

Особливості соціально-психологічної дезадаптації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів

Popeliushko R.P. Features of social and psychological maladaptation of combatants with remote consequences of stress influences / R.P. Popeliushko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskiy Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufriieva. – Issue 33. – Kamianets-Podilskiy : Akxioma, 2016. – P.410–421.

Р.П. Попелюшко. Особливості соціально-психологічної дезадаптації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів. У статті проаналізовано аспекти соціально-психологічної дезадаптації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів, як актуальної проблеми сучасної України.

Наголошено, що достатньо велика увага теоретиків і практиків сучасності приділяється удосконаленню методів та шляхів соціально-психологічної адаптації та реабілітації комбатантів. Виявлено, що немає достатньої кількості досліджень, які б висвітлювали повний спектр проблем соціально-психологічної дезадаптації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів. Визначено те, що дуже важливо повернути погляд науковців і практиків до аналізу сучасних підходів та знаходження ефективного поєднання їх при наданні допомоги та проведенні реабілітаційних заходів з подолання соціально-психологічної дезадаптації у комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів.

Представлено клінічну картину ПТСР, яка включає в себе: соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від інших, порушення сну, зловживання алкоголем або наркотиками, високий рівень тривожної напруженості або психологічної нестійкості, зміни поведінки, анти-соціальна поведінка або протиправні дії, депресія, суїцидальні думки або спроби самогубства, неспецифічні соматичні скарги. Також описано типи психічної дезадаптації комбатантів з ПТСР, які виділяються в залежності від їх цілісної поведінкової стратегії, а саме: активно-оборонний тип, пасивно-оборонний тип, деструктивний тип.

Звернено увагу на те, що завчасна профілактика та ефективна діагностика, з застосуванням видів психологічної допомоги, будуть сприяти повній переробці і нейтралізації соціально-психологічної дезадаптації та усуненню віддалених наслідків стресогенних впливів у комбатантів.

Ключові слова: комбатант, соціально-психологічна дезадаптація, посттравматичний стресовий розлад, травматичний досвід, бойова травма.

Р.П. Попелюшко. Особенности социально-психологической дезадаптации комбатантов с отдалёнными последствиями стрессогенных воздействий. В статье проанализированы аспекты социально-психологической дезадаптации комбатантов с отдалёнными последствиями стрессогенных воздействий, как актуальной проблемы современной Украины.

Отмечено, что достаточно большое внимание теоретиков и практиков современности, уделяется совершенствованию методов и путей социально-психологической адаптации и реабилитации комбатантов. Выявлено, что нет достаточного количества исследований, которые бы освещали полный спектр проблем социально-психологической дезадаптации комбатантов с отдалёнными последствиями стрессогенных воздействий. Определено то, что очень важно привлечь взгляды учёных и практиков, к анализу современных подходов и нахождения эффективного сочетания их, при оказании помощи и проведении реабилитационных мероприятий по преодолению социально-психологической дезадаптации у комбатантов с отдалёнными последствиями стрессогенных воздействий.

Представлена клиническая картина ПТСР, которая включает в себя: социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, нарушение сна, злоупотребление алкоголем или наркотиками, высокий уровень тревожной напряженности или психологической неустойчивости, изменения поведения, антисоциальное поведение или противоправные действия, депрессия, суицидальные мысли или попытки самоубийства, неспецифические соматические жалобы. Также описаны типы психической дезадаптации комбатантов с ПТСР, которые выделяются в зависимости от их целостной поведенческой стратегии, а именно: активно-оборонительный тип, пассивно-оборонительный тип, деструктивный тип.

Обращено внимание на то, что заблаговременная профилактика и эффективная диагностика с применением видов психологической помощи, будут способствовать полной переработке и нейтрализации социально-психологической дезадаптации и устранению отдалённых последствий стрессогенных воздействий у комбатантов.

Ключевые слова: комбатант, социально-психологическая дезадаптация, посттравматическое стрессовое расстройство, травматический опыт, боевая травма.

