

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ ЗМІН У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ

У статті викладено результати проведеного за допомогою проєктивних методів дослідження посттравматичних стресових змін особистості після участі у бойових діях.

Проведені дослідження особистісних змін учасників бойових дій підтверджують припущення, що травма настає в результаті реакції імобілізації (заціпеніння), коли природні реакції на стресові події (боротьба чи втеча) неможливі, в наслідок цього величезна енергія, що «заморожена» в нервовій системі, виявляється у численних симптомах, відомих як посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Отримані результати дають можливість розробити рекомендації щодо оновлення особистості після травматичного досвіду, коли досвід «непереборного» зумовлює не тільки негативні зміни, але стає ресурсом особистості, запорукою її стійкості у майбутньому.

Ключові слова: посттравматичні стресові розлади, імобілізація, діагностика, оновлення особистості

Постановка проблеми. Війна по-різному впливає на психіку і поведінку військовослужбовця. Загальновідомо, що у бойовій обстановці людина змушена діяти всупереч інстинкту самозбереження і своєї природи заради забезпечення соціальних цілей та інтересів.

Американський фахівець з проблем визначення психологічних наслідків війни Р. Габріель зазначає: «Історія показує, що як би добре не були підготовлені війська, якими б злагодженими не були їхні дії, якими б умілими і знаючими не були їхні командири, багато солдат не витримують тих психологічних навантажень, які навалюються на них в жаху бою», оскільки «перебуваючи тривалий час на полі бою, неможливо не страждати від різних психологічних розладів» [1].

Для того щоб вижити у бойовій обстановці, людина повинна адаптуватися, перебудувати весь свій попередній життєвий досвід, тобто змінити рівень пильності, швидкість реакцій, стиль поведінки, систему цінностей, смислову і мотиваційну сферу.

Таке пристосування до стрес-факторів війни виникає з кожним її учасником і називається бойовим стресом, який супроводжується кардинальними змінами психіки і особистості військовослужбовця, що і дозволяє йому вижити в екстремальній обстановці.

Однак фізичні і психологічні можливості учасників бойових дій не безмежні, тому що кожна людина має певний психологічний або адаптаційний ресурс, який дозволяє долати стрес-фактори певної інтенсивності. Якщо інтенсивність або тривалість несприятливих впливів перевищує можливості людини, відбувається злам адаптаційного бар'єра і людина отримує психічну травму. Таким чином, бойовий стрес може бути не тільки мобілізуючим, що сприяє збереженню організму, але й травмуючим, який руйнує організм, психіку й нервову систему людини.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Однією з перших робіт, присвячених дослідженням впливу травматичних подій на психіку людини, є робота Дж. Еріксона (1867 р.) «Залізнична та інші травми нервової системи», в якій він описує психічні розлади в осіб, які пережили аварії на залізниці. Потерпілі відзначали порушення пам'яті і уваги, повторювані жахливі сновидіння, близькі за змістом до пережитої трагедії. Наявність цих симптомів автор пояснював «молекулярним ураженням спинного мозку» і запропонував для них термін «railway brain» («залізничний мозок») [11].

У 1888 р. Г. Оппенгей запровадив діагноз «травматичний невроз», у рамках якого описав багато симптомів сучасного ПТСР [10].

Особливої уваги заслуговують роботи швейцарського дослідника Є. Стерлінга (1909, 1911), які стали основою всієї психіатрії катастроф. Автором було відзначено загальні для

всіх постраждалих внаслідок різних екстремальних ситуацій порушення сну: нічні страхіття, нав'язливі і повторювані спогади про пережите [5].

На відміну від стихійних лих, діючих одноразово, вплив бойових дій на психіку людей характеризується тривалістю та багатократністю.

Вплив травмуючих психіку військовослужбовців подій визнавався російськими лікарями ще на початку ХХ століття. Клінічною моделлю для вивчення цього впливу послужив психічний стан учасників російсько – японської війни. На прикладі постраждалих було описано такі розлади, як «неврастичний психоз» (П. Автократов), або «гостре виліковане слабоумство» (О. Озерський) [7, 8].

Під час Першої світової війни було описано такі психічні розлади в учасників бойових дій, як «невроз страху» (Клейс, Гаупп, 1916), «артилерійський шок» (Д. Майерс), «кулеметний сон» (Є. Краснушкін), вирішальне значення у походженні яких надавалося афективним переживанням [2, 7, 8]. Найсильніший вплив на психіку військовослужбовців, на думку А. Гервера та Т. Соломона, здійснює артилерійський вогонь [10].

