

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
“УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ”
ІНСТИТУТ ФІЛОСОФІЇ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК

СВІТОГЛЯД – ФІЛОСОФІЯ – РЕЛІГІЯ

Збірник наукових праць

Заснований у 2011 р.

Випуск 7

За заг. редакцією д-ра філос. наук, проф. І. П. Мозгового

СУМИ
ДВНЗ “УАБС НБУ”
2014

УДК 159.972

Сергій НІКОЛАЄНКО**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
УЧАСНИКАМ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ**

У статті розглядаються питання діагностики та психологічної допомоги учасникам бойових дій при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Показано основні напрямки, методи та етапи психотерапії при посттравматичному стресовому розладі. Звертається увага на проблему прискореної підготовки достатньої кількості фахівців для надання психологічної допомоги учасникам бойових дій при посттравматичному стресовому розладі.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, психологічна допомога, психотерапія.*

Постановка проблеми. За час антитерористичної операції (АТО) в безпосередні військові дії на сході України були втягнуті не тільки військові та воєнізовані формування, а й цивільне населення окремих районів Луганської та Донецької областей. Вільну чи мимовільну участь у військових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. Причому, на відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні формує психічні травми з *віддаленими* наслідками [1].

Перебування на війні і безпосередня участь у бойових діях супроводжується комплексним впливом наступних чинників: 1) ясно усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий “біологічний страх смерті”, а також страхи поранення, болі, інвалідизації; 2) ні з чим не порівнянний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою; 3) психоемоційний стрес, пов’язаний із загибеллю товаришів по зброї; 4) психоемоційний стрес, пов’язаний з необхідністю вбивати інших людей; 5) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна); 6) негаразди і обмеження в умовах бойових дій (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування); 7) іноді незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.) [11].

Психічні розлади, які пов’язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним з головних внутрішніх бар’єрів на шляху подальшої адаптації до повоєнного життя. При цьому після повернення до мирної обстановки на посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які

пов'язані з попередньою участю в бойових діях, нашаровуються нові психічні розлади, які обумовлені вже тривалою соціальною дезадаптацією учасників бойових дій (комбатантів) після повернення з війни. Останні, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї, сексуального життя тощо [8].

З урахуванням того, що в Україні до 2014 року у мирного населення та переважної кількості військовослужбовців не було практики участі в масованих бойових діях, то, відповідно, у багатьох українських фахівців з психологічної допомоги також був відсутній практичний досвід як психологічної діагностики, так і психологічного консультування, психокорекції, психотерапії, фармакотерапії комбатантів при ПТСР. При цьому слід ще раз підкреслити, що Україну, як свого часу Сполучені Штати Америки після війни у В'єтнамі, Росію після війни в Афганістані, Чечні, через кілька місяців після закінчення бойових дій також на багато років вперед "накриє" проблематика, яка пов'язана з проявами симптоматики ПТСР у комбатантів [12].

Тому на даному етапі необхідний не тільки цілеспрямований аналіз досвіду інших країн у пошуку ефективних психологічних моделей і методів консультування, психокорекції та психотерапії ПТСР, але й постановка завдань уповноваженими державними органами щодо спеціальної та прискореної підготовки достатньої кількості фахівців – психологів і психотерапевтів – для психологічної допомоги учасникам бойових дій (військовослужбовцям і мирному населенню), у яких вже спостерігається або буде спостерегатися через певний час ПТСР.

Мета статті. Виявлення шляхів і методів діагностики та психологічної допомоги учасникам бойових дій (комбатантам) при посттравматичному стресовому розладі.

Аналіз актуальних досліджень. Сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склалися остаточно до 1980 року [2].

Вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів найглибше було вивчено в США на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, у 1980 році М. Горовіц запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши його "посттравматичним стресовим розладом" (posttraumatic stress disorder, PTSD). Надалі група авторів на чолі з М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР (PTSD) [19].

