

І. І. Приходько, О. В. Тімченко, І. І. Ліпатов, І. В. Воробйова, Я. В. Мацегора

ДИНАМІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСОБОВОГО СКЛАДУ СИЛ ОХОРОНИ ПРАВОПОРЯДКУ УКРАЇНИ, ЯКІ ВИКОНУВАЛИ СЛУЖБОВО-БОЙОВЕ ЗАВДАННЯ З ПРИПИНЕННЯ ГРУПОВИХ ПОРУШЕНЬ ГРОМАДСЬКОГО ПОРЯДКУ

Подано результати наукових досліджень динаміки соціально-психологічного стану особового складу сил охорони правопорядку, які брали участь у виконанні службово-бойового завдання з припинення групових порушень громадського порядку.

Постановка проблеми. В умовах реформування внутрішніх військ (ВВ) МВС України гостро постає питання вдосконалення психологічної підготовки військовослужбовців. Це зумовлено підвищенням якісних показників складників, які характеризують стан боєготовності підрозділів і військових частин ВВ МВС України. Службово-бойова діяльність військовослужбовців ВВ проходить у складних, а здебільшого в екстремальних умовах, пов'язаних з ризиком для здоров'я та життя, і вимагає від особистості високого рівня розвитку певних індивідуально-психологічних якостей, сформованості професійно важливих якостей, готовності до виконання службово-бойових завдань. Тому набутий досвід надання соціально-психологічної допомоги постраждалим під час виконання службово-бойових завдань з припинення групових порушень громадського порядку є дуже актуальним для розроблення заходів психологічного супроводження службово-бойової діяльності військовослужбовців ВВ МВС України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У вітчизняній та зарубіжній науковій літературі, присвяченій виконанню професійної діяльності людини в особливих та екстремальних умовах, недостатньо досліджень стосовно динаміки індивідуально-психологічних особливостей особистості, а також щодо соціально-психологічної реабілітації потерпілих; проведення подібних досліджень є дуже утрудненим через низку об'єктивних причин [1–4]. Тому вивчення динаміки прояву наслідків участі особового складу сил охорони правопорядку (СОПр), до яких відносять внутрішні війська та органи внутрішніх справ України, у виконанні службово-бойових завдань (СБЗ) за умов підвищеного ризику для здоров'я та життя є доволі актуальною проблемою.

Мета статті – вивчити динаміку соціально-психологічного стану особового складу органів охорони правопорядку (працівників міліції,

військовослужбовців внутрішніх військ), які брали участь у припиненні групових порушень громадського порядку у березні 1998 р. під час виборів у місцеві органи влади Автономної Республіки Крим (АРК); виявити соціально-психологічні детермінанти, що впливають на психічний стан потерпілих у постстресовий період.

Виклад основного матеріалу. Одним з основних завдань, які покладені на особовий склад внутрішніх військ, є участь в охороні громадського порядку, забезпеченні громадської безпеки під час проведення масових заходів, припиненні масових заворушень. У березні 1998 р. під час виборів у місцеві органи влади АРК виникли групові порушення громадського порядку. У виконанні службово-бойових завдань з їх припинення взяв участь особовий склад сил охорони правопорядку України – це працівники різних підрозділів міліції, спеціальних підрозділів міліції “Беркут”, військовослужбовці ВВ та Національної гвардії України.

Ретрансляція події. Мітинг у центрі м. Сімферополь був призначений лідерами татарського меджлісу на 24 березня 1998 р. на 12 годину опівдні. З 11.30 до 13.00 близько 80 осіб кримськотатарської національності перекрили рух по вул. Севастопольській в районі автостанції “Західна”. З 12.00 до 12.50 близько півсотні татар перекрили рух по Ялтинській об'їзній дорозі в районі с. Строганівка. Одночасно близько 120 людей перекрили рух у напрямі м. Ялта в с. Мар'їно. О 11.15 близько 80 кримських татар зупинили електричку, що рухалася у напрямку м. Севастополь, після чого за вимогою пікетників машиністи були змушені повернутися знову до м. Сімферополь.

