

УДК 159.923:355/359

Сергій ВАСИЛЬЄВ,

кандидат психологічних наук, доцент, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України, м. Київ

ДО ПРОБЛЕМИ ПРЕВЕНЦІЇ ДЕЗАДАПТАЦІЙНИХ ВИЯВІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВНАСЛІДОК ПЕРЕБУВАННЯ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Обговорюється досвід проведення заходів превенції дезадаптаційних проявів у військовослужбовців внаслідок перебування в зоні бойових дій. Визначено коло проблем, пов'язаних із дезадаптаційними виявами у військовослужбовців внаслідок участі у бойових діях та шляхи їх вирішення за світовим досвідом. Акцентовано увагу на небойових чинниках виникнення дезадаптаційних проявів у військовослужбовців ("мобінг"), позитивних наслідках перебування у зоні бойових дій ("посттравматичне зростання").

Ключові слова: *адаптація, дезадаптація, превенція, посттравматичне зростання, мобінг.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Професійна діяльність військовослужбовців передбачає виконання посадових обов'язків в екстремальних умовах ведення бойових дій. У бойовій обстановці максимально проявляється вітальна загроза (загроза життю), психоемоційне напруження досягає свого апогею. Бойова обстановка та її небезпека впливають на зростання психічного напруження, яке в залежності від індивідуально-психологічних особливостей людини може варіювати від легкого збудження до паралізуючого страху.

У бойовій обстановці перед військовослужбовцем постають два завдання: вижити та виконати бойове завдання. Часто виконання бойового завдання є єдиним шляхом вижити. На думку дослідників, лише 25 % військовослужбовців на полі бою адекватно оцінюють те, що відбувається та свідомо використовують свою зброю. Решта поділяється на осіб у стані збудження та у стані страху. Перша група характеризується хаотичними та марними діями, друга – паралізована страхом. Очевидно, що у 25 % особового складу, що адекватно діє, ймовірність залишитися живими значно вища, ніж у решти військовослужбовців, яким необхідна психологічна допомога [1].

Внаслідок перебування в зоні бойових дій у військовослужбовців є висока ймовірність виникнення дезадаптаційних проявів, психічних розладів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Дезадаптаційні прояви у військовослужбовців пов'язані з вживанням алкоголю та наркотиків, девіантною поведінкою, ризиком суїциду. Дезадаптаційні вияви, таким чином є чинником небойових втрат, що не пов'язані з участю у бойових діях. Саме збереження життя військовослужбовців обумовлює необхідність заходів превенції дезадаптаційних проявів у учасників бойових дій з метою запобігання не бойових втрат та виникненню ПТСР.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано вирішення даної проблеми та на які опирається автор. Поведінкові і психічні реакції людини, а також психогенні розлади в екстремальних умовах діяльності різноманітні за своїм проявом. Характер і інтенсивність їх прояву залежать від різних факторів, у тому числі від об'єктивних обставин – факторів екстремальної обстановки, гостроти та сили їх впливу. Але психогенні порушення, що виникають внаслідок травмуючих обставин катастрофи, пов'язані з емоційною сферою.

Важливо зазначити, що нормалізація функціонального стану військовослужбовців, що зазнали впливу психотравмуючих чинників, відбувається не одразу. Наслідки у вигляді психічних та психосоматичних розладів проявляються тривалий час, іноді протягом усього життя.

До найбільш негативних психогенних факторів бойової обстановки відносяться: постійна загроза для життя, конфлікт моральних принципів, невідповідність умов війни і звичного життя, розлука з близькими. Важливу роль відіграють фізіологічні та фізичні фактори: фізична втома, недостатність сну, кліматичні умови тощо.

Бойовий стрес – багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах бойової обстановки, що супроводжується напруженням механізмів саморегуляції та формуванням адаптивної поведінки; механізм комплексної мобілізації організму щодо дій в умовах ризику.

Для військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, існує підвищений ризик психічних розладів та високий рівень емоційних порушень, що набувають масового характеру. Такі порушення визначаються як психоневроз або бойова втома. Данні емоційні порушення можуть проявлятися в стані гострого страху, астено-депресивних станах, істеричних реакціях, тимчасовому розладі свідомості та різних психосоматичних розладах [1].

