивності бойового досвіду має показники дезадаптивності на середньому рівні. Причиною цього є безпосередньо розглянуті вище особисті особливості військовослужбовців (емоційна стійкість, лабільність, сила та врівноваженість нервової системи), або наявний у них подібний досвід у минулому.

Відповідно до отриманих загальних результатів діагностики можемо виявити, що 50% опитаних мають яскраво виражені прояви

порушень адаптації, що проявляються у обмеженні комунікації, відчутті провини, пригніченому настрої, замкненості, емоційній холодності, проявах агресії, порушеннях сну, втраті зацікавленості у діяльності, труднощах або важкості будування міжособистісних стосунків у цивільному житті.

Дані ознаки можна трактувати двояко: із одного боку, можемо розглянути їх як негативні прояви внаслідок переживання травматичного досвіду, можливого розвитку посттравматичного стресового розладу, порушення адаптації до умов цивільного життя. З іншого боку, варто зазначити, що війна у нашій країні ще не закінчилася, більшість опитаних військовослужбовців залишаються діючими, знаходяться на ротації або реабілітації, готуються до повернення до зони бойових дій. Частина опитаних – військові звільнені із лав збройних сил за станом здоров'я, після поранення, або з інших причин для демобілізації. Отже можемо зробити висновок, що для деякого із респондентів прояви, зазначені вище, є не порушеннями адаптації у цивільне життя, а проявами захисних механізмів психіки, які все ще знаходяться у мобілізованому стані і зберігають позицію «готовності до бою», не зважаючи на мирну обстановку. Також деякі ознаки, зазначені вище можуть бути наслідками фізіологічних уражень нервової системи, які з часом відновляться. Процес реадaptaції цих військових після остаточного звільнення із лав збройних сил може виявитися цілком успішним, адже як зазначалося раніше, для повернення до норми після пережитих травматичних подій необхідний час і сприятливі обставини.

ВИСНОВКИ

Аналіз особливостей проявів дезадаптації військовослужбовців, які є активними учасниками бойових дій дозволив дослідити ряд теоретичних аспектів а також емпірично підтвердити результати теоретичного аналізу.

Війна – це явище, до якого неможливо повноцінно звикнути, проте людина – істота адаптивна, тому наша психіка та організм пристосовується до більшості зовнішнього впливу, навіть якщо він є травматичним. Процес адаптації відбувається на фізіологічному та психічному рівнях під час будь-яких змін довколишньої дійсності. Адаптація людини до умов бойової обстановки відбувається із метою вижити, зберегти фізіологічну цілісність та здоров'я психіки. Суть його полягає у пристосуванні тіла до екстремальних умов, його мобілізації, напрацювання системи поведінки для збереження життя та здоров'я. Психологічна адаптація відбувається шляхом утворення нових, або використання наявних механізмів захисту психіки, зниження рівня

чутливості, мобілізації психічних можливостей з метою контролю ситуації та виживання. Прояви дезадаптації на цьому етапі можуть проявлятися у неадекватних реакціях організму, або ж відсутності адаптивних механізмів, напрацьованих психікою. Впливають на успішність або порушення адаптації ряд факторів, які умовно можна розділити на зовнішні (чинники, що не піддаються впливу бійця) та внутрішні (особистісні якості та досвід).

Після перебування в умовах активних бойових дій і демобілізації психіці також необхідний певний період на пристосування до звичних у попередньому досвіді умов життя (реадаптація). Цей процес також може порушуватися, адже механізми, які психіка напрацьовала у режимі «виживання» доволі важко розблокувати і прийняти факт відсутності загрози, особливо після травматичних подій, пережитих у боях. Порушення реадаптації проявляються на рівні фізіології, як неможливість «відпустити» контроль, розслабитися, дати нервовій системі відпочити. Такими проявами є порушення сну, труднощі у психічних процесах, постійна м'язова напруженість. Порушення реадаптації на рівні психіки проявляється у продовженні роботи захисних механізмів психіки неадекватно до навколишньої дійсності, неможливість усвідомити та прийняти пережитий досвід, блокування усіх емоцій та почуттів для збереження цілісності психіки, наявність страхів, параної, зниження рівня психоемоційного фону, прояви агресивної поведінки.

Загострення симптомів дезадаптації у демобілізованих бійців, досвід перебування яких на лінії фронту був суб'єктивно травматичним може призвести до подальшого розвитку посттравматичного стресового розладу. Суть його полягає у циклічному загостренні на пережитому досвіді, коли психіка одночасно блокує будь-які переживання пов'язані із подіями, і з іншого боку намагається витягнути їх на поверхню із несвідомого для переопрацювання у категорію пережитого досвіду. Даний розлад може бути доволі небезпечним, адже при хронічних його проявах особа втрачає смак життя, сенс перебування у цьому світі, відчуває постійну амбівалентність почуттів та нерозуміння з боку оточуючих, що може призвести до згубних наслідків.

