

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ  
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР  
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

**ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ  
В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Методичний посібник**

**Київ – 2015**

**ББК 88.4:88.35**  
**УДК 159.9:159.96**

**Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С.** Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.  
ISBN

У методичному посібнику викладено основні концепції та моделі стресу, загальні механізми його розвитку, розкрито поняття травматичного та бойового стресу та висвітлено прояви бойової психічної патології.

Запропоновано заходи з профілактики негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, а також надано рекомендації щодо надання психологічної допомоги в умовах бойових дій.

Рецензент:

*Клименко В.В.* – доктор психологічних наук, професор, головний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

Рекомендовано до друку Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол № 9 від 25 вересня 2015 р.)

ISBN

© Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С.

## ЗМІСТ

Вступ. ....	5
<b>РОЗДІЛ 1. КРИЗА, КРИЗОВА ПОДІЯ, КРИЗОВА СИТУАЦІЯ, КРИЗОВИЙ СТАН, КРИЗОВЕ РЕАГУВАННЯ: СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ . . . .</b>	<b>7</b>
<b>РОЗДІЛ 2. СТРЕС. КОНЦЕПЦІЇ ТА МОДЕЛІ СТРЕСУ . . .</b>	<b>13</b>
2.1. Загальні механізми розвитку стресу. ....	13
2.2. Стадії розвитку загального адаптаційного синдрому . . . . .	18
2.3. Динаміка розвитку стресу . . . . .	22
2.4. Розгортання стрес-реакції в часі . . . . .	24
2.5. Основні концепції стресу . . . . .	24
2.6. Психологічний та емоційний стрес . . . . .	26
<b>РОЗДІЛ 3. СТРЕС І ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ . . . . .</b>	<b>32</b>
3.1. Травматичний стрес. ....	32
3.2. Психотравма як наслідок травматичного стресу. .	41
3.3. Поняття бойового стресу. ....	44
3.4. Змінені психічні стани військовослужбовців, викликані бойовий діями. ....	54
3.5. Бойова психічна травма. ....	62
3.6. Критерії діагностики бойової психічної травми. . .	71
3.7. Динаміка розвитку бойової психічної патології. . . .	86
3.8. Прояви бойової психічної патології. ....	89
3.9 Психотравмуючі фактори локального військового конфлікту. ....	94
<b>РОЗДІЛ 4. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ . . . . .</b>	<b>102</b>
4.1. Використання технології багатомірного скринінгу . .	105

4.2. Прогнозування розвитку у військовослужбовців патологічних станів, пов'язаних з негативним стресом бойових дій .....	108
4.3. Прогнозування розвитку негативних психічних станів військовослужбовців на підставі їх індивідуально-особистісних особливостей .....	115
<b>РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ .....</b>	<b>119</b>
Додатки .....	156
Література .....	161

## ВСТУП

У зв'язку з подіями, які пов'язані із загрозою територіальній цілісності України, наша держава проводить антитерористичну операцію на сході країни, в ході якої задіяні десятки тисяч осіб.

Події ж, які відбуваються в зоні проведення АТО характеризуються високою інтенсивністю, напруженістю, швидкоплинністю. За цих умов психіка військовослужбовців функціонує на межі допустимих навантажень. Виснаження призводить до зниження ефективності функціонування діяльності в екстремальних умовах збройного протистояння, психічних травм і психічних розладів короткочасного чи довготривалого характеру.

Реакція військовослужбовців на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей їх копінг-поведінки. Значимість впливу на психіку військовослужбовців тих чи інших бойових стресорів та можливий розвиток наслідків переживання бойової психічної травми визначається їх індивідуально-психологічними особливостями і особистісними властивостями, рівнем психологічної та професійної підготовки до ведення бойових дій, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприйняття військовослужбовцями місця і ролі бойових дій в історії та перспективі їх системи життєдіяльності. В свою чергу, ефективність копінг-поведінки військовослужбовця залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки; характеру використовуваних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому; наявності у військовослужбовця досвіду копінг-поведінки в бойовій обстановці і його змісту.

Прояви негативних психічних станів, бойової психічної травми, у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки, в силу їх соціально-економічних наслідків для країни, вимагають невідкладного запровадження і активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів.

На сьогодні існує гостра необхідність впровадження та активного використання ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, з метою попередження порушення психічного здоров'я військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу.

Даний методичний посібник розроблено з метою полегшити роботу командирів, заступників командирів по роботі з особовим складом, психологів та інших фахівців, які працюють в рамках даної проблематики. Рекомендації, представлені в методичному посібнику націлені на удосконалення психологічної роботи з профілактики негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців та надання психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій.

## РОЗДІЛ 1

### КРИЗА, КРИЗОВА ПОДІЯ, КРИЗОВА СИТУАЦІЯ, КРИЗОВИЙ СТАН, КРИЗОВЕ РЕАГУВАННЯ: СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ

Військовослужбовці, які виконують бойові завдання в зоні АТО, перебувають в умовах, що характеризуються надекстремальним впливом різного роду стресорів на психіку, які часто призводять до виникнення у них травматичного стресу, психологічні наслідки якого в своєму граничному прояві виражаються в посттравматичних стресових розладах.

У науковій літературі більшість понять, пов'язаних із вказаною проблемою, використовуються як синоніми, а іноді ці ж самі поняття, у використанні інших авторів, мають дещо інше змістовне навантаження. Розглянемо основні з них.

Поняття “**криза**” (від грец. *krisis* – рішення, поворотний пункт, результат) – переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан. Часто в літературі поряд з поняттям “криза”, використовуються такі поняття як “кризова ситуація”, “надзвичайна ситуація”, “кризова подія”, “травматична подія”, “травмуюча подія” “критичний інцидент”, “травматичні ситуації” та ін.

Психологічне та клінічне визначення кризи різняться між собою. Психологи розуміють кризу як гострий емоційний стан, що виникає внаслідок блокування цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості [48]. Характерним є те, що людина не може подолати кризу способами, які відомі їй з минулого досвіду.

У клінічній теорії кризи це поняття використовується для позначення такої реакції на небезпечні події, яка переживається як хворобливий стан [20].

На думку Г. Олпорта, **криза** – це ситуація емоційного і розумового стресу, що потребує значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу. Найчастіше подібний перегляд уявлень призводить до зміни в структурі особистості. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер.

Особистість, яка знаходиться в кризі, не може залишатися незмінною; іншими словами, їй не вдається осмислити свій актуальний психотравмуючий досвід, оперуючи знайомими, шаблонними категоріями або використовувати прості звичні моделі пристосування.

Необхідною умовою виникнення кризи є значні емоційні навантаження, блокування найважливіших потреб індивіда і його специфічна особистісна реакція на це [36].

В ситуації кризи, під час спроби взяти під контроль свій стресовий стан, людина переживає певний вид фізичного та психологічного перевантаження. Емоційне напруження і стреси можуть призводити або до опанування новою ситуацією, або до зриву і погіршення виконання життєвих функцій. Хоча деякі ситуації можуть бути стресовими для всіх людей, вони стають кризами для тих, хто схильний до них в силу особистісних особливостей.

У психологічній літературі представлені різноманітні класифікації **“складних” ситуацій**: критичні ситуації (Ф. Василюк); ситуації фізичної небезпеки, ситуації невідомості (К. Левін); афектогенні життєві ситуації (Ф. Бассін); конфліктні ситуації, що призводять до психологічної кризи (А. Амбрумова); важкі ситуації (А. Анцупов, А. Шипілов), кризові (травматичні) події (Л. Пергаменщик) та ін.

Основними ознаками **кризової (травматичної, стресової) події**, на думку Л. Пергаменщика, є: раптовість настання цієї події; наднормативний для даної людини, для даної ситуації зміст події; виникнення внутрішньоособистісного, міжособистісного або міжгрупового конфлікту, який потребує оперативного розв’язання і відсутність у людини досвіду вирішення конфлікту такого рівня; динамічні, прогресуючі зміни в ситуації, в умовах життєдіяльності, в соціальних ролях; ускладнення процесів життєдіяльності у зв’язку з появою невідомих раніше невизначених елементів життєдіяльності, що не мають аналогів в досвіді людини; перехід ситуації у фазу нестабільності, вихід до меж адаптаційних ресурсів людини.

Отже, кризова подія – це подія, що виходить за межі звичайного людського досвіду, руйнує звичайні стереотипи поведінки і спричиняє перебудову структури особистості.



Психологічний аналіз цього поняття дозволяє виділити основні параметри кризової (травматичної) події:

- 1) несприятливі умови для життєдіяльності;
- 2) подія має загрозливий характер;
- 3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;
- 4) виснаження адаптаційних ресурсів і “прорив” адаптаційного бар’єру;
- 5) зміна динамічних стереотипів поведінки;
- 6) кризовий стан особистості [40].

На думку Є.В. П’ятницької, травматична подія має місце тоді, коли вона пов’язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або будь-якою іншою загрозою фізичній цілісності; причому дана подія може стосуватися людини прямо або опосередковано – через значимих осіб [49].

Н.В. Тарабріна, в межах цієї проблематики, пропонує використовувати поняття “травматичні ситуації” – це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив і вимагають від індивіда величезних зусиль щодо опанування ними. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (тривалість цих подій від декількох хвилин до декількох годин), або тривалими чи такими, що регулярно повторюються.

Залежно від цього, можна виділити два типи травматичних ситуацій [71].

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія (сексуальне насильство, природні катастрофи, дорожньо-транспортна пригода, снайперська стрілянина та ін.). Подібні події залишають незгладимий слід в психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких присутні ті чи інші аспекти події), сліди в пам’яті носять яскравий і конкретний характер. Вони, з великим ступенем ймовірності, призводять до виникнення типових симптомів ПТСР: до нав’язливої розумової діяльності, пов’язаною з подією, до симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності. При такій події, з великим ступенем ймовірності, проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду.

Тип 2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (фізичне або сексуальне насильство, які повторюються,

бойові дії та ін.). Спогади про таку подію характеризуються неясністю і неоднорідністю внаслідок дії дисоціативного процесу. З часом, дисоціація може стати одним з основних способів подолання травматичної ситуації. Результатом впливу травми подібного роду може стати зміна “Я – концепції” і образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки. Дисоціація, заперечення, відстороненість, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами можуть виступати, як спроба захиститися від нестерпних переживань.

Кризові ситуації слід сприймати як попередження про те, що потрібно щось зробити, поки не сталося щось гірше.

Р.В. Овчарова також виділяє два основних типи кризових ситуацій: обумовлені змінами в звичайному життєвому циклі або травмуючими подіями життя (війни, стихійні лиха та ін.) [36].

За А.А. Осіповою розрізнення двох типів кризових ситуацій має відбуватися в залежності від того, які можливості для людини вони залишають у подальшому житті. Криза першого типу пов'язана зі значним потрясінням, але яке все ж залишає можливість для виходу на звичний життєвий устрій. Криза другого типу перекреслює усі життєві замисли людини і стимулює значні зміни у її житті: особистісні, ціннісні, смислові тощо [37].

Дж. Каплан [37] вирізняє наступні стадії розвитку кризової ситуації:

- первинне зростання напруження, що стимулює звичні способи вирішення проблем;
- подальше зростання напруження в умовах, коли ці способи виявляються неефективними;
- ще більше зростання напруження, що вимагає мобілізації зовнішніх та внутрішніх ресурсів;
- якщо все сходить нанівець, особистість дезорганізується, в людини посилюється тривожність, депресія, почуття безпорадності та безнадійності;
- виникнення негативних чи позитивних змін, що призводять до деградації чи розвитку особистості, яка зіткнулась із кризовою ситуацією.

Коли психоемоційна напруга досягає своєї критичної точки, з'являється потреба в екстреній психологічній допомозі.

У результаті перебування людини у кризовій ситуації у неї може розвинутися кризовий стан.

**Кризовий стан** – психічний стан людини, яка раптово зазнала суб'єктивно значимої травми (внаслідок непередбачуваної зміни життєвого ладу, внутрішньоособистої картини світу), або яка знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації [80].

Кризовий стан не входить до категорії хворобливих порушень і розглядається як нормальна реакція людини на аномальні події [55].

**Кризове реагування** – реакція на яку-небудь кризову подію, яка відображає суб'єктивну значимість цієї події для індивіда, у вигляді тривоги, страху, фрустрації.

**Характеристика соматичних проявів кризи.** Людина може відчувати фізичні проблеми: нудота і блювота, мимовільне випорожнення кишківника і сечовипускання, сухість у роті, потовиділення, тремтіння, серцебиття, утруднене дихання, запаморочення, позиви до сечовипускання, безсоння і нервова збудливість. Ці проблеми можуть розвиватися досить стрімко, можливо навіть під час події, але, як правило, безпосередньо після неї. Вказані симптоми також можуть проявитися через певний проміжок часу, часто у вигляді нападів, спричинених певним нагадуванням про катастрофу, яке призводить до повторного переживання події.

**Характеристика психологічних реакцій при кризах.** У постраждалого, як правило, виникають афективні (неспокій, плач, гнів, сміх, передчуття, відчуття хаосу) і когнітивні реакції (змінюється сприйняття часу – час зупиняється; з'являється відчуття нереальності – “це відбувається не зі мною”, “вихід зі свого тіла”, “як у кіно”, “наче робот”; з'являється надмірна увага до деталей – суперпам'ять; звужується свідомість і погіршується пам'ять). Людина може переживати емоційне зникання і страх від розумового божевілля і втрати контролю. Типовими є труднощі з концентрацією уваги і втратою пам'яті, виникнення нічних кошмарів.

**Характеристика соціальних і поведінкових реакцій при кризах.** Поведінкові реакції: метушливість, гіперактивність, дратівливість, нервозність, втрата ініціативи, апатія. Багато людей стають неспокійними, гіперактивними, дратівливими, відчувають душевну порожнечу і відсутність ентузіазму. Внутрішній хаос часто виявляється у фізичному неспокої. Деякі впадають в повну

апатію. Паніка та агресія можуть розвинутися безпосередньо після події. У посттравматичний період більшість постраждалих відчувають нервозність і підвищену чутливість до несподіваних звуків, світла або різких рухів. Вони завжди напружені і відчувають, що “зараз це знову станеться”. Виникає потреба бути поряд з тими, кого вони люблять або навпаки, бути на самоті.

Слід зазначити, що кризова (травматична подія) порушує почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого можуть бути різноманітними.

## РОЗДІЛ 2

### СТРЕС. КОНЦЕПЦІЇ ТА МОДЕЛІ СТРЕСУ

Історично дослідження стресу і травматичного стресу проводилися в різних напрямках, хоча, безумовно, мали точки перетину.

#### 2.1 Загальні механізми розвитку стресу

Центральним положенням першої концепції стресу Г. Сельє є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізації ресурсів для реакції на стресор.

Стрес (від англ. *stress* – тиск, напруга) являє собою психічний і фізіологічний стан людини, який виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи. Ці впливи називаються **стресорами, стрес-факторами, психогенними або емоціогенними факторами.**

Стрес, що викликає порушення механізмів саморегуляції, називається **“дистресом” (порушення адаптації)**. Він пов’язаний зі “шкідливим” стресом, що призводить до “зламу” механізмів пристосування, часткового або повного порушення узгодженості діяльності систем організму. Його назва походить від грец. *di* - двічі, подвійний + англ. *stress* - тиск, напруга - вид стресу, що характеризується найбільшим ступенем вираженості, і має суттєвий негативний вплив на організм та дезорганізуючий вплив на діяльність і поведінку людини. Для нього характерним є стан емоційної напруги (психічне перенапруження), що виникає при кризових життєвих ситуаціях і перевищує за своєю інтенсивністю або тривалістю індивідуальні психофізичні й особистісні адаптивні можливості людини, що визначає, поряд з обмеженням задоволення базових потреб, появу патологічних ознак порушень розвитку і життєдіяльності.

Зазвичай дистрес є відносно короткочасним психічним станом. Однак, під впливом потужних стрес-факторів (смерть близької людини, важка травма, хвороба, воєнні дії і т.і.) він може тривати місяці. Дистрес має виражений негативний вплив на здоров’я, виступає одним з типових психічних станів, що

періодично виникають в учасників військових конфліктів. Стан дистресу може передувати самогубству. Тому вивчення впливу дистресу на поведінку і діяльність людини є важливим напрямком психологічних досліджень. У регуляції вчинків і дій людини, яка знаходиться в стані дистресу, домінуюча роль належить інстинктам і емоціям. Експериментально встановлено, що дистрес має найбільш значний руйнівний вплив на вищі психологічні функції: мислення, мову, вищі почуття та ін. Крім того, певні види стресів можуть переходити в дистрес. Так, наприклад, стрес “стомлення” або “психічної напруженості”, обумовленої включенням в тривалу діяльність, що призводить до наростаючого зниження психічної стійкості (астенізація), призводить до дистресу.

На думку Г. Сельє, саме емоційне перенапруження призводить до стану, який називається дистресом. Дистрес – це виснаження, а виснаження організму – це вже не норма, а патологія, іншими словами хвороба.

Згідно з дослідженнями А.В. Котельникової, яка вивчала ситуації вимушеної міграції переселенців, “наявний психічний дистрес” розвивається, коли цілком сформовані життєві структури руйнуються, і практично не залишається ніяких ясних і чітких орієнтирів, що визначають подальший розвиток подій. Він проявляється у сукупності ознак негативних емоційних станів (депресії, тривоги, ворожості і т.і.) [24].

**“Еустрес”** поєднується з бажаним ефектом – викликає позитивні емоції, які мають стеничний характер, активізує психічні процеси [59; 60; 61; 62].

У 1936 році в журналі “Nature” Г. Сельє опублікував коротке повідомлення під назвою “Синдром, викликаний різними ушкоджуючими агентами”. Всі діючі на організм агенти він поділив на специфічні (вірус грипу викликає грип) і неспецифічні стереотипні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. У 1956 році, через двадцять років після своєї першої публікації, Г. Сельє визначив стрес як **“неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу, яка йому висувається, перевищуючу певний поріг”** [62]. Цей поріг для кожної людини строго індивідуальний і залежить від цілого ряду зовнішніх і внутрішніх умов. З цієї причини люди по різному реагують на вплив одних і тих самих подразників. Під неспецифічною

відповіддю розуміється стереотипна відповідь організму незалежно від природи подразника.

Г. Сельє показав незалежність процесу пристосування організму людини від характеру впливу або екстремальності. Фактори (стресори), що впливають, можуть бути самими різними, але, незалежно від своїх особливостей, вони викликають в організмі людини однотипні зміни, що забезпечують адаптацію [61]. Виходячи з гомеостатичної моделі функціонування організму, вчений розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси. Загальний адаптаційний синдром (рис.2.1) у своєму розвитку (розвиток стресу) проходить три стадії – “тріада Сельє”.

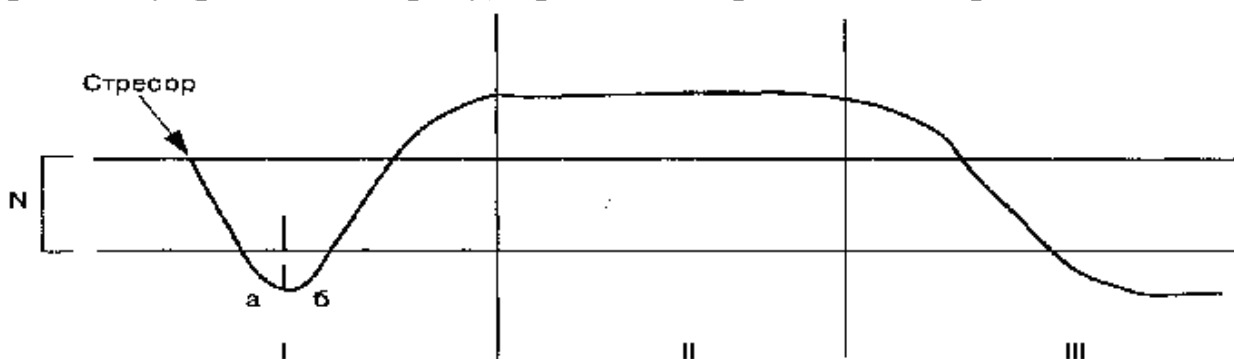


Рис. 2.1 - Зміна резистентності організму на різних стадіях загального адаптаційного синдрому

N – межі нормального рівня резистентності організму; I – стадія тривоги; II – стадія резистентності; III – стадія виснаження; а – фаза шоку; б – фаза протишоку (пояснення в тексті).

**Першою** стадією даного синдрому є реакція тривоги (аларм стадія), що розвивається протягом **24-48 годин після** дії стресора на організм. В її розвитку виділяють дві фази – **шоку і протишоку**.

Фаза шоку характеризується порушенням функцій низки систем організму (нервової системи, кровообігу, дихання, водно-сольового обміну, терморегуляції, метаболізму та ін.). Тому у фазі шоку відбувається зниження температури тіла, зниження м'язового тону та артеріального тиску, втрата рідини тканинами, підвищення проникності клітинних мембран та ін. Опір організму знижується.

У фазі протишоку спостерігається посилення продукування гормонів кори надниркових залоз і, тим самим, здійснюється фізіологічний захист від стресу. Включаються захисні механізми, починається мобілізація ресурсів, адаптаційних можливостей.

Відома також точка зору Л.О. Китаєва-Смика, який вважає, що першу стадію Г. Сельє назвав *alarm-reaction*, що означає “мобілізація по пожежній тривозі”, у випадку використання “поверхневої” адаптаційної енергії [62].

У російськомовних статтях, книгах та підручниках слово “аларм” перекладається як “стадія тривожності”, “реакція тривоги”, що, на думку Л.О. Китаєва-Смика, який протягом багатьох років листувався з Г.Сельє, є абсолютно невірним. Вчений посилається на те, що автором концепції стресу не було використано слово “тривожність” (*anxiety*). Крім того, тривожність, боязкість, неспокій можуть виникати і на інших стадіях стресу. На думку Л.О. Китаєва-Смика, на першій стадії можуть виявлятися і сміливість, і гнів, і страх [18; 19].

**Друга стадія** – резистентності (опору) характеризує відновлення порушених у фазі шоку функцій організму, перші ознаки чого з'являються вже у фазі протишоку. Ця стадія або призводить до стабілізації стану і зцілення, або змінюється стадією виснаження. Це стадія опору або підвищеної опірності організму (може також називатися фазою адаптації).

**Третя стадія** – виснаження наступає через місяці або роки, якщо стрес виявився занадто сильним або тривалим. Ця стадія характеризується виснаженням захисних ресурсів організму і поновленням загальної моделі початкової фази шоку, внаслідок чого може спостерігатися часта захворюваність, хроніфікація, більш важкий перебіг захворювань, почастищення смертельних наслідків. “Ми досі не знаємо, що саме виснажується, але ясно, що тільки не запаси калорій” писав Г. Сельє в 1979 році. На цій стадії, як і на першій, знову з'являються сигнали про незбалансованість стресогенних вимог. На стадії виснаження знижується опірність, в якій виявляється неспроможність захисних механізмів організму і посилюється порушення узгодженості життєвих функцій, тобто настає їх неузгодженість, дезінтеграція (наслідок тривалого і/або надмірного стресу веде до патології) (прорив адаптаційного бар'єру, згідно з концепцією Г. Сельє). Третя стадія розвитку стресу, тобто до загибелі організму, вивчалася в екстремальних реальних умовах, або в експериментах над тваринами, що ускладнює отримання достовірних даних [7; 68; 76].

За своєю фізіологічною сутністю стрес виявляється в загальному адаптаційному синдромі як необхідна і корисна



вегетативна і соматична реакція, спрямована на пристосування організму до нових умов існування. Він полягає у зростанні біоелектричної активності мозку, в підвищенні частоти серцевих скорочень, підвищенні артеріального тиску, розширенні кровоносних судин, збільшенні лейкоцитів у крові, тобто в цілому ряді фізіологічних зрушень в організмі, що сприяють розширенню його енергетичних можливостей та успішності виконання складних і небезпечних дій. Тому сам по собі стрес є не тільки раціональною захисною реакцією, але й механізмом, який сприяє успіху виконання діяльності в умовах труднощів і небезпек [10].

Дані Г. Сельє, засновані на великому фактичному матеріалі, становлять значний інтерес, але мають певний недолік, що полягає в недооцінці ролі нервової системи. Зокрема, Г. Сельє визнає, що при емоційному стресі (в деяких джерелах психічним проявам загального адаптаційного синдрому присвоєно назву – емоційний стрес), перші зрушення відбуваються в головному мозку, в підбугровій області. Але, тим не менш, він недооцінив роль нервової системи, відводячи їй другорядне значення. Тим часом, тільки єдністю нервових і гуморальних факторів можна пояснити патогенез ряду психогенних реакцій (гострі психогенні реакції – “Гострий стресовий розлад”), де має місце гальмування кори і активація підкоркових утворень з різними функціями, в тому числі і нейросекреторної [1; 2; 3; 4].

Крім того, між рівнем стресу і спричиненої ним активації нервової системи, з одного боку, і результативністю діяльності – з іншого, немає пропорційної залежності. Вона має вигляд інвертованої u-подібної кривої і носить назву закону Р. Йеркса і Дж. Додсона [27].

Стрес позитивно впливає на результати діяльності (мобілізує організм і сприяє подоланню труднощів, що виникають) лише до тих пір, поки він не перевищить певного критичного рівня. Такий стрес, як було сказано вище, називається еустресом. При перевищенні критичного рівня в організмі розвивається процес гіпермобілізації, наслідком якого є порушення механізму саморегуляції і погіршення результатів діяльності, аж до її зриву. Саме такий стрес називається дистресом.

Прояви активності в екстремальній обстановці дуже індивідуальні. Так, люди з сильною нервовою системою при виконанні звичайних завдань досить спокійні, а під впливом

активації підвищують продуктивність діяльності. Люди з більш слабкою нервовою системою і більш тривожні відповідають високою активацією вже на порівняно прості завдання; ті завдання, які у більш сильного типу викликають відносно невеликий стрес, у “слабких” породжують дистрес [27].

В умовах екстремальності багато ситуацій можуть бути абсолютно стресогенними, в залежності від ставлення до них самої особистості та наявності досвіду. Звідси і роль психологічних мотиваційних факторів, що визначають ставлення до тих чи інших подій. Однак, при дії стресогенних факторів у всіх людей однаково розвинуться стадії стресу, але зовнішня поведінка може бути різною. Одні капітулюють перед труднощами, інші мобілізують усі свої фізичні та духовні можливості, щоб протистояти їм. Г. Сельє пов'язував це з “факторами обумовлення”, які вибірково підсилюють або гальмують той чи інший прояв стресу.

“Обумовлення” може бути внутрішнім (генетична схильність, вік, стать) і зовнішнім (прийом гормонів, медикаментів, дієта). Має значення і реактивність організму, що змінюється в залежності від внутрішніх і зовнішніх умов. Одна і та ж ситуація може викликати тривогу в одній людині, фрустрацію в іншій, конфлікт у третій. Крім того, одна і та ж людина здатна проявляти різні стани – від байдужості до психічного зриву. Так, О. Мікшик виділяв різні межі “міцності” поведінки людини в критичних ситуаціях: один тип особистості “розпадається” вже на фізіологічному рівні (занурюється в сон від перевтоми, перестає реагувати на все, що навколо, впадає в “ступор”); інший тип “ламається” на психічному рівні (втрачає силу волі, здатність думати, приймати рішення тощо); третій – на соціально-психологічному рівні (зберігає фізичну і психічну мобілізованість, але зраджує своїм життєвим принципам і настановам; наприклад, жертвує життям оточуючих заради свого порятунку або біжить з поля бою).

## **2.2 Стадії розвитку загального адаптаційного синдрому**

Зупинимося більш детально на стадіях розвитку загального адаптаційного синдрому.

**Перша стадія стресу – реакція тривоги.** Виражається в мобілізації всіх ресурсів організму, і, в першу чергу, складних

фізіологічних і біохімічних, що сприяють швидкому прояву оборонної реакції, або, як її часто називають, “реакції боротьби і втечі”. Ця реакція була сильно розвинена у наших предків і за наявності найменшої загрози забезпечувала їм максимальну швидкість мобілізації сил, необхідних для боротьби з ворогом, стихійними лихами або втечі від них. Внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних факторів може розвинути гостра реакція на стрес (транзиторний розлад значної тяжкості). За своєю суттю вона є стресогенно-посттравматичною, хоча багато хто з дослідників вважає її адаптаційною [25; 26; 77].

