

О. Л. Корольчук,  
к. н. з держ. упр., докторант кафедри соціальної та гуманітарної політики  
Національної академії державного управління при Президентові України

# ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК НОВИЙ ВИКЛИК СУЧАСНІЙ УКРАЇНИ

О. Korolchuk,  
PhD in Public Administration, doctoral student of social and humanitarian policy  
of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine

## POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AS A NEW CHALLENGE TO THE MODERN UKRAINE

**Важкі умови життєдіяльності громадян, обтяжені веденням антитерористичної операції на Сході країни, призводять сьогодні до зростання кількості стресових та, навіть, по-справжньому травматичних ситуацій, погіршуючи здоров'я населення та ускладнюють політико-соціо-економічну ситуацію — сучасність називають "століттям травми". Внаслідок значних руйнувань інфраструктури на тимчасово окупованих територіях та порушення усталеної, злагодженої життєдіяльності тисячів українців, з'являються переселенці, постраждалі, збільшується кількість військових, втрачають життя та здоров'я тисячі українців. Виникаючі внаслідок психічні розлади, значно ускладнюють соціально-психологічну адаптацію, відповідно знижують трудову активність населення, негативно відбиваючись на розвитку та добробуті українців десятками років, відбиваючись на стані здоров'я та розвитку нащадків. Особливо це стосується демобілізованих — тих, хто брав участь у бойових подіях, адже за міжнародною статистикою, 20% з них страждатимуть на посттравматичний стресовий розлад, симптоми якого проявлятимуться роками. Це обумовлює актуальність вивчення цих питань.**

**Difficult living conditions of citizens, burdened by conducting counter-terrorist operations in the East, today are causing the increase of number of stressful and even really traumatic situations, worsening health of the population and complicate the political and socio-economic situation — modernity is called "the century of the injury". Due to the considerable damage of infrastructure of the temporarily occupied territories and violation of established, coordinated life of Ukrainians, immigrants and victims appear, the number of soldiers is increasing, thousands of Ukrainians lose their lives and health. As a result of mental disorders, social and psychological adaptation significantly impede, accordingly reduce labor activity of the population, negatively affecting the development and welfare of Ukrainians during decades, affecting the health and development of offsprings. This is especially true for demobilized people, who participated in military events. According to the international statistics, 20% of them suffer from post-traumatic stress disorder, the symptoms of which will appear during many years. This explains the relevance of studying these issues.**

*Ключові слова:* учасники антитерористичної операції, психотравма, психосоціальні наслідки травми, посттравматичний стресовий розлад, наслідки ПТСР, державне управління медичним та соціальним забезпеченням.

*Key words:* the participants of the antiterrorist operation, public administration, governance of the medical and social providing, members of the antiterrorist operation, psychotrauma, psychosocial effects of trauma, post-traumatic stress malady, the effects of PTSD, public administration and social security health.

### ВСТУП

В останні десятиліття у всіх мікро- та макросоціумах, у суспільстві та світі спостерігається збільшення кількості різних конфліктів, катастроф, що беззапереч-

но екстримально впливають на людину, її здоров'я та психіку.

"Сучасність можна назвати "століттям травми", оскільки використання мови травми і страждання поши-

роється на опис майже будь-якої неприємної події, якою б малозначною вона не була", — зазначив відомий американський психолог Роберт Еммонс у своїй книзі "Психологія вищих прагнень" [1].

Останні роки розвиток українського суспільства був обтяжений масштабними переворотами, перманентними реформами, руйнуванням старих та недобудування нових ефективнопрацюючих систем у державі. Ці пролонговані на десятки років трансформації породжували зміни та негаразди в усіх сферах життєдіяльності людини, невпинно викликаючи нові й нові стреси. Виникаючі внаслідок стресів психічні розлади, значно ускладнюють соціально-психологічну адаптацію, відповідно знижують трудову активність населення, негативно відбиваючись на розвитку та добробуті країни.

Сьогодні у зв'язку із важкими політичною, соціо-економічною ситуаціями, ускладненими умовами життєдіяльності громадян, погіршенням здоров'я тощо, обтяженими веденням АТО на Сході країни, зросла кількість стресових та, навіть, по-справжньому травматичних ситуацій.

Відтак, вкрай важливо та необхідно вирішити завдання щодо створення відповідних умов високого рівня якості життя, у якому нормою повсякденності стали стреси, катастрофи, травматичні події, що відбуваються з окремими індивідами, або з групами, охоплюючи від невеликих громад, сімей, аж до країни вцілому.

Стреси, маючи різну силу та тривалість впливу, створюючи як позитивний, так і негативний вплив на організм та здоров'я, впливають на особистість неоднозначно: хтось справляється із наслідками пережитих подій краще, інші — гірше. Найважливіше, *Nota Bene*, що наслідки стресів обов'язково відбиватимуться на наступних поколіннях — постраждали можуть "вкладати" власний травматизований образ у своїх дітей, які стають носіями травматизованого батьківського образу.

Ще з часів 30-х років ХХ століття, після книги Уолтера Бредфорда Кеннона "Боротись чи втікати", Ганс Сельє, дослідивши загальний адапційний синдром та стрес, визначив позитивні наслідки психологічних травм, особливо тих, що містять соціальний компонент — еустрес; негативні наслідки, що призводять до психологічних, психосоматичних, психічних розладів — дистресом.

