

*Стасюк В. В., доктор психологічних наук, професор,  
професор кафедри морально-психологічного  
забезпечення діяльності військ Гуманітарного  
інституту НУОУ (м. Київ)*

## СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*У статті розкриваються сучасні підходи до організації та проведення заходів соціально-психологічної реадaptaції учасників бойових дій (з урахуванням досвіду провідних країн світу).*

*Ключові слова: соціально-психологічна реадaptaція, стрес, бойові дії, екстремальні умови.*

*В статтє раскрываются современные подходы к организации и проведению мероприятий социально-психологической реадaptaции участников боевых действий (с учетом опыта ведущих стран мира).*

*Ключевые слова: социально-психологическая реадaptaция, стресс, боевые действия, экстремальные условия.*

*In the article the modern going open up near organization and leadthrough of measures socially-psychological readaptation of participants of battle actions (taking into account experience of leading countries of the world).*

*Keywords: socially-psychological readaptation, stress, battle actions, extreme conditions.*

Участь великої кількості радянських, українських і російських громадян у збройних конфліктах в Афганістані, Чечні, Іраку й інших бойових подіях, осмислення психологічних наслідків бойових дій американських військовослужбовців у В'єтнамі, ізраїльських у Лівані, англійських на Фолклендських островах, багатонаціональних сил у зоні Перської затоки обумовили посилення уваги військових психологів до проблеми соціально-психологічної реадaptaції. Лише за останні роки опубліковані роботи з цієї тематики Р.А. Абдурахманова, Л. Китаєва-Смика, П.А. Корчемного, А. Кучерова, А. Крохмальова, І. Соловійова, В. Місюри, В.Е. Попова, В.А. Раздубєва, І. Соловійова, С.І. С'єдіна та ін. [1, 2; 6-12].

Як відомо, бойові дії накладають помітний відбиток на перебіг психічної активності і поведінку військовослужбовців. Бойовий стрес, зігравши свою позитивну роль у збереженні цілісності організму й особистості воїна в екстремальних умовах бойової обстановки, виступає причиною наступної дезадaptaції і психотравматизації учасників бойових дій. Власне кажучи, саме стресові трансформації за межами небезпечної ситуації виявляються негативними, дезадaptивними й утворюють головну симптоматику бойових стресових розладів.

М.В. Якушин відзначає, що саме травматичний стрес, що виник під час воєнних дій, є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адaptaції до мирного життя. Травматичний досвід, відбитий у психіці ветерана, тримає його в стані

внутрішньої війни. Після повернення до мирної обстановки ветеран переживає новий стрес, пов'язаний з реадaptaцією. На первинний стрес, отриманий під час війни, накладається вторинний, що виник при поверненні додому. Це стає внутрішньою основою для психічної і соціальної дезадaptaції ветерана в суспільстві.

Певна категорія людей, що страждають психічними розладами, можуть яскраво виявляти ознаки своєї хвороби, а інші переносять страждання мовчки, соромливо ховаючи свої страждання. Почуття "сорому" особливо яскраво виражене у військовослужбовців, що ніколи не припускали, що можуть мати психічні розлади. Саме через це багато військовослужбовців-учасників конфлікту в Перській затоці відмовилися брати участь у дослідженні "синдрому війни в Перській затоці", а деякі звернулися за психіатричною допомогою в конфіденційному порядку.

В.В. Знаков [5], досліджуючи причини великих обсягів посттравматичних стресових розладів (ПТСР) серед радянських військ, що воювали в Афганістані, і американських ветеранів в'єтнамської війни, відзначає, що тут чимале значення має вік їх учасників. Середній вік учасників світових воєн дещо перевищує 25 років, тоді як "типичним" бійцем локальних воєнних конфліктів (з "сильної" сторони) виступає 19-літній юнак, тобто ще такий, що не встиг сформуватися як особистість, не має необхідного життєвого досвіду і перебуває на стадії гострого психологічного переходу. Переважна більшість юнаків не встигли опанувати професію, не одержали трудового

загартування, досвіду колективної діяльності тощо. Вони йшли “на війну” майже дітьми, а поверталися значно дорослішими, ніж їхні однолітки, що не одержали бойового досвіду.

На період участі в локальному воєнному конфлікті в основній масі солдатів і сержантів приходиться один з найважливіших етапів особистісного розвитку і психічних трансформацій. І ці трансформації відбуваються в обстановці екстремальної діяльності, у відповідь на її стимули, перебудовуючи всю систему ціннісних орієнтацій, рис характеру і темпераменту, способів соціальної взаємодії людини у відповідності до вимог бойових умов.

У цілому ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади (ПТСР) складають від 10 до 50 % усіх медичних наслідків бойових подій. Ними донині страждають 29-45% ветеранів Другої світової війни, 25-30 % американських ветеранів в’єтнамської війни. Серед осіб, що одержали поранення, ПТСР досягають 42 %.

Так, в одному з мотострілецьких полків, що брали участь у бойових діях у Чечні, у 67 % обстежених воїнів відзначалися симптоми психотравматизації різного ступеня. Близько 80 % поранених і 30 % хворих ветеранів чеченського конфлікту, що знаходилися на лікуванні в госпіталях ПриВО, пережили симптоматику посттравматичних стресових розладів фобії, нічних кошмарів, нав’язливості, зниження тону та ін.

