

А.М. Романишин, О.В. Бойко, І.М. Гузенко

ПЕРВИННА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА І РЕАБІЛІТАЦІЯ В БОЙОВИХ УМОВАХ





**Академія сухопутних військ
імені гетьмана Петра Сагайдачного
79012, Україна
м. Львів, вул. Героїв Майдану, 32**

А.М. Романишин, О.В. Бойко, І.М. Гузенко

**ПЕРВИННА
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
І РЕАБІЛІТАЦІЯ
В БОЙОВИХ УМОВАХ**

Навчально-методичний посібник

Львів
Академія сухопутних військ
2014

Рецензенти:

Ю.М. Широбоков, кандидат психологічних наук, доцент;

Т.М. Мацевко, кандидат психологічних наук, с.н.с.

Романишин А.М., Бойко О.В., Гузенко І.М.

П 86 Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах: Навчально-методичний посібник/ А.М. Романишин, О.В. Бойко, І.М. Гузенко. – Львів: АСВ, 2014. – 140 с.

Матеріали навчально-методичного посібника дозволять військовослужбовцям підрозділів Сухопутних військ отримати ґрунтовні знання з питань профілактики бойових психічних травм, надання психологічної допомоги військовослужбовцям у ході ведення бойових дій.

ББК Ц 4.6 (4 Укр) 3

© А.М. Романишин, О.В. Бойко, І.М. Гузенко, 2014
© Академія сухопутних військ, 2014

Зміст

Перелік умовних скорочень	4
Передмова	5
Розділ 1. Бойові психічні травми і розлади у воїнів	
1.1. Чинники виникнення бойових психічних травм і розладів у воїнів	8
1.2. Ознаки бойових психічних травм і розладів	14
Розділ 2. Попередження та виявлення бойових психічних травм і розладів у воїнів	23
2.1. Діяльність командира підрозділу щодо попередження та виявлення бойових психічних травм і розладів у воїнів	23
2.2. Первинна допомога при отриманні воїном бойової психічної травми або гострого психічного розладу	35
- перед початком бойових дій	35
- під час бою	44
- після бою	61
2.3. Способи і засоби первинної психологічної реабілітації в бойових умовах	72
Післямова	84
Словник понять і термінів	85
Список використаної літератури	94
Додатки	99
Додаток А. Міссісіпський опитувальник для бойових ПТСР	99
Додаток Б. Сни про війну, непрохані спогади, спалахи люті та подолання їх наслідків	101
Додаток В. Психотерапевтичний метод “Десенсибілізація і переробка руху очей” (ДПРО)	108
Додаток Д. Особливості самопомоги при ПТСР	117
Додаток Е. Фармакологічні засоби для управління психічними станами військовослужбовців	118
Додаток Ж. Вправи самомасажу	131

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БПТ	– бойова психічна травма
БПТС	– бойовий посттравматичний синдром
ДПРО	– десенсибілізація переробки руху очей
ГПР	– гострий психічний розлад
МПЗ	– морально-психологічне забезпечення
ПТС	– посттравматичний синдром
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
ЦНС	– центральна нервова система

Передмова

Під час написання посібника авторами творчо використано поради тих військовослужбовців, які беруть безпосередню участь у проведенні Антитерористичної операції, методичні розробки з питань профілактики бойових психічних травм, надання психологічної допомоги військовослужбовцям у ході ведення бойових дій, матеріали військових засобів масової інформації як України, так і інших держав, а також інтернет-ресурси.

Посібник складений науково-педагогічними працівниками кафедри морально-психологічного забезпечення діяльності військ Академії сухопутних військ ім. гетьмана П. Сагайдачного.

Автори-укладачі просять ставитися до них й до посібника толерантно. Вони із вдячністю приймуть будь-які пропозиції та критичні зауваження від тих, хто ознайомиться із посібником. Усе це буде враховано при роботі над наступними його виданнями.

Ст. 507. Морально-психологічне забезпечення організовується в усіх видах бойових дій. **Заходи морально-психологічного забезпечення командир взводу (відділення, екіпажу) здійснює особисто** на основі рішення з морально-психологічного забезпечення командира роти і вказівок заступника командира роти з виховної роботи (по роботі з особовим складом).

Командир взводу (відділення, екіпажу) особисто відповідає за ефективність проведення заходів морально-психологічного забезпечення; щоденно доповідає командирові роти та його заступнику (по роботі з особовим складом) про виконання завдань морально-психологічного забезпечення та морально-психологічний стан особового складу, його готовність до бою.

*Бойовий статут Сухопутних військ
Збройних Сил України, частина III*

Ст. 694. Психологічне забезпечення – це комплекс заходів щодо формування, підтримання та відновлення в особового складу психологічних і психофізіологічних якостей, які забезпечують високу психологічну стійкість військовослужбовців, готовність виконувати бойові завдання в будь-яких умовах обстановки.

Психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців, які отримали бойові психогенні травми та розлади, здійснюється як безпосередньо у підрозділах (шляхом само- чи взаємодопомоги силами особового складу підрозділів), так і в пункті психологічної допомоги та реабілітації бригади при тісній взаємодії із спеціалістами медичної служби.

*Бойовий статут Сухопутних військ
Збройних Сил України, частина III*

Ст. 514. Первинна психологічна допомога і реабілітація військовослужбовців, що отримали психічні травми, здійснюється безпосередньо в підрозділі. Надання допомоги військовослужбовцям, що отримали бойові психічні травми, та їх евакуація здійснюється у тісній взаємодії з фахівцями медичної служби.

*Бойовий статут Сухопутних військ
Збройних Сил України, частина II*

“Бойовий дух – це коли ваші руки і ноги роблять те, у що ваш розум відмовляється повірити”.

*Невідомий солдат
II Світової війни*

“Солдатів треба загартувати психологічно, щоб тяжкі умови війни не змогли відволікати їх від досягнення поставленої мети. Втома, нестаток сну, убогі пайки, погані погодні умови та інші труднощі не повинні послаблювати рішучість знайти і знищити ворога”.

*Генерал Леслі Дж. Макнейр,
цитуються з книги Г.Кана
“Макнейр, наставник армії” (1969 р.)*

“Для необстріляного піхотинця найбільш загрозливою особливістю поля бою є те, що воно запрошує його до смерті, якої він зовсім не прагне. Нормальна людина може загартувати свій дух в достатній мірі, щоб не боятися випадкової смерті.

Страшніше за все, що поле бою порожнє. Там немає людської товчучки. Там непомітно, або майже непомітно, ознак будь-якої діяльності. Над усім полем стоїть велика тиша, яка здається більш загрозливою, чим рідкі перестрілки.

Від цієї порожнечі застигає кров в жилах людини, а у горлі стоїть тугий клубок. Саме ця порожнеча паралізує її. Дрібні небезпеки, з якими вона стикалася у попередньому мирному житті, завжди складалися з почуттів хвилювання і захвату. Тепер прийшла справжня небезпека, але людина не відчуває ні захвату, ні приємних хвилювань”.

*Бригадний генерал Семюел Л.Е. Маршалл,
“Люди проти вогню” (1947 р.)*

“Бойовий дух формується у солдатів з трьох джерел: почуття, що вони роблять важливу справу, усвідомлення того, що вони добре підготовлені до своєї роботи, і відчуття того, що їх гарна робота оцінюється по заслугах”.

*Генерал-лейтенант Брюс К. Кларк,
“Солдати”, №3 (1985 р.)*

БОЙОВІ ПСИХІЧНІ ТРАВМИ І РОЗЛАДИ У ВОЇНІВ



1.1. Чинники виникнення бойових психічних травм і розладів у воїнів

Підрозділи Сухопутних військ упродовж тривалого часу беруть участь у безперервних бойових діях в особливих та екстремальних умовах. **Безперервні бойові дії** – це бойові дії, які продовжуються на високому рівні напруженості протягом тривалого часу. Упродовж безперервних дій командири підрозділів і солдати повинні мислити, приймати рішення і діяти швидше, ніж ворог. Командири підрозділів зобов'язані знати наміри і задуми вищих і молодших командирів (сержантів). Вони повинні бути здатними діяти безпосередньо і синхронно, хоча ситуація й обстановка можуть стрімко змінюватися, а комунікації руйнуватися. Цей безперервний цикл денних і нічних дій буде постійно пов'язаний із впливом бойових чинників, що знижуватиме ефективність дій командирів підрозділів та їх підлеглих на якийсь час. Командирам необхідно вживати заходів щодо зменшення цього впливу.

Безперервні бойові дії змушують командирів підрозділів і солдатів виконувати обов'язки за несприятливих умов, формують відповідну поведінку і викликають помилки в бойовій роботі і, можливо, призводять до виникнення **бойового стресу**.

Насправді **стрес** – це звичний для організму людини стан, викликаний будь-якими неочікуваними впливами (внутрішніми чи зовнішніми) на його функціонування. Більшість таких стресових станів для організму ніякої загрози не становлять і є навіть корисними в якості активаторів. Але якщо такий вплив стає надмірним (за силою чи тривалістю) – тоді й настає стан, який більшість з нас називає стресом, а правильно було б говорити – “дистрес”, який негативно впливає як на організм, так і на психіку людини.

У бойових умовах перебування психіки під постійним впливом негативних стресових чинників може перерости у **бойову психічну травму** з тяжкими наслідками для здоров'я людини. Посттравматичний синдром, як показує досвід участі бійців у воєнних конфліктах в

Афганістані, Іраку, Чечні, Ізраїлі, має негативні прояви у психіці воїна впродовж всього життя, через багато років після закінчення війни.

Наголошуємо, що бойова діяльність військовослужбовців відбувається в особливих і екстремальних умовах. Командир підрозділу повинен чітко уявляти критерії психологічної готовності особового складу до дій в особливих, і, перш за все, в екстремальних умовах. Умови, що висувають підвищені вимоги до військовослужбовця, називаються **особливими умовами службової діяльності**. До таких умов відносяться:

- робота в унікальних умовах, що пов'язані з небезпекою для життя;
- висока відповідальність за рішення, що приймаються;
- ускладнення виконуваних функцій;
- збільшення темпу діяльності;
- монотонність роботи в умовах очікування сигналу до екстремальних дій;
- суміщення різних за цілями дій в одній діяльності (так звана суміщена або роздвоєна діяльність);
- опрацювання великих обсягів і потоків інформації (так зване перевантаження інформацією);
- дефіцит часу на виконання необхідних дій тощо.

Особливі умови службової діяльності військовослужбовців, що висувають підвищені вимоги, є приводом помилок і зривів у службі, у виконанні функціональних обов'язків, незадовільно впливають на працездатність людини, стан її здоров'я, психічний і психофізіологічний стани.

Умови службової діяльності завжди пов'язані з впливом **екстремальних чинників** або виникненням **екстремальних ситуацій**. Залежно від ступеня періодичності, частоти їх виникнення і тривалості розрізняють такі:

1. Особливі умови службової діяльності, що відповідають тим ситуаціям, коли діяльність пов'язана з епізодичними діями екстремальних чинників.

2. Екстремальні умови службової діяльності (як крайня форма особливих умов), пов'язані з постійною дією екстремальних чинників.

Кількісний показник, що відрізняє особливі умови від екстремальних, у військовій психології поки що не визначений.

Сутність особливих і екстремальних умов така, що вони існують об'єктивно й їх принципово неможливо змінити, що виключає

можливість активного впливу на них і створення для особового складу функціонального комфорту.

Діяльність військовослужбовців в особливих та екстремальних умовах вивчається командирами підрозділів шляхом аналізу взаємозв'язків тріади таких параметрів: *характеристика екстремальних факторів (зовнішні умови діяльності); психологічні стани і властивості особистості (внутрішні умови діяльності); показники (результати) діяльності.*

У бойовій обстановці психіка воїна піддається безлічі різноманітних впливів. Одні з них сприяють мобілізації та концентрації його фізичних і духовних можливостей, підвищенню бойової активності, сміливості, самовідданості. Інші навпаки, дезорганізують бойову діяльність воїна, блокують доступ до наявних резервів організму, погіршують роботу нервової системи і психіки. Треті не здійснюють помітного впливу на бойову поведінку.

Для військової психології важливо знати, які з цих впливів і яким чином визначають психологічні реакції, стани та дії військовослужбовців у бою. Дослідженням таких чинників психологи займаються давно. Аналіз психологічних досліджень бойових дій у війнах минулих століть і ХХІ ст. дозволив виділити дві групи чинників, що впливають на бойову діяльність військ, – *зовнішні і внутрішні*. У свою чергу, *зовнішні* чинники поділяються на *соціальні, бойові й еколого-ергономічні*.

Соціальні чинники здійснюють вирішальний вплив на воїнів у бойовій обстановці, оскільки служать основою для формування загальних соціальних мотивів їх поведінки і бойових установок.

Бойові чинники – це широкий спектр змінних, що визначають ті або інші реакції, стан, поведінку воїнів у бою. Дані психологічних досліджень дозволили виявити особливу дієвість таких бойових чинників, як вид, умови й інтенсивність бойових дій, особливості використовуваної зброї, надійність засобів захисту, часові, природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін.

Еколого-ергономічні чинники відображають специфіку впливу зовнішніх (природно-географічних, погодно-кліматичних, техніко-технологічних) обставин і режиму бойової діяльності (тривалість, режим, частота зіткнень із противником, ергономічність бойової техніки, ступінь ізольованості від головних сил тощо) на психологічний стан протидіючих сторін. Вони обумовлюють ступінь

задіяності психіки військовослужбовця у процесі виконання бойових завдань. Знайомі умови і звична діяльність, добре засвоєні способи бойової поведінки дозволяють воїнам діяти на полі бою з переважним використанням підсвідомості (автоматизмів, навичок, закріплених у підсвідомості моделей), із мінімальним залученням свідомості й емоцій. І навпаки, незнайомі обставини і незасвоєні прийоми бойової діяльності обумовлюють необхідність постійного включення свідомості, виникнення негативних емоційних переживань, що знижує ефективність дій військовослужбовця.

До *внутрішніх чинників* належать психофізіологічні і психологічні чинники.

Серед *психофізіологічних чинників*, що визначають характер поведінки військовослужбовців, важливе значення має тип нервової системи.

Прийнято розрізняти три типи нервової системи: *сильний, слабкий і середній*. Сьогодні відомо, що обстановка ескалації негативних чинників бою викликає серйозні психологічні розлади, що вимагають медичної допомоги і, отже, повну втрату боєздатності на певний час у воїнів із слабким типом нервової системи (серед військовослужбовців їх близько 15%). В аналогічних умовах воїни з середнім типом нервової системи (таких близько 70%) знизять активність бойових дій лише на короткий час. Воїни з сильним типом нервової системи (їх приблизно 15%) не піддаються відчутному психотравмуючому впливу складної обстановки.

Воїни сангвінічного темпераменту в складних умовах рішення ухвалюють швидко і діють сміливо. У разі невдачі вони втрачають рішучість лише на короткий час і швидко приходять в норму. Особи холеричного темпераменту виявляють сміливість і рішучість переважно у стані емоційного підйому. В стані занепаду сил вони здатні піддаватися несвідомому страху. Люди флегматичного темпераменту діють активно і сміливо тоді, коли ретельно підготовлені до виконання бойового завдання. Вони володіють стабільністю емоційних переживань, завзятістю і витримкою. Воїни меланхолійного темпераменту здатні виявляти рішучість й активність протягом короткого часу і при подоланні незначних труднощів.

Спостереження за діями воїнів у бойовій обстановці та в інших екстремальних ситуаціях показують, що їх поведінка великою мірою залежить від типу темпераменту.

Командир підрозділу повинен знати, що в тих самих умовах різні військовослужбовці будуть діяти якісно, але по-різному (табл. 1.1).

Серед внутрішніх чинників значення мають **особистісні характеристики**. Вони класифікуються так:

- рівень загального інтелекту військовослужбовця (інтелектуальна гнучкість, загальна обізнаність, пізнавальна гнучкість, практичне і критичне мислення, координація здібностей);
- рівень особистісної стабільності (надійність, опір до стресу, упевненість у собі, вміння діяти в команді, комунікативні здібності);
- відсутність напруженості, тривожності і психопатологічних симптомів;
- психодинамічні властивості військовослужбовців (емоційна нестійкість, тривожність, переважаюча орієнтованість людини у діях на зовнішній або внутрішній світ тощо).

Таблиця 1.1

Зовнішні (об'єктивні) та внутрішні (суб'єктивні) чинники, що впливають на безперервні бойові дії воїнів

№ з/п	Назва групи чинників	Зміст чинників
1.	Зовнішні (об'єктивні) чинники	Умови середовища (проживання, діяльності): Шуми, вібрації, різного роду випромінювання, температурні умови, кліматичні умови, радіація тощо Соціальні умови: Рішення керівництва держави, командування збройними силами, підтримка народу армії тощо
2.	Внутрішні (суб'єктивні) чинники	Умови професійної діяльності: Гіподинамія (порушення функцій організму (опорно-рухового апарату, кровообігу, дихання, травлення), яка сталася через обмеження рухової активності, зниження сили скорочення м'язів), монотонія (функціональний стан людини, що виникає при однонамітній роботі), невагомість, суміщення дій, безперервність діяльності, значні фізичні навантаження, різна завантаженість, дії командування з управління підрозділом, адекватність (неадекватність) рішень командирів тощо Інформаційні чинники: Дефіцит часу, перевантаження інформацією, недостатня поінформованість, наявність перешкод, сенсорний голод, миттєва зміна обстановки тощо Психофізіологічні чинники: Раптовість, небезпека, тривога, страх, емоційна виснаженість (вигорання), безпечність, неухважність, безсоння, недостатність сну, незадоволення фізіологічних потреб тощо

Діяльність військовослужбовців у бойовій обстановці настільки насичена емоційними переживаннями, що **емоційна напруга вважається** однією з характерних особливостей військової праці (табл. 1.2). Вплив на психіку людини на війні здійснюється безліччю чинників. Солдатів випробовує під час бою фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Таблиця 1.2

Чинники, що викликають напруженість, та шляхи їх подолання

Чинники напруги	Шляхи їх подолання
Загроза життю	Знання обстановки і можливих засобів захисту. Накопичення досвіду емоційно-вольової поведінки. Моделювання ризику
Відповідальність за виконання завдання	Накопичення досвіду емоційно-вольової поведінки
Дефіцит інформації або "засмічення" нсю	Набуття досвіду вирішення завдання при несповних даних в умовах невизначеності. Передбачення можливих змін обстановки. Створення перешкод в умовах тренування
Дефіцит часу	Обмеження часу на прийняття рішення. Суворе дотримання нормативів (стандартів) діяльності. Автоматизація окремих компонентів діяльності. Оволодіння узагальненими способами дій. Перехід від примусового до самостійно регульованого темпу
Соціально-психологічна і сенсорна ізоляція	Надання людині ініціативи і самостійності при вирішенні завдань. Моделювання у процесі підготовки умов ізоляції
Міжособистісна сумісність	Покращення згуртованості, злагодженості, сумісності і когерентності (збереження характеристик) військових колективів (вогневих, бойових команд)

Найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є **постійна загроза життю** військовослужбовця. В умовах цієї загрози він вимушений діяти і, цілком природно, постійно реагує на неї. Ця реакція проявляється через почуття страху, що повторюється. Усе це, за певних умов, може зломити психічний опір організму, призвести до емоційного зриву.

Відомо також, що якщо стресові умови впливають на військовослужбовця під час його тривалого перебування у бойовій обстановці, то у нього може виникнути **психологічне виснаження**. Постійна напруга накопичується на основі страху смерті й інстинкту самозбереження. **Почуття страху у бою є природним для будь-якої людини**. Переживання страху є нормальною реакцією людини на чинники, що його викликають.

Емоційна напруженість, під якою розуміється психічний стан, характеризується тимчасовим зниженням психічних і психомоторних функцій, пониженням професійної працездатності та відчутно позначається на поведінці людей у бою.

Причинами емоційної напруженості можуть бути:

- невідповідність військовослужбовця до виконання конкретного завдання і невпевненість, що з'являється у зв'язку з цим, у власних можливостях;
- спогади про пережиту емоційну напругу в попередніх боях;
- невпевненість особового складу в засобах захисту;
- невпевненість особового складу в надійності озброєння і техніки;
- невпевненість особового складу в компетентності командирів (начальників), недовіра до рішень і дій командування;
- нерозуміння цілей бойових дій, завдань, які стоять перед підрозділом, відсутність правдивої інформації про обстановку;
- надмірне почуття відповідальності;
- низький авторитет командирів серед особового складу;
- негативний психологічний вплив командирів на особовий склад, відсутність методики впливу;
- відсутність справжніх лідерів у підрозділі, заміна їх негативними "токсичними" лідерами;
- психологічна несумісність, що створює напружені стосунки між воїнами;
- відсутність згуртованості, злагодженості, взаємовиручки, бойового братства, довіри до товаришів, їхня ненадійність;
- постійний інформаційно-психологічний вплив противника, залякування, дезінформація тощо.



1.2. Ознаки бойових психічних травм і розладів

При неможливості організму адаптуватися до психічних стресів та обставин, що виникли під їх впливом, і виникають психічні розлади.

Основою більшості психічних травм є **виснаження психіки військовослужбовців, слабкість їх нервової системи**. Звичайний режим бойової діяльності в результаті цього стає надважким. Навантаження, яке раніше легко переносилось воїном, вже в перші

години викликає почуття втоми, слабкість, насилу вдається зосередитися. Військовослужбовці стають дратівливими, невгамовними, конфліктними у взаємовідносинах з товаришами і колективом. Звичайна мова оточення здається до неприємності гучною, світло – дуже яскравим, відзначається слабкість процесів, що стримують людину від негативних вчинків.

Кожний командир підрозділу повинен враховувати, що основою більшості психічних травм є **хронічне психо-нервово-фізичне перенапруження**, характерне для бойової обстановки.

У бойових умовах військовослужбовці з таким станом можуть явно нехтувати власною безпекою, проявляти "байдужість" до долі своїх бойових товаришів, а іноді і здаватися в полон, припиняючи опір, коли, здавалося б, є усі засоби для продовження успішної боротьби із супротивником.

Нерідко порушення психічної рівноваги у військовослужбовців спричиняє стан надбаворості, ейфорії, балакучості і непродуктивної діяльності. В силу своєї некритичності і нездатності реально оцінити навколишнє оточення і власні можливості, військовослужбовці часто здійснюють помилки у досить простих ситуаціях, що несприятливо позначається на діях бойових розрахунків, екіпажів, відділень, груп або інших невеликих підрозділів.

Відомо, що бойова обстановка вимагає від людини величезної психоемоційної напруги, значних витрат нервової системи, для якої багато емоцій є найсильнішим подразником, що впливає як безпосередньо на неї, так і побічно – через найважливіші органи і системи організму (серце, легені, шлунок, надниркові залози, печінку, щитоподібну залозу тощо).

Одночасність впливу безлічі психотравмуючих чинників бою (стресорів), зазвичай, виводить з рівноваги нервову систему. У будь-якої здорової людини є межа фізіологічної витривалості по відношенню до психогенних негативних чинників і, коли ця межа пройдена, може розвиватися **психічний розлад**.

Що ж відбувається в організмі людини під впливом стресу?

По-перше, під впливом стресора в корі головного мозку формується інтенсивний стійкий осередок збудження, так звана **ДОМІНАНТА**, яка підпорядковує собі всю діяльність організму, всі вчинки і помисли людини.

По-друге, слідом за появою домінанти розвивається особлива ланцюгова реакція, збуджується одна з глибинних структур мозку – гіпоталамус, що змушує сусідню особливу залозу гіпофіз, розташований на нижній поверхні головного мозку, збільшити

виділення адренокортикотропного гормону (АКТГ). Під впливом АКТГ наднирники виділяють в кров у великій кількості такі гормони, як адреналін, норадреналін та інші фізіологічно активні речовини, так звані гормони стресу.

Гормони стресу у свою чергу викликають багатосторонній ефект:

1) серце починає скорочуватися частіше і сильніше (пригадаємо, як воно “вискакує” з грудей від страху, хвилювання, гніву);

2) кров'яний тиск підвищується, ось чому може розболітися голова, виникнути серцевий напад, частішає подих);

3) кровоносні судини розширюються;

4) зміст лейкоцитів у крові збільшується, тобто здійснюється цілий ряд фізіологічних зрушень в організмі, що сприяють підвищенню його енергетичних можливостей і успішності виконання складних і небезпечних дій. У підсумку організм адаптується до нових умов зовнішнього середовища й підготовляється до інтенсивного м'язового навантаження.

Виділяється адреналін, який називають “гормоном кролика”. Він виділяється переважно у “червонолицих” людей (в критичні хвилини одні люди червоніють, а інші бліднуть), і тому вони завжди тремтять від страху і мучаться дурними передчуттями. У “блідолицих” людей виділяється переважно норадреналін – “гормон лева”, який породжує в людині агресивність, гнів, витривалість.

Основні симптоми психічних розладів, отримані безпосередньо на полі бою або при тривалій участі у бойових діях, наведені (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Симптоми психічних розладів, отримані воїнами безпосередньо на полі бою або при тривалій участі у бойових діях

Поведінка	Психічний рівень	Тілесний рівень
ГІПЕРАКТИВНА ФОРМА:		
метушня у пошуках укриття, буйство, істеричний сміх або плач, крики у поєднанні з підвищеною активністю, дратівливість і злість, агресивність до оточення	нездатність концентрувати увагу, часткова або повна втрата пам'яті, утруднення запам'ятовування інформації, підвищена чутливість до шуму, світла і запаху	послаблення зору і слуху, часте сечовипускання, розлад шлунку (діарея), прискорене, переривчасте дихання, порушення циркуляції крові, що призводить до анемії ступень ніг і п'ястей рук

Продовження табл. 1.3.

Поведінка	Психічний рівень	Тілесний рівень
ЗАГАЛЬМОВАНІСТЬ:		
стан ступору, апатія, загальмованість рухів, непригомі стани	порушення логіки і швидкості мислення, порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій, послаблення волі, зорові і слухові галюцинації	сильна напруга м'язів, прискорене серцебиття, болі, що давлоть, в ділянці серця і в грудній клітці, болі в попереку, болі хірургічних шрамів, старих ран, неконтрольоване слиновиділення
ЗАГАЛЬНІ СИМПТОМИ:		
лякливність, регрес віку (дитячі реакції), незв'язне мимрення, сильне тремтіння (тремор) тощо		

Цей список симптомів не вичерпує їх переліку. У кожному випадку конкретні прояви **бойових психічних травм (БПТ)** багато в чому залежать від умов бою, індивідуально-психологічних і групових особливостей особового складу, ситуацій, в яких вони перебувають, тощо (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Коротка характеристика ситуативних поточних станів військовослужбовців, що впливають на ефективність діяльності у небезпечних ситуаціях

Стани	Основні поведінкові ознаки
Знижена активність, тривожність, страх, депресія	Військовослужбовці стоять або сидять, без рухів, без розмов. Обличчя байдуже
Підвищена активність або супермобілізованість	У військовослужбовців спостерігається швидке мовлення, схильність до спорів і суперечок, виконання непотрібної, безглуздої роботи, метушливість, “перестрибування” з однієї діяльності на іншу, надання оточуючим багаточисленних порад
Індивідуальна паніка	Військовослужбовець схильний до немотивованої поведінки, ухилення від виконання посадових обов'язків, нескординованих дій, уникнення, зникнення, втечі
Гостра втома	У військовослужбовців з'являються погіршення уваги, пам'яті, мислення, зниження працездатності, погіршення самоконтролю, витримки, скарги на втомленість і неможливість ефективно виконувати функціональні обов'язки
Перевтома	Поведінка військовослужбовців характеризується посиленням ознак гострої втоми, скутістю рухів, роздратуванням або відсутністю інтересу до діяльності і завдань, апатією, виникненням хворобливого відчуття, головного болю і запаморочення, розладами сну

В окрему групу можна виділити так звані **посттравматичні стресові реакції** (ПТСР), що виникають через деякий час. До **основних симптомів цих розладів** відносяться:

а) сні, що повторюються, і нав'язливі спогади про психотравмуючі події, які іноді асоціюються з якими-небудь вчинками, подіями тощо;

б) прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, які можуть нагадати психотравмуючі обставини; нездатність відтворити в пам'яті події, супутні психотравмуючій ситуації; втрата інтересу до значимих раніше форм життєдіяльності (наприклад, до спорту); відчуття "укороченого майбутнього", нездатність співчувати іншим людям, до сімейного життя;

в) труднощі засинання і порушення сну, спалахи гніву й агресії щодо інших людей або предметів, послаблення пам'яті і труднощі концентрації уваги, постійна підвищена настороженість.

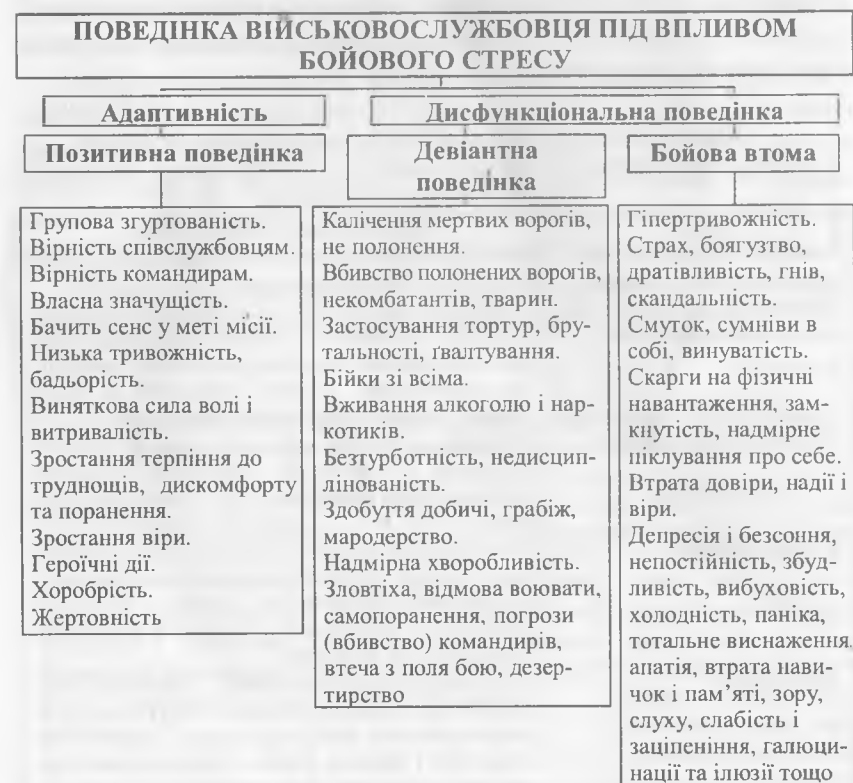


Рис. 1.1. Поведінкові ознаки під впливом бойового стресу

При визначенні людей з психічною травмою і тих, які потребують психологічної реабілітації, командири підрозділів повинні бути спроможними розрізняти за індивідуальними зовнішніми ознаками наявність і ступінь психічних розладів.

Однією з найбільш характерних ознак психічного розладу, що свідчить про психічну травму, є **збудження** (мовленнєве, рухове, психічне). Розгубленість, тривога, страх, марення також дозволяють припустити наявність нервово-психічного зриву (рис. 1.1).

У таблиці 1.5 наведені ступені перевтоми особового складу та її симптоми.

Таблиця 1.5

Ступені перевтоми особового складу

Симптоми	Ступені перевтоми			
	I – початкова	II – легка	III – виражена	IV – тяжка
Зниження дієздатності	мале	помітне	виражене	різке
Поява втоми при навантаженні, що раніше не проявлялося	при посиленні навантаження	при звичайному навантаженні	під час полегшеного навантаження	при будь-якому навантаженні
Компенсація дієздатності вольовим зусиллям	непотрібна	повністю	неповністю	незначна
Емоційні зсуви	іноді зниження інтересу до роботи	часом нестійкість настрою	роздратованість	пригнічений стан, різке роздратування
Розлад сну	тяжко засинати або просинатися	набагато тяжче засинати або просинатися	сонливість вдень	безсоння
Зниження розумової працездатності	немає	тяжко зосередитися	іноді забудькуватість	помітне послаблення уваги і пам'яті
Психологічні заходи				
Види заходів	упорядкованість розпорядку діяльності, фізичного навантаження і відпочинку	чергова відпустка	необхідність пришвидшення чергової відпустки і відпочинку	лікування

Отже, БПТ є наслідком сильного переживання воїном стрес-чинників бойової обстановки, яка викликає тимчасовий розлад психіки, що призводить до часткової або повної втрати боєздатності. Повністю уникнути БПТ серед військовослужбовців у бойовій обстановці неможливо, проте за допомогою психопрофілактичних заходів, через своєчасне надання психологічної допомоги можна понизити відсоток психологічних втрат.