Постановка проблеми. Реалії сьогодення України демонструють нам, що адаптація комбатантів, які зазнали психотравмуючого впливу факторів бойової обстановки, є надзвичайно актуальною проблемою. Психічні розлади у комбатантів, що виникли під час військових дій є одним із головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до звичайного життя. При поверненні до цивільного життя на вже наявні, пов'язані з війною ПТСР,

нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами, пов'язаними з соціально-психологічною дезадаптацією комбатантів. Учасники бойових дій, як правило, стикаються з засудженням, нерозумінням, труднощами у спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами в сфері освіти, фінансів, створення або збереження сім'ї та ін.

Сьогодні, в наслідок їх соціально-психологічної дезадаптації, багато комбатантів втратили інтерес до цивільного життя, знизилася їх активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Доволі часто спостерігається втрата здатності до співпереживання і зниження потреби в духовній близькості з рідними та іншими людьми.

Аналіз останніх досліджень. До проблематики, що пов'язана з особливостями виявлення та подолання соціально-психологічної дезадаптації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів, зверталися як зарубіжні, радянські так і українські вчені, а саме: А.А. Боченков, Г.І. Ломакін, С.Д. Максименко, В.Ф. Місюра, Є.В. Підчасов, О.В. Тімченко, Б. Грін, Б. Колодзін, Д. Шпігель розглядали загальні особливості психологічної адаптації та реабілітації військовослужбовців; Абурахманов Р.А., Караяні А.Г., Потапчук Є.М., Сафін О.Д., Феденко Н.Ф., Дж. Келлі, Дж. Ротор розробляли теоретико-практичні основи відновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах.

Виділення невиділених раніше частин загальної проблеми. Достатньо велика увага теоретиків і практиків сучасності, приділяється удосконаленню методів та шляхів соціально-психологічної адаптації та реабілітації комбатантів. Але немає достатньої кількості досліджень, які б висвітлювали повний спектр проблем соціально-психологічної дезадаптації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів. Тому дуже важливо повернути погляд науковців та практиків до аналізу сучасних підходів та знаходження ефективного поєднання їх при наданні допомоги та проведенні реабілітаційних заходів із подолання соціально-психологічної дезадаптації у комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів.

Мета статті: здійснити аналіз особливостей соціально-психологічної дезадаптації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів.

Виклад основного матеріалу. Науковці багатьох країн у своїх дослідженнях зазначали, що дійшли приблизно кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушко-

джень страждає на нервово-психічні розлади, а серед поранених і калік – кожен третій. Але це лише частина загальної проблеми, всього масиву різноманітних порушень, які виникають після повернення комбатантів до мирного життя. Інші психосоматичні наслідки військових дій починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя.

Симптомокомплекс проблем комбатантів включає: страх, демонстративність поведінки, агресивність і підозрілість. До їх поведінкових особливостей відносяться також конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками. Крім того, у комбатантів спостерігається: нестійкість психіки, при якій навіть самі незначні втрати або труднощі штовхають людину на самогубство; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з побратимами, що загинули. Для комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів характерні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, безпричинні спалахи гніву, підвищена дратівливість і агресивність, напади страху та тривоги. Також спостерігаються у комбатантів «come back», тобто повторювані яскраві «бойові» сни і нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптовими сплесками емоцій з «поверненням» до психотравмуючої ситуації.

До інших психічних явищ, які проявляються у комбатантів, відносяться такі, як: стан песимізму; відчуття занедбаності; недовіра; втрата сенсу життя; нездатність говорити про війну; відчуття нереальності того, що відбувалося під час бойових дій; невпевненість в своїх силах; відчуття неможливості впливати на хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; потреба мати при собі зброю; тривожність; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; схильність брати участь у небезпечних «пригодах»; ставлення до жінок тільки як до об'єкта задоволення сексуальних потреб; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули побратими, а не сам комбатант.

Риси особистості комбатанта, впливають на процес адаптації його до нових життєвих умов. У поведінці комбатанта, поєднуються способи поведінки, що сформувалися під впливом стрес-факторів бойової обстановки, і колишні (довоєнні) способи поведінки.