З метою розвитку та уточнення різних аспектів ПТСР в США були виконані численні дослідження. Вони були присвячені порівняльному аналізу особливостей адаптаційного процесу у в'єтнамських ветеранів та їх ровесників, які не брали участі у війні, а також вивченню особливостей відстроченої реакції на стрес у того ж контингенту. Результати цих досліджень не втратили своєї важливості досі [15; 16; 17; 18] та ін.

Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній двотомній монографії К. Фідлея “Травма та її слід”, де поряд з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться і результати вивчення наслідків стресу у жертв геноциду, інших трагічних подій або насильства над особистістю [4].

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється, як правило, після значних військових конфліктів (А. М. Краснянський, П. В. Морозов, Н. В. Тарабріна, Є. О. Лазебная, М. Е. Зеленовата ін.). Цілим рядом авторів показано, що участь у війні призводить до помітних якісних змін свідомості ветерана (Т. І. Єрьоміна, Н. П. Крюков, Ю. Ю. Логінова та ін.). При цьому Л. Китаєвим-Смик розроблено типологію учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості [6].

Новий інтерес до цієї проблеми виник в психології, психотерапії та психіатрії в зв'язку з військовими конфліктами, природними та техногенними катастрофами, які відбувалися на території колишнього Радянського союзу в останні десятиліття. Особливо важкими за наслідками були аварія на Чорнобильській АЕС (1986) і землетрус у Вірменії (1988), війни Росії в Афганістані, Чечні та Грузії [7; 10; 13].

Проведення АТО в Україні, без сумніву, дасть поштовх новим дослідженням ПТСР у комбатантів.

Виклад основного матеріалу. Розглянемо особливості діагностики ПТСР у учасників військових дій. У спеціальній літературі виділяються наступні діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу [11].

А. Людина пережила психотравмуючу подію, при якій мали місце наступні дві умови: 1) вона була учасником або свідком події, яка супроводжувалася реальною смертю або її загрозою, нанесенням серйозної фізичної шкоди або загрозою фізичної цілісності щодо неї самої або інших людей; 2) вона випробувала інтенсивний страх, безпорадність або жах. Примітка: у дітей замість цього могла спостерігатися неадекватна поведінка або збудження в умовах психотравмуючої події.

Б. Психотравмуюча подія у людини служить предметом постійних переживань, які можуть приймати одну або декілька з наступних форм: 1) повторювані нав'язливі гнітючі згадування про травму у вигляді образів, думок, відчуттів. Примітка: у дітей раннього віку можуть

бути постійні ігри, сюжетно пов'язані з пережитою травмою; 2) повторювані болісні сновидіння, що включають сцени з пережитої події. Примітка: у дітей можливі застрашливі сновидіння без певного змісту; 3) людина діє або відчуває таким чином, начебто заново реально переживає психотравмуючу подію (у вигляді ожилих переживань, ілюзій, галюцинацій або диссоціативних епізодів по типу "флешбеку" (образів з минулого), в тому числі в момент пробудження або при інтоксикації). Примітка: у дітей можливе повторюване розігрування в іграх епізодів травми; 4) інтенсивний психологічний дискомфорт при контакті з внутрішніми або зовнішніми стимулами, які символізують або нагадують психотравмуючу подію; 5) надмірні фізіологічні реакції при контакті з "якорями" (внутрішніми або зовнішніми стимулами, які символізують або нагадують психотравмуючу подію).

В. Постійне уникнення стимулів, які пов'язані з травмою, а також ряд загальних проявів, які були відсутні до травми (необхідні не менше трьох з наступних симптомів): 1) прагнення уникнути думок, почуттів або розмов про травму; 2) прагнення уникнути дій, місць, людей, здатних нагадати про травму; 3) неможливість пригадати важливі деталі психотравми; 4) виражене обмеження інтересів і небажання брати участь у будь-якої діяльності; 5) відстороненість, замкнутість; 6) ослаблення афективних реакцій (у тому числі нездатність відчувати любовні почуття); 7) відчуття безнадійності (відсутність будь-яких очікувань, пов'язаних з кар'єрою, одруженням, дітьми або тривалістю майбутнього життя).