Людина знаходиться в стані напруженості і настороженості. Стрес викликає, насамперед, активацію симпатичної нервової системи (та її медіаторів – адреналіну і норадреналіну) – адже саме вона є посередником між зовнішніми впливами і станом внутрішніх органів і систем. Активність симпатичної системи спрямована на мобілізацію ресурсів організму, на створення або збільшення його готовності до дії: прискорюються серцеві скорочення; глюкоза звільняється і виділяється в кров, де служить готовим “паливом” для м’язової активності; кровопостачання шкіри і внутрішніх органів зменшується (блідість обличчя при хвилюванні), а м’язового корсету і тканин мозку – збільшується.

Таким чином, м’язи підготовлюються до активної роботи. Насамперед, треба позбутися самого стресового фактора. Це можна зробити, втікши від джерела впливу (реакція втечі), або напавши і знищивши його (реакція боротьби). Оскільки сигнали від гіпоталамуса до надниркових залоз передаються по нервових шляхах, час від початку реакції до виділення гормонів визначається хвилинами або секундами. Якою буде перша відповідь на вплив – боротьба або втеча, – залежить від того, концентрація якого гормону в крові буде більшою: адреналін запускає реакцію нападу на джерело загрози; норадреналін бере участь у формуванні реакції втечі (уникнення). Рухову відповідь ми можемо спостерігати в перші ж хвилини дії стресора.

Дії симпато-адреналової системи (САС) обмежені у часі, через кілька хвилин після початку дії стресора запаси гормонів в мозковій речовині надниркових залоз виснажуються, і дія цього ланцюжка САС пригальмовується. Однак, напружений стан симпатичного відділу вегетативної нервової системи підтримується протягом усієї дії стресора. Це може бути однією з причин розвитку

психосоматичних захворювань і посттравматичного стресового синдрому.

Регуляцію роботи внутрішніх органів, процесів обміну, кровообігу, травлення, дихання, здійснює вегетативна нервова система, яка намагається завжди зберігати сталість і рівновагу внутрішнього середовища організму – його гомеостаз, за допомогою ще однієї підсистеми – парасимпатичної. Парасимпатична нервова система підтримує трофічні процеси в організмі, забезпечує нормалізацію гомеостазу, регулює зниження енергетичного обміну, відновлення “запасів енергії”, гальмування, уповільнення і нормалізацію функцій систем організму [41].

На думку Є. Черепанової [77], на цій стадії людина знаходиться в “передстартовій готовності”, фізично і психологічно відчуває себе піднесено. На цій фазі часто психосоматичні захворювання (гастрити, коліти, виразки, мігрені, алергії) ніби проходять, але до третьої стадії повертаються з потрійною силою. Як приклад, автор посилається на події 1992-1993 рр., коли суспільство було стресовано надзвичайно швидкими соціальними, економічними, політичними змінами. Саме в цей час лікарні та поліклініки спорожніли, так як люди змушені були мобілізувати всі наявні в їхньому розпорядженні адаптаційні ресурси, запас яких не безмежний, на виживання в складних умовах. Якщо стресогенний фактор занадто сильний або продовжує свою дію, то настає наступна стадія.

**Друга стадія - адаптації (опору, резистентності).** Організму вдається за рахунок попередньої мобілізації успішно впоратися зі шкідливими чинниками. У цей період може спостерігатися підвищення стресостійкості, яке відбувається шляхом глибокої адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Відбувається практично повне зникнення ознак тривоги, рівень опору організму значно вище звичайного. Розкриті на першій стадії адаптаційні резерви продовжують функціонувати, людина набуває досвіду стійкості та впевненості у своїй силі та діях. Відчуває себе цілком стерпно, хоча вже без душевного підйому, що був характерний для першої стадії, людина як би налаштувалася на роботу, хоча іноді може відчувати втому. На цій стадії здійснюється збалансоване витрачання адаптаційних ресурсів.

Ще дослідження У. Кеннона показали, що організм прагне завжди забезпечити сталість і рівновагу складу свого внутрішнього середовища і рівнів функціонування всіх систем. Але коли до

організма висуваються нові вимоги, відбувається перебудова, яка через ланцюг перетворень відновлює колишню рівновагу, але вже на іншому рівні. При цьому він підкреслював, що нові умови можуть визначатися не тільки фізичними подразниками, але і психологічними причинами [17]. Якщо ж не вдається призупинити дію стресогенних факторів, настає третя стадія стресу.

**Третя стадія – виснаження.** Енергія вичерпана, фізіологічний і психологічний захисти зломлені, пристосувальні можливості організму знижуються, накопичується втома. У цей період він гірше опирається впливу нових стресорів, збільшується небезпека захворювань. Знову виникають сигнали тривоги, як на першій стадії, але тепер уже “всередині” на фоні виснаження адаптаційної енергії. У цей час необхідна допомога “ззовні”: або підтримка систем адаптації (психологічна та психотерапевтична), або усунення стресорів. Стан третьої фази більше схожий на заклик про допомогу. При досить сильних і частих стресах до реакції організму додатково залучається ендокринна система, дія якої є більш тривалою і може впливати негативно на внутрішні органи. Таким чином, з’являється високий ризик розвитку психосоматичних захворювань (хвороби порушеної адаптації), інфаркту міокарда, інсульту, виразки шлунку, гіпертонії, спадкових форм цукрового діабету, нейродермітів, сексуальних розладів, мігрені, бронхіальної астми, а також посттравматичного стресового синдрому хронічного перебігу.

За образним порівнянням Г. Сельє, ці фази загального адаптаційного синдрому нагадують стадії людського життя: дитинство (з характерною для цього віку низькою опірністю і надмірними реакціями на подразники), зрілість (коли відбувається адаптація до найбільш частих впливів і збільшується опірність) і старість (з необоротною втратою опірності і поступовим старінням), що закінчується смертю.

Г. Сельє запропонував розрізняти “поверхневу” і “глибоку” адаптаційну енергію. Перша доступна одразу і може бути компенсована за рахунок другої – “глибокої”. Остання мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження є незворотнім. На думку Г. Сельє, запаси адаптаційної енергії можна порівняти з успадкованим багатством: можна брати зі свого рахунку, але не можна робити додаткові внески.

Г.І. Косицький, в свою чергу, описує етапи розвитку стресу таким чином:

- перша стадія – мобілізації, супроводжується підвищенням уваги, активності. Це нормальна, робоча стадія. Навантаження, навіть часті, на цій стадії, призводять до тренування організму, підвищенню його стресостійкості. Первинне зростання напруги, стимулює звичні способи вирішення проблем;

- друга стадія стресу, або фаза “стенічної негативної емоції”, має вольовий, активно-дієвий характер: лють, гнів, агресія. Ресурси організму витрачаються неекономно. Повторні навантаження призводять до виснаження;

- третя стадія – фаза “астенічної негативної емоції”. Настає черга негативних емоцій, що носять астеничний, пасивно-безсилий, занепадницький характер. Людиною опановують туга, відчай, зневіра в можливість виходу з важкої ситуації;

- четверта стадія – невроз, зрив. Людина деморалізується, змиряється з поразкою. Настають негативні наслідки, стресу: депресія, початкові стадії психосоматичного захворювання.

Останні три стадії, власне, і становлять зону кризового стану особистості [35].

### 2.3 Динаміка розвитку стресу

Розглянемо динаміку розвитку стресу (рис.2.2), згідно зі згаданим раніше законом Р. Йеркса і Дж. Додсона.

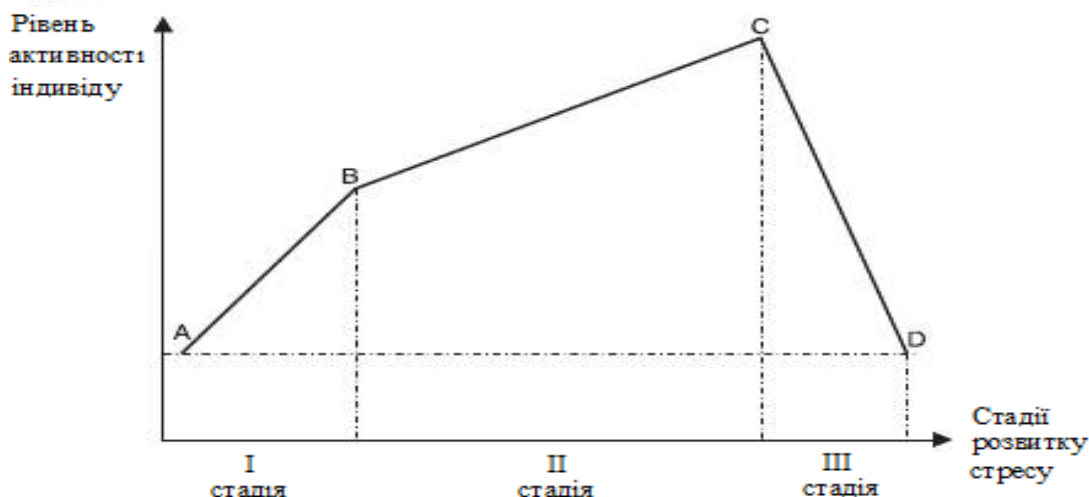


Рис. 2.2 - Динаміка розвитку стресу

- AB - стадія наростання напруженості, або мобілізація;
- BC - стрес, високий рівень напруженості;
- CD - стадія зниження внутрішньої напруженості;
- AD - рівень фонові активності у спокійному стані.

Розвиток стресового стану проходить три стадії:

I стадія – наростання напруженості, або мобілізація (відрізок АВ);

II стадія – власне стрес, високий рівень напруженості, аж до критичного максимуму (відрізок ВС);

III стадія – зниження внутрішньої напруженості (відрізок CD).

*Перша стадія (AB)* супроводжується тим, що емоційний стан людини змінюється на протилежний. Спокійна і врівноважена людина починає метушитися і роздратовуватися. Жива і рухлива людина стає раптово похмурою і мовчазною. На даній стадії можливий розвиток конфліктних ситуацій. І хоча на цій стадії стрес ще залишається конструктивним і може підвищувати успішність виконуваної діяльності, все ж у людини поступово слабшає самоконтроль: вона поступово втрачає здатність свідомо і розумно регулювати свою поведінку.

*Друга стадія (BC)* починається у точці В і доходить до найвищої напруги у точці С. Людину поглинає деструктивний стрес, відбувається повна або часткова втрата свідомого самоконтролю, яка супроводжується афективним станом. Розвиток деструктивного стресу має руйнівний вплив на психіку людини. Вона може усвідомлювати свої дії досить смутно і не повністю. Вичерпавши свої енергетичні можливості (досягнення зовнішньої напруги відзначено точкою С), людина відчуває спустошеність і втому.

*Третя стадія (CD)* характеризується зниженням напруженості і втратою ефективності діяльності. На цій стадії людина знову повертається до свого вихідного стану, але виражається він у відчутті апатії, байдужості, часто – почутті сорому чи провини. Депресія в такому випадку – результат переживання гострого короткочасного або тривалого хронічного стресу. Тривалість стресового “сценарію” в цілому, і окремих стадій зокрема, обумовлена багатьма об’єктивними і суб’єктивними факторами, останні з яких часто домінують. Тривалість стресових стадій коливається від 2-3 хвилин до декількох тижнів. Індивідуальні особливості переживання стресу можуть засвоїтися людиною ще в дитячому віці на несвідомому рівні.

Тривалість кожної з цих стадій строго індивідуальна. Вона залежить від характеру, тривалості і сили впливу стресора, а також індивідуальних якостей людини [56].

Як видно з рис. 2.2, наростання стресу відбувається поступово, тому дуже важливо, щоб воно не вийшло за допустимий рівень точки *B*, на рисунку 2. Для цього необхідно проводити відповідні профілактичні заходи, які дозволяють не допустити прояву стресу (абсолютно зняти його), а в разі настання дистресу – ліквідувати його наслідки.

## **2.4 Розгортання стрес-реакції в часі**

1. У перші хвилини активується симпато-адреналова система (САС) з викидом в кров катехолоамінів (адреналіну і норадреналіну), концентрація яких може перевищувати нормальну в 30-70 разів. Це призводить до підвищення рухової активності, спрямованої на уникнення джерел стресу. Але ефекти, як гормональний, так і поведінковий, досить швидко згасають.

2. Через кілька хвилин після початку дії стресора в крові підвищується вміст адренкортикотропного гормону (АКТГ), що призводить до викиду кортикостероїдів (у людини концентрація кортизолу може підвищитися в 40 разів), високий рівень цих гормонів підтримується, поки мозок працює в режимі реалізації стресової відповіді. Оптимальний рівень цих гормонів в крові сприяє полегшенню механізмів пам'яті, посилює реакції катаболізму імунної системи. В результаті організм переходить на новий режим працездатності – більш енергоємний, але і більш продуктивний при взаємодії з факторами зовнішнього середовища.

3. Через добу викид специфічного (для цієї конкретної ситуації) спектру гормонів викликає підвищення активності інших ендокринних залоз, не тільки надниркової залози. Це призводить до змін у низці внутрішніх органів і в поведінці. Нормалізація цих процесів може затягнутися в часі і відбутися вже після завершення стресової реакції.

## **2.5 Основні концепції стресу**

Існує досить велика кількість концепцій, моделей стресу.

Відомі фізіологічні концепції стресу: теорія У. Кеннона; теорія Г. Сельє; теорія Л.А. Орбелі, теорія Е. Гелгорна; теорія І.П. Павлова; психофізіологічна теорія стресу В.В. Суворової та ін.



Соціально-психологічні концепції стресу: теорія психологічної напруги Н.І. Наєнко; теорія стресу Л.О. Китаєва-Смика; теорія інформаційного стресу В.О. Бодрова; когнітивна теорія психологічного стресу Р.С. Лазаруса; психодинамічна модель, заснована на положеннях теорії З. Фрейда; концепція ситуаційно-особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера; концепції професійного стресу (А.М. Занковський, Т. Сох, W. Schorpflug та ін.).

Певний інтерес представляє концепція стресу М. Еріксона (1998), заснована на використанні понять регенерації і хвильової природи свідомості. У цій концепції висунуто чотири гіпотези:

1. Первинним джерелом усіх психофізіологічних ритмів і хвильової природи свідомості є узгодженість в часі і циклічність генетичних процесів на молекулярному рівні.

2. Всі системи психофізіологічної саморегуляції координуються цими генетичними джерелами.

3. Стреси, породжені нашим хронічним втручанням в ці природні психофізіологічні ритми, представляють собою основну етіологію психосоматичних проблем.

4. Більшість холистичних підходів до психофізіологічної регенерації неусвідомлено використовують ультрадіанну реакцію відновлення для нормалізації наших психофізіологічних ритмів і досягнення оптимального здоров'я.

В.О. Ганзен (1984), розробив концепцію стресу, в якій в загальній структурі психічного стану виділив такі рівні:

- фізіологічний, що включає нейрофізіологічні характеристики, морфологічні та біохімічні зміни, зрушення фізіологічних функцій;

- психофізіологічний, що забезпечує вегетативні реакції, зміну психомоторики, сенсорики;

- психологічний рівень – зміна психічних функцій і настрою;

- соціально-психологічний рівень – характеристики поведінки, діяльності, стосунків людини.

Крім того виділяються суб'єктивні і об'єктивні характеристики станів.

Незважаючи на значущість даної теоретичної розробки, Є.П. Ільїн (2005), вважає, що описана структура є надмірно формалізованою, а короткочасний стрес навряд чи здатний призвести до морфологічних змін.

Більшість дослідників, які працюють в конкретних галузях вивчення стресу, зокрема вивчають проблему індивідуальної

стійкості до стресу, вважають, що до теперішнього часу не досягнуто не тільки концептуальної, але навіть термінологічної єдності (В.О. Бодров, 2000; А.О. Реан та ін., 2006; А.І. Воложин, Ю.К. Субботін, 1987; Н.В. Тарабрина, 2008; С. Cooper, R. Payne, 1978; R. Lazarus, 1993).

## **2.6 Психологічний та емоційний стрес**

Так само, як і у визначенні “головного” терміну “стрес” в літературі існує різне їх тлумачення. Традиційно в психології виділяють фізіологічний і психологічний види стресу. **Психологічний стрес включає в себе емоційний, інформаційний та комунікативний види стресу [56].**

**Фізіологічний (біологічний, фізичний) стрес** – стрес-реакція, що виникає у відповідь на стресогенні зовнішні фактори, переважно непсихологічної природи (холод, тепло, фізичне пошкодження, гіпоксія, фізичні навантаження, підвищений або знижений атмосферний тиск, інтоксикація, інфекція та ін.), включає комплексну мобілізацію органів і систем організму, спрямовану на відновлення гомеостазу. Вищу регуляторну функцію виконує нервова система. Прояви цієї стрес-реакції у вигляді відповідних відчуттів з подальшим виникненням думок, емоцій і поведінкових реакцій. Відомо, що у деяких людей депресія загострюється восени, коли зменшується тривалість світлого часу доби.

**Психологічний стрес** – компонент, рівень загальної стрес-реакції організму, що виникає у відповідь на психологічне значення стресогенних зовнішніх впливів.

Термін “психологічний стрес” вперше запропонував Р. Лазарус (1984). На його думку, такі індивідуальні моменти, як значимість ситуації для суб'єкта, інтелектуальні процеси, особистісні особливості, впливають на характер і вираженість психологічного стресу. Наприклад, на загрозу один суб'єкт реагує гнівом, а інший – страхом і т.і. У концепції психологічного стресу Р. Лазарусом вперше було запропоновано розмежування психологічного і фізіологічного розуміння стресу за етіологічною ознакою. Реальні подразники (шум, вібрація, температура) були позначені їм причиною фізіологічного стресу. Психологічний стрес

був позначений як реакція на особливості взаємодії між особистістю і навколишнім світом, заснована на когнітивних процесах, образі думок і оцінці ситуації, знанні власних ресурсів. Однак, такий розподіл теж досить умовний, оскільки фізіологічний стрес завжди включає елементи психічного (емоційного), а психічний стрес викликає фізіологічні зміни. В цьому питанні більш правомірною є позиція В.Л. Марищука (1984, 1995), який вважає, що будь-який стрес є і фізіологічним, і психічним (емоційним).

Тим не менш, погляд на стрес Р. Лазаруса, як на результат суб'єктивної оцінки шкідливого стимулу і на копінг, як спосіб поведінки, що допомагає впоратися з ситуацією, став на довгі роки визначальним у дослідженнях стресу. Слід підкреслити, що точка зору Р. Лазаруса про те, що саме копінг є стабілізуючим фактором, який може допомогти особистості підтримувати психосоціальну адаптацію в період впливу, стало відправною точкою для великої кількості досліджень. В рамках теорії стресу і копінгу Р. Лазаруса, заснованої на врахуванні інтелектуальних і особистісних особливостей, вивчався цілий ряд факторів: стимул, когнітивна оцінка загрози, реакції, психологічного захисту, значимості ситуації для об'єкта, соціальні умови [86].

Важливість концепції Р. Лазаруса і робіт його послідовників у тому, що в них підкреслено розуміння значимості оцінки небезпеки, що ставить перед необхідністю “зважування” самої ситуації, внутрішніх резервів і вибором способу самовладання.

Важливим внеском у психологію стресу можна вважати дослідження американських психологів, які встановили, що когнітивна оцінка ситуації залежить від рівня особистісної тривожності, ефективності передбачуваної протидії загрози, реакції людини на виниклий в неї стан тривоги [89].

Було показано, що в індивіда, який сприймає певний подразник або ситуацію, як такі, що несуть у собі актуальну, або потенційну загрозу, небезпеку, розвивається безпредметна тривога і, як емоційна реакція – страх. Результати досліджень показали, що процеси оцінки загрози, пов'язані з аналізом ситуації, включають прості перцептивні функції, процеси пам'яті, здатність до абстрактного мислення, елементи минулого досвіду.

Звертає на себе увагу те, що поняття загрози – центральне в когнітивній теорії психологічного стресу, відображається в усіх оцінках стресових станів.

Ю. Щербатих (2006) розділяє поняття “психологічного” і “емоційного” стресу, вказуючи, що емоційний стрес супроводжується вираженими емоційними реакціями (страх, зневіра в своїх силах, образа і т.д.), а в розвитку психологічного стресу переважає когнітивна складова (аналіз ситуації, оцінка наявних ресурсів, побудова прогнозу подальших подій і т.д.). У той же час, обидва види стресу мають загальну схему розвитку (тривога-адаптація-виснаження), описану Г. Сельє.

Багато авторів виділяють в якості диференціюючого критерію фактор соціальності в походженні психологічного стресу, підкреслюючи, що стресові реакції на психосоціальні труднощі – не стільки наслідок останніх, скільки інтегративна відповідь на когнітивну їх оцінку і емоційне збудження [6].

Психологічним проявам загального адаптаційного синдрому присвоєно назву “емоційний стрес”. Це афективні переживання, що супроводжують стрес і призводять до несприятливих змін в організмі людини. Саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію під час впливу екстремальних факторів [5; 69]. Внаслідок цього активізуються вегетативні функціональні системи та їх специфічне ендокринне забезпечення, яке регулює поведінкові реакції.

У разі неможливості досягнення життєво важливих результатів для подолання стресової ситуації виникає напружений стан, який разом з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму, викликає порушення його гомеостазу. За певних обставин, замість мобілізації організму на подолання труднощів, стрес стає причиною серйозних розладів [15].

Багаторічні дослідження стресу показали, що найбільш чутливим “індикатором” стресу, особливо хронічного, був не фізіологічний, а саме “психічний рівень адаптації”, тому для людини стрес зводиться, в першу чергу, до емоційного [22; 23; 89].

Як підкреслюють В.А. Абабков і М. Перре (2004), емоції є невід’ємним компонентом стресового епізоду. На особливості емоційних реакцій вказує Ю.А. Александровський (1993), який вважає, що поняття “емоційний стрес не має чіткого визначення і

включає цілий комплекс станів – від таких, що знаходяться в межах фізіологічних кордонів психоемоційного напруження до таких, що знаходяться на межі патології або психологічної дезадаптації і розвиваються як наслідок тривалого або повторного емоційного перенапруження” [3; 4].

Емоційні реакції, з позицій багатьох дослідників, викликаються і формуються сприйняттям і оцінкою ситуації (наприклад, досягнутим рівнем контрольованості ситуації). Оцінки ситуаційних характеристик можуть аналізуватися як попередні умови якості, інтенсивності та тривалості емоційних реакцій (Scherer K. R., 1988).

Із зародженням і проявом емоцій травмуючий вплив зв'язав В.К. Мягер (1975), виходячи з розуміння стресу як особливого психічного стану. Розвиток емоційної стресової реакції відбувається, на його думку, завдяки переважанню суб'єктивних переживань, що в тій чи іншій мірі викликають виражені об'єктивно фіксовані порушення в поведінці людини і в функціональній діяльності її вегетативної нервової системи. В.К. Мягер надав емоційним порушенням роль першої пускової ланки в послідовності виникнення психопатологічних порушень невротичного рівня і як чинника, що сприяє їх декомпенсації і розвитку. При цьому була збережена послідовність механізмів тристадійних біологічних реакцій, встановлена Г. Сельє і його численними учнями.

Інші концепції емоцій і стресу вказують на те, що стрес і пов'язані з ним емоції виникають тоді, коли автоматизовані процеси емоційного регулювання виявляються нездатними відновити гомеостаз. Після цього на стресову ситуацію впливає копінгова поведінка, яка включає (в якості важливого компонента) пов'язані зі стресом емоції [86].

Поняття “гомеостаз” використовує в своїй концепції Л. Леві (1970). Емоційний стрес розглядається ним як ділянка своєрідного континууму емоційних станів, нижньою точкою якого є невеликі зрушення фізіологічного гомеостазу в умовах повної байдужості. Автор припускає, що приємні і неприємні емоції пов'язують зміни в рівнях фізіологічного гомеостазу.

Виділення категорії “емоційний стрес” і протиставлення їй поняття “стресу” як загального адаптаційного синдрому, було

прогресивним явищем. Цим був позначений об'єднуючий критерій, який дозволив узагальнити велике розмаїття зовнішніх впливів, орієнтованих на людину, з позиції їх психологічної сутності для даного індивіда. Тим самим, як підкреслює Р. Тигранян (1988), виділяється причинний фактор, що визначає подальший розвиток поведінкових, соматовегетативних реакцій, здатних вплинути на розвиток особливого психологічного стану.

Часто поряд з терміном “емоційний стрес” психологи використовують термін “психологічний стрес”, ототожнюючи ці два поняття. Однак, на думку І.Г. Малкіної-Пих (2008), емоційний стрес правильно розглядати як різновид психологічного стресу [31; 32]. Аналогічного погляду дотримуються Б.А. Смирнов та Є.В. Долгополова, які розглядаючи емоційний стрес як різновид психічного, підкреслюють потенційну загрозу через зміни емоційних реакцій, мотиваційної структури діяльності, порушення рухової і мовної поведінки, аж до повної дезорганізації діяльності [64].

Залежно від виду стресору, що впливає на організм, О.Г. Караяні та І.В. Сиромятніков [16] виділяють види стресу, які представлені на рис.2.3.



Рис. 2.3 - Види стресу

Оскільки існує нерозривний зв'язок стресу та емоцій, у сучасній літературі можна зустріти також термін “психоемоційний стрес”.

У психіатрії використовується термін “психосоціальний стрес”, який розглядається з точки зору нормальних або патологічних реакцій на психологічні та соціальні стресові фактори. У більш вираженому вигляді психогенна реакція є психічною травмою, яка визначена в DSM-IV як стан, що розвивається в результаті дії травмуючого фактора, що несе загрозу життю та цілісності організму і супроводжується станом страху, жаху або безпорадності.

## РОЗДІЛ 3

### СТРЕС І ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ

Стрес стає психічною травмою, коли результатом впливу стресора, є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з різними концепціями, порушується структура самості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання, системи пам'яті, емоційні шляхи навчання. В якості стресора в таких випадках виступають травматичні події, тобто екстремальні кризові ситуації, що мають потужні негативні наслідки, ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких. Такі події корінним чином порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу. Факт переживання для деяких людей стає причиною прояву у них в майбутньому посттравматичних стресових станів, які досягають максимальної ефективності в розвитку посттравматичного стресового розладу. У військовослужбовців розвивається бойова психічна травма.

#### 3.1 Травматичний стрес

**Травматичний стрес** - особлива форма *загальної стресової реакції*, при якій стрес **перевантажує** психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист. Прийнято вважати, що травматичний стрес – це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за межі звичайного людського досвіду, наприклад, загрозу життю, смерть чи поранення іншої людини, участь у бойових діях, насильство, стихійні лиха та катастрофи і т.ін. Спектр явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу “Я” [55].

Ці ситуації характеризуються, насамперед, своїм надекстремальним впливом на психіку людини, викликаючи в неї



**травматичний стрес, психологічні наслідки якого в граничному своєму прояві виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).**

Виникнення і характер стресу визначаються не тільки силою подразника, а й реактивністю організму в момент впливу стресора, яка залежить від спадковості, віку та інших факторів. Цим пояснюється, чому один і той самий стресор у різних індивідів може викликати різні прояви і наслідки [11].

**Можливі психологічні механізми, що лежать в основі травматичного стресу**

Механізми, що лежать в основі психічних і соматичних розладів, викликаних стресом, розглянемо в цілому в рамках психосоматичної проблематики і поліпричинності хвороб.

У руслі психосоматичних концепцій стрес є неспецифічним механізмом симптомоутворення. При цьому важливими є дві складові реакції на стресову ситуацію – зрушення в регуляторних гомеостатичних системах організму на біологічному рівні і психологічні зміни [81].

Під психологічними змінами розуміються як зміни функціонування психічних функцій, так і особистісні реакції на стресову ситуацію. Це можуть бути когнітивні стратегії самовладання – копінг-механізми, або несвідомі захисні механізми (в першу чергу описані в психоаналізі), що спрямовані на зниження травматичності ситуації, а також сприяють адаптації особистості. Ці механізми визначають успішність або неуспішність адаптації людини в новій, суб'єктивно складній ситуації.

