

МАЗОХА І.С.,

кандидат психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри загальної та
практичної психології, Ізмаїльський
державний гуманітарний університет,
м. Ізмаїл, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ ПОРУШЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

У статті розглядаються особливості посттравматичного стресового розладу учасників збройних конфліктів. Розкрито поняття «посттравматичний стресовий розлад», його основні симптоми й критерії діагностики. Проаналізовано типи посттравматичного стресового розладу: тривожний, астеничний, дисфоричний та соматоформний. Теоретично встановлено, що посттравматичний стресовий розлад негативно впливає не тільки на стан та поведінку учасника бойових дій, але і на членів його сім'ї та оточення.

Ключові слова: ПТСР, учасники бойових дій.

В статье рассматриваются особенности посттравматического стрессового расстройства участников вооруженных конфликтов. Раскрыто понятие «посттравматическое стрессовое расстройство», его основные симптомы и критерии диагностики. Проанализированы типы посттравматического стрессового расстройства: тревожный, астенический, дисфорический и соматоформный. Теоретически установлено, что посттравматическое стрессовое расстройство негативно влияет не только на состояние и поведение участника боевых действий, но и на членов его семьи и окружение.

Ключевые слова: ПТСР, участники боевых действий.

In article features of post-traumatic stressful disorder of participants of armed conflicts. The concept is opened "post traumatic stressful disorder", its main symptoms and criteria of diagnostics. Types of post-traumatic are analysed stressful frustration: disturbing, asthenic, disforichesky and somatoform. It is theoretically established that post-traumatic stressful frustration has negative effect not only on a

state and behavior of the combatant, but also on members of his family and an environment.

Key words: PTSD, participants in military operations.

Проблема психічного здоров'я особистості, в тому числі спеціалістів різних сфер професійної діяльності (у першу чергу, військовослужбовців), набуває все більшого наукового та практичного значення у зв'язку з безперервним зростанням соціальної, техногенної й особистісної екстремальності їх життя та діяльності. Крім цього, потрібно відмітити, що специфіка діяльності в особливих умовах висуває підвищені вимоги до особистості, стану її здоров'я і фізичного розвитку. Це викликано тим, що різнобічна й тривала дія різноманітних несприятливих чинників зумовлює виникнення в людини високої нервово-психічної напруги та деструктивних внутрішньо особистісних конфліктів, і, як наслідок цього, зривів у поведінці та діяльності. Звідси з'являється проблема „надійності психічної діяльності людини”. Іншими словами, якщо душевний комфорт змінюється душевним дискомфортом, то це не тільки може знизити ефективність її діяльності, а й нанести шкоду іншим людям. За даних обставин збільшуються вимоги до психічного здоров'я фахівців, які здійснюють діяльність в особливих умовах та активізується потреба в пошуку оптимальних шляхів його збереження [5, с.14].

Всебічне вивчення стану здоров'я військовослужбовців, які повернулися з зон локальних конфліктів, є досі актуальною проблемою реабілітаційної психології. Дослідження поведінки людини в надзвичайних ситуаціях показують, що якщо звичайна людина в найбільш небезпечних ситуаціях природного лиха, техногенної катастрофи, війни, як правило, може діяти згідно інстинкту самозбереження (втекти, сховатися, не діяти), то військовослужбовець в найнебезпечніші моменти бою змушений діяти наперекір інстинктам самозбереження, всупереч потреб власного організму, в ім'я надособистісних цілей і інтересів. Він зобов'язаний продовжувати виконання бойового завдання, долаючи опір своєї природи і вроджених регуляторів активності.