У натовпі порівняно з попередніми мітингами було небагато жінок і дітей, також була ще одна особливість – уперше кілька годин підряд татари, не ховаючись, голосно кричали “Аллах акбар!” і на головах дуже енергійних молодих людей

з'явилися зелені пов'язки з аналогічним написом. Для надання акції масовості до участі в ній були залучені: особи, раніше засуджені; громадяни, схильні до хуліганства; члени кримських злочинних угруповань. Розірвавши наочну агітацію біля будинку, в якому знаходився республіканський комітет кримських комуністів, багатотисячний агресивний натовп вирушив на залізничний вокзал м. Сімферополь з метою "наглухо перекрити залізницю". У цей час вокзал охороняли приблизно 200 співробітників СОПр. Під час штурму вокзалу представниками кримськотатарського населення постраждало 19 міліціонерів, у лікарню було відправлено 12, причому троє з них – у важкому стані.

Динаміка соціально-психологічної реабілітації. З метою вивчення динаміки психічного стану постраждалих використовувалися такі психодіагностичні методики: 16-факторний особистісний запитальник Кеттела (16 PF); стандартизований метод дослідження особистості (СМДО); шкала визначення реактивної тривожності методики Спілберґера–Ханіна; методика "Самопочуття, активність, настрої" (САН). Контрольна група складалася із 28 співробітників спеціального підрозділу "Беркут", які також брали участь у припиненні групових порушень громадського порядку в АРК, однак не були травмовані або поранені.

Динаміка соціально-психологічної реабілітації вивчалася поетапно відповідно до проведених медико-психологічних та організаційних заходів.

Перший етап – транспортування потерпілих у медичні заклади м. Сімферополь. У соціально-психологічному плані цей період характеризувався збільшенням інтенсивності спілкування між постраждалими, у тому числі у формах, не властивих для даної категорії людей у звичайному стані (наприклад, ігнорування посадового стану, зміна змісту вербальних форм спілкування). Це пов'язано з тим, що, потрапивши під пильне спостереження лікарів, працівники правоохоронних органів одразу опинилися в умовах штучної ізоляції і практично ні з ким не могли спілкуватися. Мимовільна ізоляція в такій ситуації, що неадекватно сприймалася постраждалими, наводила їх на думку, що вони можуть бути обвинувачені у неправомірних діях з припинення порушень громадського порядку, із потерпілих перетворитися на обвинувачених. Ця обставина посилювала їхню внутрішню психічну напруженість, що лише

частково компенсувалося увагою, турботою й участю з боку медичного персоналу.

Другий етап – період перебування у медичному закладі, що характеризувався подальшим єднанням постраждалих працівників міліції, військовослужбовців ВВ. В основі цього явища – специфічне сприйняття подій, що відбуваються, очікування агресивних актів з боку оточення у випадку, якщо за результатами роботи різних комісій вони будуть обвинувачені у перевищенні посадових повноважень. Тому серед постраждалих формувалося розуміння відособленості своєї групи і необхідності "відпрацювати захист" від можливих "негативних" впливів навколишнього соціального середовища. У результаті була сформована спільна концепція подій, що відбулися, і вироблена тактика групової поведінки. У цей період найбільший негативний вплив на постраждалих мали: брак інформації про хід розслідування причин невдач, некомпетентність або упередженість деяких представників засобів масової інформації. Негативний вплив на постраждалих мали і різні чутки, викликані невідповідністю інформації, яка виходила з неофіційних і офіційних джерел, що породжувало недовіру до їхніх розповідей з боку деякої частини населення, найчастіше супроводжувану вкрай негативними емоційними реакціями. Проте завершення роботи комісії і визнання правомірності їхніх дій, а також більш докладне і правдиве відображення у пресі подій, які відбулися, стало для постраждалих своєрідним катарсисом – розв'язанням усіх, на їхню думку, проблем.

