

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

КОЗИРА ПЕТРО ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК 159.9.07;159.9.07::51-7

**ДЕЗАДАПТИВНІ СТАНИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У СПІВРОБІТНИКІВ
МВС УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

19.00.04 – медична психологія

053 – психологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата психологічних наук

Харків – 2017

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Маркова Маріанна Владиславівна**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації, професор кафедри

Офіційні опоненти:

доктор психологічних наук, професор **Кочарян Олександр Суренович**, Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна МОН України, кафедра психологічного консультування та психотерапії, завідувач кафедри

доктор психологічних наук, професор **Гульбс Ольга Анатоліївна**, ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут МОН України», кафедра психології, завідувач кафедри

Захист відбудеться «26» червня 2017 р., об 13:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.609.03 при Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

Автореферат розіслано «25» травня 2017 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат психологічних наук,
доцент

Н. К. Агішева

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Обґрунтування вибору теми дослідження. З кінця 2013 року, в країні проходять значні політичні та соціальні зміни, які супроводжуються бойовими діями на Сході України. На теперішній час майже 200 тисяч осіб мають статус учасника бойових дій в зоні АТО. Вказані події є раптовими та значимими для всього населення, особливо для безпосередніх учасників АТО, серед яких співробітники МВС України займають окреме місце. Вони не є військовослужбовцями в повному розумінні цієї дефініції, їм притаманний цивільний спосіб життя та у них відсутня належна військова підготовка для участі в бойових діях. Тому мобілізація, перебування в військовій частині, освоєння та застосування навичок бойових дій самі по собі є стресовими чинниками (Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко, 2016; О. А. Блінов, 2016, 2006; І. І. Приходько, О. В. Тімченко, А. А. Лиман, 2016; П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський, 2015; Л. М. Юр'єва, Н. О. Марута, С. І. Вишніченко, 2015; Б. В. Михайлов, В. С. Гічун, О. П. Михайлік, 2015).

За даними літератури, від 25 до 80% учасників бойових дій в майбутньому страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (М. І. Badiuk et al., 2016; В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний, 2015; П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський та ін., 2014; D. E. Hinton, R. Lewis-Fernandez, 2011; T. L. Yufik, J. Simms, 2010; J. Briere, M. Hodges, N. Godbout, 2010; H. G. Prigerson, M. J. Horowitz, S. C. Jacobs, 2009; Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевникова, 2004; П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов, 2002). Цей розлад є клінічно окресленим і відноситься до рангу психопатології (МОЗ України, 2016; Б. В. Михайлов, Є. В. Кришталь, М. В. Маркова, Н. О. Марута, І. В. Лінський, Л. Ф. Шестопалова, Г. М. Кожина, 2016; Б. В. Михайлов, 2015, 2011).

На доклінічні розлади у вигляді постстресової психологічної дезадаптації (ППД) страждає значно більша кількість учасників військових конфліктів (О. Д. Сафін, 2016; Б. В. Михайлов, 2015). На жаль, цьому питанню в літературі приділяється значно менша увага, а кількісні показники випадків психологічної дезадаптації відсутні (І. В. Лінський, В. Н. Кузьмінов, Л. Ф. Шестопалова, Є. Г. Гриневич, 2014). Психологічні наслідки стресового впливу на учасників бойових дій залежать від психічних, характерологічних, особистісних особливостей, адекватності й зрілості механізмів психологічного захисту та адаптації, тривалості та інтенсивності дії стресових факторів та інших чинників (О. В. Тімченко, 2016; А. А. Булан, 2015; В. М. Загуровський, 2014; П. С. Гуревич, 2012; Ю. А. Александровский, 2001). Не кориговані явища дезадаптації психологічного рангу з часом трансформуються в психопатологічні, що носять хронічний характер і стійкі до лікування (О. Д. Сафін, 2016; В. М. Загуровський, 2014, 2013; И. Г. Малкина-Пых, 2006).

Проте, якщо прояви реакцій психічної сфери на загрозу або соціально-стресовий вплив привертали увагу дослідників, то причини їх виникнення досліджені вкрай недостатньо. Одні науковці вважають, що патологічні зміни розвиваються на основі особливостей особистості (О. А. Панченко, И. И. Кутько, Н. А. Зайцева, 2014; A. Maercker, C. R. Brewin, R. A. Bryant, 2013; П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов, 2002). Інші вказують на соціальні умови, що провокують розвиток порушень (С. І. Табачников, М. В. Маркова, 2013; В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов, 2010).

Стресові реакції психологічного рівня можуть проявлятися у вигляді психоадаптаційних і психодезадаптаційних станів (И. И. Кутько, О. А. Панченко, Г. С. Рачкаускас, А. Н. Линев, 2014; R. A. Bryant, M. Creamer, M. L. O'Donnell, 2008; Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевникова, 2004). Психоадаптаційні виникають при розвиненій здатності до «витіснення, заперечення» стресових подій. При цьому психоадаптаційний стан не є «нормою», а стає «передпатологією», оскільки лише завдяки компенсаторним механізмам не набуває ознак хвороби (R. A. Bryant, M. Creamer, M. L. O'Donnell, 2008). Дезадаптацію психологічного рівня найбільш повно характеризує загальний девіантний синдром адаптації особистості. Його прояви не специфічні, поліморфні і представляють донозологічний рівень реагування, що можуть проявлятися в порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному й когнітивному рівнях. Слід зазначити, що в літературі різними авторами досить розпливчато окреслюються варіанти психологічної дезадаптації (R. A. Bryant, 2012, 2011; В. Г. Ромек, В. А. Канторович, Е. И. Крукович, 2005), що пов'язане з використанням ними різних підходів до вивчення проблеми. Прикладом є ототожнювання понять психологічної та соціально-психологічної дезадаптації (Б. Д. Карвасарский, 2011; А. Н. Блеер, 2008).

Зважаючи на те, що постстресові психологічні зміни, як правило, є незворотними (О. С. Чабан зі співавт. 2015, 2014), психокорекційні заходи є вкрай важливими (П. В. Волошин, Н. О. Марута, 2015). Вони дають можливість адаптувати особистість до цивільного життя та попередити трансформацію дезадаптивних проявів психологічного рангу в клінічно окреслені, психопатологічні ПТСР (О. С. Чабан, 2015; О. С. Кочарян, 2014, 2013; О. А. Блінов, 2013). Нажаль, до теперішнього часу, на відміну від терапії ПТСР, в літературі відсутні розробки чітких схем та систем психокорекції ППД. Все викладене й обумовило актуальність і необхідність проведення даного дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до планів НДР кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України «Порушення здоров'я сім'ї у кризових станах різного генезу. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики» (номер державної реєстрації 0112U000972).

Тема дисертаційного дослідження затверджена Вченою радою Харківської медичної академії післядипломної освіти (протокол № 7 від 19.09.2014) та узгоджена в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 1 від 27.01.2015).

Об'єкт дослідження: дезадаптивні стани у співробітників МВС України – учасників бойових дій.

Предмет дослідження: клініко-психологічні прояви та механізми формування дезадаптивних станів у співробітників МВС України – учасників АТО, та їх психокорекція.

Мета: на основі ідентифікації клініко-психологічних проявів та механізмів розвитку постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО, розробити заходи їх диференційованої психокорекції.

Для досягнення мети будуть вирішуватися наступні **задачі:**

1. Провести теоретичний аналіз проблеми психологічної дезадаптації особистості в сучасній медичній психології.

2. Встановити феноменологію психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО.

3. Дослідити особливості фрустрації та визначити механізми психологічного захисту в генезі психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО.

4. Вивчити характеристики дистресу, копінг-стратегій та адаптивної поведінки у співробітників МВС України – учасників АТО.