За оцінками П.А. Корчемного [8], протягом найближчих півтора років більш 10000 учасників бойових дій у Чечні будуть мати проблеми з психікою. За прогнозами інших фахівців, посттравматичні прояви зберуться протягом тривалого часу в 25 % осіб з цієї категорії. Все це говорить про те, що необхідний спеціальний, тривалий, організований період переходу психіки військовослужбовців з воєнного часу на мирний режим функціонування, поступового їх включення у систему соціальних стосунків мирного часу, тобто період *соціально-психологічної реадaptaції*. Власне кажучи, мова йде про безкризову деактуалізацію психологічного потенціалу, необхідного для виживання й ефективних бойових дій.

З огляду на структуру психологічного потенціалу, технологія проведення соціально-психологічної реадaptaції припускає послідовне здійснення ряду заходів як з ветеранами, так і з їх безпосереднім соціальним оточенням. Технологічна схема цієї діяльності залежить від причин виникнення потреби в реадaptaції (закінчення бойових дій, ротація військового підрозділу, індивідуальна заміна військовослужбовця).

Практика свідчить про те, що за сприятливих умов виведення військ з бойових дій необхідно до їхнього повернення в умови мирної обстановки організувати спеціальний період життєдіяльності частин і підрозділів, своєрідний “психологічний карантин” (“психологічну дезінфекцію”), який належить до заходів соціально-психологічного забезпечення, що здійснюються на тактичному (у з’єднаннях) й оперативному (у тилових районах угруповання військ) рівнях. Так, у ході воєнного конфлікту в Чечні пункти психологічного розвантаження і реабілітації найчастіше створювалися в пунктах постійної дислокації частин, тоді як психологи і фахівці медичної служби знаходилися в зоні бойових дій. Це спонукало органи виховної роботи, наприклад ПриВО, здійснювати маневри силами і засобами соціально-психологічного забезпечення, створювати територіальні пункти допомоги. Ефективність їх роботи, в цілому, була досить високою. На реабілітаційних пунктах, що функціонували в ПриВО, у 97 % учасників боїв відмічено купірування симптомів посттравматичних розладів.

На користь цього свідчить порівняння психологічних наслідків Другої світової війни і бойових дій у В’єтнамі для американських військовослужбовців. Після Другої світової війни шлях солдата додому був неблизький. Протягом декількох днів на борту корабля солдати “виливали” один одному душу, ділилися болем про загиблих товаришів із вдячними слухачами – однополчанами, земляками. Вдома їх зустрічали як героїв, приділяли велику увагу. Все це сприяло зняттю бойової напруги, заспокоєнню, швидкій адаптації до мирних умов життя. Після В’єтнаму деякі воїни вже через кілька годин, вийшовши з чергового бою, опинялися в мирній, але

психологічно ворожій обстановці. Як наслідок, з 1500000 солдатів, що повернулися з в'єтнамської війни, 500000 страждали ПТСР [3]. Існує також думка, що американські резервісти так дуже психічно постраждали в зоні Перської затоки саме тому, що вони були досить швидко звільнені й у них не вистачило часу для того, щоб поділитися своїми відчуттями з товаришами по зброї і відійти від стресу бойових дій.

Метою діяльності командирів, заступників з виховної роботи, військових психологів і медиків на етапі “карантину” є задоволення природних потреб учасників бойових подій у розумінні, визнанні, престижі, зняття психічної напруженості і психологічна підготовка їх до мирних умов життєдіяльності. Інакше кажучи, необхідно, з одного боку, не допустити вторинної психотравматизації учасників бойових дій при зіткненні з обставинами мирного життя, а з іншого – не допустити зв'язаних з цим ексцесів у суспільстві.

Як показує практика реабілітаційної роботи з військовослужбовцями, що брали участь у бойових діях у збройних конфліктах в Афганістані, Чечні та Іраку, американськими комбатантами, що воювали у В'єтнамі й у зоні Перської затоки, на етапі “психологічного карантину” доцільно проводити такі заходи.

*По-перше*, треба здійснити ретельний розбір бойових дій особового складу, у ході якого позитивно оцінити внесок кожного у виконання бойових завдань підрозділу, частини.

Фахівці рекомендують як психотерапевтичний засіб, що дозволяє структурувати позитивно когнітивну організацію ветеранів війни, метод “критичного обговорення результатів бойових операцій”, реалізований відразу після закінчення бойових дій. Таке обговорення організується командиром підрозділу без участі психіатрів, у тісному колі товаришів по службі. Його мета – допомогти військовослужбовцям розкрити почуття і полегшити душу. Крім цього, вважається за необхідне надати кожному учаснику бойових дій можливість один на один поговорити з психологом, психіатром чи священником.