Традиційно, об'єктом більшої уваги та ретельного дослідження були саме дистреси, негативні наслідки психотравм, у першу чергу посттравматичний стрес і досить поширений посттравматичний стресовий розлад (далі — ПТСР). Термін "розлад" використано свідомо, оскільки це не хвороба в класичному розумінні, адже це — нормальна реакція психіки на патологічні обставини, коли симптоми і поведінкові ознаки викликають страждання та заважають особистісному функціонуванню людини у стресі.

Найбільш частою формою розладів у жертв екстремальних подій, які важко піддаються лікуванню та корекції й проявляються психологічними, соціальними і соматичними змінами є ПТСР. Цьому питанню в останні роки присвячується все більше наукових досліджень [2—5].

Також відмітимо, що ПТСР зачіпає усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний,

міжособистісний та соціальної взаємодії), призводячи до особистісних змін й у членів сімей травмованих осіб.

ПТСР як один з можливих психологічних наслідків перенесення травматичної події виникає приблизно у 20% осіб, (навіть за відсутності фізичного травмування, поранення), супроводжуючись як різними психічними розладами, так і психосоматичними порушеннями.

Загальні закономірності щодо виникнення та розвитку ПТСР залежать від того, які саме травматичні події стали причиною психологічних і психосоматичних порушень — специфіка травматичного стресора. Провідну роль відіграє екстремальність, вихід за межі звичайних переживань, інтенсивності рівня страху за своє життя, жаху та відчуття безпорадності. Важливими характеристиками також є несподіванка, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість дії, та повторюваність впродовж життя.

Згідно з клінічною типологією і класифікацією ПТСР, у цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і ексвійськовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії.

Важливим, на нашу думку, є характерне для ПТСР загострення інстинкту самозбереження із збільшенням внутрішньопсихоемоційного напруження (збудження). Високий рівень напруги підтримує перманентно функціонуючий механізм фільтрації стимулів, що надходять ззовні зі стимулами, що вже відображені в свідомості як ознаки надзвичайної ситуації (Кекелідзе, 2004).

Більшість дослідників цієї психотравми виділяють три основні групи симптомів, що з віком мають тенденцію до посилення:

1) надмірне збудження (враховуючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);

2) періодичні напади депресивного настрою (приглушеність почуттів, емоційна заціпеність, відчай, усвідомлення безвиході);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, нервові тремтіння). Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стани: "солдатське серце" (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне "відчуття провини за те, що залишився живим", флешбек-синдром (спогади про "непереносні" події, що насильно втручаються у свідомість), прояви "комбатантної" психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пільг та привілеїв, перехід до пасивної життєвої позиції).

Вважається, що середні показники поширеності ПТСР в умовах військового часу від 15 до 30% цілком рівні високим показникам ПТСР у жертв злочинів — 15—50%. Тоді, як загальна поширеність ПТСР після важкого стресу у мирні часи складає лише 0,5—1,2%.

Останні роки ПТСР вивчали та використовували до наслідків катастроф мирного часу (нещасні випадки, природні, екологічні, техногенні катаклізми, пожежі, терористичні дії, присутність при насильницькій смерті інших у разі розбійного нападу, а також при транспортних і виробничих аваріях, сексуальне насильство, маніфестація смертельних захворювань, сімейні драми. Сьогодні для України, в умовах подій на Сході країни, постає актуальність вживання терміну ПТСР як військової травми — наслідок участі у боях.

Загалом тематику щодо ПТСР почали всебічно висвітлювати у світі у 70-ті рр. минулого століття, після отриманих суперечливих результатів проведених досліджень щодо вивчення психологічних травм людей, які пережили Голокост, колишніх військовослужбовців, що воювали у В'єтнамі, Кореї, Афганістані.

У літературних джерелах вказано, що американські психіатри Р. Грінкер і Д. Шпігель (Grinker і Spiegel) одними з перших розпочали розглядати відстрочені психічні стани у ветеранів бойових дій як реакції на бойовий стрес. Вони виділили найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес, застосувавши поняття "реакція боротьби" ("reactions to combat") і "реакція після бою" ("reactions after combat"). (Людина під стресом), ("Men under Stress"), 1945 р.).

Численні зарубіжні дослідження доводять, що значна кількість комбатів, не поранені, не захворіші потребуватимуть реабілітації щодо профілактики наслідків, пов'язаних із отриманою травмою — перебуванням у бойових умовах. Міжнародні дослідження показують, що маніфестація психічної патології часто відчуватиметься через місяці або навіть роки по поверненню ветеранів до мирного життя. Відстрочені затяжні, часто неповоротні наслідки бойової психічної травми внесені до МКХ-10 — діагностична категорія "ПТСР" [5].

Думки дослідників та науковців розійшлися, оскільки одні стверджували, що важка психологічна травма призводить до серйозних негативних наслідків для психіки постраждалого та відбиватиметься на їх нащадках. Інші ж, навпаки, підкреслювали надзвичайні успіхи досліджуваних у соціальній сфері, прагнення до інтелектуального, духовного розвитку, потребу змінити на краще себе й свої суспільство, країну в цілому.

У сучасній науковій літературі поняття травми категоризується так: 1) наявність зовнішньої події, що суб'єктивно переживається індивідом як травматична; 2) психопатологічні наслідки травматичної події, що виникають негайно, а також відстрочені наслідки, що викликають обмеження функціонування Еґо, порушення об'єктних відносин, психосоматичні розлади, афективні порушення тощо; 3) посилення схильності до майбутньої травматизації внаслідок пережитої травматичної події; 4) травма як причина будь-якої психопатології і, отже, фокус психотерапевтичної техніки [6].