5. На основі ідентифікації провідних механізмів формування постстресової психологічної дезадаптації, науково обґрунтувати та розробити програму заходів її психокорекції у співробітників МВС України – учасників АТО.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали фундаментальні основи і принципи психологічної науки: принципи системності, детермінізму, суб'єктно-діяльного підходу в психології (Б. Г. Ананьєв, Л. С. Виготський, О. М. Леонт'єв, С. Д. Максименко, С. Л. Рубінштейн), теорія відносин особистості (В. М. М'ясищев), теорія функціональних систем (П. К. Анохін), теорії стресу: фізіологічна концепція (У. Кеннон, Г. Сельє, Л. А. Орбелі), психофізіологічна концепція (В. В. Суворова), соціально-психологічна концепція (Н. І. Наєнко, Л. О. Кітаєв-Смик), когнітивна теорія психологічного стресу (Р. С. Лазарус), емоційна теорія психологічного стресу (І. Г. Малкіна-Пих), концепція психічної травматизації й травматичного стресу (М. Горовіц, Н. В. Тарабріна, Л. Царенко), концепція пограничних психічних та стрес-асоційованих розладів (Г. К. Ушаков, Ю. А. Александровский), теорія бойового стресу (А. Кардінер, Н. Камерон, Г. Кормос, Л. О. Кітаєв-Смик, О. Г. Караяні, І. В. Сиром'ятніков), концепція психології переживання (Ф. Є. Василюк), концептуальні засади медичної психології (Б. В. Зейгарник, Б. Д. Карвасарський, О. Р. Лурія), основні положення загальної та клінічної психодіагностики (А. Анастасі, В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук), основні положення про адаптаційні

розлади (С. Д. Максименко, Л. Ф. Шестопалова, М. В. Маркова, Б. В. Михайлов), теорія і практика психотерапії (К. Роджерс, О. С. Кочарян, Н. Ф. Шевченко та ін.).

Методи дослідження: теоретичний, клініко-психологічний, анамнестичний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний.

Організація і база дослідження. Дослідження проводилося в лікарні з поліклінікою СМО ГУ МВС України у Львівській області. Всього було обстежено 205 співробітників МВС України. Із них 148 брали участь в проведенні АТО протягом 2014 – 2015 років. Інші 57 обстежених співробітників, які не брали участі в АТО, склали групу порівняння. На службі в МВС України знаходились не менше як з 2010 року.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися різнобічним теоретичним аналізом проблеми; використанням комплексу психодіагностичних методик, що відповідають предмету і завданням дослідження; проведенням якісного та кількісного аналізу даних; коректним застосуванням комплексу методів їх статистичної обробки; репрезентативною вибіркою обстежених.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

– *вперше* здійснено всебічне дослідження феномену постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС, що брали участь у бойових діях, який обґрунтовано й розглянуто в рамках моделі «передхвороби», з наявними патогномічними особливостями та специфічними мішенями психокорекційного впливу, притаманними для даного контингенту; виділено два клініко-психологічних варіанти постстресової психологічної дезадаптації, що виникають у співробітників МВС внаслідок участі в бойових діях – екстрапунітивно-афективний та інтрапунітивно-особистісний, які мають різні клінічні прояви та механізми формування у вигляді констеляцій психологічного захисту, копінг-стратегій, рівнів дистресу та ефективності адаптаційних ресурсів; в психопатогенезі постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників бойових дій, встановлено роль і місце достресового преморбїду, методологічні підходи до психодіагностики якого обґрунтовані через аналіз життєвого шляху та досвіду; проведено змістовний і структурний аналіз фрустраційних реакцій, особливостей життєстійкості, механізмів психологічного захисту і копінг-стратегій та їх взаємозв'язків в генезі постстресової психологічної дезадаптації; в структурі постстресової психологічної дезадаптації ідентифіковано специфічні психологічні конструкти, що є її складовими – «нові поведінкові стратегії» та «посттравматичні порушення», які мають різне походження та різні ролі в розвитку та функціонуванні механізмів постстресової психологічної дезадаптації, в залежності від її клініко-психологічного варіанту; ґрунтовно розглянуто психологічний феномен посттравматичного зростання, доведено його залежність від адекватності актуальних психологічних захистів і продуктивності копінгів, та різновекторну спрямованість з точки зору безпосереднього учасника бойових дій і його близьких, що проявляється

дисоціацією оцінки якості та значимості проявів психологічної дезадаптації співробітником та його оточенням;

– *розширено і доповнено* наукові знання щодо механізмів формування постстресової психологічної дезадаптації внаслідок участі в бойових діях співробітників МВС України, з визначенням ролі психологічного захисту, копінг-стратегій, рівнів дистресу та адаптації, механізмів взаємодії всіх ланок психопатогенезу; щодо ролі нових поведінкових стратегій в розвитку постстресової психологічної дезадаптації, та їх значимості для успішної реадaptaції службовців до мирного життя;

– *набула подальшого розвитку* система наукових уявлень стосовно проблеми постстресової психологічної дезадаптації, що розвивається як відповідь на дію чинника бойової психотравматизації у співробітників МВС України, та шляхів психокорекції і психопревенції її проявів і наслідків.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає у розробці та апробації програми патогенетичної психокорекції постстресової психологічної дезадаптації, диференційованої в залежності від її клініко-психопатологічних варіантів розвитку. Розроблено принципи вибору мішеней та завдань, що вирішують питання психокорекції визначених порушень. Показана необхідність корегування структур «нові поведінкові стратегії» та «посттравматичні порушення» для досягнення успішної реадaptaції учасників АТО до мирного життя.

Основні результати дисертаційної роботи впроваджено в медико-психологічну практику лікарні з поліклінікою СМО ГУ МВС України у Львівській області (акт впровадження від 19.12.2016), ДУ «Центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору МВС України» (акт впровадження від 27.12.2016), а також у навчальний процес кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Автором проведено аналіз закордонної та вітчизняної літератури з досліджуваної проблеми, виконано весь обсяг клініко-психологічних і психодіагностичних досліджень, проведено статистичну обробку результатів, здійснено аналіз та інтерпретацію отриманих даних, сформульовано наукові висновки. На основі комплексного дослідження дисертантом створено та обґрунтовано заходи диференційованої психокорекції постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО.

Апробація результатів роботи. Основні положення і результати дисертаційної роботи доповідалися на наступних державних та міжнародних наукових і науково-практичних форумах: науковому симпозіумі з міжнародною участю «Мозок та стрес» (Дніпро, 1–2.10.2015); IV міжнародній науково-практичній конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи. Медико-психологічна реабілітація учасників воєнних конфліктів» (Київ, 22–24.10.2015); науково-практичній конференції з міжнародною участю

«Психосоціальна реабілітація в психіатрії» (Харків, 19–20.05.2016); Міжнародній науковій конференції «Current issues and problems of social sciences» (Kielce, Poland, 28–30.06.2016); Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія та педагогіка: Історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень» (Одеса, 16–17.09.16); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних та наркологічних захворюваннях» (Ужгород, 6–7.10.2016); II міжнародній конференції «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених з зони АТО на базі Центру психосоціальної реабілітації Фельдман Екопарк» (Харків, 12–13.10.2016); науково-практичної конференції «Організація психіатричної та медико-психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ, які приймають участь у бойових діях в сучасних умовах» (Харків, 08–09.12.2016); XIII Міжнародній науково-практичній конференції «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти (Канада – Сербія – Азербайджан – Польща – Україна)» (Рубіжне, 29– 0.12.2016).

Публікації. Зміст і основні результати проведеного дослідження викладені у 12 публікаціях, із них – 7 статей у спеціалізованих фахових виданнях України та зарубіжжя, 5 – тези доповідей.

Структура і обсяг дисертації. Роботу викладено на 212 сторінках, основний обсяг становить 175 сторінок. Дисертація складається зі вступу, 6 розділів, аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, списку використаних джерел, містить 29 таблиць, 2 рисунки; список опрацьованої літератури включає 225 джерел, з них 85 – латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У вступі наведено обґрунтування актуальності дослідження, його мету та завдання, об'єкт та предмет дослідження, наукову новизну та практичне значення отриманих результатів.

Перший розділ "Сучасний стан вивчення постстресової психологічної дезадаптації" складається з трьох частин. Перша частина присвячена аналізу сучасних теорій розвитку психологічної дезадаптації під впливом стресу. В другій частині наведено аналіз класифікацій психологічної дезадаптації в сучасних умовах, її феноменологічну характеристику. Третя частина присвячена аналізу заходів корекції та профілактики проявів постстресової дезадаптації.