Реакції, обумовлені участю у бойових діях, стали предметом широких досліджень під час Другої світової війни. Це явище у різних авторів називалося по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз». Зокрема, у 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом». Відштовхуючись від ідей З. Фрейда, він вводить поняття «центрального фізіоневрозу», який, на його думку, спричиняє порушення ряду особистісних функцій, що забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. А. Кардінер вважав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: 1) збудливість і дратівливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах події, що травмувала; 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій (Kardiner, 1941) [5, 11].

Подібні типи розладів спостерігалися у в'язнів концентраційних таборів і військовополонених [5].

Значною мірою уявлення про характер і механізм впливу на людину чинників бойових дій розширилися у процесі дослідження психічного здоров'я ветеранів війни у В'єтнамі. У численних дослідженнях, присвячених цій проблемі, було виокремлено такі типові симптоми, як нав'язливі і повторювані спогади, яскраві образні уявлення, страх, тривога, почуття провини, байдужості, втрата звичних інтересів, порушення сну, жахливі сновидіння, підвищена збудливість та емоційна невірноваженість. Ці порушення зустрічалися у віддалений від психічної травми час і отримали назву «поств'єтнамський синдром» [5, 11].

За даними Військово-медичної академії Санкт-Петербурга через 3 місяці і навіть більше після повернення з районів бойових дій в Афганістані у 70% військовослужбовців спостерігалися відстрочені реакції на бойовий стрес. Найбільш типовими формами індивідуальних реакцій у період реадаптації були іпохондричні і психастенічні реакції - порушення сну, підвищена збудливість, втрата сенсу життя та ін. зі схильністю до імпульсивних розрядів внутрішньої напруги (підвищений рівень агресивності і конфліктності), обмеження соціальних контактів із зовнішнім світом (спілкування, як правило, здійснювалося з такими ж учасниками бойових дій). Близько половини ветеранів - афганців заявляли, що в них часто виникають негативні емоційні стани, особливо під впливом кінофільмів або публікацій на «афганську тему».

За даними Санкт-Петербурзького відділення Російського союзу ветеранів Афганістану через 10 – 15 років після участі у бойових діях тільки 5% ветеранів змогли успішно працювати і досягати успіху у приватному бізнесі. Близько 10% ветеранів продовжували службу в ЗС, МВС і ФСБ. Менше 35% ветеранів працювали на державних підприємствах, а решта 50% виявилися безробітними або частково безробітними. Разом з тим близько половини осіб, які пройшли Афганістан, через 10-15 років після повернення із зони бойових дій регулярно зловживали спиртними напоями та наркотичними речовинами, частина з них була осуджена за протиправні дії [2].

За даними досліджень, проведених в Україні, у 19% ветеранів афганської війни було виявлено клінічний варіант ПТСР, у 25% – окремі симптоми цього розладу.

Ряд вчених особливе значення у формуванні ПТСР приділяють гендерним відмінностям. Було встановлено, що загальна толерантність жінок до психічної травматизації нижча за толерантність чоловіків, тобто жінки у порівнянні з чоловіками більш схильні до розвитку ПТСР [12]. Проте жіноча реадaptивність до травми перевищує чоловічу, що проявляється в частині випадків копіюванням розвинутих ПТСР. Більш висока первинна толерантність чоловіків до психічної травми з часом виснажується, що призводить до відстроченого розвитку посттравматичних розладів.

Виділення невіршених раніше частин загальної проблеми, якій присвячується означена стаття. Дослідження посттравматичних змін особистості у військовослужбовців після участі у бойових діях за допомогою проєктивних методів.

Мета статті полягає у дослідженні посттравматичних стресових змін особистості після участі у бойових діях.

Гіпотезою дослідження є припущення, що травма настає в результаті реакції іммобілізації (заціпеніння), коли боротьба чи втеча як природні реакції на стресові події неможливі. У результаті цього «заморожена» в нервовій системі енергія виявляється у численних симптомах, відомих як посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Виклад основного матеріалу дослідження. У даний час не має єдиної теоретичної концепції, що пояснює етіологію та механізми виникнення і розвитку ПТСР. Наявні декілька теоретичних моделей, серед яких можна виділити такі: психодинамічний, когнітивний, психосоціальний, психофізіологічний та нейроендокринний підходи і розроблену останнім часом мультифакторну теорію ПТСР. Зазначені вище теорії були розроблені в ході аналізу основних закономірностей процесу адаптації постраждалих внаслідок травмуючих подій до нормального життя.