Під час перебування в медичному закладі практично всі постраждалі мали високий соціальний статус у групі ($Agr = 0,44-0,90$). До найбільш значущих цінностей вони відносили такі:

- "активне діяльне життя" – 80 % від загальної кількості виборів;
 - "здоров'я" – 64 %;
 - "цікава робота" – 40 %;
 - "наявність добрих і вірних друзів" – 32 %;
 - "забезпечене матеріальне життя" – 24 %.
- Серед менш прийнятних цінностей відзначали:
- "задоволення" – 40 %;
 - "суспільне визнання" – 36 %;
 - "незалежність у вчинках і діях" – 32 %.

Третій етап – перебування в медичному закладі перед випискою додому. У цей час починалася дезінтегрованість міжособистісних взаємовідносин і відокремлення постраждалих.

Багато в чому цьому сприяли їхні сім'ї, тому що на перший план у цей період виходять інтереси сім'ї, а не групи. Тому у той час починало відбуватися зниження задоволеності міжособистісними стосунками, хоча і рідко, але виникали негативні міжособистісні емоції. Причому, якщо раніше негативні емоції були пов'язані, в основному, зі спілкуванням у соціальному (найчастіше агресивному) середовищі, то тепер вони опосередковувалися спілкуванням у групі. Істотних змін у соціальному статусі постраждалих, їхніх ціннісних орієнтаціях на даному етапі не відбувалося. Проте слід наголосити, що період перебування в медичному закладі характеризувався найвищим емоційно-позитивним піднесенням настрою і поліпшенням функціонального стану, якого більше не спостерігалось.

Четвертий етап – період відпустки (відпочинок удома) і проходження військово-лікарської комісії. Для нього характерні розірвання міжособистісних контактів, зміна соціального оточення, відволікання від проблем, що стояли перед усіма постраждалими, відсутність необхідності дотримуватися загальногрупової концепції поведінки. Постраждалі опинилися наодинці зі своїми проблемами. У них відбувалася переоцінка всього, що сталося, формувалася “погляд збоку”. Основними соціально-психологічними стресорами в цей період були: спогади про проведення спецоперації з припинення порушень громадського порядку, почуття провини за те, що не змогли надати допомогу товаришам, необхідність поодиночці виправляти викривлені у засобах масової інформації відомості про події, які відбулися.

На **п'ятому етапі** значний вплив, який психічно травмував, мав невідповідність між очікуваним і реальним ставленням з боку оточення, колег по роботі й особливо керівництва. До них ставилися не як до героїв, людей, які потребували захисту і певних соціальних пільг, а як до *здорових*, не відрізняючи їх серед інших. Тому, на думку співробітників СОПр, які були травмовані або поранені під час припинення дій агресивного натовпу, багато скарг і прохань залишилося без належної уваги. У цей період серед них домінувало прагнення вирішити особисті питання, а не проблеми професійної групи в цілому, посилювалися внутрішньоособистісні конфлікти.

Аналіз ціннісних орієнтацій свідчить про те, що за цей час відбулася суттєва переоцінка життєвої позиції. На першому місці серед термінальних цінностей – “здоров'я” і “матеріально забезпечене життя”. Серед інструментальних цінностей звертає

на себе увагу відхід від таких ціннісних орієнтацій, як “чесність”, “вихованість”, “дисциплінованість”, “ретельність”. І ця тенденція надалі починає набувати більш чіткого характеру. Дедалі сильніше відбувається переоцінка цінностей у бік облаштування особистого побуту і відходу від активної життєвої позиції. Проте це не полегшить стан постраждалих, а навпаки, загострить почуття психологічного дискомфорту. Проведене обстеження показало, що співробітники СОПр суб'єктивно оцінюють свій стан психологічного комфорту як 70–80 % від того, що було до пережитих подій.

Одночасно із соціально-психологічним вивченням було проведено психологічне і психофізіологічне дослідження. Аналіз отриманих результатів свідчить про взаємозв'язок змін психічного стану з етапами соціально-психологічної реабілітації.

Результати п'яти обстежень постраждалих із використанням тесту 16PF показали, що найбільш інформативними для опису динаміки психічного стану в постстресовий період стали фактори: С (емоційна стійкість – емоційна нестійкість), G (висока совісність – недобросовісність), O (схильність до почуття провини – самовпевненість), Q2 (самостійність – залежність від групи), Q4 (напруженість – розслабленість), а також фактори E (домінантність – конформність), Н (сміливість – боязкість), М (мрійність – практичність).