Серед існуючих теоретичних моделей розвитку психологічної дезадаптації найбільш поширеними є психодинамічна, когнітивна, психосоціальна і психобіологічна, а в останні роки – мультифакторна моделі. Найбільш вживаними в наукових дослідженнях є декілька теорій. У рамках психофізіологічної моделі відповідь на травму – результат тривалих фізіологічних змін у нейрогуморальних системах головного мозку. Інформаційна модель (Horowitz, 1998) є спробою

синтезу когнітивної, психоаналітичної й психофізіологічної моделей. Вона розглядає стрес як масу внутрішньої й зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути погоджена з когнітивними схемами. Психосоціальна модель реагування на травму є багатофакторною. Автори (Green, 1990; Wilson, 1993) підкреслюють необхідність урахувати фактори навколишнього середовища, що впливають на успішність адаптації. Для пояснення проявів дезадаптації запропонована теорія патологічних асоціативних контурів (Pitman, 1988) – специфічної інформаційної структури в пам'яті, що забезпечує розвиток емоційних станів. За певних умов контур починає працювати як єдине ціле, може самовільно активуватись, продукуючи прояви дезадаптації. Цей механізм слід шукати в нейрональних структурах і біохімічних процесах мозку. Останнім часом пропонується мультифакторна концепція, у якій (Maercker, 1998) виділяються три групи факторів, комбінація яких приводить до дезадаптації: фактори, пов'язані із травматичною подією; захисні фактори; фактори ризику. Однак, на цей час не існує єдиної загально прийнятої теоретичної концепції, що пояснює механізми виникнення й розвитку постстресової дезадаптації.

На даний час існує достатньо значна кількість класифікацій проявів ППД. Кожна із них залежить від вибраних для цього сукупностей провідних ознак. Поширеною класифікацією є розподіл в залежності від рангу проявів і ступеня дезадаптації. Це психоадаптаційні та психодезадаптаційні стани психологічного рангу та психодезадаптаційні стани клінічного рівня. В залежності від переважаючих проявів з боку окремих сфер особистості, в структурі вказаних станів виділяють відповідні варіанти, часто по аналогії відповідних психопатологічних розладам. Достатньо часто дослідники узагальнюють прояви ППД у окремі поняття як то «соціальна дезадаптація», «бойова психічна травма», «загальний девіантний синдром адаптації особистості» та інші. У підсумку можна стверджувати, що всі характеристики та класифікації проявів ППД грішать значною однобокністю в відображенні повноти та значення проявів з боку усіх сфер особистості.

Аналізуючи актуальні в теперішній час способи корекції ППД, можна відмітити велику кількість різноманітних методик психокорекції, які є або вузько спрямованими на окремі синдромальні прояви, або на загальний стан особистості, особливо її емоційно сферу. Незважаючи на широке застосування корекційних заходів, в літературі відсутні відомості про системні, патогенетично обґрунтовані, диференційовані схеми психокорекційного втручання при ППД.

У другому розділі “Загальна характеристика обстежених та методів дослідження” наведені соціально-демографічні характеристики респондентів, що брали участь у дослідженні; методичні принципи, використані методи і методики дослідження. Для досягнення мети та виконання задач дисертаційної роботи, на принципах анонімності та добровільності було обстежено 205 співробітників МВС України. Із них 148 брали участь в проведенні АТО протягом 2014-2015 років (група дослідження – ГД). Інші 57 співробітників не брали участі в АТО,

тож склали групу порівняння (ГП). За віком учасники обох груп були в інтервалі 29-37 років. На службі в МВС України знаходились не менше як з 2010 року. За основними соціально-демографічними показниками обидві групи були ідентичними. Учасники були ознайомлені з метою та методиками проведення дослідження і дали інформовану згоду на участь у ньому. У всіх обстежених була відсутня офіційно встановлена психіатрична патологія, вони були дійсними співробітниками МВС. Психодіагностичне та клініко-психологічне обстеження психологічного стану проводилося на 2-й – 4-й день знаходження в лікарні з поліклінікою СМО ГУ МВС України у Львівській області.

Респонденти були піддані комплексному клініко-психологічному, анамнестичному, психодіагностичному обстеженню.

Клініко-психологічний метод включав структуроване клінічне інтерв'ю; спостереження; аналіз психологічного анамнезу із структуруванням даних в часі динаміки виникнення, розвитку та перебігу проявів.

Психодіагностичний метод. Для визначення *особливостей психоемоційного стану* використовували опитувальник оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, розроблений L. Derogatis (в адаптації Н. В. Тарабріної, 2002), клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич, 2005) та Гісенський опитувальник психосоматичних скарг (2001). *Витоки фрустрації та психологічний захист* визначали за допомогою методики діагностики рівня соціальної фрустрації Л. І. Вассермана, (2004); тесту життєстійкості S. Maddy (в адаптації Д. А. Леонтьєва, 2006); методики визначення психологічного захисту (опитувальник Плутчика – Келлермана – Конте, 1999); методики схильності до відхиляючої поведінки (А. Н. Орел, 1999). Аналіз *копінг-стратегій* здійснювали за методикою діагностики копінг-стратегій Е. Хайма (2009) та опитувальника проактивної долаючої поведінки (копінгу), (2009). *Ступінь дезадаптації та ефективність адаптації* визначали багаторівневим особистісним опитувальником “Адаптивність” (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна (2001), шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) розробленою М. Horowitz (в адаптації Н. В. Тарабріної, 2001) та опитувальником посттравматичного росту (Tedeschi&Calhoun в адаптації М. Ш. Магомед-Емінова, 2008). Аналіз *життєвого шляху та досвіду*, як достресового стану, проводили з використанням біографічного опитувальника (Bottscher, Jager, Lischer) в адаптації В. А. Чікер (2003) та методики «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, 1998).

Статистична обробка одержаних результатів і показників здійснювалася за допомогою: методу встановлення достовірності відмінностей вибірок (за t-критерієм Ст'юдента, ф-критерієм Фішера); багатомірної статистики - факторний аналіз (метод головних компонентів). Математична обробка проводилася з використанням пакету комп'ютерних програм Excel і SPSS 6.0 for Windows.

У третьому розділі “Характеристика феноменологічних проявів постстресової психологічної дезадаптації” надано аналіз феноменології, її відображення та деталізацію методиками психодіагностичного дослідження. Дезадаптивні прояви, виявлені у осіб ГД, в 8,78% випадків досягали клінічного рангу, але були недостатніми для клінічно окресленої, нозологічної форми порушень. В соматичній сфері у 68,92% виявлена вегетативна дисфункція пароксизмального характеру. Встановлена наявність доклінічних порушень з боку емоціональної, когнітивної та поведінкової сфер особистості. Аналіз результатів показав два варіанти проявів ППД, що типологізовані як екстрапунітивно-афективний (ЕАВ ППД – група 1) та інтрапунітивно-особистісний (ІОВ ППД – група 2) варіанти перебігу ППД. Факторний аналіз отриманих даних виявив 2 фактори, які за ознаками, що їх формували, відповідали встановленим варіантам перебігу, та були названі як «екстрапунітивно-афективний варіант проявів ППД» та «інтрапунітивно-особистісний варіант проявів ППД».

Кількісна вираженість показників, що характеризували ЕАВ ППД, були достовірно нижчими, ніж у осіб з ІОВ ППД, за когнітивними $3,75 \pm 0,38$ ($p < 0,05$), мнестичними $3,62 \pm 0,38$ ($p < 0,01$), диссомнічними $2,01 \pm 0,23$ ($p < 0,001$), аддиктивними $1,90 \pm 0,37$ ($p < 0,05$), девіантними $2,68 \pm 0,31$ ($p < 0,01$), соматичними $3,77 \pm 0,28$ ($p < 0,001$) проявами. Схожа тенденція спостерігалась і при аналізі інтенсивності зазначених показників: емоційні $24,31 \pm 0,46$ ($p < 0,001$), мнестичні $13,80 \pm 0,43$ ($p < 0,001$), диссомнічні $11,22 \pm 0,44$ ($p < 0,001$), аддиктивні $4,03 \pm 0,23$ ($p < 0,01$), соматичні $21,38 \pm 0,36$ ($p < 0,001$) прояви були достовірно нижчими у респондентів групи 1, порівняно з групою 2. Згідно тесту рівня соматичних скарг, у осіб з ЕАВ ППД усі показники, крім шкали М, були достовірно ($p < 0,001$) нижчі, ніж у обстежених з ІОВ ППД. Рівні оцінки невротичних станів при ІОВ ППД були достовірно більш значні за шкалами депресії $-3,20 \pm 0,30$ ($p < 0,01$), астенії $-2,13 \pm 0,32$ ($p < 0,01$), фобій $-4,51 \pm 0,37$ ($p < 0,01$) та вегетативних порушень $-12,52 \pm 0,41$ ($p < 0,001$).