Було встановлено, що найбільш ефективними є дві стратегії успішної адаптації постраждалих: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу і повного усвідомлення всіх обставин травми; 2) усвідомлення носієм травматичного досвіду значення травматичної події.

У психологічній і медичній практиці постійно підкреслюється зв'язок нашого тіла з психікою. Однак лікарі і психологи, на жаль недооцінюють всю глибину взаємодії, що має місце в процесі зцілення від травми. Тисячоліттями східні цілителі і шамани визнавали, що психіка впливає на тіло і те, що кожна система органів тіла людини рівною мірою представлена психічно в структурі свідомості людини.

Сучасні відкриття в галузі неврології та психоневроімунології надали переконливі докази щодо існування складної двосторонньої комунікації між свідомістю і тілом.

Проте теорія залежності функцій тіла від вищої нервової діяльності, а також психіки людини (і навпаки) була обґрунтована ще на початку XIX ст. Ж. Ламарком, І. Сеченовим і доповнена П. Лесгафтом.

Більшість видів терапії травми впливають на психіку за допомогою бесіди, а на мозок за допомогою ліків, й це приносить певну користь. Однак згідно із сучасними уявленнями травма не зцілюється і не може бути вилікувана до тих пір, поки особа не звернеться до тіла і не визнає його найважливішу роль у терапевтичному процесі.

Згідно з уявленнями тілесно – орієнтованої психології у травми є фізіологічні причини, тому що у людини (й тварини) в результаті зіткнення з нездоланною небезпекою, якої не можна уникнути, з'являється реакція іммобілізації (заціпеніння). У разі вітальної загрози, коли боротьба чи втеча виявляються неможливими, організм інстинктивно обирає реакцію завмирання [4, 9].

Таким чином, енергія, яка б могла отримати природну розрядку в процесі боротьби або втечі, різко зростає й виявляється всередині нервової системи. Отже величезна енергія, що «заморожена» у нервовій системі, замість того, щоб розрядитися, виявляється пов'язаною з гнітючішими емоційними станами жаху, гніву і безпорадності.

Функція нашого організму, яка управляє цією реакцією, є мимовільною і знаходиться у примітивних відділах мозку і нервової системи, що відповідають за інстинкти та які наша свідомість контролювати не в змозі. Відділи мозку і нервової системи людини, що відповідають за мимовільні та інстинктивні реакції, практично нічим не відрізняються від відповідних їм відділів мозку ссавців і навіть рептилій. Наш мозок, який часто називають триєдиним мозком, включає в себе три важливі системи – інстинктивний, лімбічний (керуючий емоціями) та неокортексний (керуючий раціональним мисленням).

При сприйманні ситуації, що уявляє загрозу для життя, задіяними виявляються спільні для нас і тварин частини головного мозку. Тож ключ до вилікування травматичних симптомів у людей проявляється в здатності відновлюватися після загрози так, як це роблять дикі тварини – вони тремтять і переживають реакцію іммобілізації, а потім знову стають рухливими і повертаються до повноцінного функціонування.

У людей ця межа не так чітко визначена. Коли ми стикаємося з обставинами, які загрожують нашому життю, наш раціональний мозок може прийти у замшання і подавити наші інстинктивні імпульси, що створює сприятливе підґрунтя для виникнення травми. Людина неначе закам'яніла – і це призводить до утворення травматичних симптомів. Якщо вона не в змозі завершити повний цикл «іммобілізації» – у неї розвиваються довгострокові посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Травмована особа страждає від страшних і часто таких дивних симптомів як: повернення у минуле, занепокоєння, панічні атаки, безсоння, апатія, психосоматичні скарги, безпричинні прояви гніву і жорстокості, деструктивність, що приводить її до депресивних станів. Багатьом ветеранам війни така картина дуже добре знайома. Місяцями і роками, вони можуть розповідати про перенесені страждання, переживати їх знову і знову. Втім відчуваючи той самий гнів, страх і біль, вони не можуть пройти через «реакцію іммобілізації».