Г. Постійні ознаки підвищеної збудливості, які були відсутніми до травми і які проявляються не менш як двома наступними нижче симптомами: 1) труднощі засипання або підтримки сну; 2) дратівливість або спалахи люті; 3) порушення концентрації уваги; 4) підвищена настороженість; 5) посилений стартл-рефлекс (стереотипне короткочасне генералізоване скорочення м'язів).

Д. Тривалість симптомів, зазначених у критеріях Б, В, Г, не менше одного місяця.

Е. Розлад заподіює клінічно виражений дискомфорт або порушує життєдіяльність потерпілого в соціальній, професійній, сімейній чи інших важливих сферах.

ПТСР кваліфікується наступним чином: 1) як гострий, якщо тривалість симптомів не перевищує трьох місяців; 2) як хронічний, якщо симптоми тривають більше трьох місяців; 3) як відставлений, якщо симптоми проявляються не раніше ніж через шість місяців після психотравмуючої події.

Для постановки діагнозу посттравматичного стресового розладу необхідно виявити не менше трьох з перерахованих симптомів. З симптомів підвищеної активації (инсомнія, дратівливість, підвищена збудливість, посилений стартл-рефлекс) мають бути присутні принаймні два. Діагноз посттравматичного стресового розладу встановлюється тільки в тому випадку, якщо відмічені симптоми зберігаються не менше місяця.

Світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій навіть при відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік – кожен третій. Але це лише частина гігантського айсберга – всього масиву різноманітних порушень, які залишаються після екстремальних впливів. Інші наслідки починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психосоматичні захворювання [10].

Основними проблемами комбатантів є страх (57 %), демонстративність поведінки (50 %), агресивність (58,5 %) і підозрілість (75,5 %). До їх поведінкових особливостей відносяться конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками. Крім того, зазначаються: нестійкість психіки, при якій навіть самі незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються повторювані яскраві “бойові” сни і нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з “поверненням” до психотравмуючої ситуації [8].

До інших психічних явищ, які спостерігаються у учасників бойових дій, відносяться: стан песимізму; відчуття занедбаності; недовіра; нездатність говорити про війну; втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; почуття, що “я загинув на війні”; відчуття неможливості впливати на актуальний хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших війн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об'єкта задоволення сексуальних потреб; схильність брати участь у небезпечних “пригодах”; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти [13; 14].

Розглянемо основні підходи до психологічної корекції та психотерапії ПТСР. На сьогодні не існує усталеної точки зору на результати психокорекції ПТСР. Одні дослідники вважають, що ПТСР – це виліковний розлад, а інші – що його симптоми повністю не переборні. ПТСР зазвичай викликає порушення в соціальній, професійній, сімейній та інших важливих сферах життєдіяльності. Очевидно одне: психокорекція ПТСР – процес тривалий і може тривати від декількох місяців до декількох років.

Дослідники виділяють наступні чотири основні напрямки психологічної допомоги при наявності ПТСР в учасників бойових дій [11].

1. *Освітній напрямок.* Даний напрямок включає в себе інформаційну підтримку, обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, тільки просте знайомство клієнта з діагностичною симптоматикою ПТСР допомагає учасникам бойових дій усвідомити те, що їх переживання і труднощі не унікальні, а, навпаки, є нормальною реакцією людини, яка опинилася в ненормальній ситуації, і це дає їм можливість здійснювати контроль за своїм станом, вибирати засоби і методи, якими можна домогтися одужання.