Самі звичні форми травм, які викликають посттравматичні порушення — ті, які вводять індивіда у раптову, незвичну фазу безпорадності і надзвичайної небезпеки. ПТСР більш серйозний і триває довше, якщо стрес, викликаний людьми [6].

Термін ПТСР був запропонований М.Ж. Horowitz, який розробив діагностичні критерії ПТСР, прийняті за основу при складанні американської класифікації хво-

роб DSM-III (1976—1980). Пізніше ці критерії зазнали деяких змін і в 1995 році були внесені в Міжнародну класифікацію хвороб 10 перегляду (МКХ — 10). За визначенням МКХ-10, ПТСР називається "відстрочена і/або затяжна реакція на стресову подію... (короткочасну або затяжну) виключно загрожуючого або катастрофічного характеру, яка в принципі може викликати дистрес практично у будь-якої людини".

Більшість досліджень щодо ПТСР було проведено у США після війни у В'єтнамі, коли результатом участі у бойових діях стала неадекватна поведінка багатьох ветеранів, що повернулися додому, на жаль, багато хто з них став алкоголіком, наркоманом, опинився у в'язниці або покінчив життя самогубством. Це значно стурбувало суспільство.

Деякі дослідники ПТСР вважають (R. Ursano, 1994; Ю.А. Александровский, 2000), що переживання людей, які зазнали впливу різних катастроф, війни, якщо навіть не отримали тілесних ушкоджень, безслідно для них не проходять. Через декілька років, після пережитої ситуації, у них розвинулись різні невротичні патохарактерологічні стигми. На їхньому фоні часто формуються патологічні стани (Ch. R. Figley, 1978; J. Wieson, 1978).

За різними даними, у В'єтнамі загинуло більше 58 тис. американських військових, було біля півмільйону поранених. Але за наступні післявоєнні 10 років стільки ж людей загинули за власним бажанням — суїцидом завершили життя майже 60 тис. ветеранів війни. Таку ж ситуацію спостерігали й після війн у Афганістані, Іраці.

Встановлено, що ПТСР складають 10—50% від усіх медичних наслідків участі у бойових подіях (I. Bremsen, 1999; D.M. Glenn et al., 2002; H.G. Prigerson et al., 2002; С.В. Литвинцев с соавт., 2005). Також у поєднанні із соматичною патологією, це негативно відбивається на стані фізичного здоров'я ветеранів бойових дій (D.N. Barret et al., 1991; M. J. Friedman et al., 1994).

Питання щодо психологічної травми і ПТСР у країнах пострадянського простору вивчали зокрема, А.А. Кузнецов, С.С. Калмикова, М.А. Падун, І.Г. Малкіна-Пих, Н.В. Тарабріна, О.Ш. Тхостов, Ю.П. Зінченко [5; 7—9], ними з'ясовано основні умови виникнення та симптоматику ПТСР, але масштабних, різнобічних досліджень не проводилося. Науковці, дослідники, психологи-практики, спостерігаючи людей після психологічних травм, дійшли до висновку, що реальна різноманітність наслідків травм значно ширша, складніша, ніж це прийнято було вважати.

Сьогодні не викликає сумніву, що психологічні зміни у учасників бойових дій спостерігаються у вигляді окремих розрізнених симптомів, у вигляді більш-менш взаємозалежних проявів і у вигляді синдрому — ПТСР.

Ще під час Другої світової війни В.А. Гіляровським був описаний "синдром нервової демобілізації", що виникає у солдатів після повернення з фронтової обстановки, що характеризується ним проявом залишкових явищ перетому на тлі різкого зниження рівня вольової мобілізації [10].

На підставі досліджень післявоєнної адаптації ветеранів Великої Вітчизняної війни вітчизняними вченими було зроблено висновок про те, що психотравмуючі наслідки війни можуть тривало зберігатися (Гіляровський В.А., Введенський І.Н., Краснушкин Є.К., Холодовського Є. М. та ін.) [11—13].

Сьогодні доведеним є факт, що психічний стан людини перебудовується під потреби бойової обстановки та потім виявляється непридатним до перебування та життєдіяльності у мирній обстановці (стандартних цінностей, до оцінки мирними громадянами пережитих ветераном військових подій та ін.). У цьому зв'язку з'являються можливості як додаткової психотравматизації ветеранів, так і породження у них неприйняття існуючих соціальних цінностей, розвитку асоціальних форм поведінки та ін.

У діапазоні впливу факторів війни на людину особливо небезпечними та масштабними є так звані пом'якшені та відстрочені наслідки війни, що впливають на здоров'я військовослужбовців (фізичне, психічне), формуючи психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій і т.д. Наприклад, у тих, хто відчув бойові події на собі, формується прагнення до швидких і простих рішень, підвищується рівень агресивності настроїв, із можливим налаштуванням на вирішення суперечок і конфліктів нелегітимними методами, аж до застосування сили та зброї тощо.

Численні дослідження, дані матеріалів проведених опитувань учасників бойових дій (події у В'єтнамі, Афганістані, Чечні, Ведикій Вітчизняній війні та ін.) показують, що у більшості ветеранів залишається відчуття, що їх "використали", "підставили", нерідко підживлений фактом, що вони залишаються наодинці з собою, а незабаром, просто забуті, на фоні підвищення потреби у звичайному схваленні, розумінні, підтримці оточуючих тощо.