Трансформації в обох регуляторних системах, як біологічній так і психологічній, можуть закріплюватися і бути патологією. Сама психічна травма – це подія або ситуація, які є лише потенційно травмуючими для особистості і перетворюються на фактор, що викликає розлад після взаємодії з умовами внутрішнього порядку (фізіологічним гомеостазом, системою психологічної регуляції особистості), які забезпечують рівень ресурсів. Якщо вимоги середовища перевищують рівень ресурсів, то ймовірність виникнення розладів, пов'язаних зі стресом, різко зростає.

Згідно з *біологічно орієнтованими теоріями*, люди, у яких розвивається посттравматичний стресовий розлад, були і до травматичної ситуації схильні до надмірних вегетативних реакцій

на стрес. У осіб з ПТСР виявляється підвищення вивільнення катехоламінів у періоди повторюваних переживань з приводу перенесеної травми. Вивчення ЕЕГ сну у цих хворих вказує на те, що у них є деяка схожість із хворими на важкий депресивний розлад (про що можна судити на підставі зниження латентності ФШС (фаза швидкого сну) і 4-ої стадії сну).

Останнім часом з'явилася гіпотеза, згідно якої травматична ситуація викликає вивільнення ендогенних опіатів, що сприяють її полегшенню. Відповідно до цієї гіпотези, передбачається, що спогад про травму не супроводжується повторними вивільненнями, і поява симптомів розладу є результатом ендогенного симптому опіоїдної абстиненції [81].

**Психоаналітична концепція травматичного неврозу.** В психоаналізі існує поняття “травматичний невроз”, який описується як особливий невроз, де виникнення симптомів є наслідком емоційного шоку, зазвичай пов'язаного з переживанням суб'єктом загрози своєму життю. Описувана в “Психоаналітичному словнику” (1967 р.) клінічна картина відповідає симптомам ПТСР. Якщо спочатку під терміном “травма” З. Фрейд припускав кількісне поняття, об'єктивну подію, то потім він перейшов до якісного, психічного розуміння – травми, як чисто суб'єктивного переживання.

Специфіка розгляду обговорюваного розладу полягає ще й у тому, що психоаналіз намагається підкреслити відносність травми (ставиться під сумнів значимість травматичної події як причини), оскільки її ефект співвідноситься з особистою історією особистості. Психічна травма реактивує конфлікти раннього дитинства, які залишилися не розв'язаними, в тому числі й емоційні травми, які раніше не усвідомлювались. Реанімація дитячої травми викликає регресію, а також використання механізмів репресії, заперечення та ліквідації, примітивних захисних механізмів. З. Фрейд зазначав, що симптоми розладів психічної діяльності “є залишками і символами спогадів про травматичні переживання”.

Наплив лібідозного збудження загрожує зруйнувати психічний апарат, і більшість асоціативних зв'язків між несвідомими об'єктивними уявленнями (про людей, про речі) і передсвідомими уявленнями (головним чином вербальними, але так само і моторними), виявляються недостатніми або неефективними. В травматичній ситуації суб'єкт або позбавлений можливості

адекватної розрядки імпульсів потягів, наприклад, в моториці, або нездатний до психічної переробки (символізації) уявлень. Відповідно, він нездатний до розрядки виникаючих афектів (переляку, гніву, ненависті, помсти, провини) за допомогою існуючих словесних уявлень. А словесні уявлення є вкрай необхідними для оформлення потягів у людини, оскільки саме на них можна, в принципі, розрядити необмежено сильні афекти, на чому й ґрунтується лікувальна дія психоаналізу. Опинившись неспроможним у момент травми до зв'язування уявлень (символізації) і до розрядки афектів, Еґо опиняється під владою нав'язливого повторення, особливо у формі снів. Еґо повторює травматичний спогад для того, щоб полегшити тривогу, як тільки Еґо опанує цими механізмами – тривожність редукується.

**Аналітична психологія.** К.Г. Юнг вважав, що життєва подія, що супроводжується сильним афектом, веде до того, що всі асоційовані з цією подією елементи психіки акумулюються навколо афекту, що утворює комплекс – відбувається дисоціація “чуттєво забарвленого комплексу від Еґо”. Чим сильніший афект, тим більш автономні комплекси, тим вище тривога і розлад. Таким чином, відбувається розщеплення Еґо в момент травматичної події, в результаті чого утворюється діадична структура, що складається з частини Еґо, яка регресувала і в якій залишається особистісний дух людини, і прогресуючої частини Еґо, що виконує роль опікуна і регулює взаємовідносини із зовнішнім світом [81].

**Когнітивна психологія.** Психічна травма розглядається тут як руйнування базових когнітивних схем і переконань. Схеми представляють собою відносно стійкі когнітивні моделі, за допомогою яких люди сортують і синтезують інформацію, що надходить. Схеми є когнітивно-емоційними структурами, що формуються в онтогенезі. Переконання, які сформовані у особистості стосовно себе та світу в цілому називаються базовими – “Я хороша людина” (на відміну від переконань, що стосуються конкретних життєвих ситуацій – “Я хороший музикант”).

В концепції психічної травми виділяють три базових переконання: про доброзичливість навколишнього світу, про справедливість навколишнього світу, про цінності і значимості власного “Я”, які є у переважної більшості психічно здорових людей.

Під впливом травматичної ситуації людина стикається з жахом, що породжується навколишнім світом, а також із власною безпорадністю – переконання, що існували раніше руйнуються, ведучи особистість у стан дезінтеграції, втрачається стійка імпліцитна теорія реальності і теорія власного “Я”.

Американський психолог Дж. Ялом запропонував розглядати всі психологічні проблеми травматичного стресу з точки зору смерті, свободи, ізоляції, безглуздості. В травматичній ситуації ці теми виступають не абстрактно, не як метафори, а є абсолютно реальними об'єктами переживання. Так, смерть постає перед людиною в двоякому вигляді. Людина стає свідком смерті інших людей і опиняється перед обличчям своєї можливої смерті.

У звичайному житті ми маємо психологічні захисти, що дозволяють існувати бік обіч з думкою, що в один чудовий момент для нас нічого не буде мати значення. Створюються ці психологічні захисти не відразу. Вперше страх смерті виникає у трирічної дитини: вона починає боятися засинати, по багато разів запитує у батьків – чи не помруть вони. Надалі дитина створює психологічні захисти, які виступають у вигляді базових ілюзій.

Ілюзія власного безсмертя виглядає приблизно так: “Я знаю, що всі люди рано чи пізно повинні померти, але коли справа дійде до мене – я вже як-небудь викручуся. До того часу може бути винайдуть “еліксир безсмертя”. Іншими словами – “Всі, тільки не я”.

Перше ж зіткнення з травматичною ситуацією ставить людину обличчям до обличчя з реальністю. Вперше людина змушена визнати, що може померти. Для більшості таке одкровення може кардинально поміняти образ світу, який із затишного і захищеного перетворюється на світ фатальних випадків.

Ілюзія справедливості говорить – “кожен отримує по заслугах”. Один з її варіантів: “Якщо я буду робити добро людям, то воно повернеться до мене”. Попадання в травматичну ситуацію відразу ж показує з усією очевидністю неправильність, нереальність ілюзії про справедливість устрою світу. У романі Льва Толстого, Микола Ростов під час бою думав: “Як же мене можуть убити, мене ж так всі люблять ?!”.

Руйнування базових ілюзій – момент болючий для будь-кого. І дуже важливо, що буде потім. Якщо людина зможе вийти зі світу, хоча й зручних, але все ж ілюзій, у світ небезпечний, але все ж реальний, значить, вона подорослішала і сильно просунулась як

особистість. Якщо ж вона не змогла подолати цей бар'єр, то, як правило, або робить висновок, що світ жахливий (а вона не хороша і не погана, а така, яка є), або ж будує інші ілюзії, часто цю роль виконує релігія.

Подолання базової ілюзії могло б виступити в такому варіанті: “Все, що ми робимо, ми робимо, насамперед, для себе. І навіть, якщо це може здаватися безглуздом, ми повинні робити це, просто щоб залишатися людьми”.

Ілюзія простоти устрою світу свідчить: світ дуже простий, в ньому є тільки біле і чорне, добро і зло, свої та чужі, жертви й агресори. Півтони і діалектика сприйняття тут відсутні. Весь світ ніби поділений на дві протилежні частини. Чим більше зрілою стає особистість, тим більше вона починає погоджуватися з фразою, яку часто можна почути від людей, які вже багато чого бачили: “У житті все дуже складно, чим більше живу, тим менше розумію” [77].

Фахівцями Оксфордського Університету А. Ehlers і В. Clark (2000) була розроблена *інтегративна когнітивна модель ПТСР*. Ця модель пов'язує типове для ПТСР почуття постійно присутньої загрози з низкою когнітивних і поведінкових факторів.

1. *Когнітивна оцінка травми та її наслідків*. У тих людей, у яких розвиваються симптоми ПТСР, на відміну від тих, які спонтанно видужали, спостерігається інше сприйняття події. Їм не вдається сприймати травматичну подію обмеженою у часі і такою, що не тягне за собою глобальних наслідків для майбутнього. Їх когнітивна оцінка події та можливих наслідків породжує відчуття постійної присутності загрози. Вона може бути локалізована назовні (“Світ став більш небезпечним”) або всередині самої людини (“Я не здатний постояти за себе і моїх близьких”).

Це порушення може бути пов'язано з декількома типами оцінок травматичної події за механізмом надзагальнення – перебільшення ймовірності повторного виникнення події (“зі мною обов'язково що-небудь трапиться, бо світ надто небезпечний”, “я притягую біди, зі мною завжди трапляється щось погане”). Таке сприйняття несумісне з продуктивним самовладанням. Таке сприйняття часто може породжувати уникнення ситуацій, які оцінюються як “небезпечні”.

Людина може спотворено оцінювати власну поведінку під час події. Стан розгубленості, заціпеніння під час події може

трактуватися як ознака “слабкості, нездатності справлятися з бідами”.

Симптоми гострої постстресової реакції можуть сприйматися як незворотні порушення, в них бачать загрозу психічному і фізичному здоров'ю, таке сприйняття і когнітивна оцінка також заважає стратегії самовладання. У постраждалого виявляються інтенсивні негативні емоції, він намагається вольовим шляхом викинути з голови спогади про травму.

Травматична подія впливає на різні сторони життя – фізичне і психічне здоров'я, професійну діяльність, сімейне життя. Люди, що страждають на ПТСР, схильні інтерпретувати ці впливи як негативні і незворотні життєві зміни.

2. *Специфіка “травматичної” пам'яті.* Особливості такої пам'яті полягають в тому, що постраждалим важко довільно, цілеспрямовано згадати подію, що сталася, але легко виникають мимовільні спогади, що складаються, в основному, з сенсорних вражень, відчуттів, емоцій, а не думок. Причому повторні мимовільні спогади запускаються великою кількістю стимулів і ситуацій. Передбачається, що причина таких особливостей пов'язана зі способом кодування та представлення травми в пам'яті. У нормі доступ до автобіографічної пам'яті здійснюється за допомогою двох основних стратегій – пошуком за семантичними зв'язками і за асоціативними каналами. Під час флешбеків тимчасові, просторові і подієві подробиці недостатньо деталізовані, відтворення за асоціативними каналами полегшено, а за семантичними зв'язками утруднено.

3. *Дисфункціональні поведінкові та когнітивні стратегії самовладання.* Вибір стратегії залежить від когнітивної оцінки травми та її наслідків, і з загальними уявленнями людини про те, як краще справлятися з такою ситуацією. Основні дисфункціональні стратегії:

1) спроби контролювати симптоми ПТСР (наприклад, викинути з голови всі думки, пізно лягти спати, щоб справитися з безсонням). Постійне відстеження ознак небезпеки підвищує частоту повторень переживань травми;

2) гарантуюча “безпечна” поведінка. Ця поведінка базується на переконанні, що катастрофа обов'язково станеться, тому потрібно вжити превентивних заходів (бути надмірно пильним, наприклад);

3) активні спроби не думати про травму. Навіть якщо здійснюється спроба осмислити, що відбувається, вони можуть носити неемоційний характер, людина опускає всі емоційно насичені моменти;

4) уникнення нагадувань про травму. Ця стратегія заважає детальному відновленню подій травми, не дозволяє скорегувати помилкові прогнози, закріплює симптоми повторного переживання;

5) постійні роздуми про відновлення справедливості та помсти. Ця стратегія підкріплює негативну оцінку наслідків травми, психічна активність зосереджується на тому “як все могло б бути”, а не на тому, що саме відбувалося;

6) прийом алкоголю та медикаментів для зняття тривоги. Спроба заглушити переживання може підкріпити уявлення про те, що будь-яка спроба контролювати свої емоції може призвести до зриву;

7) уникнення багатьох видів діяльності, які до травми мали сенс. Ця стратегія не дозволяє відбутися бажаним змінам в когнітивних оцінках травми типу “Люди будуть ставитись до мене недоброчливо, якщо дізнаються, що зі мною сталося”.

4. *Минулий досвід і переконання.* В якості четвертого фактора когнітивна модель враховує минулий досвід людини та її систему переконань. Наявність травми в минулому підвищує ризик розвитку ПТСР. Травми дитячого віку, як вважають автори, неможливо переробити концептуально. Подальша травма буде викликати у дорослого відповідний спогад, в результаті переробка відбувається знову по сенсорно-асоціативному типу. Колишні травми можуть доповнити нову травму когнітивними оцінками (“я не заслуговую на більше”). Також впливають базові ілюзії, наскільки система неусвідомлених переконань людини ригідна, значима, яким є її зміст.

***Біхевіоральний підхід.*** Поведінковий підхід спирається на двофакторну модель психічної травматизації. Класичне зумовлювання проявляється у виникненні почуття страху у жертв травматичної події у відповідь на будь-які зовнішні стимули, що так чи інакше схожі з травматичною ситуацією. Оперантне зумовлювання на поведінковому рівні виражається в тому, що людина уникає всіх стимулів, які викликають пережитий страх. Тобто, процес психічної травматизації розглядається як створення неадекватного умовного рефлексу на надсильний стимул, оскільки

інтенсивність стимулу велика, то вироблення рефлексу відбувається з першого пред'явлення.

**Гештальт-терапія.** У гештальт-терапії невротичний стан індивіда передбачає нездатність людини повністю контактувати (завершувати цикл контакту) з собою і навколишнім середовищем, наслідком чого є певна незавершеність ситуації. Одним із симптомів ПТСР є нездатність людини орієнтуватися на тривалу життєву перспективу, тобто йдеться про нездатність індивіда виділяти потреби (фігури) з фону. Відбувається переривання контакту вже на першій стадії. У випадку, коли справжні потреби залишаються поза межею усвідомлення, вони можуть замінюватися потребами інших людей.

Існує п'ять основних механізмів переривання контакту, при яких енергія, необхідна для задоволення потреб і для розвитку пацієнта, виявляється розсіяною і помилково спрямованою. Це проєкція, конфлюенція, ретрофлексія, дефлексія та інтроєкція. Метою терапії є відновлення здатності індивіда до природного функціонування циклу контакту і, відповідно, робота з механізмами його переривання.

Під час *конфлюенції* (або злитті) межі між людиною і світом стираються, почуття відмінності зникає. У такому стані перебуває немовля, яке ще не здатне до розрізнення світу і себе. Під час екстазу, медитації людина також може відчувати себе злиною з миром воєдино. Однак, якщо таке злиття і стирання меж між собою і оточенням стає хронічним, людина перестає розуміти, хто ж вона є насправді, чи існує вона взагалі, втрачає здатність до реального контакту зі світом і з самою собою. Так, для людей, які пережили психічну травму, характерною є конфлюенція з тими, хто також пережив її. Про це свідчить вживання ними займенника “ми”, коли йдеться про їхні індивідуальні переживання. Вони часто нездатні відрізнити свої власні переживання від переживань своїх товаришів по службі.

Термін “*ретрофлексія*” означає буквально “звернення назад на себе”. Починаючи контакт з навколишнім середовищем, людина з якихось причин перериває його, і звертає дію на себе. Вона стає і суб'єктом, і об'єктом всіх своїх дій, метою власної поведінки. Таким чином, суб'єкт робить для себе те, що призначене навколишньому середовищу. Для хворих на ПТСР характерна наявність дратівливості та агресивності. Якщо такі хворі не вміють



висловлювати свої почуття в прийнятній формі, то вони, або здійснюють будь-які brutальні дії, або, утримуючи агресивні тенденції, як би проеціюють власні негативні почуття на своє тіло. У цьому випадку виникають різні психосоматичні розлади, такі як хронічне м'язове напруження, підвищення артеріального тиску, виразка шлунка, болі в області серця, утруднення дихання та ін.

Людина, для якої характерна *дефлексія*, намагається уникнути безпосереднього контакту з оточенням, іншими людьми, проблемами і ситуаціями. Під час сеансу дефлексія, або ухилення від реального контакту, може виявлятися у формі загальних фраз, балакучості, блазнювання, уникнення дивитися в очі співрозмовнику, ритуальності й умовності поведінки. У цьому випадку енергія розсіюється, оскільки індивід утримується від використання її повною мірою тоді, коли це необхідно, або не вміє її сконцентрувати таким чином, щоб зробити чітко спрямовану дію. Це характерно для симптому уникнення, вираженого при ПТСР, який проявляється в уникненні обговорення та роботі з травмуючим досвідом, оскільки це вимагає великих психологічних навантажень. Людина поринає в порожні міркування, які не стосуються важких переживань.

Як вже зазначалося раніше, у осіб з ПТСР наявна виражена агресія, яка може не тільки ретрофлексуватися, але і проектуватися, тобто вже буде задіяний механізм *проекції*. З цим механізмом пов'язана відмова від відповідальності за будь-які дії чи явища, що виникають у самої особистості, які вона приписує оточенню або безособовим факторам шляхом опредмечування себе (“щось штовхнуло мене на це”, “щось змусило мене це зробити”). Так, людина з ПТСР буде вважати іншу людину дуже агресивною, оскільки вона не може прийняти те, що вона сама агресивна і неспокійна.

*Інтроекція* (або “проковтування неперетравленим”) – механізм привласнення стандартів, норм, способів мислення, відносин до дій, які не асимілюються – не стають власними.

### **3.2 Психотравма як наслідок травматичного стресу**

Як уже зазначалося, стресові події самі по собі досить рідко стають психічними розладами (за винятком травматичного

**стресу чи психічної травми).** Однак, стресові події в поєднанні з різними внутрішніми та зовнішніми чинниками здатні викликати стрес-залежне захворювання. Важливо зазначити, що не кожна подія здатна викликати травматичний стрес. Були виділені наступні характеристики таких подій:

1. Подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося і через що у неї погіршився психологічний стан.
2. Цей стан зумовлено зовнішніми причинами.
3. Те, що довелося пережити, руйнує звичний спосіб життя.
4. Подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля щось зробити [55].

Травматичний стрес за інтенсивністю пережитих почуттів сумірний з усім попереднім життям. Через це травматичний досвід здається найбільш суттєвою подією життя, як би “вододілом”, що ділить все життя на події, що відбулися до і після травмуючої події. Отримана травма змінює бачення не тільки сьогодення, минулого, але й майбутнього. Людина, яка отримала психічну травму, відчуває себе не такою, якою вона була колись, а значно дорослішою, досвідченішою, ніж її однолітки [31; 32].

Отже, згідно сучасних уявлень про стрес, як зазначає Н.В. Тарабріна, у випадках, коли наслідком травматичної стресової події стають порушення у психічній сфері людини аналогічно до порушень у соматичних процесах, стрес стає **психотравмою** [72; 73]. Психотравма – це не зовнішня подія, а її психічна репрезентація.

Психотравму (синонімічно вживаються ще такі терміни: *емоційний травматичний стрес, емоційна травма, психологічна травма, психічна травма*) описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, когнітивними змінами та змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються такі стани, як знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку: блокується міжпівкульна синаптична передача, інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають, насамперед, ті

його зони, які пов'язані з контролем над агресивністю та циклом сну [47].

Таку ж думку висловлюють ще низка авторів, які вважають, що кожна людина наділена певним адаптаційним потенціалом або психологічним ресурсом, що дозволяє долати стрес-фактори певної інтенсивності. Про наявність психічної травми, на думку цих авторів, можна говорити в тому випадку, коли сила або тривалість несприятливих зовнішніх впливів перевищує індивідуальні пристосувальні можливості людини і відбувається “злам адаптаційного бар'єру”, внаслідок чого відбувається психічне травмування [16].

Ф.В. Бассін, В.Є. Рожнов і М.А. Рожнова пропонують вивчати психічну травму в руслі концепції психологічного захисту. Вони зауважують, що психологічний захист виконує роль спонтанного усунення психічних травм, а психічні травми обумовлені порушенням психологічного захисту. Ці ж автори звертають увагу на те, що психічна травма призводить до порушення колишньої системи значимих переживань. Тому, в процесі психотерапії пропонується протиставити порушеній системі іншу, з не менш високим потенціалом значущості [70].

Ю.А. Александровський розглядає психотравматизацію з точки зору концепції індивідуального бар'єру психічної адаптації. Відповідно до даної концепції, психотравмуючі фактори викликають напругу (перенапруження) активності адаптаційного бар'єру. В разі ослаблення активності або цілісності індивідуального бар'єру психічної адаптації відбувається порушення “психічного гомеостазу” і зниження рівня адаптації, що згодом може призвести до психогенних розладів [1; 2; 3; 4].

А.М. Свядоц розуміє психічну травму як результат впливу психотравмуючих подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для даного індивіда. Він виділяє гострі психічні травми і хронічні. Перші є результатом однократного, надсильного впливу, другі – багаторазово діючих, більш слабких впливів [58].

Г.К. Ушаков дає класифікацію психічних травм з точки зору їх інтенсивності. Зокрема, він виділяє:

- масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові:

а) надактуальні для особистості; б) неактуальні для особистості;

- ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, такі що багатопланово втягують особистість (пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою для самоствердження);

- пролонговані ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя:

- а) усвідомлювані і здоланні; б) неусвідомлювані і нездоланні;

- пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження (виснажуючі):

- а) викликаються самим змістом ситуації; б) викликаються надмірним рівнем претензії особистості при відсутності об'єктивних можливостей для досягнення мети в звичайному ритмі діяльності [74; 75].

Таким чином, можна зробити **висновок**, що поняття “стрес” співвідноситься з поняттями гомеостазу, адаптації та “нормальності”, тоді як термін “травматичний стрес” – з порушеннями, розладами, психопатологічними реакціями.

### 3.3 Поняття бойового стресу

Основною реакцією військовослужбовця на бойові події є бойовий стрес, відмітною особливістю якого є наявність стрес-факторів бойової обстановки.

**Бойовий стрес** розуміється як багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напруженою механізми реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін.

Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднує їх у декілька моделей:

1. Бойовий стрес розглядається як захворювання, як результат загострення в бойовій обстановці прихованого інтропсихічного конфлікту, що раніше мав місце. Цій моделі відповідає термін “травматичний невроз”.

2. Модель “витривалості” або “усталеності”, відповідно до якої кожна людина має межу “тривкості”. У даному випадку не стільки важливою є роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка військовослужбовця, яка характерна при травматичному неврозі,

стає нормою повсякденної поведінки. Цій моделі відповідає термін “бойове виснаження” (Cameron N., 1963).

3. Бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації (Kardiner A., 1947).

4. Модель оточення або “воєнної індукції”. Вона підкреслює головну роль комбінації зовнішніх факторів (Appel J.W., 1966).

5. Модель експериментального неврозу. У даному випадку внутрішній конфлікт, що виникає в людини в бойовій обстановці, розглядається за образом експериментального неврозу І.П. Павлова. Тільки змістом конфлікту є вибір між бажанням вижити та бажанням виконати свій обов’язок (Archibald H.E., Tuddenham R.D., 1965).

6. “Осудлива” модель. Вона відображає погляди тих, хто вважає, що бойовий стрес викликаний боягузливістю та небажанням військовослужбовців виконувати свій патріотичний обов’язок. Ця ненаукова модель має величезний вплив на вивчення даної проблеми.

Стан бойового стресу в умовах воєнних дій переживає кожен. З’являючись ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою, бойовий стрес триває аж до виходу із зони конфлікту. Завдяки стресовому механізму закріплюється пам’ятний слід нових емоційно-поведінкових навичок і стереотипів, першочергово значимих для збереження життя [8; 65; 66; 67]. Бойовий стрес, в той же час, є станом дестабілізуючим, **передпатологічним**, який обмежує функціональний резерв організму, чим збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій.

Динаміку станів бойового стресу і вираженість їх проявів визначає взаємодія стресорів бойової обстановки з безперервно мінливим під їх впливом психобіологічним субстратом особистості. Роль особистісного адаптаційного потенціалу дуже не однозначна. Наслідки реактивних станів, що розвиваються переважно в період термінової адаптації до бойової обстановки (у 32,8% випадків – в перші 3 місяці), набагато сприятливіші за ті, які сформовані механізмом довготривалої адаптації, що виникають на другому (23,9%) і особливо на третьому (18%) півріччі служби в зоні воєнних дій. Сукупність багатьох факторів (інтенсивність і тривалість бойових дій, умови перебування, хвороби, травми і поранення, оперативна обстановка, сенс війни, громадська

підтримка, згуртованість підрозділу, відношення місцевого населення та ін.) має модифікуючий вплив на стан особистісного адаптаційного потенціалу, на темп виснаження функціональних резервів організму.

Так, Л. Китаєв-Смик бойовий стрес, розділяє на:

- *конструктивний* (з'являються нові, корисні властивості психіки; військовослужбовці стають більш охайними, стежать за зброєю, охоче опановують нові її види, в бою – налаштовані на перемогу, на виживання, по відношенню до полонених і місцевих жителів – лояльні);

- *деструктивний* – характеризується найменшою пристосованістю військовослужбовців до бойової обстановки, навіть у порівнянні з тим, якими вони були, прибувши на фронт, відбуваються деструктивні, руйнівні психологічні зміни, автор називає таких військовослужбовців “ті, які зламалися”, “придуркуваті”, “оскаженілі”, необхідна ізоляція в тил;

- *вторинний воєнний (післявоєнний) стрес* – відбувається у випадку інвергування (перевертання), коли бойовий ентузіазм молодих бійців перетворюється у відчай і здатність до протестного суїциду (самогубства), як помсти кривдникам. Зустрічається у молодих ветеранів, в результаті відсутності їм допомоги під час інтегрування в мирне життя) [18; 19].

Крім того, Л. Китаєв-Смик поділяє бойовий стрес на ***бойовий стрес 1-го, 2-го, 3-го рангів.***

*Початковий бойовий стрес (бойовий стрес 1-го рангу).* Відомо, що під час раптової небезпеки люди поведуться по-різному: одні активні, збуджені (які наче “вибухнули” або “відважні”), інші – навпаки, пасивно завмирають. Так по-різному “включаються”, “спрацьовують” вроджені програми поведінки під час стресу.

*Бойовий стрес 2-го рангу.* Характеризується небажаними, хворобливими порушеннями спілкування та службових взаємовідносин. Стрес 2-го рангу - це ще й початок різних тілесних проявів (психосоматичних хвороб) стресу: артеріальної гіпертонії, стенокардії, гастриту, виразкової хвороби шлунку та кишківника та ін. При цьому, помітно знижуються витривалість і боєздатність військовослужбовців. Доцільно їх, якщо немає можливості госпіталізувати, хоча б відправити у тиліві підрозділи.

*Бойовий стрес 3-го рангу.* Буває у вигляді патофізіологічних (внутрішньотілесних) проявів. Важкий стрес в мирному житті не зустрічається. Включаються механізми самознищення. У тих, що “зламалися” – глибинна депресія, у “придуркуватих” – інфантилізація, у “розлючених” – брутальна агресивність [18; 19].