2. *Холістичний напрямок.* Друга група методів міститься у сфері цілісного ставлення до здоров'я. Фахівці з формування здорового способу життя справедливо відзначають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинуте почуття гумору вносять великий вклад в одужання людини як єдиного цілого. Спеціаліст, який звертає увагу своїх клієнтів на ці сторони цілісного існування, часто виявляє і активує такі здатності до відновлення людини, які були приховані навіть від неї самої. Здоровий спосіб життя – з достатньою фізичною активністю, правильним харчуванням, відсутністю зловживання алкоголем, відмовою від наркотиків, униканням вживання збуджуючих поживних речовин (наприклад, кофеїну), із здатністю з гумором ставитися до багатьох подій нашого життя – створює основу для відновлення після важких травматичних подій, а також сприяє відновленню якості життя.

3. *Соціальний напрямок.* Це методи, спрямовані на формування та збільшення соціальної підтримки та соціальної інтеграції учасників бойових дій. Сюди також можна включити розвиток міжособистісної мережі самодопомоги, а також формування офіційних громадських організацій, які надають підтримку людям з ПТСР. Дуже важлива точна оцінка соціальних навичок, тренування цих навичок, зменшення ірраціональних страхів, допомога в умінні долати ризик формування

нових відносин. До цієї категорії належать і форми організації соціальної роботи, які допомагають течією процесу одужання.

4. *Терапевтичний напрямок* містить у собі психокорекцію та психотерапію, спрямовану на опрацювання травматичного досвіду, а також розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів ПТСР.

Розглянемо більш детально особливості терапевтичного напрямку. У цілому, психокорекція та психотерапія працює на підкріплення захисних факторів, оскільки вона веде саме до переосмислення подій, що відбулися і посиленню механізмів адаптації. Метою психокорекції та психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є допомога у звільненні від спогадів про минуле і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також у тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти травматичним подіям належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе (“Я-Концепцію”) [3; 5].

У зв'язку з цим С. Н. Єніколопов розрізняє чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети: 1) підтримка адаптивних навичок “Я” (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії); 2) формування позитивного ставлення до симптомів (сенси даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшу травматизацію самим фактом існування цих розладів); 3) зниження уникнення (бо прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід); 4) нарешті, зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити зміст, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття “контролю над травмою”) [3].

Психотерапевтичні концепції й методи при ПТСР досить різноманітні: 1) методами раціональної психотерапії клієнту роз'яснюють причини та механізми ПТСР; 2) методи психічної саморегуляції (ауто-тренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів) допомагають зняти симптоми напруги і тривоги; 3) методи когнітивної психотерапії допомагають переосмислити дезадаптивні думки і змінити негативні установки; 4) методи особистісно-орієнтованої терапії дозволяють змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої

ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї; 5) методи позитивної терапії та гештальт-підходу дозволяють актуалізувати приховані можливості і резерви, притаманні кожній людині, у подоланні ПТСР [9].

Конкретна форма психотерапії залишається предметом вибору для більшості постраждалих, які пережили психотравму. В кінцевому рахунку, травматизація руйнує когнітивні “Я-схеми” жертви та її погляд на світ, і тому відтворення зруйнованого буває досить болючим. Тому найрізноманітніші рівні психотерапевтичних технік можуть виявитися ефективним форматом для роботи: вислуховування, консультування, короткострокова динамічна психотерапія, нейро-лінгвістичне програмування, гіпноаналіз та ін.

Групова терапія є найбільш часто вживаним форматом терапії для клієнтів, які пережили травматичний досвід. Вона нерідко використовується в поєднанні з різними видами індивідуальної терапії. При цьому не існує будь-яких спеціальних рекомендацій, що дозволяють вибрати оптимальний вид групової терапії. Тут можна використовувати групи різних напрямків: з одного боку, групи відкритого типу, орієнтовані на вирішення освітніх завдань або на структурування травматичних спогадів (робота “там-і-тоді”); з другого боку, групи, що мають задану структуру, націлені на виконання конкретного завдання, на вироблення навичок опанування травмою, на роботу з інтерперсональною динамікою (робота “тут-і-тепер”).