Зміна значень за фактором С (емоційна стійкість – емоційна нестійкість) свідчить про те, що співробітники СОПр, які були психічно травмовані, на перших етапах реабілітації (у період перебування в медичному закладі, коли згуртованість групи була високою, результати роботи комісії сприятливими) мали більшу емоційну стійкість, ніж ті, хто перебував у звичайних умовах ($p < 0,05$, $p < 0,01$). А період відпусток, коли той, хто постраждав, опинився наодинці зі своїми проблемами, характеризується достовірним зниженням емоційної стійкості ($p < 0,01$) по відношенню до перших двох етапів. Саме на цьому етапі постраждалі мають максимальні значення за фактором Q4 (напруженість – розслабленість) ($p < 0,05$).

Як відомо, характер співвідношення понять “емоційна стійкість” і “напруженість” указує на наявність або відсутність напруження регуляторних механізмів функціонального стану організму і багато в чому визначає характер інтеркореляційних зв'язків окремих ланок особистісної структури. Наприклад, при першому

обстеженні високі результати за фактором С взаємопов'язані з факторами G (висока совісність – недобросовісність) ($r = 0,484$), H (сміливість – боязкість) ($r = 0,489$) і A (щирість – відособленість), що також корелюють між собою і разом із фактором С визначають ступінь психологічної стійкості і рішучості. Зазначена кореляційна плеяда забезпечує низький рівень психічного напруження (Q4, $r = -0,656$), тривожності (O, $r = -0,477$). Слід зазначити, що деякі чинники входять до фактора другого порядку, який інтерпретується Кеттелом як “тривожність / пристосовуваність”. Результати спостереження і проведеного обстеження свідчать про те, що у вказаний період для підтримання впевненості в собі (емоційної стійкості) співробітники СОПр гостро потребували спілкування.

Під час третього обстеження, що проводилося після відпустки, наданої постраждалим, комунікативні механізми виявилися порушеними. Потреба у соціальній підтримці і спілкуванні замінилася певною відчуженістю й агресивністю (фактор I, м'якосердність – суворість, $r = 0,495$). Відзначено зниження взаємозв'язку емоційної стійкості і моральної нормативності. Зріс рівень психічного напруження, а здатність до адаптації зменшилася. Одержані результати свідчать про те, що відбулася переорієнтація цінностей, не стало підтримки з боку оточення, що призвело до погіршення міжособистісних стосунків і зниження адаптаційних можливостей постраждалих.

Для аналізу становить інтерес динаміка показників за фактором G (висока совісність – недобросовісність). Протягом усього дослідження постраждалі мали більш високі значення за цим фактором порівняно з контрольною групою, але водночас відзначена стійка тенденція до їхнього зниження. Подібне явище, мабуть, указує на наявність проблем у сфері моральних цінностей, де, з одного боку, бажання чітко додержувати узвичаєних норм, дотримуватися існуючих правил поведінки, а з іншого, як виходить з результатів соціально-психологічного вивчення і підтверджується динамікою психічного стану, – відбувається переоцінка існуючих цінностей і норм.

Динаміка за фактором O (схильність до почуття провини – самовпевненість) свідчить про поступове наростання тривожного фону настрою. Зміни значень за фактором Q2 (самостійність – залежність від групи) указують на

зростання самостійності, проте при цьому вони залишаються конформними, життєва позиція пасивна (фактор E, домінантність – конформність), що цілком відповідає процесам, які спостерігаються в соціальній сфері постраждалих.

Вивчення змін психофізіологічних характеристик постраждалих проводилося з використанням теплінг-тесту, методики САН, тесту Спілбергера. Аналіз результатів дослідження показав, що найбільш високий рівень позитивного самопочуття у постраждалих був під час другого обстеження, а потім спостерігалася стійка тенденція до зниження показників. Для динаміки реактивності особистості характерним є збільшення рівня ситуативної тривожності на різноманітних етапах реабілітації. Як відомо, підвищення рівня тривожності – негативне явище, що свідчить про перенапруження регуляторних механізмів центральної нервової системи і погіршення функціонального стану організму. Тому не випадково, що результати, які були отримані за допомогою теплінг-тесту, виявили певну тенденцію до зниження рівня працездатності.