Мотивація бойової діяльності складна і суперечлива. У ній широкі соціальні мотиви представлені в згорнутому вигляді і не завжди усвідомлюються військовослужбовцями, що створює умови для розвитку гострих внутрішньо-особистісних конфліктів. Щоб вижити, учасникам бойових дій необхідно перебудувати структуру своєї психіки, перевести її на «військовий режим» функціонування, самим потрібно адаптуватися до найбільш грізних стрес факторів. З перших днів участі в бойових діях (а часто і до їх початку) у військовослужбовців запускаються механізми короткострокової і довгострокової адаптації, виробляються специфічні копінг-стратегії і навички повсякденного виживання.

Дослідження бойового стресу показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через накопичених в душі, в пам'яті багаторазово пережитих жахів війни, фізичного і психічного перенапруження, горя втрат соратників, співпереживання з пораненими. В ході бойових дій формується постійна тривожна настороженість, готовність до миттєвого агресивного відбиття ворога. При цьому знижується відчуття цінності людського життя і відповідальності за свою агресивність. Важливо і те, що військовослужбовців заздалегідь готують до боїв, їх психіка в боях налаштовується на прагнення вижити за всяку ціну.

Доведено, що отримані поранення і травми поряд з тривалим психоемоційним напруженням призводять, з часом, до розвитку тривалої дезадаптації учасників воєн. Бойовий стрес є головним етіологічним фактором психосоматичної патології цих осіб [6]. Згідно з сучасними літературними даними і спостереженнями в клінічній практиці, умови життя нашого суспільства останніх десятиліть характеризуються виразним зростанням поширеності в населенні різних за інтенсивністю та тривалістю стресових впливів, що істотно позначається на стані психічного здоров'я. За МКБ-10, психічні порушення, що виникають у зв'язку зі стресом, визначаються як «гостра реакція на стрес» (F43.0), «посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) або як «розлад адаптації» (F43.2). До розладів адаптації відносяться ті порушення, що виникають безпосередньо після психоемоційних стресів, що не досягають надзвичайного розмаху.

Серед стресових факторів виділяють не тільки гострі ситуації надзвичайних подій, але і стресові впливи, що виникають при деяких видах професійної діяльності з підвищеним фізичним і психічним навантаженням. Вони викликають хронічну емоційну напругу, яка пов'язана з постійною небезпекою як для життя, так і для професійної діяльності і здоров'я індивіда. В якості важливих чинників, що обумовлюють розвиток порушень, виступають: суб'єктивне ставлення до травмуючої ситуації і фактори раптовості, мінливості та інтенсивності стресових впливів.

Після впливу на людину бойового стресу відбувається зміна психічної системи в цілому, а в деяких випадках трансформується структура особистості. Виділяють два види цих змін - регресивні і прогресивні зміни особистості. У першому випадку спостерігаються негативні особистісні зміни, що призводять до дезорганізації особистісної структури і дезадаптації поведінки - це посттравматична дезорганізація особистості, зокрема, посттравматичний стресовий розлад при наявності певних додаткових внутрішніх і зовнішніх факторів. У другому випадку наслідки екстремального досвіду можуть виявлятися не тільки в ефективній адаптації до мирного життя, але і в творчому розвитку особистості, формуванні гуманістичних особистісних новоутворень,

цінуванні життя.

Ознайомлення з літературою, яка присвячена наслідкам стресових впливів, дає підстави висновку про те, що основна увага досліджень в даному напрямку приділяється гострим стресових реакцій і ПТСР. Як відомо, саме посттравматичний стресовий розлад для більшості учасників збройних конфліктів є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху соціальної адаптації в суспільстві. Їх повернення до цивільного життя в більшості випадків супроводжується новими стресовими факторами, пов'язаними з труднощами пристосування до мирного життя, наприклад, такими як складності в спілкуванні, нерозуміння оточуючих, професійному самовизначенні. Слід також врахувати, що у військовослужбовців на перебіг посттравматичних стресових розладів накладаються ще й додаткові негативні фактори соціального характеру, наприклад: низький рівень якості життя, матеріальне неблагополуччя, невпевненість в завтрашньому дні. Відповідно, одним із пріоритетних завдань є надання комплексної медико-психологічної допомоги військовослужбовцям, які брали участь у забезпеченні громадського порядку в кризових, екстремальних ситуаціях, а також розробка і наукове обґрунтування соціально-психологічних реабілітаційних програм [2].