Навіть у період бойових дій емоційне навантаження розрізняється за інтенсивністю. Під час безпосередньої участі у бойових діях загроза для життя проявляється найбільш гостро та суттєво впливає на психічний стан військовослужбовців. У той же час діяльність щодо забезпечення бойових дій менш пов'язана з вітальною загрозою, відповідно й інтенсивність психоемоційного впливу на військовослужбовця менша [1].

Зважаючи на досвід ведення бойових дій на Сході України українські військові фахівці вважають бойовий стрес сукупністю субреактивних станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до несприятливих для їхньої життєдіяльності факторів, що загрожують життєво важливим цінностям в умовах бойової обстановки [2].

Досвід в'єтнамської війни був використаний під час підготовки американських військ до бойових дій у Персидській затоці. У зв'язку з цим всі стрес-фактори, які викликають бойові психічні травми, ними були поділені на три групи:

бойові стресори бойової обстановки;

небойові стресори бойової обстановки;
стресори, що пов'язані з відправленням у зону бойових дій [3].

Таким чином, аналіз літературних джерел свідчить, що проблема дезадаптації військовослужбовців під час перебування в зоні бойових дій у цілому розглядалася у напрямку дослідження чинників бойового стресу та бойової травми, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), надання психологічної та медичної допомоги постраждалим.

Мета статті. Актуалізувати проблему превенції у галузі психологічного забезпечення застосування військових підрозділів, ознайомити з закордонним досвідом превенції дезадаптаційних проявів у військовослужбовців.

Виклад основного матеріалу дослідження. Доктрина з контролю бойового та оперативного стресу (COSC) (2016 р.), що прийнята в армії США, включає програми та основні заходи, спрямовані на попередження, діагностику та лікування негативних бойових і оперативних стресових реакцій у військовослужбовців підрозділу. Згідно доктрини, визначені види стресу у військовослужбовців в зоні бойових дій: бойовий та оперативний стрес. Бойовий стрес спостерігається під час безпосередньої участі військовослужбовців у бойових діях, оперативний стрес – внаслідок перебування в зоні бойових дій.

Фахівці вважають, що крім негативних наслідків вплив бойового та оперативного стресу у військовослужбовців може мати позитивний характер, що описується як посттравматичне зростання (Posttraumatic Growth).

Нові підходи психологічної служби армії США свідчать, що на думку фахівців превентивні заходи ефективніші за лікувальні. Головний напрямок роботи – попередження бойового стресу.

Важливим напрямком превенції дезадаптаційних проявів є оцінка потреб підрозділу (Unit Needs Assessment). Вона розглядається як регулярний процес для визначення потреб підрозділів у регулюванні робочого навантаження та бойового стресу (COSC), дозволяє спеціалістам COSC встановлювати пріоритети в питаннях медичного втручання, проведення превентивних заходів або розподілу ресурсу. Її не можна вважати клінічною діагностикою, мова йде про оцінку потреб

в/сл та визначення шляхів підвищення ефективності заходів COSC та превентивної інтервенції. Проводять: періодично; щоквартально; на прохання та на запит командира; після травматичної події; суїциду. Дозвіл на ОПП надає командир. Проводиться анонімно, конфіденційно. Інформація для командира і тільки з дозволу командира. Анкета не містить жодної персональної інформації. Дослідження не проводиться під час бойових дій.

При проведенні консультування та навчання (Consultation & Education) головним напрямком підвищення їх ефективності визначене активізація комунікацій як з командирами, так і з особовим складом. З командирами налагоджуються партнерські стосунки, які були втрачені психологічною службою під час минулих місій. Є розуміння, що для командира важливо зберегти боездатність підрозділу, а не займатися пошуком постраждалих. У комунікаціях з особовим складом впроваджується зміна установки з “пацієнт” на “воїн”. Під час консультування як солдат, так і командирів реалізується психологічна, медична, релігійна підтримка. Важливим завданням комунікації, щоби військовослужбовців знали психологів в обличчя до травмуючи ситуацій. Використовується принцип рівних – солдат краще поговорить з солдатом, офіцер з офіцером. Під час консультацій проводиться виявлення суїцидальних намірів та думок: досвід операцій свідчить, що суїциденти не звертаються по психологічну допомогу. Обов'язковим заходом профілактики є брифінг з реінтеграції для попередження потенційних самогубств.