Емпіричне дослідження, спрямоване на сучасних учасників україно-російської війни дало змогу підтвердити результати теоретичного аналізу. Половина опитаних респондентів мають зазначені вище прояви дезадаптації та посттравматичні реакції. Оскільки війна в Україні все ще триває, ми можемо дослідити ці прояви в найактивнішій фазі переходу із бойової обстановки в цивільну. За умови адекватної реабілітації військовослужбовців на психологічному та фізіологічному

рівнях адаптація може бути успішною, деякі наявні вже прояви дезадаптації нівелюються або коригуються. За умови відсутності належної реабілітації посттравматичні стресові реакції можуть загостритися та перерости у хронічну форму розладу, яка може потребувати психотерапевтичного та фармакологічного впливу.

АНОТАЦІЯ

В сучасних умовах розвитку військових дій в Україні надзвичайно важливим є вивчення психологічних особливостей дезадаптації військовослужбовців, що були активними учасниками бойових дій та емпіричне дослідження цих проявів. Виходячи з запитів психологічної науки та реалій сьогодення проаналізовано суть поняття дезадаптація у загальному значенні а також особливості її проявів у військовослужбовців під час проведення бойових дій та у процесі реадaptaції до цивільного життя.

Загострення симптомів дезадаптації у демобілізованих бійців, досвід перебування яких на лінії фронту був суб'єктивно травматичним може призвести до подальшого розвитку посттравматичного стресового розладу. Суть його полягає у циклічному загостренні на пережитому досвіді, коли психіка одночасно блокує будь-які переживання пов'язані із подіями, і з іншого боку намагається витягнути їх на поверхню із несвідомого для пере опрацювання у категорію пережитого досвіду. Даний розлад може бути доволі небезпечним, адже при хронічних його проявах особа втрачає смак життя, сенс перебування у цьому світі, відчуває постійну амбівалентність почуттів та нерозуміння з боку оточуючих, що може призвести до згубних наслідків.

Результати власного емпіричного дослідження показали, що половина опитаних військовослужбовців мають яскраво виражені порушення нормальної адаптації до умов цивільного середовища. Здебільшого це проявляється у зниженні загального психоемоційного фону, роздратованості, вторгненні у свідомість елементів події, яка була травматичною, труднощі із засинанням, нічні кошмари, зміні інтересів та вподобань, трансформації кола спілкування та зміна його вектору. Інші 50% опитаних також зазначають про наявність у них деяких ознак дезадаптивності, проте їх кількість або сила прояву є недостатньою, щоб розглядати їх як посттравматичні стресові реакції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : схеми, таблиці, коментарі. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 208 с.
2. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 1. С. 62–65.
3. Miller G. F. Mate choice From sexual cues to cognitive adaptations. *Ciba Foundation Symposium*. 1997. № 208. P. 71–87.
4. Science Briefs, D. M. Buss, Kruger D. J., Kurzban R. Evolutionary theory and psychology. *Psychological Science Agenda*, 2009. 15 p.
5. Друзь О. В. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 37–43.
6. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посібник для ВНЗ. Київ : Ника-центр, 2006. 580 с.
7. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підручник для студ. вищих навч. закл. Київ : Ніка-Центр, 2003. 395 с.
8. Гуцуляк Н., Корнівська, М. Особливості соціально-психологічної реадaptaції демобілізованих учасників АТО. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2018. № 1(12). С. 17–26.
9. Чаплигін А. Соціальна реадaptaція у життєвій перспективі. *Соціальна психологія*. 2004. № 5 (7). С. 20–24.
10. Тополь О.В. Соціально–психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2015. Вип. 124. С. 230–233.
11. Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.
12. Чубенко І. М. Формування психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань антитерористичної операції : poradник для офіцерів та сержантів. Штаб АТО : Адміністр. Упр. ГШ ЗСУ, 2014. 22 с.
13. Гульбс О., Кобець, О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. Вип. 7. С. 100–106.
14. Кравченко К. О. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія. Держ. служба з надзвичайн. ситуацій. Національний університет цивільного захисту України. Харків : НУЦЗУ, 2017. 186 с.
15. Кравченко, К. О. Психологічні особливості переживання льотчиками втрати бойових товаришів при проведенні антитеро-

ристичної операції (АТО). *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. 2016. Вип. 52. С. 59–69.

16. Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військово-службовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник. Київ : Гнозіс, 2013. 116 с.

17. Царенко Л. Г., Бойко С. Т. Трансформація традиційних уявлень про здоров'я і благополуччя в умовах збройного конфлікту в Україні. *Personality, family and society: issue of pedagogy, psychology, politology and sociology: International scientific-practical conference (June 16–17, 2017, Shumen, Bulgaria)*. Shumen : Konstantin Preslavsky University of Shumen; Faculty of Education, 2017. С. 164–167.

18. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol: the International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*: 2016, Aug; 51(8):1137–1148. doi: 10.1007/s00127-016-1208-5

19. Cindy Goh, Mark Agius The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? *Psychiatr Danub*. 2010 Jun; 22(2): 198–202.

20. Агаєв Н.А., Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

Information about the author:

Usyk Dmytro Borysovich,

Candidate of Psychological Sciences,

Associate Professor at the Educational and Scientific Institute of

Pedagogy and Psychology

Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko

87, Romenska str., Sumy, 40002, Ukraine