Разом із цим формується комплекс майже незворотніх особистісних змін — так званої "воєнізованої психіки", що наслідком має різні, частіше виражені, ступені прояву, специфічні феномени у потребах ветеранів, їх ціннісних орієнтацій, соціальної взаємодії:

- яскраво виражене бажання бути зрозумілим — мати в контакт з оточуючим такий зворотній зв'язок, що виправдовує морально їх участь у жорсткому насильстві соціальною користю; бути соціально визнаними — це допоможе подолати комплекс провини, виправдати власні агресивні та жорстокі вчинки перед самим собою, своєю совістю, зробити спогади про них менш травмуючими;

- потреба отримати у суспільстві визнання — високу оцінку своїх особистих зусиль, дій, так, щоб факт позитивної оцінки став відомий широкому колу людей, товаришам по службі, членам сім'ї;

- прагнення бути прийнятим в систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з більш високим, ніж раніше, соціальним статусом;

- приголомшення від реальностей мирного життя — важко звикнути з думкою, що в той час, коли вони ризикували життям, в країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їх відсутності.

З психологічної точки зору, учасники бойових дій, ветерани, стають ніби особливо оголеними, ранимими, разом із тим, вчені відзначають зміни у когнітивній сфері — посилення жорстокості, безкомпромісності, ригідності до моральних орієнтирів суспільства, зниження порогів чутливості до соціальних впливів тощо. Нерідко виявляється прагнення переробити цивільне життя але негласним законам людських відносин воєнного часу.

Недостатність заходів або порушення / відсутність послідовності та наступності проведення реабілітаційних заходів призводять до формування аддиктивних розладів, психопатизації, порушенням соціального функціонування тощо (D.F. Zatzick et al., 1997; A. Feinstein et al., 2002).

До таких реакцій були віднесені: нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засипання, тривожність, втома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам'яті, тремор, труднощі концентрації, поглиненість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобії. При цьому спостерігається також зниження апетиту, пристрасть до алкоголю і різні психосоматичні симптоми [6].

Вже 2 роки Україна переживає непросту соціо-економічно-політичну ситуацію, ускладнену продовжуваними бойовими подіями на Донбасі, не зупиняється потік міграції, сім'ї втратили близьких, житло — десятки тисяч людей вимушено переїхали до інших, більш безпечних регіонів держави. За даними Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) понад 230 тисяч людей стали вимушеними переселенцями.

За даними психологічного дослідження, що проводилося під егідою Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) у Донецькій області, майже 40% дітей віком 7—12 років та більше половини дітей віком 13—18 років стали безпосередніми свідками подій, що пов'язані з війною. Відповідно 14% та 13% бачили танки та іншу військову техніку, 13% та 22% бачили бої та сутички, 4% і 15% — побиття знайомих людей, 6% та 5% стали свідками погроз застосування зброї. Декілька дітей з опитаних бачили вбитих і поранених. 76% дітей віком 7—12 років та 43% дітей віком 13—18 років відчували страх, коли ставали свідками вищеописаних подій [14].

Військові дії на Сході України стали надстресом, значним психотравмуючим фактором, що негативно відзеркалюється на здоров'ї населення: перебування у зоні ведення бойових дій, безпосередня участь у військових подіях, боях, отримані фізичні травми; втрата близьких, житла та роботи; невизначеність положення з неможливістю прогнозувати своє майбутнє та майбутнє своєї родини, становище заручника від обставин, біженця, мігранта, безхатченка, відповідно, стигматизація, дискримінація тощо формують соціальні умови, що травмують психіку людей.

Порушення соціальної адаптації внаслідок впливу специфічного дистресу — радикальних суспільних змін через озброєні конфлікти, призвели до появи трьох типів нової і значущої проблеми — психогенних розладів (ПР):

- аномічний варіант (замкненість у собі, втрата життєвого тону, активності, цілеспрямованості, звуження кола інтересів, зневіра у власні сили тощо);

- диссоціальний (схильність до афективних вибухів, легковажність, знижена толерантність до психотравмуючих ситуацій з конфліктністю і агресивністю тощо);

- магіфренічний (специфічні зміни світогляду і поведінки з домінуванням ідей магічного змісту (що не відповідають здоровому глузду, життєвому досвіду та освіті).

Події на сході країни — два роки ведення АТО — дворічний досвід та два роки отримання тяжких уроків життя в умовах ведення бойових дій сьогодні дають змогу звернути належну увагу до соціально-гуманітарних аспектів наслідків АТО. Проблема відновлення здоров'я та повноцінної працездатності населення з числа учасників бойових дій є не тільки проблемою медичною, але й великою проблемою соціально-економічного значення [15; 16].

Умови життєдіяльності людей — сучасна ситуація в Україні, пов'язана із веденням АТО — здійснюють свій негативний психологічний вплив, створюючи низку викликів та загроз соціо-психологічного характеру. Відтак, серед численних завдань, що потребують якнайшвидшого розв'язання, вагому роль відіграє надання якісної та своєчасної психологічної допомоги тим, хто безпосередньо зі зброєю у руках приймав участь або надавав допомогу в зоні ведення бойових дій, членам їх сімей, мешканцям окупованих територій, вимушеним мігрантам, тим, хто залишається жити та працювати поблизу так званої "лінії розмежування" тощо.

Необхідно концентрувати зусилля на подоланні проявів масової агресії і запобіганні їм у майбутньому, залученні для цього комплексу правоохоронних інструментів, методів психологічного впливу, роз'яснювальної роботи і пропаганди. Важливим для якісного керування ситуацією та попередження розвитку негативних симптомів наслідків бойових дій вказаних вище є дотримання принципів морально здорового суспільства, одним з базових та влучних постулатів якого, на наш погляд, є: "Як би не закінчилася війна — перемогою або поразкою, — солдата гідно повинні зустріти свій народ, свої керівники, своя сім'я".