Психологічні заходи превенції під час підготовки базуються на окремих програмах модульного типу Наприклад, просування здорового способу життя як напрямку превенції здійснюється шляхом реалізації програм типу Perfromens Triad, що є програмою формування військового атлету шляхом регулювання складових поведінкового здоров'я – сну, харчування, фізичної активності. Запроваджуються програми з тваринами. Наприклад, психологи приходять з собаками, як наслідок більше людей йдуть на контакт.

Зміни відбуваються також під час роботи в зоні бойових дій. Якщо в Афганістані для надання допомоги постраждалим були розгорнуті

лікувальні заклади, в Іраку застосовуються інші, більш мобільні методи психологічної допомоги військовослужбовцям.

При проведенні тріажу (COSC Triage) сортування відбувається за ознаками бойових та оперативних стресових реакцій, а не психічних розладів. Стабілізація (COSC Stabilization): невідкладна здійснюється на місці, повна – шляхом евакуації із зони бойових дій та у лікувальні заклади.

Показала свою ефективність програма перезавантаження Cobra Reset, яка здійснюється шляхом короткої інтервенції поблизу зони бойових дій (принцип VICEPS) без евакуації військовослужбовців. Вона включає: виведення із зони бойових дій, зняття стресу, проведення психологічних заходів протягом 2–5 днів, один раз за цикл розгортання, методом групової роботи (5–12 осіб). Програма не рекомендується при суїцидальній поведінці, розладах.

Для всього особового складу після повернення із зони бойових дій рекомендована перехідна програма Cobra Warrior. Вона спрямована на превенцію (профілактику) поведінки високого ризику, підготовку до цивільного життя, повторну інтеграцію з рідними після виконання завдання.

Проблема поведінки високого ризику напряму пов'язана з дезадаптаційними проявами у військовослужбовців внаслідок перебування у зоні бойових дій. Деякі військовослужбовці не хочуть повертатися до дому (були проблеми з алкоголем, наркотиками, сімейним насильством вдома). У інших військовослужбовців, що повертаються через 9 місяців із зони бойових дій, очікування сфокусовані: сім'я, алкоголь, водіння, секс, гроші, друзі. Як наслідок: ризикована їзда на автомобілі, надмірне вживання алкоголю, безвідповідальний секс, розлучення, намагання компенсувати “втрачений час”. Деякі солдати хочуть повернутися в зону комфорту (бойових дій).

Підготовка до цивільного життя – важливий напрямок програми. Багато військовослужбовців, що повертаються із зони бойових дій, неодружені (50/50). Одна із небезпек реінтеграції деяких військовослужбовців – живуть з побратимами, не можуть повернутися до цивільного життя. Шляхом участі у програмі психологи, соціальні пра-

цівники і капелани: заохочують нові стосунки, запобігають ізоляції; для віруючих підключають духовну громаду. Війна змінює свідомість військовослужбовця. Інші люди не розуміють того, що вони пройшли.

Повторна інтеграція з рідними після виконання завдання – важливий напрямок програми щодо збереження сімей, реінтеграції військовослужбовців. Для одружених військовослужбовців час возз'єднання – це медовий місяць. Але фахівці вважають, що вони повинні після 9 місяців відсутності бути готовими до конфліктів, не може бути так, як було до від'їзду. У сім'ї було непросто, тому необхідно подякувати дружині за турботу про сім'ю і дітей. Часом всім потрібна допомога. Необхідно звертатися до друга, капелана, соціального працівника, психолога. Цікавою особливістю програми є використання різних підходів щодо реінтеграції з дітьми різних вікових груп (різні очікування) (0–4 роки, 6–12 років, підлітки). Фахівці радять військовослужбовцям, що прибули із зони бойових дій: головне – не концентруватися на дисципліні. Для цієї програми фахівці залучають центри підтримки сімей військовослужбовців: група підтримки сімей, сімейні клуби (“Здорова родина – здоров'я солдата”); громадські групи підтримки армії (одна із програм – надання безвідсоткової позики); служба допомоги дітям та молоді (одна із послуг – безкоштовний нагляд за дітьми); центри для підлітків; програма “єднання через читання” (військовослужбовець записує відео, на якому він читає для своєї дитини книжку).

Додатковими ресурсами реалізації даної програми є: капелан; в ротах – офіцер та сержант, які мають додаткові обов'язки тренерів відновлення стійкості; навчальний 3-х денний курс профілактики суїцидів для командирів рот; медик (парамедик); координатор статевого насильства в роті; військові консультанти по сімейному життю (MFLC); центри психологічної підтримки; програми підтримки сімей; інтернет-ресурс Militaryonesource.com.