Психіка кожної людини по-своєму захищається від екстремальних впливів. Механізмами захисної поведінки можуть

статі: рухова збудливість і активність, агресія, апатія, психічна регресія або ж вживання алкоголю і наркотичних речовин. Російський науковець Л.О. Кітаєв-Смик [1] розробив таку типологію учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості:

- «придуркувати» – схильні до інфантильних вчинків, недоречних жартів, також, як правило, вони недооцінюють реальну загрозу для власного життя;
- «надломлені» – їм притаманні постійне переживання страху, відчуття меншовартості, неврівноваженість, схильність до жорсткості, вони часто прагнуть до усамітнення, вживають алкоголь і наркотики;
- «остервенілі» – які за час бойових дій виробили в собі гіперагресивність, яка є небезпечною і для комбатанта, і для оточуючих, особливо коли в руках у них зброя.

Різноманітні відстрочені реакції на психотравмуючі події війни проявляються в залежності від індивідуальних властивостей комбатантів. Згідно з дослідженнями американського психіатра і культуролога А. Кардінера, це можуть бути фіксація на травмі, типові сни, зниження загального рівня психічної діяльності, дратівливість або вибухові агресивні реакції [5]. Існують кілька точок зору на природу відмінностей посттравматичних стресових реакцій у комбатантів.

М. Горовиць зазначав, що тривалість процесу відповідного реагування на стресову подію обумовлюється значимістю для індивіда інформації, яка пов'язана з цією подією [5].

При сприятливому здійсненні даного процесу він може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після закінчення психотравмуючої ситуації. Це нормальна реакція на стресову подію. При загостренні відповідних реакцій і збереження їх проявів протягом тривалого часу слід говорити про патологізацію процесу відповідного реагування.

У своїх дослідженнях М. Горовиць виділяє чотири фази відповідної реакції на стресові події:

- фаза первинної емоційної реакції;
- фаза «заперечення», виражається в емоційному заціпенінні, придушенні й уникненні думок про те, що трапилося у ситуації, яка нагадує про психотравмуючу подію;
- фаза чергування «заперечення» і «вторгнення» («вторгнення» проявляється у раптово виникаючих спогадах про психотравмуючі події, снах про подію, підвищеному рівні реагування на все, що нагадує психотравмуючу подію);

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

Подолання комбатантом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить не тільки від успішності когнітивної переробки бойового травматичного досвіду, а й від взаємодії трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик комбатантів та особливостей умов, в які військовослужбовець потрапляє після повернення з війни [2].

Характеристиками психотравмуючої події можуть слугувати: ступінь загрози для життя комбатанта; тяжкість втрат; раптовість події; ізолюваність від інших людей в момент події; вплив навколишнього оточення; наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події; моральні конфлікти, пов'язані з подією; пасивна або активна роль комбатанта: чи був він жертвою, чи активно дійовою особою під час події; безпосередні результати впливу даної події [2].

Серед індивідуальних характеристик комбатанта виділяються: ефективність психологічного захисту, рівень розвитку відновлюваної поведінки, психічні відхилення, а також демографічні показники.

Цивільне оточення комбатанта характеризують такі чинники, як: ставлення оточуючих до війни, рівень підтримки, культурні особливості, соціальна допомога.

Ефективна взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду призводить або до зростання психічної напруги у комбатанта, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. У результаті можливі два результати: психічна «рестабілізація» або виникнення посттравматичних стресових розладів [2].

Деякі фахівці вважають, що повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе [3]. Ознаки ПТСР мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час, але і наростати, а також проявлятися раптово на тлі зовнішнього благополуччя. Стан комбатанта можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний успіх, що приводить до різкого поліпшення якості життя військовослужбовця.

Клінічна картина ПТСР зазвичай включає в себе [4]:

- **соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від інших**, включаючи близьких членів сім'ї;

- **порушення сну при ПТСП** характеризується фотографічно точним відтворенням реально пережитих подій, тому даний розлад слід припускати у будь-якої людини, що описує незвично живі або правдоподібні нічні кошмари (комбатанти можуть прокидатися в поту або можливо з криком, нападаючи на тих, хто лежить поруч у ліжку);
- **зловживання алкоголем або наркотиками**, особливо для «зняття гостроти» хворобливих переживань, спогадів або почуттів;
- **високий рівень тривожної напруженості або психологічної нестійкості**;
- **зміни поведінки** – експлозивні спалахи, дратівливість або схильність до фізичного насильства;
- **антисоціальна поведінка або протиправні дії**;
- **депресія, суїцидальні думки або спроби самогубства**;
- **неспецифічні соматичні скарги** (у комбатантів з ПТСП часто спостерігається соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічної м'язової напруги, підвищеної втомлюваності, м'язово-суглобової, головної, артритоподібної болі, виразки шлунка, болю в ділянці серця, респіраторного симптому, коліту).

