

**ЮРИДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПЕДАГОГІКА.
ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВООХОРОННОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ**

УДК 351.745.7:(61+159.9)

В.О. Криволапчук,
доктор юридичних наук, доцент,
Л.А. Кирієнко

**ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ТА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Стаття присвячена питанням медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції. Аналізуються наслідки впливу психотравмуючих факторів бойової обстановки, а також особливості фізичного та психологічного стану учасників бойових дій, проблеми погіршення їх здоров'я, порушення міжособистісних взаємовідносин, неадекватної та делінквентної поведінки. Підкреслюється необхідність правильної організації та здійснення відповідних психопрофілактичних і реабілітаційних заходів.

Ключові слова: антитерористична операція, учасники бойових дій, медико-психологічна реабілітація, соціальна адаптація, психотравма, посттравматичні стресові порушення.

Стаття посвящена вопросам медико-психологической реабилитации и социальной адаптации участников антитеррористической операции. Анализируются последствия воздействия психотравмирующих факторов боевой обстановки, а также особенности физического и психологического состояния участников боевых действий, проблемы ухудшения их здоровья, нарушения межличностных взаимоотношений, неадекватного и делинквентного поведения. Подчеркивается необходимость правильной организации и осуществления соответствующих психопрофилактических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: антитеррористическая операция, участники боевых действий, медико-психологическая реабилитация, социальная адаптация, психотравма, посттравматические стрессовые нарушения.

The paper deals with the medical and psychological rehabilitation and social adaptation of combatants of the antiterrorist operation. It analyzes the effects of stressful factors of the combat situation, peculiarities of combatant's physical and psychological health and problems of its deterioration, disorders of interpersonal relationships, inadequate and delinquent behavior. It also emphasizes the need for proper organization and implementation of appropriate psychoprophylactic and rehabilitation measures.

Keywords: anti-terrorist operation, combatants, medical and psychological rehabilitation, social adaptation, psychological trauma, post-traumatic stress disorder.

На сьогодні питання медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції, які зазнали психотравмуючого впливу

факторів бойової обстановки, постає надзвичайно гостро. Адже, враховуючи результати наукових напрацювань у цьому напрямі досліджень, світовий досвід реабілітаційних заходів по нормалізації стану бійців та цивільного населення після збройних конфліктів і невтішну статистику щодо східного регіону нашої країни, пасивне зволікання у вирішенні означеної проблеми неминуче матиме найсерйозніші наслідки.

Загально визнано, що участь у бойових діях є стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Причому тривалість впливу стрес-факторів і їх психотравмуючий характер можуть призвести до виникнення таких змін у психіці, які, крім зниження ефективності діяльності в бойовій обстановці, також негативно позначаються й у мирних умовах життя, оскільки (на відміну від інших стресових ситуацій) саме участь у бойових діях може стати психічною травмою з віддаленими наслідками.

Психічні зриви, імпульсивність, гнів, злість, нонконформізм, підвищена конфліктність, з одного боку; перевтома, апатія, відчуття безвиході – з іншого – це реакція організму на наслідки тривалого фізичного і нервового напруження, що виникає в бойовій обстановці. Крім того, наявність таких симптомів, як неконтрольована агресивність із проявами жорстокості, депресія, почуття провини, розлади сну, нав'язливі спогади, відчуженість, тенденції до самогубства і навіть вбивства, свідчить про комплексність та глибинність особистісних розладів і підтверджує необхідність належної організації та реалізації медико-психологічних і соціальних заходів стосовно учасників бойових дій (як профілактичного, так і реабілітаційного спрямування).

Слід зазначити, що проблема збереження здоров'я осіб, які беруть участь у бойових діях, завжди була об'єктом пильної уваги дослідників різних країн світу, починаючи з встановлення факту наявності істотних змін у психічному стані комбатантів¹. Фактично з початку минулого сторіччя психічні проблеми солдат стали розглядатися як наслідок бойового стресу і отримали назву *бойових психічних травм*, тобто психічних розладів, порушень і захворювань, які призводять до часткової чи повної втрати їхньої боєздатності внаслідок впливу факторів бойової обстановки, що травмують психіку, та умов військової служби під час ведення бойових дій, а також після їх закінчення. З часом емпіричні та теоретичні напрацювання з цієї проблематики у 80-х роках ХХ сторіччя призвели до виникнення нової галузі психологічної науки – *психології травматичного стресу*, найбільш широке розповсюдження та розвиток якої відбувається у США, Англії, Франції, Ізраїлі, Росії. Відтоді стресові наслідки стали вивчатися не взагалі, а як наслідки бойового стресу, що виникають безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після певного періоду часу (місяць, рік і більше).