О.Г. Караяні та І.В. Сиромятніков розглядають **бойовий стрес** як багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напругою механізмів саморегуляції і формуванням пристосувальної поведінки; механізм комплексної мобілізації організму для дій в небезпечних умовах. Бойовий стрес – це процес мобілізації всіх наявних можливостей організму, імунної, захисної, нервової, психічної систем для подолання життєнебезпечної ситуації. Ними також були виділені *рівні бойового стресу*:

- біохімічний (гормональні зміни);
- фізіологічний (об’єм легенів – кисень, очі – різкість і дальність зору, звуження артерій – тиск крові, перерозподіл кров’яних потоків – збільшення енергопостачання, сили м’язів, виведення шлаків);
- психофізіологічний (симпатична і парасимпатична нервова система);
- психологічний (звуження свідомості, концентрація на небезпеці, відчуття тривоги – готовність; мотивація);
- соціально-психологічний (діяльнісне опосередкування спілкування, його згорнутість, зниження етичного статусу) [16].

Також можна говорити про його *специфічні форми*: нетравматичний стрес; травматичний (бойова психічна травма); посттравматичний.

Існує точка зору, згідно якої бойовий стрес є сукупністю субреактивних станів. Під **субреактивними станами** розуміються стани схожі за своїми проявами з деякими проявами реактивних станів, але відрізняються від них меншою силою, стійкістю і тотальністю проявів [16]. **Реактивні стани** – тимчасові зворотні розлади психічної діяльності, що виникають як реакція у відповідь на вплив психічної травми.

Бойовий стрес одночасно може бути і травматичним стресом, тоді він, за різними джерелами, може називатися “бойовою психічною травмою”.

Наступна **класифікація бойового стресу за інтенсивністю** передбачає таку градацію:

Бойовий стрес *невисокої інтенсивності* (БСНІ), як правило, ефективно долається більшістю військовослужбовців та на початковому етапі може сприяти підвищенню їх бойової активності. Надалі, БСНІ або стає звичним для учасників бойових дій, або переходить в бойовий стрес підвищеної інтенсивності.

Бойовий стрес *підвищеної інтенсивності* (БСПІ) (бойовий стрес високої ефективності, дистрес) може значно ускладнити діяльність як окремого військовослужбовця, так і військових колективів. На індивідуальному рівні БСПІ проявляється в таких формах, як: різке, неадекватне бойовій обстановці підвищення або, навпаки, зниження бойової активності; неадекватне бойовій ситуації підвищення емоційного збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, емоційна “тупість”; поява деструктивних форм мотивації бойової діяльності або, навпаки, бажання “вийти” з бою, будь-якою ціною зберегти собі життя; втрата орієнтації в ситуації бою; відчуття нереальності того, що відбувається в бойовій ситуації; самовідчуження; різке, невластиве конкретному військовослужбовцю зниження дисциплінованості, поява порушень моральних норм міжособистісних відносин, що не спостерігалось раніше, а також деструктивних форм спілкування з оточуючими, розбещеності поведінки; високий рівень необґрунтованої дратівливості, гнівливості, агресивності; різке зростання тривожності або, навпаки, необґрунтоване нехтування небезпекою; нездатність впоратися з переживаннями страху; поява помітної замкнутості, пригніченості, апатії; втрата інтересу до життя, виникнення думок про самогубство; значне підвищення психічної напруженості і настороженості; розосередженість уваги або труднощі стосовно її швидкого переключення; різке зниження психологічної стійкості або, навпаки, зростання ригідності психічних процесів; поява схильності до панічних настроїв та ін. Такі прояви бойового стресу сприяють помітному зростанню помилок і зривів у здійсненні військовослужбовцем бойової діяльності, її дезорганізації. БСПІ, як правило, чинить негативний вплив на перебіг фізіологічних процесів в організмі військовослужбовця, що виражається в помітному погіршенні стану здоров'я, виникненні нових або загостренні наявних раніше захворювань, розладах автоматизмів фізіологічного рівня.



На груповому рівні БСПІ проявляється не тільки у збільшенні кількості військовослужбовців, які його зазнають, але також в якісній зміні соціально-психологічної ситуації у військових колективах. Це може виражатися в таких негативних явищах, як: різке погіршення соціально-психологічного клімату і значне зростання конфліктності у військових колективах, помітне зниження рівня згуртованості і взаємовиручки військовослужбовців, поширення серед них негативного ставлення до виконуваної бойової задачі, командування, формування у військових колективах соціально психологічних передумов до поширення в них панічних настроїв та ін. В той же час, високий рівень групового розвитку військового колективу, професійна та психологічна готовність його членів до спільних бойових дій, наявність у них позитивного досвіду внутрішньогрупової і міжгрупової взаємодії в бойовій обстановці можуть сприяти зниженню руйнівного впливу БСПІ.

**Найбільш інтенсивний бойовий стрес** (НІБС) проявляється у формах, які перешкоджають здійсненню бойової діяльності на відносно тривалій час. Граничними формами його прояву є невротичні та психотичні розлади. При цьому, чим більше військовослужбовців відчуває найбільш інтенсивні форми бойового стресу, тим більше психологічних втрат у підрозділі, частині, з'єднанні. Розлад – клінічно визначена група симптомів або поведінкових ознак, які в більшості випадків спричиняють страждання і перешкоджають особистісному функціонуванню.

Очевидно, що чим більш інтенсивно військовослужбовець пережив бойовий стрес в бойовій обстановці, тим більша ймовірність виникнення у нього негативних наслідків після припинення впливу бойових стресорів, серед яких гострі психогенні реакції (гостра стресова реакція, гострі стресові розлади), порушення адаптації.

Звертає на себе увагу той факт, що високий ступінь опірності бойовому стресу (за матеріалами російських досліджень) до відправлення військовослужбовців у Чечню складав 89,3%, в той час як після повернення ця цифра різко знижується до 35%. Кількість осіб з низьким ступенем опірності стресу збільшується з 3,3% до 55%.

Г. Кормос розглядав бойовий стрес, як таку поведінку військовослужбовця в умовах війни, яка повинна розглядатися в якості сигналу про те, що солдат не здатний воювати далі.

Існує й інша точка зору, згідно якої бойовий стрес є сукупністю переживань, зумовлених тривалою загрозою для життя в бойовій обстановці. При цьому її прихильники вважають, що необхідно говорити про воєнний стрес, оскільки це поняття більшою мірою відображає цілісний травматичний вплив бойової обстановки.

Реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значимості для конкретного учасника бойових дій, так і особливостей його копінг-поведінки (поведінка, спрямована на подолання стресу). Значимість впливу на психіку військовослужбовця тих чи інших бойових стресорів визначається його індивідуально психологічними особливостями і особистісними якостями, професійною та психологічною готовністю до ведення бойових дій, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприйняття військовослужбовцем місця і ролі бойових дій в історії та перспективі його системи життєдіяльності.

У свою чергу, ефективність копінг-поведінки військовослужбовця залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки, характеру використаних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому, від наявності у військовослужбовця досвіду поведінки, спрямованої на подолання стресу в бойовій обстановці та його змісту.

Залежно від особливостей взаємодії зазначених вище факторів, прояви бойового стресу у різних військовослужбовців будуть відрізнятися за такими параметрами:

а) інтенсивність прояву – від станів підвищеної психічної напруженості до патологічних станів;

б) переважаючий рівень проявів – психологічний, психофізіологічний, патологічний;

в) ступінь усвідомленості свого стану (інсайту) самим військовослужбовцем;

г) переважаючий прояв стресу в тій чи іншій сфері особистості військовослужбовця – емоційній, когнітивній, мотиваційній, вольовій, поведінковій;

д) ступінь підконтрольності проявів бойового стресу самим військовослужбовцем (ступінь самовладання), гіпер- і гіпомобілізованість;

е) характер впливу військовослужбовця, який перебуває в стресовому стані, на психічний стан інших військовослужбовців;

є) тривалість прояву стресових розладів у військовослужбовця;

ж) характер впливу на бойову діяльність.

У військовій психіатрії використовується наступна градація рівнів психічних розладів: 1) рівень психічного здоров'я; 2) психологічний (доклінічний) рівень; 3) пограничний (невротичний) рівень; 4) психотичний рівень. Подібний підхід дозволяє не тільки оптимізувати лікувально-евакуаційні потоки, вирішити питання про порядок черги під час надання психологічної та психіатричної допомоги, а й визначити обсяг і характер такої допомоги, а також необхідні для цього сили і засоби.

Особи з психологічними стресовими реакціями мають потребу лише у відносно невеликих психокорекційних заходах медико-психологічного характеру.

Розлади невротичного або психотичного рівня передбачають виконання лікувальних невідкладних дій. Таким чином, у сучасних війнах психічному здоров'ю військовослужбовців приділяється підвищена увага як запоруці боєздатності військ.

Психічні розлади можуть мати доклінічний або клінічний рівень і вимагають уваги не тільки лікарів, а й психологів.

Бойовий стрес розвивається за певними закономірностями. У прогнозованій ситуації людина відповідає послідовними вчинками, які в підсумку формують поведінку. Під час подій, що загрожують життю, негайну реакцію людини, в першу чергу, визначають інстинкти, фізичні та психічні особливості особистості. Описано два варіанти гострої реакції на стрес.

Перший варіант, і найбільш частий, – це психомоторне збудження, що характеризується зайвими, швидкими, часом нецілеспрямованими рухами. Має місце звуження обсягу уваги, що виявляється утрудненням утримання в колі довільної цілеспрямованої діяльності великого числа уявлень і здатності

оперувати ними. Виявляється утруднення концентрації уваги. Крім цього, є труднощі стосовно відтворення інформації, отриманої в постстресовий період, що пов'язано з порушенням короткочасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, маломодульованим. Часто повторюються одні й ті ж фрази, іноді мова носить характер монологу. Судження поверхневі, часом позбавлені смислового навантаження. Для військовослужбовців з гострим психомоторним збудженням важко знаходитись в одному положенні: вони то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Відзначаються вегетативні порушення – тахікардія, підвищення артеріального тиску (АТ), що не супроводжується погіршенням стану або головним болем, гіперемія обличчя, надмірна пітливість, іноді з'являється відчуття спраги або голоду. Одночасно з цим можуть виявлятися поліурія і почастішання дефекації.

***Критерієм переходу психологічної реакції на стрес у психопатологічну***, що вимагає медичного (психіатричного) втручання, при гіперкінетичному варіанті гострої реакції на стрес є дезорганізація поведінки з неадекватними і небезпечними для життя вчинками, обманами сприйняття, різким психомоторним збудженням. Клінічна картина описується в цих випадках як “реактивний психоз”.

При другому, більш важкому різновиду гострої реакції на стрес, відбувається уповільнення психічної та моторної активності. Одночасно з цим мають місце дереалізаційні розлади, що проявляються у відчутті відчуження реального світу. Навколишні предмети починають сприйматися як змінені, неприродні, а в ряді випадків – як нереальні, “неживі”. Змінюється сприйняття звуків. Голоси людей позбавляються своїх характеристик (індивідуальності, специфічності). Виникають також відчуття змінності відстані між різними навколишніми предметами – метаморфопсії. При гіподинамічному варіанті гострої реакції на стрес військовослужбовці проявляють неуважність, ігнорують команди і звернену до них мову, скарг не пред'являють, відповідають на всі питання тихим маломодульованим голосом. При патологічних варіантах гіподинамічної реакції на стрес людина лежить із заплющеними очима, не реагує на оточуючих. Всі реакції організму уповільнені, зіниця мляво реагує на світло, дихання уповільнюється, стає безшумним, неглибоким. Цей стан описується клінічно як “психогенний ступор”. Згідно з МКХ-10 “Гостра

стресова реакція” (F43.0) поділяється на “легку стресову реакцію” (F43.00), “помірну” (F43.01) і “важку” (F43.02). Критерії цих станів будуть описані в наступному параграфі [34].

Після редуції гострої реакції на стрес, коли реальна загроза зникає, настає перехідний період, перебіг й тривалість якого залежать від типу перенесеної бойової ситуації. У перехідному періоді військовослужбовець скарж не пред’являє і за допомогою не звертається. У цей період спостерігаються порушення сну, зміна харчової поведінки, знижується маса тіла, частішає пульс, підвищується артеріальний тиск, збільшується частота дихання без зв’язку з фізичним навантаженням. Має місце внутрішнє емоційне напруження, що суб’єктивно не помічається. Спостерігається нерішучість, яка раніше не була властива особистості, а також прагнення перекладати прийняття відповідальних рішень на інших осіб. При ймовірному повторенні стресової реакції посилюються вегетативні порушення, поступово підвищується негативний психоенергетичний потенціал, загострюються психосоматози та іпохондрична фіксація на неприємних відчуттях. Оскільки континуальний стрес викликає більш глибокі зміни у вигляді психосоматичних розладів і загрозу розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), термін перебування на території ведення бойових дій при розвитку психічних порушень у комбатанта повинен обмежуватися терміном в 30 діб. Перехідний період, в залежності від тяжкості та тривалості континуального стресу, може тривати від 15 до 30 днів. У подальшому, якщо психологічна допомога не була надана, то в частині випадків розвивається ПТСР.

До числа факторів, що сприяють запобіганню розвитку ПТСР, відносяться здатність комбатанта до емоційного самоконтролю, наявність хорошої самооцінки, здатність до своєчасної інтеграції травматичного досвіду інших у своє життя, а також наявність соціальної підтримки. Наявність у комбатантів цих соціально-психологічних якостей захищає їх від глибоких і незворотних змін психіки, пов’язаних з бойовим стресом.

На думку інших авторів, бойовий стрес, що виникає серед особового складу, необхідно розглядати як поведінку людини, яка сигналізує про те, що вона вже не спроможна далі виконувати завдання, що стоять перед підрозділом.

### **3.4 Змінені психічні стани військовослужбовців, викликані бойовий діями**

Змінені психічні стани, що виникають у військовослужбовців в період ведення бойових дій, включають: бойову стресову реакцію (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойову втому та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології.

Досвід показує, що психологічно неадаптивні реакції на бойові обставини складають від 10 до 50% всіх санітарних втрат в сучасних локальних війнах. У DSM-IV бойова стресова реакція, яка виступає там під назвою “гострої реакції на стрес”, діагностується на основі набору симптомів, які описані в літературі, присвяченій гострим реакціям на травму. Тому не дивно, що те, що називається “гострою реакцією на стрес”, може виступати в різних формах, оскільки спирається на досі ще не цілком визначені критерії.

**Бойова і оперативна стресова реакція (combat and operational stress reaction) та бойова втома (combat (battle) fatigue)** – це первинна нормальна реакція на ненормальний стрес бойових дій. Під час війни люди перебувають під постійним фізіологічним (наприклад, погане харчування, перепад температур, відсутність належної особистої гігієни тощо) та психологічним стресом (наприклад, постійна небезпека, надобережність щодо можливих саморобних вибухових пристроїв чи снайперів, або ж поранення чи смерть товаришів) і, очевидно, що у більшості з них виникатимуть ті чи інші реакції. Ці реакції часто проявляються як гіперполохливість (сильна реакція, наприклад, на гучний звук), надмірна пильність (боєць завжди на сторожі і готовий діяти), погані сни/жахи, дратівливість, проблеми зі сном, і т.д. Хоча все це і звучить досить негативно, проте деякі з цих реакцій вважаються адаптивними, зокрема, гіперполохливість і надмірна пильність та й інші реакції бойового стресу, такі як зростання фізичної сили, збільшення витривалості, відчуття власної компетентності тощо (тобто не всі стресові реакції є негативними).

“Бойова і оперативна стресова реакція” (БСР) – загальні терміни, що охоплюють всі можливі реакції військовослужбовців на бойові умови. Термін “бойова втома” (БВ) використовується для опису будь-якої пов’язаної з боєм стресової реакції, що потребує допомоги. Більшість військовослужбовців, у яких

виявляються ознаки і симптоми емоційних чи психологічних розладів, не мають психічних проблем, вони, скоріше, намагаються подолати аномальний стрес військових операцій. В МКХ-10 БВ визначається як нормальний стан, який розвивається у нормальних людей під впливом ненормальних обставин.

Важливу роль відіграє здатність самих військових та їх найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти ті симптоми, які свідчать про розвиток стресу.

БСР спочатку виявляється як індивідуальна нездатність людини виконувати свої прямі службові обов'язки. Серед найбільш характерних ознак необхідно відзначити залишення поля бою, нез'ясовану відсутність та ін. У тих військовослужбовців, які відчувають бойову втому, існує велика ймовірність повторення симптомів, тому чим якнайшвидше буде надана допомога, тим більше шансів на швидке відновлення. Психологічні фактори (особистісні особливості людини) можуть затримати або ускладнити реабілітацію після таких станів. Будь-яка поведінка військовослужбовця, яка тривалий час відрізняється від звичної для нього раніше, може бути ранньою ознакою і симптомом бойового стресу. Для своєчасної діагностики не обов'язково тримати в пам'яті всі можливі ознаки і симптоми БСР, набагато кориснішим буде запам'ятати одне просте правило: командиру необхідно добре знати своїх військовослужбовців і бути готовим помітити будь-які раптові, тривалі чи прогресуючі зміни в їх поведінці, що несуть потенційну загрозу безпеці та функціонуванню підрозділу.

Процес відокремлення військових з БВ від відносно невеликої кількості тих, які мають реальні психічні розлади називається нейропсихіатричним сортуванням. Основний показник того, що спостережувана симптоматика відображає непсихотичний рівень травматизації є збереження військовослужбовцем в достатній мірі критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності. Здійснюючи оцінку стану бійця в тактичних умовах завжди необхідно думати про БЕЗПЕКУ. Якщо виникають сумніви стосовно безпеки самого військовослужбовця чи його оточення – необхідно переконатися, що у нього вилучена зброя і він знаходиться під постійним супроводом. Неможна використовувати військовослужбовців з ознаками БСР для евакуації поранених – це може підвищити рівень травматизації.

***Бойову втому можна класифікувати як легку або важку.***  
Надання допомоги залежатиме від складності симптомів та тактичної ситуації.

*Легка БВ* – мінімальне, незначне порушення функціональності, симптоми присутні, проте значно не впливають на виконання прямих обов'язків; скарги більше суб'єктивні, ніж об'єктивні, тактична ситуація дозволяє залишити бійця виконувати завдання за призначенням.

*Важка БВ* – очевидні порушення, що впливають на виконання прямих обов'язків або тактична ситуація не дозволяє залишити бійця в підрозділі.

Воєнні дії – це ситуація перманентної психотравматизації, яка сприяє емоційному виснаженню, але, разом з тим, війна може мати і позитивний вплив на учасників успішної бойової діяльності. Відбуваються позитивні зміни: підвищується умілість, досвідченість, росте професіоналізм, війна прискорює соціальний час, відбувається переоцінка цінностей, формуються нові пріоритети, набувається досвід, підвищується рівень професіоналізму; підвищується соціальний статус.

Процес адаптації до бойових дій триває приблизно 15-25 діб, по закінченню яких військовослужбовець досягає піку морально-психологічних можливостей. Після 30-40 діб безперервного перебування в безпосередньому зіткненні з противником, часто настає їх швидкий спад, пов'язаний з виснаженням духовних і фізичних сил. Тривале очікування активних бойових дій, обмеження рухливості протягом 3 діб знижує працездатність у військовослужбовців на 30%.

Дослідження бойового стресу в “афганській” і “чеченській” війнах, проведені Є.В. Снедковим суттєво доповнюють і виправляють судження про “бойове загартовування”. Він виявив, що дійсно, у 20,3% військовослужбовців, які протягом 6-ти місяців перебували в бойовій обстановці, підвищуються адаптивні здібності, бійці стають стійкими, обстріляними, здатними успішно протистояти противнику. 42,6% воїнів не мали помітних емоційно-поведінкових змін. Однак у 36,1% - виникає “стійка соціально-психологічна дизадаптація” [65; 66].

У бойових підрозділах, що беруть участь у боях від 7-ми місяців до 1-го року, кількість солдатів і офіцерів з підвищеною адаптивністю до бойових екстремальних впливів зменшувалася до 5,8%, і навпаки, “стійка дизадаптація”, - порушення здатності



адаптуватися до небезпек і тягарів війни, - була відзначена в 61,1%. Перебування більше року в бойовій обстановці створює таку “особистісну дизадаптацію” у 83,3%; через рік вже ні в кого не зберігається підвищена адаптованість до бойового стресу [65; 66]. “Вірогідність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми безпосередньо залежить від тяжкості перенесеного стресорного впливу та тривалості перебування в умовах театру воєнних дій. Вона збільшується у військовослужбовців з наявністю акцентуації характеру епілептоїдного, гипертимного, нестійкого і конформного типу” [65; 67] .

Наведемо типові психологічні реакції військовослужбовців під дією стрес-факторів бойової обстановки.

### **Типові психологічні реакції, що виникають під впливом стрес-факторів в умовах локального збройного конфлікту**

<b>ПОЗИТИВНІ</b>
Мобілізація психологічних можливостей
Активізація ділових мотивів, обов'язку, відповідальності
Прояв інтересу, ентузіазму
Активізація й оптимізація пізнавальної діяльності
Актуалізація творчих можливостей
Підвищення готовності до рішучих і сміливих дій
Підвищення витривалості, невибагливості
Зниження порогу відчуттів, прискорення реакцій
Зниження стомлюваності, зникнення почуття втоми, безтурботності
Виникнення азарту, емоційного збудження
Підвищення концентрації уваги, ігнорування всіх другорядних сигналів
Покращення запам'ятовування значимого матеріалу
Покращення продуктивного мислення – швидкості пошуку і оцінки можливих виходів із ситуації, що склалася
Підвищення рівня розвитку вольових якостей
Посилюється роль соціально-значимих і високих громадських мотивів

<b>НЕГАТИВНІ</b>
Прояв занепокоєння, непевності, тривоги
Загострення почуття самозбереження
Гостра боротьба мотивів обов'язку й особистої безпеки
Нерозуміння того, що відбувається, дезорганізація пізнавальної діяльності

Руйнація відпрацьованих навичок, поява помилок у роботі
Недостатня змобілізованість (гіпозмобілізованість), прояв розсіяності в діях
Втрата самоконтролю, прояв істеричних реакцій, панічні дії
Поява почуття слабості, втоми, крайньої змореності
Виникнення гострих психотичних станів
Прояв розгубленості (фрустрація, заціпеніння, ступор)

За результатами обстеження військовослужбовців, які зазнали впливу екстремальних факторів, М.М. Решетніковим було виділено сім послідовних стадій зміни їхнього психічного стану та відновлення військово-професійної працездатності [53; 54].

**1. “Стадія вітальних реакцій”** – триває від декількох секунд до 5-15 хвилин, коли поведінка практично повністю підпорядкована імперативу збереження власного життя, з характерним звуженням свідомості, редукацією моральних норм і обмежень, порушенням сприйняття часових інтервалів і сили зовнішніх і внутрішніх подразників (включаючи явища психогенної гіпо- та аналгезії навіть при травмах, що супроводжуються переломами кісток, поранень та опіків 1-2-го ступеня до 40% поверхні тіла). У цей період характерна реалізація переважно інстинктивних форм поведінки, які в подальшому переходять у короткочасний (однак – з широкою варіативністю) стан заціпеніння.

Тривалість і виразність вітальних реакцій суттєво залежать від раптовості впливу екстремального фактора. Люди, реалізуючи інстинкт самозбереження, навіть забувають про своїх близьких, але якщо при цьому вони не отримали суттєвих ушкоджень, то через деякий час соціальна регуляція відновлюється. Якщо врятувати близьких та інших не вдалося, то це визначає перебіг всіх наступних стадій, специфіку і прогноз психопатології на досить тривалий період. Наступні спроби раціонального переконання в тому, що інстинктивним формам поведінки неможливо протистояти або протидіяти, виявлялися малоефективними, і застосовувалися інші методи психотерапевтичної корекції.

Під час пролонгованого впливу екстремальних факторів (у тому числі пов'язаних з тривалим обмеженням вітальних потреб, наприклад в їжі та воді) поступово формуються аналогічні реакції, в основі яких лежать владно спонукаючі імперативи виживання, які в ряді випадків не можуть бути реалізовані як колективні.

**2. “Стадія гострого психоемоційного шоку з явищами зверхмобілізації”.** Ця стадія, як правило, розвивається після короткочасного стану заціпеніння, який завершує період “вітальних реакцій”, триває від 3 до 5 годин і характеризується загальним психічним напруженням, граничною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безрозсудної сміливості (особливо під час порятунку близьких) при одночасному зниженні критичної оцінки ситуації, але збереженні здатності до раціональної діяльності. В емоційному стані в цей період переважає почуття відчаю, що супроводжується відчуттями запаморочення, “бігу думок” і головного болю, а також серцебиттям, сухістю в роті, спрагою і утрудненим диханням. Поведінка в цей період підпорядкована, майже виключно, імперативу порятунку близьких, з подальшою реалізацією уявлень про мораль, професійний та службовий обов’язок. Ці уявлення (у стадії “вітальних реакцій”) стають на якийсь період “відставленими”. Незважаючи на присутність раціональних компонентів, саме в цей період найбільш вірогідні прояви панічних реакцій і зараження ними оточуючих. Завершення цієї стадії може бути як пролонгованим, з поступовим наростанням почуття виснаження, так і наступати раптово, миттєво, коли люди, які тільки що активно діяли, опинилися в стані близькому до ступора або непритомності, незалежно від ситуації.

**3. “Стадія психофізіологічної демобілізації”** – її тривалість до 3-х діб. В абсолютній більшості випадків настання цієї стадії пов’язувалося з розумінням масштабів трагедії (“стрес усвідомлення”) і контактами з людьми, які отримали важкі травми та тілами загиблих. Найбільш характерним для цього періоду було різке погіршення самопочуття і психоемоційного стану (аж до стану своєрідною протрації), і специфічних панічних реакцій (нерідко раціональної спрямованості, але реалізованих без будь-якого енергетичного потенціалу), зниження моральної нормативності поведінки, відмова від будь якої діяльності і мотивації до неї. Одночасно спостерігаються виражені депресивні тенденції, порушення функцій уваги і пам’яті. Яскраво виражені блідість, пітливість, тремор кінцівок. Зі скарг у цей період головними є нудота, “важкість” в голові, дискомфорт з боку шлунково-кишкового тракту (у тому числі – блювота і діарея),

повна відсутність апетиту (відмова від їжі), різка слабкість, уповільнення і утруднення дихання, аж до нападів задухи. Висока ймовірність асоціальної поведінки, що реалізується у вигляді “тьмяного” афекту з ознаками неадекватності оцінки ситуації. Афектогенна ситуація як і стресогенна починається з того, що особистість в ній стикається з нерозв’язною проблемною ситуацією, із зростанням емоційної напруги. Однак, на відміну від стресогенної, в афектогенній ситуації – самогубство трапляється вкрай рідко. На пошук виходу з цієї проблемної ситуації продукується величезна, пропорційна її значущості, кількість енергії, яка не витрачається, оскільки не відомо на що її витратити, через те що ситуація суб’єктивно безвихідна. Накопичувана енергія вимагає виходу, але будучи заблокованою, створює наростаюче з кожною секундою емоційне напруження. Складається ситуація “парового котла перед його вибухом”. Блокада енергії афекту, не витримавши навантаження, руйнується, і, енергія, що накопичилася на вирішення проблеми, витрачається на нераціональні, скоріше псевдорішення, на той варіант психологічного захисту, який використовувався в житті, і саме тому, прийшов на думку першим.

Теоретично, шляхів розрядки накопиченої енергії афекту п’ять: а) остовпіння, б) панічна втеча з місця події, в) зовнішня агресія, г) погром, д) агресія, спрямована проти себе.

У процесі розрядки енергії афекту особистість, як правило, втрачає контроль не тільки над своїми діями, але й над своєю мімікою (“незвичайні погляди”, “відсутні або спотворені обличчя”). Після зняття загрози, людина перебуває в стані граничного фізичного стомлення, слабкості, навіть сонливості. Цей стан оцінюється як фаза релаксації фізіологічного афекту.