Виразність психопатологічної симптоматики (за опитувальником SCL-90-R), майже по всіх шкалах (за винятком «паранояльності», «ворожості» та «психотизму») була достовірно вищою у осіб з ІОВ ППД, порівняно з ГП, в той час як у осіб ЕАВ ППД вищі показники, порівняно з ГП, спостерігались лише за шкалою «ворожість». При порівнянні між групами 1 і 2 виявлено, що у респондентів з ІОВ ППД вираженість психопатологічних проявів за шкалою «соматизації» була достовірно вищою, ніж у осіб з ЕАВ ППД ($p < 0,001$), у яких достовірно вищою виявилась виразність «ворожості» ($p < 0,001$).

Таким чином, можна стверджувати, що у осіб з ІОВ ППД рівень дистресу та важкість симптоматики були більш виражені, ніж при ЕАВ ППД. Ця різниця була достовірна, або проявляла тенденцію майже за всіма шкалами. Виключенням була шкала «ворожості», що узгоджується з встановленим раніше фактом більш агресивної поведінки учасників цієї групи. Також був виявлений дисонанс оцінки дезадаптивних проявів самими учасниками АТО, та їх оточенням. Поведінкові прояви та особливості реагування особистості учасники АТО розцінювали як

набуті позитивні якості, що допомагають їм у мирному житті, тоді як оточуючі негативно оцінювали нові варіанти їхньої поведінки та реагування. З перебуванням у зоні АТО учасники пов'язували лише емоційні прояви тривоги, диссомнії та вегетативні порушення. Всі інші зміни розцінювалися ними як позитивні надбання, які вони мають змогу застосовувати для більш успішного вирішення своїх проблем та досягнення життєвих цілей після участі в АТО.

У четвертому розділі “Характеристика фрустрації й психологічного захисту при постстресовій психологічній дезадаптації” приведений аналіз чинників фрустрації, характерних варіантів психологічного захисту, та результати вивчення їх взаємодії. Факторний аналіз наявних даних у осіб ГД виявив 2 фактори, які за ознаками, що їх формували, відповідали встановленим варіантам перебігу та названі як «психологічний захист при ЕАВ ППД» та «психологічний захист при ІОВ ППД». Рівні соціальної фрустрованості достовірно не відрізнялись між особами з ППД і ГП за шкалами «матеріальне становище», «відносини з батьками та суб'єктами професійної діяльності» та «відпустка». При ЕАВ ППД, в порівнянні з ГП, за шкалами «житлові, побутові та комунальні умови», «відносини з батьками», а при ІОВ ППД за шкалами, пов'язаними з роботою, освітою, вільним часом, результати не мали достовірної різниці. Спільними для обох варіантів були високі рівні, в порівнянні з ГП, за шкалами «положення в суспільстві», «спосіб життя в цілому», «відносини з дружиною та друзями», «медичні послуги». За всіма іншими шкалами рівні фрустрованості при обох варіантах були достовірно вищі в порівнянні з ГП, а за шкалами освіти, змістом роботи та відносин з колегами показники при ЕАВ ППД були достовірно вищі, ніж при ІОВ ППД. Таким чином, за значних загальних рівнях фрустрованості (середній показник ЕАВ ППД – $59,5 \pm 0,51$ балів, ІОВ ППД – $60,42 \pm 0,53$ балів), у осіб з ЕАВ ППД серед фрустраційних факторів переважали суспільно та професійно значимі, а при ІОВ ППД – пов'язані з особистісним життям.

Результати вивчення ознак психологічного захисту при ЕАВ ППД, порівняно з особами ГП, були достовірно вищі лише за шкалою заміщення ($56,38 \pm 5,24$ балів, $p < 0,001$, ГП – $28,53 \pm 4,37$ балів). У обстежених з ІОВ ППД, порівняно з ГП, достовірно вищими були показники за шкалами витіснення ($63,22 \pm 4,87$ балів, $p < 0,001$), регресії ($59,6 \pm 5,01$ балів, $p < 0,001$) та заміщення ($57,35 \pm 4,86$ балів, $p < 0,001$), та нижчі – за шкалою компенсації ($25,17 \pm 4,06$ балів, $p < 0,05$). Показники за шкалами заперечення, проєкції, інтелектуалізації та реактивного утворення достовірно не різнились у осіб обох груп ГД та ГП. В цілому, встановлено, що механізми психологічного захисту у осіб з ІОВ ППД є значно менш ефективними, ніж у респондентів ГП і ЕАВ ППД.

Результати вивчення схильності до відхиляючої поведінки за всіма шкалами методики (крім вольового контролю) у осіб з ЕАВ ППД були достовірно вищими, ніж у ГП. При ІОВ ППД спостерігались вищі показники по шкалах аддиктивної ($65,15 \pm 2,50$ балів, $p < 0,001$) та саморуйнівної ($65,22 \pm 2,40$ $p < 0,001$) поведінки, вольового контролю ($67,04 \pm 1,92$ балів, $p < 0,001$), при відсутності достовірної

різниці з ГП за усіма іншими шкалами. Між собою варіанти ППД достовірно різнилися за показниками по переважній більшості шкал: вони були нижчі у осіб з ЕАВ ППД за шкалами саморуйнації та вольового контролю, не різнилися за даними аддиктивної поведінки і були достовірно вищі за іншими шкалами, порівняно з особами з ІОВ ППД. Таким чином, розглядаючи схильність до відхиляючої поведінки як способу уникнення від взаємодії з оточенням, можна стверджувати про більш виражену схильність при ЕАВ ППД.

У п'ятому розділі “Характеристика дистресу, копінг-стратегій та стану адаптації при постстресовій психологічній дезадаптації” викладено результати дослідження поведінкових стратегій, механізмів адаптації та реакцій на стресові ситуації, притаманних учасникам АТО. Проведено факторний аналіз даних з подальшим аналізом ознак. Встановлено 2 фактори, які за ознаками, що їх формували, відповідали варіантам ППД та були названі як «копінг-стратегії ЕАВ ППД» та «копінг-стратегії при ІОВ ППД». За методикою діагностики копінг-стратегій доведено, що учасники з ППД не використовували когнітивні стратегії, які були притаманні ГП. При ЕАВ ППД продуктивними були 46,67±5,76% (шкала самооцінки) та відносно продуктивними 20,00±4,62% (шкала надання сенсу). При ІОВ ППД лише 31,51±5,44% були відносно продуктивними. Усі інші варіанти використовуваних стратегій були непродуктивними. Серед емоційних копінг-стратегій при ЕАВ ППД продуктивними та відносно продуктивними були шкали протесту (30,67±5,32%) та емоційного розряду (20,00±4,62%), а при ІОВ ППД – емоційної розрядки (21,92±4,84%) та пасивної кооперації (8,22±3,21%). Усі інші стратегії були непродуктивні. Серед поведінкових стратегій при обох варіантах ППД були відсутні продуктивні стратегії – при ЕАВ ППД переважали відносно продуктивні, а при ІОВ ППД – непродуктивні. При співставленні ознак проактивної долаючої поведінки при обох варіантах ППД переважало превентивне (ЕАВ ППД – 38,17±1,86 балів, ІОВ ППД – 36,22±2,04 балів) та рефлексивне (ІОВ ППД – 36,11±2,45 балів) подолання, в порівнянні з ГП. Результати доповнювались більш високими та диференційованими по варіантах ППД показниками тесту «Схильність до відхиляючої поведінки».

Факторний аналіз виявив також два фактори, які були названі як «характер адаптації при ЕАВ ППД» та «характер адаптації при ІОВ ППД», та відповідали варіантам ППД. Ознаки факторів, що представляли результати опитувальника «Адаптивність» показали, що по всіх застосованих шкалах показники у осіб ГД з обома варіантами ППД, були достовірно нижчими, ніж у ГП. При аналізі в ГД встановлено, що при ЕАВ ППД показники були достовірно нижчими за шкалами КП, ОАП, АС і ДАП і вищими – за шкалою ПР, та не різнилися за шкалами МН та ПС. Це вказувало на більш виражений рівень дезадаптації у осіб з ІОВ ППД.

Результати визначення впливу психотравмуючої ситуації на стан обстежених ГД не різнилися за загальним балом. При ЕАВ ППД показники були достовірно більш високі по шкалі вторгнення (25,13±3,76 балів) та фізіологічного збудження (23,06±3,16 балів), а при ІОВ ППД – шкалі уникнення (27,32±3,49 балів).