У таблиці 1.6 наведені індикатори позбавлення сну і втоми військовослужбовців.

Таблиця 1.6

Індикатори позбавлення сну і втоми військовослужбовців

Індикатори	Зміст індикаторів
Фізичні зміни	Коли військовослужбовець стоїть, то тіло коливається. Відсутність пильності і в погляді. Бліда шкіра. При доповіді ковтає слова. Очі налиті кров'ю
Зміни настрою	Менш енергійний, відсутність пильності і бадьорості. Втрата інтересу до оточуючих. Можливий пригнoblений настрій (або апатичний і дратівливий)
Вранішня депресія	Прикладати зусилля для виконання завдань краще вранці, ніж у післяобідній час (особливо між 15.00-18.00)
Проблеми комунікації	Не бажає і не може вести бесіду. Забудькуватість. Невиразність мови
Труднощі обробки інформації	Повільне розуміння і сприйняття. Труднощі сприйняття простих ситуацій. Довша витрата часу на пояснення інформації
Сповідальний діапазон уваги	Зменшена пильність. Неякісне виконання шаблонних дій. Зменшений діапазон уваги. Короткострокова втрата пам'яті. Нездатність до концентрації

У таблицях 1.7 та 1.8 наведені результати залежності працездатності військовослужбовців від тривалості сну та очікувана реакція організму на брак сну.

Таблиця 1.7

Залежність боєздатності військовослужбовців від тривалості сну

Тривалість сну, годин	Стан боєздатності
0	Зберігається боєздатність до виконання бойових завдань протягом 3 днів. На 4-й день особовий склад небоєздатний
0,5	Боєздатність зберігатиметься 3,5-4,5 діб
1,5	У 50% військовослужбовців боєздатність зберігається протягом 6 днів. На 7-й день 50% особового складу небоєздатний
3	У 91% воїнів боєздатність зберігається 9 днів
4	У 93% воїнів боєздатність зберігається 12 днів. Мінімальна щодобова норма для солдатів
5	У 96% воїнів боєздатність зберігатиметься протягом 90 днів
6	Обов'язкова норма сну для командира. В офіцера, який приймає рішення, брак сну швидше провокує розвиток бойової втоми
7-8	98% особового складу перебуватимуть в оптимальному м'язовому тонусі протягом тривалого часу

Таблиця 1.8

Реакція організму військовослужбовця на брак сну

Час втрати сну	Ефекти втрати сну
через 24 год.	Погіршення виконання завдань, неадекватне їх сприйняття, монотонність, втрата пильності
через 36 год.	Погіршення здатності розуміти інформацію, що надходить
через 72 год.	Виконання більшості завдань складає тільки 50% від звичайної норми
від 3-х до 4-х днів	Межа для інтенсивної професійної, розумової і фізичної діяльності. Можуть бути візуальні ілюзії
Щоденно, між 03.00 до 06.00	Працездатність організму людини на найнижчому рівні

Командиру підрозділу треба завжди пам'ятати: по-перше, важкі умови бойової обстановки характеризуються значною кількістю психотравмуючих чинників, які, впливаючи на організм військовослужбовця, його нервову систему, призводять до великої кількості психічних розладів, істотно знижуючи боєздатність особового складу.

По-друге, необхідність заповнення втрат, збереження боєздатності підрозділів і частин зобов'язує передбачати відновлення психічної рівноваги у легкотравмованих і легкопоранених військовослужбовців безпосередньо в умовах військової частини (підрозділу), а також правильно визначати доцільність і своєчасність

евакуації особового складу для надання спеціалізованої психологічної допомоги у військових лікувальних установах.

По-третє, якісне та ефективне вирішення цих завдань значною мірою визначатиметься знанням командирами усіх рівнів індивідуально-психологічних особливостей підлеглих, усвідомленням механізму виникнення психічних травм, розумінням основ психологічної реабілітації, навичками її організації і здатністю управляти системою реабілітаційних заходів у бойовій обстановці.

Успішному вирішенню цих завдань служить психологічна підготовка, психологічна допомога та реабілітація, що є складовими частинами морально-психологічного забезпечення діяльності військ. Саме вони сприяють відновленню психічного здоров'я і боєздатності військовослужбовців.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ВИЯВЛЕННЯ БОЙОВИХ ПСИХІЧНИХ ТРАВМ І РОЗЛАДІВ У ВОЇНІВ



2.1. Діяльність командира підрозділу щодо попередження та виявлення бойових психічних травм і розладів у воїнів

Під впливом зовнішніх факторів і залежно від особистісних характеристик у військовослужбовця формуються ті або інші психічні стани. Їх інтегральна характеристика в конкретних умовах службової діяльності називається **функціональним станом**. Функціональний стан військовослужбовця – це характеристика його психічного стану з точки зору ефективності функцій, що ним виконуються, і задіяних у цьому систем організму за критерієм надійності і внутрішньої ціни діяльності.

Функціональний стан військовослужбовця показує, наскільки він готовий до виконання тої чи іншої діяльності, чи достатньо для цього резервів організму і наскільки вони надійні.

Основними видами функціональних станів військовослужбовців є:

1) стан оперативного спокою, що характеризує готовність військовослужбовця до виконання діяльності, але не відображає її специфіку;

2) стан адекватної мобілізації військовослужбовця, що включився в діяльність (при цьому зміни, що відбуваються в організмі, адекватні його діяльності);

3) стан динамічного неузгодження, що виникає у тому випадку, коли відповідь організму неадекватна навантаженню або психофізіологічна відповідь перевищує актуальні можливості військовослужбовця. Характерним видом динамічного неузгодження, що виникає в екстремальних умовах, є стрес. Момент переходу від стану адекватної мобілізації до стану динамічного неузгодження визначає стійкість військовослужбовця до стресу, або, іншими словами, **стресостійкість**.

Третя характеристика тріади – **результат діяльності**. Він оцінюється кількісними й якісними показниками, за допомогою яких відбувається співставлення результату або цілі діяльності. Залежно від цього командири підрозділів оцінюють, чи досягнуті цілі діяльності, чи ні.

Основними показниками результативності (ефективності) професійної діяльності військовослужбовців є **продуктивність, якість і надійність**. Між ефективністю службової діяльності і функціональним станом військовослужбовця існує складний діалектичний взаємозв'язок: виникаючи і розвиваючись у діяльності, функціональний стан суттєво впливає, а в екстремальних умовах визначає характеристики діяльності особового складу підрозділу. На рис. 2.1 показано схему психологічного вивчення командиром підрозділу діяльності особового складу в екстремальних умовах.

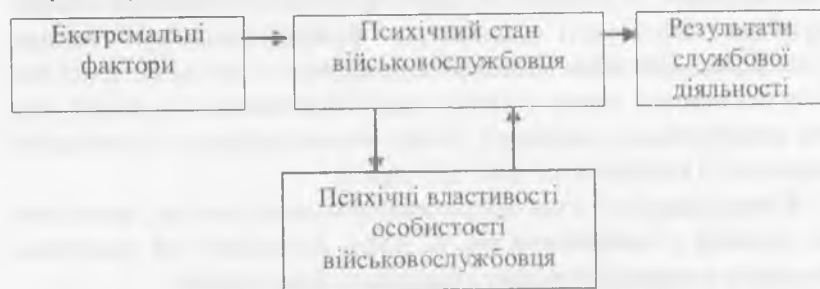


Рис. 2.1. Психологічне вивчення командиром підрозділу діяльності військовослужбовців в екстремальних умовах

Управління бойовими стресами – це нерідко вирішальний чинник, різниця між перемогою і поразкою у всіх формах збройної боротьби. Стресори – це фактори бою, і військовослужбовці будуть стикатися з ними. Керований бойовий стрес (коли належним чином відбувається поєднання навчання, практичних дій і процесу командування особовим складом, управління боєм) надає професійній діяльності необхідної пильності, прояву сили волі військовослужбовців у досягненні виконання завдань і поставлених цілей. Керований бойовий стрес може викликати в особового складу жертовність, самовідданість і героїзм. З іншого боку, безконтрольний бойовий стрес може викликати нестабільну, непередбачливу або шкідливу поведінку, яка руйнує або заважає виконанню поставлених завдань. Безконтрольний бойовий стрес може ослабити спільну бойову роботу і, можливо, принести ганьбу, полонення, смерть і поразку.

Будь-яке командування прагне нав'язати стільки стресових факторів ворожим солдатам, щоб вони почали втрачати свою волю до боротьби. Для досягнення перемоги в діях бойовий стрес повинен управлятися.

Відповідальність за контроль впливу зовнішніх і внутрішніх бойових стрес-чинників на особовий склад вимагає від командирів підрозділів організації безперервної взаємодії як з кожним окремим військовослужбовцем, так і між ними. Організація контрольованого впливу бойового стресу на військовослужбовців також включає діяльність медичного персоналу та офіцерів-психологів (структур по роботі з особовим складом). Така взаємодія реалізується через молодших командирів (сержантів) і замикається на командирів (начальників) на всіх рівнях управління, як тактичного, так і оперативного-тактичного.

Підготовка підрозділу повинна відбуватися на реалістичному фоні майбутніх бойових дій. Навчання особового складу підрозділу повинно ґрунтуватися на одиночній підготованості кожного військовослужбовця, зокрема на сформованості його навичок і вмінь. Формування цих психічних утворень і якостей у військовослужбовця командир здійснює на основі довіри і встановлення ефективного спілкування, так званої комунікації, активного слухання та зворотного зв'язку з кожним воїном. Психологічна підготовка особового складу до бойових дій, як і психологічна робота командирів, не припиняється під час їх ведення, вона є безперервною в бойовій обстановці.

Стресостійкість особового складу та навички управління стресом забезпечують військовослужбовцям здатність ефективно діяти у стані стресу. **Основне завдання управління командиром підрозділу стресами військовослужбовців** полягає в допомозі особовому складу зберігати його ефективність і забезпечувати його безпеку при здійсненні діяльності в зонах дискомфорту і страху.

Цільова група управління стресами – це військовослужбовці, які повинні залишатися ефективними, зберігаючи при цьому своє психічне і фізичне здоров'я, працездатність при здійсненні ними нової або складної діяльності, в умовах високої невизначеності, небезпеки або цейтноту, навіть в нересурсних станах (втоми, дискомфорту, емоційного збудження, агресії або апатії тощо).

Командирам підрозділів іноді для покращення ефективності окремих видів діяльності особового складу доцільно підвищувати

рівень стресу, оскільки прості, “рутинні” завдання легше вирішуються при підвищеному рівні стресу.

Вище командування повинно забезпечити необхідну інформацію, ресурси і гарантувати реалізацію стандартів лідерської поведінки командирів підрозділів та сержантського складу з метою управління бойовими стресами для посилення їх впливу на противника.

Командири підрозділів для контролю бойового стресу повинні:

- бути компетентними, відважними, щирими і турботливими;
- планувати дії щодо виконання бойових завдань з якнайменшими людськими втратами;
- встановити позитивний, стійкий морально-психологічний і командний клімат для контролю впливу стрес-чинників, особливо для формування згуртованого колективу (бойової команди);
- бути високоетичним, моральним зразком у діях, рішеннях і вчинках;
- спрямувати адміністративні і бюрократичні функції на потреби особового складу;
- забезпечувати первинні життєві потреби особового складу (їжа, одяг, тепло, сон, захищеність, безпека тощо);
- планувати й організовувати жорстке, реалістичне навчання, яке б включало застосування зброї;
- забезпечувати особовий склад необхідною для нього інформацією;
- встановлювати взаємодію з медичним персоналом з метою спільного контролю впливу на особовий склад стрес-чинників за раніше визначеним порядком;
- планувати управління бойовим стресом в усіх діях;
- забезпечити молодших командирів (сержантський склад) необхідними інструкціями і керівництвом, знаннями і вміннями;
- гарантувати оцінювання ризиків до навчань і початку бойових дій;
- контролювати сержантський склад щодо управління бойовими стресами і заохочувати його успішні дії;
- бути на виду в особового складу;
- надавати приклад успішного контролю бойовими стресами;
- підтримувати (через позитивне командування і, у разі потреби, з дисциплінарним впливом і жорстким тиском) високі стандарти Міжнародного гуманітарного права тощо.

Сержантський склад повинен щоденно, щогодини і щохвилини дотримуватися принципів управління бойовими стресами. Його відповідальність частково поділяється з офіцерським складом.
Сержанти для контролю бойового стресу повинні:

- бути компетентними, комунікабельними, відважними, відвертими і турботливими;
- планувати дії щодо виконання завдань з якнайменшими людськими втратами;
- формувати в підрозділі згуртований колектив (бойову команду і братство), в якому швидко адаптується поповнення;
- планувати і проводити жорстку реалістичну підготовку солдатів, яка відтворює бойові умови, моделювати бойові психічні стресори під час підготовки до бойових дій, виконання бойових завдань, організовувати цільову психологічну підготовку;
- піклуватися про солдатів, зокрема як лідери, зосереджуючи увагу на спільних цілях і завданнях підрозділу, згуртуванні, забезпеченні індивідуальних потреб кожного і турботи про них;
- забезпечувати фізичну придатність і спроможність особового складу до ефективних дій;
- дбати про забезпечення солдатів їжею, водою, відповідним обмундируванням і засобами індивідуального захисту, зброєю і боєприпасами, житлом, укриттям, засобами первинної медичної допомоги;
- планувати й організовувати сон особового складу;
- отримувати точну інформацію від старших командирів, розсіювати і протидіяти чуткам, локалізувати панікерів;
- заохочувати колективне використання психологічних ресурсів, інтуїції і відчуттів особового складу;
- опитувати підлеглих про їх подальші дії;
- підтримувати (через позитивне командування і, у разі потреби, з дисциплінарним впливом) високі стандарти Міжнародного гуманітарного права;
- рекомендувати зразкових солдатів для нагород і заохочень;
- визначати на ранніх стадіях вплив бойового стресу і надавати безпосередню підтримку солдатам;
- дбати про солдатів, які здатні ще виконувати обов'язки за інших і забезпечувати їм додаткову підтримку;
- відсилати солдатів до підрозділу забезпечення через потребу сну, продовольства, забезпечення гігієни й обмежувати виконання

ними функціональних обов'язків з метою відновлення і повернення до підрозділу за 1-2 дні;

- направляти солдатів з випадками некерованого стресу для медичної евакуації і лікування;

- зустрічати солдатів після відновлення від бойової втоми і надавати їм відповідальну роботу тощо.

Для успішного управління стресами військовослужбовців командири підрозділів зобов'язані знати:

1. Стрес – це універсальна адаптивна реакція військовослужбовця на небезпечну або невизначену, однак значущу для нього, ситуацію в умовах відсутності адекватного стереотипу поведінки або при неможливості його застосувати.

2. Частіше за все стрес виникає у складній або новій для військовослужбовця ситуації, у випадку яскраво вираженого ризику, цейтноту, можливого або реального конфлікту.

3. Стрес – це захисний механізм управління поведінкою військовослужбовця з метою підтримання його виживання. Об'єктивно стрес виявляється в мобілізації нервової, імунної, серцево-судинної, м'язової систем. Суб'єктивно стрес переживається, перш за все, як стан напруженості.

4. Стрес є ефективним механізмом управління військовослужбовцем у простих (інстинктивних) ситуаціях, але утруднює здійснення складної, цілеспрямованої діяльності, перш за все, погіршуючи точність, швидкість і творчість мислення.

5. Плюсами стресу для військовослужбовця є: виділення додаткової енергії для вирішення проблем; організм “підказує”, що робити: уникнути, втекти, напасти або заховатися; тренується нервова, імунна і серцево-судинна системи.

6. Мінусами стресу для військовослужбовця є: енергії може бути занадто багато; організм “підказує”, в основному, примітивні реакції, які суперечать свідомому вибору; при сильному стресі імунна система виснажується, нервова та серцево-судинна системи напружуються.

7. Стрес “змушує” військовослужбовця діяти не з метою розвитку, а з метою виживання. Тому доти, поки військовослужбовець не розвинув свою свідомість до рівня, близького за силою до рівня його несвідомого, технології управління стресом є необхідною умовою його ефективної діяльності, особливо у нових для нього обставинах і сферах.

Негативним наслідком впливу може стати **синдром емоційного вигорання**, який виявляється у наростаючому емоційному виснаженні. Розвиток даного стану зумовлює робота в тому самому напруженому ритмі, з великим емоційним навантаженням. Разом з цим розвитку синдрому сприяє відсутність належної винагороди (в тому числі не тільки матеріальної, але й психологічної підтримки, морального визнання) за виконану роботу, що змушує людину думати, ніби її робота не має жодної цінності для суспільства.

Основними правилами психологічної роботи командира з емоційним вигоранням особового складу підрозділу є такі:

- кращий спосіб навчитися помічати ознаки “вигорання” – спостерігати за людьми і на службі, і під час відпочинку;

- дізнайтесь якнайбільше про взаємовідносини між вашими людьми;

- якщо у вас немає чітких стандартів ефективності, люди почнуть втомлюватися і вам буде важко помітити, коли вони вже на межі виснаження;

- виявляйте проблеми на ранній стадії;

- невисокий моральний дух і неефективність у роботі підрозділу (колективу) спроможні призвести до емоційного “згорання” – люди починають думати, що керівництву на них наплювати;

- у підрозділі (колективі) повинне бути реалізоване правило, що боєць, який скаржиться, – щасливий боєць. Якщо солдат перестав скаржитися – це означає, що йому вже все байдуже. Сміє у тому, що ваші люди повинні скаржитись не заради скарг, а заради будь-яких змін;

- визнавайте людей, які віддано і добросовісно виконують свою роботу, важливо, щоб вони отримали визнання;

- ніколи не забувайте, що ваш обов'язок – навчати всіх членів команди (колективу), а для цього треба розвивати новачків і довіряти їм;

- коли воїни розуміють, що у підрозділі (колективі) вони мають розвивати і використовувати свої таланти, вони стануть віддавати йому все найкраще;

- одне із самих неприємних переживань військовослужбовця – коли його внесок і зусилля нікому не потрібні;

- люди “згорають” швидше, якщо бачать, що не можуть зробити краще того, на що спроможні;

- якщо ваші люди починають “згорати”, виконуючи звичайні обов’язки, шукайте інші проблеми: хвороба, неприємності вдома, але, можливо, людина просто не підходить для цієї роботи;

- якщо весь особовий склад близький до “згорання”, можливо, у вас занадто високі вимоги і стандарти;

- один із методів боротьби зі “згоранням” – нагородження достойних відповідно до своїх повноважень;

- нещира або незначна винагорода частіше приносить зло, ніж користь;

- завжди призначайте високі стандарти своїм людям і створюйте умови для їх досягнення.

Чотири принципи концепції виживання підрозділу в бойових (екстремальних) умовах:

Комфорт – у повазі!

Повага – в довірі!

Довіра – в безпеці!

Безпека – в згуртованій бойовій команді!

Як командир підрозділу не порушувати ці принципи:

- плітки і чутки в підрозділі недопустимі;

- створюйте сприятливу атмосферу і вчасно давайте людям інформацію. Проте не всю інформацію треба повідомляти особовому складу;

- уточніть правила передачі інформації в підрозділі і поясніть, навіщо це потрібно;

- дотримуйтесь конфіденційності, особливо в особистих питаннях підлеглих;

- перед тим як повідомити будь-кому делікатну інформацію, треба визначити, чи потрібна вона людині;

- підтримуйте субординацію і дозволяйте підлеглим приймати власні рішення;

- підтримуйте контроль над підрозділом, вірно розподіляючи інформацію.

Досвід бойових дій показує: ризик стати жертвою уражаючих факторів бойової обстановки значно зменшиться, якщо військово-службовець дотримується таких **ПРИНЦИПІВ БЕЗПЕКИ:**

1. Очікуй несподіваного.

2. Керуйся здоровим глуздом.

3. Володій: собою, інформацією, ситуацією, зброєю, технікою, спорядженням.

4. Щось незвичайне може бути сигналом небезпеки.

5. Ключ до успіху – підготовка. У критичній ситуації ти будеш діяти так, як ти навчений.

6. Перш ніж увійти – дізнайся, де вихід. Перш ніж йти – дізнайся, як і куди відійти.

7. Май план, особливо на гірший варіант.

8. Пам’ятай, що про тебе знають.

9. Уникай шаблону, будь непередбачуваним.

10. Не “замерзай” – дій!

11. Шукай ложку меду в бочці дьогтю: використовуй невдачу собі на користь.

12. Зроби стрес своїм союзником.

13. Не розслабляйся занадто швидко.

14. Уникай “тунельного” бачення (тобто бачити і чути тільки те, що хочеш бачити і чути).

15. Погано переоцінювати небезпеку, гірше – недооцінювати.

16. Вір собі – працуй в команді: першими гинуть поодинокі.

Якості командира підрозділу, найбільш важливі для забезпечення професійно-психологічної безпеки в ситуації ризику для життя:

1. РОЗУМІННЯ МЕТИ. Я знаю, заради чого я ризикую життям.

2. ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ. Я навчений, як діяти в такій ситуації.

3. СТІЙКІСТЬ ДО СТРЕСІВ. Психологічно і фізично неодноразово “програні” рішення задач в критичних ситуаціях.

4. ДОВІРА ДО СЕБЕ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ЗАВДАННЯ. Я можу виконати це завдання.

5. ДОВІРА ДО ЗБРОЇ, СПОРЯДЖЕННЯ, ТЕХНІКИ. Я впевнений, що зброя, спорядження і техніка не підведуть.

6. РІШУЧІСТЬ. Здатність швидко прийняти вірне рішення.

7. ЕФЕКТИВНІСТЬ У ДІЯХ. Здатність подумки чітко уявляти кінцевий результат.

8. ЕМОЦІЙНА СТІЙКІСТЬ. Я можу розраховувати на себе у всіх ситуаціях.

9. ФІЗИЧНА ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ. Я маю фізичні можливості зробити все необхідне.

10. **ЗДАТНІСТЬ ДО СПІЛЬНИХ КОМАНДНИХ ДІЙ.** Ми працюємо разом, в одній команді, щоб виконати завдання.

11. **ГОТОВНІСТЬ ДО РИЗИКУ.** Не вагатися при можливості смертельного результату: “Я повинен це зробити і я зроблю це!”.

Загальна тактика дій щодо забезпечення особистої фізичної безпеки може бути виражена графічно в “**ЗІРЦІ ВИЖИВАННЯ**”, яка як би підсумовує названі вище якості. На думку учасників бойових дій, “**ЗІРКА ВИЖИВАННЯ**” може виглядати наступним чином: тактика, інтелект, фізична підготовка, володіння міцними нервами, володіння зброєю, спорядженням, технікою.

Рекомендації щодо дій у конкретних ситуаціях ризику для військовослужбовців, природно, будуть відрізнятися залежно від поставлених завдань, умов і ситуацій виконання. Однак, можна надати загальні **поради та рекомендації командирам підрозділів щодо управління стресами**, які можуть використовуватися ними як **вербальні прийоми налаштування на бойову активність воїнів** під час інструктажу особового складу для виконання завдань за призначенням:

1. Перевірити зброю, спорядження, технічні засоби.
2. Кожний борець повинен практикуватися швидко працювати зі зброєю, спорядженням і технікою всліпу, в темряві, на ходу.
3. Прикривають товариші, укриваєшся сам.
4. Звуки і видиме очима спотворюється під впливом стресу.
5. Знай свого напарника (своїх людей). Два-три чоловіки – вогнева команда з лідером. Один за одного відповідають, прикривають, разом взаємодіють. Вогнева команда – основа бойової команди (відділення, взводу).
6. “Час запізнення” – це різниця між думкою і дією. Завжди знай свій “час на дію”.
7. Використовуй зброю і техніку для створення своєї переваги.
8. Дотримуйся планів, розроблених спільно з напарниками.
9. Очам потрібен час, щоб звикнути до зміни освітлення.
10. Завжди тримай план “Б” на найгірший варіант.
11. Закон бою: “Один прикриває – інший рухається”.
12. Не забувай подивитися вгору, де б ти не знаходився.
13. У приміщенні відкрий двері повністю, перш ніж увійти.
14. Звертаючись по допомогу, оціни помічника – того, хто буде тобі допомагати.

15. Тримай ключі від машини завжди при собі. Сержанти, навчити це робити водіїв, механіків-водіїв.

16. Практикуйся у визначенні свого місця: точно знай, де ти знаходишся в даний момент, навіть без допомоги карти.

17. Керуйся здоровим глуздом.

18. Уникай шаблонної і передбачуваної поведінки.

19. При небезпеці активно дій: не застигай, не впадати в ступор, маневруй.

20. Уникай “тунельного бачення” (здатності бачити чітко і ясно далеко вперед, але тільки по прямій). Дивитися і бачити “далі свого носа”, на 360°.

21. Проси підтримку, якщо ризик великий.

22. Чи зможеш підтримати максимальну фізичну активність 90 секунд? Будь максимально готовий до цього.

23. Лавіруй, знижуй напруженість при інцидентах, будь гнучким та ініціативним. Мисли нешаблонно і нестандартно.

24. Очікуй несподіваного.

25. У зоні високого ризику стеж за обрисом фігур на тлі неба та освітлених просторів.

26. Перш ніж рухатися, вибери наступну позицію.

27. Займай більш високу і зручну точку.

28. Не розслабляйся занадто швидко.

29. Ключ до досягнення мети – підготовка. У ситуації ризику ти робиш те, чого навчився.

Зрозуміло, що в різних ситуаціях одні рекомендації будуть більш важливі, другі – менше, треті – не підійдуть взагалі. Однак наведені поради та рекомендації при правильному їх поєднанні і застосуванні можуть скласти основу для підвищення рівня особистої безпеки військовослужбовців у ситуації ризику і стати вихідним матеріалом для розробки комплексів рекомендацій для різних ситуацій з урахуванням їх особливостей, зокрема й для управління стресами.

У таблиці 2.1 приведений перелік заходів командирів підрозділів, що зменшують негативні впливи нестачі сну у воїнів.

У таблиці 2.2 показані основні критерії “воїна” і “не воїна” за ознаками поведінки військовослужбовців в особливій (екстремальній) обстановці.

Таблиця 2.1

Заходи командирів підрозділів, що зменшують негативні впливи нестачі сну у військовослужбовців

Планування сну		Контрольні заходи
Адекватне	4 години безперервного сну кожної доби (підтримка адекватної діяльності на кілька тижнів)	Давати прості і точні вказівки та розпорядження. Наказувати сержантському складу записувати розпорядження і вказівки
Безсоння	Невеликий час сну відновить сили на деякий час	Збільшити кількість письмових вказівок особовому складу
Оновлення	Безперервний сон 10 і більше годин дозволить повністю відновитись після 48-72-годинного позбавлення сну	Здійснювати подвійну перевірку. Планувати більше часу на завершення виконання всіх завдань.
Сон уривками (10-30 хв)	Сон уривками вигідний, але тільки на короткий час	Забезпечувати адекватне харчування і вживання води.
Вибір часу для сну	Послідовний, регульований вибір часу сну і пробудження сприятиме успішному корегуванню важкого режиму діяльності	Встановити порядок і здійснювати контроль сну. Хороше фізичне навантаження уповільнює ефекти втрати сну і втоми.
Примітка: через 48-72 години відсутності сну солдати стають роздратованими і неефективними у застосуванні зброї. Після 5-7 днів часткового позбавлення сну ефективність діяльності військовослужбовців така сама, як після повного позбавлення сну впродовж 2-3 діб		Вимагати доповідей підтвердження задовільного морально-психологічного та фізичного стану особового складу

Таблиця 2.2

Характеристика військовослужбовця як “воїна” і “не воїна” за ознаками поведінки в особливій (екстремальній) обстановці

Воїн	Не воїн
Вступає у жорсткий контакт із противником без команди командира підрозділу	Бере мінімальну участь у будь-якому бою; за першою нагодою прагне уникнути активних дій
Інстинктивно бере на себе роль лідера або відповідно до свого звання, або через відсутність командира. Зберігає самовладання і чіткість мислення навіть під вогнем противника	Під вогнем противника замикається у собі, відчуває необхідність у сильній зовнішній мотивації (починає діяти лише в наказовому порядку, при раптовій смертельній небезпеці тощо)
Бере на себе відповідальність за власні вчинки	Уникає відповідальності, шукає причини, щоб її уникнути

Продовження табл. 2.2

Володіє критичним мисленням, має хорошу реакцію на ситуацію й адекватно її оцінює	Відрізняється хворобливою уявою; бачить речі такими, якими вони йому уявляються, але не такими, якими вони є насправді
Готовий підтримати будь-якого співслужбовця підрозділу (екіпажу, розрахунку, команди, групи). Зазвичай, є старшим за військовим званням щодо не воїнів. Зазвичай, має більш високий інтелект, ніж не воїн. Середній IQ рівний 91	Ухиляється від власних обов'язків, ледарює. Нерідко стає жертвою страхів і психологічних проблем. Зазвичай, має більш низький інтелект у порівнянні з воїнами. Середній IQ рівний 78
Більшість воїнів є контрактниками або добровольцями, а не відмобілізованими і строковиками. Володіє незалежним характером і сильною психікою. Здатний приймати миттєві рішення; екстраверт (поведінка спрямована на оточення). Володіє здоровим почуттям гумору	Відповідно до деяких соціологічних і психологічних досліджень 40% не воїнів лишилися батька у віці 18 років. Служать із-за страху відповідати перед законом
Зазвичай, є вихідцем із фінансово й емоційно благополучної родини. Нерідко це син батьків – приватних підприємців	Виходець із родини, обмеженої в засобах життя і забезпечення. Часто з юних літ повинен робити свій внесок у сімейний бюджет. Під час військової служби, на відміну від воїнів, переймається фінансовим становищем своєї родини
Володіє більш швидкою реакцією у порівнянні з не воїном. У порівнянні з не воїном відрізняється більшим ростом і вагою. Хороший спортсмен	У порівнянні з воїнами виявляє цікавість до осіб протилежної статі з більш раннього віку. Схильний до депресії, нерідко впадає у відчай



2.2. Первинна допомога при отриманні воїном бойової психічної травми або гострого психічного розладу

ПЕРЕД ПОЧАТКОМ БОЙОВИХ ДІЙ. З моменту отримання завдання на підготовку підрозділу (частини) до передислокації в район бойових дій проблема профілактики БПТ висувається на одне з перших місць в діяльності командирів підрозділів та офіцерів структур по роботі з особовим складом.

Передусім, необхідно використати усі можливості для отримання якомога повнішої характеристики планованого району

бойових дій (географічні, кліматичні, соціальні, політичні, інфраструктурні особливості), уточнити специфіку можливих бойових завдань, проаналізувати психологічну характеристику наявного особового складу.

Необхідно спільно з фахівцями морально-психологічного забезпечення спланувати систему загальної, спеціальної і цільової психологічної підготовки особового складу до майбутніх бойових дій, підготувати схему включення її елементів у процес бойового злагодження підрозділів.

У ході роз'яснювальної роботи й інструктивного заняття з командирами відділень, взводів доцільно детально розглянути сутність, особливості, симптоматику БПТ і заходи першої допомоги. Акцентувати увагу командирів підрозділів на ретельнішому і достовірнішому використанні в ході бойової підготовки елементів моделювання чинників бою, оскільки при цьому знижується процент психологічних втрат у реальному бою. Використання різних елементів реального бою на практичних заняттях, особливо в польових умовах, значно знімає ефект їх новизни, внаслідок чого вони стають звичними і такими, що менш травмують психіку воїнів.

Особливу увагу командира підрозділу варто приділити налагодженню системи бойового та оперативного інформування особового складу (джерела і канали безперебійного отримання інформації, відповідальну особу (або групу) з її обробки і доведення до особового складу, структуру і контингент бойових інформаторів). Система бойового та оперативного інформування повинна функціонувати безперервно (за можливості) як на етапі підготовки, в ході здійснення маршів (рейдів) так і (особливо) в ході ведення бойових дій. Це необхідно тому, що **невизначеність, невідомість вимотують психіку військовослужбовця більше, ніж будь-яка жорстка дійсність і правда, породжуючи при цьому негативні емоції і зменшуючи адаптаційні резерви.**

Сержанти і солдати після бойового інформування повинні мати відповідь на ключові питання: "Що робимо?", "Де?", "Коли?", "Чому?", "Для чого?" і "Як?".