**4.** Подальша динаміка стану і самопочуття визначається специфікою впливу екстремальних факторів, отриманими травмами і морально-психологічною ситуацією після подій. Слідом за “психофізіологічною демобілізацією” (при відносно високій варіативності її строків) достатньо часто спостерігався розвиток **4-ої стадії - “стадії розв’язки”** (від 3 до 12 діб). У цей період, за даними суб’єктивної оцінки, поступово стабілізуються настрої і самопочуття. Однак, за результатами об’єктивних даних і спостереження, в абсолютній більшості обстежених зберігалися: знижений емоційний фон, обмеження контактів з оточуючими, гіпомімія, зниження інтонаційного забарвлення мови,

сповільненість рухів, порушення сну і апетиту, а також різні психосоматичні реакції (переважно з боку серцево-судинної системи шлунково-кишкового тракту та ендокринної сфери). До кінця цього періоду у більшості постраждалих з'являлося бажання “виговоритися”, що реалізовується шляхом вибіркової спрямованості переважно на осіб, які не є очевидцями подій, і супроводжувалося деякою ажитацією. Цей феномен, що входить до системи природних механізмів психологічного захисту (“відторгнення спогадів шляхом їх вербалізації”, у ряді випадків приносив постраждалим суттєве полегшення (що є одним з показників для дебрифінгу). Одночасно відновлювалися сни, які, як правило, були відсутні в попередні періоди, у тому числі – тривожного і кошмарного змісту, і які в різних варіантах трансформують враження трагічних подій.

На фоні суб'єктивних ознак деякого поліпшення стану об'єктивно зазначалося подальше зниження психофізіологічних резервів (за типом гіперактивації), прогресивно наростали явища перевтоми, істотно зменшувалися показники фізичної і розумової працездатності.

**5. “Стадія відновлення”** психофізіологічного стану починалася переважно з кінця другого тижня після отриманої психічної травми і найбільш чітко виявлялася в поведінкових реакціях: активізувалося міжособистісне спілкування, починало нормалізуватися емоційне забарвлення мови і мімічних реакцій, вперше з'являлися жарти, що викликали емоційний відгук у оточуючих, відновлювалися сновидіння у більшості обстежених. У стані фізіологічної сфери позитивної динаміки і на цій стадії виявлено не було. Основні форми транзиторної психопатології (за головною ознакою) представлені в таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

Дані про частоту психопатологічних синдромів у постраждалих

Найменування психопатологічних синдромів, що класифікуються за головною ознакою	Частота (у %)
Психічна загальмованість, астено-депресивний синдром	56%
Афектогенний ступор	23%

*Продовження таблиці 3.1*

Загальне психомоторне збудження	11%
Глибока депресія і виражений негативізм	4%
Маячно-галюцинаторні стани	3%
Неадекватність, ейфорія	3%
Разом	100%

У більш пізні терміни (через місяць) у 12-22% постраждалих виявлялися стійкі порушення сну, невмотивовані страхи, повторювані кошмарні сновидіння, нав'язливості, галюцинаторні стани і деякі інші, а ознаки астено-невротичних реакцій, у поєднанні з психосоматичними порушеннями в функціонуванні шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та ендокринної систем, визначалися у 75% постраждалих.

**6. “Стадія відставлених реакцій”**, яка для певної частини постраждалих (до 10% випадків) може оцінюватися як гострий стресовий розлад або як маніфестація початку ПТСР). Одночасно збільшується внутрішня і зовнішня конфліктогенність, що вимагає спеціальних підходів.

**7. Стадія віддалених наслідків** докладно викладена в наступних параграфах.

### **3.5 Бойова психічна травма**

Бойова психічна травма – це виникаючий внаслідок впливу бойових стрес-факторів патологічний стан центральної нервової системи, що обумовлює регулювання поведінки постраждалого за допомогою патофізіологічних механізмів. В результаті психотравмування відбувається накопичення змін в структурах ЦНС, наростання специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворення [65; 67].

Бойова психічна травма займає значне місце в структурі бойових поразок. Вона в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і від 10 до 50% послаблює боєздатність збройних сил.

У деяких джерелах в якості синоніму “бойової психічної травми” можна зустріти поняття “гостра реакція на стрес”.

Формування бойової психічної травми має певні стадії (реєстри симптоматики):

1) передпатологічні кризові реакції з розрізненими і транзиторними емоційними, поведінковими та фізичними симптомами, такими, що порушують функціонування комбатанта (дисгармонійні психологічні та психо вегетативні реакції бойового стресу);

2) синдромально окреслені патологічні стани (невротичні і патохарактерологічні реакції, гострі дисоціативні розлади, адиктивна поведінка, психо вегетативні дисфункції), клініка яких тісно пов'язана з дією ситуаційних чинників і, поряд з переважаючим зворотності, має нозоспрямовані тенденції;

3) нозоспецифічні розлади (PTSD, стрес-індуковані афективні і маячні психози, наркоманії, психосоматози) зі структуруванням і відносною стабілізацією особистісної патології, приєднанням до менш специфічної продуктивної симптоматики дефіцитарних та ідеаторних порушень, "саморозвитком" хворобливого процесу [28; 29; 30].

Л. Царенко [47] розрізняє наступні **етапи переживання бойової психічної травми**.

1. *Стан шоку (бойовий шок)* Бліда шкіра; пильний погляд, людина майже не моргає; забуває, що було, що потрібно робити; не виявляє емоцій, описуючи емоційно заряджену ситуацію; відсутність або уповільнення мовлення; холодні кінцівки; тримається окремо від інших, аби почувати себе в безпеці; слабкий м'язовий тонус або сильні спазми.

2. *Надзбудження (бойовий стрес)*. Почервоніння шкіри; часте моргання; різкий сміх; неспокій, метушливість; пітніє; швидко, нестримне мовлення; надмірна пильність, настороженість; емоційні вибухи; надмірна реакція страху, що довго триває; несподіване відчуття жару; різке відведення погляду; надмірна чутливість; напружені м'язи.

3. *Втома (бойове виснаження)*. Песимізм, пригніченість, в'ялість; дратівливість, невдоволення всім ("нічого не хочеться"); тривожність; знервованість; напружений вираз обличчя; брак стійкого контакту очі в очі; голосне мовлення; важко розслабитися; проблеми зі сном і апетитом; працездатність знижена (важко виконувати поставлені завдання, не хочеться вмиватися, голитися тощо).

4. *Вихід із травми.* Хвилеподібно накочується туга, сум, спустошення; може бути почуття провини, образи; періодично хочеться плакати при згадці про травматичні події; в такі моменти з'являється небажання жити; стримування сліз; погіршення імунітету – часті простудні захворювання; психосоматичні розлади (наприклад, проблеми з травленням, підвищення тиску, болить голова тощо).

5. *Адаптація до екстремальної ситуації.* Поліпшення уваги; активізація мислення; загострення вищих почуттів: патріотизму, відповідальності, колективізму, совісті, готовності до самопожертви тощо; віра в свої сили, в успіх, сподівання на краще; здатність терпляче витримувати випробування; емоційна стійкість; здатність до концентрації для вирішення завдання; стійкість до тимчасових невдач; здатність організму швидко перебудовуватися, підвищення витривалості тощо.

Розглянемо й інші точки зору. Так, В.Г. Ромек вважає, що психологічна реакція на травму включає в себе три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес [55].

Перша фаза – **фаза психологічного шоку** – містить два основні компоненти:

1. Пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності.

2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза – **вплив**.

У загальному вигляді типові реакції на цьому етапі можна представити наступним чином (таблиця 3.2):

Таблиця 3.2

Типові реакції військовослужбовців на психічну травму

ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ	ПРОЯВИ НА ПСИХІЧНОМУ РІВНІ	ПРОЯВИ НА ТІЛЕСНОМУ РІВНІ
<b>Гіперактивна форма:</b> - метання в пошуках укриття, буйство; - істеричний сміх або плач; - крики в поєднанні з	- нездатність концентрувати увагу; - часткова або повна втрата пам'яті; - складнощі із	- ослаблення зору і слуху; - часте сечовипускання; - розлад шлунку; - прискорене, переривчасте дихання;



Продовження таблиці 3.2

<p>підвищеною активністю; - дратливість і злість; - агресивність. <b>Загальмованість:</b> - стан заціпеніння (у важких випадках - ступору); - апатія, загальмованість рухів; - непритомні стани. <b>Загальні симптоми:</b> - лякливність; - регрес віку (дитячі реакції); - незв'язне бурмотіння; - сильне тремтіння.</p>	<p>запам'ятовуванням інформації; - підвищена чутливість до шуму, світла і запаху; - порушення логіки і швидкості мислення; - порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій; - ослаблення волі; - зорові і слухові галюцинації.</p>	<p>- порушення циркуляції крові, що призводить до оніміння ступень ніг і кистей рук; - сильна напруга м'язів; - прискорене серцебиття; - болі тиснучого та давлючого характеру в області серця і в грудній клітці; - болі в попереку; - болі хірургічних шрамів, старих ран; - неконтрольоване слиновиділення.</p>
---	---	--

Крім того, для цього періоду характерними є виражені емоційні реакції на подію та її наслідки. Це можуть бути тривога, страх, афективний страх, жах, паніка, гнів, плач, звинувачення – емоції, що відрізняються безпосередністю прояву і крайньою інтенсивністю.

Поступово ці емоції змінюються реакцією критики або сумніву в собі. Вона протікає по типу “що було б, якби ...” і супроводжується болючим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля і самобичуванням. Ця фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається або “процес одужання”, або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстресового стану в хронічну форму. В останньому випадку людина залишається на другій фазі реагування [55].

За умови благополучного емоційного відреагування виникає третя фаза – **фаза нормального реагування**. Її можна представити у вигляді схеми (рис. 3.1).



Рис. 3.1 - Фази виходу зі стресового стану

М. Горовіц у своїй концепції (1979; 1986) розкриває механізм реакції у відповідь на стресові події і тип її перебігу [82; 83; 84]. Під типом перебігу, згідно розробленої М. Горовіцем теорії, розуміється стадія розвитку посттравматичного синдрому. Грунтуючись на класичних і сучасних теоріях травми, М. Горовіц виділяє наступні стадії реакції на травматичний стрес:

Стадія I – масивний стрес і негайна спроба самовладання. Можливі стани потрясіння, приголомшення, замішання, плач.

Стадія II – блокація (відкидання і заціпеніння). Цій стадії характерна спроба уникнути усвідомлення факту реальності, зазвичай супроводжується заціпенінням. Це можуть бути неадекватні реакції типу занурення в себе, в алкоголь і наркотики, іноді ярість або розлад свідомості. Заперечення-заціпеніння захищають “Я” від травматичної ситуації.

Стадія III – період коливання (відкидання і заціпеніння – нав’язливі відтворення). Нав’язливі відтворення – це ідеї, образи, “емоційні атаки”, що викликаються зовнішніми подіями, які включають повторювані несподівані бачення події і реакції страху з чуттєвими або асоціативними нагадуваннями про подію. Людина у відчаї, вона не здатна ні працювати, ні спілкуватися з іншими людьми. Коливання між відкиданням – заціпенінням і вторгненнями триває до моменту, поки інформація не буде повністю перероблена.

Стадія IV – перехід (переробка), цій стадії властиві стани тривожності та депресії.

Стадія V – інтеграція (завершення переробки інформації). Відносно завершення реакції виражається в нездатності особистості працювати, творити, відчувати емоції. Цей стан описує метафора “Частина мене неначе померла”. Цей період може тривати досить довго, при цьому симптоматика, хоча і досить м’яка, не зникне.

Л. Царенко описує **чотири типи реагування на травматичну подію** [47]:

- без ознак порушення адаптації;
- непатологічна психічна адаптація – гостра стресова реакція;
- патологічна психічна дезадаптація;
- адаптаційні розлади.

**Реагування на травматичну подію без ознак порушення адаптації.** Коли відбувається подія, небезпечна для життя людини, яка її переживає, організм готується до інтенсивного реагування

(боротьби, втечі тощо). Якусь мить триває стан *шоку*: відключаються лімбічна і кортикальна системи мозку, функціонує лише його найдавніша стволова частина, активізується парасимпатична нервова система. Виділяються гормони, необхідні для швидкого і сильного реагування на ситуацію – адреналін, норадреналін, кортизон. Виділяються і знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла, – така реакція зменшує страждання, оберігає від больового шоку.

Наступний етап – *збудження*: активізуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, та симпатична нервова система. Впродовж певного часу (від 3 до 8 годин) людина без шкоди для власного здоров'я (без сну, їжі і води) може переносити такі навантаження, які не змогла б перенести в стані звичайного функціонування.

Коли небезпека минає, починається етап *розрядки*, що характеризується, зокрема, неконтрольованим тремтінням тіла (воно може тривати кілька годин), так організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події чи через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупинити не можна, оскільки розрядка не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади шлунково-кишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо.

Наступний етап – *втома*. У цей період включається неокортекс та системи соціального й емоційного контролю. Людина може відчувати пригнічення, бажання плакати. Якщо сльози стримувати, то емоційної розрядки не відбувається, і внутрішнє напруження може нашкодити фізичному і психічному здоров'ю. Якщо ж потерпілому вдається поплакати і розділити з кимось горе, то настає полегшення і починається *вихід із травми*, повернення до звичайного життя. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення нового досвіду: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо це необхідно, змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки [47].

***Непатологічна психічна адаптація*** – *гостра реакція на стрес*. У багатьох із тих, хто переживає емоційну травму, одразу після травматичної події виникають короткочасні симптоми та проблеми, *гостра стресова реакція*, що втихає впродовж кількох

днів чи тижнів. Такий перебіг травми є нормальною реакцією нормальної людини на ненормальну ситуацію.

Гострий розлад [47] триває не менше, ніж два дні – але не довше аніж чотири тижні. Протягом місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнятися від ПТСР, за винятком того, що під час травми або зразу після неї може розвинути *шоковий стан*. Він характеризується уповільненням психічної і моторної активності. Поряд із цим спостерігаються стани відчуження; розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи — як нереальні, “неживі”; змінюється сприйняття звуків, інакшими стають голоси людей; з’являється і відчуття зміни відстані між навколишніми предметами.

Найчастіше на екстремальну подію люди реагують *психомоторним збудженням*, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмивної події, що зв’язано з порушенням короткочасної пам’яті. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, слабomodульованим. Часто повторюються однакові фрази, мовлення може бути монологічним, судження поверховими. В такому стані важко залишатися в одному положенні: люди то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з’являтися почуття спраги чи голоду.

Коли реальна загроза зникає, настає період *виснаження*, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмивної ситуації (від 15 до 30 днів). В цьому стані, як правило, не скаржаться і не звертаються за допомогою. У людей спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, прискорюється пульс, піднімається артеріальний тиск, дихання стає частішим без фізичного навантаження.

***Патологічна психічна дезадаптація.*** При патологічних варіантах реакції на травматичну стресову подію у людини може розвинути *“психогенний ступор”* – енергії на виживання

втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухомою (в стані “заціпеніння” чи колапсу) або її реагування на зовнішні подразники (шум, світло, дотики) уповільнене: зіниці в’яло реагують на світло, дихання повільне, безшумне, неглибоке.

Іншим варіантом психопатологічної реакції може бути “*реактивний психоз*”, що характеризується обманами сприйняття, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки), ненормально голосним мовленням або підвищеною мовною активністю (мовлення без зупинки, іноді абсолютно безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази).

Окрім зазначених вище станів, у людини можуть розвинутих *галюцинації, маячня*, а також *реакції страху* [47]. Галюцинації – сприйняття (зорове, слухове, чуттєве) неіснуючих об’єктів, що переживаються особистістю як реальні. Це особливий різновид мимовільних спогадів про травмивні події, коли пам’ять така яскрава, що актуальні події здаються не такими реальними, як спогади. У цьому стані людина поводить ся так, ніби вона знову переживає колишню подію; вона діє, думає і відчуває так, як тоді, коли доводилося рятувати своє життя. Маячня – сукупність різних уявлень, суджень, ідей людини, що не відповідають дійсності (проте вона переконана у своїй правоті), і які викликають тривогу, відчуття небезпеки. Реакції страху — побоювання, переляк, жах, паніка — можуть бути наслідком переживання травматичної події чи очікування повтору подібної ситуації і спричиняють втечу, заціпеніння, агресивну поведінку.

***Адаптаційні розлади та їх чинники.*** Більшість із тих, хто пережив емоційну травму, пристосовується до нових умов свого життя, а короткочасні неприємні симптоми зникають. Однак, у деяких людей симптоми залишаються, і їх стан може навіть погіршитися. Симптоматика у таких випадках включає у різноманітних поєднаннях неспокій, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку. В DSM–IV виділяють такі різновиди постстресових розладів: гострі – симптоми тривають до трьох місяців після травми; хронічні – симптоми виявляються після трьох місяців;

відстрочені – симптоми виявляються після прихованого періоду (через шість місяців і пізніше).

Виділяють декілька груп загальних симптомів посттравматичного розладу.

*Симптоми повторного переживання:* повторні спогади про пережиту травматичну подію, які виникають всупереч волі людини і супроводжуються емоційним дистресом (інтрузії); флешбеки – сильні небажані спогади, коли людина переживає так, ніби травматична подія відбувається знову; нічні жахи чи погані сни; сильні емоційні реакції на стимули, що нагадують про травматичну подію (звуки, запахи, освітлення, певні фрази тощо); сильні фізичні реакції при наближенні до місця подій (серцебиття, спітніння тощо).

*Симптоми уникнення та заціпеніння:* уникнення стимулів, що нагадують про травматичну подію – її місця, обставин, дієвих осіб і т.д.; уникнення думок, почуттів, розмов, пов'язаних з травмою; схильність до відчуження, ізоляції; дисоціативні феномени; прогалини в пам'яті; зловживання алкоголем, наркотиками, медикаментами.

*Негативні зміни у переживанні емоцій, уявленнях про себе та навколишній світ:* звуження спектру емоцій, особливо позитивних, емоційне “замороження”; надмірне почуття провини, страху, сорому; відсутність очікувань стосовно професійного зростання, шлюбу, дітей і т.д.

*Стійкий симптом підвищеного збудження, нездатність розслабитися:* труднощі у засинанні та підтримуванні сну; дратівливість чи спалахи гніву; зниження концентрації уваги; неспокій, постійний стан готовності до небезпеки, підвищена пильність; реакції надмірного переляку (прискорене серцебиття, задихання, слабкість, відчуття глухості, заціпеніння, затерпlosti, нечутливості) [47].

На думку І. Малкіної-Пих, психогенні розлади, які найчастіше спостерігаються під час і після травматичних ситуацій доцільно об'єднувати в 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози (таблиця 3.3) [31; 32].

Психогенні розлади, що спостерігаються під час і після  
травматичних ситуацій

Реакції і психогенні розлади	Клінічні особливості	
Непатологічні (фізіологічні) реакції	Переважає емоційна напруженість, психомоторних, психо вегетативних, гіпотимічних проявів, збереження критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності	
Психогенні патологічні реакції	Невротичний рівень розладів – астенічний, депресивний, істеричний та інші синдроми, які виникли гостро, зниження критичної оцінки того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності	
Психогенні невротичні стани	Невротичні розлади стабілізовані і такі, що ускладнюються – неврастенія (невроз виснаження, астенічний невроз), істеричний невроз, невроз нав'язливих станів, депресивний невроз, у ряді випадків втрата критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності	
Реактивні психози	Гострі	Гострі афективно-шокові реакції, сутінкові стани свідомості з руховим збудженням або руховою загальмованістю
	Затяжні	Депресивні, параноїдні, псевдодементні синдроми, істеричні та інші психози

### 3.6 Критерії діагностики бойової психічної травми

У наукових і літературних джерелах досить ґрунтовно описані безпосередні та віддалені наслідки БПТ.

Однак, перш ніж розглянути прояви і наслідки бойової психічної травми, необхідно відзначити, що існують два типи класифікацій психічних розладів: національні класифікації та міжнародна, що розробляється в рамках ВООЗ і яка періодично оновлюється.

На даний час діє Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Вона принципово відрізняється від попередніх варіантів Міжнародної класифікації хвороб. Низка підрозділів і рубрик цієї класифікації є прогресивними, відображають недавні досягнення фахівців. Разом з тим, в результаті необхідності знаходження численних компромісів між

різними психіатричними школами і напрямками, МКХ-10 характерні суттєві недоліки. До них відносяться еkleктичність (так звана “атеоретичність”), суперечливість і надмірна ускладненість класифікації в цілому [34].

Недоліками МКХ-10 є також частковий відступ від клініко-нозологічних позицій, виділення в якості самостійних варіантів психічних розладів, поряд з клініко-нозологічними формами, психопатологічних синдромів і навіть симптомів [21].

Так, наприклад, визначення “гострої реакції на стрес” в МКХ-10 є неоднозначним. Назва “реакція” і її діагностичний опис передбачає швидкоплинність, але розташування в МКХ-10 в розділі психічних і поведінкових розладів відносить її до патології. Плутанина посилюється паралельним існуванням діагнозу “гострого стресового розладу” в DSM-IV і DSM-V (систематика Американської психіатричної асоціації, яка в сучасному вигляді існує як “Довідник з діагностики та статистики психічних розладів” – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Гострий стресовий розлад у багатьох аспектах схожий з ПТСР і іноді вважався передвісником ПТСР, але він відрізняється від ПТСР більшою виразністю дисоціативних симптомів і часом перебігу. В DSM-V гострий стресовий розлад може діагностуватися тільки в перший місяць після травми, а ПТСР діагностується тільки не менш, ніж через один місяць. Огляд наявної літератури стосовно гострого стресового розладу поставило під сумнів те, що воно є якісним предиктором розвитку ПТСР.

Крім того, в МКХ-10 і проекті МКХ-11 немає строго позначеного мінімального строку для ПТСР, таким чином, можна припустити, що цей діагноз, згідно з Класифікацією, може бути використаний протягом першого місяця після травми за умови, що симптоми є достатньо стійкими і призводять до погіршення функціонування. Отже, згідно з МКХ-11, немає необхідності в діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM-V).

Однак, на думку С.Н. Іванова та А.В. Метелева, концепція ПТСР виглядає наступним чином: ПТСР має поліморфну клініко-психопатологічну симптоматику, яка може відрізнятися стадіями розвитку стресу. У зв'язку з цим, “Гострі реакції на стрес” за МКХ-10 відповідають **першій стадії розвитку ПТСР**. “Розлад пристосувальних реакцій” відповідає прояву **другої стадії**



**розвитку ПТСР.** Важкі випадки, які часто призводять до виснаження адаптаційних механізмів – **третя стадія ПТСР.**

Ми вважаємо, що **діагностика бойової психічної травми може спиратися на викладені нижче підстави.**

Згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), БПТ входить в розділ **(F43) Реакція на важкий стрес і порушення адаптації.**

Ця група розладів відрізняється від інших груп тим, що до неї включені розлади, ідентифіковані не тільки на основі симптоматики і характеру перебігу, але також на основі очевидності впливу однієї або навіть обох причин: виключно несприятливої події в житті, що викликала гостру стресову реакцію, або значної переміни в житті, що веде до тривалих неприємних обставин і такої, що обумовлює порушення адаптації. Хоча менш важкий психосоціальний стрес (життєві обставини) може прискорити початок або сприяти прояву широкого спектру розладів, представлених в цьому класі захворювань, його етіологічна значимість не завжди зрозуміла, і в кожному випадку буде визнаватися залежність від індивіда, часто від його надчутливості та вразливості (тобто життєві події не є обов'язковими або достатніми, щоб пояснити виникнення і форму розладу). Розлади, зібрані в цьому розділі, навпаки, завжди розглядаються як безпосередній наслідок гострого важкого стресу або тривалого травмування. Стресові події, або тривалі неприємні обставини, є первинним, або переважаючим причинним фактором і розлад не міг би виникнути без їх впливу. Таким чином, розлади, класифіковані в цьому розділі, можуть розглядатися як збочені пристосувальні реакції на важкий або тривалий стрес, при цьому вони заважають успішно долати стрес і, таким чином, призводять до проблем соціального функціонування.

**У розвитку БПТ виділяють:**

- гостру реакцію на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад - ПТСР (F43.1);
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0).

**Гостра реакція на стрес (F43.0)** – транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в особистості без видимого

психічного розладу у відповідь на надзвичайний фізичний і психічний стрес, який проходить через кілька годин або днів.

*Гостра реакція на стрес може бути:*

- легкою (F43.00),
- помірної (F43.01),
- важкою (F43.02).

Симптоматика проявів гострої реакції на стрес досить докладно прописана в багатьох публікаціях [33; 38].

В поширеності та тяжкості стресових реакцій мають значення індивідуальна вразливість і здатність до самовладання. Симптоми показують типову змішану і мінливу картину і включають первинний стан “приголомшення” з деяким звуженням області свідомості й уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією. Цей стан може супроводжуватися подальшим “відходом” з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надактивністю (реакція польоту або фуґи). Зазвичай наявні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння). Симптоматика, як правило, проявляється через кілька хвилин після впливу стресових стимулів або події і зникає через 2-3 дні (часто через кілька годин). Може мати місце часткова або повна амнезія (F44.0) на стресову подію. Якщо вищевказана симптоматика стійка, то ставиться діагноз: гостра кризова реакція; гостра реакція на стрес; нервова демобілізація; кризовий стан; **психічний шок**.

Перебіг гострої реакції на стрес, як правило, включає два етапи. На початковому етапі спостерігається стан розгубленості, що характеризується дезорієнтацією, звуженням сприйняття і уваги. В подальшому розвивається тривога, паніка, вегетативно-соматичні симптоми, злість, відчай або ступор. У більшості випадків симптоми “розмиваються” протягом декількох хвилин, і їх вираженість зменшується через 24-48 годин. Після реакції може зберігатися часткова або повна амнезія.

Відомо, що така реакція є адаптаційною і при дії екстремальних факторів завжди стає надмірною (надлишковою), тому проявляється не тільки адаптивними, а й патологічними змінами. На початковому етапі патофізіологічні зміни носять динамічний характер, а психопатологічні симптоми мають змішану, транзиторну, синдромально неокреслену картину. Вони можуть

включати звуження поля свідомості, неповне орієнтування, тривогу, пригніченість, агресивність, гіперактивність, порушення здатності адекватно реагувати на зовнішні стимули і взаємодіяти з оточуючими та ін.

Виділяють два види механізмів адаптації: аварійну і довготривалу. Сутність аварійної (строкової) адаптації полягає у перебудові структурної організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності. Довге перебування в стресогенних умовах призводить до закріплення нової структурної організації функціональних систем, змін форми і функціонування лімбіко-ретикулярного комплексу головного мозку і створення, так званого, генератора патологічного посилення збудження. Створення його є ознакою довгострокової адаптації і супроводжується недостатністю гальмівних механізмів в популяції нейронів, що беруть участь і дефіцитом пептидоергічних систем.

Структури лімбіко-ретикулярного комплексу мають велику кількість входів і виходів, через які проходять замкнуті кола з численних аферентних і еферентних зв'язків, що забезпечують поєднане функціонування утворень, які входять у цей комплекс і взаємодію їх з усіма відділами головного мозку, включаючи кору великих півкуль.

У структурах лімбіко-ретикулярного комплексу відбувається конвергенція чутливої імпульсації, яка виникає в інтеро- та екстерорецепторах, включаючи рецепторні поля органів чуття. На цій основі в лімбіко-ретикулярному комплексі відбувається первинний синтез інформації про стан внутрішнього середовища організму, а також про фактори зовнішнього середовища, що впливають на організм, і формуються елементарні потреби, біологічні мотивації і супутні їм емоції.

Лімбіко-ретикулярний комплекс визначає стан емоційної сфери, бере участь у регуляції вегетативно-вісцеральних співвідношень, спрямованих на підтримку відносної сталості внутрішнього середовища (гомеостазу), а також енергетичне забезпечення та кореляцію рухових актів. Від його стану залежить рівень свідомості, можливість автоматизованих рухів, активність рухових і психічних функцій, мови, уваги, здатність до орієнтування, пам'ять, зміна бадьорості і сну.

Ураження структур лімбіко-ретикулярного комплексу може супроводжуватися різноманітною клінічною симптоматикою: вираженими змінами в емоційній сфері перманентного і пароксизмального характеру, порушенням пам'яті, вегетативно-ендокринними розладами, порушеннями сну, психосенсорними розладами у вигляді ілюзій і галюцинацій, змінами свідомості, епілептичними випадками та ін.