За результатами наукових досліджень, перебування в зоні бойових дій характеризується впливом на психіку людини певних стрес-факторів підвищеної інтенсивності, а саме: 1) чітко усвідомлюване почуття загрози для життя (так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації тощо); 2) стрес безпосереднього учасника бою одночасно з психоемоційним стресом, пов'язаним із загибеллю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, незвичність); 4) негаразди і позбавлення (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води, харчування тощо); 5) незвичний для учасника

¹ *Комбатант* (від фр. combattant – той, хто воює) – безпосередній учасник бойових дій у складі збройних сил.

бойових дій клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.) [1].

Тривалість впливу зазначених стрес-факторів, а також їх психотравмуючий характер можуть призводити до виникнення дисбалансу та розладів психічної діяльності, що знижує якість і ефективність життя уже за мирних умов. При цьому розширюється і коло потерпілих, до яких потрапляють не тільки безпосередні учасники подій, але і їхнє оточення.

Пов'язані зі стресом під час бойових дій психічні розлади є одним із головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до звичайного життя: повертаючись до нормальних умов після впливу екстремальних чинників, чимало учасників бойових дій ніяк не можуть пристосуватися до цивільного соціуму. Багато хто втрачає інтерес до суспільного життя, знижується їх активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Нерідко спостерігаються втрата здатності до співпереживання і потреби в душевній близькості з іншими. Майже половина опитаних, які брали участь у бойових діях, скаржаться, що не можуть знайти порозуміння з оточенням; вважають, що до них ставляться без належного розуміння, з байдужістю чи настороженістю. Кожен четвертий відчуває труднощі при спілкуванні в трудовому колективі, а кожен другий надовго не втримується на одному місці роботи. Порушена здатність підтримувати оптимальні соціальні контакти позначається і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий проживає розлучений із сім'єю. Надзвичайно гостру психологічну драму відчувають інваліди, а також ті, хто втратив близьких. Для багатьох учасників бойових дій постійними проявами стають апатія, депресія, страх, підозрілість, агресивність і т. ін. Доволі часто спостерігається негативне ставлення до представників влади (через переконання в їхньому обмані та зраді), бажання виплеснути накопичене роздратування та злість за безглуздість кровопролиття, загибель товаришів, що може призводити до деструктивних форм поведінки [2].

Свідченням того, що колишні учасники бойових дій зазнають труднощів під час процесу адаптації до умов цивільного життя, є їх конфліктна поведінка у соціальному середовищі: відсутність толерантності, небажання йти на компроміси, спроби вирішити суперечки звичними силовими методами. Після "фронтвої ясності" конфлікти мирного часу нерідко виявляються складними для психологічного сприйняття тими, в кого сформувалася миттєва і загострена реакція на будь-яку небезпеку в поєднанні з послабленням почуття цінності людського життя і зниженням відповідальності за свою агресивність. Тому цілком зрозуміло, чому багатьом учасникам бойових дій складно стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від застосування сили (у тому числі й зброї). Через принцип незворотності розвитку психіки вони не можуть відмовитися від екстремального досвіду, що був отриманий у збройних зіткненнях і допоміг їм вижити.

Отже, суперечливість впливу специфічних умов бойових дій на психіку учасників ще довго дається взнаки після їх закінчення. Слід зауважити, що особистісні зміни, які відбуваються під час бойових дій, часто виявляються незворотними, призводять до стійкої деформації особистості. Особливо це викликає серйозну стурбованість у зв'язку з погіршенням ситуації внаслідок обтяження стану негативними факторами (вживання алкоголю і наркотиків, вчинення серйозних правопорушень і т. ін.). Тому, на жаль, сумну статистику становить той факт, що серед колишніх учасників бойових дій є досить поширеними різні форми девіантної поведінки. Імовірно, це пояснює і непоодинокі випадки їхнього залучення до антисоціальних угруповань та кримінальних структур.