Під час інформаційної і психологічної роботи командирам підрозділів важливо зосередитися на актуалізації бойових мотивів, роз'ясненні цілей і необхідності майбутніх бойових дій. Чим більше бойові дії будуть наповнені для військовослужбовця особистісним сенсом, цінністю для себе, поняттям значущості своєї

особистої ролі, почуттям справедливості своїх дій, упевненістю в собі і своїх товаришах, тим більше буде стійка його психіка до впливу різних стрес-чинників бойової обстановки.

Надання допомоги військовослужбовцям, що отримали психічні травми, є важливою і необхідною складовою частиною морально-психологічного забезпечення бойових дій військ. Однак порушення психічної рівноваги не лише завдає шкоди здоров'ю людей, знижує їх боєздатність, але часто вимагає значного часу.

У зв'язку з цим ще більшу значущість мають профілактичні заходи, спрямовані на підготовку людей до дій в обстановці високої емоційно-фізичної напруги і попередження нервово-психічних зривів.

Основна роль у формуванні необхідних морально-психологічних якостей і підготовки військовослужбовців до бою належить командирів, який не лише особисто визначає основні напрями, форми, методи, способи і прийоми цієї роботи, управляє цим процесом, але і навчає підпорядкованих офіцерів навичкам формування у воїнів психологічних якостей, необхідних для ведення активних бойових дій.

В умовах бойової обстановки командирам важливо підтримувати у військовослужбовців високий **рівень морально-психологічної готовності, який складається з:**

а) **психофізіологічної стійкості**, обумовленої фізичним станом організму, основними властивостями його нервової системи;

б) **психічної стійкості**, залежної від професійної підготовки і розвитку основних психічних якостей особи: наявність спеціальних навичок і умінь діяти в екстремальних ситуаціях; здібності до термінової мобілізації знань для ухвалення рішення; розвитку здатності до оперативного (швидкого) мислення; наявність підвищеної мотивації та установки на благополучний результат.

Для вироблення цих якостей необхідно постійно, в найрізноманітніших життєвих і професійних ситуаціях накопичувати досвід вольової поведінки. Цьому сприяють психологічна підготовка, заняття фізичною підготовкою, включення в них вправ, що вимагають сміливості, вольових зусиль, рішучості, наполегливості тощо.

Ефективним засобом попередження порушень психіки служать спеціально спрямовані тренування для формування навичок якнайповнішого розслаблення м'язів, встановлення спокійного ритму дихання – саморегуляція.

Психологічна підготовка підвищує фізичну і психічну стійкість до впливу екстремальних умов бойових дій; розвиває психофізіологічні механізми і психічні функції, сприяючи виконанню функціональних обов'язків, збереженню життя і високої працездатності при будь-яких ускладненнях обстановки.

Окрім відомих методів і прийомів психологічної підготовки військовослужбовців, в частинах знаходять застосування і деякі наступні спеціальні методи.

Вправи на передбачення. Їхня сутність полягає в образному уявленні виникнення і розвитку небажаної ситуації, програванні своїх дій в цих умовах, так званий ефект “вже баченого, звичного”, тобто відпрацьовується стереотип поведінки в екстремальних ситуаціях.

Ідеомоторні вправи – уявне програвання майбутніх дій із супроводом або без супроводу відповідними руховими діями з органами управління озброєння і техніки, уявними або реальними.

Несприятливий вплив на бойову діяльність особового складу здійснює також порушення ритмів життєдіяльності (звичного чергування активної діяльності, сну, відпочинку, харчування тощо), часта зміна кліматичних умов, погані погодні умови тощо.

Суттєво впливає на бойову активність воїнів якість сну. Залежність працездатності особового складу від тривалості сну досліджувалася американськими фахівцями (див. табл. 2.1).

Існує своєрідний “**Закон сну 4х6**”, що вимагає щодобового виділення **4 години** на сон солдатів і **6 годин** – командирів підрозділу; при безперервному веденні бойових дій необхідно дотримувати “**Закону “4 через 4”**” (4 години бойової активності чергувати з 4 годинами сну, відпочинку).

До перенапруження і нервового виснаження веде не лише фізична напруга, але і переживання. Тому система інформації і підготовка до бою повинні будуватися з урахуванням збереження психіки воїна. Украй **бажане максимальне скорочення періоду очікування бою**. Солдат не повинен знаходитися в напрузі, якщо це не диктується обстановкою. Люди інформуються командирами про складність майбутнього бою – ведеться бойове (“Що?”, “Де?”, “Коли?”, “Чому? (Для чого?)”, “Як?”) та оперативне інформування (про зміну обстановки), але при цьому, з одного боку,

недопустимі залякування і підривання упевненості у своїх силах. З іншого – командир підрозділу не треба брехати та уникати правди. Особливу небезпеку в передбойовому періоді складають панічні чутки і настрої. Треба врахувати, що нерідко вони поширюються особами з нестійкою психікою – панікерами. Їх треба виявляти і локалізувати від решти особового складу. В бойовій обстановці на панікерів допускається фізичний вплив.

У передбойовий період командирам підрозділів не слід забувати, що бездіяльність, відсутність зайнятості людей надає їм більше часу для поглиблення переживань. **Під час підготовки до бою кращим засобом попередження страху і паніки є активна діяльність особового складу** – тренування дій і злагодженості, перевірка засобів зв'язку, зброї, техніки, обладнання позицій, виконання різноманітних доручень командирів тощо. Підготовка до бою або діяльна участь в ньому дозволяють воїнові легше сприймати емоційний фон навколишніх подій.

Командирам підрозділів важливо пам'ятати принцип, що не раз виправдав себе: **в період підготовки та очікування бойових дій особовий склад має бути постійно зайнятий справою і максимально поінформований**. Якщо немає корисної діяльності та інформації, виникають томливі роздуми, розмови, виникають різні чутки, зароджується страх перед невідомістю, настає загальний занепад бойового духу.

Після прибуття в район бойових дій командирам підрозділів необхідно потурбуватися про обладнання в найближчому тилу (базовому таборі) **пункту надання першої психологічної допомоги**. Це може бути порожня будівля, намет, кунг, бліндаж тощо. На пункті має бути тепло, вода (чай) в достатній кількості, спальні місця, запас продуктів. **Недоцільно розмішувати його з пунктом збору поранених**, оскільки їх вигляд і стогони можуть посилити психотравму. Також необхідно особисто переконатися в знанні санінструкторами симптомів БПТ, місця розташування пункту, потурбуватися про постачання їх седативними (заспокійливими) препаратами. Організація роботи пункту першої психологічної допомоги покладається на офіцерів по роботі з особовим складом, склад медперсоналу узгоджується з лікарями.

Психічне виснаження можливе, якщо зовні не помітно фізичної слабкості. При цьому у військовослужбовців з'являється зниження

ініціативи, втрачається інтерес до себе і навколишніх подій. Пригнічений настрій у деяких з них поєднується з безсонням, дратівливістю. У такому стані люди починають проявляти не властиву їм раніше прискіпливість, озлобленість, цинічність і недисциплінованість, здійснюючи негативний вплив на колектив.

Командирові необхідно враховувати також, що виникненню психічних розладів, незвичайних психічних реакцій можуть сприяти й організаційні недоліки (неоперативність і нерішучість вищого командування, їх невпевненість і розгубленість, необдумані дії, хаотичні і недоцільні розпорядження, рішення і команди або повна бездіяльність і втрата управління тощо), виходячи з чого необхідно проявляти постійну турботу про вдосконалення управлінської компетентності підпорядкованих офіцерів і сержантів, формування і розвиток лідерства.

Отже, **найважливішими напрямками діяльності командирів підрозділів з попередження нервово-психічних розладів у підлеглих, профілактики БПТ та управління стресами під час підготовки до ведення бойових дій є наступні:**

1. Рациональне регулювання режиму праці і відпочинку, суворе виконання розпорядку дня, правил гігієни, заходів безпеки, дотримання етичної поведінки, продумана організація вільного від служби часу.
2. Планомірний розподіл фізичних і психічних навантажень, своєчасна заміна підрозділів на передовій.
3. Вивчення особового складу, виявлення осіб з нестійкою психікою.
4. Здійснення профілактичних організаційних, медичних, психолого-педагогічних заходів для послаблення впливу психотравмуючих чинників.
5. Організація і проведення спеціальної, цільової психологічної і психофізіологічної підготовки особового складу до дій в різних умовах обстановки і ситуаціях.
6. Навчання військовослужбовців основним прийомам емоційно-вольової саморегуляції.
7. Формування у командного складу вмінь управління психічними станами і стресами підлеглих в різних умовах обстановки, розвиток їх управлінської і лідерської компетентності.

Врахування індивідуально-психологічних особливостей воїнів, що визначаються характером і темпераментом людини, дозволяють прогнозувати поведінку військовослужбовця в різних ситуаціях. Ось чому особливу значущість мають здатність, навички і досвід командирів підрозділів у вивченні підпорядкованого особового складу.

Цілеспрямоване вивчення індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців, покращення його якості й ефективності значною мірою обумовлюються дотриманням існуючих принципів вивчення особистості воїна.

Розвиток психічних розладів дуже тісно пов'язаний з фізичним станом організму. Тому заходи їх профілактики збігаються із загальними завданнями психогігієни і психопрофілактики, які слід розглядати як єдиний комплекс, єдину систему заходів, спрямованих на зміцнення і збереження нервово-психічного здоров'я військовослужбовців, створення оптимальних умов для психічної діяльності воїнів у бойовій обстановці.

У попередженні виникнення і розвитку психічних травм надзвичайно велике значення мають **вольові якості особистості**, такі як *цілеспрямованість, самовладання, мужність, стійкість, сміливість, хоробрість, ініціативність, рішучість* та ін.

Психологічна підготовка підвищує фізичну і психічну стійкість до впливу екстремальних умов бойових дій; розвиває психофізіологічні механізми та психічні функції, які обумовлюють виконання функціональних обов'язків, збереженню життя і високої працездатності при будь-яких ускладненнях обстановки.

Якщо ж говорити про **психофізіологічну підготовку**, то її **основними завданнями** слід вважати:

1. Формування стійкості організму до впливу чинників військово-професійної діяльності.
2. Зміцнення здоров'я та підтримання високої працездатності особового складу за рахунок раціоналізації режиму праці, відпочинку та харчування, постійного медичного контролю.
3. Розвиток і зміцнення професійно важливих психофізіологічних якостей військовослужбовців.
4. Вжиття заходів щодо зниження емоційної напруженості службової діяльності, швидкого і повного відновлення працездатності, з профілактики перевтоми. Цьому сприяють психопрофілактика і психогігієна; вдосконалення медичного та професійно-психологічного відбору військовослужбовців; психофізіологічне

обстеження; організація активного відпочинку; своєчасне виявлення нервово-психічних розладів; навчання методів самостереження, самоконтролю, саморегуляції; аутогенні тренування.

5. Розробка та забезпечення індивідуальних норм навантаження.

6. Участь посадових осіб підрозділу (частини) в навчанні військовослужбовців та вдосконаленні їхніх професійних якостей.

7. Проведення спеціальних занять і тренувань до дій в екстремальних умовах.

8. Навчання військовослужбовців основним вимогам, що сприяє збереженню здоров'я і високої працездатності.

Усвідомлюючи значущість профілактичних заходів, необхідно особливо представляти небезпеку накопичення людьми емоційно-психічної напруженості. Слід пам'ятати, що відпочинок потрібно не тільки фізичний, але й психічний. У бойовій обстановці підрозділи частини повинні періодично перебувати в стані, коли особовий склад не повинен думати про загрозу нападу або про швидкий вступ у бій. Це досягається періодичною зміною і відведенням їх у тил. Навіть в умовах ведення безперервних бойових дій рівномірний розподіл навантаження і розумна зміна підрозділів на активних ділянках сприятиме вирішенню цього завдання.. Класична формула участі в бойових діях **“45x21”**: 45 діб – на “передку”, потім 21 день – відпочинок і підготовка.

Звідси стає зрозумілою необхідність посилення уваги питанням профілактики психічних розладів у військовослужбовців. Для цього у провідних арміях світу здійснюється комплекс заходів щодо попередження БПТ і зниження їх наслідків, що визначено у спеціальних польових статутах. До цих заходів Бойовий статут відносить:

1. Ефективне і стає керівництво військами.

2. Високий рівень бойової підготовки.

3. Фізичне загартування особового складу.

4. Хороший стан здоров'я військовослужбовців.

5. Уміння солдатів і офіцерів розслаблятися в складних умовах бою, здійснювати самонавіювання.

Крім того, в цілях підвищення стійкості до стресових ситуацій особовий склад, який бере участь у бойових діях, на думку американських фахівців, повинен вживати їжу, особливо багату білками з високим вмістом **тирозину**.

Але, як показують спостереження, в бойовій обстановці у військовослужбовців різко знижується апетит, причому тим сильніше, чим вище напруженість бою. Тому **в бойовій обстановці рекомендується призначення тирозину у вигляді пігулок**, так як тирозин не чинить на організм шкідливого впливу, нетоксичний навіть у високих дозах. У командирів підрозділів з'являється можливість без істотних витрат знайти за допомогою цієї амінокислоти (тирозин – це амінокислота, що входить до складу переважної більшості харчових білків) реальний шлях до зниження впливу стресу на здоров'я і боєздатність особового складу.

Командиру необхідно враховувати також, що виникненню психічних розладів, незвичайних психічних реакцій можуть сприяти й організаційні недоліки (неоперативність і нерішучість посадових осіб, їх невпевненість і розгубленість, необдумані дії, хаотичні і недоцільні розпорядження і команди тощо), тому необхідно проявляти постійну турботу про вдосконалення управлінських навичок підлеглих офіцерів, підвищення їх психолого-педагогічних знань і умінь.

Підготовка військовослужбовців до дій в умовах напруженої обстановки сучасного бою є важливим завданням всіх командирів та посадових осіб частини (підрозділу). Однак психічні розлади, викликані впливом психотравмуючих чинників бою, є найсильнішою, але не єдиною причиною БПТ. Структура особистості та її індивідуальні особливості також відіграють істотну роль у розвитку психічних зривів.

На травматизацію психіки впливають конституціональні передумови; ступінь готовності до перенесення психічної напруги; механізм взаємодії зовнішніх і внутрішніх подразників; рівень розвитку та функціонування вольових якостей; здатність відновлювати душевну рівновагу після перенесених стресів та ін., що відображає індивідуальне ставлення людини до травмуючих обставин (психотравмуючих чинників), сформоване в результаті його особистого життєвого досвіду.

На стресову ситуацію люди реагуватимуть по-різному. Той самий воїн по-різному поводитиметься в різній психотравмуючій обстановці залежно від того, який тип стресора впливає на нього в даних умовах і ситуації.

Психічні розлади, як вже встановлено вище, виникають при неспроможності індивідуума адаптуватися до психічних стресорів і обставин, ними обумовлених. Отже, **найважливішим засобом попередження бойових психічних травм стає вивчення людей, знання індивідуальних особливостей та врахування їх в управлінській діяльності командирів.**

Облік індивідуально-психологічних особливостей особистості, які визначаються характером і темпераментом людини, дозволяє прогнозувати поведінку військовослужбовця в різних ситуаціях.

Ось чому особливу значимість мають здатність, навички і досвід командних кадрів у вивченні підлеглого особового складу.

ПІД ЧАС БОЮ. Для формування емоційно-вольової стійкості воїнів командиру підрозділу перед виконанням бойового завдання рекомендується, навчаючи своїх підлеглих, застосовувати наступні прийоми:

- переконати себе у своїй готовності до майбутніх дій, в надійності засобів захисту, зброї і бойової техніки;

- скласти особисту словесну формулу самоналаштування, що точно виражає сутність бажаної поведінки в незвичайній або небезпечній ситуації (“Я готовий до бою”, “Все буде нормально, все буде добре”, “Я впевнений у своїх силах”, “Мене береже Господь і Божа Матір” тощо);

- прийняти зручну позу (краще сидючи), перевірити відсутність скутості, потім пошепки, не кваплячись, повторити яку-небудь з цих формул, яскраво уявляючи свою мужню поведінку;

- виконати прийоми для оперативної тонізації організму.

У ситуації сильного стресу:

- якщо ви втратили на якийсь час чутливість до зовнішніх впливів або не можете впоратися з емоціями страху або паніки, зробіть собі боляче і зосередьтеся на відчутті болю. Треба подолати “укус очкової кобри” іншим замінником болю, страху або іншою установкою;

- якщо вами оволоділа розгубленість, постарайтеся відчутти положення свого тіла в просторі, зосередьтеся на відчуттях, які приходять від позиції тіла, температури повітря, тиску навколишніх предметів;

- якщо ви не можете зібратися з думками, покличете вголос себе на ім'я, згадайте, що ви тут робите, для чого ви застосовуєте

зброю, кого ви захищаєте, згадайте ситуації, коли ви діяли мужньо, сміливо і рішуче, спробуйте вирішити кілька найпростіших математичних задачок.

Наслідки стресової ситуації проявляються у різних людей по-різному, вони можуть проявитися відразу за подією або відстрочено, через певний проміжок часу. Тут важлива допомога психолога або медика, але багато що залежить і від самого військовослужбовця, і від командира підрозділу або авторитетного лідера.

Перш за все, воїн повинен знати, що наслідками сильного стресу можуть бути: втрата сну й апетиту; нав'язливі спогади; кошмарні сни про пережиту подію; погіршення настрою при згадці про подію; втрата здатності переживати сильні почуття та емоції; часткове ослаблення пам'яті; прагнення уникати думок і почуттів, пов'язаних з пережитою психотравмуючою ситуацією; почуття “скороченого майбутнього”, втрата життєвих перспектив, цілей, установок; складності в концентрації уваги; дратівливість; лякливність. Типові поведінки в бою – надмірна агресія та активність або бездіяльність, загальмованість, ступор.

Все це – нормальна відповідна реакція людини на сильні стресові впливи. Вона має найчастіше тимчасовий характер, залежно від сили психологічної травми та її суб'єктивного значення для людини. Такі переживання можуть призвести до погіршення загального психологічного самопочуття військовослужбовця, до ускладнення взаємин з близькими і товаришами по службі. **Передусім, командиру підрозділу дуже важливо зрозуміти самому і роз'яснити іншим, що військовослужбовець, постраждалий від БПТ, прирівнюється до тих, що отримали важку фізичну травму, вогнепальне поранення, контузію або хімічне отруєння.**

Реакція на БПТ може бути в двох основних формах: **гальмівна і гіперзбудлива**, рідше зустрічається їх поєднання. Час реакції на БПТ залежно від сили і тривалості впливу стрес-чинників, індивідуальних особливостей і інших параметрів, може займати від декількох годин до декількох років. Тому, перш за все, необхідно евакуювати постраждалого з поля бою і доставити в пункт надання першої психологічної або медичної допомоги. При неможливості евакуації (бій в оточенні, рейд) помістити в укриття, дати заспокійливе і залишити під наглядом, ізолювавши від зброї, до появи можливості евакуації. Рекомендована схема застосування командиром підрозділу способів попередження БПТ показана у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

**Рекомендована схема
застосування способів попередження психотравм при різних
реакціях на вплив психогенних факторів**

СИМПТОМИ	МЕТОДИ							
	Релаксація	Самонавіювання	Медитація	Психологічний тренінг	Обговорення	Аналіз стресу	Невідкладна психологічна допомога	Метод зворотного зв'язку
	ДБП	ДБП	ДБП	ДБП	ДБП	ДБП	ДБП	ДБП
Надмірна стурбованість	3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 2 3	3 3 3	3 3 3	1 1 1	2 1 2
Підвищена емоційність	3 1 3	3 1 3	3 1 3	2 1 2	2 3 2	3 2 3	3 2 3	3 1 3
Підвищена збудженість	3 1 3	3 1 3	3 1 3	2 1 2	2 1 2	2 1 2	2 1 2	2 1 2
Імпульсивна поведінка	3 1 3	3 1 3	3 1 3	2 1 2	2 2 2	3 2 3	3 2 3	3 2 3
Виразне хвилювання	3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 2 3	3 2 3	1 1 1	2 2 2
Часте куріння	3 1 3	3 1 3	3 1 3	1 1 1	2 2 2	2 2 2	1 1 1	2 2 2
Мовленнєве збудження	3 1 3	3 1 3	3 1 3	2 1 2	2 2 2	3 2 3	1 1 1	2 2 2
Тремор	3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 1 3	3 2 3	3 2 3	3 2 3	3 2 3

Примітка: Д – до бойових дій. Б – під час бойових дій. П – після бойових дій.
1 – мала ефективність. 2 – середня ефективність. 3 – велика ефективність.

У таблиці 2.4 показано ознаки психічного стану та дії персоналу щодо первинної психологічної допомоги.

Таблиця 2.4

Ознаки зміни психічного стану воїна і заходи персоналу щодо надання первинної психологічної допомоги

№ з/п	Ознаки зміни психічного стану військовослужбовця	Заходи командирів, психологів, медичного персоналу щодо психологічної допомоги
1.	Гостра психічна або фізична втома: - погіршення уваги, пам'яті, мислення; - млявість або безладна квапливість рухів, погіршення їх точності і координації; - невпевненість ходи; - послаблення вольових зусиль, рішучості, наполегливості, активності; - погіршення самоконтролю і витримки; - скарги на "розбитість", загальну слабкість, неможливість належно виконувати свої обов'язки	Тимчасове звільнення від обов'язків служби. Забезпечення умов для повноцінного відпочинку впродовж не менше доби. Тілесно орієнтована і мануальна терапія. Допуск до військової операції – після індивідуального психічного контролю
2.	Перевтома: - посилення ознак гострої втоми; - безпідставні коливання настрою, роздратованість; - скутість, напруженість, виражена тривожність, неспокій; - байдужість до оточуючих, пригніченість, відсутність інтересу до роботи; - розлад сну (тяжке засинання або пробудження, персривчастий, поверхневий сон, який не полегшує стан, часті ситуаційні сновидіння, безсоння вночі, сонливість вдень); - почервоніння (збліднення) шкіри, задишка, серцебиття, пітливість; - больові відчуття в області серця, у м'язах, ломота у попереку і суглобах; - головні болі, запаморочення	Тимчасове звільнення від обов'язків служби. Надання першої психологічної допомоги (при потребі – долікарської) відповідно до характеру розладів. Евакуація для проведення спеціалізованих відновлювальних заходів. Психологічна вербальна підтримка. Психотерапія (спеціальна). Допуск до виконання обов'язків повсякденної служби – після закінчення відповідних спеціалістів
3.	Афектні реакції (сильне і короткочасне нервово збудження): - напруженість, неспокій, роздратування; - дріб'язкові причіпки до всього; - "вибухові" реагування на зауваження, претензії	Тимчасове звільнення від обов'язків служби. Психологічна експрес-корекція стану. Психологічна регуляція типу розслаблення. Обережний режим індивідуальної роботи з боку керівництва. Направлення на консультацію до психіатра, невропатолога

№ з/п	Ознаки зміни психічного стану військовослужбовця	Заходи командирів, психологів, медичного персоналу щодо психологічної допомоги
4.	Надмірна “передстартова” мобілізація: - незвична для цього в військово-службовця психоемоційна напруженість, збудливість, балакучість, метушливість	Тимчасове звільнення від участі в підготовці бойової операції. Індивідуальна психологічна регуляція і саморегуляція типу розслаблення. Спостереження за поведінкою. Допуск до виконання завдань і роботи – після індивідуального психологічного контролю
5.	Недостатня “передстартова” мобілізація: - байдужість, відсутність інтересу до підготовки, цілей і завдань операції (без психопатологічних ознак, вказаних у п. 1)	Тимчасове звільнення від участі в підготовці операції. Індивідуальна психологічна бесіда та експрес-діагностика. Якщо немає ознак психічної демобілізації – індивідуальна або групова психологічна регуляція активуючого типу. Активне включення в процес підготовки до бойової операції. Допуск до бойової операції – після індивідуального психологічного контролю
6.	Психологічний шок (стресовий стан, безпосередньо після події): - поведінка неадекватна обстановці, байдуже відношення до оточуючих; - замкнутість, мовчазність; - загальмованість реакцій, розсіяність; - тривожність, неспокійний сон; - “відчужений” вигляд, утруднена “включеність”; - звуження уваги, інтересів, контактів	Тимчасове звільнення від обов’язків служби або участі в бойових операціях. Індивідуальна психологічна бесіда, мануальна і тілесна терапія. У разі потреби – евакуація для поглибленого дослідження і діагностики, а також надання спеціалізованої допомоги. Допуск до виконання службових обов’язків – після індивідуального психологічного контролю. Направлення на консультацію до психіатра, невропатолога

7.	Психічна демобілізація: - втрата контролю над ситуацією, дезорієнтація в обстановці, розгубленість; - незвичний для даного військово-службовця характер вимови, зміст висловлювань, інтонації, що свідчать про переживання страху; - спішні, хаотичні, некоординовані помилкові дії і вчинки; - уповільненість або відсутність необхідних дій і вчинків; - відсутність волевих зусиль, апатія, загальмованість, пригніченість, сонливість; - відсутність самоконтролю, нестриманість, настрій неадекватний ситуації; - відмова продовжувати дії, роботу тощо.	Тимчасове звільнення від виконання обов’язків. Психологічна експрес-корекція стану. Спостереження за станом і поведінкою. У разі потреби – евакуація для надання спеціальної допомоги. Направлення на консультацію до психіатра, невропатолога
8.	Деморалізація: - зниження моральних критеріїв оцінки поведінки, дій і вчинків; - розв’язність, вульгарність, цинізм, нехтування будь-якими нормами службової етики, субординації; - нехтування Правом війни; - озлобленість, немотивована грубість і хамство; - відмова від дотримання норм гігієни, неохайність, запущеність; - неконтрольоване п’янство (запої); - вживання наркотичних речовин тощо	У випадку відсутності необхідних умов для проведення корегувальних і реабілітаційних заходів, компетенція і кваліфікація психолога не відповідатиме ступеню виявлених розладів. Коли заходи першої психологічної допомоги не приводять до нормалізації психологічного стану і працездатності, військовослужбовця рекомендується евакуювати в місце постійної дислокації і передати під нагляд психіатра, невропатолога, нарколога

При тривалому перебуванні в умовах бойової обстановки (понад 4-5 діб) у воїнів починають з’являтися ознаки перевтоми. В одних знижується почуття бойової настороженості, виникає сонливість, безтурботність, а інші, навпаки, не можуть довго заснути і перенапружуються. Тому командир підрозділу потрібно не лише постійно нагадувати про дотримання дисципліни, але й надавати можливість для почергового відпочинку особового складу. Для запобігання порушенням нервово-психічної діяльності через дефіцит сну, при тривалому перебуванні в умовах бойової

обстановки доцільно через 5-6 годин несення служби надавати відпочинок (сон). При цьому оптимальний час для зміни військово-службовців на постах, секретах, патрулях, спостережних пунктах визначається біоритмами людини за такими годинами: в 02.00, 08.00, 14.00 та 22.00.

За ознаками отримання війнами БПТ або гострих психічних розладів командири підрозділів повинні дотримуватися під час бойової обстановки таких правил первинної психологічної допомоги:

1. Потрібно обов'язково **розпочати неформальне спілкування** з військовослужбовцем, начебто відволікаючи його увагу від подразника, який викликав цей стан. Зупинити хід негативних думок. Звертатися до нього на ім'я або за позивним.

2. По можливості **перемістити** військовослужбовця в інше місце перебування, **локалізувати** його від зовнішніх впливів бою.

3. Змусити його **виконати дихальні вправи**. Наприклад, посадити військовослужбовця у зручне положення, просити зробити глибокий вдих, затримати дихання на 5 с і якби порціями, ривками вдихати. Повторити декілька разів.

4. **Дати винити води або чаю** (трав'яного чаю). Можна навіть скористатися легкими заспокійливими засобами – екстракт валеріани по 1-2 таблетки 3 рази на день, корвалол, настоянка валеріани, пустирника, кореня півонії – по 20-30 крапель, 2-4 рази на день, 3-4 тижні, “Фітосед”, “Новопасіт” (за приписом лікаря).

5. **Перевірити пульс:** якщо є часте серцебиття, змусити покласти під язик корвалол (якщо психотравмований не здатний цього зробити самостійно, покласти йому пігулку самому).

6. Потім **можна поспілкуватись з військовослужбовцем про щось позитивне**. Попросити згадати якісь приємні моменти з життя. Особливо важливо викликати посмішку!

7. Дайте знати потерпілому, що **ви поруч**, турбуєтеся про нього і що вже вживаються заходи щодо його порятунку. Потерпілий повинен відчувати, що в такій ситуації він не самотній. Підійдіть до потерпілого і скажіть, наприклад: “Я залишу (ім'я його товариша) з тобою, поки не надійде допомога тебе евакуювати”. Потерпілий також повинен бути поінформований про те, що зараз відбувається: “Допомога вже на шляху до нас”.

8. Постарайтеся **позбавити постраждалого від сторонніх поглядів** і прояву цікавості з боку інших військовослужбовців.

Цікаві погляди дуже неприємні людині в кризовій ситуації. Якщо розз'яви не йдуть, дайте їм яке-небудь доручення, завдання. Необхідно відігнати цікавих від місця події.

9. Обережно встановлюйте **тілесний контакт**. Легкий тілесний контакт зазвичай заспокоює постраждалих. Тому візьміть потерпілого за руку або похлопайте по плечу. Торкатися до голови або інших частин тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що й потерпілий. Якщо постраждалий сидить – присядьте. Лежить – нахиліться ближче до нього, спираючись на коліно. Навіть надаючи допомогу, намагайтеся завжди перебувати на одному рівні з потерпілим.

10. **Говоріть і слухайте**. Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячі, виконуючи свої обов'язки. Говоріть і самі, бажано спокійним тоном, навіть якщо потерпілий непритомніс. Не проявляйте нервозності. Уникайте докорів. Запитайте постраждалого: “Що я можу для тебе зробити? Чим тобі допомогти?”. Якщо ви відчуваєте почуття співчуття до людини, не соромтеся про це сказати.

У таблиці 2.5 наведені деякі прийоми профілактики втоми і швидкого відновлення сил.

Таблиця 2.5

Прийоми профілактики невеликої втоми і швидкого відновлення сил

Місце та умови проведення	Зміст дій
Під час короткого відпочинку	Прийняти зручну позу, сидячи або лежачи на спині. Заплющити очі, розслабитися. Встановити спокійне дихання. Згадати приємні життєві ситуації. Подумки промовити формулу: “Мій організм відпочиває і набирається сил” (повільно повторювати її 2-3 рази, роблячи кожного разу акцент на різних словах)
Після безсонної ночі або тривалої діяльності, коли є пауза в 20-30 хвилин	Зайняти зручну позицію, лежачи на спині. Подивитися на годинник і представити положення стрілок, коли треба прокинутися. Наприклад, подумки наказати собі: “Прокинувся о 17.00”. Закрити очі, розслабити усі м'язи тіла і навіювати собі: “Я розслабляюся. Усі м'язи наливаються теплом. Ноги, руки важкі, теплі. Я засинаю, прокинувся о 17.00!”

Пригнічення негативної емоції. Якщо при зародженні негативної емоції військовослужбовець вчинить ряд фізичних дій, які є характерними для позитивних емоцій (наприклад, посміхнеться), то тим самим буде досягнутий необхідний профілактичний ефект. Природно, що здійснення таких дій вимагає значних вольових зусиль, оскільки потрібний результат досягається не відразу, а після закінчення деякого часу.