Крім того, симптоми травми можуть тривалий час існувати в прихованій формі протягом довгих років. Отже енергія, що міститься в реакції іммобілізації, може бути трансформована. Соматична терапія травми – це один з найбільш ґрунтовних і продуктивних засобів у роботі з травмою. Така терапія об'єднує новітні дослідження психології, фізіології та досягнення процесуально орієнтованого підходу в психотерапії (А. Міндел). Суть терапії психічної травми полягає в тому, що в її процесі відбувається пробудження тих інстинктивних реакцій на травматичну подію, які не були завершені, і їх необхідно завершити.

Базове положення концепції П. Левіна щодо природної здатності до видужання та самовідновлення співзвучне з ідеєю про саморегуляцію. Пробудження цих процесів відбувається завдяки звернення постраждалого до внутрішніх ресурсів. Уявлення про внутрішні ресурси відповідають уявленням Б.В. Зейгарник про засоби опосередкування і саморегуляції при вирішенні травматичної ситуацій [4].

Ключ до зцілення лежить в тілесно – чуттєвому відчутті. Метод тілесного усвідомлення спрямований на активацію, усвідомлення і дезактивацію тілесного переживання травматичного досвіду. Суть роботи полягає в тому, що під час тілесних відчуттів відбувається пробудження тих природних цілющих процесів, які дозволяють зцілити травму. Тілесне відчуття актуалізує у людини, яка переживає травму, незавершені травматичні реакції і допомагає їм завершитися. Це завершення відбувається завдяки специфічним психологічним і фізіологічним самолікувальним процесам, які виникають в процесі тілесного переживання і дозволяють трансформувати травматичні симптоми.

Основний інструмент для тілесного психотерапевта в роботі з ПТСР – це зменшення дисбалансу роботи вегетативної нервової системи через тілесне усвідомлення відчуття. ПТСР супроводжують неприємні, іноді просто вражаючі фізичні відчуття: нервозність, неспокій, порушення роботи серця, запаморочення, приливи жару, холоду та ін. Це все симптоми дисбалансу вегетативної нервової системи, які можуть виникнути внаслідок травми. Ті, що перенесли травму, зазвичай хочуть замаскувати або позбавитись від цих

відчуттів, перериваючи зв'язок між тілом і розумом, за допомогою наркотиків, алкоголю або шаленої активності чи самодеструктивної поведінки. Однак засіб звільнитися від цих симптомів – саме в тому, щоб вивчити їх, сфокусувати на них увагу, а не тікати від них. У результаті інтенсивність цих відчуттів зменшується, з часом вони зникають і з'являється відчуття самоконтролю.

Наша культура страждає від нестачі терпимості до емоційної вразливості травмованих людей. Їх змушують занадто швидко пристосовуватися до наслідків ситуації, яка їх травмувала. Більшість сучасних культур, включаючи й нашу, вважають, що сила полягає у терпінні. Досить часто ми чуємо такі слова: «Ти повинен це забути. Перенеси це з посмішкою».

Більшість людей, використовуючи можливості кори головного мозку (нашої здатності раціонально мислити) створюють видимість того, що їм під силу пережити важкі і загрозові події, навіть війну, «без єдиної подряпини».

Крім того, процес зцілення може бути блокований безліччю інших способів, і в тому числі ліками, які пригнічують симптоми. Їх прийом може бути корисний для того, щоб допомогти травмованій людині повернутися у стабільний стан. Проте, якщо застосовувати їх протягом тривалого часу, пригнічуючи природні спроби тіла збалансувати стрес, ліки перешкоджатимуть процесу зцілення.

Механізм дії травми полягає в тому, що цілюща реакція релаксації настає тільки тоді, коли порушення, накопичені організмом в результаті напруги, розряджаються. У тварин цей процес протікає спонтанно – сам по собі. Однак у людей все відбувається трохи складніше, ніж у тварин. У результаті різних дій, до кінця ще не досліджених механізмів, травматична подія закарбовується у психіці. Навіть забуваючи про неї на рівні свідомості, ми не забуваємо про неї на рівні пам'яті тіла. Воно не дає нам позбавитися збудження – адже всередині організму травматична ситуація ще не завершена. Навіть, якщо людина змогла вийти із зовнішньої травматичної ситуації (наприклад, із зони обстрілу), вона несе її всередині.