Аналіз феномену посттравматичного зростання додав додаткової інформації для оцінки стресорного впливу на якості особистості. Зафіксовані зміни були достовірно більш виражені при ЕАВ ППД і відсутні лише по шкалах «духовні цінності» та «цінності життя». Посттравматичний ріст як сума шкал при ЕАВ ППД ($81,23 \pm 1,88$ балів) значно перевищував такий у осіб з ІОВ ППД ($47,38 \pm 2,04$ балів). Більш високі, як за окремими шкалами, так і сумарні рівні посттравматичного зростання, при ЕАВ ППД, свідчили про позитивні, з точки зору особистості, зміни: покращення відношення до інших людей у бік більшої відкритості, позитивності, жалю; появі відчуття нових можливостей, бажання змін, почуття більшої впевненість у собі, сили подолання труднощів. При ІОВ ППД ці зміни були значно менші, що в сполученні з показниками життєстійкості свідчило про більш виражену дезадаптацію і низький рівень ресурсів для процесів реадаптації.

Рівень життєстійкості розглядався як інтенсивність та сила відповіді особистості на стресовий вплив. В порівнянні варіантів ППД, майже в 2 рази більш висока життєстійкість при ЕАВ ППД ($p < 0,01$) свідчила про наявність бурхливої, потужної реакції з інтенсивними проявами при впливах стресових факторів і фруструючих обставин. А в сполученні з рівнем відхиляючих поведінкових патернів, ставала показником долучення дезадаптаційних способів реагування. Знижена життєстійкість при ІОВ ППД свідчила про зниження (виснаження) реакції на стрес і була показником долучення явищ астенії та депресії при виникненні стресорних станів й фрустрації, особливо при пролонгованому впливі.

У шостому розділі “Патогенетичні механізми формування постстресової психологічної дезадаптації та результати її психокорекції” розглянуті вірогідні механізми та патогенетична схема формування ППД. Результати тесту «Біографічний опитувальник» надали інформацію щодо характеристик особистості в умовах виявлених фруструючих обставин, що сформувались в результаті впливу на неї чинників соціального та сімейного середовища, біографії та життєвого досвіду. Для групи з ЕАВ ППД було характерне підвищення показників усіх шкал, за виключенням шкали FAM на тлі достовірного зниження шкали ICHSTK. Учасники з ІОВ ППД демонстрували достовірно більш помірне підвищення показників шкал на тлі зростання шкал FAM та ICHSTK, зниження рівня шкали E. Достовірно групи різнилися і рівнем шкали SOZLAG – більш високими для ЕАВ ППД. Аналіз по факторах тесту показав наявність ознак синдрому сімейного дефіциту при ІОВ ППД; синдром екстраверсії – при ЕАВ ППД; невпевненість у собі, слабкість «Я», та актуальну напругу в професійній та особистісній сферах, більш виражену при ІОВ ППД. Таким чином, результати дослідження дозволяють стверджувати про наявність суттєвих відмінностей в витоках особистісних особливостей формування підґрунтя розвитку фрустраційних станів в аналізованих варіантах ППД в порівнянні з ГП.

Дані тесту «Психологічна автобіографія» доповнили та розширили розуміння основи розвитку ППД. В порівнянні з ГП, при ППД були достовірно знижені загальна кількість значущих подій, особливо ретроспекцій, серед яких переважали малозначимі радісні. В порівнянні подій за типом між варіантами ППД, при ЕАВ ППД переважали події соціального характеру, а при ІОВ ППД – особистісного; за видом – при ЕАВ ППД – суспільство, міжособистісні відносини та робота, а при ІОВ ППД – родина, матеріальне положення, робота. Це свідчило про переоцінку особистістю з ППД місця та значимості свого життєвого шляху після участі в АТО.

Проведений факторний аналіз усіх результатів дослідження виявив факторну структуру ППД, яка складалася із 4 факторів (табл. 1).

Таблиця 1

Факторна структура аналізу постстресової психологічної дезадаптації

№ зп	Фактор	Факторне навантаження
1.	Нові поведінкові стратегії при ЕАВ ППД	25,323
2.	Посттравматичні порушення при ІОВ ППД	23,157
3.	Посттравматичні порушення при ЕАВ ППД	19,461
4.	Нові поведінкові стратегії при ІОВ ППД	16,526

Аналіз ознак кожного із факторів дозволив присвоїти назви, які відображали сутність кожного з них. Для факторів «Нові поведінкові стратегії при ЕАВ ППД» та «Нові поведінкові стратегії при ІОВ ППД» були характерні ознаки, які представляли копінг-стратегії, психологічний захист, схильність до відхиляючої та варіанти подолаючої поведінки, рівень життєстійкості та її складових, особливості впливу травмуючої події та характеристики посттравматичного зростання, характер життєвого досвіду (за біографічним опитувальником), джерела й інтенсивність фрустрації та особливості психологічної автобіографії. Рівні цих ознак відповідали вказаним варіантам психологічної дезадаптації.

В структуру факторів «Посттравматичні порушення при ІОВ ППД» і «Посттравматичні порушення при ЕАВ ППД» входили ознаки, що характеризували рівні та актуальність скарг, виразність психопатологічної симптоматики, рівень психосоматичних скарг, адаптивність та рівні стресу, виявлення і оцінку невротичних станів, рівень життєстійкості та характер посттравматичного зростання, особливості життєвого досвіду та психологічної автобіографії.

Аналіз отриманих даних дозволив узагальнити виявлені фактори в патогенетичну схему розвитку постстресової психологічної дезадаптації (рис. 1).



Рис. 1. Патогенетична схема розвитку постстресової психологічної дезадаптації

Виявлені фактори та групування їх ознак підтвердили гіпотезу про різне походження виявлених відхилень. Першою структурою, яка продукує явища психологічної дезадаптації, є набуті під час участі в АТО нові поведінкові стратегії (патерни). Можна сказати, що в результаті участі в АТО особистість набула нового, актуального для неї, досвіду та одержала додаткові інструменти для більш успішної життєдіяльності. Два інших фактори, за сукупністю своїх ознак, представляють, власне, психологічну дисфункцію як реакцію на перманентний стресорний стан з ознаками вітальної загрози при участі в АТО. Різниця між встановленими варіантами дезадаптації зводиться до різниці в рівнях, спектру, значимості та характеру проявів дезадаптації. Для ІОВ ППД характерний більш виражений та важчий перебіг порушень, ніж при ЕАВ ППД.

На основі виявленої структури механізмів формування психологічної дезадаптації, варіантів її проявів, були сформульовані засади диференційованої патогенетичної психокорекції ППД (рис. 2).

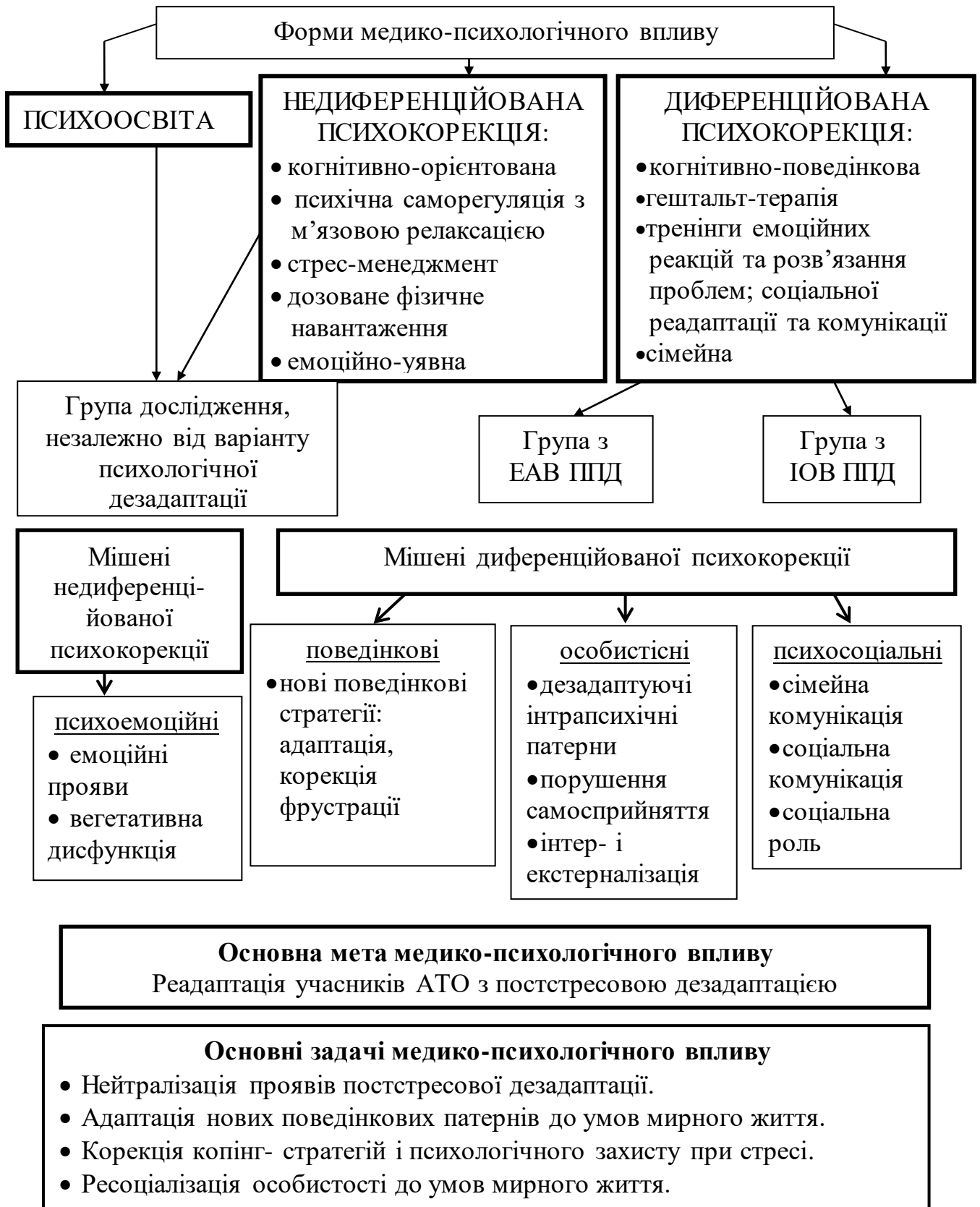
Запропонована програма психокорекції ППД у співробітників МВС України – учасників АТО, складалась з декількох етапів. Після першого, психодіагностичного етапу, приділяли увагу встановленню терапевтичного альянсу та формуванню мотивації до участі у психокорекційній роботі.