Досвід роботи з військовослужбовцями, що піддалися бойовому стресу, дозволяє виділити основні способи і засоби їх психологічної підтримки. Безпосередньо в ході бойових дій застосовуються **комунікативні та організаційно-діяльнісні способи надання первинної психологічної допомоги.**

До комунікативних способів відносяться:

а) **вербальні:** доведення до військовослужбовців мобілізуючої інформації. Наприклад:

- переконання “Ми справлялися і не з такими завданнями, впораємося і з цим”;

- навіювання за типом: “Ти впораєшся з цим! У тебе достатньо сил і досвіду!”;

- підкріплення за типом: “Молодець!”, “Орел!”, “Так тримати!”;

- психологічне зараження настроєм за типом: “Мужики, ми герої чи ні!”, “Українці не відступають!”, “Слава Україні! – Героям слава!”, “Слава нації! – Смерть ворогам!”;

- жарти, накази, погрози та ін.;

б) **візуальні:** контакт очима; жести схвалення і підтримки, міміка і пантоміміка;

в) **тактильні:** дотики, потиск руки, поплескування по плечу, братські обійми та ін.;

г) **емоційні** – знаходження поряд з тим, хто потребує підтримки в скрутну хвилину, співпереживання, дружня посмішка;

д) **особистий приклад активних і рішучих дій;**

е) **підтримка діями** (пригостити сигаретою, водою, поділитися боеприпасами та ін.);

ж) **спонукання військовослужбовця** виконати один з експрес-прийомів психічної саморегуляції, заснованих на зміні типу дихання і тону мускулатури, ідеомоторних рухів.

Організаційно-діяльнісні способи:

а) **припинення або послаблення інтенсивності впливу** психотравмуючих чинників бойової обстановки – виведення військовослужбовця у безпечне місце, ліквідація або блокування джерел травматизації;

б) **попередження контактів** військовослужбовців з особами, що піддалися деморалізації, панікерами, тими, хто розпускає неправдиві слухи;

в) **тверде управління діями підлеглих**, відвернення їх від психотравмуючих чинників, постановка чітких завдань на продовження бойових дій типу: “Солдат Петренко! Супротивник справа, за автобусом, що горить. Знищити!”. Чи: “Михайло! Подивися на Степана!. Він робить правильно. Роби як Степан!” та ін.;

г) **перестановка військовослужбовців** на основі психологічної сумісності, що посилює ефект позитивного психологічного впливу на тих, хто має потребу у підтримці і допомозі.

Як ми вже вказували, у людини в екстремальній ситуації можуть виникати різні симптоми. В тому числі:

- марення;
- галюцинації;
- апатія;
- ступор;
- рухове збудження;
- агресія;
- страх;
- істерика;
- нервово тремтіння;
- плач.

Допомога в даній ситуації полягає, в першу чергу, у створенні умов для нервової “розрядки”.

Марення і галюцинації. Критична ситуація викликає у людини потужний стрес, призводить до сильного нервового напруження, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров’ї в цілому – не тільки фізичному, але і психічному теж. Це може загострити вже наявне психічне захворювання.

До основних ознак марення відносяться хибні уявлення чи умовиводи, в помилковості яких потерпілого неможливо переконати.

Галюцинації характеризуються тим, що потерпілий переживає відчуття присутності уявних об’єктів, які в даний момент не впливають на відповідні органи чуття (чує голоси, бачить людей, відчуває запахи та інше).

У даній ситуації:

1. Зверніться до медичних працівників.

2. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі й оточуючим. Заберіть від нього предмети, що представляють потенційну небезпеку.

3. Ізолюйте потерпілого і не залишайте його самого.

4. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте, що в такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

Апатія може виникнути після тривалої, напруженої, але безуспішної роботи; або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли не вдалося когось врятувати.

Навалюється відчуття втоми – таке, що не хочеться ні рухатися, ні говорити, рухи та слова даються з великими труднощами. У душі порожнеча, байдужість, немає сил навіть на прояв почуттів. Якщо людину залишити без підтримки і допомоги в такому стані, то апатія може перейти в депресію (важкі і болісні емоції, пасивність поведінки, почуття провини, відчуття безпорадності перед життєвими труднощами, безперспективність тощо).

У стані апатії людина може перебувати від кількох годин до декількох тижнів.

Основними ознаками апатії є:

- байдуже ставлення до всього, що її оточує;
- млявість, загальмованість;
- повільна, з довгими паузами, мова.

У даній ситуації:

1. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань: “Як тебе звуть?”; “Як ти себе відчуваєш?”; “Хочеш їсти?”.

2. Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково зняти взуття).

3. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло.

4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.

5. Якщо немає можливості відпочити, то більше говоріть з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності (прогулятися, сходити випити чаю або поїсти, допомогти оточуючим, що потребують допомоги).

Ступор. Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму. Вона настає після найсильніших нервових потрясінь (вибух, напад, жорстоке насильство), коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт з навколишнім світом вже немає.

Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Тому, якщо не надати допомогу і потерпілий пробуде в такому стані досить довго, це призведе до його фізичного виснаження. Так як контакту з навколишнім світом немає, потерпілий не помітить небезпеки і не зробить дій, щоб її уникнути.

Основними ознаками ступору є:

- різке зниження або відсутність довільних рухів і мови;
- відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотики, щипки);
- “застигання” в певній позі, заціпеніння, стан повної нерухомості;
- можлива напруга окремих груп м'язів.

У даній ситуації:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.

2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підстройте своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому говорите їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Рухове збудження. Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, обстріли) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Військовослужбовець не в змозі визначити, де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожою на тварину, що метастає по клітці.

Основними ознаками рухового порушення є:

- різкі рухи, часто безцільні і безглузді дії;
- ненормально гучна мова або підвищена мовна активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглузді речі);
- часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази).

У даній ситуації:

1. Використовуйте прийом “захоплення”: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе.

2. Ізолюйте постраждалого від оточуючих.

3. Масажуйте “позитивні” точки. Говоріть спокійним голосом про його почуття. (“Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?”).

4. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте питань, в розмові уникайте фраз з часткою “не”, що відносяться до небажаних дій (наприклад: “Не біжи”, “Не розмахуй руками”, “Не кричи”).

5. Пам'ятайте, що потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.

6. Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою (див. допомогу при даних станах).

Агресія. Агресивна поведінка – один з мимовільних способів, яким організм людини “намагається” знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості чи агресії може зберігатися досить тривалий час і заважати самому потерпілому та оточуючим.

Основними ознаками агресії є:

- роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу);

- завдання оточуючим ударів руками або будь-якими предметами;

- словесна образа, лайка;

- м'язова напруга;

- підвищення кров'яного тиску.

У даній ситуації:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.

2. Дайте постраждалому можливість “випустити пару” (наприклад, виговоритися або “побити” подушку).

3. Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постраждалим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде направлена на вас. Не можна казати: «Що ж ти за людина!» Слід сказати: «Ти страшно злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації».

5. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями.

6. Агресія може бути погашена страхом покарання:

- якщо немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки;

- якщо покарання суворе і ймовірність його здійснення велика.

7. Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі та іншим.

Страх. До основних ознак страху відносяться:

- напруга м'язів (особливо обличчя);

- сильне серцебиття;

- прискорене поверхнєве дихання;

- знижений контроль над власною поведінкою.

Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

У цій ситуації:

1. Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!».

2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.

3. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервові тремтіння. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервові тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм “скидає” напругу.

Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться усередині, в тілі, і викличе м'язові болі, а в подальшому може призвести до розвитку таких серйозних захворювань, як гіпертонія, виразка тощо.

Основні ознаки даного стану:

- тремтіння починається раптово – відразу після інциденту або через якийсь час;

- виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих його частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сигарету);

- реакція триває досить довго (до декількох годин);

- потім людина відчуває сильну втому і потребує відпочинку.

У даній ситуації:

1. Потрібно посилити тремтіння.

2. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.

3. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.

4. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати.

5. Не можна:

- обіймати потерпілого або притискати його до себе;
- вкривати потерпілого чимось теплим;
- заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач. Коли людина плаче, всередині у неї виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поруч є хтось, з ким можна розділити горе.

Основні ознаки даного стану:

- людина вже плаче або готова розридатися;
- тремтять губи;
- спостерігається відчуття пригніченості;
- на відміну від істерики, немає ознак збудження.

Якщо людина стримує сльози, то не відбувається емоційної розрядки, полегшення. Коли ситуація затягується, внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини.

У даній ситуації:

1. Не залишайте постраждалого одного.

2. Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчуття, що ви поруч.

3. Застосовуйте прийоми "активного слухання" (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе): періодично вимовляйте "ага", "так", кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття; говоріть про свої почуття і почуття потерпілого.

4. Не намагайтесь заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, "виплеснути" з себе горе, страх, образ.

5. Не ставте запитань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.

Істерика. Істеричний припадок триває кілька хвилин або кілька годин.

Основні ознаки:

- зберігається свідомість;
- надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози;
- мова емоційно насичена, швидка;
- крики, ридання.

У даній ситуації:

1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залиштеся з потерпілим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.

2. Несподівано зробіть дію, яка може сильно здивувати (можна дати ляпасу, облили водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

3. Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном ("Випий води", "Вмийся").

4. Після істерики настає занепад сил. Покладіть постраждалого спати. До прибуття медика спостерігайте за його станом.

5. Не потурайте бажанням потерпілого.

Екстремальні ситуації (бойові дії), пов'язані із загрозою для життя. За короткий час відбувається зіткнення з реальною загрозою смерті (у повсякденному житті психіка створює захист, дозволяючи сприймати смерть як щось далеке або навіть нереальне). Змінюється образ світу, дійсність представляється наповненою фатальними випадковостями. Людина починає ділити своє життя на дві частини – до події і після неї. Виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти її почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддалася фізичному насильству, вона все одно отримала найсильнішу психічну травму.

Допомога військовослужбовцю:

1. Допоможіть постраждалому висловити почуття, пов'язані з пережитою подією (якщо він відмовляється від бесіди, запропонуйте йому описати те, що сталося, свої відчуття у вигляді розповіді).

2. Покажіть потерпілому, що навіть у зв'язку з найжахливішою подією можна зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим досвідом, який вона придбала в ході життєвих випробувань).

3. Дайте постраждалому можливість спілкуватися з людьми, які з ним пережили трагічну ситуацію (обмін номерами телефонів учасників події).

4. Не дозволяйте потерпілому грати роль "жертви", тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди ("Я не можу нічого робити, адже я пережив такі страшні хвилини").

У таблиці 2.6 наведені способи і прийоми надання первинної психологічної допомоги в бойових умовах.

Таблиця 2.6

Первинна психологічна допомога в бойових умовах

Тип психічної реакції	Симптоми	Рекомендується	Заборонено
Нормальна	Тремор, м'язове напруження, пітливість, нудота та незначна діарея, часте дихання і серцебиття, стурбованість, занепокоєння	Індивідуальна психофізична підтримка, чітке керівництво з виділенням позитивних ситуаційних мотивів, спілкування з товаришами	Фіксувати надлишок уваги на цьому стані, виділяти серйозність положення, висміювати або залишатися байдужим
Знижена активність, депресія	Військовослужбовці стоять або сидять, без руху і розмов, з байдужими обличчями	М'яко встановити з ними контакт, добиваючись того, щоб вони повідомили про те, що сталося. Виявити увагу і виразити солідарність. Запропонувати просту, рутинну роботу або виконати просте доручення командира. Забезпечити теплою їжею і сигаретами	Проявляти надмірну жалість, призначати седативні (заспокійливі) засоби (за виключенням крайніх випадків), перебільшувати почуття солідарності. Співчувати про те, що трапилось. Говорити: "Тримайся" тощо
Індивідуальна паніка	Нерозсудливі спроби до втечі, неконтрольований плач, істеричні крики, біг колами, або в напрямку від удаваної загрози	Проявити доброзичливу твердість. Добитися того, щоб людина звернула увагу на ваші дії або дії товаришів. Дати з'їсти або випити що-небудь тепле. Відволікти увагу. Запропонувати закурити. Ізолювати, якщо в тому є необхідність. Виявити співчуття	Вживати грубих заходів при ізоляції, бити, зв'язувати, обливати водою, призначати седативні (заспокійливі) засоби (за виключенням крайніх випадків)

Продовження табл. 2.6

Тип психічної реакції	Симптоми	Рекомендується	Заборонено
Гіперактивність	Схильність до сперечаць, невиконання розпоряджень і наказів, швидка мова, виконання неспотрібної роботи, перестрибування з однієї роботи на іншу, висловлювання нескінченних порад оточуючим	Дати виговоритися, заставити виконувати тяжку і рутинну фізичну роботу (розвантажувати, завантажувати, копати, переносити тощо). Запропонувати з'їсти або випити щось тепле, дати закурити. Здійснювати контроль. Не проявляти інших почуттів. Виявляти спокій і твердість у діях, вчинках і рішеннях	Акцентувати увагу на стані військово-службовця, вступати з ним у суперечку, переконувати у чому-небудь
Реакція з персваптаженням фізичних компонентів	Нудота, блювота, функціональні паралічі	Показати свою зацікавленість станом військово-службовця, запропонувати просту, неважку роботу або індивідуальне виконання доручення. Створити необхідні умови при евакуації в медичний пункт. Утриматися від прояву інших почуттів	Говорити потерпілим, що з ними нічого серйозного не сталося, сварити і висміювати, акцентувати увагу на його стані. Вимагати, щоб він заспокоївся

ПІСЛЯ БОЮ. Основні симптоми, які свідчать про отримання БПТ, були представлені вище. Перелік симптомів БПТ, не є вичерпним, у посібнику подані найбільш характерні, крім того, можливо їх різне поєднання залежно від форми реакції на БПТ та її важкості. Але враження БПТ потрібно відрізнити від прояву розгубленості або боягузтва – ніякі заклики, вмовляння, ляпаси, загрози (аж до розстрілу) не виводять військовослужбовця зі стану

дезорієнтації і можуть лише посилити наслідки БПТ. Тому якнайшвидша ізоляція його від впливів екстремальної обстановки є найпершою умовою.

Після доставки потерпілого в пункт надання першої психологічної допомоги потерпілому необхідно обмити водою хоча б обличчя і руки (в ідеальному варіанті занурити в теплу ванну або прийняти теплий душ), зігріти п'ясті рук і ступні ніг, розтерти їх шерстяною тканиною або використовуючи гарячу воду. Потім потерпілому потрібно дати заспокійливі засоби (седуксен, еленіум, фенозепам і т.д.) і укласти спати. Якщо немає необхідних медикаментів, як заспокійливе може бути використаний шприц-тюбик промедолу (або інший засіб обезболювання) з індивідуальної аптечки або алкоголь (50-100 мл).

Після того як потерпілий прокинеться, його необхідно нагодувати і знову покласти спати. Надалі ступінь тяжкості психотравми і заходи щодо відновлення психічного здоров'я військовослужбовця повинен визначити фахівець. Однак при проведенні відновлювального періоду в найближчому тилу (без відправки потерпілого в госпіталь) менша кількість військовослужбовців симулює продовження хвороби (за досвідом західних армій, при такому підході 8 з 10 потерпілих поверталися у стрій впродовж 2-3 днів).

Надання первинної психологічної допомоги повинно супроводжуватися умілою **психотерапевтичною бесідою** командира підрозділу, офіцера по роботі з особовим складом, психолога після того, як гостра реакція на БПТ буде знята і потерпілий знову стане здатний до розсудливих дій. Усвідомлення того, що товариші по службі військовослужбовця буквально поруч б'ються з ворогом, а він, в цілому фізично здоровий, знаходиться в тилу, є для більшості військовослужбовців потужним мотивом і стимулом для повернення у підрозділ.

У крайніх випадках при неможливості воїнів продовжувати бойові дії через безупинний тремор (дрижання кінцівок і тіла), видати мінімальну дозу заспокійливих засобів.

Така дія командирів не повинна носити агресивного і принижуючого характеру, що давить на психіку, оскільки це є не прийнятним для неї. Важливо і те, наскільки буде сформовано правильне відношення в підрозділі до воїнів, що повертаються після перенесеної БПТ. За відсутності дружньої підтримки, участі і наявності кенкувань і утиску з боку товаришів по службі, висока вірогідність

повернення до колишнього стану у потерпілого. Для поліпшення результатів доцільно доручати опіку воїном, що повернувся після відновлення від БПТ, тому, хто раніше вже це переніс. Такий підхід важливий тому, що наслідки БПТ у слабкій формі є присутніми в психіці досить тривалий час, а шефство, наставництво дозволяє **реалізувати принцип "допомагаючи іншому, відновлююся сам"**.

Коли у людини немає можливості розрядити внутрішнє напруження, його тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги. У цьому, в принципі, і полягає механізм посттравматичного стресу. Його симптоми – які в комплексі виглядають як психічне відхилення або розлади – насправді не що інше як глибоко вкорінені способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями в минулому.

При посттравматичному синдромі (ПТС) у військовослужбовців спостерігаються такі клінічні симптоми.

1. Невмотивована пильність. Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, коли їй загрожує небезпека.

2. "Вибухова" реакція. За найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуці двигунів вертольоту, який низько летить, різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до нього із-за спини).

3. Приглушення емоцій. Буває, що людина повністю або частково втратила здатність до емоційних проявів. Їй важко встановити близькі та дружні зв'язки з оточуючими, їй недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато потерпілих скаржаться, що з часу ураження їх важкими подіями їм стало набагато важче відчувати ці почуття.

4. Агресивність. Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, зазвичай, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Попросту кажучи, людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих всякий раз, коли хоче домогтися свого, навіть якщо мета не є важливою.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися або щось згадати, принаймні, такі труднощі виникають за певних обставин. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якомусь стресовому чиннику, як людина вже не в силах зосередитися.

6. Депресія. У стані ПТС депресія досягає найтемніших і безпросвітних глибин людського розпачу, коли здається, що все безглуздо і марно. Цьому почуттю депресії сприяє нервові виснаження, апатія і негативне ставлення до життя.

7. Загальна тривожність. Проявляється на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунку, головний біль), у психічній сфері (постійне занепокоєння і стурбованість, параноїдальні явища – наприклад, необґрунтована боязнь переслідування), в емоційних переживаннях (відчуття страху, невпевненість в собі, комплекс провини).

8. Напади люті. Це не приливи помірного гніву, а саме вибухи люті, за силою подібні до виверження вулкана. Багато пацієнтів повідомляють, що такі напади нерідко виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак трапляються і без вживання алкоголю або наркотиків, так що було б неправильно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато пацієнтів вживають марихуану, алкоголь і (меншою мірою) інші наркотичні речовини. Важливо відзначити, що серед ветеранів – жертв ПТС – існують ще дві великі групи: ті, хто приймає тільки лікарські препарати, прописані лікарем, і ті, хто взагалі не вживає ні ліків, ні наркотиків. Під рубрикою “зловживання наркотичними лікарськими речовинами” через неточне визначення цього симптому багато ветеранів були помилково віднесені до категорії алкоголіків, наркоманів тощо.

10. “Непрохані” спогади. Мабуть, це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про присутність ПТС. У пацієнта раптово спливають моторошні, потворні сцени, пов'язані з подією, що травмує. Ці спогади можуть виникати як у сні, так і під час неспання.

Наяву вони з'являються в тих випадках, коли навколишнє середовище чимось нагадує те, що було “в той час”, тобто під час випадку отримання травми: запах, видовище, звук, ніби що з тієї пори. Яскраві образи минулого обрушуються на психіку і викликають сильний стрес. Головна відмінність від звичайних спогадів у тому, що посттравматичні “непрохані спогади” супроводжуються сильними почуттями тривоги і страху.

Непрохані спогади, які надходять у сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди)

пов'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, зазвичай, двох типів: перші, з точністю відеозапису передають подію психологічного травмування так, як воно закарбувалося в пам'яті людини, яка її пережила; у снах другого типу обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (особа, ситуація, відчуття) подібні тим, які мали місце у випадку психологічного травмування. Людина пробуджується від такого сну розбитою; її м'язи напружені, вона вся в поту.

У медичній літературі нічне потіння іноді розглядають як самостійний симптом на тій підставі, що багато пацієнтів просянаються мокрими від поту, але не пам'ятають, що їм снилося. Тим не менше очевидно, що потіння проявляється саме як реакція на сновидіння, незалежно від того, закарбувалось воно чи ні. Багато ветеранів та їхні близькі відзначають, що під час сну людина перевертається в ліжку і прокидається зі стиснутими кулаками, немов готова до бійки.

Такі сновидіння є, мабуть, найстрашнішим аспектом ПТС для пацієнта, і люди не погоджуються говорити про це. Більш ретельно ми розглянемо, що можуть означати кошмарні сни і як бути, якщо вони відвідують людину, у додатку А.

11. Галюцинаційні переживання. Це особливий різновид непроханих спогадів про події, що травмують, з тією різницею, що при галюцинаційному переживанні пам'ять про це яскрава, а події поточного моменту як би відходять на другий план і здаються менш реальними, ніж спогади. У цьому галюцинаційному, відчуженому стані людина поводить себе так, ніби вона знову переживає минулі події, що травмували; вона діє, думає і відчуває так само, як в той момент, коли їй довелося рятувати своє життя.

Галюцинаційні переживання властиві не всім людям: це всього лише різновид непроханих спогадів, для яких характерна особлива яскравість і болючість. Вони частіше виникають під впливом наркотичних речовин, зокрема й алкоголю, проте галюцинаційні переживання можуть з'явитися у людини і в тверезому стані, а також у того, хто ніколи не вживав наркотичних речовин.

Феномен “галюцинаційних переживань” нерідко використовується в кінофільмах але, на жаль, його трактують неточно. Психотерапія і робота над собою допомагають взяти ці явища під контроль.

12. Безсоння (труднощі із засинанням і переривчастий сон). Коли людину відвідують нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі протриває засинання, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Регулярне недосипання, що призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, а також почуттям фізичного або душевного болю, що не проходить.

13. Думки про самогубство. Військовослужбовець, який уражений посттравматичним стресом, постійно думає про самогубство чи планує будь-які дії, які зрештою повинні привести його до смерті. Коли життя видається більш жахливим і болючим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може бути природною. Коли людина доходить до тієї межі відчаю, де не видно ніяких способів виправити своє становище, вона починає розмірковувати про самогубство.

Багато учасників бойових дій повідомляють, що в якийсь момент досягали цієї грані. А скільки людей переступили її! Це справжня трагедія багатьох націй, що воювали. Всі ті, хто знайшов у собі сили жити, дійшли висновку: потрібно бажання і завзятість долати труднощі – і з часом з'являються більш світлі життєві перспективи.

14. “Провина через те, що вижив”. Почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, що коштували життя іншим, нерідко притаманно тим, хто страждає від “емоційної глухоти” (нездатності пережити радість, любов, співчуття тощо) з часу подій, що травмують. Багато жертв ПТС готові на що завгодно, аби тільки уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів, друзів. Сильне почуття провини іноді провокує приступи упосліджувальної поведінки, коли, за образним висловом одного із учасників бойових дій, “намагаєшся побити самого себе”.

Такі основні симптоми і хід розвитку посттравматичного стресу. Якщо вони присутні у вашому житті, то картина, ймовірно, здалася вам до болю знайомою. У такому випадку ви зрозуміли, як називається ваша хвороба. Тепер вам належить побільше дізнатися про неї, одночасно роблячи кроки, що ведуть до здоров'я. Ми описали типові симптоми посттравматичного стресу не для того, щоб ви розбиралися в складних механізмах психічних процесів, або щоб у всіх своїх неприємностях звинувачували

минуле, але щоб зрозуміли одну дуже важливу річ: ви прийшли до свого теперішнього стану з певних причин. Ці причини можна ясно побачити, виявити, якщо всерйоз зайнятися вивченням картини свого життя.

Якщо в картині симптомів ПТС ви виявили те, що притаманно вам, це означає, що ви зробили дуже важливий перший крок. Це означає, що ви готові чесно поглянути на деякі сторони свого життя. Приймаючи реальність свого життя з усім, що в ньому є доброго і поганого, ви зможете поставити собі наступне запитання (відповісти на нього поки необов'язково): “Мені під силу щось змінити?”.

Організація командиром підрозділу психологічної реабілітації військовослужбовців може здійснюватися за такими етапами:

- вивчення вимог нормативних документів щодо організації психологічної реабілітації військовослужбовців (на своєму рівні управління);
- вивчення та аналіз морально-психологічного стану підлеглих;
- визначення заходів з відновлення психічної рівноваги у військовослужбовців, які отримали психічні травми;
- віддання вказівок щодо психологічної реабілітації травмованих;
- постановка задач посадовим особам, залученим до здійснення заходів з психологічної реабілітації;
- особиста участь у здійсненні реабілітаційних заходів;
- здійснення контролю та надання необхідної допомоги виконавцям;
- організація навчання та інструктування посадових осіб за методикою здійснення психологічної реабілітації;
- вивчення, узагальнення та впровадження передового досвіду роботи з відновлення психічної рівноваги військовослужбовців;
- доповідь старшому начальнику про морально-психологічний стан особового складу і роботу, що проводиться з питань профілактики отримання психологічних травм підлеглими.

Враховуючи важливість заходів, спрямованих на збереження та відновлення боєздатності військовослужбовців і підрозділів як бойових команд (військових колективів), **командир зобов'язаний врахувати їх при відданні вказівок щодо організації МПЗ, зорієнтувати посадових осіб і визначити ступінь їх участі у вирішенні таких основних завдань:**

1. Зняття у військовослужбовців психічної напруженості і втоми.
2. Швидке повернення до підрозділу бійців, котрі мають потребу в госпіталізації за характером психічних розладів.

3. Евакуація воїнів, які отримали бойові психічні травми, для надання медичної допомоги та проведення реабілітації.

4. Відновлення боєздатності і стійкості деморалізованих і дезорганізованих військових підрозділів.

Отже, після ведення бойових дій психологічна реабілітація військовослужбовців як важливий складовий елемент МПЗ діяльності військ забезпечує підтримку необхідного стану боєздатності особового складу, сприяє попередженню інвалідності, дозволяє відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми.

Представляючи собою систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних і організаційно-управлінських заходів з відновлення психічної рівноваги військовослужбовців, психологічна реабілітація передбачає можливість застосування ряду доступних способів впливу на особовий склад безпосередньо в підрозділі, без евакуації деякої частини травмованих до лікувальних установ.

Ось чому для командира підрозділу важливо мати уявлення про сутність і зміст практичних прийомів психологічної реабілітації, про методику її організації в бойових умовах.

Успішне вирішення задач психологічної реабілітації визначається й умінням командира раціонально спрямовувати діяльність штабів, командирів підрозділів, структур по роботі з особовим складом, військових психологів, психологів-волонтерів, медичних працівників, військових юристів, лідерів бойових команд (військових колективів), громадських структур тощо; спиратися на ці сили, забезпечувати їх тісну взаємодію, використовувати їх можливості для підтримки високої бойової готовності, дисципліни та бойової злагоженості, згуртованості, братства, збереження психічного здоров'я підлеглого особового складу.

Первинна реабілітація військовослужбовців, що отримали психічні травми, здійснюється безпосередньо у підрозділі. Виходячи з цього, на командирів підрозділів та інших посадових осіб частин і підрозділів покладається відповідальність за організацію та практичне здійснення реабілітаційних заходів.

Основними завданнями на цьому етапі реабілітації будуть: відновлення фізичної та розумової працездатності, емоційно-вольової стійкості; повернення до військово-професійної діяльності, відновлення здоров'я, закріплення позитивної установки на продовження службової діяльності; проведення профілактичних

заходів з метою попередження рецидивів психічних розладів, збереження і зміцнення психічного здоров'я тощо.

Аналіз функціональних обов'язків посадових осіб частини дозволяє визначити їх конкретну участь у психологічній реабілітації військовослужбовців.

По-перше, командир і всі посадові особи частини (підрозділу) зобов'язані робити все можливе для збереження високого рівня боєздатності військовослужбовців в конкретних умовах обстановки. **Їх найважливішим завданням є недопущення нервово-психічного виснаження особового складу.**

По-друге, спостерігаючи дії воїнів та оцінюючи їх поведінку і морально-психологічний стан, командири зобов'язані визначати реагування того чи іншого фахівця (медика, психолога) на обстановку, що веде до отримання психотравм особовим складом.

По-третє, важливим завданням командирів і всіх посадових осіб є **турбота про заощадження емоцій військовослужбовців, розуміння того, що керувати ними ефективно можливо, тільки спираючись на знання психології, з максимальною користю для вирішення бойових завдань.**

По-четверте, командири, офіцери структур по роботі з особовим складом, використовуючи різні психологічні прийоми, форми і методи психологічного впливу на особовий склад, **зобов'язані впливати на характер переживань і, отже, на ступінь психічної напруги.**

По-п'яте, командири і офіцери по роботі з особовим складом, використовуючи добре продуману систему інформування, дохідливим словом, яке відповідає на конкретні запити ситуації та розсіює негативні чутки, зобов'язані знижувати вплив уяви і страхітливої фантазії.

По-шосте, командири всіх ступенів повинні володіти певними знаннями, навичками і досвідом управління психічними станами підлеглих в різних умовах обстановки та надання їм першої психологічної допомоги в разі отримання бойової психічної травми.

І, нарешті, медичні працівники будь-якої спеціальності повинні володіти необхідними знаннями та практичними навичками в галузі військової психоневрології в інтересах професійного здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців.

Бойовий статут Сухопутних військ (частини II, III) конкретизує обов'язки посадових осіб підрозділу, зокрема й з питань надання первинної психологічної допомоги та організації психологічної реабілітації.

У частині III Бойового статуту Сухопутних військ вказано: “Первинна психологічна допомога і реабілітація військовослужбовців, що отримали психічні травми, здійснюється безпосередньо в підрозділі. Надання допомоги військовослужбовцям, що отримали бойові психічні травми, та їх евакуація здійснюється у тісній взаємодії з фахівцями медичної служби”.

У частині II Бойового статуту Сухопутних військ визначено, що психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців, які отримали бойові психогенні травми та розлади, здійснюється як безпосередньо у підрозділах (шляхом само- чи взаємодопомоги силами особового складу підрозділів), так і в пункті психологічної допомоги та реабілітації бригади при тісній взаємодії із спеціалістами медичної служби.

Морально-психологічне забезпечення організується у всіх видах бойових дій. Керівництво МПЗ командир батальйону (роті) здійснює через заступника по роботі з особовим складом на основі вказівок щодо МПЗ старшого командира.

Цілеспрямоване МПЗ організується у всіх штатних, доданих і підтримуючих батальйон (роту) підрозділах у всіх видах бойових дій.

Під час оцінювання МПЗ командир батальйону (роті) враховує: висновки з аналізу соціально-політичної, релігійної, кримінальної обстановки в районі майбутніх дій; укомплектованість особовим складом, його морально-психологічний стан, рівень організованості, військової дисципліни і правопорядку; стан боєздатності підрозділів, бойові і психогенні втрати; сильні і слабкі сторони своїх підрозділів і противника; ступінь захисту особового складу від морально-психологічного впливу противника, матеріально-побутову і технічну забезпеченість; можливості для організації відпочинку і дозвілля, відновлення морально-психологічних і фізичних сил особового складу.

На основі висновків з оцінювання морально-психологічного стану командир батальйону (роті) визначає мету, основні завдання МПЗ, терміни і порядок їх виконання, розглядає і затверджує пропозиції заступника командира по роботі з особовим складом з питань МПЗ; затверджує план МПЗ; особисто бере участь у найбільш важливих заходах, визначає порядок і терміни доповідей про морально-психологічний стан особового складу; організує контроль за виконанням завдань МПЗ.

У вказівках щодо МПЗ командир батальйону (роті) визначає: короткі висновки з тактичної, морально-психологічної й інформаційної обстановки; особливості майбутніх бойових дій; мету і завдання МПЗ, основні заходи за його видами; порядок і терміни інформування про морально-психологічну й інформаційну обстановку, морально-психологічний стан особового складу.

Безпосереднім організатором МПЗ в батальйоні (роті) є заступник командира по роботі з особовим складом.

Під час підготовки до бойових дій заступник командира по роботі з особовим складом на підставі рішення командира батальйону (роті) виробляє пропозиції з МПЗ бою, ставить завдання психологу батальйону, командирам підрозділів, їх заступникам по роботі з особовим складом, розробляє план МПЗ бойових дій, організує взаємодію в інтересах МПЗ; здійснює контроль, надання допомоги і несе особисту відповідальність за виконання заходів МПЗ бою; доповідає командир батальйону (роті) про виконання завдань МПЗ бою.

У пропозиціях командира батальйону (роті) щодо МПЗ визначаються: оцінювання обстановки і морально-психологічного стану особового складу; головне завдання МПЗ бойових дій і напрямки зосередження його основних зусиль; заходи МПЗ і порядок їх виконання.