Першим кроком на шляху надання військовослужбовцям психологічної допомоги є діагностика виду та рівня психологічних наслідків після його участі у війні. При діагностиці перш за все необхідно встановити в анамнезі досліджуваного самого факту переживання ним травматичної події. Нами було проведено дослідження 30 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в зоні проведення АТО. Крім проєктивних методик, застосовувалися: «Опитувальник перитравматичної дисоціації», «Скорочена шкала оцінки психічного статусу MMSE», Бентон – проби і проєктивні методики дослідження, зокрема, рисункові тести «Дом – Дерево – Людина» та «Неіснуюча тварина».

За даними «Опитувальника перитравматичної дисоціації» у 24 осіб відзначається «середній» рівень дисоціативних розладів. Середній бал 28 (з 45 можливих); у 6 осіб відзначається рівень дисоціативних розладів – «вище середнього». Підсумковий бал 32 (з 45 можливих). Переважають почуття, які були під час травматичних подій – страх, розгубленість, спогади нереальності всього, що відбувається (особливо при обстрілі).

Середній бал за шкалою «MMSE» – 26, що відповідає градації «преддементних когнітивних порушень» встановлено у 16 осіб. У 14 осіб відзначається зниження слухової пам'яті, активної уваги, легкий когнітивний дефіцит. Підсумковий бал за шкалою «MMSE» – 21, що відповідає градації «деменція легкого ступеня вираженості». При виконанні Бентон – проби у 12 військовослужбовців спостерігалися помилки «органічного» типу, персеверації.

При застосуванні рисованих тестів для виявлення особистісних якостей людини ми виходили з того, що вони засновані на принципі проєкції, тобто на винесенні зовні своїх переживань, уявлень, прагнень тощо. Малюючи той чи інший об'єкт, людина мимоволі виявляє своє ставлення до нього. Навряд чи вона забуде намалювати те, що здається найбільш важливим. Якщо якась тема людину особливо хвилює, то при зображенні з'являтимуться ознаки тривоги. Малюнок – це завжди якийсь повідомлення, зашифроване в образах. Дуже важливим є також те, що у малюнках у першу чергу, відображається не

свідомі установки людини, а її несвідомі імпульси і переживання. Саме тому рисовані тести важко "підробити". З огляду на це доповнили стандартне дослідження посттравматичних розладів проєктивними методиками і отримали наступні результати.

За даними проєктивної методики «Дом – Дерево – Людина» малюнок майже у всіх досліджуваних розташовувався у верхній лівій частині аркуша, що можна трактувати як інтрасензитивність, тривожність, можливо, регрес, бажання повернутися у минуле, схильність до пошуків задоволення у фантазіях (внутрішня напруженість), відстороненість.

Контур малюнка – слабкий, розірваний, що підтверджує відчуття невпевненості, небезпеки, яке, як правило вказує на наявність органічного чинника або ж почуття сильної тривоги. Розірваність контуру також може свідчити про наявність психотравми. У багатьох випадках привертає увагу нереалістичність пропорцій – Будинок, Дерево і Людина однакові за розміром, що може вказувати на порушення сприйняття або мислення.

Особливої уваги потребує зображення фігури Людини. Майже всі досліджувані зобразили її схематично – вона складається з паличок, що є показником неблагополучного душевного стану людини, а також може свідчити про те, що для досліджуваного спілкування на даний час є тягарем. Не можна також виключати, що це є однією з реакцій ПТСР – заперечення тілесних імпульсів, дисоціації від свого тіла, "вимкнення тіла", коли людина не сприймає "тілесні почуття". Тобто, симптоми травми "знаходяться" не тільки у психіці, а й у тілі. Травмуюча подія – це настільки сильна загроза, що у людини, яка її пережила, втрачається відчуття безпеки, здатність відчувати себе у цьому світі. Зображення Людини часто виконується переривистими лініями, що засвідчує про тривогу, незахищеність досліджуваних. Іноді на обличчі робиться акцент на очі, можливо посттравматична реакція – «у страху очі великі».

У проєктивному тесті «Неіснуюча тварина» нерідко зустрічаються маркери, що трактуються як схильність до вербальної агресії, частіше – захисної (осуд, грубість у відповідь на зауваження), також такі, що відповідають відчуттю «заземлення», яке розуміється як здатність не тільки твердо стояти на ногах у фізичному сенсі, а й як метафора «принципу реальності». Чим тісніше контакт з ґрунтом, тим більше навантаження може витримати людина і впоратися зі своїми почуттями. Очевидно, до реакції ПТСР слід віднести заперечення тілесних імпульсів, дисоціацію відчуття від свого тіла.