Якщо в бойових діях брали участь збірні підрозділи і військовослужбовці мають повертатися в різні військові частини, необхідно докласти максимальних зусиль

для їх всебічного заохочення. Бойові нагороди, посвідчення учасників бойових дій, письмові подяки, листи вдячності рідним і близьким, грамоти, фотографії разом з керівництвом частин і героями бойових подій, альбоми для фотографій із символікою бойових частин тощо бажано видати і направити саме в цей період. Досвід свідчить про те, що в пунктах постійної дислокації це буде мати інший ефект, тому що не всі зрозуміють “ціну” нагороди. До того ж тривале чекання на неї знизить ефект визнання заслуг військовослужбовця.

У процесі “карантину” доцільно організувати зустрічі військовослужбовців з тими політиками, представниками трудових колективів, рідними і близькими, діячами мистецтва і культури, що здатні зміцнити упевненість воїнів у високій соціальній значимості їхньої бойової діяльності. Паралельно слід проводити тимчасову селекцію періодичних видань, що надходять, а також радіо- і телепередач. “Негативна” інформація про бойові події до військовослужбовців повинна надходити поступово, з подальшим зростанням.

*По-друге*, протягом періоду реадaptaції військовослужбовці повинні бути включені в динамічну, ненудну і нескладну діяльність (бойове навчання, робота з обслуговування бойової техніки і зброї, підготовка однострою, спорядження, фотоальбомів, написання листів, культурно-масові і спортивні заходи). Досвід свідчить, якщо не залучити людей у цей період до праці – значить, багато в чому сприяти розвитку індивідуальних і негативних групових переживань, станів і провин, пияцтва, наркоманії та ін.

Малорухомі заходи (шикування, огляди) повинні бути зведені до мінімуму. Необхідно організувати чітке несення служби, виконання розпорядку дня – раціонального ритму навчання, служби, відпочинку, сну, суворий контроль за військовослужбовцями. Сьогодні добре відомо, що це значно краще можуть зробити ті офіцери, що брали участь у боях. І якщо військовослужбовців не повернути до статутного порядку в ході “карантину”, то в місцях їх постійної служби зробити це буде набагато складніше. Тому організаційна структура підрозділів, виведених з бойових дій, повинна зберігатися до повного виконання необхідних реадaptaційних заходів.

*По-третє*, необхідна організація спеціальної психологічної підготовки до життя і діяльності в мирних умовах, яка повинна включати лекції, бесіди, індивідуальні консультації, групові заняття з розбору можливих ситуацій спілкування з “мирними” людьми, роз’яснення негативних наслідків агресивної поведінки стосовно них, вироблення ефективних стратегій поведінки в складних соціальних ситуаціях, навчання воїнів способам розрядки негативних емоційних станів і ін.

*По-четверте*, досвід російських військових психологів свідчить про те, що необхідно здійснювати реадaptaцію військовослужбовців, які повертаються з Чечні. Слід ретельно й оперативно виявляти військовослужбовців, що одержали бойові психічні травми, і надавати їм психологічну допомогу. При цьому особливо важливо забезпечити конфіденційність інформації про психотравматизацію того чи іншого воїна. В іншому випадку не виключається прояв ефекту “психіатричної стигматизації”, а на її основі – психіатризації самосвідомості військовослужбовця.

З метою зняття психічної напруги в особового складу в закордонних арміях організується робота польових лазень, кафе, буфетів, магазинів з якісними продуктами, напоями, сигаретами й іншими товарами, культурно-масові заходи. Практика реадaptaційної роботи в арміях США, Франції, Німеччини показує, що позитивно позначається на психічному стані військовослужбовців надання їм можливості зв’язатися по телефону з рідними і близькими, послати додому телеграму, листа, сфотографуватися разом з бойовими товаришами.

Не менш складна робота із соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, що повертаються з районів боїв, має бути в місцях їх постійної служби і проживання. Тут повинно бути створене відповідне реадaptaційне середовище.

Незалежно від того, повернувся солдат додому переможцем чи переможеним, його повинні гідно зустріти країна, товариші по службі, члени родини, знайомі. Позитивний досвід такої роботи накопичений у російських частинах Сибірського і Приволзького військових округів. Тут вважалося за норму те, що з кожним військовослужбовцем, який повернувся з

Чечні, зустрілися командир, заступник з виховної роботи, психолог, вислухали його прохання і пропозиції, оцінили психічне здоров’я, надали емоційну підтримку. Ветерани бойових дій були представлені особовому складу частини на їх загальних урочистих зборах чи шиківанні, спеціально організованій зустрічі, вечорі вшанування тощо. Поступовому зняттю високої психічної напруги, стимульованої бойовим стресом, слугувало залучення учасників бойових подій до активної суспільної роботи (виступи з доповідями і бесіди перед товаришами по службі, членами їх родин, учнями шкіл, робітниками підприємств та ін.). Це дозволило активно задіяти такий ефективний психотерапевтичний засіб, як *можливість виговоритися*.

З практики реадaptaційної роботи з учасниками бойових дій відомо, що їх швидкому психологічному поверненню в систему соціальних зв’язків і відносин мирного часу значною мірою сприяє позитивна морально-психологічна обстановка в родині. Військові психологи і соціальні працівники США розробили спеціальні рекомендації членам родин військовослужбовців, що повертаються з війни, а саме: надавати ветерану (родичу) можливість висловитися, уважно вислухати його, виявляти інтерес і терпіння до його проблем, надавати всіляку психологічну підтримку, створювати сприятливу інтимну обстановку, не допускати вживання ним алкоголю, наркотиків та ін.