Для оцінювання загального психічного стану і зміни характеристик психічної норми постраждалих у ході реабілітації використовували тест СМДО. Обстеження за цією методикою проводилося на першому і п'ятому етапах вивчення (часовий інтервал – близько двох років). Під час обстеження на першому етапі постраждалі мали більш високі значення порівняно з контрольною групою за шістьма базовими шкалами тесту. Більш високі значення були за шкалами: Hs (іпохондрія; $p < 0,01$), Pd (психопатія; $p < 0,01$), Pt (психастенія; $p < 0,01$), Sc (шизоїдність; $p < 0,01$). При цьому результати за шкалами Hs, Pt, Sc перевищували норму (понад 70 T-балів). Підвищення профілю за цими шкалами свідчить про наявність у респондентів внутрішнього напруження, пов'язаного з пережитою ситуацією і занепокоєнням за своє здоров'я, що підтримується певною нав'язливістю думок. Обстеження, проведене на п'ятому етапі вивчення, показало, що психічний стан постраждалих у цілому відповідає нормі.

Проте вірогідно зросли значення порівняно з попереднім обстеженням за шкалами D (депресія; $p < 0,05$) і Si (соціальна інтроверсія; $p < 0,05$). Як і раніше, високими були значення за шкалою Pd (психопатія; $p < 0,05$), що вказує на проблеми в

соціальної адаптації і певній невротизації постраждалих.

Аналіз результатів проведеного дослідження дав змогу виявити закономірності динаміки соціально-психологічної реабілітації, які складаються із трьох основних фаз.

Перша фаза – це період “легкої ейфорії”, опосередковуваний тим, що постраждалі пережили смертельну загрозу і залишилися в живих. Вони на деякий час “відійшли” від реального життя, не бачать ніяких життєвих проблем, сповнені надій і впевненості у своїх силах. У соціальному плані постраждалі орієнтовані на активну життєву позицію, на додержання узвичаєних моральних норм поведінки. Проте у цей період у них відбувається значне завищення самооцінок і формується образ “Я-героя”, “Я-ідеала”. Зазначений період тривав близько двох місяців. На його завершальному етапі психологічний стан співробітників СОПр був найбільш оптимальним у постстресовий період.

Друга фаза – період розчарування, що тривав від двох до 8–10 місяців після подій, що описуються. Постраждалі “повернулися” до реального життя. Зіткнувшись з великою кількістю проблем (побутових, службових, етичних та ін.), вони переосмислюють усе, що відбулося, у тому числі своє місце і роль у пережитій ситуації. Настає період руйнації образу “Я-героя”, де найбільш чітко виявляється “комплекс провини”, відбувається значне зниження самооцінок. Під впливом об’єктивних і суб’єктивних факторів розпочинається переорієнтація існуючих цінностей і норм. У моральній сфері починають детермінувати особисті, індивідуалістичні інтереси, соціальна активність досить низька. Психічний стан характеризується порушенням компенсаторних механізмів, зменшенням емоційної стійкості, зростанням тривоги і погіршенням функціонального стану.

Результати проведеного дослідження дозволяють припустити, що через 10–18 місяців після подій, що відбулися, настає **третьа фаза** – відновлення. Про це свідчать деякі тенденції зміни психічного стану і наближення характеристик до узвичаєної психічної норми. Цей період пов’язаний із поверненням до службово-бойової діяльності і характеризується наявністю значних проблем у соціальній адаптації до нових умов діяльності. Виходячи із суб’єктивних (думки постраждалих) та об’єктивних (стан здоров’я, характеристики психічного стану тощо) оцінок, цей період у більшості постраждалих незавершений і може тривати ще значний час.