У той же час, незважаючи на важливість вивчення впливу хронічного емоційного напруження в умовах професійної діяльності, коли екстремальні ситуації або їх очікування стають повсякденною буденністю, вони залишаються недостатньо вивченими, а їх дослідження обмежується психологічними розробками. З клінічних спостережень за станом психічної адаптації відомо, що в перший час стресовий вплив зазвичай супроводжується мобілізацією психофізичних можливостей організму і, як наслідок, підвищенням працездатності. При більш тривалому перебуванні в умовах дії стресових факторів настає виснаження адаптаційних ресурсів. У тих осіб, які працюють в особливих умовах, у зв'язку з професією, часто перебувають в ситуаціях, пов'язаних з небезпекою для життя, може проявлятися виснаження організму. Така людина формально продовжує справлятися зі своїми обов'язками, але стає підвищено чутливою і вразливою до незначних стресів повсякденного життя. У ряді випадків подібний психологічний стрес призводить до тимчасового зниження або погіршення працездатності [1, с.117].

Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, катастрофу глобального (війна, землетрус, повінь) або особистого плану, була описана Да Коста у солдатів під час Громадянської війни в Америці (1871 г.). Вони були названі «синдромом солдатського серця». А більшість діагнозів позначалося як «ностальгія».

У 1980 р. М. Горовиць запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши „посттравматичним стресовим розладом”. Надалі група

авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-Ш та DSM-Ш-R), а пізніше – для МКХ-10, де ПТСР скорочено описано у рубриці F 44.88. Згідно МКХ-10 слідом за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвинутися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що призводить до патологічних змін особистості комбатантів, часткової або повної їх дезадаптації в умовах мирного часу.

Посттравматичний стресовий розлад (скорочено ПТСР, шифр F43.1 за МКХ-10) – це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиначної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, роль жертви знуцань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину). Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес [3, с. 457]. ПТСР – це психічний стан, що відображає розвиток характерних симптомів, які виникають після переживання сильного стресу. Він проявляється в чотирьох основних симптомокомплексах: повторних переживаннях травматичної події; негативних думках і настроях; гіперзбудженні (гіперактивації, гіпермобілізації) і уникненні травмуючих переживань і почуттів. Повторні переживання охоплюють: спонтанні (мимовільні) спогади про випадок, який є травмуючим; повторювані сни, пов'язані з подією; флешбеки або інші інтенсивні психологічні страждання.

Негативні думки і настрої представляють різноманітні почуття, що пов'язані з постійним і спотвореним відчуттям провини (свої або чужої), відчуженням від інших людей, помітним зниженням інтересу до діяльності, нездатністю пам'ятати ключові аспекти події. Гіперзбудження проявляється в: агресивній та необачній поведінці (невитриманість, нездатність зосередитися, бути послідовним), саморуйнівній поведінці (алкоголізм, наркоманія, самоїзоляція, суїцид і т. д.); порушеннях сну. Уникнення стосується спогадів, думок, почуттів і зовнішніх нагадувань про подію.

Єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів немає. Причина полягає не тільки в складності посттравматичного стресу, але і в тому, що під його багатогранністю відбуваються різні адаптивні та дезадаптивні процеси. Тому багато дослідників і клініцистів, ґрунтуючись на різних гіпотезах, запропонували різні психологічні й інші моделі: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну і, розроблену в останні роки, мультифакторну модель ПТСР.