Наведене вище підкреслює актуальність ретельного аналізу детермінант і визначальних чинників проблемної ситуації, серед яких виняткової уваги заслуговує питання особливостей фізичного та психічного стану учасників бойових дій.

Як уже зазначалося, перебування в зоні бойових дій належить до тієї екстремальної ситуації, коли людина постійно зазнає найсильнішого психоемоційного стресу, для подолання якого застосовує надмірні вольові зусилля. Все це має надто високу ціну: майже у всіх учасників бойових дій неминуче тією чи іншою мірою спостерігаються зміни у фізичному і психічному стані, що призводить не тільки до психологічних проблем, а й до психіатричних.

За світовою статистикою, у першому бою усі бійці отримують психологічну травму, кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає на нервово-психічні розлади, а серед поранених і калік – кожен третій. Інші наслідки (зокрема різні психосоматичні захворювання) починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. За даними військово-медичних експертів, в учасників бойових дій (порівнюючи зі здоровими людьми) в два-три рази вище ймовірність таких захворювань, як гіпертонічна хвороба, гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. Загальний стан здоров'я характеризується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головними болями, болями в області серця, сексуальними розладами, порушеннями сну, фобічними реакціями тощо, а в інвалідів – доповнюється симптоматикою, пов'язаною з отриманими пораненнями і травмами [3].

Основні проблеми учасників бойових дій становлять: страх (57 %), демонстративність поведінки (50 %), агресивність (58,5 %) і підозрілість (75,5 %). Серед поведінкових особливостей переважають конфліктність у сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками [4].

Крім того, посилюють дезадаптаційний стан бійців наявність таких стійких симптомів, як: емоційна напруженість; підвищена дратівливість; напади тривоги; безпричинні спалахи гніву; нестійкість психіки, за якої навіть найнезначніші труднощі призводять до неадекватного (іноді навіть деструктивного) реагування; відстороненість; побоювання нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Сняться повторювані яскраві сні бойових ситуацій та нічні кошмари, виникають нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій із “поверненням” до ситуації психотравми. Доволі частими є думки про самогубство, які можуть закінчитися реальним здійсненням [4]. Так, згідно з результатами наукових досліджень, понад 50 тисяч (а за деякими даними – близько 100 тисяч) ветеранів війни у В'єтнамі покінчили життя самогубством з моменту повернення військ (при цьому загальне число загиблих американських солдатів у В'єтнамі склало близько 58 тисяч).

До інших характерних для учасників бойових дій проявів належать: песимізм, відчуття покинутості іншими; недовіра до людей; нездатність бути відкритим у спілкуванні, говорити про війну; втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні, та нездатності впливати на перебіг подій; тривожність; потреба мати при собі зброю; негативне ставлення до владних структур; бажання зігнати на кому-небудь злість і т. ін.

Всі перераховані прояви належать до симптомів посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад за класифікацією американського діагностичного та статистичного посібника з ментальних розладів DSM-IV-R віднесено до групи тривожних розладів (309.81 – “anxiety disorders”); має за міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10-КМ) код F 43.1 і визначається як характерний симптомокомплекс, що виникає внаслідок психічної травми,

спричиненої подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду, як-то: загроза життю, збиток самій людині або її родині, раптова втрата домівки або сім'ї, коли людина стає свідком неприродної смерті або поранення. Першим у низці діагностичних критеріїв ПТСР (як в Міжнародному класифікаторі хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), так і в класифікаційному психіатричному стандарті DSM-IV) визначено наявність впливу травмуючої події.

Серед основних симптомів ПТСР в учасників бойових дій виокремлюють такі:

- 1) надмірна пильність;
- 2) перебільшене реагування;
- 3) повна або часткова втрата здатності до емоційних проявів (притупленість емоцій);
- 4) агресивність, прагнення розв'язувати проблему за допомогою сили (фізичної, психічної, емоційної, вербальної);
- 5) порушення пам'яті та концентрації уваги;
- 6) депресія, що супроводжується нервовим виснаженням, апатією;
- 7) загальна тривожність, яка проявляється на фізіологічному і психічному рівнях;
- 8) напади люті, гніву;
- 9) зловживання алкоголем і наркотичними речовинами;
- 10) нав'язливі спогади про психотравмуючу ситуацію, галюцинаторні переживання;
- 11) проблеми зі сном, кошмари;
- 12) думки про самогубство;
- 13) провина, що вижив.