У розділі “психологічне забезпечення пропозицій з МПЗ бою” доцільно вказувати:

- заходи щодо зниження впливу передбойової обстановки на психіку військовослужбовців;
- напрямки роботи щодо зниження інтелектуальної, вольової та емоційної напруженості особового складу;
- прийоми формування навичок поведінки на полі бою;
- способи створення бойового збудження і настрою;
- заходи щодо припинення страху і паніки;
- основні завдання надання первинної психологічної допомоги і психологічної реабілітації військовослужбовців тощо.

У плані МПЗ бойових дій, що розробляється заступником командира по роботі з особовим складом, визначаються конкретні заходи психологічного забезпечення, у т.ч. і заходи щодо відновлення боєздатності військовослужбовців, тобто щодо їх психологічної реабілітації.

Командиру, його заступнику по роботі з особовим складом та іншим посадовим особам підрозділу важливо мати уявлення про основні прийоми соціально-психологічної реабілітації військово-службовців, що отримали БПТ. До найбільш доступних, що мають достатню ефективність впливу на психіку підлеглих, відносяться: застосування медикаментозних засобів, прийоми психотерапії, психічну саморегуляцію, аутогенне тренування, самомасаж біологічно активних точок і деякі інші методи впливу на травмованих військовослужбовців.



2.3. Способи і засоби первинної психологічної реабілітації в бойових умовах

Для зупинки, припинення у військовослужбовців психічних розладів також застосовують **медикаментозні засоби**, що знімають підвищену збудливість і дратівливість, які нормалізують настрій, стимулюючи нормальне функціонування організму.

Прийом транквілізаторів та інших спеціальних фармакологічних препаратів проводиться під контролем або по рекомендації медичних працівників і дозволяє не тільки підвищити нервово-психічну стійкість військовослужбовців при виконанні ними дій, пов'язаних з різким або тривалим психічним напруженням, але й знімати нервово-психічне збудження.

Видача і прийом окремих спеціальних засобів вимагає обережності і повинно виконуватися після апробування та погодження з командиром підрозділу.

Крім спеціальних фармакологічних засобів, що застосовуються медичними працівниками в кожному конкретному випадку психічного розладу, існують традиційні заспокійливі і стимулюючі засоби, про які повинні знати всі військовослужбовці.

Історія воєн знає безліч прикладів, коли для боротьби з важкими формами психічної напруги, пов'язаної з переживанням страху, використовувалися різні речовини заспокійливої дії. Найчастіше для цих цілей, і не без успіху, приміром, вживали алкоголь.

До найбільш поширених заспокійливих засобів відносяться: настоянки валеріани, пустирника, горицвіту, конвалії; екстракт або настоянка глоду, м'ятні краплі, валідол та інші.

Для стимуляції центральної нервової системи застосовуються: пантокрин, настоянка кореня женьшеню, настоянки лимоннику, левзеї, заманихи, а також кофеїн (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Фармакологічні засоби і речовини припинення і зупинки психічних розладів у військовослужбовців

№ з/п	Форма впливу	Назва засобів і речовин
1.	Стимулювання	кофеїн, алкоголь (в малих дозах); пантокрин, настоянка кореня женьшеню; настоянки лимоннику, левзеї, заманихи
2.	Заспокоєння (седативні)	настоянка валеріани, пустирника, горицвіту, конвалії; пасифлора, собача кропива, півонія, листя хмелю, звіробій; екстракт або настоянка глоду; м'ятні краплі, валідол; корвалол, валосердін, валокордин; супрастин, піпольфен, тавегіл, доксиламін; фенобарбітал, барбітал-натрій; димедрол (в малих дозах); фенібут і гліцин

У додатку Б ми надали більш розширений спектр заспокійливих і стимулюючих медичних фармакологічних засобів. Однак командир підрозділу повинний перш ніж надавати психологічну допомогу, використовуючи вказані засоби, порадитися з медичними працівниками. Інформація, надана у додатку Б, – радше для поповнення елементарних знань і уявлень командирів підрозділів про можливість використання цих засобів у бойових умовах.

Однак, крім спеціальних медико-біологічних засобів реабілітації військовослужбовців, відновленню їх психічної рівноваги сприяє комплекс психологічних заходів, застосування і використання яких можливе в бойових умовах.

Серед **методів психологічної реабілітації** важлива роль належить психотерапії, яка проводиться за допомогою **бесід з військовослужбовцями**. Метою таких бесід є заспокоєння людини, показ йому минутого характеру змін, що відбуваються у його стані, орієнтування на вихід з травматичної ситуації, роз'яснення механізмів виникнення психічних розладів і переконання військовослужбовця в реальних можливостях саморегуляції деяких нервових процесів.

Психотерапія – це вид лікування, коли основним інструментом впливу на психіку людини є **слово**, вмиле застосування якого дозволяє усунути прояви психічної травми, змінити ставлення військовослужбовця до себе і свого стану.

Більшість фахівців вважають дебрифінг (обговорення) одним з основних методів профілактики постстресових розладів.

Дебрифінг включає два найважливіші компоненти:

- детальний розбір інциденту, аж до дрібних деталей, з неодноразовим повторенням змісту події;
- групова підтримка. Детальний розбір того, що сталося, проводиться відразу по закінченні інциденту, обов'язково мають бути присутніми усі учасники, бажано без сторонніх. Проводить дебрифінг та людина, яка безпосередньо керувала в той момент. Розбір проводиться безоцінно, тобто бажано утриматися від будь-яких оцінок дій учасників, в усякому разі, негативних не повинно бути. Спочатку детально опрацьовується зміст того, що сталося, з точки зору кожного учасника: що бачив? що чув? що робив?

Слухаючи інших учасників, людина мимоволі прокручує інцидент з різних позицій сприйняття інформації, полегшуючи тим самим своє сприйняття події.

Сутність роз'яснювальної (раціональної) психотерапії полягає у психічному впливі на особистість та її стан, в аргументованому переконанні людини, корекції його хибних уявлень, понять, суджень, які стали приводом його дезадаптації.

При появі перших ознак психічного розладу людини, яка перенесла психічний стрес, необхідно насамперед її заспокоїти, вселити впевненість в успішному результаті того, що сталося, за принципом: “Все, що не робиться, – робиться на краще”. Далі слід формувати (створювати) у нього установку на можливість усунення відхилень у психічному стані і поведінці, у доступній формі пояснити сутність того, що сталося з ним, значення проведених тих чи інших реабілітаційних заходів. У процесі реабілітації доцільно фіксувати увагу військовослужбовця на позитивних змінах в його стані.

Покращують настрій людей, позитивним чином позначаються на їх психічному стані: зняття тривоги, побоювань, вирішення деяких сумнівів травмованих, відволікання їх від зосередженості на хворобливих уявленнях.

Безпосередній психотерапевтичний вплив може здійснюватися командирами, медичними працівниками, іншими посадовими особами, авторитетними товаришами по службі, друзями, рідними і близькими, за допомогою використання спеціальних методик: **навіювання, переконання**, що активізує психотерапію.

Бесіди можуть проводитися індивідуально або в складі групи військовослужбовців з аналогічними станами, бажано в спокійній обстановці. Ця робота може мати успіх лише в тому випадку, якщо її проводить авторитетна людина, з хорошими комунікабельними вміннями, якій люди довіряють.

У психотерапії дуже важливі оптимальний психологічний контакт, індивідуальний підхід, урахування життєвого і бойового досвіду, особливостей особистості і конкретних умов обстановки.

Обов'язкова умова – встановлення повного контакту з військовослужбовцем, який отримав бойову психічну травму. Людина повинна отримати можливість детально розповісти про свій стан, відчувати, що його слухають, їй співчують і бажають допомогти. Найменший натяк на недовіру до висловленого, скептичне ставлення тут просто неприпустимі.

Підриває довіру до результатів бесіди запевнення в тому, що “нічого серйозного не сталося”, що “все буде добре”, “що нічого небезпечного немає і потрібно взяти себе в руки”, “тримайся” тощо. Подібні бездоказові, формальні заяви в подібній ситуації навіть шкідливі. Бо людина відчуває, що в її організмі щось відбувається, а саме неприємні і хворобливі чинники.

Необхідно враховувати, що військовослужбовці, які перебувають у травмованому стані, з їх загостреною чутливістю зазвичай різко агресивно реагують на всякий прояв нещирості, фальші у взаєминах.

Успіх впливу на військовослужбовців з БПТ гарантують співчуття, співпереживання, вміння переконати, що ви бажаєте допомогти, врятувати, полегшити стан.

Спілкування, контакт із психотравмованими військовослужбовцями вимагає розвитку у командирів необхідних для успішної взаємодії з людьми спеціальних психологічних і медичних знань, умінь і навичок, що роблять їх знавцями своїх підлеглих.

Здатність командира підрозділу до спілкування характеризується вмінням розбиратися в інших людях і вірно оцінювати їх психіку, адекватно-емоційно відгукуватися на їх поведінку і стан, вибирати відносно до кожного з них такий спосіб звернення, який не

розходиться з вимогами службової етики та моралі, і водночас найкращим чином відповідає їх індивідуальним особливостям.

Ефективний вплив на психіку травмованих надає не тільки слово, але й **манера** спілкування з ними, вираз обличчя, інтонація голосу, поведінка оточуючих, обстановка і т.п.

Під час індивідуальної бесіди з військовослужбовцем необхідно виділяти ознаки, які найчастіше можуть сприяти негативним проявам.

Зовнішні ознаки:

- тремор кінцівок рук, м'язів шиї, надзвичайно рухома міміка обличчя, різкі неадекватні рухи руками, надмірна скутість, потовиділення, різкі зміни настрою, часта зміна кольору обличчя;

- жовтуваті білки очей, часта зміна розміру зіниць, тьмянний колір та припухлість обличчя, надмірна рум'яність щік, "мішки" під очима, почервоніння або синюшність ділянки шкірного покриву носа, жовтуватість шкіри, жовті пальці;

- татуювання на тілі, сліди глибоких ран, порізів, мозолі на зап'ястях.

Поведінкові та мовні особливості:

- наявність категоричних, різких суджень ("я завжди", "ніколи", "дуже добре", "нікуди не годиться");

- частий перехід під час розмови на теми екстрасенсирики, НЛЮ, дистанційного впливу одних людей на інших тощо;

- явно поверхневий аналіз фактів, подій, відсутність системності у викладенні теми матеріалу, необґрунтованість висновків та нездатність зрозуміти сутність жартів, прислів'їв, "в'язкість" у спілкуванні;

- надмірна образливість через незначні приводи;

- безпідставна впертість, конфліктність, спроби будь-якими способами привернути до себе увагу, цинізм, озлобленість;

- при потраплянні в незручне становище – збільшення кількості логічно незавершених висловів, слів-паразитів, коливання темпу мови, зниження повноти та адекватності сприйняття мовної інформації, що призводить до неадекватних мовних та поведінкових реакцій.

Наявність цих проявів у військовослужбовця не може бути підставою для остаточного висновку про його придатність до виконання бойового завдання, а є лише передумовою для більш детального вивчення особистісних особливостей військовослужбовця.

Іншою, не менш важливою формою психологічної реабілітації є **загальна (непряма) психотерапія**, спрямована на створення "психотерапевтичного клімату" в групі (підрозділі), що виключає негативні подразники і разом з тим піднімає у людей емоційний тонус, віру в ефективність вжитих заходів.

Оптимальна психологічна обстановка сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних заходів. Тут важливо сформулювати в оточуючих адекватні уявлення про стан військовослужбовців, які отримали психічні травми. З цією метою зусилля командирів, медичних працівників, інших посадових осіб направляються на вироблення у травмованих і оточуючих єдиних психологічних установок, що сприяють раціональній зміні ставлення до тих, хто отримав травми, активній і свідомій участі в реалізації реабілітаційних заходів.

Ці заходи проводяться з групою військовослужбовців чисельністю не більше 20 чоловік (відділення, взвод), в першу чергу, це стосується військовослужбовців, що несуть службу на опорних пунктах взводів, на блокпостах тощо. Ці заходи проводяться з ними в тому ж складі, в якому вони несуть службу, для чого необхідно організувати їх тимчасову заміну на бойовій службі.

Групові бесіди – початковий етап у безпосередній роботі з психоемоційної регуляції і зняття стресової напруги. Зміст її має бути спрямований на роз'яснення характеру і причин можливих негативних переживань у військовослужбовців з акцентом на їх закономірність при діяльності людини в подібних умовах. Особливий акцент робиться на те, що усі ці переживання і неприємні стани мають лише тимчасовий характер і будуть обов'язково змінені на краще в найкоротший час. Далі необхідно познайомити військовослужбовців із засобами і прийомами саморегуляції, підтримки свого психічного статусу.

Проведення психотерапії всередині підрозділу полегшується тим, що її завдання збігаються із загальними завданнями психо-профілактики у військах.

Отже, при здійсненні психотерапевтичного впливу в реабілітаційних цілях основна увага повинна бути звернена на забезпечення індивідуального підходу, застосування загальнозміцнюючих заходів, надання короткочасного відпочинку, використання заходів соціального та колективного впливу.

Ефективність психотерапевтичного впливу командирів підрозділів та інших посадових осіб на військовослужбовців оцінюється за кількома критеріями:

По-перше, ступенем розуміння людиною психологічного механізму свого стану і власної ролі у виникненні психічної травми, в т.ч. розвитку своїх неадаптивних реакцій.

По-друге, зміною у відносинах і установках.

По-третє, поліпшенням соціального функціонування в різних сферах діяльності, тобто зміною в поведінці, в контактах з товаришами по службі, в планах, цілях і т.п.

У попередженні психічних зривів і відновленні психічної рівноваги вирішальну роль відіграє вміння самого військовослужбовця налаштовувати свою психіку й управляти своїми станами в різних умовах обстановки. Ще І.П. Павлов зазначав, що “людина є звичайною системою. Найвищого ступеня саморегульована, сама себе підтримує, відновлює, поправляє і навіть удосконалює”.

Давно відомо, що виражене емоційне переживання радості або страху змінює пульс, артеріальний тиск, забарвлення шкірного покриву, потовиділення тощо.

Слова, мова, уявні образи здійснюють на функціональний стан різних органів і систем позитивний або негативний вплив. Здатність людини впливати на самого себе за допомогою слів і відповідних їм уявних образів називається **психічної саморегуляцією**.

У ній розрізняють два напрямки:

по-перше, для корекції функціонального стану військовослужбовців, якщо є помірно виражені психоневротичні симптоми (порушення сну, висока тривожність, емоційна напруга, зниження настрою), уникнення апатії та депресії;

по-друге, для підвищення рівня функціональних (психорегулюючих) можливостей здорових військовослужбовців з метою запобігання розвитку явищ перевтоми.

Як показує практичний досвід, для зменшення надмірної нервово-психічної напруги або зняття залишкових явищ бойового збудження доцільно прослуховувати або відтворювати подумки словесні формули, супутні розвитку аутогенної релаксації. Для підняття активності військовослужбовців, коли, наприклад, відзначаються ознаки загальної втоми, можна вдатися до прослуховування або відтворення подумки словесних формул стимулюючої дії.

Саморегуляція має чітку структуру, яка поєднує:

- 1) визначення суб'єктом мети своєї довільної активності;
- 2) програму виконавських дій, узгоджену з умовами діяльності;
- 3) неперервний контроль за ходом її реалізації;
- 4) оцінку досягнутих результатів;
- 5) рішення про необхідність корекції і характер корегуальної діяльності.

Вона є замкнутим контуром регулювання активності організму, що існує на основі інформації, носіями якої є образи сприймання, уявлення, поняття.

Психологічна саморегуляція складається з двох частин: **загальної і спеціальної**.

Загальна частина формує навички аутогенного розслаблення (гальмування) – особливого фазового стану, що дозволяє значно підвищити дієвість активації уявлень і використовуваних самонавіювань.

Вона дозволяє: виробити навички управління увагою (зосередження, концентрація, переключення); цілеспрямовано оперувати чуттєвими образами (відчуття тяжкості, тепла тощо); довільно регулювати м'язовий тонус і характер дихання; освоїти навички швидкого аутогенного занурення і виходу з цього стану.

Вправи загальної частини застосовуються для зняття напруги, втоми, відновлення сил, регуляції вегетативних функцій.

Спеціальна частина – це комплекс форм самонавіювання, що дозволяють цілеспрямовано регулювати протікання психічних процесів і свого емоційного стану, нормалізувати функції центральної нервової системи. Використання спеціальних формул для корекції функціонального стану має, як правило, індивідуальний характер.

Навчання військовослужбовців прийомам психологічної саморегуляції проводиться за стандартними методиками, методом групових занять та виконання певних вправ.

Розглянемо основні методи психологічної саморегуляції: самопереконавання і самонавіювання.

Самопереконавання – це вміння підпорядковувати свої особисті мотиви вимогам та інтересам обов'язку (“Я повинен”; “Я можу”; “Я вмію”; “Я витримаю”; “Мені це під силу” тощо).

Самонавіювання – це здатність навіювання якихось думок, бажань, образів, відчуттів, станів самому собі (“Я спокійний”; “Мені зручно і добре”; “Відчуваю себе бадьоро”; “Я зосереджений і зібраний”; “Я бадьорий і впевнений” тощо).

В основі психічної саморегуляції лежать короткі, категоричні словесні формули, що викликають або процес нервово-м'язового розслаблення, або процес емоційного збудження.

Механізм саморегуляції є двостороннім зв'язком між головним мозком і м'язами. За допомогою імпульсів, що йдуть з мозку до м'язів, здійснюється управління ними, а імпульси, що йдуть від м'язів в головний мозок, дають мозку інформацію про свій фізіологічний стан, готовність виконувати ту чи іншу роботу і є в той же час стимуляторами мозку, активізуючи його діяльність.

При значному розслабленні мускулатури виникає особливий стан, що дозволяє шляхом самонавіювання впливати на різні, в т.ч. початково мимовільні, функції організму.

При емоційних реакціях завжди виявляється напруга мускулатури і відповідна вегетативно-судинна реакція. Довільне розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційного напруження і надає загальний заспокійливий ефект.

Негативний емоційний стан супроводжується активацією мускулатури, а розслаблення м'язів служить зовнішнім вираженням позитивних емоцій, стану спокою, рівноваженості, знижує емоційну збудливість.

Словесний сигнал або образ, викликаний ним, веде при повторенні до утворення умовних реакцій і реалізації бажаних зрушень, тим самим підвищуючи рівень саморегуляції.

Для зняття стану тривоги і страху слід використовувати формулу саморегуляції, спрямовану на розслаблення скелетних м'язів. Це затримає надходження в мозок імпульсу тривоги. Формула саморегуляції може бути наступною:

“Ставлення до подій спокійне. Повна впевненість у своїх силах. Моя увага зосереджена на діях, що мною виконуються. Ніщо стороннє мене не відволікає. Я повністю зосереджений. Труднощі і перешкоди тільки мобілізують мене”. Подібна формула вимовляється подумки або вголос **5-6 разів** протягом **2-4 хвилин**.

Для відновлення сил і спокою рекомендується використовувати самонавіювання для сну. Військовослужбовець повинен навчитися занурювати себе на певний час у сон і самотійно виходити з нього відпочившим і бадьорим. Тривалість викликаного сну – **від 20 до 40 хвилин**. Формулу самонавіювання сну зазвичай наговорювати відразу ж за формулою психом'язового тренування. Наприклад: “Я розслабився. Мені хочеться спати. З'являється

відчуття сонливості. Воно з кожною хвилиною посилюється, стає глибше. Приємно важчають повіки. Повіки стають важкими і закривають очі. Настає спокійний сон”. Кожну фразу слід подумки вимовляти повільно, монотонно.

До інших методів психічної саморегуляції, що дозволяє коригувати психічний стан, належать: **самовиховання, самоконтроль, самонаказ, десенсибілізація, відволікання**.

До способів індивідуального користування слід віднести: методику самомасажу біологічно активних точок (БАТ) шкіри, сприяючого цілеспрямованій корекції психофізіологічного стану військовослужбовців; збереження високої працездатності при стомленні; підвищення рівня психічної активності і здатності до функціональної діяльності.

Позитивний вплив самомасажу БАТ полягає в урівноваженні основних нервових процесів (збудження і гальмування), нормалізації кровообігу і поліпшенні діяльності аналізаторів.

Самомасаж БАТ найбільш ефективний при відчуттях втоми, сонливості, при м'язовому дискомфорті, при "стомленні" зору, а також для переведення психіки в оптимальний стан.

“На війні як на війні”. – говорять французи. Але на війні потрібно уміти не тільки перемагати. Головне мистецтво на війні – вижити. Вжити не за всяку ціну, а перемогти і вижити. Вжити, зберігши бажання жити, не зламатися під тягарем, що звалився, – втрати друзів, людського горя, жорстокості.

В умовах бойових дій не можна говорити про звичайний стрес – це хронічний гіперстрес з величезним кумулятивним ефектом, тобто ефектом накопичення. Людина майже не виходить із стану стресу, не маючи можливості розслабитися. Зрив може трапитись будь-якої хвилини, і характер його дуже різноманітний.

Недостатні харчування, сон, високий стресовий рівень значно знижують захисні сили організму бійця.

Що ж робити? В умовах бойових дій людина повинна бути готова до всього. З одного боку, це вірно. Але ситуацію можна виправити. Причому виправити власними руками. Ми підкажемо вам, як без ліків лікувати і попереджати хворобу, зняти напругу і стрес. Своєму організму можна допомогти у будь-яких умовах, якщо є тільки 5 хвилин часу.

У додатку Ж наведено, як одна неважка вправа і декілька прийомів масажу допоможуть організму уникнути зриву.

Існують і інші методи психічної реабілітації військовослужбовців, при виборі і застосуванні яких необхідно не лише встановити причини психічної травми, врахувати динаміку її розвитку, реальний стан людини, але передусім вжити заходів щодо усунення психотравмуючих чинників.

Заступнику командира підрозділу по роботі з особовим складом необхідно звернути увагу на визначення конкретних шляхів і засобів, якими можуть скористатися командири для реалізації запропонованих їм рекомендацій.

При визначенні цих шляхів і засобів постаратися звернути увагу на:

- роз'яснення згубності і неприпустимості жорсткого звинувачувального підходу в питаннях вимогливості до підлеглих у разі схильності особового складу до апатії і байдужості. Це може викликати зворотний ефект, призведе лише до ускладнення ситуації і негативних наслідків. В даному випадку потрібна копітка роз'яснювальна робота з підлеглими, створення умов для їх повноцінного відпочинку і відновлення сил;

- дослідження можливості для ротації військовослужбовців у межах одного підрозділу, тобто тимчасова зміна характеру бойової діяльності, місця несення служби, надання 1-2-добового відпочинку;

- необхідність обладнання душових кабін, оскільки масаж нервових закінчень прохолодною водою є досить ефективним засобом релаксації і підвищення фізіологічного тону людини;

- дослідження постійних тем і можливостей для бесід з підлеглими, у тому числі індивідуальних, зближення з ними. Теми бесід не обов'язково мають бути пов'язані з військовою службою і виконанням БЗ. Вони можуть мати характер обговорення різних сторін життя і діяльності людей, книг, фільмів, життєвих перспектив військовослужбовців тощо.

Для створення таких умов і забезпечення виконання необхідних реабілітаційних заходів командир зобов'язаний залучити усіх наявних у нього в підпорядкуванні фахівців: командирів, медичних працівників, офіцерів органів по роботі з особовим складом, психолога, актив тощо.

Фахівцями встановлено, що наслідки стомлення, нервово-емоційна напруга ліквідуються швидше у тому випадку, якщо людина після фізичної і психічної перевтоми відпочиває не пасивно, а залучає до діяльного стану м'язи, що не брали участі в основній діяльності.

При реабілітації психотравмованих військовослужбовців рекомендується поступове розширення їх рухового режиму, інтенсифікація фізичних навантажень. В процесі психічної реабілітації повинні застосовуватися усі основні форми занять з лікувальної фізкультури: уранішня гімнастика з елементами гартування; різного роду спортивні вправи; спортивно-масові заходи.

Відновленню психічної рівноваги і фізичних сил, професійних навичок і соціального статусу тих, хто отримав психічну травму, сприяє і бойова підготовка, що містить у собі вирішальний чинник морально-психологічної підготовки військовослужбовців для подальшої участі у бойових діях після реабілітації.

Бойова і фізична підготовка в ході реабілітації розцінюються як один із потужних засобів при відновленні функцій, втрачених внаслідок отримання психічної травми, а також підвищення адаптивних та імунних сил організму, відновлення координації рухових і вегетативних функцій, психомоторних реакцій, емоційної стійкості.

Висновки.

По-перше. Командири підрозділів, офіцери по роботі з особовим складом, медичні працівники, психологи та інші посадові особи, які залучаються до проведення реабілітаційних заходів, зобов'язані мати необхідні знання, навички та досвід відновлення психічної рівноваги у військовослужбовців, які отримали психічні травми.

По-друге. Практичні заходи психологічної реабілітації визначаються в плані морально-психологічного забезпечення дій військ і можуть включати прийоми медикаментозної терапії, психотерапії, емоційно-вольової саморегуляції, аутогенного тренування, самомасажу біологічно активних точок шкіри тощо.

По-третє. Психологічна реабілітація в бойовій обстановці може здійснюватися при підготовці до бою, коли у військовослужбовців з'являються перші ознаки психологічної напруженості; в перервах між бойовими діями; після виведення особового складу з бою; при ліквідації наслідків застосування противником реактивної артилерії, авіації тощо.

По-четверте. Ефективність психологічної реабілітації визначатиметься своєчасністю, послідовністю, наступністю реабілітаційних заходів. У разі неможливості надання психологічної допомоги або необхідності в медичній евакуації, командири зобов'язані вжити всіх можливих заходів щодо транспортування травмованих до лікувальних установ.

Післямова

Обстановка сучасного бою, що характеризується високою напругою і безперервністю бойових дій, висуває надзвичайно високі вимоги до морально-психологічних і фізичних якостей воїнів.

Ви ознайомилися з основними питаннями організації профілактики бойових психічних травм, надання психологічної допомоги військовослужбовцям у ході ведення бойових дій. Звичайно, неможливо надати рекомендації на всі випадки життя. Але можна й необхідно озброїти військовослужбовців цими знаннями. Тоді командир значно легше буде приймати обґрунтоване рішення в кожному конкретному випадку.

Зауважимо, що викладені рекомендації пропонується використовувати з урахуванням конкретних умов і майбутніх завдань.

Словник понять і термінів

Агресивність – ситуативний стан, який характеризується афективними спалахами гніву чи злоби та імпульсивними проявами поведінки, спрямованими на об'єкт фрустрації, що став причиною конфлікту.

Адаптивність – здатність військовослужбовця швидко (не входячи у стан сильного стресу) перебудовувати сформовані навички та активувати свої якості для адекватної відповіді на вимоги ситуації.

Адаптованість – володіння військовослужбовцем усім обсягом інформації, навичок і якостей, що необхідні для успішної діяльності в певних умовах.

Апатія – психічний стан, за якого людина стає пасивною, байдужою до всього. Це так званий емоційно-мотиваційний параліч, коли людина самоусувається від навколишнього життя і повсякденних турбот. Подолати цей стан можна пробудженням у людини інтересу до життя, а також через розвиток вольових якостей: твердості, рішучості, наполегливості у подоланні перешкод при досягненні мети.

Афект – сильне і короточасне нерве збудження, емоційний стан, що супроводжується різко вираженими руховими проявами, змінами у діяльності внутрішніх органів, втратою вольового контролю за власними діями і бурхливим вираженням емоцій.

Бойова психічна травма – психічна травма, викликана впливом факторів бойової обстановки. Призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості. Воїн, який отримав БПТ, не здатний вести бойові дії. Слід відрізняти від контузії, отруєння та інших бойових ушкоджень, що мають соматичний характер.

Бойовий посттравматичний синдром – це стресовий розлад, що виникає у солдата як психоемоційна реакція на травмуючу подію, що відбулася під час бойових дій. За статистикою, 10–15% всіх учасників бойових дій потерпають від БПТС.

Бойовий стрес – це комплексний і нестабільний результат дії стресорів, що впливає на всі психічні процеси, стани й утворення військовослужбовця під час бойових дій. У будь-який час бойових дій у кожного військовослужбовця стрес є результатом складної взаємодії багатьох фізичних і розумових (ментальних) стресорів.

Бойові стресори – будь-які стресори, що виникають у процесі виконання військовослужбовцем функціональних обов'язків, пов'язаних із бойовими діями чи завдяки ворожому впливу або іншим джерелам. Вони можуть виникати і не під час бойових дій. Бойові стресори виникають у процесі виконання обов'язків солдатами, сержантами, офіцерами і під впливом вимог, що висуваються до них. Вони можуть виникати також від суперечностей між вимогами завдань, які треба виконувати, і повсякденною діяльністю військовослужбовців.

Відволікання – перемикає увагу на приємні спогади, на інші дії, що відволікають від переживань. Нова домінанта (панівна мотивація) в корі великих півкуль головного мозку викликає гальмування вогнищ невротичних симптомів.

Військовий підрозділ тим легше перетворюється у панічний натовп, чим менше зрозумілими і суб'єктивно важливими є загальні цілі і завдання, чим менше він згуртований і злагоджений в діях і нижчий авторитет його командирів (лідерів) або він хибний (існує тільки формальний посадовий авторитет).

Відреагування – процес емоційного переживання з експресивними компонентами (крик, лайка, сльози, міміка і жести у бік ворога, кривдника тощо), що призводить до зняття психічного напруження, тобто до стану внутрішнього полегшення, очищення.

Відчай – психічний стан крайнього розпачу, зумовлений втратою надії на здійснення важливого сподівання, який супроводжується складними негативними емоційними переживаннями та імпульсивними діями, спричиненими стресовою ситуацією. Безрозсудні дії в стані глибокого відчаю можуть призвести до суїциду.

Впевненість – психічний стан людини, який характеризується відсутністю будь-яких сумнівів у можливості розв'язання поставленого завдання. ґрунтується на знаннях, переконаннях і життєвому досвіді людини, має певну практичну спрямованість.

Депресія – психічний стан людини, який виникає на фоні негативних емоційних переживань, зумовлених загальним або психічним захворюванням чи реакцією організму на важкі життєві ситуації. Спостерігається пригнічення, сум, відчай, важкі емоційні переживання, знижена самооцінка, загальмованість мови і рухів, швидка втомлюваність, порушення сну тощо.

Десенсибілізація – багаторазове образне уявлення конкретної ситуації, що викликає високе нервово-емоційне напруження в поєднанні з релаксацією. Особливо ефективна при стійких реакціях страху.

Десенсибілізація систематична – метод, спрямований на те, щоб пацієнт з ПТСР, що має поведінку у вигляді уникнення, створив у своїй уяві ієрархію образів, що викликають тривогу (від найменш до найбільш страшних). Він повинен залишатися на кожному рівні ієрархії доти, поки тривога не вщухне. Коли процедура проводиться в умовах реального, а не уявного, життя, такий метод називається *градуальною експозицією*. Ця техніка використовується в поєднанні з позитивним підкріпленням, впливає на ті фактори, що викликають тривогу і ліквідує дезадаптивну поведінку за допомогою виключення негативних наслідків.

Ейфорія – психічний стан людини, що характеризується піднесеним настроєм, проявами надмірної веселості, добродушності і безпечності, який не підтверджується ні об'єктивним станом людини, ні зовнішніми обставинами.

Криза – стан індивіда, що виникає у вигляді проблеми, з якої він не може вийти чи вирішити її протягом нетривалого часу, внаслідок чого свідомість неначе капітулює перед проблемою.

Неврози – функціональні нервово-психічні розлади, які виникають і розвиваються внаслідок тривалого впливу різних (біологічних і соціально-психологічних) психотравмуючих факторів, емоційного або розумового перевантаження.

Основою їх виникнення можуть бути суперечності між особистістю і важливими для неї сторонами дійсності, що зумовлюють появу хворобливих переживань невдачі, невірної втрати, незадоволення різних потреб тощо.