Виявлені у процесі дослідження періоди соціально-психологічної реабілітації мають не випадковий, а закономірний характер. Так, спеціалісти Національного інституту психічного здоров’я США, Міжнародної асоціації керування стресом (Велика Британія) та деякі інші автори вважають за доцільне у постстресовому періоді виділити три фази: “медового місяця” (триває від одного тижня до 3–6 місяців); розчарування (від двох місяців до 1–2 років) і відновлення [5, 6]. Ці фази за характером прояву і тривалістю збігаються з періодами динаміки реабілітації учасників подій, які відбувалися в АР Крим у 1998 р.

Говорячи про постстресовий період та ефективність реабілітації, слід зазначити, що, незважаючи на медичні й організаційні заходи, що проводилися, безумовно, на високому рівні, проблема відновлення психічного здоров’я цілком не була вирішена. Як уже згадувалося, через два роки після подій 57,89 % постраждалих висловлювали скарги щодо соматичної симптоматики. Спостерігалася стійка тенденція до погіршення функціонального стану (знижувалися самопочуття, настрої, показники активності і працездатності). Особливо яскраво це виявлялося у випадках, пов’язаних із негативними спогадами. Так, деякі співробітники СОПр за видом своєї діяльності періодично виступали в ролі експертів, коли оточуючі знову “повертали” їх у ситуацію того пережитого дня. Навіть майже через 5 років після описаних подій один із постраждалих заявив: “Тільки згадаєш цю ситуацію – холодом обдає, у роті сухо, руки трясуться починають. Потім цілий день поганий настрої. Додому приходиш – зриваєшся через будь-яку дрібницю, лаєшся, уночі кошмари сняться; втомився від усього цього”.

Динаміка психофізіологічного стану постраждалих, що спостерігалася, здебільшого зумовлена характером змін психологічного статусу. Результати кореляційного аналізу показують, що самопочуття, настрої і активність учасників подій 1998 р. корелюють із факторами 16PF: С ($r = 0,70$), G ($r = 0,99$), О ($r = -0,48$), Q4 ($r = -0,63$), а зміни за цими факторами на різних етапах реабілітації найчастіше мали негативний характер. Особливо варто звернути увагу на динаміку показників за фактором G (висока совісність – недобросовісність), що характеризує орієнтування обстежуваних на додержання моральних і поведінкових норм. Дослідження, проведені в рамках вивчення зазначеної проблеми, показали, що збереження моральних цінностей у постстресовий період є найважливішою умовою

для відновлення гармонії особистісних структур та здоров'я постраждалих.

На нашу думку, динаміка реабілітації, в основному, визначається трьома компонентами: станом здоров'я у період, який передував ризиконебезпечній ситуації; особистісними особливостями постраждалих і низкою соціальних умов, що виступають як детермінанти. Проведене дослідження дає змогу назвати серед найбільш важливих соціальних детермінант наявність підтримки з боку соціального оточення. Чим сильніше відчували підтримку постраждалі, тим ефективніше проводилися реабілітаційні заходи. Проте варто мати на увазі, що в плані соціально-психологічної реадaptaції співробітники СОПр проходили два етапи: медичну реабілітацію і повернення до професійної діяльності. Якщо на першому етапі підтримка з боку медичного персоналу і представників органів влади була високою, то на другому постраждалі опинилися без неї і навіть, більш того, відчували негативні впливи з боку оточення. Аналогічні дані було виявлено вченими з Міжнародної асоціації керування стресом (Велика Британія). Вони вказали, що 64 % респондентів, які відчули ознаки стресу, пов'язаного з професійною діяльністю, висловили думку про те, що він знизив ступінь задоволення власною працею, 36 % – що знизив продуктивність праці, у 31 % були порушені соціальні відносини, а 29 % респондентів стрес завдав безпосередньої шкоди їх власному здоров'ю. Тільки 14 % працівникам, які пережили стрес, було надано кваліфіковану психологічну допомогу, а 78 % респондентів не отримали ніякої професійної поради, як справлятися з подібними проблемами [5, с. 11].