При розвитку ПТСП у комбатантів характерні такі п'ять фаз:

- 1) початковий вплив;
- 2) опір / заперечення;
- 3) допущення / придушення;
- 4) декомпенсація;
- 5) подолання травми й одужання [4].

Така схема показує, що одужанню передують період декомпенсації. Однак, на думку багатьох авторів, існує значно більша різноманітність відповідних реакцій на психотравматичну подію, положення про існування остаточної фази вирішення не підтверджується практикою, одужання відбувається набагато повільніше, ніж очікується. Тому слід говорити про декілька можливих шляхів розвитку ПТСП.

Один із цих шляхів закінчується адаптивним вирішенням. Інший шлях – дезадаптивним вирішенням ПТСП у вигляді однієї з форм, в основі якої лежать:

- генералізована реакція страху;
- генералізована реакція гніву;
- дисоціація;

- реакція «занурення у себе»;
- використання травми [3].

Концепція дезадаптивного вирішення корисна для розуміння того факту, що комбатанти з хронічним ПТСР не «просто застрягли» між 2-ю і 3-ю фазами. У спробі «дійти згоди з травмою» у них змінюється уявлення про себе і навколишній світ. Особистісні зміни, що спостерігаються у комбатантів з ПТСР, є відображенням досягнутого типу вирішення.

У великої кількості комбатантів тривалий час після бойових дій проявляються виражені первинні симптоми ПТСР. До них відносяться [2]:

1. Повторне переживання травми, яке має кілька форм (для діагнозу ПТСР досить наявності однієї форми).

Найпоширеніший варіант повторного переживання травми – це повторювані нічні кошмари, які в перші 2-4 роки після бойових дій турбують практично всіх комбатантів. Для таких сновидінь характерні почуття самотності в ситуації загрози для життя, безпорадності, постріли і спроба вбивства, переслідування ворогами, відсутність зброї для захисту. Подібні сні нерідко є частиною сновидінь про війну. Найсильніше нічні кошмари турбують комбатантів з наслідками контузії головного мозку. Часто сновидіння супроводжуються різними рухами.

Другий за вираженням проявів варіант повторного переживання травми – це психологічний дистрес, що виникає зазвичай під впливом подій, що символізують травматичне переживання комбатанта або мають схожість з різними його аспектами, включаючи святкування військових річниць. Багато зовнішніх подій є свого роду тригерами, що нагадують бойовий досвід і викликають неприємні асоціації у комбатантів. Ці стимули можуть реактивувати симптоми ПТСР і дистрес.

Періодично виникають спогади про воєнні події (ще одна форма «вторгнення»). Найчастіше спостерігалися печаль з приводу втрати, яка супроводжується гострим емоційним болем, прокрочуванням тих чи інших аспектів психотравматичних подій.

Багатьма дослідниками вважається, що, незважаючи на викликаний дискомфорт, повторне переживання травми має адаптивне значення.

2. Емоційне збіднення, а також уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, є другою важливою клінічною рисою ПТСР. У великої кількості комбатантів спостерігається зниження або втрата інтересу до будь-якої активності, відчуття відгородже-

ності від інших людей, зниження здатності радіти, любити, бути безтурботним, уникнення соціального життя, проблеми у подружніх стосунках. Дружини комбатантів описують їх як холодних, байдужих і недбайливих людей. Також спостерігається невлаштованість особистого життя значної кількості комбатантів: багато хто з них відчуває труднощі при одруженні, серед тих, хто одружився до або відразу після війни, спостерігається велика кількість розлучень.

Комбатантам також властиве відчуття «відсутності завтрашнього дня», що проявляється у вигляді песимізму, уявлення про короткостроковість майбутнього відрізка життя, очікування нещастя в майбутньому.