Які б методи групової терапії не використовувалися при роботі з клієнтами з ПТСР, ця діяльність завжди спрямована на досягнення певних терапевтичних цілей, які коротко можна визначити наступним чином: 1) повторне емоційне переживання психотравми в безпечному просторі підтримуючої групи, поділ цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевту не слід форсувати процес); 2) спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити почуття ізоляції, відчуженості, сорому і посилити почуття приналежності, доречності, спільності, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи; 3) можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи; 4) спільне навчання методам контролю над наслідками особистої травми; 5) можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє впевненість, повертає почуття власної гідності), що дозволяє подолати відчуття власної нікчемності (“мені нічого запропонувати іншим”), зміщення фокусу з почуття власної ізолюваності і негативних

зневажливих думок на такі думки, які пов'язані з підтримкою інших (“дехто з присутніх страждає більше, ніж я”); 6) придбання досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію іншим, більш адаптивним способом [5].

Розглянемо етапи професійної допомоги при роботі з ПТСР.

Першим етапом будь-якої психологічної допомоги є психологічна діагностика. Вона може проходити як у формі тестів, так і у формі бесіди, у ході якої фахівець усвідомлює подробиці проблемної ситуації і переживань людини, яка звернулася до нього за допомогою.

Другий етап – це укладення так званого “психотерапевтичного договору”. Як правило, цей договір не набуває форму офіційного юридичного документа. Це просто певна домовленість між фахівцем і клієнтом про порядок їх спільної роботи (з якою проблемою йде робота, як довго вона може протривати, з яких етапів складатиметься, на який результат розрахована).

Третій етап – початок роботи над проблемою. На цьому етапі найважливішим спільним досягненням фахівця і клієнта є створення, розширення і зміцнення тих психологічних ресурсів, які допоможуть впоратися з травматичним досвідом. Для того щоб впоратися з психологічною травмою, потрібні психологічні, душевні сили. Підготовка, “вирощування” цих сил визначає успішність подальших корекційних заходів.

Четвертий етап – опрацювання травматичного досвіду. Ця стадія роботи починається тоді, коли накопичені сили, і постраждала людина вже готова зустрітися зі спогадами, переживаннями тієї події, що викликала психологічну проблему. Людина на цьому етапі переживає і приймає травматичну ситуацію. Коли ми вживаємо слово “пережити”, ми припускаємо, що ця подія стає частиною особистого досвіду людини, який пов'язаний з минулим, в той час як посттравматичний стресовий розлад припускає, що психологічно для людини ця ситуація є справжньою та продовжує діяти в сьогоденні. Для того, щоб психологічна травма, отримана людиною, стала частиною особистого минулого, її повторне актуальне переживання є невід'ємним етапом одужання. Постраждалі люди усвідомлюють, що дала їм ця ситуація, чому вона їх навчила (наприклад, “завдяки цій ситуації я став сильним”, “ця ситуація показала, що у мене є справжні друзі” тощо).

П'ятим етапом у психологічній корекції ПТСР є етап, який фахівці називають “екологічною перевіркою”. На цьому етапі людина пробує жити з новим досвідом, який она отримала у процесі психокорекції та психотерапії. Ця стадія необхідна для того, щоб травматичні

переживання не повернулися знову. Адже часто людина зникає жити в своїй проблемі, зникають до цього і люди, що оточують її. У цей період людина обговорює з фахівцем зміни, які відбуваються в її життя у зв'язку з роботою над травмою. Таким шляхом відбувається перевірка того, наскільки людина впоралася з посттравматичним стресовим розладом, перевіркою, яку влаштовує саме життя [11].