Значна підтримка на першому етапі соціально-психологічної реадaptaції зумовила формування у постраждалих високих, мабуть, дещо завищених самооцінок, що, з одного боку, благотворно впливало на процес медичної реабілітації, а з іншого боку, – спричинило порушення адекватності соціального сприйняття. Тому, опинившись перед реальними життєвими проблемами, ці люди, по суті, пережили ще один стрес. У цей період як компенсація могла бути тільки підтримка з боку сім'ї і найближчих родичів.

На нашу думку, на практиці неможливо уникнути різного ставлення соціального середовища до людей "у погонах", які виконали задачу в умовах підвищеного ризику для здоров'я

та життя: від позитивного до негативного або байдужого. Негативний вплив може бути різної форми, але здебільшого через об'єктивні причини він матиме психотравмуючий характер для постраждалих – *щоб більшості людей зрозуміти проблеми, їх треба пережити самим*. Тому доцільно вже на етапі медичної реабілітації здійснювати психокорекційні заходи, спрямовані на збереження у постраждалого адекватного сприйняття соціальної дійсності і формування установки на самостійне вирішення своїх проблем.

Висновки

Таким чином, проведені дослідження свідчать про наявність двох основних етапів реабілітації постраждалих: перший – це медико-психологічна реабілітація, другий – соціально-психологічна реабілітація, пов'язана з поверненням до фахової діяльності.

До найбільш значущих соціальних детермінант динаміки постстресової реабілітації варто віднести:

– наявність підтримки з боку соціального оточення (особливо сім'ї, найближчих родичів, представників органів державної влади);

– відсутність інформаційної ізоляції постраждалих;

– правдиве відображення подій, що відбувалися, у засобах масової інформації.

Заходи психологічної корекції, які спрямовані на збереження моральних цінностей і адекватного сприйняття соціальної дійсності, формування установки на самостійне вирішення проблем, необхідно починати якомога раніше і продовжувати до повного відновлення у постраждалих особистих можливостей до соціально-психологічної адаптації.

Від повноти і якості психореабілітаційної роботи військових психіатрів, психологів залежатиме не тільки відновлення боєздатності особового складу, але й соціальне самопочуття співробітників СОПр, членів їхніх сімей, рівень морально-психологічного стану та психологічної безпеки особового складу, профілактика аутоагресивної поведінки, злочинів і подій, що здебільшого є наслідком професійного стресу і посттравматичних стресових розладів.

Специфічність проблеми професійного стресу і виникаючих на їхній основі посттравматичних стресових розладів полягає в тому, що їх проявам властиві відстрочені за часом реакції, а отже,

робота з постраждалими не матиме характер одноразового акту, а потребує створення єдиної системи медико-соціально-психологічної реабілітації у масштабах держави.

Надалі у дослідженнях планується визначити засади психологічної безпеки особового складу СОПр при виконанні службово-бойових завдань.

Список використаних джерел

1. Бубеев Ю. А. Третий всероссийский симпозиум по проблеме боевого стресса / Ю. А. Бубеев, Т. Г. Симакова // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 77.

2. Мозговий В. І. Особистісний симптомокомплекс стресостійкості / стресовразливості у військовослужбовців служби правопорядку : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.09 “Психологія діяльності в особливих умовах” / В. І. Мозговий. – Х., 2006. – 24 с.

3. Петровский В. Н. О роли факторов перманентного боевого стресса в формировании нервно-психических расстройств у военнослужащих / В. Н. Петровский, В. Ю. Соколов // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 60.

4. Приходько І. І. Визначення стресостійкості у військовослужбовців підрозділів спеціального призначення внутрішніх військ МВС України під час виконання спеціального службово-бойового завдання / І. І. Приходько // Вісник Національної академії оборони України : зб. наук. праць. – К. : НАОУ, 2008. – Вип. 4 (8). – С. 116–122.

5. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. Практикум / Н. Е. Водопьянова. – СПб : Питер, 2009. – 336 с.

6. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Телесные технологии / М. Е. Сандомирский. – СПб : Питер, 2008. – 256 с.

Стаття надійшла до редакції 17.11.2009 р.