3. Симптоми підвищеної збудливості. Дані симптоми проявляються перш за все розладами сну, пов'язаними або не пов'язаними з нічними кошмарами. У комбатантів виділяють наступні варіанти порушення сну: інсомнії (порушення засинання, поверхневий сон, ранне пробудження, відсутність відчуття відпочинку після сну); парасомнії (рухові, психічні – у формі нічних кошмарів).

Типовими проявами симптомів підвищеної збудливості при ПТСР є підвищена дратівливість, лють, гнів, схильність до насильства. Також спостерігається виражене зниження стійкості уваги, підвищена обережність і надпильність.

Вторинні симптоми ПТСР, які спостерігаються у комбатантів багато років, проявляються у депресії, тривозі, імпульсивній поведінці, алкоголізмі (токсикоманії), соматичних проблемах, порушенні відчуття часу, порушенні Его-функціонування.

У комбатантів з ознаками ПТСР найбільшу питому вагу мають скарги, пов'язані зі станом серцево-судинної системи. Деяко менше скарг пов'язано з проявом нервового виснаження, також спостерігаються скарги, пов'язані з болями різної етіології і локалізації та скарги на стан шлунково-кишкового тракту.

У науковій літературі описуються типи психічної дезадаптації комбатантів з ПТСР, які виділяються в залежності від їх цілісної поведінкової стратегії, а саме [4]:

- **активно-оборонний** тип (переважно адаптований) – відзначається або адекватною оцінкою тяжкості ПТСР, або тенденцією до його ігнорування, спостерігаються невротичні розлади, а у частини комбатантів цього типу виражено прагнення обстежитися і лікуватися амбулаторно;
- **пасивно-оборонний** тип (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю) – характерні тривожно-депресивні та іпо-

- хондричні тенденції, знижена потреба боротися з ПТСР, нерідко орієнтація на «виграш» від нього, також можна спостерігати психічний дискомфорт, який проявляється у скаргах комбатантів соматичного характеру;
- **деструктивний** тип (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю) – характерно порушення соціального функціонування, спостерігаються внутрішня напруженість, дисфорія, часто відзначаються конфлікти, вибухова поведінка комбатантів, розрядка негативних афектів відбувається через вживання алкоголю та наркотиків, агресивні дії і суїцидальні спроби.

Також науковцями було описано, різноманітні психопатологічні симптомокомплекси, що спостерігаються у комбатантів при ПТСР.

Так при *истеричному* симптомокомплексі спостерігаються підвищена сугестивність і самонавіюваність, прагнення привернути до себе увагу, демонстративний характер поведінки. *Обсесивно-фобічний* симптомокомплекс проявляється почуттями невмотивованої тривоги і страху, нав'язливими спогадами психотравмуючої події. При *астеничному* симптомокомплексі виражені збудливість і дратівливість комбатантів на фоні підвищеної стомлюваності і виснаження, емоційна слабкість, погіршення настрою та образливість. При *депресивному* симптомокомплексі комбатантів характерні погіршення настрою, почуття песимізму. Для *експлозивного* симптомокомплексу характерні підвищена дратівливість, вибуховість, злостивість і агресивність. *Психоорганічний* симптомокомплекс, як правило, розвивається у комбатантів, які перенесли черепно-мозкову травму (порушення пам'яті, астенія, дисфорія, порушення сну, емоційні розлади). Можливі короточасні епізоди дереалізації також спостерігаються деліріозні і онейроїдні розлади [4].

Висновки. Отже, соціально-психологічна дезадаптація комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів є вагомою перепорою на шляху адаптації їх до цивільного життя. При поверненні до мирного життя на вже наявні наслідки впливів психотравмуючих ситуацій нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами, пов'язаними з соціально-психологічною дезадаптацією комбатантів. В учасників бойових дій, як правило, спостерігаються такі дезадаптивні прояви, як: соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від інших; порушення сну; зловживання алкоголем або наркотиками; високий рівень тривожної напруженості або психологічної нестійкості; патологічні

зміни поведінки; антисоціальна поведінка або протиправні дії; депресія, суїцидальні думки або спроби самогубства; неспецифічні соматичні скарги.