У бундесвері втрати особового складу з причин не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням, погіршення психічного та фізичного здоров'я та інвалідизацію військовослужбовців внаслідок застосування (місії) пов'язують із проблемою екстремальних та над-

мірних психічних навантажень. Проблемою психічних навантажень на військовослужбовців бундесверу займається Центр психотравми у госпіталі бундесверу в місті Берліні. За даними Центру від 20 % до 25 % усіх військовослужбовців бундесверу потерпають від психічних захворювань. Лікувальна квота від 10 % до 20% постраждалих все ще надто низька, тому в наступні роки набуває значення як покращення системи забезпечення, так і роз'яснювальна робота у військових частинах [4].

Об'єктами психосоціального забезпечення бундесверу визначені актуальні проблеми, що пов'язані з погіршенням психічного та фізичного здоров'я: ПТСР; інші розлади внаслідок перебування в місії; стрес; індивідуальна та групова агресія (mobbing); депресія; вигорання (burnout); розлади сну; вторинна травматизація військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей.

Кількість суїцидів військовослужбовців у довготривалій перспективі показує тенденцію зниження. Ця тенденція відповідає загальній тенденції у ФРН. З 2000 до 2012 року кількість суїцидів змінювалась від 43 у 2001 році та 18 з 2007 по 2011 рік. Це означає коливання між 14,3 та 7,2 (у середньому 7,9) суїцидів на 100 000 військовослужбовців бундесверу. Частота суїцидальних спроб має тенденцію до повернення у минуле. На початку 1980-х років 194,2 на 100 000 військовослужбовців здійснювали спробу суїциду, у 2011 році зареєстрований низький рівень – 15,4, у 2012 році було уже 20,4. Кількість спроб вдвічі вища ніж суїцидів.

Кількість суїцидів військовослужбовців під час закордонних місій незначна. Вона коливалася з 2000 до 2013 року від 3 до 0. На думку фахівців бундесверу, суїцидальність не є проблемою протягом терміну місії, але підвищується частота суїцидальних випадків після закінчення місії. Кількість суїцидів у бундесвері, на їх думку, не викликає занепокоєння, але повинні проводитися всі заходи щодо їх превенції. Попередження суїциду важливою тому, що навіть один суїцид – це дуже багато [4].

У перші 12 місяців після місії 3,6 % військовослужбовців мають проблеми з алкоголем. Вирішення проблем, які пов'язані з алкого-

лем, що виявляються після закордонної місії є щоденним завданням членів психосоціальної мережі (PSN). Ураховуючи, що алкоголізація є відчутною стигмою у суспільстві ФРН, постраждалі знаходять допомогу рідко або запізно. Тому головним завданням лікаря військової частини через аналізи крові визначити проблеми з алкоголем та разом з військовослужбовцем визначитися, куди це може його привести. У разі посилення розладів, що асоційовані з алкоголем, за згодою пацієнтів пропонується сеанс у спеціалізованого психіатричного лікаря. Як альтернатива – прийом у госпіталі бундесверу, де з пацієнтами проводиться інтенсивна тритижнева групова терапія (“кваліфікований вихід”), під час якої разом з пацієнтом визначаються подальші кроки одужання. Обов’язково військовослужбовець повинен відвідати групу самопомоги у своєму регіоні, адреси яких є на сайті психосоціальної мережі (PSN). Важливо донести військовослужбовцю, що сам діагноз захворювання на алкогольну залежність не означає закінчення військової служби, а за умов лікування після успішного завершення стійкої абстиненції можливе нормальне продовження життєвого шляху.

За підозрою у наявності синдрому залежності та/або заявлених симптомах, що проявлялися у минулому військовослужбовець терміново направляється на стаціонарну детоксикацію, тому що 10–15 % випадків виходу призводять до алкогольних делірій, а у подальшому до 25 % випадків можуть закінчитися смертю військовослужбовця.

По завершенню кваліфікованого виходу настає стадія захворювання, яка включає багато місяців довготривалого відновлювального лікування у цивільних спеціалізованих клініках.