Виділяють в основному гіперкінетичну (активно-оборонну), гіпокінетичну (пасивно-оборонну) і деструктивну форми гострої реакції на стрес. Симптомокомплекс вегетативних нервово-психічних і поведінкових проявів відповідає формам наведених реакцій.

Гостра реакція на стрес, як прояв БПТ, по-перше, зустрічається досить часто у значної кількості учасників бойових дій та суттєво знижує боєздатність військових підрозділів, по-друге, має для постраждалих патологічні наслідки і, по-третє, вимагає проведення профілактичних, лікувальних та реабілітаційних медико-психологічних заходів.

Прикладами негативного впливу стресогенних реакцій на здоров'я і боєздатність військ є статистичні показники психогенних втрат. Так, під час Другої світової війни з 11 мільйонів військовослужбовців армії США, які брали участь у бойових операціях, 407 тис. загинуло, а 504 тис. виведено зі строю та евакуйовані з діючого складу армії як психогенні втрати. Психогенні втрати армії США під час Другої світової війни склали 17%.; під час війни в Кореї – 24,2%; у В'єтнамі – 30% психогенних втрат (психогенні втрати – військовослужбовці, які втратили на короткий або тривалий термін боєздатність внаслідок впливу бойових стрес-факторів) [16].

На основі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку та Афганістані є дані, згідно з якими, вже після введення в район бойових дій, але без участі в них було виявлено до 6% військовослужбовців з ознаками БПТ. А після бойових дій у 40% учасників боїв і 25% загального контингенту діагностуються прояви БПТ. Під час війни 1973 року в армії Ізраїлю психогенні втрати склали 25%.

**Гостра реакція на стрес (F43.0)** діагностується при відповідності стану наступним критеріям: 1) переживання важкого

психічного або фізичного стресу; 2) розвиток симптомів безпосередньо після цього протягом години; 3) залежно від представленості наведених нижче двох груп симптомів А і Б гостра реакція на стрес підрозділяється на **легку** (F43.00, спостерігаються симптоми групи А), **середньої тяжкості** (F43.01, спостерігаються симптоми групи А і не менше 2 симптомів з групи Б) і **важку** (спостерігаються симптоми групи А і не менше 4 симптомів групи Б або дисоціативний ступор F44.2).

Група А включає критерії 2, 3 і 4 генералізованого тривожного розладу (F41.1). Генералізований тривожний розлад – тривога, яка є поширеною і стійкою, але не обмежується жодними середовищними обставинами або переважно викликаною якими-небудь особливими обставинами (тобто вільно плаваючою, “нефіксованою” або “free-floating”). Домінуючі симптоми мінливі, але включають скарги на стійку нервозність, відчуття страху, м’язову напругу, пітливість, відчуття безумства, тремтіння, запаморочення і відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці. Часто виражена боязнь нещасного випадку або хвороби, які, на думку хворого, очікують його або його родичів найближчим часом. Включаються: тривожні стани; тривожний невроз; тривожна реакція.

#### *Діагностичні вказівки.*

У постраждалого повинні бути первинні симптоми тривоги, хоча б кілька тижнів поспіль, а зазвичай кілька місяців. Ці симптоми включають: а) побоювання (занепокоєння про майбутні невдачі, відчуття хвилювання, труднощі в зосередженні та ін.; б) моторну напругу (метушливість, головні болі напруги, тремтіння, неможливість розслабитися); в) вегетативну гіперактивність (пітливість, тахікардія або тахіпное, епігастральний дискомфорт, запаморочення, сухість у роті та ін.)

Група Б включає наступні симптоми: а) відхід від очікуваної соціальної взаємодії, б) звуження уваги, в) очевидну дезорієнтацію, г) гнів або вербальну агресію, д) відчай чи безнадію, е) неадекватну чи безглузду гіперактивність, ж) неконтрольований, вкрай важкий (за мірками відповідних культуральних норм) сум; 4) за умови пом’якшення або усунення стресу симптоми починають редукувати не раніше ніж через 8 годин, за умови збереження стресу – не раніше ніж через 48 годин; 5) відсутність ознак будь-якого іншого психічного розладу, за винятком генералізованого тривожного

(F41.1), епізод будь-якого попереднього психічного розладу завершений не менш, ніж за 3 місяці до дії стресу.

Дисоціативний ступор (F44.2). Поведінка постраждалого відповідає критеріям ступору, але при огляді не виявляється його фізичної обумовленості. Додатково виявляється психогенна обумовленість у формі недавніх стресових подій. Ступор діагностується на підставі різкого зниження або відсутності довільних рухів і нормальних реакцій на зовнішні стимули, такі як світло, шум, дотик. Тривалий час постраждалий лежить або сидить, по суті, нерухомо. Повністю, або майже повністю, відсутні мова і спонтанні цілеспрямовані рухи. Хоча може спостерігатися деякий ступінь порушення свідомості, м'язовий тонус, положення тіла, дихання, а іноді і відкривання очей і координовані рухи очей такі, що стає зрозумілим, що хворий не перебуває ані в стані сну, ані в несвідомому стані (не плутати із заціпенінням).

*Діагностичні вказівки.*

Для достовірності діагностики повинно бути: а) вищеописаний ступор; б) відсутність фізичного чи психічного розладу, який міг би пояснити ступор; в) відомості про недавні стресові події або поточні проблеми.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) – виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного.

ПТСР має дві особливості: психогенну природу розладу та нестерпну для пересічної людини тяжкість психогенії [31; 32; 55].

Такі сприятливі фактори, як особистісні особливості (компульсивність, астенічність) або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або посилити його перебіг, але вони ніколи не стають необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах ("кадрах"), думках або кошмарах, що з'являються на стійкому фоні почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, безмовної реакції на навколишнє і уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перебудження і виражена надмірна

пильність, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, і не рідко – ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передуює латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу відбувається по-різному, але в більшості випадків можна очікувати одужання. У деяких випадках стан може прийняти хронічний перебіг на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0).

У періоді після повернення із зони бойових дій в мирне життя можна виділити три етапи:

1) перший етап – *ейфорія* (два-три місяці) – почуття гордості і впевненості в собі, очікування соціальних реакцій;

2) другий етап – *період неадекватного реагування* (до трьох-чотирьох років) – виникає внаслідок нереалізованості очікуваних реакцій від суспільства, негативного і байдужого ставлення;

3) третій етап – *період адаптації до життя в суспільстві*.

Найнебезпечнішим для учасників бойових дій вважається період, який настає відразу після повернення додому. На цьому етапі є висока ймовірність суїцидних спроб і тому особливої важливості набуває постійна підтримка близьких людей. Через три роки після повернення додому завершується перший етап. До цього часу повністю формується синдром посттравматичних стресових розладів [12].

Більшість учасників бойових дій зуміє адаптуватися до життя в нових умовах, проте наслідки війни вплинуть на всіх. Той, хто потрапив на війну виходить з неї іншою людиною. На думку фахівців військово-медичної академії, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливо. Синдром має тенденцію не тільки не зникати з часом, але і ставати все більш чітко вираженим, а також виявлятися раптово на фоні загального зовнішнього благополуччя. Стан військовослужбовця можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний успіх, що призводить до різкого покращення якості життя [12].

ПТСР діагностується у випадку, коли стан людини відповідає наступним критеріям: 1) короткочасне або тривале перебування в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, яке майже у кожного викликало б почуття глибокого відчаю; 2) стійкі мимовільні і надзвичайно живі спогади (flash-backs) перенесеного,

що знаходять своє відображення й у снах, а також посилюються при попаданні в ситуації, що нагадують стресову або пов'язану з нею; 3) уникнення ситуацій, що нагадують стресову або пов'язані з нею, за відсутності такої поведінки до стресу; 4) один з нижченаведених двох ознак: А) часткова або повна амнезія важливих аспектів пережитого стресу, Б) наявність не менше двох з нижченаведених ознак підвищеної психічної чутливості і збудливості, що були відсутні до експозиції стресу: а) порушення засинання, поверхневий сон, б) дратівливість або спалахи гніву, в) зниження зосередження, г) підвищений рівень бадьорості, д) підвищена боязкість; 5) за рідкісним винятком, відповідність критеріям 2-4 настає на протязі 6 місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії.

**Розлади адаптації** (F43.2) діагностуються за умови відповідності стану наступним критеріям: 1) ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху, симптоми з'являються протягом місяця; 2) окремі симптоми (за виключенням маячних та галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) розладів і порушень соціальної поведінки (F91), що не відповідають повністю жодному з них. Симптоми можуть варіювати за структурою і тяжкістю.

Розлади адаптації, в залежності від домінуючих в клінічній картині проявів, диференціюються таким чином:

- F43.20 короткочасна депресивна реакція, стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

- F43.21 пролонгована депресивна реакція, легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

- F43.22 змішана тривожна і депресивна реакція, представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);

- F43.23 з переважанням порушення інших емоцій симптоматика має різноманітну структуру афекту; представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їх вираженість недостатня для



діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;

- F43.24 з переважанням порушення поведінки розлад зачіпає переважно соціальну поведінку, наприклад, агресивні або дисоціальні його форми;

- F43.25 змішаний розлад емоцій і поведінки; визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки.

Особливу увагу, на нашу думку, необхідно звернути на підхід І.О. Котеньова щодо психогенних розладів внаслідок травматичної події. Цей підхід є досить популярним серед військових психологів (рис. 3.2). Автор пропонує наступні стадії формування постстресових порушень, які відповідають класифікаційному психіатричному стандарту Американської психіатричної асоціації DSM-IV [25; 26].

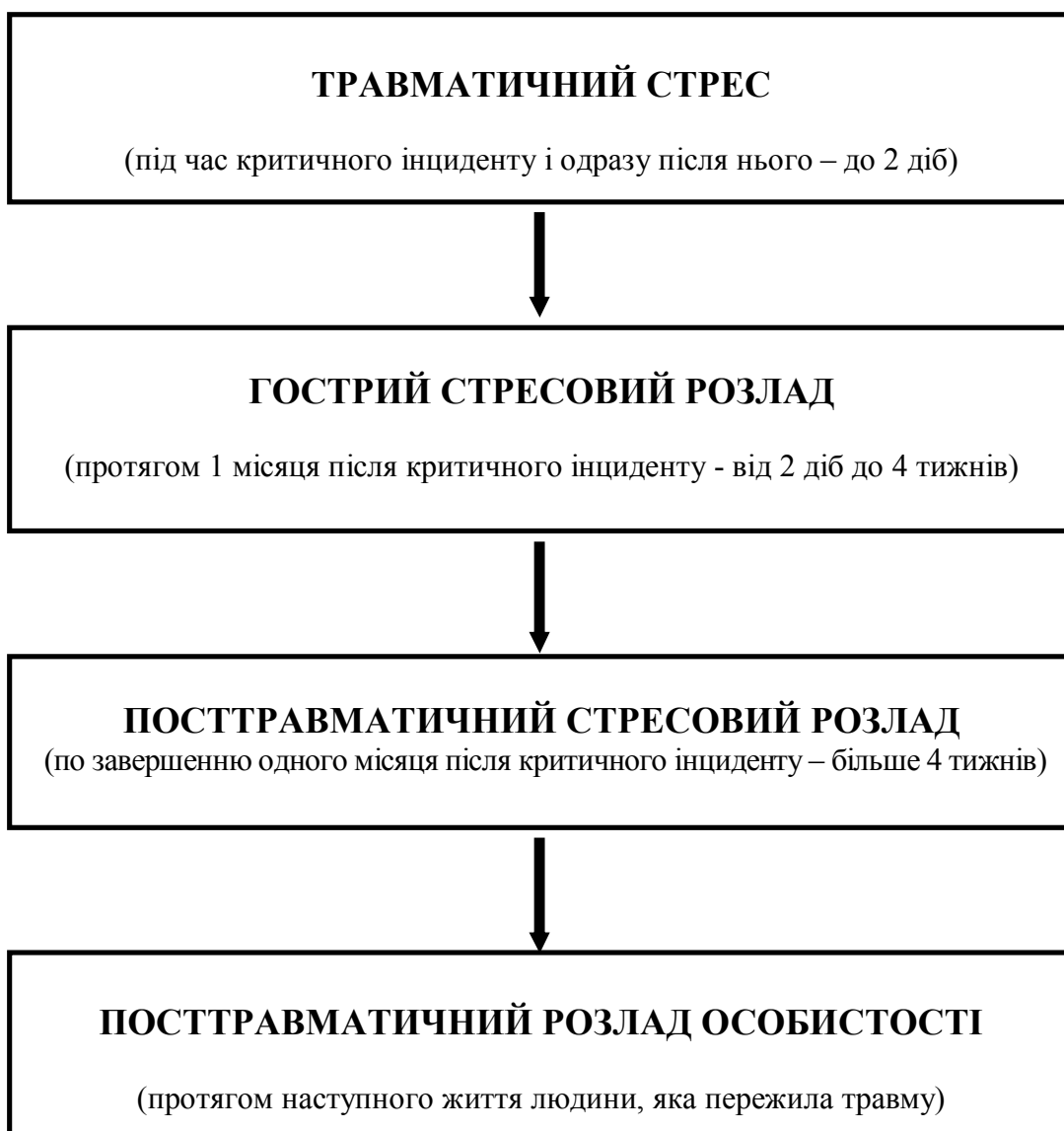


Рис. 3.2 - Стадії формування постстресових порушень

Визначення критичного інциденту, прийняте багатьма авторами, надане американським дослідником Дж. Мітчелом. **“Критичний інцидент** – це будь-яка ситуація, яка зустрічається на практиці, що викликає надзвичайно сильні емоційні реакції, які можуть негативно вплинути на виконання обов’язків або безпосередньо на місці подій, або пізніше” [87; 88].

До критичних інцидентів відносять такі, і лише такі події, які наражають людину на фізичну (і/або психологічну) небезпеку і здатні викликати негативні психологічні наслідки, що вимагають застосування спеціальних заходів з надання допомоги їхнім учасникам або очевидцям.

Нерідко це поняття ототожнюють з поняттями “психічна травма”, “травма”, які мають набагато ширший зміст. Проте, говорячи про пережитий критичний інцидент, мають на увазі той факт, що індивід піддався психічній травматизації.

Таким чином, гострий стресовий розлад, що з’явився внаслідок критичного інциденту, включає гостру стресову реакцію (тривалістю до 2-х днів) і власне гострий стресовий розлад (тривалістю до 4-х тижнів). Останній супроводжується дисоціативними симптомами, які домінують в клінічній картині розладу. Крім того, в структурі гострого стресового розладу спостерігаються ознаки характерні для хронічного стресового розладу або ПТСР: повторювані переживання травмуючих подій, уникнення нагадувань про обставини цих подій і вегетативно-соматичні прояви. Гострий стресовий розлад розглядається як передвісник ПТСР, і якщо він триває більше 4-х тижнів, ставиться діагноз посттравматичний стресовий розлад.

Автор пропонує наступні діагностичні критерії постстресових розладів (таблиця 3.4):

*Таблиця 3.4*

Діагностичні критерії постстресових розладів

	ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД	ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД
А	Індивід пережив травматичну подію, в якій були присутні обидва наступних аспекти:	
1	індивід зіткнувся, або став очевидцем події (подій), пов’язаних зі смертю або загрозою смерті, або серйозного поранення – загрозою фізичної цілісності, своєї або інших людей;	
2	подія супроводжувалася інтенсивними емоційними переживаннями (страху, безпорадності, жаху).	

Продовження таблиці 3.4

В	Травматична подія настирливо переживається повторно одним із таких способів: неприємними спогадами, які уперто з'являються (вторгаються), повторюваними сновидіннями або "флешбеками", що викликають виражений психологічний дистрес, фізіологічними реакціями на "ключові" стимули, асоційовані з травмою.	b Або в період травми, після неї в індивіда спостерігалася дисоціативна симптоматика: відчуття емоційної залежності, "притуплення" або відсутність емоційного реагування, звуження ("сплутаність") свідомості, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія.
С	Вперте уникнення стимулів, асоційованих з травмою, і зменшення загальної реактивності організму (чого не було до травми), яке виявляється в спробах уникати думок, почуттів або розмов про травму, спробах уникати діяльності, місць або людей, що провокують спогади про травму, зниженні інтересу та участі в значимих видах діяльності, звуженні афекту (наприклад нездатність відчувати любов) та ін.	c Травматична подія наполегливо переживається знову одним із таких способів: неприємними спогадами, які уперто з'являються (вторгаються), повторюваними сновидіннями або "флешбеками", що викликають виражений психологічний дистрес, фізіологічними реакціями на "ключові" стимули, асоційовані з травмою.
D	Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер) активації (яких не було до травми), що виражаються в труднощах засипання (безсонні), підвищеній дратівливості, спалахах гніву, невмотивованій пильності і підвищеній готовності до "реакції втечі".	d Вперте уникнення стимулів, асоційованих з травмою, і зменшення загальної реактивності організму (чого не було до травми), яке виявляється в спробах уникати думок, почуттів або розмов про травму, а також діяльності, місць або людей, що провокують спогади про травму.
E	Тривалість розладу (наявність критеріїв В, С, D) не менше 1 місяця.	e Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер) активації (яких не було до травми), що виражаються в труднощах засипання (безсонні), підвищеній дратівливості, спалахах гніву, невмотивованій пильності і підвищеній готовності до "реакції втечі", відсутності фізичної втоми, потреби у відпочинку.

Продовження таблиці 3.4

F	Розлад обумовлює клінічно значимий дистрес або порушує соціальну, професійну чи іншу значиму діяльність.	f	Розлад обумовлює клінічно значимий дистрес, або порушує здатність індивіда до отримання необхідної допомоги, повідомлення членам сім'ї про пережиту травму.
		g	Розлад триває від 2 днів до 4 тижнів і виникає протягом 1 місяця.
	ВИДИ РОЗЛАДІВ (ПТСР): ГОСТРИЙ - менше 3 місяців; ХРОНІЧНИЙ - більше 3 місяців; ВІДСТРОЧЕНИЙ - симптоматика проявилася через 6 місяців після травми.	h	Розлад не пов'язаний з прямою дією фізіологічно активних речовин (наркотичних, лікарських) або загальносоматичним станом організму, не підходить під визначення короткого психотичного розладу і не є екзацербациєю наявного психічного захворювання.

На завершення останній, часовий критерій дозволяє диференціювати ПТСР і ОСР з одного боку, і підвиди власне ПТСР – з іншого. Точкою відліку є безпосередньо травмуюча подія, або такі обставини. Гострий стресовий розлад виникає протягом 1 місяця з моменту травми і триває від 2 днів до 4 тижнів, посттравматичний – через не менш 1 місяця після травми і триває більше 4 тижнів.

Відповідно до особливостей прояву і перебігу розрізняють три підвиди посттравматичних стресових розладів:

- гострий (його не слід плутати з гострим стресовим розладом!), що розвивається в строки до 3 місяців;
- хронічний, що триває більше 3 місяців;
- відстрочений, коли розлад виникає через 6 і більше місяців після травмування.

Очевидно, що гострий стресовий розлад (ГСР) дуже схожий з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), однак під час діагностики важливо пам'ятати про строки появи і перебігу даних розладів. Відмінною особливістю є також наявність дисоціативних симптомів (розладів) у постраждалого.

*Диссоціативні розлади* (лат. *dissociare* “відділятися від спільноти”) – група психічних розладів, що характеризується

змінами або порушеннями ряду психічних функцій – свідомості, пам'яті, почуття особистісної ідентичності, усвідомлення безперервності власної ідентичності. Зазвичай ці функції інтегровані в психіці, але коли відбувається дисоціація, деякі з них відокремлюються від потоку свідомості і стають певною мірою незалежними. Так може втрачатися особистісна ідентичність і виникати нова, як це відбувається в станах фуґи або множинної особистості, або можуть стати недоступними для свідомості окремі спогади, як у випадках психогенної амнезії.

***До основних дисоціативних розладів відносяться:***

***Деперсоналізаційний розлад*** – постійне або періодичне переживання відчуження своїх психічних процесів або свого тіла, ніби суб'єкт, що переживає цей стан, є стороннім спостерігачем (наприклад, відчуття себе людиною, яка знаходиться у стані сну). Часто спостерігається спотворення у відчутті часу і простору, примарна невідповідність кінцівок і дереалізація (відчуття нереальності навколишнього світу). Пацієнти можуть відчувати себе роботами. Нерідко розлад супроводжується депресивними і тривожними станами.

***Дисоціативна (психогенна) амнезія*** – раптова втрата хворим пам'яті, що обумовлюється стресом або травмуючою подією, при збереженні здатності до засвоєння нової інформації. Свідомість не порушена, і пацієнт усвідомлює втрату пам'яті. Зазвичай спостерігають під час війни або стихійного лиха, частіше у молодих жінок.

***Дисоціативна фуґа*** (психогенна реакція втечі, диссоціативна реакція втечі) – пацієнт раптово уходить з дому або з роботи, його стан часто супроводжується афективно звуженою свідомістю і подальшою частковою, або повною втратою пам'яті стосовно свого минулого, у багатьох випадках без усвідомлення цієї втрати. Пацієнт може вважати себе зовсім іншою людиною і займатися зовсім іншою справою. Внаслідок стресового досвіду, пацієнт може вести себе по-іншому, у порівнянні з тим, як він вів себе раніше, відгукуватися на різні імена, або не усвідомлювати, що відбувається навколо.

***Дисоціативний розлад ідентифікації*** (розлад особистості у формі множинної особистості) – ідентифікація людини з декількома особистостями, які ніби існують в ній одній; кожна з них періодично домінує, визначаючи її погляди, поведінку і

ставлення до самої себе так, як якщо б інші особистості були відсутні. Особистості можуть мати різну статеву приналежність, різний вік і належати до різних національностей, у кожної з них зазвичай є своє ім'я або опис. У період переважання однієї з особистостей пацієнт не пам'ятає своєї первинної особистості і не усвідомлює існування інших особистостей. Є тенденція до раптового переходу від домінування однієї особистості до домінування іншої.

### **3.7 Динаміка розвитку бойової психічної патології**

Бойові розлади можуть бути як гострими, так і більш тривалими і діагностуються відповідно як гострі афективні реакції (“гострі реакції на стрес” згідно з МКХ-10; “гострий стресовий розлад” згідно з DSM-IV) або як передневротичні стани.

На початковому етапі патофізіологічні зміни носять динамічний характер, а психопатологічні симптоми мають змішану, транзиторну, синдромально не окреслену картину. Вони можуть включати звуження поля свідомості, неповне орієнтування, тривогу, пригніченість, агресивність, гіперактивність, порушення здатності адекватно реагувати на зовнішні стимули і взаємодіяти з оточуючими та ін.

У зв'язку з неоформленістю хворобливих проявів в структурну систему синдрому, ці розлади також є передпатологічними, але належать до дизадаптивного реєстру. Діагностика доклінічних розладів є важливою з практичної точки зору, оскільки на цьому етапі природні саногенетичні механізми переважають над патогенетичними. Своєчасна корекція сприяє відновленню функціонального резерву та запобіганню розвитку менш курабельних станів.

За умови накопичення морфологічних змін, досягненні ними якогось критичного обсягу, психічні розлади переходять на наступний рівень, який клінічно кваліфікується як патологічний. Симптоми вже об'єднуються в статично і динамічно закономірну сукупність – синдром. Але первинні синдроми вкрай нестійкі. Незважаючи на виразний патологічний радикал, передхвороба (донозологія) відрізняється від хвороби тим, що їй бракує одного

або декількох необхідних компонентів для постановки нозологічного діагнозу [63].

Такі синдромально окреслені стани як невротичні та патохарактерологічні реакції (“розлади адаптації” МКХ-10), гострі транзиторні реактивні психози (“дісоціативні стани”), синдроми психічної залежності в рамках адиктивної поведінки (“поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин”) перебігають в тісному зв’язку з зовнішніми умовами, що їх викликали, і не мають певного прогнозу ні стосовно одужання, ні стосовно можливого переходу в нозоформу. Їх необхідно відносити до донозологічного реєстру.

Нозологічну специфічність психічного розладу визначають відносна стабілізація особистісної патології, кристалізація стереотипу хворобливого процесу, його “саморозвиток” з меншою залежністю від зовнішніх впливів і зниженням частки симптомів, що відображають першопричину.

В умовах бойових дій нозоспецифічні психічні розлади зустрічаються досить рідко, тоді як значна поширеність розладів передпатологічного і донозологічного реєстрів є головним фактором зниження боєздатності військ. Проте, нозоспецифічні розлади (хронічні постреактивні зміни особистості з синдромом посттравматичного стресового розладу, афективні і маячні розлади, наркоманії та алкоголізм, органічні психічні розлади, психосоматози) набувають значної поширеності і нерідко прогресують після виходу з життєнебезпечної обстановки. Причина полягає в тому, що пристосувальні зміни, які є корисними і доцільними в бойових умовах, в умовах мирного життя виявляються негативними, дизадаптуючими.

Виділені рівні та реєстри переходу симптоматики від фізіологічної норми до стану хвороби можна розглядати як стадії формування патологічного процесу. В основі їх лежать компенсаторні процеси, що переводять функціонування порушеної психіки на інший, патологічний, але більш сумісний із збереженням існування рівень регуляції. Між ними не існує чітких меж, можливі взаємопереходи, але все-таки в міру ускладнення симптоматики наростають нозоспрямовані тенденції, а ймовірність її зворотності зменшується.

Мозок має виключно виражену здатність компенсувати структурні зміни, його морфологічно змінені клітини – зберігати

достатньо високий рівень функціональної активності. Завдяки цьому клінічні прояви можуть бути стертими, розрізненими, латентними, навіть при структурному прогресуванні патогенетичного механізму.

Клінічні ознаки хвороби з'являються лише тоді, коли компенсація тканинних змін виявляється в тій чи іншій мірі неможливою. Їх поява і вираженість визначаються не пошкодженням взагалі, а співвідношенням числа змінених і мало, або зовсім, не змінених нейронів і міжнейронних зв'язків [57]. Тому маніфестація нозоспецифічного захворювання може з'явитися гостро, на фоні зовнішнього благополуччя, але “по преформованому шляху”, будучи “реакцією зміненої основи” [13].

Таким чином, бойова психічна травма представляє собою патологічний стан ЦНС, що формується в результаті бойового стресу, який перевищив адаптаційний потенціал конкретної особистості, і утворить *pathos* бойової психічної патології.

Сутність БПТ полягає у включенні патофізіологічних механізмів регуляції гомеостазу, накопиченні морфологічних змін в структурах ЦНС, наростанні специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворення. Пов'язані з БПТ функціональні порушення (бойові стресові розлади) включають широкий спектр станів дезінтеграції психічної діяльності – від короткочасних дизадаптивних реакцій передпатологічного, передсиндромального регістра до стійких, нозологічно утворених хворобливих процесів.

**Бойова психічна патологія** – це синдромально і нозологічно структуровані клінічні прояви БПТ, виникнення яких обумовлено зривом компенсації і генералізацією патогенетичного механізму.

Обидві взаємопов'язані ланки патогенезу – адаптації і ушкодження – вносять свій внесок у специфіку клінічного оформлення і динаміки бойових стресових розладів. Адаптаційний механізм визначає типові риси нажитих особистісних трансформацій і нейрометаболических зрушень, невідповідність захисно-приспосувальних емоційно-поведінкових стереотипів, що закріпилися в бойовій обстановці, умовам мирного життя. Високий темп, великий обсяг і особлива архітектура структурно-динамічних змін у функціональних системах головного мозку обумовлюють відому своєрідність, однотипність та інтернозоморфоз клінічної симптоматики, її “віталізацію” і “ендогенізацію”, тенденцію до



зтягування. Ці специфічні ознаки є в клінічних проявах БПТ незалежно від нозологічних форм, в рамках яких вони в тому чи іншому випадку розглядаються.

Формування БПТ зачіпає не тільки глибинні емоційно-афективні “шари” психіки, але і онтогенетично більш пізні, а тому – більш ранимі когнітивно-ідеаторні рівні, світоглядні установки, систему мотивацій, тобто власне структуру особистості, її адаптаційний потенціал. Це супроводжується підвищенням особистісної тривожності, напруженості і конфліктності, порушенням адекватності самооцінки, зниженням стійкості до психогенних та інших зовнішніх впливів.