Паніка масова – вид поведінки натовпу, що виявляється в переживанні великого страху, який охоплює людину або багатьох людей, і породжує нестримне, неконтрольоване прагнення до втечі як засобу уникнення загрози.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), “в'єтнамський синдром”, “афганський синдром”, тощо) – важкий психічний стан, різновид тривожного розладу (неврозу), який виникає в

результаті одиначної або повторюваних психотравмуючих ситуацій, наприклад, бойових дій, важкої фізичної травми, сексуального насильства або загрози смерті.

При ПТСР проявляється група характерних симптомів, таких як часте, повторне нагадування, уявлення і переживання травматичних, стресових ситуацій, психопатологічні переживання, уникнення або випадання пам'яті про травмуючі події та високий рівень тривожності, які зберігаються більше місяця після психологічної травми.

При проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що у хворих поряд із клінічною картиною ПТСР найчастіше мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. У хворих на ПТСР нерідко спостерігаються симптоми інших неврозів та депресії. У більшості людей після психотравмуючих подій ПТСР не розвивається.

Психічна саморегуляція – це здатність людини керувати собою на основі сприймання та усвідомлення власних психічних станів і поведінки.

Психологічна допомога – будь-яка цілеспрямована активність людини, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному функціонуванні.

Діапазон форм психологічної допомоги гранично широкий і включає: просту співучасть, що породжує ефект фасилітації (підвищення швидкості чи продуктивності діяльності індивіда під впливом присутності інших людей); повідомлення корисної інформації; психічне зараження; демонстрацію ефективних моделей поведінки; навчання; стимуляцію; консультування; психотерапію та ін. Допомога може надаватися до початку, під час виконання бойової діяльності і після неї.

Психологічна реабілітація – різновид психологічної допомоги в тій частині, в якій вона націлюється на відновлення втрачених (порушених) психічних можливостей і здоров'я.

Це діяльність, що здійснюється суб'єктами психологічної роботи, спрямована на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно вирішувати бойові завдання і функціонувати в мирному соціумі. Тобто її об'єктом є особи, які отримали бойову психічну травму, що проявляється гостро або відстрочена в часі.

Важливим моментом розуміння сутності психологічної реабілітації є виявлення її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. Це складова цілісного реабілітаційного комплексу, що включає реабілітацію медичну, професійну, соціальну та психологічну.

Психологічне забезпечення – це комплекс заходів щодо формування, підтримання та відновлення в особового складу психологічних і психофізіологічних якостей, які забезпечують високу психологічну стійкість військовослужбовців, готовність виконувати бойові завдання в будь-яких умовах обстановки.

Розумові (ментальні) стресори – стресори, які впливають на донесення інформації до мозку людини без явного, прямого фізичного впливу на тіло людини. Ця інформація може стосуватися пізнавальних процесів (мислення) або емоційних реакцій (гнів, боязнь) у мозку людини. Нерідко реакції на стресори поєднані пізнавальними та емоційними процесами.

Самовиховання – створення, фіксація і самонавіювання бажаного образу. Необхідно створити уявний образ сміливої, сильної, врівноваженої, впевненої в собі людини і систематично “нашаровувати” цей образ на свою особистість і поведінку, а також на глі релаксації (розслаблення) здійснювати уявне програвання поведінки створеного образу в різних ситуаціях і обставинах (створення бажаного образу і відтворення певного характеру поведінки).

Самоконтроль – критичне ставлення до себе, усвідомлення своїх вчинків і мотивів, аналіз своєї діяльності та вчинків, тобто “спостереження за собою”, контроль своїх емоцій, жестів, голосу, оцінка своїх достоїнств і недоліків, почуттів, настроїв тощо.

Самонаказ – підпорядкування свого стану, своєї діяльності і спрямування їх в русло доцільності. Досягається умінням конкретизувати свої думки, підпорядкуванням внутрішньому голосу.

Страх – негативний емоційний стан, що виникає у людини при появі уявної або реальної загрози для життя чи життєвого благополуччя. Залежно від ситуації, яка склалася, ступеня її небезпечності та індивідуальних особливостей людини він може набувати різної інтенсивності: від легкого побоювання до жаху, що повністю паралізує рухи і мову. Якщо джерело небезпеки не визначене або малоусвідомлюване, у людини виникає стан тривоги.

Стрес – (від англ. *stress* – тиск, напруження, зусилля) – стан психічної і фізіологічної напруги, який виникає в людині у процесі діяльності в найскладніших, важких умовах, як у повсякденному житті, так і при особливих обставинах у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стрес-фактори, психогенні фактори).

Стрес може викликати в людини як усвідомлену, так і неусвідомлену загрозу. Але людина завжди помічає дію якогось стресору, який може викликати стрес. Величина стресу залежить від того наскільки людина може оцінити дію стресорів та їх контексту, навіть якщо ця оцінка є неправильною. Процес стресу викликає в людини психологічний захист від нього. Завдяки цьому індивідуум може визначати сприйняття й оцінювання рівня загрози, яку може витримати або подолати.

Це – неспецифічна відповідь організму на будь-який діючий подразник, що перевищує певний поріг. Цей поріг у кожної людини суворо індивідуальний і залежить від ряду зовнішніх і внутрішніх умов. З цього приводу різні військовослужбовці по-різному реагують на вплив тих самих подразників. Вони виходять як із зовнішнього середовища, так і з середини людини. Роль подразника може відігравати і слово.

Під неспецифічною відповіддю організму розуміється стереотипна відповідь організму незалежно від природи подразника. Формування відповіді організму на подразник починається з поступлення відповідного сигналу у центральну нервову систему. Під впливом стресору імпульс від кори головного мозку потрапляє у гіпоталамус (центр емоцій), потім відбувається стимуляція нервової системи, у результаті подразнюється мозкова речовина наднирників, яка збільшує віддачу адреналіну у кров. Це стимулює серцеву діяльність, виникає стадія тривоги, коли після деякого зниження опору організму починається мобілізація його ресурсів. Якщо навантаження продовжує зростати, тоді може настати зрив (прорив адаптаційного бар'єра).

Помірний стрес сприяє мобілізації фізичних і психічних можливостей, захисних сил організму, активізує інтелектуальні процеси, створює оптимальне бойове збудження, інтенсифікує доцільну діяльність військовослужбовця.

Це – загальна сукупність пристосувально-захисних реакцій організму на будь-яку дію, що породжує фізичну чи психічну травму в людини. Стрес є системною відповіддю організму на дію хімічних,

фізичних, механічних, біологічних і психічних подразників (стресорів). Він задіює фізіологічні механізми людини, які готують її тіло та психіку для боротьби або професійної діяльності.

Виділяють два види стресу: **еустрес** – це виникнення бажаного, тобто позитивного ефекту (підвищує стійкість організму), і **дистрес** – негативного ефекту (веде до хвороби, загибелі).

Тривалий та інтенсивний вплив негативних стрес-факторів, їхня висока значущість для військовослужбовців бойових підрозділів здатні породжувати *непродуктивні стресові стани (дистрес)*. Дистрес виникає при таких варіантах стресу, за яких мають місце безпорадність, неспроможність, безнадія, пригніченість. Він нерідко супроводжується порушенням психічних процесів – відчуття, сприйняття, пам'яті, мислення, виникненням негативних емоцій (страх, байдужість, агресивність та ін.), затримками в координації рухів (метушливість, тремор, заціпеніння та ін.), тимчасовими або тривалими особистими трансформаціями (пасивність, втрата волі до життя, впевненості в успіху, довіри до товаришів і начальників; схильність до шаблонних дій і примітивного наслідування; надмірний прояв інстинкту самозбереження та ін.). Дистрес може викликати різноманітні психогенні патологічні реакції і психологічні розлади. Стрес суб'єктивно усвідомлюється як переживання страху, тривоги, гніву, образи, суму, ейфорії, відчаю, нелюдської втоми тощо.

Практично у кожного, хто брав участь у бойових діях, розвиваються деякі прояви стресу та посттравматичних стресових розладів.

Прикладами дії таких механізмів у людини є збудження нервової системи, поява адреналіну в крові, зміна кровотоку в різних частинах тіла тощо. Проте стрес неоднаково діє на збудження або неспокій. Він залучає фізіологічні і психічні процеси, які іноді гальмують збудження і неспокій. При стресі в людини також проявляються емоційні реакції, автоматичні процеси перцепції і пізнання з метою виявлення та оцінювання невпевненості або загрози. Ці процеси можуть бути інстинктивними або сформованими під час підготовки.

Стрес може здійснювати як позитивний, так і негативний вплив на діяльність, навіть до її повної дезорганізації. Тому перед командирами підрозділів постають завдання щодо вивчення адаптації воїна до складних, так званих екстремальних умов, а також прогнозування його поведінки в подібних умовах.

Стрессова поведінка – це дії (реакції) людини, які можуть спостерігати інші, наприклад: людина рухається чи заціпеніла, розмовляє чи не може тощо. Така поведінка свідчить про зусилля людини подолати вплив стресорів, уникнути його або пристосуватися до нього. Вона може відображати або полегшувати напругу людини, що викликана внутрішнім впливом стресу. Будь-який із цих видів стресової поведінки людини може бути успішним, невдалим або нейтральним щодо виникнення напруженої ситуації, в яку потрапила людина. Вони, можливо, загострюють вплив стресорів, долають один з них або створюють нові стресори.

Стресори – будь-які події або ситуації, які вимагають нешаблонної зміни поведінки військовослужбовця або його адаптації до середовища. Дуже часто вони відбуваються вперше або незнайомі воїну і викликають внутрішньоособистісний конфлікт, загрозу благополуччю індивідуума або відчуття втрати власної гідності. Стресори можуть бути як негативні, так і позитивні (наприклад, набуття нової відповідальності, загроза життю тощо).

Стресостійкість і навички управління стресом забезпечують військовослужбовцю здатність здійснювати ефективну діяльність у стані стресу, зберігаючи при цьому своє здоров'я і дієздатність під час виконання ним нової або складної для себе діяльності в умовах високої невизначеності, небезпечності або цейтноту, коли він знаходиться у нересурсних станах (втоми, дискомфорту, емоційного збудження або апатії тощо).

Ступор – стан організму, що характеризується мовчанням і різким пригніченням м'язового тону (заціпенінням), за якого людина тривалий час залишається у стані повної нерухомості, зберігаючи ту саму позу. Навіть дія сильних подразників не може вивести людину з цього стану.

Травма психічна – шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей. Глибина травми залежить від особистої значущості травмуючої події, емоційної стійкості і психологічної захищеності людини.

Тремор – мимовільні ритмічні скорочення м'язів, що викликають коливні рухи кінцівок, голови або всього тулуба.

Тривога – переживання людиною стану емоційного дискомфорту, зумовленого очікуванням несприятливого розвитку подій або передчуттям можливої небезпеки. На відміну від страху як реакції на конкретну загрозу тривога є переживанням неконкретної, невизначеної загрози, неусвідомленістю джерела небезпеки і характеризується стурбованістю, побоюванням і тугою.

Установка – стан готовності суб'єкта до прояву певної активності, що забезпечує стійкий цілеспрямований характер діяльності, спрямованої на задоволення тієї чи іншої потреби.

Фізичні стресори – це стресори, які впливають (виявляються) на тіло людини. Це може бути зовнішня природна реакція організму або викликана внутрішніми фізичними (фізіологічними) особливостями людського тіла.

Фрустрація – це стан, викликаний наявністю сильної вмотивованості військовослужбовця для досягнення мети (задоволення потреб) та подолання перешкод на шляху до неї. Такими перешкодами для досягнення мети можуть бути причини різного характеру: фізичні (позбавлення волі, обмеження простору), біологічні (втома, хвороба, старість тощо), психологічні (страх, брак інтелектуальних даних), соціокультурні (заборони, правила, норми).

Фрустрація постійно є в людини, вона глибоко загнана всередину (в людину) і може за певних сприятливих умов вийти назовні у формі агресії як поведінки індивіда, спрямованої проти іншого індивіда чи групи людей, що може призвести до конфлікту.

Список використаної літератури

1. Александров А.А. Аутотренинг: справочник / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2007. – 272 с.
2. Антипов В.В. Психофизиологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: ВЛАДОС-пресс, 2004. – 173 с.
3. Алещенко В.І. Морально-психологічне забезпечення застосування військ (сил), становлення та сутність: Навчально-методичний посібник / В.І. Алещенко. – К.: Національна академія оборони України, 1999. – 433 с.
4. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский. – М., 1991. – 198 с.
5. Атаманчук М.О. Індивідуалізація виховання військовослужбовців (Основи теорії, методика і організація): Навч. посібник / М.О. Атаманчук. – К.: КВГІ, 1996. – 356 с.
6. Апчел В.Я. Стресс и стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Циган. – СПб.: ВМА, 2002. – 86 с.
7. Бабенко М., Ротань М.П. Морально-психологічне забезпечення військової дисципліни та профілактика правопорушень / М. Бабенко, М.П. Ротань. – К.: ВГІ НАОУ, 2000. – 190 с.
8. Бородій А. Сучасні погляди на організацію та зміст морально-психологічного забезпечення застосування військ (сил) // Народна Армія. – 2004. – 12 трав.
9. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – СПб.: Питер, 1997. – 330 с.
10. Бойко О.В. та інш. Психологічна підготовка. Ч.1 (теоретичний аспект): Навчально-методичний посібник / О.В. Бойко, І.М. Гузенко, В.М. Кожевников, Д.В. Миценко, М.С. Муравська, А.М. Романишин. – Львів: АСВ, 2010. – 200 с.
11. Бойовий статут Сухопутних військ Збройних Сил України. Частина II. Батальйон, рота. – К.: Міністерство оборони України, 2010. – 217 с.
12. Бойовий статут Сухопутних військ Збройних Сил України. Частина III. Взвод, відділення, екіпаж танка. – К.: Міністерство
13. Васильюк Ф.В. Психология переживания / Ф.В. Васильюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 78 с.
14. Военная психология: методология, теория, практика: учебно-методологическое пособие. В 2-х ч./ Под ред. А.Г. Караяни, П.А. Корчемного. – М., 1998. – 132 с.
15. Виховна робота в Збройних Силах України. Вип. 1. Виховна робота в бойових обставинах. – Львів: ДУ „ЛП”, 1996. – 330 с.

16. Головин Н.Н. Наука и война / Н.Н. Головин. – Париж, 1928. – 187 с.
17. Гахов А. Психологические аспекты применения авиации в современных условиях / А. Гахов // Зарубежное военное обозрение. – 2004. – № 11. – С. 34–43.
18. Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход) / Л.Г. Дикая. – М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2003. – 318 с.
19. Дьяченко М.И. Психологический словарь-справочник / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович. – Мн: Харвест, 2001. – 576 с.
20. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Пономаренко В.А. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях. Психологический аспект / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, В.А. Пономаренко. – Минск: Изд-во Университетское, 1985. – 237 с.
21. Екстремальна психологія: підручник / О.П. Євсюков, А.С. Куфлієвський, Д.В. Лебедев та ін. [За заг. ред. проф. О.В. Тімченка]. – К.: Август Трейд, 2007. – 502 с.
22. Каменюкин А.П., Ковпак Д.В. Антистресс-тренинг / А.П. Каменюкин, Д.В.Ковпак. – СПб.: Питер, 2004. – 194 с.
23. Караяни А., Сыромятников И. Прикладная военная психология / А. Караяни, И. Сыромятников. – СПб.: Питер, 2006. – 337 с.
24. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей Сухопутных войск в локальных военных конфликтах / А.Г. Караяни. – М., 1998. – 245 с.
25. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1984. – 360 с.
26. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія / О.М. Кокун. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
27. Кокурин А. Психологическое обеспечение экстремальной деятельности. – Режим доступу: <http://rl-online.ru/articles/1-04/421.html>.
28. Концепція морально-психологічного забезпечення підготовки та ведення операцій (бойових дій) Збройних Сил України. Затверджено наказом Міністра оборони України від 5.05.1999 р. №142.
29. Конюхов Н.И., Феденко Н.Ф. Психологические потери и их профилактика / Н.И. Конюхов, Н.Ф. Феденко. – М., 1990. – 143 с.
30. Коробейников М.П. Современный бой и проблемы психологии / М.П. Коробейников. – М., 1972. – 245 с.
31. Корчемный П. и др. Военная психология: методология, теория, практика. Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/abdur/index.php.

32. Корчемный П.А., Лаптев П.Г., Михайловский В.Г. Военная психология и педагогика: Учебное пособие / П.А. Корчемный, П.Г.Лаптев, В.Г. Михайловский. – М.: Изд-во „Совершенство”, 1998. – 384 с.

33. Корчемный П.А. Психологическая подготовка личного состава Военно-Воздушных Сил к активным боевым действиям в условиях современной войны. – М.: ВПА, 1990. – 260 с.

34. Коумплэнд Н. Психология и солдат / Н. Коумплэнд. – М.: Воениздат России, 1999. – 229 с.

35. Крайнюк В.М. Психология стрессостойкости личности: монография / В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 432 с.

36. Крайнюк В.М. Теория та практика психологічної допомоги / В.М. Крайнюк. – К.: НАОУ, 2003. – 158 с.

37. Курс водіння бойових машин Збройних Сил України. – К.: Міністерство оборони України, 2008. – 92 с.

38. Курс стрільби зі стрілецької зброї і бойових машин (КС СЗіБМ – 09). – К.: Міністерство оборони України, 2009. – 191 с.

39. Лебедев В.И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах / В.И. Лебедев. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 431 с.

40. Литвиновський Є.Ю., Попович О.І., Савінцев В.І., Стасюк В.В. Морально-психологічне забезпечення підготовки та ведення бойових дій: Навчально-методичний посібник, видання II, доповнене, у двох частинах: частина I / Є.Ю. Литвиновський, О.І. Попович, В.І. Савінцев, В.В. Стасюк. – К.: ВГІ НАОУ, 2002. – 207 с.

41. Макаревич О.П. Психологічна підготовка особистості до поведінки в складних ситуаціях: Навч.-метод. посіб. / О.П. Макаревич. – К.: ВГІ НАОУ, 2000. – 188 с.

42. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология / А.Г.Маклаков. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.

43. Макнаб К. Психологическая подготовка подразделений специального назначения / К. Макнаб. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2002. – 289 с.

44. Макнаб К., Фаулер У. Современный бой: оружие и тактика / К. Макнаб, У. Фаулер [Пер. с англ. Ю.А. Плотникова]. – М.: Изд-во Эксмо, 2003. – 256 с.

45. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации (справочник психолога) / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 570 с.

46. Маришук В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В.Л. Маришук, В.И. Евдокимов. – СПб.: Издательский дом “Сентябрь”, 2001. – 325 с.

47. Методика вогневої підготовки механізованих підрозділів. – К.: Міністерство оборони України, 2008. – 182 с.

48. Наказ начальника Генерального штабу – Головнокомандувача Збройних Сил України від 16.11.2012 року №240 „Про впровадження психологічної підготовки особового складу в навчальний процес підготовки органів управління та військ (сил)”.

49. Настанова з організації та проведення загальновійськових і командно-штабних навчань. Частина 2. Батальйон, рота. – К.: Міністерство оборони України, 2005. – 184 с.

50. Настанова з фізичної підготовки у Збройних Силах України (НФП-2009). – К.: Міністерство оборони України, 2009. – 233 с.

51. Основные пути формирования моральной готовности и психологической способности военнослужащего к боевым действиям. – Режим доступа: http://goup32441.narod.ru/files/ogp/001_oporn_konspekt/2008/2008-09-1.html.

52. Підручник сержанта механізованих військ. – К.: МО України, 2006. – 454 с.

53. Правила стрільби зі стрілецької зброї і бойових машин. – К.: Міністерство оборони України, 2008. – 156 с.

54. Програма бойової підготовки механізованих підрозділів. – К.: МО України, 2005. – 111 с.

55. Проблемы военной психологии. Хрестоматия. – Минск, 2003. – 198 с.

56. Процепко О.Г. Морально-психологічне забезпечення бойової підготовки з'єднань, військових частин та підрозділів Збройних сил України: Методичний посібник / О.Г. Процепко. – К.: Національна академія оборони України, 2000. – 30 с.

57. Психологическая подготовка личного состава подразделений Сухопутных войск к бою. – М.: ЦВСППИ, 1993. – 189 с.

58. Психология экстремальных ситуаций [Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых]. – 2-е изд. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

59. Рекомендации по психологической подготовке личного состава сухопутных войск. – М.: Воениздат, 1972. – 127 с.

60. Савінцев В.І. Морально-психологічне забезпечення бойових дій: Навч. посібник. Ч. I / В.І. Савінцев. – К.: КВГІ, 1997. – 275 с.

61. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Телесные технологии / М.Е. Сандомирский. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 256 с.

62. Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия участия в боевых действиях / С.И. Съедин. – М., 1992. – 167 с.

63. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

64. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / В.І. Пасічник, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, І.І. Приходько та ін. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2010. – 354 с.

65. Тимченко А.В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции / А.В. Тимченко. – Х.: ХВУ, 1995. – 182 с.

66. Тимченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія / О.В. Тимченко. – Х.: Вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. – 268 с.

67. Ягупов В.В. Військова психологія / В.В. Ягупов. – К.: Либідь, 2005. – 654 с.

68. Ягупов В.В. Морально-психологічне забезпечення: Курс лекцій. – К.: Видавничо-поліграфічний центр „Київський університет”, 2002. – 448 с.

69. www.milpsy.effcon.ru/literatura.html

70. www.mil.gov.ua

71. www.soldiering.ru

72. www.vijsko.milua.org

Міссісіпський опитувальник для бойових ПТСР

Для вирішення завдань виявлення військовослужбовців з проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використовується “Міссісіпський опитувальник для бойових ПТСР”.

Інструкція: обведіть колом ті твердження, які найбільше відповідають Вашим відчуттям з приводу даних висловлювань.

Приклад:

1	2	3	4	5
Не зовсім так	Майже так	Вірно	Досить вірно	Цілком вірно

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів.

Пункти 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 оцінюються у зворотному порядку, тобто відповідь “1” відповідає 5 балам, “2” – 4 тощо. Складіть всі бали, це дозволить Вам отримати суму, за якою з достовірністю до 90% можна розділити військовослужбовців, що мають і не мають ПТСР.

ПТСР діагностується, якщо Ви набрали 112 і більше балів. Якщо результат знаходиться в інтервалі від 86 до 112 балів, це означає, що у Вас є характерні для ПТСР розлади, але їх недостатньо, щоб із впевненістю говорити про посттравматичний стресовий розлад. Значення менше 86 балів говорить про те, що Ви добре адаптовані.

Бланк анкети-опитувальника

№ з/п	Питання	Відповідь
1.	До участі у бойових діях у мене було більше близьких друзів, ніж зараз	1 2 3 4 5
2.	Я відчуваю почуття провини за деякі вчинки, які я робив під час бойових дій	1 2 3 4 5
3.	Якщо хто-небудь штовхне мене, це може легко мене розлютити	1 2 3 4 5
4.	Якщо відбувається що-небудь, що нагадує мені про бойові дії, я стаю засмученим і пригнобленим	1 2 3 4 5
5.	Люди, які добре мене знають, ставляться до мене з побоюванням	1 2 3 4 5
6.	Я здатний до емоційної близькості з іншою людиною	1 2 3 4 5
7.	Мені сняться кошмари про випадки, які мали місце в моїй службі	1 2 3 4 5
8.	Коли я згадую про деякі з речей, які я робив під час бойових дій, я думаю, що краще б мені померти	1 2 3 4 5
9.	Здається, що у мене немає відчуттів, я став нечутливим	1 2 3 4 5
10.	Нещодавно у мене виникли думки про самогубство	1 2 3 4 5

№ з/п	Питання	Відповідь
11.	Я нормально засинаю, сплю, прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник	1 2 3 4 5
12.	Я здивований, чому я дотепер живий, коли дехто загинув під час бойових дій	1 2 3 4 5
13.	У деяких ситуаціях я відчуваю себе, неначе я знову на війні	1 2 3 4 5
14.	Мої сновидіння такі реальні, що я прокидаюся в холодному поту і потім не сплю	1 2 3 4 5
15.	Я відчуваю, що мої сили закінчуються	1 2 3 4 5
16.	Я не сміюся і не плачу над тим, що зазвичай смішить або викликає плач у інших	1 2 3 4 5
17.	Мені, як і раніше, подобається робити ті речі, які я любив робити	1 2 3 4 5
18.	Мої мрії, фантазії реальні і такі, що лякають	1 2 3 4 5
19.	Після повернення із зони бойових дій мені було легко служити	1 2 3 4 5
20.	У мене інколи є ускладнення з тим, щоб зосередитися на сьогоднішньому завданні	1 2 3 4 5
21.	Я можу заплакати без приводу	1 2 3 4 5
22.	Я люблю бути в компанії інших людей	1 2 3 4 5
23.	Мене лякають мої раптові бажання	1 2 3 4 5
24.	Я легко засинаю ночами	1 2 3 4 5
25.	Несподіваний шум примушує мене здригнутися	1 2 3 4 5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють мого стану	1 2 3 4 5
27.	Я м'яка, добродушна людина з рівним характером	1 2 3 4 5
28.	Є такі речі, які я робив під час бойових дій, про які нікому не зміг би розповісти, тому що вважаю, що цього нікому не зрозуміти	1 2 3 4 5
29.	Часом я вимушено вживаю алкоголь або ліки (таблетки, наркотики), щоб заснути або ненадовго забути про те, що відбулося зі мною під час бойових дій	1 2 3 4 5
30.	Я відчуваю себе спокійно у натовпі	1 2 3 4 5
31.	Я втрачаю спокій і вибухаю через дрібниці	1 2 3 4 5
32.	Я боюся засинати вночі	1 2 3 4 5
33.	Я прагну уникнути всього, що мені нагадувало б про мою службу як учасника бойових дій і про те, що там відбувалося	1 2 3 4 5
34.	Моя пам'ять так само добра, як і завжди	1 2 3 4 5
35.	Мені важко виразити свої відчуття навіть людям, до яких я добре ставлюся і про яких я піклуюся	1 2 3 4 5

Сни про війну та подолання їх наслідків

У всі епохи колишнім бійцям снилася війна. Якщо важкий сон про війну відвідає вас в період стресу або хвороби, це в цілому нормально та особливої турботи викликати не повинно. Але якщо тривожні сновидіння повторюються часто, якщо в серії снів простежується одна та сама фабула, це доводить людину до цілком безпорадного стану. Той, чиї сновидіння сповнені страху, ненависті, тривоги, навіть не може як слід виспатися. Недовгий або неглибокий сон призводить до фізичного і психічного виснаження і породжує дратівливість, швидку стомлюваність, розлади пам'яті, нездатність зосередитися, депресію.

Якщо ви опинилися в такій ситуації, вам, перш за все, потрібно знайти спосіб виспатися, інакше всі інші цілі й завдання будуть для вас абсолютно недосяжні. Снодійне (зрозуміло, прописане лікарем) – це не вирішення проблеми, але воно дасть вам тимчасове полегшення, поки ви шукаєте відповіді на головне питання: **чому вам не вдається спокійно спати?** Тим, хто не хоче приймати пігулки, можна порадити заспокоїливі збори лікарських трав або **капсули Л-триптофану**. Деякі, щоб заснути, вживають алкоголь або інші наркотичні засоби. Це ризиковано, тому що може бути звикання. Вживання наркотику з великим ступенем вірогідності викликає залежність або посилює вже наявну.

Тим, хто не хоче нічого приймати, допоможе фізичне навантаження, релаксація, аутотренінг і спокійна обстановка де-небудь ближче до природи (рибалка, прогулянка лісом, збирання грибів тощо).

Вважайте відновлення нормального сну своїм основним завданням. Для підтримки природної рівноваги організму спати не менш важливо, ніж їсти, пити і дихати.

Тепер, коли встановлено, що вам просто необхідно виспатися, спробуємо розібратися, чому повторювані нічні кошмари саме зараз стали частиною вашого життя.

Тривожний сон, який знову і знову відвідає вас, очевидно, повинен щось означати. Якщо ви відтворюєте цей сюжет в своєму мозку, отже, він чимось для вас важливий. Той образ або образи, які не залишають вас у сні, служать, по суті, повідомленням, посланим самому собі. Це сигнал, що слід звернути увагу на щось, пов'язане з цими образами. Якщо ваші сні сповнені війною, якщо ви прокидаєтеся з відчуттям, ніби щойно вийшли з важкої битви, то це означає, що мозок породив ці сновидіння і по-своєму звертає вашу увагу на ту війну, яка все ще бушує всередині вас і виводить вас з рівноваги.

Такі сні – це і хроніка відомих вам подій, і нагадування, що ви один може розпочати "мирні переговори". Спробуйте розгадати прихований сенс ваших сновидінь і скористатися знайденими розгадками як віхами на шляху до зцілення. Це завдання нелегке, тому що в процесі свого дослідження вам доведеться викликати до життя найважчі і хворобливі спогади.

Дуже важко з власної волі зосереджуватися на неприємних подіях, які довелося пережити; багато людей віддають перевагу ніколи не згадувати про них. Але у сні, коли психіка не підвладна нашому контролю, ми змушені якимось чином звернути увагу на власну внутрішню війну. Прокинувшись від жахливого сну, ми прагнемо якнайшвидше забути його зміст і повністю переключитися на щось інше. Але щоб застосувати принцип рівноваги до проблем сновидінь, нам доведеться діяти інакше. Майбутню роботу розділимо на три етапи. Треба послідовно зробити наступне.

1. Вивести на поверхню, усвідомити сюжет свого сну.
2. Запитати себе, що потрібно відновлення миру, припинення тієї внутрішньої війни, до якої сновидіння намагається привернути вашу увагу.
3. Знайти спосіб застосувати отриману відповідь у своєму сьогоденні-ньому житті.

У терапевтичній практиці ці три кроки – поступовий процес, який може тривати кілька місяців або навіть років. Робота буде важкою: прискорених і безболісних методів у цій сфері немає. Це схоже на те, як вирішують нарешті піти до зубного лікаря: буде боляче чи неприємно, але якщо не піти зараз, то потім буде більш боляче.

Аналіз власних сновидінь важкий в першу чергу тому, що в них відображені події особливого роду. Якщо ці події відбулися в зоні бойових дій, у вас, швидше за все, не було можливості пройти через всі стадії емоційної реакції, природної для кожної людини при зіткненні з чимось, що вище її сил: заперечення (цього не може бути, я не вірю, що це сталося), гнів (я нестямний від люті, це не повинно було статися), скорбота (мені дуже боляче, що це сталося). Ймовірно, вам доведеться ще не раз сповна пережити всі ці почуття, поки, нарешті, ви прийдете в більш урівноважений стан, який можна назвати “прийняттям” – “що ж, доведеться змиритися з тим, що сталося, і зайнятися іншими важливими справами”.

Якщо сновидіння відтворюють події, що травмували вас колись, вам, мабуть, буде потрібно прокласти свій шлях крізь заперечення, гнів і скорботу, перш ніж дійдете до спокійного прийняття того, що сталося раніше. Таке “прокладання шляху” на якийсь період зробить вас уразливим для почуття провини, сорому, гніву і відчаю. Саме з цього приводу багато пацієнтів, для яких таке самодослідження вже позаду, попереджають початківців, що “спочатку буде гірше і тільки потім краще”.

Іншими словами, перш, ніж ви знову знайдете щось краще у вашому житті, вам доведеться деякий час примирятися з найгіршим. Легше проводити таку роботу в тихому, спокійному місці, серед турботливих і розуміючих вас людей та під керівництвом знаючої людини. Допомога психотерапевта, спілкування з групою таких самих, як і ви, пацієнтів, вивчаючих зміст своїх снів, бесіди з близькими людьми про те, чим ви займаєтеся, – все це дозволяє “вилікувати хворий зуб” швидше й ефективніше.

Як дізнатися, що за події присутні у вашому сновидінні? Найпростіше, звичайно, – пригадати сон, як тільки прокинешся. Але оскільки не всім властиво запам'ятовувати свої сни, можна скористатися деякими зовнішніми ознаками, що вказують на важкі “військові” сновидіння. Якщо ви прокинулися весь в поту і на душі у вас якийсь неясний неспокій, то, якщо немає інших причин (фізичне захворювання, спека і задуха в кімнаті), можна з упевненістю сказати, що уві сні ви пережили стрес. Якщо ви спите не один, запитайте про свою поведінку під час сну.

Якщо уві сні ви сіпаєтеся, неспокійно ворочаєтеся, то це явно вказує на тривожність у ваших сновидіннях. Слова, які ви при цьому вимовляєте, також розкривають їх зміст і значення.