Фахівці бундесверу наполягають на продовженні спостереження та проведення профілактичної роботи, тому що у військовослужбовців, які пройшли лікування, є великий ризик (більше 50 %) повернення хвороби. Підозра наявності невилікуваного розладу, що асоціюється з алкоголем, є протипоказанням для водіїв транспортних засобів, роботи у небезпечних галузях та неконтрольованого застосування стрілецької зброї, що може призвести до подій та загибелі військовослужбовців.

Mobbing (цькування, персональна та групова агресія) вважається дуже небезпечним явищем, яке може призвести до людських втрат в умовах застосування (місії).

Термін “mobbing” введений у психологічну науку Конрадом Лоренцо та запозичений зі світу тварин. Шведський лікар та психолог Хейнц Лейман застосував вперше цей термін у галузі відносин праці. Mobbing означає, на думку Леймана, систематичне та тривале (більше півроку, у середньому один раз на тиждень) цькування та обмеження людини на робочому місці однією або більше особами. Mobbing відбувається у конкретних соціальних спільнотах як робоче середовище (військове середовище, військова служба), школа, родина, в'язниця та також у інтернеті (“cyber-mobbing”). Значно менше виявляється у вільних, легких формах людської взаємодії як наприклад, спортивні об'єднання. Mobbing на початку не може однозначно визначений навіть жертвами. Лейман визначив 45 типових форм поведінки агресорів, які об'єднав у групи:

1. Агресія на можливість приєднання (постійне переривання при спілкуванні; крик; постійна критика в процесі службової діяльності та приватного життя; телефонний терор; усне та письмове переслідування; зневажливі погляди та жести).

2. Агресія на соціальні відносини (“social support”) (не заважають бажаним фізично тероризувати; ніколи не розмовляють з жертвою; відокремлення жертви територіально у приміщенні).

3. Агресія на соціальну репутацію (у сім'ї; у друзів; товариські відносини у колі колег по службі) (кажуть за спиною жертви погані речі; розповсюджують плітки; принижують; висміюють; представляють психічно хворим).

4. Агресія на кваліфікацію у професійних та життєвих ситуаціях (не доручають або доручають завдання, що позбавлені сенсу; надають завдання, які перевищують кваліфікацію жертви для його провалу).

5. Агресія на здоров'я та соціальну інтеграцію (сексуальні домагання; обмеження соціалізації за статтю; залякування фізичним насильством (“пам'ятка”) (“Denkzettel”); руйнування особистого та службового оточення жертви).

Потерпілі переживають демотивацію, зниження успішності службової діяльності, почуття провини, захворювання. 90 % потерпілих від mobbing можуть мати проблеми психічного та фізичного здоров'я (порушення сну, головний біль, загострення хвороб шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, онкологічні хвороби, депресію). Відсутність інформації про причини психічних та фізичних розладів, що пов'язані із службовими відносинами, часто призводить до помилкового діагнозу лікарів та психологів. Аналіз виявлених випадків свідчить, що 40 % тих, хто займається цькуванням – командири ("bossing", "downward bullying"), 20 % – група колег по службі ("horizontal-bullying"), 10 % – спільно командир із іншими підлеглими.

Фахівці радять потерпілим внаслідок mobbing:

1. Намагатися предметно спілкуватися по службових питаннях (тільки 25 % має успіх).
2. Вести щоденник, у якому документувати факти цькування та агресивного ставлення з боку агресорів.
3. Шукати захист у колег, що не беруть участі у mobbing-випадках;
4. Звернутися до психосоціальної служби бундесверу (PSN) (лікар військової частини/психолог/соціальна служба).
5. Шукати психологічного захисту членів родини, друзів.
6. Звернутися до контактних осіб груп самопомоги (на сайті психосоціальної служби бундесверу).
7. Звернутися до Уповноваженого бундесверу.
8. Підвищувати особистий фізичний та психологічний ресурс – займатися спортом, психологічним розвантаженням [4].

Превентивні заходи щодо mobbing у бундесвері визначені такі [5]:

1. Наповнити сенсом організацію повсякденної служби, для можливості залучення всіх військовослужбовців підрозділу використовувати ігрові кімнати прийняття рішень (Entscheidungsspielräume).
2. Вимоги, що мають особливе фізичне та/або психічне навантаження застосовувати виключно за службовою необхідністю. Кожен повинен зрозуміти, що переслідувати особисті цілі заборонено.
3. Параграф 12 Військового статуту вимагає від військовослужбовців бундесверу поважати обов'язок, гідність та права товаришів.