Варто зауважити, що тривалість процесу реагування у відповідь на стресову подію обумовлюється значимістю для індивіда інформації, пов'язаної із цією подією. При сприятливому здійсненні цього процесу він може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після припинення психотравмуючого впливу. Це нормальна реакція на стресову подію. При загостренні відповідних реакцій і збереженні їх проявів впродовж тривалого часу слід говорити про патологізацію процесу відповідного реагування. Взагалі ж у процесі реакції у відповідь на стресові події виділяють чотири фази: 1) фаза первинної емоційної реакції; 2) фаза "заперечення", що виражається в емоційному заціпенінні, придушенні й уникненні думок про те, що трапилося, уникнення ситуацій, що нагадують про психотравмуючу подію; 3) фаза чергування "заперечення" і "вторгнення" ("вторгнення" проявляється у спогадах про психотравмуючу подію, що несподівано "прориваються" у свідомість, снах про подію, підвищеному рівні реагування на все, що нагадує психотравмуючу подію);

4) фаза подальшої інтелектуальної та емоційної переробки травматичного досвіду, яка закінчується асиміляцією або акомодациєю до нього [5].

Крім того, як зазначається фахівцями, подолання індивідом психотравмуючих стрес-чинників бойової обстановки залежить від взаємодії низки факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик учасника та особливостей умов, до яких він потрапляє після повернення із зони бойових дій.

До характеристик психотравмуючої події відносять: ступінь загрози життю; тяжкість втрат; раптовість ситуації; ізолюваність від інших людей; ступінь впливу навколишнього оточення; наявність захисту від можливого повторення психотравми; моральні конфлікти; пасивна або активна роль учасника залежно від того, чи був він жертвою, чи активною дійовою особою; безпосередні наслідки

впливу. Серед індивідуальних характеристик учасника виділяються: рівень розвитку навичок, що дозволяють впоратися зі стресом або важкою життєвою ситуацією, та ефективність психологічного захисту (що були наявні до участі в бойових діях); труднощі адаптації; психічні відхилення, а також демографічні дані. Післябойове оточення учасника визначається рівнем взаємопідтримки, культурними особливостями, ставленням до бойових дій, наявністю соціальної допомоги.

Взаємодія цих трьох факторів із процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (поєднання уникнення спогадів із періодичним їх повторенням) призводить або до психічного напруження, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. Як наслідок, можливі два результати: психічна “рестабілізація” або виникнення посттравматичних стресових розладів.

З наведеного вище чітко і однозначно стає зрозумілою надзвичайна актуальність проблеми медико-психологічної реабілітації та соціальної підтримки учасників антитерористичної операції, а також важливість їх своєчасного надання.

На підтвердження зазначеного свідчить той факт, що про серйозність стану справ говорять фахівці усіх рівнів відповідних служб (військових, медичних, психологічних, соціальних), представники громадських організацій і незалежні експерти, одночасно наголошуючи на потребі максимально мобілізувати зусилля для вирішення питання на державному рівні. Якщо ж своєчасно не вжити термінових належних заходів, то, зокрема, на думку начальника клініки психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (Військовий шпиталь м. Харкова) В’ячеслава Заворотного, країну очікує “посттравматичне стресове цунамі” [6].

Велика імовірність того, що відсутність відповідних своєчасних, широко-масштабних і комплексних заходів може призвести до реалізації невтішних прогнозів. На підтвердження цього вказують дані Науково-дослідного центру гуманітарних проблем збройних сил, згідно з якими аналіз досвіду бойових дій у зоні проведення АТО свідчить про значне зростання психогенних розладів серед учасників бойових дій, що негативно впливає на їх готовність до виконання службових обов’язків, а отже, як на боєздатність частин та підрозділів, так і на загальний результат у цілому. Керівник зазначеного Центру звертає увагу на значну кількість бойових психогенних втрат особового складу внаслідок психічних розладів без наявності будь-яких тілесних ушкоджень. Якщо у світі норма уразливих до психогенних травм бійців становить 25 %, то серед учасників АТО цей показник складає майже 80 %. При цьому до 30–40 % можуть бути незворотними психогенними втратами, тобто психологічні травми переходять у психіатричні. Також повідомляється, що в багатьох учасників АТО після повернення додому фіксуються проблеми в сімейному житті, випадки неадекватної та делінквентної поведінки, спроби суїциду [7].