### 3.8 Прояви бойової психічної патології

З точки зору національної класифікації психічних розладів, відзначається, що в результаті бойової психічної травми у військовослужбовців найбільш часто зустрічаються реактивні психози (частіше у вигляді афективно-шокових реакцій, істеричних психозів і психогенних депресій), а також **непсихотичні психогенні реакції**.

Психогенії (психічна травма, психогенні захворювання, неврози і реактивні психози) воєнного часу – психогенно-реактивні стани, які обумовлені психічними травмами воєнного часу. Найбільш часті форми: гострі афектогенні (емоціогенні) реакції, афективне звуження свідомості, псевдодементні форми, реактивні депресії і параноїди.

**Реактивні психози.** Розрізняють гострі (від декількох хвилин до декількох днів), підгострі і зтяжні (6 і більше місяців).

*Гостра реакція на стрес (афективно-шокові психози (реакції))* – це транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається у осіб без видимого психічного розладу раніше у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес, і який зазвичай триває протягом декількох годин, іноді до 1-2 діб. У даній ситуації діє сила і значимість психічної травми – загроза життю.

Афективно-шокові реакції (іноді їх називають також шокowymi реакціями, шокowymi неврозами, емоціогенними неврозами, емоцією-шоком) зазвичай проявляються реактивним ступором або реактивним руховим збудженням.

Реактивний (психогенний) ступор виражається у знерухомленості, що наступила раптово. Людина, незважаючи на смертельну небезпеку, не рухається з місця, не може зробити жодного кроку, жодного руху, не в силах вимовити жодного слова (мутизм). Після виходу з такого ступору людина, як правило, не пам'ятає всього, що відбувалося.

Реактивний ступор триває недовго (хвилини, години) і часто переходить в інший тип психогенної реакції, зазвичай депресію.

Іноді при шокової реакції переважно страждає емоційна сфера, настає так званий емоційний параліч, коли всі почуття на якийсь момент як би атрофуються, людина стає байдужою і ніяк емоційно не реагує на події навколо. В той же час розумові здібності майже повністю зберігаються, людина все бачить, все помічає, попри нерідко смертельну небезпеку, за всім спостерігає як би з боку.

Реактивне психогенне збудження характеризується хаотичним, безглуздим руховим збудженням, що настає раптово. Людина кидається, робить масу непотрібних рухів, безцільно розмахує руками, кричить, благає про допомогу, не помічаючи часом при цьому реальних шляхів до порятунку. Іноді раптово кидається кудись бігти без жодної мети (фугіформна реакція – від лат. *fugio* – тікаю).

Якщо кілька людей охоплено таким психогенним збудженням, то подібне явище називається панікою.

Подібні реакції можуть іноді приймати характер масового індукованого психозу, особливо в тому випадку, якщо “індуктором” стає надзвичайно навіювана істерична особистість. Реактивне збудження, так само, як і ступор, супроводжується, зазвичай, станом затьмареної свідомості з наступною амнезією.

При шоківих реакціях характерні різноманітні вегетативні порушення у вигляді тахікардії, різкого збліднення, пітливості, профузного проносу і т.д. [21].

Потреба в природному сні є межею, що визначає максимальну тривалість гострої афективної реакції. Афективна напруга, яка триває багато днів, свідчить про пролонгований реактивний стан.

*Істеричні психози* (псевдодеменція, пуерилізм (дитячість), регрес психіки (“здичавіння”) не знаходять відображення в МКХ-10, мають місце тільки істеричні сутінкові стани свідомості (фуга, транс, ступор) і синдром Ганзера.

Останнім часом істеричні психози представлені головним чином істеричним сутінковим затьмаренням свідомості і рідше – пуерилізмом, псевдодеменцією і т.д.

При істеричному сутінковому затьмаренні свідомості зазвичай в поведінці хворих завжди відображається конкретна психотравмуюча ситуація, що нерідко супроводжується гучним демонстративним плачем, неадекватним сміхом або навіть гучним реготом. Можливі істеричні припадки.

Після того, як закінчиться гострий період, може наступити короткочасна ейфорія (хвилини, години), коли у постраждалих виникає неадекватно підвищений настрій з переоцінкою своїх сил і можливостей, байдужість до реальної небезпеки.

*Психогенні депресії.* Виразність депресивних переживань різна, діапазон їх коливається від психологічно адекватних переживань втрати, що супроводжуються смутком і пригніченістю, до вітальної глибокої туги з переживанням безвиході, непоправності втрати та ідеями самозвинувачення.

Найбільш частою психічною травмою, що призводить до депресії, є ситуація емоційного позбавлення, тобто втрата близької людини, бойового товариша, командира. Залежно від закономірностей розвитку депресивної симптоматики виділяють чисту, або просту, депресію, істеричну і тривожну.

Депресивна симптоматика виникає зазвичай через кілька днів після події. Вважається, що в ці дні відбувається внутрішня переробка, оцінка значимості втрати.

Депресія супроводжується вегетативними симптомами – розладами сну і апетиту, тахікардією, гіпергідрозом, гіпертензією. Можуть спостерігатися гіпнагогічні галюцинації, що відображають зміст психічної травми [21].

### ***Непсихотичні психогенні розлади.***

*Неврози* – зворотні пограничні психічні розлади, зумовлені впливом психотравмуючих чинників, що протікають з усвідомленням хворим факту своєї хвороби, без порушень відображення реального світу і проявляються в основному психогенно обумовленими емоційними і соматовегетативними розладами.

У визначенні В.О. Гіляровського наводиться кілька ознак, які характеризують неврози: психогенний характер виникнення, особистісні особливості, вегетативні та соматичні розлади,

прагнення до подолання хвороби, переробки особистістю ситуації, що склалася, і виниклої хворобливої симптоматики.

Зазвичай, даючи визначення невроту, оцінюються перші дві – три ознаки, хоча досить важливими для діагностики невроту є критерій, що характеризує ставлення до ситуації виниклої хвороби, і боротьба з метою її подолання.

У зв'язку з цим до етапу сформованої боротьби за відновлення соціального статусу постраждалого доцільніше говорити про невротичні реакції, які включають вегетативні, сенсомоторні та афективні розлади. Перехід на ідеаторний рівень, тобто поява оцінки хвороби та відповідної їй поведінки, свідчить про сформований неврот.

Цей механізм боротьби і захисту в різних осіб і при різних невротозах неоднаковий. Так, при фобічному невроті – це формування ритуалів, при істеричному невроті – формування рентних, в прямому і опосередкованому плані, установок, які часто недостатньо усвідомлюються або витісняються. Ці клінічні особливості розглядаються як механізми психологічного захисту.

У вітчизняній психіатрії виділяють три основних невротоза: неврастенію, істеричний неврот, неврот нав'язливих станів. Останні двадцять років психіатри стали виділяти депресивний неврот, або невротичну депресію.

*Неврастенія.* Цей неврот проявляється підвищеною збудливістю і дратівливістю у поєднанні з швидкою стомлюваністю, виснаженістю, а також дратівливою слабкістю. Неврастенія має 4 етапи розвитку:

- 1) короткочасні вегетативні реакції;
- 2) сенсомоторні розлади;
- 3) афективні порушення;
- 4) ідеаторні розлади (складнощі в інтелектуальній діяльності).

*Істеричний неврот.* Характеризується рядом розладів: вегетативними, руховими, афективними, сенсорними. У постраждалого починають переважати яскраві образні уявлення, люди стають вкрай навіюваними і самонавіюваними. На цьому фоні нерідко розвиваються порушення свідомості. Для істеричного сутінкового затьмарення свідомості характерно не повне його виключення, а звуження з дезорієнтацією, обманами сприйняття. У поведінці людей завжди знаходить відображення конкретна психотравмуюча ситуація. У клінічній картині помітна

демонстративність поведінки з плачем, безглуздим реготом, істероформними випадками.

*Невроз нав'язливих станів* (психастенія). Постраждалого переслідують нав'язливі страхи, уявлення, спогади, сумніви, думки, ідеї.

*Депресивний невроз* (невротична депресія) – легка форма депресії, яка супроводжується зниженням настрою, адинамією, вегетосоматичними розладами, порушеннями сну, слізливістю, балакучістю, зниженням ініціативності та ін.

Проведений аналіз психічних станів, які можуть спостерігатися у військовослужбовців при бойовій психічній травмі, дозволяє представити їх у вигляді двох груп: з непсихотичною симптоматикою і з психотичними розладами. Такий підхід є найбільш зручним і зрозумілим, оскільки спирається на можливі рівні патологізації психіки.

До *непатологічних* (фізіологічних) невротичних явищ відносяться реакції на бойовий стрес (адаптаційні реакції). Вони виявляються в підвищеній емоційній напруженості і психомоторних змінах, викликаних страхом (безліч нерациональних рухів, непорядковане, безцільне метання, ступорозне знерухомлення, уривчаста, незв'язна мова).

До названих симптомів додаються такі вегетативні реакції, як часте сечовипускання, дисфункція шлунка і кишківника; нудота, запаморочення, ознобopodobний тремор; зміна пігментації шкірного покриву; відчуття нестачі повітря, відчуття задухи; відчуття сильної фізичної слабкості, жару або холоду та ін.

*Психогенні патологічні реакції* проявляються в симптомах астеничного, депресивного, істеричного та інших синдромів.

**Основним показником того, що спостережувана симптоматика відображає непсихотичний рівень травматизації військовослужбовця, є збереження їм в достатній мірі критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності.**

Розлади психотичного рівня у військових підрозділах трапляються вкрай рідко. Вони характеризуються тим, що у постраждалих відзначаються виражені порушення психічної діяльності, що позбавляють їх можливості правильно (неперекручено) відображати те, що відбувається, а також має місце повна втрата працездатності.

Як правило, військовослужбовці з психічними розладами такого рівня отримують допомогу в спеціалізованих медичних установах психіатричного профілю.

### **3.9 Психотравмуючі фактори локального військового конфлікту**

Інтенсивність переживання військовослужбовцем бойового стресу залежить від взаємодії двох основних чинників:

- сили і тривалості впливу бойових стресорів на психіку військовослужбовця;

- особливості реагування військовослужбовця на їх вплив.

Бойові фактори – широкий спектр змінних, що визначають ті чи інші реакції, стан, поведінку військовослужбовців в бою. Дані воєнно-психологічних досліджень дозволили виявити особливу дієвість таких бойових факторів як вид, умови та інтенсивність бойових дій, особливості застосовуваної зброї, надійність засобів захисту, часові, природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін.

#### **Класифікація стресогенних факторів, або стресорів.**

##### ***I. За характером психосоціальної мотивації:***

1. *Стресори повсякденної напруженої професійної діяльності.* Сюди входять особливості різних сфер діяльності різних силових структур, регламентовані наказами, нормативними документами та ін.

2. *Стресори діяльності в екстремальних умовах.* Під екстремальними умовами (ЕУ) розуміються: надзвичайні обставини – кризові ситуації соціально-політичного характеру; надзвичайні ситуації техногенного, екологічного та природного характеру; надзвичайні події кримінального характеру; антитерористичні операції (АТО).

Говорячи про екстремальні ситуації (ЕС), ми будемо мати на увазі АТО більш-менш короткочасної дії; а) надзвичайні обставини (НО) представляють реальну надзвичайну і неминучу загрозу безпеці громадян або конституційному ладу України, які можуть бути виражені в наступному: спроби насильницької зміни конституційного ладу, захоплення влади, масові заворушення, диверсії і терористичні акти, блокада окремих місцевостей, військові дії, міжнаціональні та регіональні конфлікти, що

супроводжуються насильством, загрожують життю і безпеці громадян або нормальній діяльності державних інститутів; б) надзвичайні події (НП) кримінального або іншого характеру представляють реальну загрозу життю, здоров'ю, честі й гідності людей, будь-яким формам власності, яка є наслідком вчинення тяжких злочинів, що вимагають проведення спеціальних заходів. Постійна участь особового складу силових відомств у процесах попередження і ліквідації наслідків екстремальних ситуацій викликає певні зміни в організмі психологічного і психофізичного характеру, що буде проаналізовано далі.

3. *Стресори сімейного життя* (любов, розлучення, одруження, народження дитини, смерть або хвороба близьких людей та ін.).

4. *Стресори морально-етичного характеру* (докори сумління, відповідальність за життя і здоров'я як невинних людей, так і бойовиків, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження).

5. *Стресори соціальних умов* змішаного походження: тривала ізоляція від звичного оточення (військовий контракт, мобілізація, перебування в заручниках (в полоні), необхідність піти у відставку і адаптуватися до інших умов життя, ротація, сексуальна дисгармонія, хвороби, необхідність хірургічного втручання, незадоволені матеріальні потреби) та ін. Вищевказані стресори можуть відрізнятися між собою за часом дії і за характером впливу на організм людини.

## ***II. За часом дії:***

1. *Стресори з короткочасною дією* (від декількох годин до декількох діб):

- такі, що викликають тривогу і страх (озброєний противник, захоплення противником товаришів по службі, дія в умовах, пов'язаних з великими людськими втратами, з реальною загрозою для життя);

- такі, що викликають неприємні фізичні відчуття (біль, втома, обумовлені несприятливими метеоекологічними умовами);

- темпу і швидкості (необхідність переробити великий потік інформації та прийняти рішення, необхідність проявити граничну швидкість і швидкість руху);

- відволікання уваги (тактичні маневри противника);

- невдалих дій (прорахунок в оцінці ситуацій, помилка в техніці руху) та ін.

2. *Стресори з тривалою дією* (від декількох місяців до декількох років):

- тривалого навантаження, що зумовлює втому (тривалі чергування на блок-постах, взводних опорних пунктах, ротних опорних пунктах, пов'язані з певним ризиком і небезпекою, охорона цінностей, особливих об'єктів, монотонність умов праці, необхідність постійно виконувати вимоги начальників в обмежені терміни і т.ін.);

- ізоляція (служба у військових підрозділах, пов'язана з тривалим відривом від сім'ї і звичних умов, тривалі відрядження в зону бойових дій та ін.);

- військові конфлікти (ведення тривалих бойових дій).

**III. За характером впливу на органи чуття людини (військовослужбовця):**

1. *Стресори візуально-психічного ряду* (смерть близьких, товаришів по службі, контакт з великою кількістю поранених, покалічених, людей, що панікують; руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту; пожежі, вибухи; вигляд трупів, крові та ін.).

2. *Стресори слухового ряду* (гул, рев, гуркіт, стрільба).

3. *Стресори дотиково-нюхового ряду* (вібрація, удари повітряної хвилі, струси, запахи газу і трупів, холод, спека, електричний струм та ін.).

Дана класифікація стресогенних факторів досить умовна, і в кожній конкретній області ці фактори переплітаються і впливають на особистість в комплексі [43; 44; 46].

Наприклад, на учасників спеціальних операцій по звільненню заручників, в тій чи іншій мірі, впливають такі стресогенні фактори: безпосередня і високоймовірна загроза життю і здоров'ю; відповідальність за життя і здоров'я заручників, постійний ризик заподіяння їм шкоди своєю бездіяльністю або неправильними діями; широкий громадський резонанс кожного конкретного випадку, особливо пильна увага до їхніх дій, суспільно-політична значимість їхніх помилок; відсутність або суперечливість відомостей про терористів, про їх психологічні особливості, граничний динамізм і важкопередбачуваний характер змін обстановки у зв'язку з особливостями поведінки нападників; необхідність тривалого стримування закономірних, вкрай



негативних емоцій в процесі безпосереднього контакту зі злочинцями; постійне перевантаження психофізіологічних функцій, обумовлене необхідністю аналізу і прогнозу розвитку ситуації, прийняття відповідальних рішень, організація та виконання чітких та узгоджених дій в жорсткому ліміті часу; морально-етичні переживання, пов'язані з необхідністю застосування зброї або інших засобів ураження проти злочинця як людини. Зовнішні чинники стресу, діючі в тій чи іншій екстремальній ситуації, не мають значення самі по собі, без співвіднесення їх з внутрішніми особливостями кожної людини, її фізичної і духовної підготовки.

Реакція особистості на різні надзвичайні обставини, з різко зміненими умовами функціонування, може складатися з трьох рівнів: перший і вищий рівень – це мотиви і ставлення особистості до даної ЕС, стан бойового духу; другий рівень – стан нервової системи, темпераменту; третій – рівень бойової та фізичної підготовленості [50; 51; 52; 78; 79].

Існує класифікація, в якій різні бойові стресори поділяються на **специфічні** та **неспецифічні** для бойової обстановки (ненормативні критичні події). *Перші* мають підвищений рівень стресогенності і включають:

- ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовця;
- загибель близьких людей і товаришів по службі;
- поранення, контузії, каліцтва і дози опромінення, а також інші наслідки використання бойового озброєння;
- жахливі картини смерті і людських мук;
- випадки загибелі товаришів по службі, мирних громадян, відповідальність за які військовослужбовець приписує собі;
- події, в результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовців;
- фізичне знищення (особливо в перший раз) бойовиків.

До *другої групи* належать стресори, які характерні як для бойової обстановки, так і для інших видів стресових ситуацій:

- підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя;
- тривале виконання напруженої діяльності, підвищена відповідальність за свої дії;
- тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі і несподівані зміни умов служби та життєдіяльності;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;

- відсутність контакту з близькими;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії;
- можливість загинути, отримати поранення або потрапити в полон у безглуздій, на думку військовослужбовця, війні.

Багато дослідників до ненормативних критичних подій відносять безпосередньо бойові дії. При психологічному вивченні військовослужбовців-контрактників, які брали участь у військових діях у Чечні в 1995 році, було встановлено, що 35,3% з числа обстежених в якості стресорів бойової обстановки, які переживаються найважче, назвали помилки командування, а не небезпеки для життя. Серед тих, хто довго воював така думка була у 46,6%.

У ветеранів, які повторно воювали за контрактом, головним стрес-фактором в бойовій обстановці була недовіра командирам (у 76,6% обстежених). На думку дослідників, причинами недовіри можна вважати не тільки реальні недоліки командування, але й екстеріорізацію почуття особистої тривожності й страху, “фронтіву втому” невротичного походження, перенесення провини “назовні”, на іншого. Особливо значимими стресорами для 32,8% з числа обстежених солдатів були загибель або поранення товаришів. Для 51,3% ветеранів-контрактників втрата бойових друзів стала психологічною травмою. Загрозу власному життю називали значимим стрес-фактором 44,3% з числа обстежених учасників бойових дій. Побоювання (страх) смерті було названо в числі стресових стимулів 2,6% ветеранів. Слід вважати, це зовсім не свідчення того, що люди взагалі не бояться смерті. Багато ветеранів вважають, що взагалі говорити про неї погана прикмета і мусувати цю тему солдату неприйнятно. Очевидно, з цим пов’язаний і той факт, що досить рідко в числі важких стрес-факторів називаються власні поранення, але, як правило, це триває до усвідомлення того, як поранення змінить життя солдата після виписки з госпіталю [18; 19].

О.М. Резник і В.В. Савостьянов (2005) встановили, що серед найбільш значимих стрес-факторів в бойовій обстановці 35,3% військовослужбовців відзначили не страх смерті, не побоювання власної загибелі, що слід було очікувати, а погані гігієнічні умови [50].

Особливу стресогенну дію на бійців чинять “звукові удари” при вибухах, стрільбі противника, оскільки вони несподівані і

головне – вони пробуджують вроджений страх смерті [19]. Звуки бою – найдієвіший стресор на ві.

Реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки, як було зазначено вище, залежить як від їх значимості для конкретного учасника бойових дій, так і його здатності до контролю власної поведінки. Значимість впливу на психіку військовослужбовця тих чи інших бойових стресорів визначають його індивідуально-психологічні особливості і особистісні якості, тип нервової системи, професійна та психологічна готовність до ведення бойових дій, характер і рівень бойової мотивації, особливості сприйняття військовослужбовцем місця і ролі бойових дій в історії та власній життєвій перспективі.

Встановлено, що обстановка ескалації негативних факторів бою породжує серйозні психічні розлади, що вимагають медичної допомоги і, через це, повну втрату боєздатності на певний час у військовослужбовців зі слабким типом нервової системи. В аналогічних умовах військовослужбовці з середнім типом нервової системи знизять активність бойових дій лише на короткий час. Військовослужбовці з сильним типом нервової системи не піддаються помітному психотравмуючому впливу складної обстановки.

У свою чергу, ефективність самоконтролю військовослужбовця залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки, характеру використаних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому, наявність у військовослужбовця досвіду самоконтролю власної поведінки в бойовій обстановці та її змісту. Військовими психологами встановлено, що на бойову активність військовослужбовців впливає кількість фізичних і психологічних втрат. М.М. Головін ввів навіть спеціальний термін “межа моральної пружності військ”, під яким розумів їх здатність продовжувати бойові дії, незважаючи на втрати. За його даними, середня межа моральної пружності військ оцінювалася в 25% кривавих втрат, після чого військовослужбовці втрачали здатність до спротиву.

**В якості характеристик бойової діяльності, що впливають на інтенсивність бойового стресу, виділяють:**

- ступінь бойової активності конкретного військовослужбовця, що визначається, як правило, за кількістю бойових операцій, в яких військовослужбовець брав безпосередню участь і які супроводжувалися реальною загрозою для його життя;

- значимість бойових дій, в яких брав участь військовослужбовець, для виконання більш масштабних бойових завдань;

- ступінь напруженості і характер бойових дій військовослужбовця (при цьому особливе значення надається участі військовослужбовця в бойових діях з противником, який значно переважає в силі, в умовах вимушеного відступу, в оточенні);

- кількість бойових втрат в частині, підрозділі, де проходив службу військовослужбовець, а також сприйняття цим військовослужбовцем їх доцільності та зумовленості об'єктивними умовами бойової діяльності.

Особливий вплив на рівень прояву бойового стресу у конкретного військовослужбовця мають такі фактори, як: кількість перенесених їм поранень, контузій, отриманих травм, доз опромінення, обставини (якщо це мало місце) взяття в полон, тривалість і умови перебування в полоні.

Поряд з перерахованими факторами виділяються також деякі соціальні, етнічні, релігійні, сімейні та інші **обставини, які додатково сприяють інтенсифікації проявів бойового стресу у військовослужбовців.** До них відносяться:

- непопулярність війни в країні, громадянином якої є військовослужбовець, який бере участь у бойових діях;

- наявність у військовослужбовця негативного досвіду переживання бойового стресу в минулому;

- незначний особистий досвід самоконтролю власної поведінки;

- приналежність учасника бойових дій до національності, що є етнічно близькою до національності солдатів противника (особливо, якщо військовослужбовець належить до національної меншини в своїй країні);

- подібність або близькість віросповідання учасника бойових дій до віросповідання солдатів противника (особливо, якщо військовослужбовець належить до релігійної меншості в своїй країні);

- приналежність учасника бойових дій до жіночої статі;

• складна психологічна або матеріально економічна ситуація в сім'ї військовослужбовця.

Залежно від особливостей взаємодії зазначених вище факторів, прояви бойового стресу у різних військовослужбовців будуть відрізнятися за такими параметрами:

а) інтенсивності прояву – від станів підвищеної психічної напруженості до патологічних станів;

б) переважаючому рівню проявів – психологічному, психофізіологічному, патологічному;

в) ступеня усвідомленості свого стану (інсайту) самим військовослужбовцем;

г) переважаючому прояву стресу в тій чи іншій сфері особистості військовослужбовця – емоційній, когнітивній, мотиваційній, вольовій, поведінковій;

д) ступеня підконтрольності проявів бойового стресу самим військовослужбовцем (ступінь самовладання), гіпер- і гіпомобілізованість;

е) характеру впливу військовослужбовця, який перебуває в стресовому стані, на психічний стан інших військовослужбовців;

є) тривалості прояву стресових розладів у військовослужбовця;

ж) характеру впливу на бойову діяльність.

І.О. Котеньов [25; 26] запропонував свій метод визначення ступеня вираженості психологічного дистресу (БСПІ; НІБС) – “рівня психологічної адаптації-дезадаптації”, назвавши його індексом психологічного дистресу (ІПД). Визначення цього індексу є особливо інформативним при проведенні наукових досліджень. Під час діагностики наслідків впливу стресогенних чинників на особовий склад, психологи та медичні працівники можуть користуватися комплексом показників: артеріальний тиск, пульс, короткі опитувальники для оцінки самопочуття, компактні психологічні тести. Враховуючи, що проведення діагностичних обстежень “на місці” (“в зоні проведення АТО”) накладає відомі обмеження на застосовність тих чи інших методик, вони повинні відповідати вимогам компактності і високої інформативності, можливості отримання експрес-інформації. Ідеальний варіант їх застосування – за допомогою комп’ютера і в динаміці як “на місці”, так і в подальшому в госпіталях або в центрах проходження медико-психологічної реабілітації.

## РОЗДІЛ 4

### **ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

В умовах антитерористичної операції (АТО) на всіх її учасників впливає комплекс інтенсивних, довгостроково діючих стресогенних факторів, які призводять до напруги адаптаційних систем організму і проявів у великій кількості військовослужбовців бойової психічної травми (БПТ).

Прояви негативних психічних станів, бойової психічної травми, у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки, в силу їх соціально-економічних наслідків для країни, вимагають невідкладного запровадження і активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів.

На сьогодні складно чітко уявити кількісні показники економічних витрат, необхідних для відновлення здоров'я, соціальної та професійної реадaptaції військовослужбовців. Крім того, відсутність концепції, загальнодержавної програми та системи реабілітаційних заходів загострюють проблему патологічних станів, пов'язаних з негативним стресом ведення бойових дій, збільшуючи їх негативні соціальні, економічні та політичні наслідки. Відсутність єдиної міжвідомчої системи медико-психологічної реабілітації на основі уніфікованої програми і стандартизованих протоколів, із залученням як медичних фахівців (психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів, лікарів-реабілітологів) так і психологів з базовою гуманітарною підготовкою не дозволяє отримати позитивні результати в рамках медико-психологічної реабілітації.

Сьогодні основна увага приділяється психологічній допомозі військовослужбовцям у межах екстреної психологічної допомоги (кризового втручання), психологічного консультування, психодіагностики, проведення "психологічного дебрифінгу". Подібних заходів явно недостатньо, для того, щоб вирішити

складну проблему БПТ, оскільки в патогенезі психогенних травм домінуючою є проблема перенапруження і перебудови нейрогуморальних механізмів забезпечення адаптаційних процесів із змінами біохімічного складу речовин головного мозку, в першу чергу релізінг-факторів і нейропептидів, а також формування стійких патологічних змін у структурній організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності організму. Крім того, клінічна картина загострюється ще й специфічними формами психосоматичних розладів. Такі випадки потребують інтенсивного використання заходів і методів комплексної медико-психологічної реабілітації у всіх її формах: превентивній; психологічній, клінічній, функціональній.

На сьогодні існує гостра необхідність впровадження та активного використання ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, з метою попередження порушення психічного здоров'я військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу.

Стресові події, як уже зазначалося, самі по собі досить рідко стають причиною психічних розладів (за винятком травматичного стресу чи психічної травми). Разом з тим, стресові події у поєднанні з різними внутрішніми та зовнішніми чинниками здатні викликати стрес-залежні захворювання. Оскільки нормальне психічне функціонування, а також особливості реагування на стресові події забезпечує цілий комплекс індивідуально-психологічних характеристик, слід враховувати індивідуальну біологічну, психологічну та особистісну уразливість військовослужбовця до патологічних реакцій на дію стрес факторів бойової діяльності ще під час проведення заходів військово-професійного психологічного відбору.

Здійснення превентивних заходів необхідно починати на етапі мобілізації в обласних і міських військових комісаріатах. Далі їх необхідно продовжувати при підготовці у навчальних центрах і на полігонах; на етапі виконання бойових завдань і участі в бойових операціях (оперативний етап); в період виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування; на етапі лікування в лікувально-профілактичних установах (госпітальний етап); а також на етапі адаптації до мирних умов життя.