Командири, офіцери органів з виховної та соціально-психологічної роботи, відповідальні посадові особи органів державної влади повинні розуміти, що соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій – це найважливіше загальнодержавне завдання, ігнорування якого веде до крайньої негативних наслідків. Так, за даними дослідження американських ветеранів війни у В’єтнамі, що було проведено у 1988 р., у 15,2 % з них спостерігалися виражені ПТСР, а ще в 11,1 % відзначалися окремі симптоми таких розладів. Серед цих осіб у 5 разів зростав ризик залишитися безробітними, близько 70 % з них хоча б один раз розлучилися, у 35 % відзначені батьківські проблеми, у 47,3 % – крайні форми ізоляції від людей, у 40 % – виражена ворожість до оточуючих. 36,8 % представників цієї соціальної групи здійснює більше 6 актів насильства на рік,

50 % були арештовані і поміщені у в'язницю (у тому числі 34,2 % – більше одного разу) [4]. Менш драматична, але дуже схожа картина спостерігається в соціальному функціонуванні ветеранів воєнних конфліктів у Росії та Україні.

Зі сказаного випливає, що реадаптаційні заходи не можуть носити характер короткочасної й інтенсивної кампанії. Їх потрібно здійснювати за типом соціально-психологічного моніторингу, безупинного відстеження соціально-психологічного стану і психічного здоров'я ветеранів. Цього можна досягти лише в тому випадку, якщо в країні буде створена цілісна система соціально-психологічної реадаптації ветеранів воєнних подій. Ця система, за оцінками фахівців, повинна включати: відповідне правове обґрунтування; матеріально-технічну базу соціально-психологічної реабілітації; спеціально підготовлені кадри; напрацьовані традиції такої діяльності.

Наприклад, у США нині нараховується більше 200 центрів медико-психологічної реабілітації, розташованих у різних штатах. У Росії на даний час подібні центри є в Підмосков'ї – “Русь”, поблизу Іркутська – “Байкал”, у Ростові-на-Дону й у Зеленограді. Загальні можливості, що є у ЗС РФ, щодо надання соціально-психологічної допомоги, реабілітації, психологічного консультування, психологічного розвантаження військовослужбовців складають: 4 центри психологічної допомоги, 3 реабілітаційних центри, 7 методичних центрів, 24 реабілітаційних пунктів, 48 пунктів психологічного консультування і 119 кімнат психологічного розвантаження. Однак слабка матеріальна база, відсутність необхідних фахівців істотно знижують ефективність використання наявної бази. Тому, саме з огляду на державну значимість проблеми соціально-психологічної реадаптації, необхідно створювати комплексну систему цієї діяльності в масштабі держави.

У Збройних Силах України питання щодо відкриття центру соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у збройних конфліктах та миротворчих операціях, на даний час відсутні. Санаторії Міністерства оборони України, які займалися реабілітаційними заходами учасників бойових дій передані в інші

відомства, а їх функції покладено на військові шпиталі. Нагальна потреба у розв'язанні даної проблеми потребує вирішення на рівні Кабінету Міністрів України.

Військові вчені і практики вважають доцільною *трирівневу систему соціально-психологічної реадаптації ветеранів бойових дій*. Її *перший рівень* базується на можливостях, що є в розпорядженні органів гуманітарної політики, військово-медичної служби, військово-лікарських комісій і структур професійно-психологічного добору військових комісаріатів. *Другий рівень* включає військові санаторії, будинки відпочинку, туристичні бази, реабілітаційні центри ветеранських організацій. *Третій рівень* повинні складати державні і недержавні реабілітаційні центри. Світовий досвід переконливо свідчить про те, що кількість і пропускна здатність реабілітаційних центрів повинні забезпечувати перебування в них кожного ветерана протягом 11 тижнів, у тому числі з членами їхніх сімей (дружини і дітей). Саме така система дозволить цілеспрямовано піклуватися про збереження психічного і фізичного здоров'я військовослужбовців, забезпечить профілактику ПТСР, і як наслідок, буде сприяти підтримці готовності особового складу до виконання завдань у будь-яких обставинах.

Проте виникають доречні питання, як адаптувати військовослужбовців, що мають негативні прояви психічних станів, до умов повсякденної служби.

Для корекції екстремальних психічних станів може бути використаний широкий арсенал методів саморегуляції і зовнішнього впливу. Нова функціональна система повинна придушувати або принаймні зменшити ту центрально-периферичну інтеграцію, що мала домінуюче значення на попередньому етапі. Разом з тим вона повинна підтримувати своє домінуюче положення й усувати можливі конкурентні впливи. Можна вважати, що в цей момент найбільш раціонально використовуються всі функціональні можливості військовослужбовця для досягнення запланованого результату. Природно, що в міру наближення до функціонального оптимуму поліпшується і психічний стан. Цього можна домогтися за допомогою спеціального навіювання ззовні

(гетерорегуляції) або самовпливу (ауторегуляції).