Глибоку стурбованість поділяють і спеціалісти-психологи різноманітних установ відповідного профілю (Психологічна кризова служба, Харківський центр психологічних досліджень, Центр реабілітації поранених у Луцьку тощо). Причому у вирішенні питань правового, соціального та психологічного забезпечення учасників АТО варто відмітити суттєву ініціативу та надання безпосередньої допомоги недержавними структурами та волонтерами [8].

Так, за словами координатора Волонтерської Сотні Наталії Воронкової, ті психологи, які допомагали учасникам Євромайдану, вже пройшли навчання в ізраїльських фахівців і зараз активно співпрацюють із персоналом відділення

психіатрії Головного військового клінічного госпіталю при проведенні психологічної реабілітації учасників АТО [9].

За повідомленням прес-служби Міністерства охорони здоров'я, на цей час в Україні функціонує 29 госпіталів для ветеранів війни, причому учасники АТО проходять лікування та реабілітацію в 21 із них. Станом на 01.02.2015 всього проведена реабілітація 1 194 учасників АТО, найбільше – в Українському державному медико-санітарному центрі ветеранів війни (с. Циблі, Київська обл.), Кіровоградському, Рівненському та Черкаському госпіталях. Аналіз стану пацієнтів дає підстави стверджувати, що учасники АТО майже у 100 % мають психологічні розлади, більшість із яких поєднані з соматичними (зокрема неврологічного та ортопедо-травматологічного профілю). У системі госпіталів проводиться медична, фізична, психологічна реабілітація. Причому аналіз попередніх результатів проведення психологічної корекції засвідчив, що в пацієнтів, які раніше брали участь у бойових діях або які проходили військову службу до початку АТО, простежується стабілізація емоційного-психологічного стану в більш короткі терміни ніж у призовників та добровольців – а це свідчить на користь обов'язкової психологічної підготовки особового складу [10]. Показовою є також статистика щодо учасників антитерористичної операції – працівників ОВС, надана Управлінням медичного забезпечення та реабілітації МВС України за період з січня 2014 року по лютий 2015 року (див. табл. 1). Представлена інформація переконливо доводить, що майже 58 % особового складу ОВС, які є учасниками АТО, потребують психокорекційної допомоги. Отже, зазначене підкреслює актуальність і виняткове значення соціально-психологічного забезпечення учасників антитерористичної операції (причому з охопленням усіх етапів: підготовки, супроводження, реабілітації та адаптації).

Таблиця 1

**Статистичні показники щодо огляду працівників ОВС,
які перебували в зоні антитерористичної операції
(за період з січня 2014 року по лютий 2015 року)**

Область	Кількість осіб, які оглянуті лікарями-психіатрами	Кількість осіб, які оглянуті практичними психологами, лікарями-психологами	Кількість осіб, яким була надана психокорекційна допомога практичними психологами, лікарями-психологами
Державна установа «ЦПД та ППВ* МВС України»	159	159	159
ЦПД та ППВ ГУМВС, УМВС України в областях та місті Києві	2897	2423	1601
Всього	3056	2582	1760

* Центр психіатричної допомоги та психофізіологічного відбору.

Варто зауважити, що проблема медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників бойових дій не залишилася поза увагою керівництва держави найвищого рівня. Так, постановою Кабінету Міністрів України від 11.08.2014 № 326 [11] було створено Державну службу України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції, на яку покладено повноваження та функції з питань реалізації державної політики у сфері їхнього соціального захисту. Згідно з положенням ця Держслужба є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Урядом через Міністра соціальної

політики. А відповідним розпорядженням Кабінету Міністрів України до сфери управління Держслужби уже передані 5 центрів соціально-психологічної реабілітації населення (чотири з них у Київській та один у Житомирській областях), які відтепер будуть використовуватися для реабілітації учасників АТО [12]. Відповідно до Указу Президента України від 30.01.2015 № 40/2015 “Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році” Кабінету Міністрів України доручено розробити та внести на розгляд Верховної Ради України законопроект про доктрину соціального захисту та психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання обов’язків військової служби (службових обов’язків) в Україні (підпункт 3 пункту 1); ужити додаткових заходів щодо забезпечення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників антитерористичної операції (підпункт 1 пункту 3); а також вжити невідкладних заходів щодо створення єдиної системи підготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів із психологічної реабілітації та соціальної роботи з особами, які стали інвалідами під час проходження військової служби, та іншими особами, які постраждали під час виконання обов’язків військової служби (службових обов’язків) (пункт 6) [13].