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини. Розробка методичних рекомендацій (комплексу заходів) з первинної та вторинної профілактики ПТСР (посттравматичного стресового розладу) та реабілітації постраждалих є однією з актуальних проблем сучасної психології. Поширеність ПТСР серед популяції залежить від частоти надзвичайних подій.

Події, що відбуваються в Україні, вкрай складна соціально-політична ситуація у суспільстві показали необхідність соціально-психологічного захисту і психологічної допомоги як дітям і окремим дорослим, так і цілим соціальним групам.

На думку фахівців, на Україну чекає ПТСР-цунамі, з концентрацією сили на соціальній сфері, охороні здоров'я, економіці відповідно, що захватить зверненнями хворих та важкопоранених, інвалідів, членів їх сімей, тисячами медичних та соціальних експертиз тощо. Окремої уваги, беззаперечно, потребують питання адаптації тисяч військових, що повертаються з зони ведення боїв, демобілізованих.

Психологічна допомога даній категорії осіб, вже інтенсивно розвивається на Україні, адже пережити страхіття війни та повернутися у світ без війни — важкий іспит для кожного. Основне завдання — не дати відчувати, що їй необхідна психокорекція, що з ними щось "не так" Тож, психологічна допомога сьогодні починається із профілактики страхів, паніки; далі — завоює-

ня нової моделі поведінки, коли небезпека не паралізує, а стає каталізатором дій; наступне — підтримка людини у її переживаннях (радості повернутися живим, непорозуміння, зради, дефіциту підтримки, визнання тощо).

На думку американського психолога, експерта Ф. П'юселика, головне завдання реабілітації демобілізованих — не дати відчувати, що до них відносяться, як до хворих, психічно ненормальних, маргіналів. Ті, хто повернувся до мирного життя прагнуть докладати зусиль, щоб стати успішними. "Привезти додому тіло легко, якщо воно працює. Але набагато краще привезти голову. А зберегти розум на війні — завдання не з простих" [17].

Наслідків у війні багато — від руйнування інфраструктури, появи переселенців, біженців, травмованих та інвалідів до віддалених на роки, тих, що стосуються порушень психіки та поведінки — сильними реакціями на незначні стимули, агресивізації, алкоголізації, наркоманії, психічних розладів різного ступеня, навіть суїцидів.

Самогубства, різко негативне ставлення до соціальних інституцій, до Уряду, підвищення рівня криміналу стає питанням лише часу. Людині, яка вже застосовувала зброю, легше, ніж іншому, буде застосувати її ще та адаптуватися у злочинному світі. Для емоційного вибуху цих людей достатньо навіть іскри, враховуючи політико-соціально-економічну нестабільність вірогідність таких випадків велика.

Разом з відчаєм, фрустрацією, апатією у військовослужбовців можуть розвиватися особистісні трансформації, складатися перекручена, патологічна картина світу, формуватися агресивна, конфліктна поведінка. Непідготовлене, стихійне зіткнення учасників локальних військових конфліктів з реаліями мирного життя загрожує посиленням їх психотравматизації і маніфестацій посттравматичних стресових розладів.

Сьогодні в Україні інтенсивно впроваджуються різнопланові заходи до профілактики ПТСР. У Міністерстві оборони України втілюються заходи щодо забезпечення посад штатного психолога у кожному військоматі країни, відновлюються ефективне функціонування усіх військових шпиталів із обов'язковим відділенням психіатрії у кожному з закладів. Іншими міністерствами та відомствами розробляються програми щодо подальшої реабілітації, абілітації, соціалізації, навчання та працевлаштування учасників АТО та допомоги членам їх сімей.

Психологічні наслідки ПТСР бійців можуть тривати роками, до 20 років, вражатимуть 20% учасників бойових дій. Це для суспільства реальний виклик — загрожує дегуманізацією, криміналізацією, каталізацією поглиблення ціннісного розколу і нетолерантності, атомізації суспільства. Саме вони стають характерними ознаками так званих фронтових (втрачених) поколінь.

Загальноновизнано, що ПТСР — це бомба уповільненої дії, що обов'язково проявлятиметься через місяці й роки — вдарить по всій країні, нації, адже у зоні АТО воюють чоловіки та жінки від 18 до 60 років, тобто працездатна, репродуктивна частина населення країни. Бойові лихоліття завжди вражають спочатку сім'ї учасників бойових дій, потім увесь соціум. Розповсюджен-

ня ПТР серед учасників АТО, іншими, хто був у зоні ведення АТО, та проблеми членів їх сімей набиратимуть обертів наступні декілька років.

У тому випадку, якщо перераховані тенденції та особливості психічного життя ветеранів війни не будуть враховані державою, не докладатимуться зусилля для ефективної роботи з ними — виникнуть складні психологічні і, відповідно, соціально-економічні наслідки.

На думку фахівців, подолання даної проблеми стратегічно полягає у об'єднанні зусиль державного сектору, громадського та особистісного — членів сімей. Співпраця на благо цієї категорії людей повинна бути міжсекторальною, міжгалузевую та міжсистемною, синергічно поєднуючи зусилля кожного.