При аналізі ПТСР, Є.О. Александров спирається на розроблену в середині 80-х років 20-го століття класифікацію субсиндромів стресу: емоційно-психологічний, вегетативний, когнітивний та соціально-психологічний. Також в

літературі пропонуються підходи до розуміння сутності ПТСР з позиції психоаналізу, трансової і диссоціативної теорії, гіпотези про травматичний імпринт, теорії формування патологічних асоціативних емоційних мереж. Так, в результаті синтезу основних теорій щодо цього явища, був розроблений психосоціальний підхід, де враховується домінуючим вплив зовнішнього середовища на виникнення ПТСР. Вчені вказують на багатofакторність цієї моделі реагування на травму, причому у розвитку реакції на стрес враховується вага кожного фактору. Серед соціальних чинників успішної адаптації потерпілих від психічної травми виокремлюють фактор соціальної підтримки з боку суспільства й значущий фактор впливу близьких людей, відсутність фізичних наслідків травми, збереження колишнього соціального статусу, міцне фінансове становище [3].

Узагальнюючи результати аналізу досліджень, присвячених вивченню невротичних і патохарактерологічних синдромів ПТСР, можна виділити такі характерні для нього стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне «почуття провини, що залишився в живих»), флешбек - синдром (спогади про «нестерпні» події, що насильно вторгаються в свідомість), зловживання алкоголем і наркотиками, агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, безладність сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрливості, синдром прогресуючої астенії після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до покою. При цьому автори вказують на динаміку проявів посттравматичної симптоматики. Ці стани мають певну динаміку, зокрема - посттравматична симптоматика з віком може не тільки не слабшати, а ставати все більш вираженою. Для ПТСР характерно загострення інстинкту самозбереження. При цьому відбувається збільшення внутрішнього психоемоційного напруження (збудження). Ця напруга залишається на високому рівні, підтримуючи постійно функціонуючий механізм фільтрації стимулів, що надходять ззовні зі стимулами, уже відображеними в свідомості як ознаки надзвичайної ситуації.

Одним із синдромів, що становлять основу посттравматичного стресового розладу, є депресія. Симптомами депресії є похмурий пригнічений настрій, погане фізичне самопочуття і відчуття безсилля. При деяких формах депресії відзначається утруднення мислення - думки течуть повільно, відповіді на питання формуються важко; іноді спостерігається ускладненість і сповільненість реакцій і рухів, бідність міміки, скорботний вираз обличчя, а іноді, в особливо важких випадках, нерухомість. Все це може супроводжуватися порушенням апетиту, втратою ваги, зміною артеріального тиску, скороченням частоти серцевих скорочень, порушенням сну і іншими хворобливими про-

явами, що суттєво впливає на рівень життєдіяльності і працездатності.

Крім того, в науковій літературі, відповідно до особливостей прояву і перебігу, розрізняють три підвиди ПТСР:

1. Гострий ПТСР – такий, що розвивається в терміни до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);

2. Хронічний – такий, що має тривалість більше трьох місяців;

3. Відстрочений – коли розлад виник через шість і більше місяців після травматизації.

Критерії ПТСР в МКБ-10 визначені таким чином:

а) хворий має пережити дію стресової події або ситуації (як короткої, так і тривалої) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже в будь-якого індивіда.

б) стійкі спогади або „пожвавлення” стресора в нав’язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або повторне переживання горя при дії ситуацій, що нагадують або асоціюються із стресором.

в) хворий повинен виявляти фактичне уникнення або прагнення уникнути обставини, що нагадують або асоціюються із стресором.

г) будь-яке з двох: психогенна амнезія, або часткова, або повна, відносно важливих аспектів періоду дії стресора [4].

Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з наступних: а) труднощі у засипанні або збереженні сну; б) дратівливість або спалахи гніву. в) труднощі у концентрації уваги; г) підвищення рівня неспання. За рідкими виключеннями, відповідність критеріям б, в і г настає в межах шести місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії. У міжнародній класифікації психічних порушень в травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом „вторгнення”), симптом уникнення і симптом фізіологічної гіперактивації.