Потім здійснювали психоосвітні заходи, які, одночасно, слугували підготовчим етапом для проведення психокорекційних впливів, які реалізовували у два етапи: недиференційованої (загальної) та диференційованої (специфічної) психокорекції. Загальні психокорекційні впливи були спрямовані на неспецифічні мішені, диференційовані – на патогномонічні для осіб з різними варіантами ППД.

Недиференційована психокорекція проводилась з використанням технік когнітивно орієнтованої психотерапії, психічної саморегуляції з елементами м'язової релаксації, стрес-менеджменту (фізична активність, релаксація, дихальні вправи), емоційно-уявної психотерапії. Для диференційованої психокорекції використовували техніки когнітивно-поведінкової психотерапії, гештальт-терапії, тренінги емоційних реакцій та розв'язання проблем, пов'язаних з бойовим минулим, тренінги соціальної реадaptaції та комунікації, за можливості – елементи сімейної психотерапії.

Застосування недиференційованої психокорекції було спрямоване на нейтралізацію проявів та корекцію емоційної сфери досліджуваних; корекцію симптомів вегетативної дисфункції та відновлення балансу вегетативної регуляції.

Диференційована психокорекція була спрямована на поведінкові механізми і прояви, когнітивні процеси. Перш за все, це корекція наявного внутрішнього конфлікту (когнітивного та поведінкового дисонансу), що розвинувся внаслідок стресового впливу участі в бойових діях. Наступним була реінтеграція особистості до соціальних умов мирного життя з наявними надбаними новими поведінковими стратегіями, які не завжди є адекватними для мирного життя. Важливим було відновлення механізмів психологічного захисту та адаптації; відновлення системи особистісних життєвих принципів та цінностей особистості. Звичайно, що така психокорекція носила диференційований характер для кожного учасника та відповідала індивідуальним характеристикам ППД.



Основна мета медико-психологічного впливу
Реадaptaція учасників АТО з постстресовою дезадаптацією

Основні задачі медико-психологічного впливу

- Нейтралізація проявів постстресової дезадаптації.
- Адаптація нових поведінкових патернів до умов мирного життя.
- Корекція копінг- стратегій і психологічного захисту при стресі.
- Ресоціалізація особистості до умов мирного життя.

Рис. 2. Програма патогенетичної психокорекції посттравматичної психологічної дезадаптації

Мішенями для проведення психокорекції, відповідно поставлених задач, було вибрано наступні ланки патогенетичних механізмів:

1. Поведінкові стратегії подолання фруструючих обставин – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість.
2. Нові поведінкові патерни та їх інтеграція в структуру особистості – внутрішньо особистісні конфлікти, можливість вибору, соціальна конфліктність.
4. Емоційні та вегетативні прояви – обставини та зміст стресового впливу.
5. Копінг-стратегії та психологічний захист на стресовий вплив.

Після проведеної психокорекції проводилась повторна оцінка стану за допомогою опитувальника оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, виявлення і оцінки невротичних станів, багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність" та тесту життєстійкості S. Maddy. В результаті проведеної психокорекції, диференційованої в залежності від варіанту ППД, показники дослідження по усіх методиках не мали достовірної різниці від ГП. Особливістю було те, що при ІОВ ППД спостерігались відхилення, які мали характер тенденції та зберігали спрямованість змін до психокорекції. При ЕАВ ППД нормалізація показників була на рівні ГП, або краща (особливо це стосувалось змін з боку емоційних та психопатологічних проявів). При катamnестичному спостереженні через 6-7 місяців після психокорекції, в обох варіантах ППД результати не виходили за рамки ГП ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. В дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної задачі медичної психології з обґрунтування й розробки заходів диференційованої психокорекції постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників бойових дій, що зроблено на основі ідентифікації специфіки клініко-психологічних проявів та механізмів розвитку даного феномена у зазначеного контингенту.

2. Теоретичний аналіз наукових даних дозволяє зробити висновок, що постстресова психологічна дезадаптація є мультифакторним розладом доклінічного рівня, в основі виникнення якого лежить неспроможність або відсутність механізмів адаптації до стресового чинника, або його занадто велика сила впливу. Клініко-психологічні варіанти постстресової психологічної дезадаптації обумовлюються індивідуально-психологічними і соціально-психологічними чинниками. Сучасні погляди на психокорекцію постстресової психологічної дезадаптації не носить системного та диференційованого характеру, що призводить до її подальшої трансформації в клінічні форми розладів.

3. Встановлено 2 варіанти перебігу постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС – учасників бойових дій: екстрапунітивно-афективний та інтрапунітивно-особистісний. В структурі першого переважали прояви з боку емоційної сфери на тлі значно помірнішого рівня й значимості

психосоматичних та невротичних. Для інтрапунітивно-особистісного варіанту характерні переважно поведінкові, когнітивні прояви та невротичні включення на тлі емоційних скарг. При обох варіантах учасники пов'язували з участю в бойових діях емоційні, психосоматичні (вегетативні) та диссомнічні скарги. Поведінкові та когнітивні прояви такої асоціації не викликали. Виявлена дисоціація оцінки нових поведінкових патернів та реагування з точки зору учасників та їх оточення. Учасники бойових дій оцінювали їх як позитивні для себе надбання, що значно покращили їх можливості в умовах мирного життя. Оточуючими ці зміни в поведінці та рисах характеру оцінювались негативно. У учасників з екстрапунітивно-афективним варіантом дезадаптації нові патерни поведінки та реагування носили переважно суспільно та соціально спрямований характер. При інтрапунітивно-особистісному варіанті нові патерни носили особистісну спрямованість.

4. У учасників бойових дій виявлено високі рівні фрустрованості, що характеризували витoki стресорного впливу в різних сферах життя. За значних загальних рівнях та відсутності достовірної різниці (екстрапунітивно-афективний варіант – $59,5 \pm 0,51$ балів, інтрапунітивно-особистісний варіант – $60,42 \pm 0,53$ балів), незначна перевага при першому варіанті пов'язана з суспільно та професійно значимими сферами, а при другому – з особистісним життям.

У учасників бойових дій значно знижена ефективність механізмів психологічного захисту. Найбільша напруга та незрілість механізмів захисту виявлена при інтрапунітивно-особистісному варіанті дезадаптації. Дані за шкалами витіснення ($63,22 \pm 4,87$), регресії ($59,68 \pm 5,01$) та заміщення ($57,35 \pm 4,86$) достовірно вищі, а компенсації – нижчі ($25,17 \pm 4,06$) по відношенню до групи порівняння. В порівнянні з екстрапунітивно-афективним результати за шкалами витіснення ($63,22 \pm 4,87$) і регресії ($59,68 \pm 5,01$) вищі, а компенсації – достовірно нижчі ($25,17 \pm 4,06$). Високі рівні схильності до відхиляючої поведінки як способу уникнення взаємодії з оточенням, особливо при екстрапунітивно-афективному варіанті, підтверджують неефективність психологічного захисту. При наявності високих рівнів фрустрованості, такі порушення з боку механізмів психологічного захисту розцінені як підґрунтя для розвитку психологічної дезадаптації.