Якщо всі ці зовнішні реакції наявні, але самого сновидіння ви згадати не можете, потрібно проробити деяку роботу для того, щоб навчитися запам'ятовувати й усвідомлювати зміст своїх снів. Люди, які забувають сни, часто думають, нібито їм зовсім нічого не сниться. Однак це не так: факти свідчать, що при достатній тривалості сну, сновидіння бувають у всіх. Просто деяким краще вдається ув'язати те, що привиділося уві сні, з тим, що відбувається наяву.

Коли ви приймете рішення з'ясувати, що ж відбувається у ваших снах, спочатку можете зробити наступне:

а) заведіть спеціальний щоденник сновидінь. Тримайте біля ліжка олівець і аркуш паперу, а також неясне джерело освітлення, яке легко увімкнути. Привчіть себе відразу після пробудження записувати зміст сну. Можна наговорювати, щоб запам'ятали, на диктофон, якщо вам це зручніше. Фіксуючи свої спогади в той момент, коли вони ще свіжі, ви можете багато чого дізнатися про сюжети своїх сновидінь.

Якщо ви все ж не можете згадати ні весь сон цілком, ні навіть його фрагменти, спробуйте наступного разу перервати сон в середині: нехай вас розбудить дзвінок будильника чи хтось із близьких. Наприклад, знаючи, що ви часто прокидаєтеся між північчю і двома годинами ночі, проєкспериментуйте, послідовно ставлячи будильник на північ, половину першого і годину ночі. Якщо вам вдається прокинутися в середині сну, згадати подробиці побаченого буде легше.

Нехай вас розбудять у той момент, коли по ваших рухах можна вгадати, що ви бачите сон. Але оскільки через тривожний зміст сну ваші рефлексі загострені, можлива інстинктивна захисна реакція, і той, хто вас будить, повинен дотримуватися обережності. Найкраще будити словами. Якщо фізичний контакт все ж необхідний, потрібно обережно торкнутися ноги сплячого і поступово натискати все сильніше і сильніше. При цьому слід зайняти безпечне положення і негайно назвати себе, як тільки людина прокинеться. Грубо смикати сплячого, трусити і розштовхувати його не можна. Прокинувшись, потрібно негайно записати зміст сну;

б) налаштуйте своє мислення. Щоб навчитися краще запам'ятовувати свої сни, можна звернутися до професійного психолога, знайомого з

технікою гіпнозу та іншими методами настройки мислення. Опанування самогіпнозу в одному з його різновидів також допоможе вам досягти своєї мети. Існують книги, що містять корисну інформацію про сновидіння і спроби їх аналізу;

в) підключіться до групи, що вивчає сновидіння. Навчатися легше в групі, або під керівництвом психолога, або у створеній самостійно людиною, що досліджує свої сновидіння. Працюючи в групі, ви отримаєте допомогу і підтримку, коли доведеться зіткнутися з “внутрішніми битвами”.

Маючи більш-менш докладний запис змісту сновидінь, тобто побачених уві сні подій, можна підійти до з'ясування, чому саме цим подіям ви змушені приділяти стільки уваги. Якщо сні сповнені найтяжчих жахливих подій з пережитого вами, про таке сновидінні, природно, вам найменше захочеться розмірковувати після пробудження. Однак, вам доведеться пройти через це, щоб, нарешті, дізнатися, яке повідомлення несе ваш сон.

Не слід при цьому поспішати, підстербувати себе. Перейдіть до розгадування цієї головоломки, тільки коли відчуєте, що повністю готові до цього. Якщо в сновидінні ви когось або щось ненавиділи, то звідки виходить ця ненависть? Якщо хтось із персонажів сну був злий на вас, звідки ця злоба, що породило її? Якщо уві сні ви бачили своїх знайомих, яких вже немає в живих, про що вони питають вас, що вимагають і чому? Якщо вам було страшно, то чого саме ви так боялися? Чому це лякало вас?

Коли ви дозволите цим питанням поринути у вашу свідомість, звідти почнуть поступово спливати відповіді. Цей процес значно полегшиться, якщо ви проконсультуетесь у фахівця психотерапевта. При вивченні своїх сновидінь дуже корисно обговорювати їх з будь-ким. Якщо ці потужні сплески вашого внутрішнього світу сильно турбують вас, ваші стосунки із зовнішнім світом значно утруднюються.

Хоча історії відомі випадки, коли сновидіння допомагало знайти відповідь на важке запитання, але все ж в такій області, як аналіз сновидінь, відповідь легше знайти у співпраці з іншими людьми, ніж поодиноці. Причина подекуди в тому, що враження, відображені в снах, мають травматичну природу, і поодиноці з ними впоратися важко; подекуди – що в бесіді з людиною, яка вас розуміє, відточується і перевіряється зроблений вами аналіз сновидіння.

Згадуючи сновидіння і з ним важкі враження, вам знову доведеться пережити почуття провини, гніву, жаху – всі емоції, якими супроводжувалося сама подія. Не виключено, що тоді, під час події, травмування, всі почуття дещо притупилися. В цьому випадку можлива гостра емоційна реакція на спогад. Це, мабуть, головна причина, що примушує людей уникати аналізу сновидінь.

Що б не було у ваших сновидіннях, ви можете зменшити вплив негативних емоцій, якщо зумієте розгадати у своєму сні якийсь сенс, а потім скористатися розгадкою в теперішньому житті.

Непрохані спогади та робота з ними

Коли людину відвідують “кінокадри з минулого” – яскраві переживання, не пов'язані з сьогоденням, – це означає серйозну втрату рівноваги. Щось, що мало місце досить давно, настільки захоплює вашу увагу, що видається більш реальним і живим, ніж те, що є зараз. У такій ситуації відбуваються вчинки, цілком прийнятні з точки зору минулої екстремальної ситуації, але абсолютно недоречні в сьогоденні. “Бойова” агресивність колишнього військового в мирній життєвій ситуації – ось лише один, найбільш відомий сучасним українцям, приклад такого роду.

Існує кілька способів зменшити кількість та інтенсивність подібних психічних явищ. Хоча, за словами багатьох учасників бойових дій, вони можливі без жодної видимої причини, але це не зовсім так. Той, хто починає займатися налагодженням або коригуванням внутрішньої рівноваги, незмінно переконується в існуванні особливих сигналів, що попереджають про швидку появу “кінокадрів з минулого”. Ці ознаки вже згадувалися: м'язова напруга, підвищена тривожність, особливі “стресові” зміни в організмі, емоційна напруженість і в деяких випадках – активація команди “бий або біжи”.

Іншими словами, стрес накопичується протягом деякого часу, поки, нарешті, не буде досягнуто такого його рівня, коли може бути спровоковані “непрохані спогади”, “кінокадри з минулого”. Справа в тому, що тривалий стрес послаблює психіку і робить людину більш вразливою, схильною гостріше реагувати на всякого роду неприємності.

“Непрошеним спогадам” часто передують події, що їх провокують. Така подія нерідко є несподіваною, відбувається в сьогоденні, але якось чином нагадує те, що було в минулому. Наприклад, за певних обставин це може бути спровоковано запахом, шумом, виглядом, думкою чи почуттям, які у свідомості асоціюються з минулим, що травмувало.

Але не тільки лише асоціація може викликати цей стан: на того, хто в результаті отриманого отруєння страждає підвищеною хімічною чутливістю, присутність токсичних речовин в повітрі, воді або їжі може справити сильний стресовий вплив і послужити подією, яка провокує.

Але такі провокуючі моменти вибивають вас із колії тим сильніше, чим більше ваш організм ослаблений стресом. Ось чому так важливо формувати внутрішню рівновагу.

Якщо “кінокадри з минулого” для вас часте явище, значить, ви схильні неправильно сприймати події сьогодення. В такий момент, коли щось із того, що відбувається навколо, сприймається вами неправильно, ви перебуваєте під впливом події, яка в минулому травмувала, настільки потужної, що повністю оволодіває вашою увагою. Непрохані спогади – серйозний сигнал, який вказує, що потрібно зайнятися своєю внутрішньою рівновагою, щоб твердо стояти на ногах, – тут і зараз.

Щоб взяти під контроль непрошені спогади, треба навчитися деяких заходів профілактики.

1. Навчитися впізнавати за внутрішніми ознаками, що в організмі накопичується стрес.

2. Навчитися знижувати стресову реакцію.

3. Навчитися “брати тайм-аут” при перших же ознаках стресу.

4. Регулярно нагадувати собі, що минуле не слід плутати з теперішнім. Для ветерана війни на Донбасі, наприклад, корисно в момент наростання внутрішньої напруги сказати собі: “Це не Донбас”. У критичний момент коли щось нагадало про травмуючу подію, треба відволіктися від спогадів і переключитися на події реального часу.

5. Вчитися знаходити сенс у важких спогадах, що оволодівають вашою увагою, і примиритися з подіями минулого. Ця робота аналогічно тій, що проводиться при аналізі сновидінь, правила, в основному, ті ж самі.

Спаляхи люті та управління ними

Між люттю і рівновагою – дистанція величезного розміру. Як ви переконалися у грі “штовхни мене”, в гніві людина не розраховує свої сили і легко виводиться з рівноваги. Втім, у момент люті про збереження рівноваги людина не піклується, оскільки не схильна міркувати розумно. Внутрішній тиск досягає критичної маси і вимагає негайного виходу. Чи можливо застосувати стратегію формування рівноваги безпосередньо під час спаляху гніву?

Існує кілька попереджувальних заходів, що зводять до мінімуму шкоду, що завдається в гніві, подібно до того, як вогнетасник зводить до мінімуму руйнівну силу пожежі. Крім цих тимчасових, негайних заходів, існують методи тривалого і глибокого самовивчення, самоаналізу, що приводить до витоків, причин вашого гніву.

Щоб знизити деструктивну силу вашого гніву, спрямовану проти оточуючих людей, речей і проти самого себе, можна вжити наступне:

а) якщо у вас є вогнепальна зброя, краще нехай вона зберігається у когось з ваших друзів або в якому-небудь важкодоступному місці. Принаймні, хоча б тримайте зброю і боеприпаси в різних місцях. Це дасть вам життєво важливий виграш у часі: перш ніж діяти в пориві гніву, ви встигнете подумати про те, що збираєтеся зробити. В момент люті людина вчиняє імпульсивні вчинки, не думаючи про наслідки. Навіть хвилиanne зволікання може врятувати вас від вчинення того, про що згодом ви гірко пошкодуєте;

б) відступіться на безпечну відстань від того, на кого спрямований ваш гнів. Коли ваше внутрішню рівновагу повністю втрачено, не варто займатися вирішенням міжособистісних конфліктів – для цього буде інший, більш прийнятний час. Навіть якщо ваш гнів справедливий, і дійсно з вами поступили погано, ви все одно не зумієте ясно висловити

свою точку зору і знайти вихід з положення, поки не заспокоїтеся. В урівноваженому стані залагодити конфлікт буде простіше. Це не означає, що потрібно бути покірливою вівцею, просто слід тримати свою силу під контролем, щоб ефективно застосовувати її;

в) знайдіть або обладнайте для себе безпечне місце, де можна дати вихід своєму гніву, ні перед ким не звітуючи. Це може бути ліс або парк, ваш автомобіль, кімната або щось ще. Через відсутність такого притулку ви ризикуєте вилити свій гнів на ні в чому не винних перехожих або на близьких вам людей. І кращі друзі, і зовсім чужі вам люди можуть стати жертвами вашої люті. Цього можна уникнути, якщо на певний час відійти в безпечне місце;

г) знайдіть для себе яку-небудь нешкідливу діяльність, що не завдає руйнувань, яка допомогла б дещо “розрядити” ваш гнів. Декому допомагає енергійна фізична робота (наприклад, рубати дрова), іншим біг або важкі (до поту) фізичні вправи. Інші відчувають полегшення, якщо розкажуть про свої почуття терплячому й уважному слухачу; третім достатньо відвертої “бесіди із самим собою”, тобто записування своїх вражень (давати їх потім комусь читати необов’язково). Якщо у вас теж є такий метод, який допомагає “розрядитися”, скористайтеся ним.

Якщо ви не знаєте способів зменшити свій гнів, залишається тільки відійти в безпечне місце і чекати. Час, а також виключення всього того, що могло б викликати напруженість, будуть вашими союзниками. **У такі періоди утримуйтеся від алкоголю: це все одно, що лити бензин у вогнище.**

Щоб надалі такі напади люті виникали якомога рідше, постарайтеся простежити, що відбувається всередині і навколо вас в момент, коли починає накопичуватися роздратування. Причиною вашого гніву може бути навколишня обстановка, колишні бойові рефлексії або поєднання різних факторів. Дослідження тих сторін свого життя, де гнів проявляється найчастіше, допоможе вам краще зрозуміти його механізм.

Можливо, вашому гніву передувало відчуття страху. В такому випадку докопатися до справжньої причини вам допоможе своєчасно задане самому собі запитання: “Що мені загрожує?”. Навчившись розпізнавати риси подій і ситуацій, які сприймаються вами як потенційна небезпека, ви тим самим візьмете під контроль свою реакцію “бий або біжи”, тобто готовність відповісти на загрозу нападом.

Не думайте, нібито напади люті “приходять нізвідки”. Насправді вони є одним із засвоєних вами способів знизити внутрішню напругу. Під час самоаналізу ви зрозумієте, що існують й інші, більш ефективні методи подолання стресу.

**Психотерапевтичний метод
“Десенсибілізація і переробка руху очей”
(ДПРО)**

Оригінальний психотерапевтичний метод ДПРО був розроблений Ф. Шапіро (США) в 1987 році і з цього часу з успіхом застосовується для лікування посттравматичних стресових розладів в учасників бойових дій, жертв насильства, катастроф і стихійних лих, а також осіб, які страждають фобіями, панічними і дисасоціативними розладами. З перших років свого використання ДПРО виявив високу ефективність у ветеранів військових конфліктів, які в ході терапії змогли звільнитися від обтяжливих нав'язливих думок і спогадів, кошмарних сновидінь та інших проявів ПТСР.

В основі методу лежить уявлення про існування у всіх людей особливого психофізіологічного механізму – адаптивної інформаційно-переробної системи. При її активації відбувається спонтанна переробка і нейтралізація будь-якої травматичної інформації, причому її супроводжують позитивні зміни в когнітивній сфері, емоціях і поведінці. Важкі психічні травми і стреси можуть блокувати діяльність нервової системи. У цих випадках травматичні спогади і пов'язані з ними уявлення, афективні, сомато-вегетативні і поведінкові реакції не отримують своєї адаптивної реакції, продовжуючи зберігатися в ЦНС у формі, обумовленої пережитими станами. Негативна інформація як би “заморожується” і тривалий час зберігається у своєму первісному, незмінному вигляді за рахунок ізоляції нейронних мереж мозку, що забезпечують доступ до цих спогадів, від інших асоціативних мереж пам'яті. При цьому не відбувається нового навчання, оскільки відповідна психотерапевтична інформація не може асоціативно зв'язуватися з ізольованою інформацією про травматичну подію (Shapiro, 1994). В результаті негативні емоції, образи, відчуття та уявлення з минулого проникають в теперішнє людини, викликаючи сильний душевний і фізичний дискомфорт.

Передбачається, що рухи очей (або інші альтернативні подразники), що використовуються при ДПРО, запускають процеси, що активізують прискорену переробку травматичного досвіду за аналогією з тією, що в нормі відбувається на стадії сну зі швидкими рухами очних яблук (ШПРО-сну) Shapiro, 1989; Neilsen, 1991). Ряд дослідників вважає, що фаза ШПРО-сну є тим періодом, коли несвідомий матеріал, в тому числі пов'язаний із стресами, спливає для адаптивної переробки (Pearlman, 1992; Winslow, 1993). Повторні нічні кошмари з пробудженнями вельми характерні для хворих, що страждають ПТСР, переривають і спотворюють ШПРО-сон, а що викликає сильне занепокоєння – дисфункціональний матеріал – залишається непереробленим (Ross et al, 1990).

Використання в ході проведення процедури ДПРО повторюваних серій рухів очей, ймовірно, призводить до розблокування ізольованої нейронної мережі мозку, де зберігається травматичний досвід, який, у свою чергу, піддається десенсибілізації і прискореній когнітивній переробці. Спогади, що мають високий негативний емоційний заряд, переходять у більш нейтральну форму, а відповідні їм уявлення і переконання встановлених набувають конструктивний характер.

ДПРО може застосовуватися як самостійний метод психотерапії при ПТСР, або як один з етапів лікувального впливу, спрямований на швидке усунення в уражених найбільш тяжких переживань і симптомів, пов'язаних з перенесеними в минулому психічними травмами. Залежно від поставлених цілей і завдань кількість сеансів ДПРО може варіювати від 1-2 до 6-16, а тривалість кожного з них становить від 60 до 90 хвилин. Середня частота сеансів – 1-2 рази на тиждень.

**Оцінка факторів безпеки пацієнта, вивчення його історії
хвороби і планування психотерапії**

Основний критерій відбору пацієнтів для ДПРО – їх здатність справлятися з високим рівнем занепокоєння, який може виникати під час сеансу при переробці травматичних спогадів, а іноді і між психотерапевтичними сесіями. Тому важливо правильно оцінити особистісну стійкість пацієнтів і рівень можливого емоційного дискомфорту, який можуть привносити несприятливі життєві обставини (сімейна криза, втрата друзів, бойові дії тощо). У більшості випадків слід спочатку надати людині психотерапевтичну підтримку у вирішенні поточних проблем і лише потім переходити до переробки минулих психічних травм. Для забезпечення максимальної безпеки пацієнтів на стадії підготовки доцільно навчити їх прийомам зниження емоційного стресу: вправі зі створення в уяві безпечного місця; техніці світлового потоку; самостійному використанню рухів очей або нервово-м'язової релаксації.

Якщо психотерапевт приймає рішення про використання методу ДПРО у конкретного хворого, йому необхідно провести аналіз всієї клінічної картини розладу і виділити специфічні цілі, що вимагають переробки. У деяких випадках пацієнти, які страждають ПТСР, можуть бути вилікувані за допомогою ДПРО при переробці конкретних травматичних спогадів. Однак, значно частіше необхідно послідовно обирати в якості цілей впливу як травматичні події минулого, так і нинішньої ситуації, що стимулюють хворобливі симптоми і дезадаптивну поведінку.

Важливий етап психотерапії – робота з майбутнім, яка передбачає створення в уяві пацієнта “позитивного прикладу” і закріплення нових адаптивних форм поведінки та емоційного реагування.

У хворих ПТСР можна виділити 4 основних мети впливу для ДПРО:

- 1) спогади про дійсно травматичному подію;
- 2) будь-які інші тяжкі нав'язливі спогади, навіть якщо вони відрізняються від реальних подій, що відбулися;
- 3) кошмарні сновидіння;
- 4) різні зовнішні або внутрішні подразники, які нагадують про травму і викликають пов'язані з нею емоції, почуття, думки і поведінкові реакції. Наприклад, звуки, схожі на постріл, вибухи тощо.

Для повноцінного вирішення травматичного досвіду та досягнення стабільного клінічного ефекту, в якості мети повинен по черзі обиратися кожен з 4-х вищевказаних елементів.

Підготовка. Стадія підготовки передбачає встановлення продуктивних терапевтичних відносин з травмованим і створення атмосфери довіри й безпеки. Необхідно коротко роз'яснити сенс ДПРО-терапії, наприклад, таким чином: "Коли відбувається травматична подія, вона може блокуватися і тривало зберігатися в мозку разом з первісною картиною стресової ситуації і проявляється в цей момент звуками, думками і почуттями. При будь-якому нагадуванні про переживання подій вони оживають з колишньою гостротою, серйозно порушуючи душевний і фізичний стан людини. Рухи очей, які ми використовуємо при ДПРО, розблокують нервову систему і дозволять мозку переробляти травматичний досвід. Щось подібне відбувається на стадії "швидкого сну", коли ми бачимо сновидіння, а виникаючі спонтанно рухи очей допомагають переробити отриману інформацію. По суті, методика активізує природний процес самозцілення від душевних травм, причому травмований сам може його контролювати, даючи психотерапевту зворотний зв'язок про те, що з ним відбувається в ході сеансу".

На цій же стадії визначається здатність пацієнта виконувати рухи очей. У ДПРО використовують декілька різних видів рухів очей. Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб визначити найбільш комфортні рухи для конкретного пацієнта. Слід врахувати, що біль в очах при виконанні рухів вимагає негайного припинення процедури з подальшою консультацією окуліста на предмет виявлення можливих протипоказань до навантажень на м'язи очного яблука.

Завдання психотерапевта – викликати у пацієнта рух очей від одного краю його візуального поля до іншого. Такі повні двосторонні рухи виконуються з максимально можливою швидкістю, але уникаючи при цьому появи почуття дискомфорту. Зазвичай, два пальці руки психотерапевта використовують, як точку фокусування погляду пацієнта. При цьому психотерапевт тримає пальці вертикально з долонею, зверненою до пацієнта на відстані 30-35 см від його обличчя. Далі пальці починають повільно, а потім все швидше, рухатися горизонтально від правого краю візуального поля до лівого, вказуючи пацієнтові напрямок рухів очей.

Таким чином підбирають оптимальну швидкість руху, відстань до пальців, висоту, на якій тримається рука, і т.п. Якщо при виконанні тестування виявляється, що пацієнтові важко стежити за пальцями (відбувається збій рухів, зупинка або мимовільні рухи), достатньо попросити його просто натиснути пальцями на очні яблука. У більшості випадків це допомагає відновити контроль рухів очей. Потім можна перевірити ефективність інших варіантів рухів очей: діагональних, кругових або у формі вісімки. *Вертикальні рухи* мають заспокійливу дію і особливо корисні для зниження занепокоєння або почуття нудоти, а також при запамороченні.

Зазвичай, в ході ДПРО-терапії застосовуються серії, що складаються з **24 рухів очей** (туди і назад – 1 рух). Залежно від конкретної реакції пацієнта на швидкості переробки травматичного матеріалу, серії можуть бути збільшені до **36 рухів**, а при виникненні емоційного відреагування – до ще більшого числа.

Для пацієнтів з ушкодженням зору або для тих, які вважають рухи очей дискомфортними, з достатнім ефектом використовуються альтернативні форми стимуляції (постукування по руках або звуки). Психотерапевт ритмічно і з такою ж швидкістю, як і при проведенні серій рухів очей, постукує по черзі по лежачих на колінах і звернених догори долонях пацієнта. При звуковій стимуляції психотерапевт по черзі клацає пальцями то в одно, то в інше вухо пацієнта.

Для зниження рівня неспокою пацієнтів перед початком переробки, під час і між сесансами, корисно навчити їх техніці "**Безпечне місце**". Пацієнту пропонують згадати ситуацію, де він відчував себе спокійно, в повній безпеці. При цьому важливо зосередитися на образі безпечного місця, відчутті, чи виникають при цьому позитивні емоції та приємні фізичні відчуття. Психотерапевт вербально навіть посилення уявних образів, почуття комфорту і душевного спокою. Крім того, позитивна реакція пацієнта може бути посилена, якщо на тлі занурення в приємні спогади він здійснить **від 4 до 6 серій рухів очей**. Можна запропонувати пацієнтові назвати ключові слова, які підходять до образу безпечного місця (дерева, озеро, запах лісу, спокій і т.п.) і повторювати їх подумки, поєднуючи з відповідними їм картинками, звуками і відчуттями. При цьому наголошується відчуття повної безпеки, яке підкріплюється психотерапевтом додатковою сугестією (використання мови з метою встановлення і підтримки психологічного контакту) та проведенням 4-6 серій рухів очей.

У подальшому, при необхідності знизити емоційну напругу, пацієнт може самостійно повернутися в уяві в це безпечне місце.

Сильні негативні емоції, які іноді виникають в ході сеансу ДПРО, також можуть зажадати для пацієнта перепочинку і посилення почуття "безпеки, що досягається його зверненням до приємних і заспокійливих подій минулого".

На стадії підготовки пацієнтові пояснюють, що під час сеансу він контролюватиме все, що відбувається, і в будь-який момент зможе зупинити процедуру, піднявши руку або подавши інший умовний сигнал психотерапевту. Встановлення сигналу “стоп” служить додатковим чинником безпеки пацієнта. Фактично, дві перші стадії відносяться лише до першого сеансу ДПРО. Надалі психотерапевт починає кожен сеанс з оцінки стану пацієнта та аналізу досягнутих результатів, а потім переходить відразу до третьої стадії.

Визначення предмета впливу. На цій стадії психотерапевт визначає мету впливу. Як зазначалося вище, при лікуванні хворих з ПТСР спочатку це будуть реальні травматичні події (сцени бойових дій, катастрофи тощо), потім переробці піддаються нав'язливі думки і інші негативні спогади, кошмарні сновидіння, будь-які фактори, що погравлюють хворобливі переживання минулого.

Після ідентифікації конкретного травматичного спогаду пацієнту пропонують обрати образ, який найкраще відповідає йому (відображає найбільш неприємну частину події, що сталася). Потім виявляються переконання, що знижують самооцінку пацієнта з приводу травматичного інциденту. Його просять висловити словами ті неприємні, хворобливі уявлення про себе, які в даний час відповідають і зберігають інформацію в пам'яті про психотравму. Висловлювати це негативне переконання про себе (негативне самоуявлення) пацієнт повинен в реальному часі, з використанням займенника “Я”. Приклади негативних самоуявлень: “Я погана людина”, “Я не заслуговую поваги”, “Я не можу довіряти самому собі”, “Я робив щось погане”, “Я заслуговую смерті”, “Я нікчема” тощо.

Наступний крок – **визначення бажаного позитивного самоуявлення**, тобто більш доречного, конструктивного уявлення, яке хотів би мати пацієнт зараз, коли він згадує про травматичні ситуації. Наприклад: “Я такий, як я є”, “Я заслуговую поваги”, “Я можу довіряти самому собі”, “Я контролюю себе”, “Я зробив найкраще, що міг”, “Я можу впоратися з цим” і т.п.

Позитивне уявлення пізніше використовується для заміни негативного уявлення під час п'ятої стадії – **інсталяції**. Введення позитивного самоуявлення стимулює когнітивне переструктурування (переоцінку) пацієнтом травматичних подій і полегшує формування більш адекватного до них ставлення. На третій стадії позитивне самоуявлення оцінюється за семибальною Шкалою відповідності уявлень (ШВУ), де 1 бал – повна невідповідність, а 7 балів – повна відповідність істинному уявленню про себе. Пацієнт дає оцінку, спираючись не на логічні побудови, а виходячи з інтуїтивного відчуття того, наскільки далеко позитивне самоуявлення від його сьогодишнього погляду на пережите. Якщо ця оцінка не вище 1 бала за ШВУ, психотерапевт повинен зважити, наскільки реалістичні побажання пацієнта і разом з ним уточнити або змінити позитивне самоуявлення.

На наступному кроці пацієнт визначає негативні емоції, які виникають у нього при зосередженні на картині травматичної події і повторенні слів, відповідних негативному поданню. Після того як ці емоції названі, психотерапевт пропонує пацієнту оцінити рівень занепокоєння, завданий спогадами за Шкалою суб'єктивного занепокоєння (ШСЗ), де 0 – стан повного спокою, а 10 – максимальне занепокоєння (найгірше з того, що тільки можна уявити). На цьому ж етапі визначається локалізація й інтенсивність дискомфортних тілесних відчуттів, супутніх зануренню пацієнта в травматичний спогад. Надалі зміна відчуттів в тілі буде однією з важливих індикаторів переробки травматичного матеріалу.

Десенсибілізація. Стадія зосереджена на зниженні негативних емоцій пацієнта при його зверненні до травматичного спогаду до 0 або 1 бала за ШСЗ. При проведенні десенсибілізації пацієнтові пропонують згадати картину події. Далі, психотерапевт просить його стежити очима за рухами пальців, одночасно утримуючи образ, що відображає найбільш неприємну частину спогадів, вимовляючи про себе негативне самоуявлення (“Я погана людина” і т.п.) і відзначаючи відчуття, які випливають в тілі. Якщо пацієнт зазнає труднощів з візуалізацією травматичного епізоду, він може просто про нього думати в ході виконання рухів очей. Після кожної серії пацієнтові кажуть: “А тепер відпочивайте. Зробіть вдих і видих. Нехай все йде як йде (Забудьте про це)”. Потім його запитують: “Що відбувається зараз?” або “Що ви відчуваєте в тілі? Що приходить в голову?”. Важливо, щоб пацієнт повідомляв про зміни зорових образів, звуків, думок, емоцій і фізичних відчуттів, які є індикатором того, що відбувається при переробці дисфункціонального матеріалу.

У деяких випадках зосередження пацієнта на травматичній події в ході серій рухів очей, що повторюються і які чергуються з відпочинком, призводить до зниження емоційного і фізичного дискомфорту, а спогади поступово втрачають колишній, хворобливий характер. Психотерапевт контролює ефекти переробки травматичного матеріалу, час від часу задаючи пацієнту запитання: “На скільки балів Шкали занепокоєння ви оцінюєте свій стан зараз?”. Необхідно домагатися зниження рівня занепокоєння з ШСЗ до 0-1 балів.

Нерідко в процесі роботи спостерігається короткочасне посилення негативних емоцій і відчуттів або настає *абреакція* (процес повторного переживання подій травми, розрядка, відреагування). У разі відреагування пацієнт якби заново переживає ситуацію психотравми, відчуваючи при цьому колишні думки, емоції і відчуття. При ДПРО, на відміну від гіпнозу, не відбувається повного занурення в спогад, оскільки пацієнт зберігає подвійне фокусування – як на усвідомленні минулого, так і на почутті безпеки в сьогоденні. Початок відреагування передбачає збільшення кількості безперервних рухів очей до **36 і більше**, щоб, по можливості, завершити його в ході однієї серії. Часто це вдається, оскільки абреакція

в ході сеансу ДПРО відбувається в 4-5 разів швидше, ніж у трансі, а пацієнт при цьому перескакує від одного ключового моменту події до іншого. Після завершення розрядки подальша робота продовжується у звичайному ключі.

Можливий інший варіант, коли після двох поспіль серій рухів очей пацієнт не відзначає ніяких змін у своєму емоційному стані, образах, думках і відчуттях. Перше, що необхідно робити в таких випадках, – змінити напрям рухів очей. Відсутність нових змін після спроб використання двох або трьох різних напрямків рухів свідчить про заблоковану переробку, що вимагає застосування додаткових стратегій.

У випадках, коли при зверненні до травматичного епізоду у пацієнта виникають нові негативні ідеї та уявлення, перед початком чергової серії йому пропонують зосередитися на цих негативних думках і пов'язаних з ними відчуттях в тілі, після чого серії рухів очей слід повторювати до їх нейтралізації. Якщо пацієнт починає висловлювати більш адаптивні судження про пережите, їх слід закріпити у свідомості, запропонувавши зосередитися на позитивних думках під час наступних серій, а потім знову повернутися до первісної мети (травматичний спогад, негативне самоуявлення, дискомфортні відчуття й емоції).

У ході переробки основного травматичного матеріалу, на тлі чергової серії рухів очей у свідомості пацієнта можуть спливати додаткові спогади, асоціативно пов'язані з психотравмою. Такі спогади є об'єктом фокусування для проведення наступної серії. Якщо одночасно випливає кілька спогадів, пацієнту пропонують зосередитися на тому, який з них найбільше турбує. Ветерани війни, які страждають від ПТСР, нерідко пред'являють все нові і нові спогади, які послідовно виникають у них під час кожної серії рухів очей. Для того щоб десенсибілізація відбувалася успішно, необхідно піддавати переробці весь асоціативний матеріал (епізоди бойових дій; негативні спогади, безпосередньо не пов'язані з війною; окремі звуки або відчуття в тілі тощо), який може стати доступним усвідомленню при роботі з конкретним, обраним в якості мети травматичним епізодом.

Кожний із знову впливних спогадів по черзі стає фокусом для впливу під час чергової серії рухів очей. Коли ланцюг асоціацій виснажується і нічого нового не приходить в голову, пацієнта просять повернутися до первісної мети для виконання додаткових серій рухів очей. Якщо при зверненні до травматичної події (цілі сеансу) в ході виконання 2-3 серій рухів очей інші спогади, нові переживання та ідеї не виникають, а рівень занепокоєння пацієнта не перевищує 1 бала (оптимальний варіант – 0 балів), із ШСЗ можна переходити до наступної стадії – інсталяції.