До інших більш загальних симптомів ПТСР належать: гнів і/або дратівливість; вина, сором і/або самозвинувачення; зловживання шкідливими речовинами (алкоголь, нікотин, наркотики); почуття недовіри та/або зради з боку інших; депресія та/або безнадійність; думки та/або почуття про суїцид; відчуття самотності та/або відірваності від світу; фізичний біль і/або напруження.

Враження, отримані під час надзвичайної події, можуть бути настільки сильними, що їх переживання буде тривати дуже довго: часто бувають спалахи спогадів, коли повторюються почуття, які людина відчула під час або після події. Людина раптово може почати почувати себе так, ніби подія знову відбувається з нею. У пам’яті раптово виникають жахливі, неприємні сцени, пов’язані з пережитим. Кожен натяк, усе, що може нагадати про подію: якість

видовище, запах, звук - ніби витягують з глибин пам'яті картини і образи травматичних подій. Свідомість ніби роздвоюється: людина одночасно і в звичних обставинах, і там, де відбувалися події (відчуття емоційної залежності, звуження свідомості, відчуття „там і тут“). Ці несподівані, „непрохані” спогади можуть тривати від декількох секунд або хвилин до декількох годин. І, як наслідок, людина знову відчуває сильний стрес. Особи, які пережили воєнні дії, розповідають, що часто виникає реакція підвищеного переляку на несподіваний або гучний звук. При найменшій несподіванці людина робить стрімкі рухи, може кинутися на землю, якщо почує звук вертольота, або різко обертається і приймає бойову позу, якщо відчує, що хто-небудь наближається зі спini. Такого роду явища називаються „флеш-бэками”.

Очевидно, що стан людини з симптомами ПТСР не може не позначитися на оточуючих її близьких людей. Наявність симптомів ПТСР у одного з членів сім'ї впливає на міжособистісну взаємодію, функціонування сім'ї в цілому. Знижений рівень позитивних емоцій, їх «вигорання», „блокада” стає для тих, хто страждає ПТСР, невід'ємною частиною повсякденного буття. В результаті різко знижується рівень активності і пропадає бажання взагалі займатися будь-якими справами, навіть такими, які раніше, до травми, приносили велике задоволення. У членів сім'ї виникає необхідність адаптації до ситуації, у якій вони перебувають і не знають, що робити. Адаптація членів сім'ї може виражатися в феномені сумісної травматизації.

Перенапруження нервової системи в результаті постійної близькості травмованої людини у членів сім'ї проявляється через відчуття внутрішнього стомлення, моральної втоми, а під час появи нервово-психічної нестійкості підвищується нервозність, стає мінливим настрій, можлива поява психосоматичних реакцій. Людина втрачає відчуття влади над своїм життям і можливості її контролювати. Контроль над життям стає імпульсивним і часто агресивно-насилницьким - через зафіксовані стереотипи поведінки, в пошуках сильних, „оживляючих” переживань.

Аналіз психологічної літератури показує, що науковці виділяють декілька типів ПТСР: тривожний, астеничний, дисфоричний та соматоформний.

Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем невмотивованої тривоги на фоні загального зниженого настрою. Характерним є переживання до декількох разів на добу мимовільних, з відтінком нав'язливості уявлень, що відображають психотравматичну ситуацію (ніби людина знову опиняється в місці і часі події). Настрій похмурий, з відчуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засинанні - з переважанням у свідомості тривожних думок про свій стан, страхом перед болісними сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, розправ тощо). Людина часто навмисно відтягує настання сну і засинає лише

під ранок. Характерні вечірньо-нічні напади з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або приливами жару. Такі люди, як правило, самотійно звертаються за допомогою. І, хоча у них переважає прагнення уникати ситуацій, що нагадують про психотравму, вони прагнуть спілкування, цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від своєї активності.