4. У межах службового нагляду командир повинен піклуватися про переживання та скарги підлеглих військовослужбовців. Відкрита атмосфера створює довіру і дозволяє реалістично оцінювати власну позицію у групі та кар'єрні можливості.

5. У виявлених mobbing-ситуаціях командир повинен безпристрасно вислухати обидві сторони – агресора та жертву.

6. Після виявлення випадків mobbing командир в інтересах розв'язання конфлікту повинен шукати зі всіма підлеглими взаємне рішення (“новий початок”) (“Neuanfang”). Для цього він отримує допомогу незацікавлених осіб (наприклад, представника військової духовної опіки, соціальної служби, лікаря військової частини та ін.).

7. Через своєчасну та повну інформацію страхи, небезпеки та помилки у службовій сфері, персональному застосуванні та кар'єрі протиставити конкурентній боротьбі.

Превенція описує всі заходи запобігання психічних або фізичних хвороб, які з високою ймовірністю можуть статися, якщо нічого не діяти. У галузі превенції психічних захворювань серед заходів навчання, тренування та вправ особливу увагу фахівці бундесверу звертають на проведення заходів безпеки під час застосування (місії). Значення превенції неможливо оцінити, тому заходами превенції охоплюються всі групи військовослужбовців бундесверу. Психічний фітнес визначений у бундесвері поряд із фізичним фітнесом як складова підтримки здоров'я. Концепція “Підтримка та укріплення психічного фітнесу військовослужбовців” [7] описує процесуальну модель “психічного фітнесу” (psychischen Fitness) як профілактично спрямовану, орієнтовану на групові цілі, модульну програму. В межах програми вивчення специфіки країн, в яких здійснюється застосування (місія) (ELUSA) визначені базові здатності та компетенції щодо запиту психічної стійкості [6].

Для всіх військовослужбовців Бундесверу, які беруть участь у закордонних місіях визначено психологічне супроводження військових частин під час застосування (місії). Поряд з консультуванням керівництва військова психологія пропонує психологічні, превентивні, консультативні та патронажні заходи для покращення, підтримки та

ефективного відновлення військовослужбовців згідно програми психічного фітнесу (psychischen Fitness). Цьому сприяють, наприклад, підтримка, підготовка, консультування ситуації, фахове консультування, наставництво (Coaching) та психологічна кризова інтервенція. Служба духовної підтримки забезпечує можливість до спілкування та змістовного супроводу. Для особливо травмованих військовослужбовців можуть проводитися багатоденні заходи регенерації (відновлення) (Maßnahmen zur Regeneration) (наприклад, заходи рекреації (відпочинку) (Recreation-Maßnahmen), що фахово керуються психологічною службою та підтримуються соціальною службою [7].

Для потреб “першої психологічної допомоги” залучаються спеціально підготовлені військовослужбовців (Peers), які допомагають своїм товаришам у складі команд кризової інтервенції під фаховим наглядом психологів військових частин.

Всі військовослужбовців беруть участь протягом трьох місяців після повернення у семінарі по підведенню підсумків (Einsatznachbereitungsseminar), можливо також із участю членів сім’ї. Це проходить як заключне засідання, присвячене спогадам про місію та проходить в групах обговорення під керівництвом модераторів.

Модератори керують групами обговорення у завершенні обміну спогадами про місію. Проведення семінару є складовою заходів психічного фітнесу.

Після застосування (місії) військовослужбовцям бундесверу пропонується пройти превентивний курс. Превентивний курс це не класичне курортне лікування, скоріше, проведення стаціонарних превентивних заходів з військовослужбовцями, що мають проблеми із здоров’ям після застосування (місії). Інструкції пропонують тритижневий превентивний курс за власним бажанням під наглядом лікарів та психологів військової частини, також може проходити курс цивільний персонал. Превентивний курс по можливості застосовується якомога скоріше, не пізніше ніж шість місяців після повернення з місії.