У контурах малюнків, що зазвичай інтерпретуються як відносини з навколишнім світом, часто зустрічаються розриви контуру, що зазвичай пов'язують зі сферою конфліктів.

Таким чином, попередня психологічна діагностика військовослужбовців підтверджує нашу гіпотезу щодо того, що під час травматичної ситуації зростає напруга, що відбивається на психіці. А після травматичної ситуації спостерігається неможливість завершити ситуацію, тобто відзначаються симптоми «повторення» ситуації (на всіх рівнях психіки) та неможливість розслабитись.

Крім того, люди, які отримали травму, стикаються також з наступним протиріччям: а) самостійно зняти збудження накопичене в результаті травми, можливо завдяки наближенню до травмуючої ситуації (в реальності чи уявно); б) будь – яке наближення до травми викликає біль.

Тобто, травма ставить особистість у ситуацію, яку можна визначити через використання вислову «забути не можна згадувати». Де поставити кому – кожен вирішує у відповідності до ситуації. Найчастіше кома ставиться після слова «забути».

І це не випадково. Так, за висловом Є. Михайлової, «горевание о всякой потере – это процесс, а жизнь требует немедленного действия, длительного, многотрудного, бесконечного. Оно, естественно, переводит в совершенно другое состояние, помогает отвлечься – так люди отвлекаются приготовлением поминальной трапезы, – но не позволяет сосредоточиться на чувствах» (рос.) [6].

У такий спосіб, травматичний стрес буде більш сильнішим, якщо людина: а) сприймає ситуацію як неможливу; б) не може ефективно протидіяти ситуації (боротися або бігти); в) не може розрядити енергію (була у стані заціпеніння).

Ці три чинники досить очевидні. Але крім них, є ще четвертий фактор, що виявляється ключовим. Його можна описати як присутність у житті людини раніше нерозв'язаних травматичних ситуацій. Справа в тому, що чим сильніша травма, тим більше недозволених раніше проблем вона «чіпляє» разом за собою. Це схоже на камінь, кинутий у воду: чим більше він, тим сильніше і далі розходяться кола по воді. Більше того, сам по собі незначний для людини травматичний досвід може виявитися свого роду спусковим крючком витіснених раніше гострих переживань. Він теж буде давати симптоматику травматичного стресу.

Виходить, що для організму людини травма – це можливість зміцнити свій внутрішній світ, можливість психічної інтеграції. Те, що повинно відбуватися (але не завжди відбувається) з людьми після травматичного стресу, можна назвати нормальним (чи природним) проживанням ситуації. Невипадково одна з найбільш поширених тез про роботу з наслідками травми, на думку Б. Колодзіна, це визнання, що травма – це нормальна реакція на ненормальні обставини. Мета нормальних постстресових реакцій – дозоване надання психіці вражень, допущення тільки того, що людина може переробити на даний момент. Таке переживання травми – це спосіб відстрочити зіткнення психіки з жахом, від якого можна витратити розум.

Варто зазначити, що до інтеграції травми (введення її в контекст життя) не можна приступати до того, як напруження, що виникло в результаті, не буде знято. Це може остаточно відбутися тільки за умови її повного прийняття і визнання факту події. Головний результат роботи з інтеграції травми – усвідомлення того, що травма тільки частина мене, мого життя. Значуща частина, але вона має свої межі і певне значення для мене.

Знання самою людиною того, як проходить механізм переживання травми, має заспокійливу дію. Якщо людина готова до того, що з нею будуть відбуватися певні речі, знає що це нормально, то це істотно полегшує її стан. Крім того, ці знання необхідні для того, щоб зрозуміти яким чином потенційно травматична ситуація у одних людей спричиняє глибокі розлади, а в інших призводить до особистісного зростання, внутрішнього розвитку. Переживання травми принципово змінює життя людини. Як це не парадоксально звучить, отримання травматичного досвіду дає людині нові можливості.

За Б. Хеллінгером, це можливість стати «більш повною», ніж людина була раніше. Це не означає, що травма є чимось «позитивним». Просто неминучість травми не означає неминучість тільки негативних змін. Як і будь – який досвід в житті особистості, вона відкриває перед ними різні шляхи її проживання.