З точки зору професійного супроводу учасників АТО та, важливо, членів їх сімей, необхідно поєднати зусилля у медичному секторі лікарів — психіатрів, психотерапевтів і психологів. Фахівці наполягають: необхідно запровадити якісний моніторинг стану здоров'я учасників АТО. Допомогу повинні отримувати обов'язково кожен демобілізований та члени родин, родичі військовослужбовців. Адже, на думку психотерапевтів, найбільш значущою для бійців, що повернулися з війни, є підтримка матері, дружини та командира.

Таким чином, вже назріла необхідність створення державної системи комплексної реабілітації військовослужбовців, що беруть або брали участь у бойових діях, державної Програми реабілітації, соціальної та професійної адаптації учасників АТО та членів їх сімей. Політика Програми повинна бути спрямована на інформаційну, просвітницьку, роз'яснювальну роботу, входить до усіх політик поєднуючи різні сфери діяльності держави.

Вагомим внеском та прискорювачем вирішення проблемних питань, окреслених у статті є вивчення та втілення досвіду інших країн після воєн в Іраці, В'єтнамі, Афганістані та ін. Особливо цікавим є досвід співпраці по обміну досвідом між, наприклад, США та Угорщиною, США та Грузією тощо. Українські фахівці вже почали переймати цей досвід, але загальне політичне рішення ще у стадії розробки.

Це дозволить також, на основі здобутого досвіду інших країн, об'єднати зусилля держави, суспільства, громадян, цілеспрямовано та якісно забезпечувати збереження фізичного і психічного і здоров'я військовослужбовців, профілактику постстресових станів, підтримувати готовність особового складу до виконання завдань. При цьому, психологічна допомога, повинна бути тривалою, протягом цілого життя військового.

Доведеним є факт, що лікування учасників АТО повинно бути комплексним, включати фармакологічну, психіатричну й психологічну допомогу. Найважливіше постійно утримувати їх у полі зору соціальних служб, лікарів, психологів, виділяючи достатньо коштів на це. Державі необхідно сьогодні розробити належні ефективні заходи та забезпечити належне фінансування.

Відтак, Програма повинна містити законодавчо закріплені гарантії щодо:

— можливості створення громадських організацій та асоціацій ветеранів АТО та членів їх сімей, їхнього представництва в органах державної влади. Розуміння можливості їх прямої участі та впливу на процеси прий-

няття державних рішень, відновлять довіру та покращуватимуть відношення до державних інституцій, влади;

— абілітації, адаптації та соціалізації учасників АТО та членів їх сімей (особливої уваги потребує перший місяць після повернення з зони бойових дій): медичні заходи (відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, протезування та ін.); психологічні (психологічні, психіатричні, психолого-педагогічні, соціальні, направлені на відновлення, корекцію та компенсацію особистісного й соціального статусів, порушень психіки та поведінки); соціальні (соціальна, соціально-побутова адаптація, професійна реабілітація — профорієнтація, профосвіта, виробнича адаптація) тощо;

— можливості поєднання зусиль органів державної влади (центральної, місцевих), громадських й міжнародних організацій, бізнесу, волонтерів, та залучення фінансової, організаційної та іншої допомоги для додаткової матеріально-фінансової підтримки учасників АТО та членів їх сімей з недержавних фондів, із прийняттям відповідних нормативно-правових актів щодо законодавчого урегулювання розширення кола діяльності волонтерських організацій тощо;

— з метою реалізації соціальних гарантій та забезпечення Програми необхідно також виділити кошти для організації, наприклад, відкриття центрів абілітації, адаптації із залученням висококваліфікованих професіоналів; створення робочих місць, у тому числі для інвалідів-учасників АТО; до фінансування будівництва житла та надання кредитів на пільгових умовах тощо.

Слід зазначити, що подібні програми по підтримці учасників АТО та членів їх родин вже розробляються й втілюються на регіональному рівні, як місцеві ініціативи, що, на жаль, не здатно вирішити проблему в цілому.

Прийняття та реалізація даної Програми загальнонаціонального рівня дозволить уникнути негативних явищ, досвід яких є у нашої держави, у зв'язку з недотриманням, переглядом, частковою ліквідацією певних гарантій державної допомоги учасників війни у Афганістані, ліквідаторів аварії на ЧАЕС.

Ще однією з важливих умов ефективного керування ситуацією є належне вирішення питань щодо підтримки, регулярного забезпечення військовослужбовців та членів їх родин у їх повсякденному житті, з метою надання можливості високоякісного життя та ефективної, високопрофесійної діяльності на благо як держави, так і своїх сімей.

## ВИСНОВКИ

Ведення АТО 2 роки вже призвело до необхідності лікування тисяч українських військовослужбовців з різними симптомами психічних порушень, частіше — з діагнозом "гостра реакція на стрес". Більшість з них — амбулаторно. Кількість травмованих зростатиме з кожним днем, адже для учасників АТО, поранених, загинувших та членів їх родин, оточення ця війна ще триватиме.

До загальних наслідків ПТСР, що впливатимуть на державу відмітимо: посилення агресивності та конфліктності у суспільстві; психоемоційна лабільність та підвищення рівня схильності до навіювання, відповідно можливості масової маніпуляції; радикалізм, зниження здатності у соціумі адекват-

но оцінювати політичну ситуацію у країні та, відповідно, зростання кількості деструктивних релігійних культів, сект, радикальних рухів; деструкція традиційних цінностей соціуму (сім'я, дружба, людська гідність тощо), збільшення числа неблагополучних сімей; зростання захворюваності, скорочення тривалості життя тощо.

Допомога та визнання їх з боку держави, батьківщини заради цілісності якої вони ризикували своїм здоров'ям та життям, є вкрай важливими сьогодні.