Астенічний тип ПТСР відрізняється переважанням почуття млявості і слабкості, фон настрою знижений. Людина відчуває байдужість до занять і подій, якими раніше цікавилася, байдужість до життя своєї сім'ї та якихось робочих питань, її поведінка стає пасивною. Характерним є переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність, безпорадність; знеохочення, розчарованість. Розлади сну характеризуються відчуттям невиспаності, сонливості – з неможливістю піднятися з ліжка, болісною дрімотою, іноді протягом усього дня. Такі люди не схильні категорично уникати спогадів, рідко приховують свої переживання і, як правило, самотійно звертаються за допомогою.

Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування – аж до спалахів злоби і люті на фоні пригнічено-похмурого настрою. Людина відчуває високий рівень агресивності, прагнення зігнати на оточуючих дратівливість і вибуховість. У свідомості домінують уявлення агресивного змісту: в уяві прокручуються картини помсти, покарання кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили. Нерідко уявляються сцени насильства з активною участю самої людини. Це лякає її і нерідко змушує зводити свої контакти з оточуючими до мінімуму. Найчастіше такі люди не можуть стриматися і на зауваження інших дають бурхливі реакції, про які згодом шкодують. Поряд з цим, виникають також мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій – так, ніби все відбувається знову. Зовні людина виглядає похмурою, міміка з відтінком невдоволення і дратівливості. Вона ніби прагне відгородитися від світу, стає замкнутою, мовчазною, уникає спілкування. Активно такі люди скарг не пред'являють і потрапляють у поле зору психологів у зв'язку з поведінковими розладами, які стають нестерпними для їхніх близьких або співробітників.

Соматоформний тип ПТСР характеризується масивними тілесними розладами – переважно, серцево-судинними, шлунково-кишковими і головними болями, запамороченням тощо. Можливі вегетативні напади (серцебиття, відчуття нестачі повітря, пітіння, озноб або жар). Власне симптоми ПТСР виникають у таких людей приблизно через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє ці випадки позначити як відставлений у часі варіант ПТСР. Типовою є поведінка уникання спогадів, розмов, місця психотравмуючої події – на фоні панічних атак. Загалом, такі люди більше зосереджені на тілесних недугах (іпохондрія) і вегетативних (панічних) нападах з вираженою тривогою

очікування їх виникнення. Здебільшого, вони потрапляють до лікарів-соматиків, які не знаходять у них власне тілесних проблем [4, с.48].

Бойові дії на Сході України, що на сьогоднішній день є справжньою війною, спровокували хвилю проблем психосоціальної адаптації, в якій посттравматичний стресовий розлад набув нових якісних і кількісних характеристик. У будь-яку мить бойові стреси можуть нагадати про себе різними проявами. Неврози виникають переважно в тих військовослужбовців, які побували на полі бою, жили в окопах, зазнали поранень, каліцтва, стали свідками загибелі бойових друзів, були у полоні. Всі ці проблеми потребують психологічної допомоги спеціалістів у формі психологічної консультації, психокорекції і психотерапії.

Аналіз психологічних праць з проблеми посттравматичного стресового розладу показав, що автори рекомендують використання як індивідуальних, так і колективних методів роботи: індивідуальну раціональну психотерапію, сімейну, арт-терапію, групову сугестію для трактування характеру і причин виникнення травматичного стресу шляхом логічного переконання, формування мотивації на психотерапевтичне лікування. Психокорекційні заняття, побудовані із використанням методів арт-терапії, дають змогу учасникам АТО дистанціюватися від травматичних переживань, зафіксованих переважно у невербальних образах, шляхом їх об'єктивізації і зображення у візуальних образах, дати вихід внутрішнім конфліктам і сильним емоціям, інтерпретувати витіснені переживання, сприяють усвідомленню власних відчуттів і почуттів. Арт-терапія надає можливість не лише творчо самовиразитися, але й більше пізнати себе, виразити свій внутрішній світ через творчість. Поєднання вербальної і невербальної експресії сприяє переробці та переосмисленню травматичного досвіду. Потрібно зазначити, що в процесі творчого самовираження можливий вибуховий вихід сильних емоцій, що вимагає від психолога особливої підготовки. Завдяки використанню методу арт-терапії задіюються два механізми психокорекційного впливу: реконструювання травмуючої ситуації в особливій символічній формі та її вирішення шляхом переструктурування на основі креативних здібностей. Таким чином, арт-терапія сприяє додатковій діагностиці особистісних проблем, афективних порушень у подальшій дезактуалізації травматичної події, розширенню адаптаційних резервів, корекції самооцінки та настрою.