5. При постстресовій психологічній дезадаптації виявлено зниження продуктивності когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій, які більш значимі при інтрапунітивно-особистісному варіанті. При цьому, у учасників висока схильність до відхиляючої поведінки, по більшості шкал достовірно більш виражена при екстрапунітивно-афективному варіанті. Перевага перед емоційними та рефлексивними способами проактивної подолаючої поведінки при цьому варіанті дозволяє стверджувати, що при екстрапунітивно-афективному варіанті особистістю активно використовуються нові поведінкові патерни, що притаманні для діяльності в умовах стресу. При інтрапунітивно-особистісному варіанті використання нових патернів загальмоване.

6. Встановлено, що при обох варіантах психологічної дезадаптації в учасників бойових дій високий рівень дистресу та дезадаптації. При інтрапунітивно-особистісному варіанті важкість психологічних порушень, рівні дистресу та дезадаптивних змін значно виразніші, ніж при екстрапунітивно-афективному варіанті. На це вказували результати опитувальників SCL-90-R та «Адаптивність». На цьому тлі достовірно більш високі рівні впливу травмуючої події, життєстійкості та посттравматичного зростання при екстрапунітивно-афективному варіанті свідчать про позитивно оцінюваний, суб'єктивний стан особистості при цьому варіанті та застосування особистістю в мирному житті нових поведінкових стратегій. Наявні явища дезадаптації та дистресу вірогідно пов'язані з формуванням нових копінг-стратегії на основі набутих при участі в бойових діях, поведінкових патернів. При інтрапунітивно-особистісному варіанті цей процес можливо блокований наявним когнітивним дисонансом, що значно погіршувало ступінь адаптації.

7. В структурі постстресової психологічної дезадаптації в службовців МВС України, що приймали участь в АТО виділено екстрапунітивно-афективний та інтрапунітивно-особистісний варіанти її проявів. Вони різняться між собою характеристиками дезадаптивних проявів, дистресу, психологічного захисту та копінг-стратегій. Постстресова психологічна дезадаптація складається з двох структур, які мають різне походження та грають різні ролі в її формуванні. Це структура нових поведінкових стратегій і власне посттравматичні порушення. Кожній встановленій структурі відповідно варіанту дезадаптації характерні відповідні зміни в поведінковій, емоційній та когнітивній сферах особистості. Витоки встановлених варіантів ППД знаходяться в особливостях виховання та набутого життєвого досвіду. Ці положення підтверджено встановленими факторами факторного аналізу, які за характером ознак, що їх формували, відповідали виділеним варіантам та структурам постстресової психологічної дезадаптації.

8. Запропонована та апробована психокорекційна програма надання психологічної допомоги при постстресовій психологічній дезадаптації у співробітників МВС України, що приймали участь у АТО. Диференційована, в залежності від варіанту перебігу проявів дезадаптації, психокорекція, дозволяє нейтралізувати її прояви та попередити трансформацію в клінічно окреслені, нозологічні форми. За результатами контрольного дослідження після психокорекції, учасники не відрізнялись від групи порівняння. Катамнестичне спостереження показало ефективність та стійкість змін, що були досягнуті в процесі психологічної корекції явищ дезадаптації.

Зазначена програма впроваджена в медико-психологічну практику лікарні з поліклінікою СМО ГУ МВС України у Львівській області (акт впровадження від 19.12.2016) та ДУ «Центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору МВС України» (акт впровадження від 27.12.2016). Отримані наукові дані використовуються в учбовому процесі кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації ХМАПО МОЗ України.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у спеціалізованих фахових наукових виданнях України

1. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. №1 (37). С. 8 – 13. (дисертанту належить ідея роботи, ним отримані та узагальнені основні інформаційні матеріали, сформульовано висновки).

2. Козира П. В. Характеристика адаптивної поведінки і копінг-стратегій у співробітників МВС України – учасників АТО // Медична психологія. 2016. Т. 11, № 4. С. 59 – 65.

Статті у фахових виданнях України, які індексуються в міжнародних наукометричних базах даних

3. Козира П. В. Механізми психологічного захисту в генезі психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 85 – 92.

4. Козира П. В. Патогенетичні механізми формування постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // Психологічний часопис. 2016. вип. 4, № 2. С. 211 – 221.

5. Козира П. В. Психокорекція постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. вип. 6, том 2. С. 173 – 176.

Статті у зарубіжних наукометричних фахових виданнях

6. Козира П. В. Дістрес та адаптація у співробітників МВС України після участі в АТО // Science of Europe (Praha, Czech Republic). 2016. vol. 4, # 9 (9). P. 31 – 36.

7. Козира П. В. Феноменологія психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників в АТО // American Scientific Journal. 2016. № 8 (8). С. 40 – 46.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

Тези в матеріалах наукових заходів

8. Козира П. В., Маркова М. В. Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // Український вісник психоневрології. 2015. Том 23, вип. 3 (84). Тези доповідей наукового симпозіуму з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1 – 2.10.2015, м. Дніпропетровськ. С. 130 – 131. (здобувачем особисто отримані, проаналізовані та інтерпретовані емпіричні дані, зроблено узагальнення та висновки).

9. Козира П. В. Викривлення механізмів психологічного захисту та копінгу як основа постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС

України – учасників АТО // International scientific conference «Current issues and problems of social sciences» (Kielce, Poland, 28 – 30.06.2016). P. 181 – 182.

10. *Козира П. В.* Стан механізмів психологічного захисту при постстресовій психологічній дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Психологія та педагогіка: Історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень» (Одеса, 16 – 17.09.16). С. 6 – 8.

11. *Козира П. В.* Варіанти копінг-стратегій та адаптивної поведінки у співробітників МВС України – учасників АТО // II міжнародна конференція «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених з зони АТО на базі Центру психосоціальної реабілітації Фельдман Екопарк», 12 – 13.10.2016. Харків, Україна. 2016. С. 22 – 24.

12. *Козира П. В.* Особливості стресового реагування та постстресової дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти: зб. наук. праць» / за заг. ред. д. філос. н. Журбі М. А. Монреаль, СРМ «ASF», 2016. С. 129 – 131.

АНОТАЦІЯ

Козира П. В. Дезадаптивні стани та їх корекція у співробітників МВС України – учасників бойових дій. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2017.

В дисертаційному дослідженні на основі вивчення феноменології, механізмів психологічного захисту, копінг-стратегій та особливостей адаптації при посттравматичній психологічній дезадаптації, встановлені варіанти її проявів та розроблена модель формування механізмів дезадаптації. Запропонована та апробована програма диференційованої психокорекції порушень.

На підставі аналізу результатів дослідження встановлено 2 варіанти перебігу психологічної дезадаптації: «екстрапунітивно-афективний», при якому переважали прояви з боку емоційної сфери, та «інтрапунітивно-особистісний» з переважно поведінковими та когнітивними на тлі емоційних скарг. Поведінкові прояви та особливості реагування розцінювались учасниками бойових дій як позитивні набуті якості. Виявлено високі рівні соціальної фрустрованості, сфери якої залежали від варіанту проявів. Встановлено значне зниження ефективності механізмів психологічного захисту, особливо при «інтрапунітивно-особистісному» варіанті. При дезадаптації виявлено зниження продуктивності когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій. Показано, що при «інтрапунітивно-особистісному» варіанті рівень дістресу, важкість психологічних порушень та ступінь дезадаптивних змін значно виразніші.

Аналіз сукупності даних дослідження показав наявність двох складових в структурі посттравматичної психологічної дезадаптації, які мають різне походження та грають різні ролі в формуванні дезадаптації. Це структури нових поведінкових стратегій і власне посттравматичні порушення, що підтверджено виділеними факторами при факторному аналізі. Кожній встановленій структурі відповідно варіанту дезадаптації характерні відповідні зміни в поведінковій, емоційній та когнітивній сферах особистості. Витоки встановлених варіантів ППД знаходяться в особливостях виховання та набутого життєвого досвіду.