Аналіз літературних джерел, наукових праць дає змогу дійти висновку, що існуюча в даній сфері державного управління вітчизняна база наукових досліджень висвітлює лише окремі проблемні питання щодо вирішення нагальних потреб життєдіяльності учасників АТО та членів їх сімей.

На теперішній час малодослідженими залишаються питання обґрунтування організаційно-правових, економічних основ державного управління ефективним медико-соціальним забезпеченням учасників АТО та членів їх сімей. Необхідно розробити, запровадити стандарти якості та гарантований обсяг медико-соціального забезпечення із суттєвим удосконаленням організації системи надання психологічної допомоги, змістивши акценти на особистісно-орієнтоване надання допомоги.

Важливо також провести дослідження особливостей розвитку суспільних відносин при розв'язанні проблем учасників бойових подій та членів їх сімей. Залишаються невирішеними питання щодо створення максимально дестигматизованих умов для продовження активної та продуктивної життєдіяльності мобілізованих та членів їх сімей.

Необхідно також приділити увагу вивченню питань розробки системи та індикаторів щодо моніторингу задоволеності отриманою медико-соціальною допомогою із виявленням реальних потреб та проблем.

Сьогодні держава визнала як проблему, виклик, ризик ПТСР та його наслідки у великій кількості українців-учасників АТО та членів їх сімей, його вплив на майбутнє як сімей, так і нації в цілому. Тому активно приймає рішення та інтенсивно впроваджує відповідні заходи, ефективність і якість яких буде оцінена через роки якістю розвитку суспільства та наступних поколінь.

Держава повинна створювати умови якісного життя та діяльності для учасників АТО та членів їх сімей, для збереження їх здоров'я, у т.ч. профілактики ПТСР. Адже здорова людина є соціально адаптованою, активною та має виняткове значення для держави у забезпеченні репродуктивного і трудового потенціалів країни, національної безпеки тощо.

## Література:

1. Эммонс Р. Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности / Р. Эммонс. — М.: Смысл, 2004. — 416 с.
2. Александровский Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний / Ю.А. Александровский // Российский психиатрический журнал. — 2005. — No 1. — С. 4—12.

3. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / З.И. Кекелидзе, А.А. Портнова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — Т. 102. — No 12. — С. 56—62.

4. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. — 1992. — Т. 13. — No 2. — С. 14—26.

5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.

6. Сиромятников И.В., Караяном А.Г. Прикладная войскова психология: навчальний посібник. — СПб.: Питер, 2006. — 480 с.

7. Кузнецов А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: вопросы лечения / А.А. Кузнецов // Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. — М.: Гэотар-мед, 2004. — С. 132—136.

8. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 784 с.

9. Тхостов А.Ш. Патопсихологические аспекты посттравматического стрессового расстройства / А.Ш. Тхостов, Ю.П. Зинченко // Информационно-аналитический бюллетень. Психологи о мигрантах и миграции в России. — 2001. — № 3. — С. 10—18.

10. Гиляровский В.А. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1954. — С. 446—451.

11. Сиромятников И.В., Ожерельева И.Г. Психология професійного самовизначення та професійної суб'єктності військових кадрів: монографія. — М.: ВУ, 2007. — 235 с.

12. Сиромятников И.В., Караяном А.Г. Прикладная войскова психология: навчально-методичний посібник: [навчальний посібник для курсантів і слухаючих вищ. воєн.-навч. закладів] / А.Г. Караяном, И.В. Сиромятников. — СПб. [И др.]: Питер, 2006. — 480 с. С. 85.

13. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия. — М.: РЛС — 2006. — 1280 с. Рудська І.І., Манько В.М. Загальна і військова психологія: підручник в 2-х частинах. — М.: Кордон, 2004. — С. 26.

14. Урядовий портал / Прес-служба Міністерства освіти і науки: управління освіти на місцях необхідно забезпечити належний психологічний супровід всіх учасників навчально-виховного процесу 29.07.2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/printable\\_article?art\\_id=247489193](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/printable_article?art_id=247489193)

15. Фаттахов В.В., Демченкова Г.З., Максумова Н.В. Медико-социальные и психологические аспекты качества жизни и здоровья ветеранов боевых действий. ИД МедДоК. — Казань, 2013. — 212 с.

16. Шеенко О.Н. Состояние и перспективы развития системы медицинской реабилитации и адаптации ветеранов войн и членов их семей. — Псков, 2004. — С. 135—143.

17. Время / Уроки АТО: слышать друг друга // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://>

timeua.info/post/oborona-i-bezopasnost/uroki-ato-slyshat-drug-druga-03613.html

18. Яковлев О.Г., Осадчук М.А. Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий и контртеррористических операций с посттравматическим синдромом: сборник материалов второй Всероссийской научно-практической конференции "Посттравматический синдром. Пути реабилитации". — Казань, 2009. — С. 144—147.

19. Асадуллин Ш.Г., Шигапов Б.Г. Организационные аспекты реабилитации участников боевых действий и окальных вооруженных конфликтов в Республике Татарстан // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — No 5.

20. Sandler J. An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychic trauma / J. Sandler, A. U. Dreher, S. Drews // International Review of Psycho-Analysis. — 1991. — Vol. 18. — P. 133—141.

21. IvanUlric.UberPTSDundGruppen-psychotherapiemit Menschen, die durch Krieg traumatisiert sind. Die kroatische Erfahrung // Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse. Furderverein Gruppentherapie e.v. Munster: 2000. — P. 87—109.