Список використаних джерел:

1. Аксенов М. М. Посттравматическое стрессовое расстройство при некоторых видах профессиональной деятельности: постановка проблемы / М. М. Аксенов, Н. В. Жигинас, Ю. В. Петрова // Вестник Томского государственного педагогического университета. - 2014. - № 5 (146). - С. 117-122.

2. Костенко М.А., Костенко Н.Б., Урезков А.В. Психосоциальная работа с участниками локальных боевых действий / М.А.Костенко, Н.Б.Костенко, А.В. Урезков. - М., 2000. - 48 с.
3. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Ирина Германовна Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
4. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник /Упор.:Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
5. Тимченко А.В. Проблема психологической готовности военного специалиста к экстренному действию в состоянии эмоционального стресса/ А.В.Тимченко: Автореф. дис. канд. психол. наук.- Харьков, 1995.
6. Шанин В.Ю., Стрельников А.А. Типические патологические процессы периода реабилитации после ранений и пребывания в условиях боевой обстановки // Раневая болезнь и медицинская реабилитация/ В.Ю.Шанин, А.А. Стрельников– СПб.: Глаголь, 1995. – С. 116- 120.

Transliteration of References:

1. Aksenov M. M. (2014) *Posttraumaticheskoe stressovoe rasstroystvo pri nekotorykh vidah professionalnoy deyatel'nosti: postanovka problemy* [Post-traumatic stress disorder at some types of professional activity: raising of problem]/ Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. [in Russian].
2. Kostenko M.A., Kostenko N.B., Urezkov A.V. (2000) *Psihosotsialnaya rabota s uchastnikami lokalnykh boevykh deystviy* [Psychosocial work with participants in local battle-actions]. Moscow: [in Russian].
3. Malkina-Pyih I. G. (2005) *Psihologicheskaya pomoshch v krizisnykh situatsiyah*. [Psychological assistance in crisis situations]. Moscow: [in Russian].
4. *Profilaktyka posttravmatychnykh stresovykh rozladiv: psichologichni aspekty* (2014). / Upor.:D.D. Romanovs'ka, O.V. Ilashuk. [Prevention of post-traumatic stress disorder: psychological aspects].Chernivci : Texnodruk [in Ukrainian]
5. Timchenko A.V. (1995) *Problema psichologicheskoy gotovnosti voennogo spetsialista k ekstrennomu deystviyu v sostoyanii emotsionalnogo stressa*. [The problem of psychological readiness of a military specialist for emergency action in a state of emotional stress]. Harkov: [in Russian].
6. Shanin V.Y., Strel'nikov A.A. (1995) *Tipicheskie patologicheskie protsessy perioda reabilitatsii posle raneniy i prebyvaniya v usloviyah boevoj obstanovki* [Typical pathological processes during the rehabilitation period after wounds and stays in combat conditions]. St. Petersburg. Piter: [in Russian].



MAZOKHA I.S.,
Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Head of the
Department of General and Practical Psychology, Izmail State Humanitarian
University, Izmail, Ukraine
**PECULIARITIES OF MANIFESTATION OF POSTTRAUMMATIC STRESS
DISTURBANCES OF MILITARY SERVICEMEN - PARTICIPANTS OF
MILITARY ACTION**