Найбільш ефективна соціально-психологічна допомога при таких станах, як пролонгована втома (перевтома), надмірна нервово-психічна напруга (дистрес), фрустрація. Надзвичайно важливо, щоб при усуненні небажаних проявів стану водночас стимулювалися позитивні моменти. Наприклад, при зниженні непотрібної надмірної напруги треба обов'язково зберегти робочий настрій і рівень дієздатності. У зв'язку з цим, тактика психорегуляції має значення свого роду генерального напрямку, в рамках якого в кожному конкретному випадку фахівець зобов'язаний вміти вирішувати оперативні завдання, спрямовані на відновлення працездатності, емоційного стану.

В основі формування втоми лежить автономна функціональна система, основним призначенням якої є реалізація відновних трофотропних процесів. Природно, що на якомусь етапі діяльності процеси, що здійснюються одночасно з ерготропними процесами, виявляються неефективними. Порушення гомеостазу при цьому стають все більше відбитими. Суб'єктивним віддзеркаленням цих процесів є почуття втоми. Існує багато психологічних чинників, здатних знизити чи, навпаки, загострити почуття. Так, наприклад, монотонна діяльність і стан монотонії посилюють відчуття втоми, привнесення ж деякої різноманітності в діяльність певною мірою усуває їх. Зняти відчуття перевтоми можна і за допомогою різноманітних засобів, що підвищують настрій, викликають позитивні емоції. Важливим фактором, який впливає на профілактику станів втоми, є раціональний режим праці та відпочинку, фізіологічно обґрунтований з урахуванням специфіки динаміки працездатності в перебігу дня, тижня, місяця.

Разом з тим, через цілий ряд факторів не завжди відбувається повноцінне відновлення дієздатності.

Процес розвитку втоми суб'єктивно характеризується спочатку млявістю, сонливістю, апатією, зниженням інтересу до праці. На другій стадії акумуляції втоми розвивається підвищена збудливість, спостерігається швидка зміна настрою. У жінок дуже легко виникають спалахи гніву, який супроводжується плачем інколи без видимих причин. Це пояснюється тим, що

перевтома і пов'язані з її розвитком невротичні стани зумовлюють надмірну чутливість до факторів, що, звичайно, сприймаються як нейтральні чи незначні. Звідси випадки невинуватих (з позицій здорового глузду) гніву, образливості, пригніченості, що супроводжується швидкими змінами настрою. Подолання втоми і робота на тлі явищ акумуляції цього стану призводять до зростання нервово-емоційної напруги. На останній стадії розвитку пролонгованої втоми (нерідко її називають неврозом перевтоми) спостерігається комплекс яскравих невротичних явищ: нестійкий настрій, порушення сну, низька дієздатність, виявлені апатія і байдужість, різні функціональні розлади (головний біль, біль в серці, вегето-судинна дистонія, дискінезія шлунково-кишкової системи). Тому ця стадія супроводжується збільшенням захворюваності та травматизму, що, в цілому, впливає з логіки розвитку цього стану.

При психокорекції в період перевтоми повинні бути знижені не тільки фізичні, але й психічні навантаження. Разом з тим, надзвичайно корисні всі види психорегуляції, побудовані на відволіканні. Йдеться про раціональне використання можливостей літератури, музики, живопису, кіно, театру. Надзвичайно корисними можуть бути гіпносуґестивні засоби, що застосовуються з метою відновлення дієздатності. В першу чергу, основну увагу треба приділяти навіванню спокою, розслаблення і відпочинку. Тривалість відпочинку необхідно збільшити до 60 хв. При цьому добре, якщо навіяний сон переходить в природний. Акцент треба робити на фазі розслаблення. Але зважаючи на те, що в стані втоми психічна дієздатність знижена, процес гіпнотизації може бути ускладнений. Військовослужбовці погано сприймають слова і голос психолога, недостатньо концентрують увагу на сенсі фраз. Тому часто застосовується фракційний засіб. При цьому слідом за проведенням формули навівання через 1-2 хв. спокою військовослужбовців виводять з цього стану, потім знов вводять в транс. Використання різноманітних засобів і, в першу чергу, аромотерапії значно полегшує процес розслаблення і розвитку трансу (стану зміненої свідомості). Разом з тим необхідно враховувати, що при перевтомі у них може

з'явитися надмірна чутливість до запахів. У таких випадках слід застосовувати більш низькі концентрації чи підбирати композиції ефірних масел індивідуально.

Самонавіювання спокою, розслаблення і сну надзвичайно важливе у вечірні години, особливо якщо процес засипання ускладнений. Разом з тим оскільки автогенних засобів недостатньо і на цьому етапі пацієнт неефективно регулює свій стан, то необхідно використовувати гетерорегуляцію або апаратні методи з переведенням нав'язного сну в природний. Дуже корисно використовувати відео- та магнітофонні записи, які імітують шум дощу, морського прибою тощо.