References:

1. Emmons, R. (2004), *Psykholohiya vysshykh ustremenyj: motyvatsiya y dukhovnost' lychnosty* [Psychology of higher aspirations: Motivation and Spirituality personality], Smysl, Moscow, Russia.

2. Aleksandrovskiy, Yu.A. (2005), "Post-traumatic stress disorder, and general issues of psychogenic illness", *Rossyiskiy psykhyatrycheskiy zhurnal*, vol. 1, pp. 4—12.

3. Kekelydze, Z.Y. and Portnova, A.A. (2002), "Posttraumatic stress disorder in children and teenagers", *Zhurnal nevrolohiy i psykhyatriy im. S.S. Korsakova*, vol.102, No12, pp. 56—62.

4. Tarabryna, N.V. and Lazebnaia, E.O. (1992), "The syndrome of post-traumatic stress disorders: state of the art", *Psykholohicheskiy zhurnal*, vol. 13, No2, pp. 14-26.

5. Tarabryna, N. V. (2001), *Praktykum po psykholohyy posttravmatycheskoho stressa* [Practical work on psychology of post-traumatic stress], Pyter, St.Petersburg, Russia.

6. Syromiatnykov, I.V. and Karaianom, A.H. (2006), *Prykladna vijs'kova psykholohiia* [Applied military psychology], Pyter, St.Petersburg, Russia.

7. Kuznecov, A. A. (2004), "Post-traumatic stress disorder: treatment issues", *Psihologicheskaja rehabilitacija uchastnikov boevykh dejstvij i lic, postradavshih v chrezvychajnykh situacijah* [Psychological rehabilitation of combatants and those affected by emergencies], Gjeotarmed, Moscow, Russia, pp. 132—136.

8. Malkina-Pyh, I. G. (2005), *Jekstremal'nye situacii: Spravochnik prakticheskogo psihologa* [Extreme: A Handbook of Practical Psychology], Jeksmo, Moscow, Russia.

9. Thostov, A. Sh. and Zinchenko, Ju. P. (2001), "Patopsihologicheskikh aspects of post-traumatic stress disorder", *Informacionno-analiticheskij bjulleten'*. Psihologi o migrantah i migracii v Rossii, vol. 3, pp. 10—18.

10. Giljarovskij V.A. (1954), *Psihiatrija* [Psychiatry], Medgiz, Moscow, Russia.

11. Syromiatnikov, I.V. and Ozherel'eva, I.H. (2007), *Psykholohiia profesijnoho samovyznachennia ta profesijnoi sub'iektnosti vijs'kovykh kadriv* [Psychology of professional self and subjectivity of professional military personnel], VU, Moscow, Russia.

12. Syromiatnikov, I.V. and Karaianom, A.H. (2006), *Prykladna vijs'kova psykholohiia* [Applied military psychology], Pyter, St.Petersburg, Russia.

13. Aleksandrovskij, Ju.A. (2006), *Pogranichnaja psihiatrija* [Border psychiatry], RLS, Moscow, Russia.

14. Ruds'ka, I. I. and Man'ko, V. M. (2004), *Zahal'na i vijs'kova psykholohiia* [General and military psychology], Kordon, Moscow, Russia.

15. Ministry of Education and Science of Ukraine (2014), "MoES: management education field should provide adequate psychological support to all members of the educational process", available at: (Accessed 20 Aug 2016).

16. Fattahov, V.V. Demchenkova, G.Z. and Maksumova, N.V. (2013), *Mediko-social'nye i psihologicheskie aspekty kachestva zhizni i zdorov'ja veteranov boevykh dei'stvii'* [Medico-social and psychological aspects of quality of life and health of war veterans], ID MeDDoK, Kazan', Russia.

17. Sheenko, O.N. (2004), *Sostojanie i perspektivy razvitija sistemy medicinskoj' rehabilitacii i adaptacii veteranov voi'n i chlenov ih semei'* [Status and prospects of development of the system of medical rehabilitation and adaptation of war veterans and their families], Pskov, Russia.

18. Zelenina, E and Marufij, T. (2016), "Lessons of ATO: hear each other", available at: <http://timeua.info/post/oborona-i-bezopasnost/uroki-ato-slyshat-drug-druga-03613.html> (Accessed 20 Aug 2016).

19. Jakovlev, O.G. Osadchuk, M.A. (2009), "Medical and psychological rehabilitation of combatants and counterterrorism operations, post-traumatic syndrome", *Sbornik materialov vtoroi' Vserossii'skoi' nauchno-prakticheskoi' konferencii "Posttravmaticheskii' sindrom. Puti rehabilitacii"* [The collection of materials of the second All-Russian scientific-practical conference "Post-traumatic syndrome. Way of rehabilitation"], Kazan', Russia, pp. 144—147.

20. Asadullin, Sh.G. and Shigapov, B.G. (2014), "Organizational aspects of the rehabilitation of combatants and A locally armed conflict in the Republic of Tatarstan", *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, vol. 5.

21. Sandler, J. Dreher, A. U. and Drews, S. (1991), "An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychic trauma", *International Review of Psycho-Analysis*, Vol. 18, pp. 133—141.

22. Ulris, I. (2000), "UberPTSDundGruppen-psysho-therapiemitMensshen, die dursh Krieg traumatisiert sind. Die kroatisshe Erfahrung", *Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse. Furderverein Grurren-therapie e.v. Mupster*, pp. 87—109.

*Стаття надійшла до редакції 02.09.2016 р.*