Завчасна профілактика та ефективна діагностика з застосуванням видів психологічної допомоги будуть сприяти повній переробці і нейтралізації соціально-психологічної дезадаптації і усуненню віддалених наслідків стресогенних впливів у комбатантів.

Список використаних джерел

1. Китаев-Смык Л.А. Стресс войны: Фронтвые наблюдения врача-психолога / Л.А. Китаев-Смык. – М. : М-во культуры РФ.; Рос. ин-т культурологии, 2001. – 80 с.
2. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А. Осипова. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 315 с.
3. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умов: методичні рекомендації / В.І. Воронова, В.Є. Шевченко, Д.О. Коршевніук, Д.С. Байбаєв, Б.В. Кравченко, С.А. Галкін, І.В. Малько / під ред. Ложкіна Г.В. – К. : Національний університет фізичного виховання і спорту України, 2003. – 145 с.
4. Пушкарев А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева; Под ред. Б.А. Казаковцева. – М.: Издательство Института психотерапии, 2000. – 128 с.
5. Сыропятов О.Г. Техники психотерапии при ПТСР: практическое пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзержинская. – К. : ЛитРес, 2014. – 320 с.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Kitaev-Smyk L.A. Stress vojny: Frontovye nabljudenija vrachapsihologa / L.A. Kitaev-Smyk. – M. : M-vo kul'tury RF; Ros. in-t. kul'turologi, 2001. – 80 s.
2. Osipova A.A. Spravochnik psihologa po rabote v krizisnyh situacijah / A.A. Osipova. – Izd. 2-e. – Rostov n/D. : Feniks, 2006. – 315 s.
3. Psyhologichne suprovodzhennja vijs'kovosluzhbovciv v dijal'nosti za ekstremal'nyh umov: metodychni rekomendacii' / V.I. Voronova, V. Je. Shevchenko, D.O. Korshevnjuk, D.S. Bajbajev, B.V. Kravchenko, S.A. Galkin, I.V. Mal'ko / pid red.

- Lozhkina G.V. – K. : Nacional'nyj universytet fizychnogo vyhovannja i sportu Ukrai'ny, 2003. – 145 s.
4. Pushkarev A.L. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: diagnostika, psihofarmakoterapija, psihoterapija / A.L. Pushkarev, V.A. Domorackij, E.G. Gordeeva; Pod red. B.A. Kazakovceva. – M.: Izdatel'stvo Instituta psihoterapii, 2000. – 128 s.
 5. Syropjatov O.G. Tehniki psihoterapii pri PTSR: prakticheskoe posobie / O.G. Syropjatov, N.A. Dzeruzhinskaja. – K. : LitRes, 2014. – 320 s.

R.P. Popeliushko. Features of social and psychological maladaptation of combatants with remote consequences of stress influences. The article envisages the aspects of social and psychological maladjustment of combatants with remote consequences of stress effects as an actual problem of modern Ukraine.

A great attention of theoreticians and practitioners of our time is given to the improvement of methods and ways of social and psychological adaptation and rehabilitation of combatants. It is revealed that there are not enough quantity of studies that would have full range of socio-psychological maladaptation of combatants with remote consequences of stress influences. It is defined that it is important to attract researchers and practitioners to analyze current approaches and find effective combination of them when providing assistance and rehabilitation on overcoming social and psychological maladaptation of combatants with remote consequences of stress influences.

The clinical model of PTSD is presented, and it includes: social avoidance, distancing and alienation from others, sleep disorders, alcohol abuse or drug abuse, high levels of alarming tension or psychological instability, changes in behavior, antisocial behavior or illegal acts, depression, suicidal thoughts or attempts suicide, nonspecific somatic complaints. The types of psychic maladaptation of combatants with PTSD are also described, they are allocated depending on their holistic behavioral strategies, namely active-defense type, passive-defensive type, destructive type.

Attention is paid to the fact that early prevention and effective diagnosis, using types of psychological assistance will contribute to full processing and neutralization of social and psychological maladaptation and elimination of remote consequences of stress effects on combatants.

Key words: combatant, social and psychological maladjustment, post-traumatic stress disorder, traumatic experience, combat trauma.

Received February 16, 2016

Revised March 20, 2016

Accepted April 28, 2016