*Психорегуляція надмірної нервово-психічної напруги.* Вплив емоцій на підвищення загального рівня активності має позитивний адаптаційний ефект в тих випадках, коли вони знаходяться під контролем свідомості та підтримують позитивний психічний тонус. Інша картина спостерігається, коли емоційна напруга зростає вище середнього рівня і не управляється свідомо. Це один з проявів емоційного стресу. Інший аспект емоційного стресу і пов'язаної з цим нервово-психічної напруги виникає у разі зниження дієздатності, коли військовослужбовець повинен вольовим зусиллям подолати зростаючу втому. Суб'єктивною ознакою емоційного стресу є напруженість та труднощі у реалізації інтеграційних функцій, які свідчать про розбалансування на різних рівнях адаптаційного процесу. Тривога – це відчуття невизначеної загрози. Тривога у збереженні психічного здоров'я відіграє ту саму роль, що й біль у збереженні здоров'я фізичного, тобто виконує захисну функцію. Зростання тривоги призводить до зростання мотиваційного напруження та підвищення інтенсивності пошуку, який зорієнтовано на адаптацію до оточуючого середовища. Є декілька ступенів розвитку тривоги : напруженість; підвищена чутливість до зовнішніх стимулів, надмірна подразливість (так звані гіперстезичні реакції); тривога як така (відчуття загрози, неявної небезпеки); страх.

Вибір засобів психорегуляції диктується, в першу чергу, причиною розвитку надмірної нервово-психічної напруги. Емоційний стрес як феномен може виникати лише при таких впливах, які мотиваційно значущі для індивіда. Стрес-

толерантність, таким чином, може бути вихована зниженням мотиваційної значущості стимулів. Важливо підкреслити, що в кожному конкретному випадку шукати індивідуально значущі шляхи зняття надмірного емоційного напруження, а також створення нового осередку збудження, яке грає роль фактора, що відволікає. Для зняття емоційної напруги ці прийоми можуть бути використані в комбінації з різноманітними фізичними вправами, що допомагають створити краще гормональне тло настрою за рахунок спеціальних м'язових відчуттів, викликати відчуття психофізіологічної розрядки і загального полегшення, яке після цього підкріплюється спеціальними прийомами психічного захисту. Якщо в стані неспання не вдається знизити напруження, то слід використовувати гіпноугестивні методи. Хороший ефект дає і в цьому випадку застосування ароматерапії, в першу чергу, седативних сумішей ефірних масел. Достатньо ефективними можуть бути при цьому методи саморегуляції, які організуються у вигляді пауз (7-10 хв.).

Завдання ускладнюються в тих випадках, коли надмірна емоційна напруга виникає безпосередньо в ході виконання роботи. З метою саморегуляції в такі моменти розроблені спеціальні дихальні вправи, а також вправи послідовного відчуття тепла, відчуття легкої, "вільної від думок голови". Пам'ятаючи, як важливо утримати на належному рівні психічну дієздатність, треба систематично протягом робочого дня робити ці вправи. Економія своєї психічної енергії відбувається за рахунок використання цілком визначених способів саморегуляції, наприклад, контролю за напруженням м'язів рук, м'язів шиї і спини. Ці дії виконують роль фактора, який відволікає, та допомагають оперативно зняти надмірну напругу, яка заважає реалізації основної діяльності.

*Соціально-психологічна допомога в стані фрустрації.* При тривалих внутрішньо-особистісних конфліктах розвивається специфічний стан фрустрації – негативний психічний стан, обумовлений процесом блокування актуальних потреб, пов'язаний переважно з розвитком таких факторів, як пригноблення, поразка, невдачі у сім'ї. Треба звернути увагу, що викликати фрустрацію може (за К. Левіним) і часта зміна видів діяльності. Стан фрустрації суб'єктивно переживається як напруга,

тривожність, пригніченість, пасивність, ненависть до фрустратора, відчай. Ефективність діяльності при цьому суттєво знижується. Супроводжуючись негативними емоціями, фрустрація може поєднуватися із станом втоми і надмірною нервово-психічною напругою, але може виступати і як самостійний феномен. Фрустрацію слід відрізнити від емоційного стресу, разом з тим, між цими поняттями є і деякий паралелізм. Фрустрація може спровокувати розвиток емоційного стресу, викликати стійкі явища неспецифічної нервової напруги з наступним розвитком невротичних явищ або явищ, які викликають ті чи інші порушення адаптації організму. Стани перевтоми або дистресу, у свою чергу, продовжують розвиток фрустрації.

При фрустрації вплив має бути енергійним, що дозволяє особі повірити в себе, свої сили, налаштуватися на активні дії. Імперативний, впевнений голос психолога покликаний “переломити” залишки сумнівів і невпевненості, підпорядкувати поведінку конкретній цільовій установці. В ряді випадків ефективним може бути спосіб “репортажу”, коли військовослужбовець багато разів переходить від стану спокою і розслаблення до ідеомоторної співучасті в конкретних ситуаціях, які для нього можуть бути достатньо емоційними. У цьому випадку доцільні будь-які форми навіювання. Можна використовувати, на відміну від станів втоми і надмірної нервово-психічної напруги, навіювання імперативного типу: “Іди”, “Борись”, “Вперед”. Домінуюче значення такого наказу буде тим впливовішим, чим більш контрастні формули гіпноугестивного навіювання. У трансі усувається занадто сильна реакція на невдачу і проводиться навіювання стану певності в собі. Ситуація при цьому спеціально спрощується, раціоналізується. В стані фрустрації можуть бути використані ароматерапія, з якою корисно поєднати тренінг щодо застосування різних механізмів психічного захисту, найчастіше побудованих на принципах раціоналізації чи заміщення, або способи кататимно-імагінативної психотерапії. Але психорегуляція при фрустрації – це лише загальна тенденція в надзвичайно складному процесі формування оптимального психічного стану, в якому може повніше реалізуватися особистість.