Підсумовуючи наведене вище, слід зазначити, що проблема медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників бойових дій (що включає оцінку ймовірності збереження їхнього здоров’я і працездатності після впливу психотравмуючих факторів) нині набуває одного з найпріоритетніших статусів державного рівня.

Урахування досвіду країн, що зіткнулися з явищами, які виникають після повернення людей із зони бойових дій, переконливо свідчить, що участь у подіях, пов’язаних із ризиком для життя, травматичним чином діє на психічне здоров’я та стан їх учасників (відзначається підвищений ризик розвитку психогенних порушень). Більше того, за даними провідних військових психіатрів, які вивчають частоту і структуру втрат при збройних конфліктах і локальних війнах, останнім часом істотно змінилися показники психіатричного профілю в бік збільшення числа граничних розладів [14]. Проте набагато серйознішими можуть стати відстрочені наслідки бойових дій, які впливають не тільки на психофізичне здоров’я учасників, а й на їх психологічну врівноваженість, світогляд, усталеність ціннісних орієнтацій, формування специфічних міжособистісних відносин, особливих життєвих сценаріїв, що може суттєво позначитися на усьому подальшому житті. Психічна травма, психологічний шок і відповідні наслідки – ось що переважно визначає життєвий настрій учасників бойових дій. Особливо прикро, коли статистично фіксуються випадки самогубства вже в період повернення до цивільного способу життя. Таким чином, порушення, що виникають після пережитої психотравми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, міжособистісний) та призводять до стійких особистісних змін не тільки в людей, що безпосередньо пережили стрес, але й у членів їх сімей, а також оточення. Саме тому учасники бойових дій, яким притаманний своєрідний життєвий досвід, – це та категорія населення, яка потребує особливого підходу, відновлення стану здоров’я, необхідності адаптації до повсякденних умов мирного життя.

Враховуючи наведене, викликає серйозне занепокоєння намір перепідпорядкування відомчих установ та закладів охорони здоров’я силових відомств Міністерству охорони здоров’я України, оскільки це може призвести до суттєвого ускладнення наявної ситуації та посилення деструктивних тенденцій у країні. Адже відомчі заклади охорони здоров’я, зокрема МВС України та підпорядкованих йому центральних органів виконавчої влади, відіграють надзвичайно важливу

роль у питаннях лікування, реабілітації, оздоровлення, соціального захисту працівників і ветеранів. Діюча система охорони здоров'я виконує специфічні професійні завдання і функції, які відсутні в системі МОЗ України, серед яких: 1) здійснення військово-лікарської експертизи з психолого-психіатричним обстеженням при проведенні системи заходів профвідбору та атестації кадрів; 2) щорічний контроль за фізичним та психологічним станом здоров'я працівників і військовослужбовців із відповідною корекцією; 3) медичне супроводження при виконанні оперативно-службових завдань в екстремальних ситуаціях (аварії, катастрофи, масові заворушення, терористичні акти тощо); 4) розгортання госпіталів під час виникнення надзвичайних подій; 5) надання медичної допомоги контингенту миротворчих місій у інших країнах; 6) контроль за забезпеченням санітарно-епідеміологічного благополуччя на закритих відомчих об'єктах.

Внаслідок бездіяльності, пасивності чи зволікання у вирішенні цієї проблеми (чи вирішення на користь перепідпорядкування) ситуація щодо соціального захисту працівників і ветеранів органів внутрішніх справ, військовослужбовців Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Державної служби надзвичайних ситуацій значно погіршиться, що врешті-решт негативно позначиться і на боєздатності країни та послабить позиції щодо стану національної безпеки загалом. Означене питання, навпаки, актуалізує потребу посилення служби відомчої системи охорони здоров'я, її вдосконалення, належного матеріально-технічного оснащення та забезпечення висококваліфікованими фахівцями.