Слід зазначити, що спливаючі у свідомості додаткові спогади іноді турбують і бувають надзвичайно дискомфортними. У такому випадку вони можуть бути обрані новою метою для наступного сеансу ДПРО. Однак повномасштабна робота з новою метою повинна починатися лише після завершення переробки попереднього травматичного спогаду.

Інсталяція. Мета стадії – зв'язати бажане позитивне самоуявлення з обраною в якості мети травматичною інформацією, що веде до підвищення самооцінки пацієнта.

Спочатку слід попросити пацієнта оцінити початкове позитивне уявлення про себе з точки зору його привабливості після проведення десенсибілізації: “Чи залишаються доречними слова (повторити позитивне самоуявлення) або ви відчуваєте, що більш відповідним зараз є інше позитивне висловлювання?”. На цьому етапі пацієнти нерідко уточнюють або повністю змінюють значущі для них уявлення. Далі пацієнту пропонують подумати про первісну травматичну подію і про ці слова, а потім відповісти на запитання: “Наскільки істинними вам здаються зараз ці слова, від 1 – повністю не відповідають, до 7 – повністю відповідають (істинні)?”. Після цього пацієнту слід утримувати разом картину події (думати про неї) і позитивне уявлення. Психотерапевт проводить йому серію рухів очей і питає: “А тепер наскільки істинними, в балах від 1 до 7, здаються вам ці слова, якщо ви згадуєте про травматичну подію”. Мета психотерапевта полягає в проведенні такої кількості серій рухів очей, яка необхідна для посилення позитивного самоуявлення до 7 балів. Коли це вдається – серії рухів повторюють доти, поки відповідність уявлення і почуття його придатності не досягнуть максимуму, а потім переходять до стадії сканування тіла.

Нерідко через неповну переробку інших спогадів і негативних переконань, асоціативно пов'язаних з обраною в якості мети травматичною подією, рівень відповідності позитивного уявлення не перевищує 4-5 балів. З урахуванням тимчасових рамок сеансу роботу з додатковими спогадами переносять на іншу сесію, а процедуру ДПРО ведуть до завершення, минаючи стадію сканування.

Сканування тіла. Стадія зосереджена на усуненні можливої залишкової напруги або дискомфортних відчуттів в тілі.

Коли позитивне уявлення досягає на стадії інсталяції 7 балів за ШСЗ (або 6 балів, якщо це прийняття для конкретного пацієнта), починають сканування. Йому пропонують закрити очі і, утримуючи у свідомості початковий спогад і позитивне уявлення, мислення пройтися по різних частинах свого тіла, починаючи з голови і поступово опускаючись вниз. Пацієнту слід повідомляти вголос про всі місця, в яких він виявить якусь напругу, скутість або інші незвичайні відчуття. Якщо такі відчуття відсутні, проводять серію рухів очей. При виникненні комфортних відчуттів виконують додаткову серію для посилення позитивних почуттів. У випадках, коли пацієнт повідомляє про неприємні відчуття або м'язову напругу, їх переробляють за допомогою чергових серій рухів очей, поки дискомфорт не знизиться. Іноді тілесна напруга, розкрита при скануванні тіла, може проявити новий ланцюг негативних асоціацій, для переробки яких потрібний час.

Завершення. Стадія спрямована на повернення пацієнта у стан емоційної рівноваги в кінці кожного сеансу, незалежно від того, чи повністю завершена переробка дисфункціонального матеріалу. Якщо наприкінці психотерапевтичного сеансу пацієнт проявляє ознаки занепокоєння або продовжує відреагування, психотерапевту слід застосувати гіпноз або керовану візуалізацію (техніка “Безпечне місце” і т.п.), щоб повернути його в комфортний стан.

Якщо травматичний матеріал перероблений не повністю, велика ймовірність продовження переробки по закінченні сеансу. При цьому пацієнт може відчувати тривогу різного ступеня, про що слід його попередити. Доцільно запропонувати пацієнтові запам'ятати (записати) спогади, що його турбують, сновидіння, думки і ситуації, які виникають між сеансами. Згодом вони можуть стати новими цілями впливу ДІПРО-терапії.

Переоцінка. Проводиться перед початком кожного нового сеансу ДІПРО. Психотерапевт знову повертає пацієнта до раніше перероблених цілей і оцінює його реакцію для визначення того, чи зберігаються ефекти лікування. Новий дисфункціональний матеріал можна піддати переробці тільки після того, як відбудеться повна інтеграція психічних травм, що зазнали лікування раніше.

Особливості самодопомоги при ПТСР

Деякі рекомендації, які бажано виконувати хворим з ПТСР для покращення ефективності процесу відновлення:

1. Регулярні зустрічі з кваліфікованим психотерапевтом, психологом або групою підтримки волонтерів-психологів.
2. Оволодіння методиками управління напругою і саморегуляції: релаксацією, самогіпнозом, аутотренінгом, “Ключ”.
3. Уникати перегляду збуджуючих програм, кінофільмів, відеофільмів з насильством і вбивствами, обговорення цих тем; музики; комп'ютерних ігор (“стрілялок”); уявлень чи ситуацій, які підсилюють занепокоєння.
4. При порушеннях сну навчатися методів, сприяючих досягненню повноцінного відпочинку під час сну.
5. Харчування має бути правильно збалансованим за складом вітамінів, мікроелементів і клітковини.
6. Необхідно регулярно займатися активними фізичними вправами.
7. Обов'язково обговорити вживання алкоголю зі своїм психотерапевтом, психологом. Уникати вживання наркотиків.
8. Необхідні постійні зусилля для формування та розширення дружнього середовища, підтримки оточення.
9. Необхідна старання самостійна робота щодо виконання вимог психотерапії.
10. Повинна бути сформована можливість прийняття і розуміння того, що в процесі відновлення можуть бути затримки.
11. Необхідно регулярно приймати прописані медичними фахівцями ліки.
12. Звертатися по допомогу у разі необхідності.

Крім цього, необхідно спільно з психотерапевтом (психологом) розробити план дій на той випадок, якщо ознаки ПТСР знову з'являться. План повинен бути підготовлений особисто у письмовій формі і обов'язково включати в себе опис прояву певних симптомів і необхідних заходів (при їх появі). Необхідно домовитися з психотерапевтом (психологом) про можливість негайної зустрічі з ним у разі потреби.

**Фармакологічні засоби для управління психічними станами
військовослужбовців**

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
Препарати енергетичної дії			
1.	Інозин (інозит-Ф)	Ферментно-енергетичний препарат. Активно бере участь у білковому обміні, в обміні цукру, позитивно впливає на діяльність серцево-судинної системи і печінки. Сприяє високій фізичній працездатності спортсмена за рахунок енергозбереження та вивільнення енергії	2 табл. (0,4 г) 3 рази на день до їжі; курс – 30-40 днів. Можлива добова доза в межах 1,2-2,4 г (6-12 табл.)
2.	Рибоксин	Ферментний препарат, покращує окиснювально-відновлювальні процеси в організмі, має білково-енергетичну дію. Дія препарату аналогічна інозину, але менш активна	2 табл. (0,4 г) 3 рази на день до їжі; курс – 30-40 днів. Можлива добова доза до 2,4 г (12 табл.). При появі побічних ефектів (свербїж, висипання на шкірі) – знизити дозу або припинити прийом препарату
3.	Фосфаден	Входить до групи препаратів, що поліпшують процеси метаболізму, як інозин і рибоксин, та має той самий ефект впливу на організм	2 табл. 3-4 рази в день; курс – 30-40 днів. Рекомендовано застосування в комплексі з оротатом калію
4.	Фосфрен	Енергетичний препарат, що містить лецитин, залізо молочнокисле, кальцій фосфорнокислий та ін. складові частини	2 табл. 3 рази на день; курс – 10-15 днів.
5.	Кальцію гліцерофосфат	Загальнозміцнюючий і тонізуючий засіб. Дія пов'язана з впливом на обмін речовин, що призводить до посилення анаболічних процесів.	0,2-0,5 г на прийом 2-3 рази на день; курс – 10-15 днів

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
Препарати енергетичної дії			
6.	Есенціале	Містить есенціальні фосфоліпіди, дія яких посилена наявністю у складі комплексу вітамінів В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , нікотинамідом і вітаміну Е. Покращує функції печінки, сприяє регенерації пошкоджених мітохондрій, активізує порушення ферментативної системи. Дія препарату посилюється при спільному застосуванні з карнітином.	1-2 капсули 3 рази на день під час їжі; курс – від 7 до 20 днів
7.	Янтарна кислота (сукцинат амонію)	Один з активно окиснювальних компонентів циклу Кребса, сприяє нормалізації та стимуляції енергетичних процесів у мітохондріях. Стимулює працездатність. Препарат високоефективний, протипоказаний при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки. Вимагає суворого дотримання дозування, що пов'язано з його високою біологічною активністю	Добова доза – 1,8 г протягом тижня до навантаження і в період навантаження (2-3 дні)
8.	Мілдронат	Підвищує ефективність енергозабезпечення за рахунок збільшення утилізації (засвоєння) жирів і вуглеводів, економізації з накопиченням глікогену	Спосіб застосування: 1-2 капсул. (0,5-1,0 г) 2 рази на день після їжі, протягом 14-18 днів
Адаптогени і засоби, що підвищують імунологічні спроможності організму			
1.	Корінь женьшеню	Застосовуються як тонізуючі засоби при втомі, перевантаженні. Підвищують працездатність, адаптують організм до великих фізичних навантажень. Протипоказані при підвищеній збудливості і тиску	30 крапель 3 рази на день до їжі, або 10-25 дрібних гранул на день. Протипоказаний при підвищеній збудливості і тиску
2.	Елеутерокок		1 ч. ложка 2 рази на день до їжі
3.	Сапарал		1 табл. (0,05 г) 3 рази на день після їжі

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
4.	Пантокрин		30 крапель 3 рази на день за півгодини до їжі, або 1 мл підшкірно 1 раз на день. Курс застосування адаптогенів – 14-21 день
5.	Політабс-спорт (Швеція)	Препарат, що містить концентрат чернітїна, підвищує життєвий тонус. Чернітїн – екстракт пилюк рослин. Стимулює фізичну працездатність, має потужний тонізуючий вплив. Може використовуватися цілий рік	2-4 табл. на день.
6.	Напроксен	Нестероїдний протизапальний препарат. Застосовується при травмах, розривах м'язів, розтягненнях і для їх профілактики при виконанні потужних силових навантажень. Володіє вираженою дією, спрямованою на підвищення фізичної працездатності	2 табл. 2 рази на день; курс – 10 днів, перерва 7 днів, знову прийом 10 днів
Препарати, що впливають на центральну нервову систему			
1.	Ноотропін (пірацетам)	Підвищує енергетичний обмін клітин головного мозку, розвиваючи їх потенційні нейрофізіологічні можливості. Знімає негативні емоції, втому. Впливає на метаболізм деяких амінокислот (аланіну, аспарагін кислоти, лейцину, проліну), макроергічних фосфатів	2 капсули 3 рази на день; курс – 20-25 днів
2.	Аміналон (гаммалон)	Сприяє нормалізації динаміки нервових процесів у головному мозку, підвищує продуктивність мислення, покращує пам'ять, виявляє м'яку психостимулюючу дію	Внутрішньо по 0,25-0,5 г 2-4 рази в день; курс – 14-28 днів
3.	Рудотель (мезапам)	Застосовується при психологічній нестійкості (безпосередньо перед бойовими діями), знімає негативні емоції, сприяє збереженню ваги	1 табл. (0,01 г) 2-3 рази на день; курс – 10-12 днів

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
Вітаміни			
1.	Вітамінний комплекс "Аеровіт"	Містить комплекс вітамінів: А, С (аскорбінова кислота), Е (токоферолу ацетат), Р (фолієва кислота), РР (нікотинамід), група В – В ₁ В ₂ (рибофлавін), В ₅ (кальцію пантотенат), В ₆ В ₁₂ (ціанокобаламін)	1 драже 2 рази на день після їжі; курс – 20-25 днів
2.	Вітамінний комплекс "Квадевіт"	Містить комплекс вітамінів: А, С, Е, В ₁ , В ₂ , В ₃ , В ₆ , фолієва кислота, Р, РР, В ₁₂ , фітін, метіонін, глютамінова кислота і мікроелементи – сірчанокисла мідь, хлористий калій. Квадевіт сприяє нормалізації змінених біохімічних процесів і сприятливо впливає на обмін речовин (вітамінний, вуглеводний, жироліпідний, водно-електролітний), послаблює побічні ефекти лікарських препаратів	1 табл. 3 рази на день після їжі; курс – 21-28 днів
3.	Вітамін В₁ (тіамін)	Входить до складу ряду ферментів, бере участь у вуглеводному, жировому, білковому обміні. Позитивно впливає на серцево-судинну систему, органи травлення, ендокринну і нервову систему. Посилене споживання вуглеводів підвищує потребу у вітаміні В ₁	1 мл 2,5% розчину тіаміну хлориду внутрішньом'язово 1 раз на день; курс – 15-18 днів
4.	Вітамін В₂ (рибофлавін)	Рибофлавін бере участь у процесах вуглеводного, білкового та жирового обміну; він відіграє також важливу роль у підтримці нормальної зорової функції ока і в синтезі гемоглобіну	Добова потреба у вітаміні В ₂ становить для дорослої людини близько 2, 5 мг, при важкій фізичній праці – близько 3 мг; Рибофлавін входить до складу ряду полівітамінних препаратів (Гептавіт, Аеровіт, Квадевіт, Глутамевіт, Комплівіт та ін.)

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
5.	Вітамін В₆ (піридоксин)	Необхідний для нормального функціонування центральної і периферичної нервової системи. Бере активну участь в обміні незамінних амінокислот: триптофану, метіоніну. Поліпшує жировий обмін	В основному, потреба у вітаміні В ₆ задовольняється продуктами харчування. 1-2 табл. 2-3 рази на день, або 1 мл 5% розчину внутрішньом'язово 1 раз на день; курс – 15-20 днів
6.	Вітамін В₁₂ (ціанокобаламін)	Є фактором росту, необхідний для нормального кровотворення і дозрівання еритроцитів, бере участь у синтезі амінокислот, сприятливо впливає на функцію печінки і нервової системи. Вітамін В ₁₂ погано всмоктується при прийомі всередину. Всмоктування дещо поліпшується при призначенні разом з фолієвою кислотою	При застосуванні В ₁₂ необхідний постійний контроль за аналізом крові. Не рекомендується сумісне введення (в одному шприці) В ₁ і В ₆ . 1 мл 0,01% розчину внутрішньом'язово 1 раз на день; курс – 10-15 днів
7.	Кобамамід	Має властивості вітаміну В ₁₂ . Є коферментом вітаміну В ₁₂ . Володіє анаболічним ефектом	1 драже 3-4 рази на день. Рекомендований спільний прийом з карнитином
8.	Вітамін В₁₅ (пангамат кальцію)	Покращує ліпідний (жировий) обмін. Підвищує засвоєння кисню тканинами, а також вміст глікогену в м'язах і печінці. Усуває гіпоксію (кисневу недостатність), прискорює відновні процеси (Цей препарат, згідно з даними доктора медицини Т. Пайпера, збільшує максимальне споживання кисню у спортсменів високого класу більш ніж на 25% і продовжує час, протягом якого організм здатний працювати до знемоги більш ніж на 20%)	1 табл. 3 рази на день. Початок прийому – за 7-8 днів до наміченого збільшення обсягу навантажень і протягом 8-10 днів після їх закінчення. Курс – 15-20 днів

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
9.	Фолієва кислота (вітамін В ₉ , фолацин)	Є складовою частиною комплексу вітамінів групи В. Разом з вітаміном В ₁₂ стимулює кровотворення, бере участь у синтезі амінокислот (метіоніну, серину), нуклеїнових кислот; сприятливо впливає на функцію кишечника	1 порошок (0,001 г) 3-5 разів на день. Рекомендовано спільне застосування з вітаміном С – по 1 табл. (0,1 г С і 0,005 г В ₉) 2 рази на день; курс – 15-20 днів.
10.	Кокарбок-силази	Кофермент тіаміну (вітаміну В ₁). Наближається за своєю біологічною дією до вітамінів і ферментів. Є готовою формою коферменту, який утворюється з тіаміну (В ₁) у процесі його перетворення в організмі. Бере участь у процесах вуглеводного обміну	0,05 г (50 мг) – 1 раз на день внутрішньом'язово; курс – 15-20 днів
11.	Вітамін Е (токоферолу ацетат)	Володіє антиокиснювальними властивостями, блокує вільне окиснення жирів, бере участь у складних реакціях перетворення вуглеводів на ліпіди (жири). Застосовується як засіб, що поліпшує енергозабезпечення, скоротність міокарда (серцевого м'яза). Гальмує обмін білків, нуклеїнових кислот і стероїдів	1 капсула 2-3 рази на день, або 1мл 20% розчину внутрішньом'язово 1 раз на день, або по 1 чайній ложці 2 рази на день; курс – 20-25 днів. При передозуванні можливе зниження працездатності
12.	Вітамін С (аскорбінова кислота)	Бере участь у регуляції окисно-відновних процесів, вуглеводного обміну, згортання крові, нормальної проникності капілярів, утворення стероїдних гормонів та ін. Підвищує стійкість організму до інфекцій	1 драже (0,05 г) 3 рази на день; курс – 10-15 днів. При передозуванні можливе пригнічення вестибулярного апарату підшлункової залози, пригнічення синтезу глікогену

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
13.	Нікотинова кислота (вітамін РР)	Бере участь в окисно-відновних процесах, покращує вуглеводний обмін і функції шлунково-кишкового тракту, має судинорозширювальну дію, знижує вміст холестерину в крові. За будовою близька до нікотинаміду	1 табл. (0,05 г) 3-4 рази на день – нікотинова кислота. Нікотинамід: 1 табл. (0,005 г) 3 рази на день; курс – 10-15 днів. Побічні явища: почервоніння обличчя і верхньої половини тулуба з відчуттям поколювання і печіння, запаморочення; при тривалому застосуванні великих доз можлива жирова інфільтрація печінки
14.	Ліпоева кислота	Грає важливу роль у процесі утворення енергії в організмі. За характером дії наближається до вітамінів групи В. Бере участь у регулюванні ліпідного та вуглеводного обмінів, надає іпотропний ефект, покращує функції печінки	1 табл. (0,025 г) 3 рази на день, або 2-4 мл 0,5% розчину (0,01-0,02 г) на день; курс – 20-30 днів
Амінокислоти і препарати, що впливають на білковий обмін			
1.	Глутамінова кислота	Бере участь у процесі азотистого обміну в організмі і сприяє знешкодженню аміаку. Стимулює окиснювальні процеси головного мозку і позитивно впливає на діяльність центральної нервової системи, сприяє знешкодженню та виведенню з організму аміаку, підвищує стійкість організму до гіпоксії	2 табл. (1 табл. – 0,25 г – покриті оболонкою) 2 рази на день після їжі; курс – 15-20 днів
2.	Метіонін	Незамінна амінокислота (міститься в сирі). Має здатність видаляти з печінки надлишок жиру, необхідна для підтримки зростання і азотистої рівноваги організму. Активує дію гормонів, вітаміну (В ₁₂ , аскорбінової кислоти – вітаміну С і фолієвої кислоти), ферментів	2 табл. (1 табл. – 0,5 г) 2 рази на день під час або після їжі; курс – 15-20 днів

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
3.	Альвезін	Комбінований препарат, що містить комплекс незамінних амінокислот: аланін, аргінін, аспарагінова кислота, глутамінова кислота, гістидин, ізолейцин, лейцин, лізин, метіонін, фенілаланін, триптофан, валін, а також калій, натрій, магній. Активно бере участь і стимулює білковий обмін	400 мл внутрішньо-венно, крапельно 1 раз на 3 дні (2 рази на тиждень). Альвезін рекомендується застосовувати в періоди найвищих за обсягом фізичних навантажень і не зловживати його прийомом, щоб уникнути побічних ефектів. Курс – 14-21 день
4.	Оротат калію	Оротатна кислота є вихідним продуктом для біосинтезу білка. Оротова кислота та її солі розглядаються як речовини анаболічної дії і застосовуються як стимулятори білкового та інших видів обміну	1 табл. (0,5 г) 3-4 рази на день за 1 годину до їжі; курс – 21-24 дні
5.	Сафінор	Комбінований препарат, що містить: рибоксин, оротат калію, сепарал, фловерін. Стимулює білковий та енергетичний обмін, має властивості адаптувати організм до великих фізичних навантажень	2 табл. 2 рази на день; курс – 20-25 днів. Протипоказаний при підвищеному артеріальному тиску
6.	Карнітин (карнітину гідроксид)	Володіє здатністю покращувати апетит, прискорювати ріст і збільшувати вагу тіла. В організмі синтезується печінкою з метіоніну і лізину у присутності вітамінів В ₆ 3 і РР, а також заліза	1 ч. л. 3 рази на день за півгодини до їжі, попередньо розбавивши водою, чаєм, компотом і т.п. Курс – 21-28 днів. Форма випуску – флакон 20% розчину по 100 і 25 мл

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
Седативні препарати			
1.	Барбовал	Неврози, що супроводжуються підвищеною збудливістю, безсонням, істерією; у складі комплексного лікування легких нападів стенокардії, артеріальної гіпертензії у початковій стадії, тахікардії функціонального генезу, при спазмах шлунку та кишечника, метеоризмі	Приймають вугутрішньо. Зазвичай дорослі приймають по 1-2 капсули 2-3 рази на добу протягом 10-15 днів. Приймати препарат краще за 20-30 хвилин до їжі. Після перерви в 10-15 днів курс лікування можна повторити. Максимальна добова доза – 6 капсул
2.	Біфрен	Зниження інтелектуальної та емоційної активності, порушення пам'яті, зниження концентрації уваги. Астенічні та тривожно-невротичні стани, неспокій, страх, тривожність, невроз нав'язливих станів, психопатія; у дітей – заїкання, енурез, тики; у людей літнього віку – безсоння, нічний неспокій. Профілактика стресових станів, перед операціями чи болючими діагностичними дослідженнями. Біфрен застосовують як допоміжний засіб під час лікування алкоголізму для припинення психопатологічних і соматовегетативних порушень при синдромі абстиненції. Має транквілізуючі властивості, стимулює пам'ять і навчання, підвищує фізичну працездатність; усуває психоемоційне напруження, тривожність, страх і поліпшує сон; подовжує та посилює дію снодійних, наркотичних, нейролептичних і протисудомних засобів	Застосовують вугутрішньо перед вживанням їжі, запиваючи водою. Дорослим призначають по 250-500 мг 3 рази на добу. Вищі разові дози: для дорослих – 750 мг, для пацієнтів віком від 60 років – 500 мг. Курс лікування становить 4-6 тижнів

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
3.	Валевігран	Психічне та розумове перенапруження, хвилювання, що супроводжуються пригніченістю, втомленістю, неухважністю, підвищеною нервовою збудливістю, напруженням, легкими формами розладу сну, головним болем; нейроциркуляторна дистонія з тахікардією, кардіалгією і артеріальною гіпертензією. Лікування початкових форм психоорганічного синдрому (у т. ч. у пацієнтів похилого віку при недостатній концентрації уваги, зниженні процесів запам'ятовування та частій зміні настрою)	Дорослим та дітям старше 12 років призначають Валевігран по 1-2 капсулі 2-3 рази на добу за півгодини до їжі; при початковій формі безсоння – по 1-2 капсулі за 1-1,5 години до сну. Тривалість лікування становить 3-4 тижні
4.	Валекард	- функціональні розлади серцево-судинної системи; - неврози, що супроводжуються підвищеною дратівливістю і відчуттям страху; - психосоматично обумовлена тривожність; - стани збудження з виразними вегетативними проявами; - порушення засинання	Застосовують вугутрішньо під час вживання їжі, розводячи разову дозу невеликою кількістю рідини. Рекомендоване дозування – 15-20 крапель 3 рази на добу; якщо пацієнт хворіє на безсоння, можливе збільшення дози до 30 крапель. Тривалість лікування визначає лікар залежно від клінічного ефекту та переносимості препарату
5.	Гербіон	- підвищена збудливість; - дратівливість; - безсоння та порушення процесу засинання; - тривога та психоемоційне напруження	У разі підвищеної збудливості, дратівливості, стану тривоги та напруги слід приймати 20-30 крапель тричі на день. Нанести краплі на цукор або розвести в ложці води. При безсонні розвести 30 крапель у ложці води та приймати за

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
			півгодини перед сном. Краплі слід приймати протягом 1 місяця, потім можна приймати за необхідності
6.	Депривіт	Депресивні розлади легкого та середнього ступеня тяжкості, що супроводжуються такими симптомами, як пригнічений настрій, відчуття хронічної втоми, емоційна виснаженість, зниження працездатності	Застосовують внутрішньо під час приймання їжі, не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини. Призначають по 1 таблетці 3 рази на добу. Задовільний терапевтичний результат може спостерігатися через 10-14 днів лікування. Для досягнення повного терапевтичного ефекту необхідне регулярне застосування препарату протягом декількох тижнів або місяців. Якщо симптоми захворювання зберігаються більше 4-6 тижнів, слід припинити застосування препарату та звернутися до лікаря
7.	Меновален	- астено-невротичний синдром на фоні вегето-судинної дистонії за гіпертонічним типом та/або артеріальної гіпертензії І стадії; - стани, які супроводжуються драгівливістю, тривогою, відчуттям страху, підвищеною нервовою збудливістю, відчуттям внутрішнього напруження, порушеннями сну, постійним психічним перенавантаженням; - легкі форми безсоння; - головний біль, обумовлений психічним та розумовим перенавантаженням	По 1 капсулі 3 рази на добу за півгодини до їжі. При початковій формі безсоння препарат застосовують по 1-2 капсули за 1-1,5 години до сну. Тривалість лікування становить 3-4 тижні

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
8.	Ноомакс	Зниження інтелектуальної та емоційної активності, порушення пам'яті, зниження концентрації уваги. Астенічні та тривожно-невротичні стани, неспокій, страх, тривожність, невротичні нав'язливі стани, психопатія; у дітей – заїкання, енурез, тики; у людей літнього віку – безсоння, нічний неспокій. Профілактика стресових станів, перед операціями чи болючими діагностичними дослідженнями. Ноомакс застосовують як допоміжний засіб під час лікування алкоголізму для купування психопатологічних і соматовегетативних порушень при синдромі абстиненції. Препарат можна застосовувати разом із загальноприйнятими дезінтоксикаційними засобами для лікування алкогольних переділіріозних і деліріозних станів. Призначають також при хворобі Мен'єра, запамороченнях, пов'язаних з дисфункцією вестибулярного апарату, для профілактики захитування. Застосовується у комплексному лікуванні жінок з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта та клімактеричними розладами	По 250-500 мг 3 рази на добу. Вищі разові дози: для дорослих – 750 мг, для пацієнтів віком від 60 років – 500 мг. Курс лікування становить 2-3 тижні. У разі необхідності курс лікування можна збільшити до 4-6 тижнів
9.	Персен	Призначають при неврозах, що супроводжуються такими симптомами: - нервові збудження; - неспокій; - зниження концентрації уваги; - розлади сну	При нервозності 2-3 таблетки 2-3 рази на добу. При безсонні 2-3 таблетки за годину до сну

№ з/п	Назва	Показання	Спосіб застосування
10.	Седавіт	Стан постійного психічного напруження (синдром "менеджера"); неврастенія і неврастенічні реакції, що супроводжуються роздратованістю, тривогою, страхом, втомою, неуважністю, порушенням пам'яті, психічним виснаженням; нейроциркуляторна дистонія за гіпертензивним та кардіальним типом; астеничний синдром (форма гіперстенічна); артеріальна гіпертензія І стадії; безсоння (легкі форми); сверблячі дерматози (екзема, кропив'янка); головний біль, зумовлений нервовим напруженням; мігрень тощо.	Препарат призначають по 2 таблетки 3 рази на добу. Препарат приймають не розжовуючи, запиваючи невеликою кількістю рідини. У випадку появи нудоти препарат варто приймати під час вживання їжі. При необхідності разову дозу підвищують до 3 таблеток. У випадку появи небажаних реакцій з боку нервової системи (сонливість, запаморочення) – призначають по 1 таблетці 3 рази на добу. Інтервал між прийомами препарату – 8 годин. Препарат можна застосовувати одноразово по 2–3 таблетки за 30–60 хв до можливого емоційного навантаження. Тривалість лікування залежить від форми та вираженості симптомів захворювання, характеру супутньої терапії, досягнутого ефекту лікування та визначається лікарем.

Прийоми самомасажу



Фото 1. Підніміть прямі руки над головою, пальці зчеплені в замок долонями назовні. Потягуємося руками з нахилами убік протягом 5 с. Виконуємо 3–4 рази



Фото 2. Інтенсивно розітріть долоні. Накладайте долоні на обличчя, злегка натискаючи і відпускаючи. Повторіть 3-4 рази



Фото 3. Ретельно масажуйте мізинці протягом 30с. Особливу увагу зверніть на нігтьову фалангу



Фото 4. Покладіть два грецькі горіхи на долоню однієї руки, накривши іншою долонею. Злегка натискайте і робіть кругові рухи протягом 1 хв



Фото 5. Розташуйте великий палець на носовій перегородці. Вказівним пальцем масажуйте спинку носа від перенісся до кінчика, злегка стискаючи його, протягом 15–20 с



Фото 6. М'яко натискаючи, масажуйте задню поверхню шиї та область трапецієподібних м'язів протягом 30 с



Фото 7. Тильну поверхню стопи розтирайте долонею від пальців до гомілковостопного суглоба протягом 30 с

Східна медицина пропонує доступний спосіб допомоги своєму організму в боротьбі із застудою. Використання цієї методики дає можливість уникнути застосування лікарських засобів. Починати процедуру слід з розігрівання долонь, інтенсивно розтираючи їх одна об одну протягом 20 с.



Фото 8. Масажуємо ребром долоні міжлопаткову область з двох сторін від хребта в напрямку вгору-вниз протягом 30 с



Фото 9. Задню поверхню шиї, область трапецієподібних м'язів розминаємо подушечками чотирьох пальців в напрямку від голови донизу 15–30 с. Можна проводити масаж з обох боків одночасно



Фото 10. Масажуємо область грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, соскоподібного відростка, що знаходиться позаду мочки вуха, у напрямку грудинного кінця ключиці подушечками чотирьох пальців протягом 10–15 с



Фото 11. Натискаємо симетричні точки з двох сторін від адамова яблука (визначаємо їх за пульсацією сонної артерії) протягом 3 с. Повторювати 3 рази



Фото 12. Інтенсивно розтираємо грудину фалангами чотирьох пальців, зігнутих у кулак, у напрямку вгору-вниз протягом 30 с



Фото 13. Щоб полегшити носове дихання, розминаємо подушечками трьох пальців скуласту кістку з обох боків від крил носа до зовнішніх кутів очей протягом 15–20 с



Фото 14. Подушечками чотирьох злегка розведених пальців масажуємо волосисту частину голови по трьох ділянках у напрямку від лоба до потилиці протягом 1 хв



Фото 15. Розтираємо підшву стопи долонею до появи відчуття печіння

Комплекс рекомендується проводити 3-5 разів на день в перші два дні захворювання. Надалі – 2 рази на день. З метою профілактики – 1 раз на день.

Навчальне видання

Романишин Андрій Миколайович, кандидат педагогічних наук, доцент
Бойко Олег Володимирович, кандидат педагогічних наук, доцент
Гузенко Ірина Михайлівна

**ПЕРВИННА
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
І РЕАБІЛІТАЦІЯ
В БОЙОВИХ УМОВАХ**

Навчально-методичний посібник

Редактор *Т.В. Животова*
Коректор *О.М. Мінецьва*
Комп'ютерна верстка *О.Р. Хамуляк*

Підписано до друку 15.12.2014 р.
Формат 60х90 ¹/₁₆
Ум. друк. арк. 8,14
Обл.-вид. арк. 7,34
Замовлення 102
Тираж 70 прим.

Друкарня Академії сухопутних військ
імені гетьмана Петра Сагайдачного
79012, м. Львів, вул. Героїв Майдану, 32

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3939 від 14.12.2010 р.