Висновки. Отримані результати дають можливість у подальшому розробити рекомендацій щодо зміцнення та оновлення особистості після травматичного досвіду. Отже травматичний досвід – це завжди досвід того, що треба перебороти. Особистість перший раз стикається з тим, що вона не може контролювати, що вище звичайного людського розуміння. У фокус сприйняття потрапляє щось вище, більше, ніж повсякденне життя. І це той досвід, який може дати людині дуже багато. За умови успішного проживання травматичного досвіду, який спочатку здавався непереборним, людина стає більш сильною і витривалою. Досвід «непереборного» – це ресурс особи, запорука її стійкості в майбутньому.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Габриэль Р. Героев больше нет. [Текст] / Р.Габриэль.– Нью-Йорк, 1987, С.15.
2. Военная психология [Текст] : Учебное пособие / Под ред. А.Г. Маклакова. – СПб: Питер, 2005, С.314-339.
3. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Текст] / А.Г. Караяни.-Москва, 2003.– 97 с.
4. Левин П. Пробуждение тигра – исцеление травмы / П. Левин. – М. : АСТ. – 2007. – 320 с.
5. Малкина–Пых И. Г. Экстремальные ситуации. –М.: Эксмо, 2005, С. 276 – 427.
6. Михайлова Е. Наши мертвые нас не покинут в беде : психодраматическая работа с семейной историей [Электронный ресурс] / Е. Михайлова // Психологи о мигрантах и миграции в России : информационно – аналитический бюллетень. – 2001. – № 3. – Электрон. дан. (1 файл). – Режим

доступа: gp.olden.ru/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=131. – Название с экрана.

7. Нервно – психические заболевания военного времени [Текст] : Сборник статей / Под ред. В.Н. Мясищева. – Л.: Медгиз, 1945. –128 с.

8. Нервные и психические заболевания в условиях военного времени [Текст] / Под ред. Р.Я. Голант. – Л.: Медгиз, 1948. – 288 с.

9. Павелко І.І. Психологічна допомога постраждалим у подоланні шокової травми [Текст] / І.І. Павелко // Наука і освіта. – 2011. – № 3. –С. 71–75.

10. Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г. Психогенные заболевания [Текст]: Руководство по психиатрии/ Под ред. А.В. Снежневского, т.2, –М.: Медицина,1983.

11.Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. [Текст] / Н.В. Тарабрина – СПб: Питер. – 2001.-272 с.

12. Тулкаев Р.П. Психическая травма и суицидально поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы [Текст] Р.П. Тулкаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. –№1, С.151–163.

Рецензент: д.психол.н. Снігур Л.А., професор кафедри гуманітарних та соціально - економічних дисциплін Військової академії (м. Одеса)

к.психол.н. Павелко И.И.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

В статье изложены результаты исследования посттравматических стрессовых изменений личности после участия в боевых действиях, проведенного с помощью проективных методов.

Проведенные исследования личностных изменений участников боевых действий подтверждают предположение, что травма наступает в результате реакции иммобилизации (оцепенения), когда естественные реакции на стрессовые события (борьба или бегство) невозможны, в следствие чего огромная энергия, «замороженная» в нервной системе, проявляется в многочисленных симптомах, известных как посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).

Полученные результаты дают возможность разработать рекомендации по обновлению личности после травматического опыта, когда опыт «непреодолимого» определяет не только негативные изменения, но становится ресурсом личности, залогом ее устойчивости в будущем.

Ключевые слова: посттравматические стрессовые расстройства, иммобилизация, диагностика, обновление личности.

Ph.D. Pavelko I.I.

THE RESEARCH OF PERSONAL POSTTRAUMATIC STRESS CHANGES IN THE MILITARY AFTER TAKING PART IN THE HOSTILITIES

The article presents the results of a study of post-traumatic stress personality changes after participating in hostilities using projective techniques.

The studies of personality changes combatants confirm the assumption that the injury occurs as a result of the reaction of immobilization (torpor), when the natural response to a stressful event (fight or flight) are not possible, resulting in tremendous energy, "frozen" in the nervous system, manifested in numerous symptoms, known as post-traumatic stress disorder (PTSD).

The results make it possible to develop recommendations on updating the identity after a traumatic experience, when the experience of the "irresistible" brings not only negative changes, but becomes a resource person, guarantee its sustainability in the future.

Keywords: post-traumatic stress disorder, immobilization, diagnostics, update the individual.