Висновки. Таким чином, психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху подальшої адаптації людини до повоєнного життя. Тому на даному етапі необхідний цілеспрямований аналіз досвіду інших країн у пошуку ефективних психологічних моделей і методів консультування, психокорекції та психотерапії ПТСР, створення в Україні спеціальних центрів для надання психологічної допомоги комбатантам, а також прискорена спеціальна підготовка достатньої кількості фахівців для психологічної допомоги учасникам бойових дій (військовослужбовцям і мирному населенню), у яких уже спостерігається або буде спостерігатися ПТСР.

Література

1. Александровский Ю. А. Посттравматическое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 1. – С. 4–12.
2. Барденштейн Л. М. К истории учения о посттравматическом стрессовом расстройстве / Л. И. Барденштейн, В. А. Копытин, В. А. Молодецких и др. // Российский медицинский журнал. – 2007. – №4. – С. 51–53.
3. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах / С. Н. Ениколопов // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 50–56.
4. Еремина Т. И. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях [Электронный ресурс] / Т. И. Еремина, Н. П. Крюкова, Ю. Ю. Логинова. – Режим доступа : <http://pmuc.ra/eis/pdf/14.pdf>.
5. Калмыкова Е. С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е. С. Калмыкова, Е. А. Миско, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С. 70–80.
6. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 370 с.
7. Краснянский А. М. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны / А. Н. Краснянский, П. В. Морозов // Русский медицинский журнал. – 1995. – № 4. – С. 32.
8. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.
9. Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями / Р. Лэндис. – М. : Наука, 1983. – 316 с.

10. Лыткин В. М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн / В. М. Лыткин // Война и психическое здоровье. Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения проф. Ф. И. Иванова. – СПб., 2002. – С. 45–52.
11. Пушкарёв А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарёв, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
12. Ротштейн В. Г. Посттравматический стрессовый синдром / В. Г. Ротштейн // Руководство по психиатрии : в 2-х т. [под ред. А. С. Тиганова]. – М., 1999. – Т. 2. – С. 517–526.
13. Тарабрина Н. В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова и др. // Труды Института психологии РАН. – М. : ИП РАН, 1997. – С. 254–262.
14. Тарабрина Н. В. Теоретико-эмпирические исследования посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина // Психологический журнл. – 2007. – Т. 28. – № 4. – С. 5–14.
15. Bleich A., Koslowsky M., Dolev A., Lerer B. Posttraumatic stress disorder and depression: an analysis of comorbidity / A. Bleich, M. Koslowsky, A. Dolev, B. Lerer // Brit. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 479–482.
16. Calhoun P. S., Beckham J. C., Bosworth H. B. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder / P. S. Calhoun, J. C. Beckham, H. B. Bosworth // J. Trauma Stress. 2002. – Vol. 15. – № 3. – P. 205–212.
17. Kessler R. C. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – Vol. 52. – P. 1048–1060.
18. McFall M. E., Mackay P. W., Donovan D. M. Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans / M. E. McFall, P. W. Mackay, D. M. Donovan // J. Stud. Alcohol. – 1992. – Vol. 53. – № 4. – P. 357–363.
19. Horowitz M. J., Weiss D. S., Kaltreider N. B. et al. Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects / M. J. Horowitz, D. S. Weiss N. B. Kaltreider et al. // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1984. – Vol. 172. – P. 383–392.
20. Figley C. R. Traumatic stress : the role of the family and social support system / C. R. Figley // Trauma and Its Wake, Volume II: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. – New York : Brunner/Mazel, 1985. – P. 39–54.

Отримано 01.10.2014

Summary

Nikolaienko Serhei. Features of psychological assistance to participants of military operations in post-traumatic stress disorder.

This article discusses the diagnosis and psychological assistance to combatants in PTSD. General trends, techniques and stages of psychotherapy for PTSD. Draws attention to the problem of accelerated training dastatochno number of professionals to provide psychological support combatants in PTSD.

Keywords: *traumatic stress disorder, psychological counseling, psychotherapy.*