Після закінчення застосування (місії) медичною службою бундесверу всім військовослужбовцям призначається захисний період. Захисний період (Schutzzeit) – період для визначення лікування проблем

із здоров'ям та оцінки наявної професійної кваліфікації (не підвищення кваліфікації) для подальшого фахового використання військовослужбовця. Для виконання завдань подальшої реабілітації постраждалих формуються міждисциплінарні пацієнтоцентровані команди реабілітації (Interdisziplinäre, patientenzentrierte Rehabilitationsteams) (IPR). IPR планують фаховий та апробований процес лікування та реабілітації, забезпечують потреби пацієнтів в лікуванні відповідними клінічними методами. Для допомоги військовослужбовцям що потребують медичної та психологічної допомоги створена служба лоцманів. Лоцмани (Lotsen) – персонал, що безпосередньо допомагає військовослужбовцям бундесверу в службових інстанціях. Вони інформують постраждалих про відповідні фахові інстанції, підтримують реєстрацію та супроводжують військовослужбовців до призначених пунктів допомоги [8].

Серед інших пропозицій в рамках Концепції пропонується програма “Психологічні компенсаційні та укріплюючі елементи (Пауза)” („Psychologischen Ausgleichs und Stärkungselementen (PAUSE)“), яка входить в структуру психічного фітнесу. В межах заходів PAUSE пропонуються навчальні та освітні модулі, які спрямовані на зміцнення ресурсів або зниження напруження. До них відносяться індивідуальні та партнерські консультації, техніки вирішення конфліктів або зниження напруження (Belastungsreduktion), комунікативні тренінги, спеціальні освітні програми на інтерактивних, мультимедійних навчальних та тренінгових платформах. Модульні заходи PAUSE орієнтуються на запити та побажання військовослужбовців, проходять до трьох тижнів в цивільних клініках реабілітаційного спрямування. Участь членів сім'ї безкоштовна.

Фаховий консультативний семінар “Патронаж та турбота під одним дахом” („Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“) є частиною психосоціальної підтримки в межах мережі компетентного піклування бундесверу (Kompetenz- und Fürsorgenetzwerkes der Bundeswehr). Проводиться під фаховим керівництвом психологічної служби в міждисциплінарній взаємодії з медичною, соціальною службами та служби духовної опіки за підтримки лоцманів (Lotsen) та іншого персоналу

військової частини. Військовослужбовці отримують протягом 7 днів семінару психологічну, духовну, соціальну, професійну та правову консультацію та патронаж.

Центр психотравми бундесверу запровадив мобільну пропозицію “Тренер ПТСР” (App “Coach PTBS”). Через інформацію та надання контактів військовослужбовцям пропонуються техніки розвантаження та вправи. Вони допомагають користувачам, що мали психічну травму в минулому, в якості “Терапевта в кишені” („Therapeut für die Hosentasche“). Військовослужбовці отримують інформацію про ПТСР, іншу інформацію про травми, професійну допомогу, лікувальні та консультативні пропозиції бундесверу[9].

Шляхом визначення юрисдикцій та заходів сформульована концепція “3 фази – 3 рівні – система”. Фази описують часові періоди, в яких проводяться заходи: підготовка до застосування (місії) (Einsatzvorbereitung); супровід застосування (місії) (Einsatzbegleitung) та підведення підсумків застосування (місії) (Einsatznachbereitung). Заходи та юрисдикції відповідно їх фахової глибини представлені трьома рівнями:

Рівень 1. Включає заходи самодопомоги та допомоги товаришів, які супроводжують поранених.

Рівень 2. Застосовуються фахові компетенції психосоціальної мережі бундесверу (PSN) щодо надання допомоги та підтримки.

Рівень 3. Об’єднує регіональні медичні напрямки бундесверу: психіатри, медичні та психологічні психотерапевти, психотерапевти у лікарнях.

Висновки. 1. Проведення заходів превенції дезадаптаційних виявів у військовослужбовців унаслідок перебування в зоні бойових дій є актуальним завдання психологічного забезпечення військових підрозділів.

2. Дезадаптаційні вияви військовослужбовців в зоні бойових дій можуть бути детерміновані чинниками бойової обстановки, особистісними чинниками та чинниками міжособистісної взаємодії. Особливо небезпечні вживання алкоголю, наркотиків, персонально спря-

мовані агресивні вияви поведінки (mobbing), що можуть призвести до небойових втрат, загибелі військовослужбовців.

3. Досвід провідних армій світу свідчить, що проблеми превенції дезадаптаційних виявів, психічних розладів та ПТСР необхідно вирішувати в комплексі медичного, соціального, духовного та психологічного забезпечення з використанням всього циклу підготовки, застосування та реадaptaції (реабілітації) військовослужбовців.