Запропонована та апробована програма надання диференційованої, в залежності від варіанту дезадаптації, психокорекційної допомоги при посттравматичній психологічній дезадаптації, яка дозволила нейтралізувати прояви та попередити їх трансформацію в клінічно окреслені, нозологічні форми. Катамнестичне спостереження показало ефективність та стійкість змін.

Ключові слова: постстрессова психологічна дезадаптація, бойові дії, психологічний захист, стрес, адаптація, копінг-стратегія, фрустрація, психологічна корекція, психологічні прояви, особистісні особливості.

АННОТАЦІЯ

Козыра П. В. Дезадаптивные состояния и их коррекция у сотрудников МВД Украины - участников боевых действий. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины. Харьков, 2017.

В работе на основе комплексного и всестороннего исследования феномена постстрессовой психологической дезадаптации, осуществлен анализ проявлений, состояния психологической защиты, копинг-стратегий, уровней дистресса и адаптации, механизмов взаимодействия всех звеньев расстройства у сотрудников МВД Украины, которые принимали участие в боевых действиях. Установлено наличие двух вариантов структуры постстрессовой психологической дезадаптации - экстрапунитивно-аффективный и интрапунитивно-личностный, которые отличались своими проявлениями, состоянием психологической защиты и копинг-стратегиями, уровнями дистресса и эффективностью адаптации.

Экстрапунитивно-аффективный вариант характеризуется преобладанием проявлений со стороны эмоциональной сферы; для интрапунитивно-личностного характерны преимущественно поведенческие, когнитивные проявления и невротические включения на фоне эмоциональных жалоб.

Факторный анализ данных выявил 2 фактора, которые по признакам отвечали характеристикам установленных вариантов проявлений. Поведенческие изменения и особенности реагирования личности участники расценивали как позитивные приобретенные качества. Окружающие же негативно оценивали новые варианты их поведения и реагирования. У участников выявлены высокие уровни фрустрированности. При значительных общих уровнях, для

экстрапунитивно-аффективного варианта характерны общественно и профессионально значимые, а для интрапунитивно-личностного – связанные с личной жизнью, факторы.

Установлено значительное снижение эффективности механизмов психологической защиты, особенно при интрапунитивно-личностном варианте дезадаптации – данные за шкалами вытеснения, регрессии и замещения достоверно более высокие, а компенсации – более низкие по отношению к группе сравнения. При психологической дезадаптации выявлено снижение эффективности когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий. Изменения по большинству показателей более выражены при интрапунитивно-личностном варианте дезадаптации. Вывод подтверждают исследования проактивного совладающего поведения в зависимости от варианта дезадаптации и склонности к отклоняющему поведению.

Установлено, что при интрапунитивно-личностном варианте дезадаптации уровень дистресса, тяжесть и степень дезадаптивных изменений значительно более выразительны, чем при экстрапунитивно-аффективном варианте. По всем примененным шкалам опросника "Адаптивность" показатели в обоих вариантах достоверно выше группы сравнения. Уровни жизнестойкости и посттравматического роста при экстрапунитивно-аффективном варианте был достоверно выше, чем при интрапунитивно-личностном варианте дезадаптации.

В составе посттравматической психологической дезадаптации выделено две структуры, которые имеют разное происхождение и играют разные роли в формировании дезадаптации. Это структура новых поведенческих стратегий и собственно посттравматические нарушения. Это подтверждено выделенными факторами факторного анализа для каждого из установленных вариантов. Каждой установленной структуре соответственно варианту дезадаптации характерны соответствующие изменения в поведенческой, эмоциональной и когнитивной сферах личности. Установлена роль новых поведенческих стратегий в развитии постстрессовой психологической дезадаптации, и их значимость для успешной реадaptации служащих к мирной жизни. Выявлена диссоциация оценки качества и значимости проявлений психологической дезадаптации между личностью сотрудника и его окружением.

Предложена и апробирована психокоррекционная программа предоставления психологической помощи при посттравматической психологической дезадаптации у сотрудников МВД Украины, которые принимали участие в боевых действиях. Дифференцированная, в зависимости от варианта дезадаптации, психокоррекция, позволяет нейтрализовать ее проявления и предупредить трансформацию в клинически очерченные, нозологические формы. Катамнестическое наблюдение показало эффективность и стойкость изменений, которые были достигнуты в процессе психологической коррекции явлений дезадаптации.

Ключевые слова: постстрессовая психологическая дезадаптация, боевые действия, психологическая защита, стресс, адаптация, копинг-стратегия,

фрустрация, психологическая коррекция, психологические проявления, личностные особенности.

ANNOTATION

Kozyra P. V. Disadaptive states and their correction in MIA employees of Ukraine who participated in military actions. – A manuscript.

A thesis submitted for a degree of Candidate of Psychological Sciences Candidate in specialty 19.00.04 Medical Psychology – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2017.

This thesis is based on the study of phenomenology and mechanisms of psychological protection, coping strategies and characteristics of adaptation in post-traumatic psychological disadaptation. Variants of its manifestations and the formation of its disadaptation mechanisms were determined and developed. The scheme of differentiated psychological correction and prevention of violations was proposed and approved.

2 types of the course of psychological disadaptation were determined based on the analysis of study results : "extrapunitive affective" that is dominated by symptoms of emotional sphere and "intrapunitively personal " predominantly with cognitive and behavioral manifestations on the background of emotional complaints. Behavioral manifestations and characteristics of the response were considered by combats as acquired positive qualities. A significant reduction in the effectiveness of the mechanisms of psychological protection, especially in "intrapunitively personal variant" was defined . A reduction in the productivity of cognitive, emotional and behavioral coping strategies was identified in disadaptation. It is shown that in "intrapunitively personal variant" of distress level, the severity of psychological disorders and the degree of disadaptation changes were much more significant.

Analysis of aggregate data studies have shown the presence of two components in the structure of post-traumatic psychological disadaptation that have different origins and different roles in the formation of disadaptation. This are structures of new behavioral strategies namely post-traumatic disorders that is confirmed by the selected factors in the factor analysis. Typical changes in behavioral, emotional and cognitive spheres of personality correspond to each structure according the variant of disadaptation. The origins of installed PPD options are connected with peculiarities of upbringing and acquired life experience.

The scheme of getting psychological correction in post stressed psychological disadaptation depending on the variant of disadaptation was proposed and approved . This allowed to overcome its manifestations and to prevent the transformation of clinically defined, nosological forms. Follow-up observations showed the effectiveness and sustainability of the changes.

Key words: post stressed psychological disadaptation, military actions, psychological defense, stress ,adaptation, coping strategy, frustration, psychological correction, psychological manifestations, personal traits.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- АТО – антитерористична операція
- ГД – група дослідження
- ГП – група порівняння
- ДУ – Державна установа
- ЕАВ – екстрапунітивно-афективний варіант
- ІОВ – інтрапунітивно-особистісний варіант
- МВС – Міністерство внутрішніх справ
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- МОН – Міністерство освіти і науки
- НДР – науково-дослідна робота
- ПВНЗ – Приватний вищий навчальний заклад
- ППД – постстресова психологічна дезадаптація
- ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
- шкала М – шкала «шлункові скарги» тесту рівня соматичних скарг
- шкала АС – шкала «астенічні реакції та стани» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала КП – шкала «комунікативний потенціал» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала ДАП – шкала «дезадаптаційні порушення» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала МН – шкала «моральна нормативність» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала ОАП – шкала «особистісний адаптаційний потенціал» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала ПР – шкала «поведінкове регулювання» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала ПС – шкала «психотичні реакції та стани» особистісного опитувальника "Адаптивність"
- шкала Е – шкала «екстраверсія» тесту Біографічний опитувальник»
- шкала FAM – шкала «суб'єктивний опис сімейної ситуації в дитинстві і юності, взаємодії з батьками, відношення сім'ї до оточуючих» тесту Біографічний опитувальник»
- шкала ICHSTK – шкала «сила «Я», самовпевненість, здатність домогтися свого» тесту Біографічний опитувальник»
- шкала SOZLAG – шкала «вплив факторів зовнішнього середовища, що викликають виражене напруження в особистих і соціальних ситуаціях» тесту Біографічний опитувальник»

Підписано до друку 24.05.2017 р. Формат 60x90/16
Папір офсетний. Друк цифровий. Умов. друк. арк. 0,9. Тираж 100 прим. Зам. 521.
Віддруковано: ФОП Здоровий А.Я. «Оперативна поліграфія».
61003, м. Харків, пров. Кравцова, 11, тел. 754-55-07