Таким чином, із викладеного є очевидним, що учасники бойових дій ще довгий час зазнаватимуть наслідків психотравмуючого впливу, а це вимагає проведення відповідної роботи з ними. Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація, суспільна підтримка повинні бути основними напрямками роботи з цією категорією населення. Несвоєчасність виявлення постстресових порушень і проведення комплексних медичних, психологічних та соціальних заходів призводить до хронізації психічних розладів, алкоголізації, зростання кількості різноманітних психосоматичних захворювань, переривання подальшої служби, проблем дезадаптивної та деструктивної поведінки в соціумі.

Крім того, аналіз проблеми актуалізує необхідність систематизації наукових і практичних знань про природу, механізми виникнення і типові прояви посттравматичних стресових порушень у учасників бойових дій, подальшого ретельного комплексного вивчення сутності проблеми, що необхідно для визначення шляхів подолання наслідків бойових дій та розробки програми реабілітаційних заходів. Враховуючи масштабність наслідків для країни та суспільства, цілком зрозуміла першочерговість і пильність уваги до цього питання з боку інститутів влади: серед інших пріоритетів – збереження та забезпечення належного рівня функціонування відомчої системи охорони здоров'я, розробка комплексної програми державного рівня по реабілітації учасників АТО та створення системи спеціальної підготовки фахівців відповідного профілю – на основі широкого залучення найкращих сучасних розробок у цій галузі і напрацювань як міжнародного досвіду, так і волонтерських організацій, цивільних, державних установ і наукових осередків силових відомств.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Пушкарев А.Л.* Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
2. *Пожидаев Д.Д.* От боевых действий – к гражданской жизни / Д.Д. Пожидаев // Социс. – 1999. – № 2. – С. 70–75.

3. Штрихи к портрету больного синдромом посттравматических стрессовых расстройств на примере участников боевых действий в зонах локальных конфликтов [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http : // www.fortunecity.com/millennium/scooby/454/Psy/Got/ptsd.htm](http://www.fortunecity.com/millennium/scooby/454/Psy/Got/ptsd.htm).
4. *Малкина-Пых И.Г.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
5. *Съедин С.И.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки : краткая история изучения психологических последствий участия в боевых действиях / С.И. Съедин, Р.А. Абдурахманов // Армия и общество. – 1999. – № 2. – С. 119–129.
6. Возвращение в мир без войны [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http : // timeua.info/130115/88792.html](http://timeua.info/130115/88792.html).
7. В Научно-исследовательском центре гуманитарных проблем рассказали о психологических проблемах участников АТО [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http : // army.unian.net/1000194-v-nauchno-issledovatel'skom-tsentre-gumanitarnyih-problem-rasskazali-o-psihologicheskikh-problemah-uchastnikov-ato.html](http://army.unian.net/1000194-v-nauchno-issledovatel'skom-tsentre-gumanitarnyih-problem-rasskazali-o-psihologicheskikh-problemah-uchastnikov-ato.html).
8. Участники АТО реабілітують психологи-добровольці [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : // ua.korrespondent.net/ukraine/3428600-uchasnykiv-ato-reabilituuit-psykhoholohy-dobrovoltsi](http://ua.korrespondent.net/ukraine/3428600-uchasnykiv-ato-reabilituuit-psykhoholohy-dobrovoltsi).
9. Реабілітація після АТО : волонтери вже наготові [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : // newsradio.com.ua/2014_08_11/Reab-l-tac-ja-p-slja-ATO-volonteri-vzhe-napogotov-7273/](http://newsradio.com.ua/2014_08_11/Reab-l-tac-ja-p-slja-ATO-volonteri-vzhe-napogotov-7273/).
10. Понад тисячу учасників АТО пройшли лікування та реабілітацію у госпіталях ветеранів війни [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : // www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=247928742&cat_id=244277212](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=247928742&cat_id=244277212).
11. Про утворення Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції : Постанова КМУ від 11.08.2014 № 326 // Офіційний вісник України. – 2014. – № 65. – С. 16. – Ст. 1801.
12. Розпочала роботу Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : // www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=247597577](http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=247597577).
13. Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році : Указ Президента України від 30.01.2015 № 40/2015 // Урядовий кур'єр. – 31.01.2015. – № 18.
14. *Сенявская Е.* Войны XX столетия: социальная роль, идеология, психология комбатантов и посттравматический синдром / Е. Сенявская // История. – 1999. – № 43 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http : // archive.1september.ru/his/1999/his43.htm](http://archive.1september.ru/his/1999/his43.htm).

Отримано 20.01.2015