Подальші напрями досліджень: психологічна реадaptaція військовослужбовців як етап циклу застосування військових підрозділів; особливості психопрофілактики персонально спрямованих агресивних виявів поведінки (mobbing) у підрозділі під час підготовки до виконання завдань.

Список використаної літератури

1. Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. СПб. : Питер, 2007. 464 с.
2. Психологія бою: діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій: навчально-методичний посібник / А. М. Романишин, О. В. Бойко, Д. В. Богородицький та ін. Львів : НАСВ, 2015. 322 с.
3. Сучасний бій і його вплив на психіку воїнів (інформаційний довідник) / Литвиненко Е. С., Попович Є. П., Бойко О. В., Романишин А. М. К., ГУРОС Збройних Сил України, 2013. 44 с.
4. Peter Zimmermann (Hrsg) & Volker Eisenlohr (Hrsg) "Psychosoziale Belastungen. Eine Orientierungshilfe für Mitglieder des Psychosozialen Netzwerkes der Bundeswehr". Psychotraumazentrum am Bundeswehrkrankenhaus Berlin; 2015.
5. "Ausbildungshilfe Menschenführung, Belastungsmanagement". Zentrum Innere Führung, 2005
6. Zentrale Dienstvorschrift A-221/6 VS-NfD "Ausbildung zum Herstellen und Halten der Einsatzbereitschaft für militärisches Personal und Zivilpersonal im Soldatenstatus".
7. Rahmenkonzept "Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen".
8. Zentralerlass B-2640/30 „Lotsinnen und Lotsen für Einsatzgeschädigte“.

9. Zentrale Dienstvorschrift A-2662/1 "Psychosoziale Unterstützung in der Bundeswehr" (PSU Bw)

Рецензент – кандидат психологічних наук Сторожук Н. А.

Васильев С. П. К проблеме превенции дезадаптационных проявлений у военнослужащих в результате пребывания в зоне боевых действий

В статье обсуждается опыт проведения мероприятий превенции дезадаптационных проявлений у военнослужащих в результате пребывания в зоне боевых действий. Определен круг проблем, связанных с дезадаптационными проявлениями у военнослужащих в результате пребывания в зоне боевых действий и пути их решения благодаря мировому опыту. Акцентировано внимание на небоевых факторах возникновения дезадаптационных проявлений у военнослужащих ("мобинг"), позитивных последствий пребывания в зоне боевых действий ("посттравматический рост").

Ключевые слова: *адаптация, дезадаптация, превенция, посттравматический рост, мобинг.*

Vasiliev S. To the Problem of Prevention of Dead-Patient Behaviors at the Authorized Objectives of Residence in the Field of Malays of Action

Experience of conducting of measures of prevention of disadaptation's displays at servicemen as a result of stay in the area of operation's comes into question. The circle of the problems related to the disadaptation's displays in servicemen as combatant's and ways of their decision after world experience is definite. Attention is accented on the non-combat factors of origin of disadaptation's displays at servicemen ("mobing"), positive consequences of stay in the area of operation's ("posttraumatic growth").

Professional activity of servicemen involves performing official duties in extreme conditions of conducting military operations. In a combat environment as much as possible a welcome threat (a threat to life), psycho-emotional stress reaches its climax. The combat situation and its danger affect the growth of mental stress, which, depending on the individual

psychological characteristics of a person, can vary from mild excitement to paralyzing fear.

In a combat environment, the soldier faces two tasks: to survive and perform a combat mission. Often carrying out combat missions is the only way to survive. According to researchers, only 25 % of the soldiers on the battlefield adequately evaluate what is happening and deliberately use their weapons. The rest is divided into people in a state of excitement and in a state of fear. The first group is characterized by chaotic and useless actions, the second is paralyzed by fear. It is obvious that in 25 % of the personnel that is adequately acting, the likelihood of survival is much higher than that of the remaining servicemen who need psychological help.

Proceeding from the experience of conducting military operations in the East of Ukraine, Ukrainian military experts consider the combat stress of a combination of sub-reactive states experienced by servicemen in the process of adaptation to factors unfavorable to their vital functions, threatening vital values in conditions of combat environment. Thus, the analysis of literary sources shows that the problem of maladaptation during the stay in the combat zone was generally considered in the direction of studying the factors of combat stress and trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD), providing psychological and medical care to the victims.

Keywords: *adaptation, disadaptation, prevention, posttraumatic growth, mobing.*