*Способи соціально-психологічної допомоги.* Заохочення робочої мотивації може бути побудоване на різних принципах. Разом з тим, не можна забувати як про значення стану дієздатності взагалі, так і психічної дієздатності в тому числі. Зниження останньої завжди негативно впливає на рівень мотиваційного збудження. Тому дуже важливе раціональне поєднання засобів контролю функціонального стану, проведення цілеспрямованих заходів щодо відновлення психічної дієздатності і, нарешті, використання різноманітних гетеро- й авто-регулюючих способів. Особливу роль відіграють засоби психорегуляції у тих випадках, коли треба оптимізувати процес навчання чи процес корекції будь-яких помилкових дій, що закріпилися. Окрім засобів гетерорегуляції, спрямованих на створення, наприклад, ефекту постгіпнотичної пам'яті, коли військовослужбовець підсвідомо виконує навіювання, надзвичайно ефективними можуть бути ідеомоторні тренування.

Поширеними є словесні методи, в результаті застосування яких людина входить в транс. І.П. Павлов розглядав гіпнотичний вплив як вплив, під дією якого розвивається виражене гальмування в центральній нервовій системі і зберігається ізольована ділянка мозку, за допомогою якої здійснюється контакт (рапорт) між психологом і пацієнтом у процесі навіювання спокою, важкості та тепла у тілі, а після цього і сну. Можна спостерігати розвиток особливих фазових станів. Спочатку з'являється порівняльна фаза – людина перестає диференціювати різні за гучністю звуки. У подальшому настає парадоксальна фаза, коли тихі звуки сприймаються як голосні і навпаки. У наступній ультрапарадоксальній фазі гучні звуки можуть взагалі не сприйматися. Прояви цих фазових станів свідчать про порушення закону силових відношень – чим голосніше звук, тим більший нервовий резонанс. Так, виходячи з положень теорії функціональних систем, навіювання ззовні найбільш успішно відбувається у тих випадках, коли в процесі аферентного синтезу максимально усунуто критику сприйнятої інформації. Суб'єкт виконує всі команди, не контролюючи їх зміст, при цьому активно формулюються необхідні подання і їх емоційно-чутливі переживання. Однак це не пасивний процес, а стан максимального домінування



особливої функціональної системи, в основі якої лежать явища, пов'язані з активним розслабленням м'язів, зняттям нервової напруги підвищеною концентрацією уваги до сигналів, що ідуть від особи, яка виконує навіювання. Це може бути стан, коли, незважаючи на зовнішню бездіяльність і повний спокій, військовослужбовець може активно засвоювати інформацію, що навіюється: на центрально-мозковому рівні тренувати становлення того чи іншого навичку, переборюючи свій страх, невпевненість; навчатися краще управляти собою, при цьому зростає активність відновлювальної (трофотропної) системи. Прояв фазових станів є наслідком складних перебудов, які відбуваються в цей час в організмі. Інші механізми лежать в основі так званих гіпнотичних фаз. Справа в тому, що в міру занурення в сноподібний стан можуть розвиватися фази загального розслаблення (або сомваленції), каталепсії і, врешті, сомнабулічності. Ці фази можуть спостерігатися тоді, коли потрібна функціональна система вже сформувалася. Іде активний процес підпорядкування діяльності організму новій домінуючій центрально-периферичній інтеграції. При цьому в стадії сомваленції найбільш відбите загальне розслаблення, що порівняно легко досягається і шляхом трансу, і шляхом самонавіювання. Людина розслаблена, однак свідомість її чітко фіксує все, що відбувається, й існує можливість переключитися від спокою до того чи іншого виду активності.

Каталепсична і сомнабулічна стадії виявляються лише при гіпнозі, коли з'являється особливий стан контакту між тим, хто проводить навіювання та об'єктом цієї процедури (як правило, в клінічній практиці для розв'язання психотерапевтичних завдань). Розглядаючи механізми ідеомоторних тренувань, відзначимо, що для виконання дій і для навчання рухових навичок необхідні такі фактори:

1) наявність програми дій, що у різноманітних осіб може бути усвідомлена по-різному;

2) наявність рухових програм або центральних іннерваційних патернів різного ступеня інтеграції;

3) наявність зворотної аферентації про результати дій, що зумовлює необхідну корекцію.

При ідеомоторному тренуванні можна активно використовувати перші два чинники. Крім того, для виконання ідеомоторного тренування необхідний особливий стан, в якому найбільш ефективно будуть реалізовуватися всі елементи конкретної дії або серія техніко-технічних дій. Це впливає з теорії функціональних систем, згідно з якою вже на стадії аферентного синтезу відбувається аналітико-синтетична діяльність з прийняттям рішення за участю мотивації, апарату пам'яті, обстановочної і пускової аферентації. Крім того, в цьому складному процесі не може не брати участь система емоцій, що створює відповідне тло всьому, що діється. В подальшому й емоційний статус і загальний рівень нервової активації є обов'язковим компонентом і важливим чинником досягнення наміченого результату.

У плані психорегуляції для проведення ідеомоторного тренування необхідні всі умови, про які вже говорилося: максимальне домінування даної діяльності, відсутність конфліктних впливів з боку зовнішніх і внутрішніх стимулів і мотивів. Разом з тим, для того, щоб уявна центрально-мозкова інтеграція, яка тренується, могла набути стійкого характеру, необхідно її обов'язкове реальне рухове підкріплення. Якщо ні, то формування рефлексорних тимчасових зв'язків буде ускладнене. Підводячи підсумок сказаному, можна вважати, що в основі механізмів психорегуляції відносно до інтегративної діяльності військовослужбовця лежать такі психофізіологічні механізми:

– усунення інерційної і, як правило, неактуальної для даного моменту функціональної системи, непотрібних емоційних переживань та негативних психічних станів;

– оптимізація формування необхідного рівня домінування актуальної для даної психотерапевтичної ситуації функціональної системи;

– забезпечення такого психічного стану військовослужбовця, при якому найбільш повно реалізуються його фізичні та психічні можливості;

– оптимізація закріплення в центральній нервовій системі конкретних умовно-часових зв'язків і центрально-периферичних відношень.

## Питання психології

Засоби психорегуляції можуть бути класифіковані за декількома принципами: за засобами впливу вони поділяються на засоби впливу ззовні і засоби самовпливу (ауторегуляція); за змістом – на вербальні, які реалізуються шляхом слів, і невербальні, які, у свою чергу, поділяються на апаратурні та безапаратурні. Природно, що кожна з виділених класифікаційних груп має ще додаткову градацію.

При цьому необхідно ще раз підкреслити, що, незважаючи на деяку зовнішню подібність засобів психорегуляції і психотерапії, між ними існує принципова відмінність. Психотерапевтичні методи спрямовані на лікування хворих людей, а

засоби психорегуляції призначені, у першу чергу, для створення оптимальних психічних станів, що дозволять військовослужбовцю краще реалізувати свої можливості.

Таким чином, соціально-психологічна реадaptaція ветеранів полягає в плавному, безкризовому переході психіки воїнів з воєнного на мирний режим функціонування, включенні їх у систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя, у профілактиці розвитку в них ПТСР. Це – найважливіша складова соціально-психологічного забезпечення бойових дій військ у локальних воєнних конфліктах.

## Література

- 1.Абдурахманов Р.А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане: Дис. ... канд. психол. наук. / Абдурахманов Р.А. – М., 1994. – 257 с.
- 2.Абдурахманов Р.А. Стрессовые состояния в боевой обстановке и их психологические последствия/ Р.А. Абдурахманов // Мир психологии. – 1998. – № 2. – С. 86-88.
- 3.Габриэль Р.А. Героев больше нет. Умственные расстройства и проблемы военной психиатрии в условиях войны / Р.А. Габриэль; [пер. з англ.]. – Нью-Йорк : Хилли Вонг, 1986 – 250 с.
4. Ди Джовани К. мл. Человеческий фактор в боевых операциях: поддержание боевого духа и сокращение психических жертв / К Ди Джовани мл.; [пер. з англ.]. – М.: Военный университет, 1997.– 320 с.
- 5.Знаков В.В. Письмо в редакцию / В.В. Знаков // Психологический журнал. – 1990. – № 5. – С. 164-165.
- 6.Каширин В. Психологический настрой, как его оценить /В. Каширин // Армия. – 1994. – № 4. – С. 40-45.
- 7.Китаев-Смык Л. Возвращенцы / Л. Китаев-Смык // Московский комсомолец. – 1996. – № 150. – С. 2-3.
- 8.Корчемный П. Из боя так просто не выйдешь / П. Корчемный // Независимое военное обозрение – 1997. – № 6. – С. 10-15.
- 9.Кучер А. Солдат вернулся с войны /А. Кучер, А. Крохмалев, В. Мисюра, И. Соловьев // Ориентир. – 1996. – № 12. – С. 17-24.
- 10.Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремального воздействия (На материалах землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане): Дис. ... канд. психол. наук. / Попов В.Е. – М., 1992.- 245 с.
- 11.Раздубев В.А. Спасите “выгоревшие души” / В.А. Раздубев // Ориентир. – 1996. – № 11. – С. 10-15.
- 12.Соловьев И.В. Методические рекомендации по организации и проведению мероприятий психореабилитации при выполнении военнослужащими служебно-боевых задач в условиях, сопряженных с риском для жизни / И.В. Соловьев – М.: Управление по работе с личным составом Главного управления кадров внутренних войск МВД РФ. – 75 с.