Етапи реабілітації, на думку багатьох авторів, відповідають етапам превентивних заходів, які необхідно здійснювати на етапах:

1) розгортання підрозділів і навчання військовослужбовців; 2) безпосередньо після дії психотравмуючих чинників; 3) під час лікування і відновлення. Одним з найважливіших превентивних (від лат. *praevenio* – випереджаю, попереджаю, оберігаю) заходів медико-психологічної реабілітації на всіх етапах є проведення психологічної та психофізіологічної діагностики військовослужбовців\*. Вона дозволяє оцінити рівень розвитку професійно важливих якостей, мотивацію до діяльності у складі бойових контингентів, а також оцінити індивідуальні резерви адаптації з метою визначення придатності до виконання завдань за призначенням або необхідності в лікуванні, реабілітації, а також проведення моніторингу динаміки психофізіологічного стану та індивідуальних резервів на всіх етапах.

Така діагностика дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і важких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також дозволяє створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця, оскільки відомо, що тяжкість проявів бойової травми обумовлена психофізіологічними особливостями в тому числі.

Реалізація психофізіологічних заходів значно підвищує працездатність військовослужбовців і боєздатність військ. Військовослужбовці з високим рівнем розвитку професійно важливих якостей успішніше адаптуються до військової служби, особливо в бойових умовах, що сприяє зниженню психогенних розладів вдвічі [9]. Також це дозволяє знизити аварійність технічних систем з вини обслуговуючого персоналу, підвищити надійність систем управління знизити витрати на підготовку військових фахівців.

На сьогодні практично втрачений превентивний ефект проведення психофізіологічних заходів на етапі мобілізації та підготовки військовослужбовців у військових комісаріатах і в навчальних центрах. Разом з тим, залишається актуальним проведення заходів превентивної, психологічної, функціональної реабілітації під час участі військовослужбовців у бойових діях.

---

\* Апанасенко Г.Л. Відновлювальні медицина і превентивна реабілітація: постановка проблеми в Україні та Росії. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика



Психологічний і психофізіологічний супровід військово-професійної діяльності військовослужбовців в умовах бойової діяльності є одним із заходів превентивної, функціональної та психологічної реабілітації, а також важливою складовою всієї системи психофізіологічного забезпечення і спрямований на підвищення професійної надійності, збереження здоров'я та активного професійного довголіття військовослужбовця.

Основними його завданнями є: діагностика функціонального стану; збереження і зміцнення професійного здоров'я військовослужбовця; підтримання сприятливого соціально-психологічного клімату в підрозділі (оцінка рівня згуртованості, факторів, що заважають виконувати завдання за призначенням та ін.); зниження травматизму та нещасних випадків.

До основних напрямів психологічного та психофізіологічного супроводу військово-професійної діяльності належать: психофізіологічний контроль і оцінка поточного функціонального стану військовослужбовця; функціональна реабілітація, психокорекційні і психопрофілактичні заходи; тренування і вдосконалення професійно важливих якостей.

#### **4.1 Використання технології багатомірного скринінгу**

З метою профілактики бойового стресу у військовослужбовців на етапі первинних психопрофілактичних обстежень необхідним є виявлення осіб, схильних до психічних розладів. При цьому може бути використана технологія багатомірного скринінгу.

Багатомірний скринінг психічного здоров'я військовослужбовців – прикладна технологія масових психопрофілактичних обстежень у військах для раннього виявлення осіб з початковими проявами психічних розладів.

Концепція скринінгу заснована на трьох основних положеннях. По-перше, головна патогенетична ланка в розвитку психічних розладів у військовослужбовців – адаптаційні порушення. По-друге, вираженість порушень адаптації можна оцінити кількісно і визначити рівень (тяжкість) розладу. При цьому слід використовувати багатовісьовий підхід. Сутність багатомірного скринінгу психічного здоров'я полягає в суміщенні “рівневої” (заснованої на психологічному тестуванні), “військово-

професійної” (заснованої на вивченні якості проходження служби) і “соціально-психологічної” (характеризує комунікативний потенціал, морально-етичну нормативність, військово-професійну спрямованість, поведінкову регуляцію, схильність до девіантних форм поведінки, суїцидальний ризик, рівень стійкості до бойового стресу), оцінки адаптації до військової служби.

Використання технології багатомірного скринінгу передбачає комплексний аналіз трьох основних вісей. По-перше, рівнева вісь – наскільки психічно здоровим вважає себе сам обстежуваний (суб’єктивна адаптація). По-друге, функціональна вісь (військово-професійної адаптації) – думка командира про успішність військово-професійної діяльності обстежуваного. По-третє, психосоціальна вісь (соціально-психологічна адаптація) – загальна оцінка особистісного адаптаційного потенціалу. При незадовільних оцінках за всіма трьома вісями припускають “імовірно, хворобливий стан” і використовують основну феноменологічну вісь клінічного стану військовослужбовця. Таким чином, оцінка психічного стану військовослужбовця за ступенем вираженості психічної дезадаптації вибудовується в наступній послідовності:

1. Без ознак порушень адаптації.
2. Непатологічна психічна адаптація (група ризику).
3. Патологічна психічна дезадаптація.
4. Імовірно хворобливий стан, що кваліфікується в критерії МКХ-10 / DSM-IV- TR.

Технологія багатомірного скринінгу психічного здоров’я військовослужбовців дозволяє не тільки оптимізувати психопрофілактику стресу, пов’язаного з військовою службою і участю в бойових діях, а й розділити повноваження і сфери компетенції фахівців у сфері психічного здоров’я:

1) командирів, що дають службову характеристику на військовослужбовця;

2) фахівців з виховної роботи, психологів, що беруть участь в моніторингу стану адаптації військовослужбовця до умов військової служби, а також в скринінговому тестуванні, узагальненні соціально-психологічної інформації про військовослужбовця, консультуванні та антистресових психопрофілактичних заходах;

3) лікарів частини (медична служба частини), лікарів з медичної комісії на етапі відбору у військових комісаріатах,

підготовлених з психіатрії, клінічної психології та психотерапії для складання кваліфікованої медичної характеристики та проведення антистресових заходів при виявленні патологічної психічної дезадаптації;

4) фахівців – психіатрів медичної служби ЗС оперативнотактичної ланки, які надають допомогу у випадках виявлення психічних хворобливих станів, які кваліфікуються в критеріях МКХ-10 / DSM-IV-TR.

На основі результатів дослідження стану психічного здоров'я військовослужбовців за допомогою методики багатомірного скринінгу можуть застосовуватися наступні рекомендації щодо психопрофілактичних заходів:

- військовослужбовці з трьома несприятливими оцінками адаптації (відмічається приблизно у 1% обстежених) направляються на огляд до психіатра для оцінки їх стану відповідно до феноменологічних класифікацій МКХ-10 / DSM-IV TR;

- військовослужбовці з будь-якими двома несприятливими оцінками адаптації (зустрічається приблизно у 6-8% обстежуваних) потребують динамічного спостереження лікарів частини – фахівців груп психічного здоров'я;

- військовослужбовцям з будь-якою однією несприятливою оцінкою адаптації (зустрічається приблизно у 20% обстежених) показані заходи психологічного та виховного характеру;

- для військовослужбовців без ознак дезадаптації ніяких спеціальних заходів не проводять.

При цьому результативність подальшого психолого-медичного супроводу – моніторингу психічного здоров'я в значній мірі залежить від ефективності взаємодії між командирами, фахівцями органів виховної роботи, психологами та медичною службою.

Комплексний підхід у моніторингу психічного здоров'я військовослужбовців дозволяє виділити два компоненти: 1) психологічний і 2) медичний. Змістовний аспект психопрофілактики стресу у військовослужбовців вимагає чіткого уявлення про феноменології стресових розладів психологічного і психопатологічного рівнів.

## 4.2 Прогнозування розвитку у військовослужбовців патологічних станів, пов'язаних з негативним стресом бойових дій

У цьому параграфі будуть розглянуті фактори, що визначають імовірність сприятливого або несприятливого прогнозу розвитку ПТСР. Прогнозування розвитку ПТСР спирається, з одного боку, на діагностичні критерії (які були наведені в попередніх розділах), а з іншого – на фактори довоєнного і воєнного періоду, які включають індивідуальні характеристики, а також фактори повернення до мирного життя.

Подолання індивідом психотравмуючих стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох складових: характеру психотравмуючої події, індивідуальних характеристик військовослужбовців та особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни.

Дослідниками встановлено, що ситуативні фактори мають більше значення, у порівнянні з суб'єктно-особистісними, в період дії травматичної ситуації і на ранніх етапах адаптації до мирного життя. З плином часу, навпаки, посилюється роль суб'єктно-особистісних і індивідуально-психологічних характеристик у розвитку посттравматичного стресу в порівнянні з ситуаційними [14].

Аналіз результатів наукових публікацій дозволив виділити групи клініко-анамнестичних факторів, які можуть мати прогностичне значення для розвитку ПТСР до участі в бойових діях, в період участі, а також після ротації.

Значимими факторами, які необхідно враховувати на етапі мобілізації до участі військовослужбовців у бойових діях, є:

- низькі показники фізичного та психологічного здоров'я;
- низька якість життя;
- відсутність сенсу участі у війні (І.І. Козловський, 2000);
- сімейний стан (дисгармонійні сімейні відносини);
- вік (40 років і старше);
- наявність акцентуованих рис;
- схильність до наркотизації та асоціальної поведінки;
- професія і ставлення до військової служби (військовий або цивільний);
- спадкова обтяженість (психічна патологія, алкоголізм, патологічні риси характеру у батьків);

- низький рівень освіти; соціальний стан;
- психіатричні проблеми;
- наявність близьких родичів, які страждають на психіатричні розлади;
- хронічний стрес;
- рівень розвитку здатності до контролю власної поведінки;
- ефективність психологічного захисту.

До значимих для прогнозування ПТСР факторів **бойового періоду** відносяться характеристики психотравмуючої події:

- ступінь загрози життю;
- тяжкість втрат;
- раптовість події;
- ізольованість в момент події від інших людей;
- ступінь впливу навколишнього оточення;
- наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої ситуації;
- моральні конфлікти, пов'язані з подією;
- пасивна або активна роль ветерана, в залежності від того, чи був він жертвою або активною дійовою особою під час травматичної події;
- безпосередні наслідки впливу даної події;
- тривалість участі в бойових діях;
- інтенсивність психотравмуючої ситуації (бойовий досвід і тяжкість отриманих поранень).

Значимими для прогнозування ПТСР факторами **післябойового періоду** є:

- зміна системи відносин;
- особистісна значимість бойового досвіду і здатність до його асиміляції;
- наявність соціальної підтримки;
- дані про найбільш складний період звикання до мирного життя;
- змінене відношення до засобів масової інформації, що висвітлюють бойові дії скептично (з прихованим негативізмом);
- ставлення до друзів і взагалі до людей, які не воювали;
- переважне проведення свого дозвілля на самоті;
- уявлення про майбутнє життя;
- низька самооцінка;

- низька самооцінка своєї зрілості і відповідальності, усвідомлення життя;
- проблеми зі здоров'ям; наявність гострих переживань в ситуаціях несправедливості і зневажливого ставлення до ветерана;
- розбіжність поглядів, що сформувалися на війні з поширеними принципами існування сучасного суспільства (прагнення до збагачення, корупція, втрата національної гідності, падіння моральності і т.ін.);
- дистанціювання від суспільства;
- “комбатантні акцентуації”.

Комбатантні акцентуації характеризуються сукупністю індивідуально-психологічних характеристик, які в бойовій обстановці мали пристосувальний характер. Такими характеристиками є схильність до негайного реагування, підвищена пильність, настороженість, загострене почуття справедливості, тенденція до гуртування з ветеранами локальних війн, феномен соціальної безстрашності, переоцінка життєвих цінностей і цілей [28; 30; 45].

До вторинної травматизації можуть призвести: негативні реакції інших людей; поведінка і ставлення медичного персоналу; гіперопіка постраждалих – “травматична мембрана”, яку створюють близькі, захищаючи постраждалих від зовнішнього світу; непотрібність суспільству людини з бойовим досвідом; непопулярність війни та її учасників; взаємне нерозуміння між тими, хто був на війні, і тими, хто не був; комплекс провини, що формує суспільство. Зіткнення з цими вторинними стресорами, досить часто призводять до погіршення стану ветеранів, оскільки резистентність до лікування ПТСР можуть визначати і особливості соціальної ситуації, що впливають на процес одужання.

Точність прогнозування як виникнення ПТСР, так і його “нерозвитку” (стійкості до виникнення ПТСР), за даними різних авторів, може становити до 94 - 95% [30].

Безумовно, відсоток прогнозування ПТСР пов'язаний з методами обстеження та особливостями популяції.

Аналіз результатів деяких епідеміологічних досліджень показав, що наявність ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, що виникали як наслідок травми, або були присутні спочатку. До числа таких порушень відносяться: невроз тривоги; депресія; схильність до суїцидальних думок чи спроб;

медикаментозна, алкогольна або наркотична залежність; психосоматичні розлади; захворювання серцево-судинної системи. Дані досліджень свідчать про те, що у 50-100% пацієнтів, які страждають на ПТСР, в анамнезі були присутні які-небудь з перерахованих супутніх захворювань, а найчастіше два або більше [73].

У низці вітчизняних і зарубіжних публікацій в якості об'єктивно-суб'єктивних чинників виникнення ПТСР, називаються наявність або недолік необхідних знань, умінь, навичок, що відносяться до того, як впоратися з наслідками травми, ставлення до власного здоров'я. В якості **суб'єктивних факторів** були виділені наступні індивідуально-психологічні характеристики, які пов'язані з ризиком розвитку посттравматичного стресу в учасників бойових дій:

- самооцінка (висока активність, як показник самооцінки, є предиктором низької вираженості посттравматичного стресу через кілька років),
- акцентуації характеру;
- ієрархія ціннісних орієнтацій;
- рівень суб'єктивного локусу контролю;
- наявність певних особистісних рис;
- вольові якості.

Відсутність акцентуацій характеру до моменту участі у війні (С.В. Литвінцев, Е.В.Снедков, 1999), позитивна оцінка ветеранами власного бойового досвіду і схильність до глибокого аналізу травматичних подій (Л.В. Виноградова, 2004) у поєднанні з оптимістичним настроєм, позитивним ставленням до себе та інших людей (Е.О. Лазебна, М.Є. Зеленова, 1999, Б.Б. Величковський, 2007; А.П. Сложенікін, 2009; Є.Г. Ічітовкіна, 2011; Л.Е. Кузнєцова, 2011), зумовлюють відсутність схильності до розвитку стрес-залежних захворювань.

Підвищення рівня мотивації досягнень, широти інтересів і потреб, при високому ступені відповідальності за події, що відбуваються в житті (Є.П. Гуріна, Ю.В. Ізвольська, 2002), екстравертованість особистості (Н.Л. Бундало, 2008) за наявності високого рівня інтернальності суб'єктивного контролю і низького рівня нейротизму (М.А. Струкова, 2010), також сприяють зниженню ризику розвитку вираженого посттравматичного стресу.

Найбільший внесок у вираженість посттравматичного стресу, в середньому 5,5 років потому, вносять параметри самооцінки, з

яких найбільш значущим є параметр “активності”. Висока активність, товариськість і позитивна самооцінка визначають низький рівень вираженості посттравматичного стресу через роки.

З плином часу, на перший план в якості чинників, що сприяють зниженню посттравматичного стресу, виходять складові Я-концепції, одним із структурних компонентів якої є самооцінка. Переробка і осмислення пережитого травматичного досвіду в позитивному ключі, пошук нових життєвих цілей, позитивне самоставлення, довільна активність людини, що виконує регулятивну функцію в ході адаптації, складають основу для успішного подолання наслідків психотравми.

А.Б. Мощанський [12] виділяє низку факторів, що впливають на психологічний стан учасників бойових дій, вивчення і своєчасне опрацювання яких могло б суттєво знизити дезадаптивні наслідки у даної категорії.

1. *Очікування екстремальної ситуації* (процес комплектування, дорога, перші дні).

У цей період визначальним особистісним фактором є тривожність, на яку негативно впливають:

- спотворені кон’юнктурні відомості, що надаються ЗМІ;
- відсутність професійного ядра в підрозділі, що має особистий досвід участі;
- члени сім’ї;
- тривалість перебування;
- відсутність пропагандистської роботи;
- відсутність інформації про пільги, гарантії, компенсації;
- неорганізованість вільного часу і відпочинку.

Дезадаптація в цей період виражається або в неадекватному реагуванні на навколишній світ (за двома варіантами – бравата, агресивність, розгальмування, або безвихідь, апатія, відчуженість), або зловживання спиртом як засобом для зняття тривожності і зняття емоційної напруги.

2. *Гостро виникаюча екстремальна ситуація* (обстріл, бій).

При такому розвитку подій в основі поведінки людини лежать фізіологічно корисні пристосувальні реакції організму. Коли організм переходить в режим екстремального реагування, природним чином виникає емоція страху. Військовослужбовці відрізняються за часом переходу організму від емоції страху до цілеспрямованих дій і за типом реагування (адекватний або



неадекватний). На часовий фактор негативно впливають наступні умови:

- відсутність особистого досвіду і прикладів поведінки;
- відсутність знань про те, що робити;
- відсутність умінь і навичок;
- відсутність чіткої організації;
- негативний приклад командира або референтних осіб;
- загибель, поранення товаришів;
- особистісний тип реагування.

Сукупність психотравмуючих чинників в гострій екстремальній ситуації викликає миттєві наслідки.

Неадекватне реагування може протікати у вигляді гіперреакції, що виражається в крайньому руховому порушенні, яке супроводжується криками, різкими хаотичними рухами (крайня реакція – паніка), або у вигляді гіпореакції, що виявляється в руховому гальмуванні тіла або його частин (крайній прояв – поза ембріона).

При виражених неадекватних реакціях військовослужбовець не розуміє і не пам'ятає у подальшому, що з ним відбувалося. При виражених реактивних станах дезадаптаційна поведінка після ситуації може виявлятися в пасивній поведінці, відмові від подальшого виконання професійних завдань, неадекватному піднесеному настрою або застряганні на своїх переживаннях. До пролонгованих реакцій відносяться посттравматичні стресові розлади.

3. *Очікування виникнення гострої ситуації* (перебування не передній лінії).

Умовами, що визначають характер реакцій дезадаптації, в даному випадку, є:

- відсутність досвіду;
- відсутність занять у вільний час;
- невідповідність командири;
- невлаштованість побуту та неорганізоване харчування;
- інформаційний голод;
- ігнорування факторів морального і матеріального стимулювання;
- часовий чинник;
- відсутність роботи з особовим складом.

Реакції дезадаптації проявляються залежно від особистісних особливостей:

- в психологічній деформації, зниженні морально-етичних критеріїв;
- в жорстокості, озлобленні;
- в апатії, втраті інтересу до навколишнього, аж до ігнорування заходів власної безпеки;
- у зниженні керованості;
- у пияцтві.

Відзначимо, що найбільш небезпечним періодом є остання третина терміну перебування в умовах бойових дій. Ближче до кінця у дезадаптованих осіб змінюється самооцінка, виникає ейфорія і відчуття вседозволеності (оскільки вони “пережили те, що інші не відчували”). Саме в цей період можливі ексцеси.

4. *Період наслідків.* У цей період змінюється характер психоемоційного стану військовослужбовця: превалює нервово-психічна втома, виникають ті чи інші прояви депресії, тривожності, астенії. Факторами, що впливають на виникнення дезадаптивних реакцій, є тяжкість драматичних подій, свідком яких стала людина, її залученість в дії, час перебування в стані бойового стресу.

Можливі прояви дезадаптації в цей період:

- нервово-психічні реакції (від розладу сну до виражених неврозів);
- контроль навколишнього простору;
- загострення соматичних захворювань;
- зміна життєвих поглядів і стереотипів поведінки;
- підвищена ранимість; готовність застосувати силу та зброю;
- активація соціальної позиції;
- підсвідомий поділ суспільства на своїх і чужих.

У даному періоді можна виділити ще три етапи:

Перший етап – ейфорія (два-три місяці) – почуття гордості і впевненості в собі, очікування соціальних реакцій. Другий етап – період неадекватного реагування (до трьох-чотирьох років) – виникає через нереалізацію очікуваних реакцій від соціуму, негативного і байдужого ставлення. Третій етап – період адаптації до життя в суспільстві.

Слід зазначити, що більшість учасників бойових дій зуміють адаптуватися до життя в нових умовах, проте наслідки війни вплинуть на всіх. Той, хто брав участь у війні виходить з неї іншою

людиною. Повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе. Синдром має тенденцію не тільки не зникати з часом, але і ставати все більш чітко вираженим, а також з'являтися раптово на фоні загального благополуччя. Стан військовослужбовця можна покращити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів.

Таким чином, раціональним є використання клініко-анамнестичних факторів, з метою прогнозування можливого розвитку ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях (додаток А). Також це дає можливість прогнозувати затяжний перебіг посттравматичних стресових розладів на ранніх етапах захворювання і, відповідно, цілеспрямовано проводити психотерапевтичні та фармакологічні заходи.

#### **4.3 Прогнозування розвитку негативних психічних станів військовослужбовців на підставі їх індивідуально-особистісних особливостей**

Психобіографічний аналіз формування та розвитку особистості військовослужбовця показує, що деякі негативні фактори доармійського життя (матеріальні труднощі в батьківській родині; сварки, конфлікти між батьками протягом багатьох років; фактор неповної сім'ї; розлучення батьків; втрата одного з батьків та ін.), часто призводять до підвищеної особистісної уразливості, низької стресостійкості.

Ситуаційними патогенними факторами обставин, що призводять до розвитку негативних психічних станів, можуть бути звичайні труднощі військової служби: неможливість відповідати напрузі повсякденного режиму; необхідність "ламати" свої звички, смаки, заняття; "неадекватні" фізичні навантаження; високі навантаження стосовно оволодіння спеціальними знаннями та навичками.

Важливу роль у розвитку негативних психічних станів займають переживання військовослужбовців з приводу зміни почуття власного статусу, пов'язаного з їх приниженням командирами. Деякі військовослужбовці відчувають приниження від самої необхідності підкорятися і виконувати накази.

**Усереднений профіль військовослужбовця, який має підвищену готовність до розладів, представлений наступними характеристиками:**

1. Наявність психологічного комплексу неповноцінності, ущербності, неуспішності, нерідко із заздрістю до більш успішних колег, негативізм до них і певна боязкість. Занижена самооцінка сприяє тому, що військовослужбовець заздалегідь відмовляється від надії відновити свою фізичну форму, і, як наслідок, розвиваються депресивні стани, виникають неефективні психологічні захисти.

2. Знижена толерантність до фрустрації, тобто надмірно глибокі переживання при незадоволенні своїх інтересів і потреб, нервозність і пригніченість при невдачах, складнощах, проблемах.

3. Сором'язливість, боязкість, нерішучість, невпевненість у нових ситуаціях і з незнайомими людьми.

4. Недостатньо розвинена здатність до психологічної мобілізації, до вольових і фізичних зусиль, до тривалої трудової напруги.

5. Підвищена потреба в захисті, підтримці та заступництві з боку "сильних та успішних", пасивна підпорядкованість, аж до повної залежності.

Всі перераховані фактори призводять до розладу адаптації.

**Акцентуації особистості** мають різне значення, і можуть виступати як в якості позитивного, так і негативного фактора виникнення негативних психічних станів і стрес-залежних захворювань.

*Гіпертимічні* акцентуації характеру підвищують шанси на те, що військовослужбовець докладе максимальних зусиль для відновлення, в силу характерного оптимізму і високої активності.

Представники *проективної* акцентуації, збудливого типу особистості через підвищену імпульсивність, часто ослабленого контролю своєї поведінки, можуть допускати серйозні помилки. У ситуації звинувачення, протидії, морального, матеріального, фізичного збитку наражаються на серйозну небезпеку розвитку гіперактивності.

*Дистимічний* тип з переважно зниженим настроєм, характеризується у разі виникнення важкої фруструючої ситуації схильністю до депресії. У даного типу часто підвищене почуття справедливості, і тому велике значення має базова "ілюзія

справедливості” (серйозність, відповідальність, сумлінність, пунктуальність повинні бути заохочені). Порушення цього внутрішнього правила, в силу обставин, переживають важко.

*Емотивний* тип веде до того, що емоції домінують у змісті мотивації поведінки, будь-яка подія переживається надзвичайно глибоко і тривало, характерні вразливість і чутливість. Конфліктність, несправедливість з боку близьких людей і керівництва при накладенні на психотравмуючу подію різко підвищують ймовірність інтрузії.

*Невротичний або тривожно-боязкий* тип – тип з підвищеною схильністю до страхів. Для цього типу характерні: підвищена тривожність, занепокоєння з приводу можливих невдач, занепокоєння за свою долю і долю близьких. Навіть незначні події можуть завдати психотравми, викликають фобічні переживання. Самооцінка таких людей знижена, а оцінка інших людей завищена.

*Афективно-екзальтований* тип або інтроєктивна акцентуація чреваті нестриманістю почуттів, гнівливістю або слізливістю, при виникненні травми і необхідності тривалого лікування відчувають великі труднощі через монотонність, обмеження інструкціями, неприйняття почуттів і “глибини” ситуації.

*Циклотимічна* акцентуація або афективно-лабільний тип піддається додатковій небезпеці виникнення ПТСР через постійну нестійкість настрою, схильностей та емоцій. Полярна зміна фаз самопочуття, заглибленість у свій внутрішній світ, суб’єктивність оцінок робить цих людей мало передбачуваними в спілкуванні, ускладнює роботу психолога.

*Паранойяльна* акцентуація, застрягаючий, нестійкий тип при отриманні травми схильний пред’являти непомірні вимоги до оточуючих, з іншого боку, сумнівається в цінності ідей і схильностей.

*Ригідна* акцентуація, педантичний тип особистості характеризується інертністю психічних процесів, нездатністю до витіснення травмуючих переживань; звідси підвищений ризик виникнення ПТСР.

*Демонстративний* тип особистості, навпаки, характеризується підвищеною здатністю до витіснення (негативних переживань і думок). Однак за несприятливих обставин можливий “відхід” у хворобу, цьому сприяють “недооцінка” оточуючими, утиск права бути “зіркою”, байдужість з боку близьких.

Структура *ієрархії ціннісних орієнтацій* може бути як позитивним фактором для уникнення ПТСР (сформованість, превалювання духовних цінностей і т.д.), так і негативним (несформованість, домінування матеріальних цінностей і т.д.).

Серед *біографічних особливостей*, в першу чергу, виділяються наявність перенесених травм, наявність неврозів, досвіду опору і подолання несприятливих життєвих подій.

*Рівень суб'єктивного локусу контролю* у разі норми справляє стабілізуючу дію на особистість. При екстернальності призводить до депресії, схильності звинувачувати інших, або долю в отриманні травми. При надмірно високому локусі контролю людина вважає себе цілком і повністю відповідальною за свої невдачі, що веде до підвищеної невротизації особистості, підвищує ризик розвитку ПТСР.

Передує цьому поступове зниження продуктивності соціального функціонування та наростання психічних порушень, в якому наявні чіткі ознаки (сигнали) розладів, що розвиваються в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах. При цьому, саме цілісність, узгодженість у роботі всіх компонентів трьох основних сфер особистості знижує ризик розвитку вираженого посттравматичного стресу.

## РОЗДІЛ 5

### ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

#### **Основні принципи роботи з бойовим та оперативним стресом**

**I.** Необхідно переконатися, що не була пропущена якась прихована фізична травма чи ушкодження. Деякі захворювання та травми можуть спричинити емоційні та поведінкові зміни і їхня симптоматика нагадуватиме реакції на бойових стрес (травма голови, контузії, вдихання газів, гіпоглікемія, лихоманка, синдром відміни, отруєння, гіпер- і гіпотермія, зневоднення тощо).

**II.** Необхідно сприймати емоційні розлади так само серйозно, як і фізичні травми. Якщо військовослужбовець при падінні серйозно вивихнув щиколотку, то ніхто не очікуватиме, що він одразу встане і побіжить. Емоції бійця також можуть тимчасово напруженими через надмірний стрес бойових дій чи інші травматичні події. Неможна вимагати, щоб він негайно взяв себе в руки і продовжував нести службу. Деякі люди можуть зібратися одразу, в той час, як інші – ні. Військовослужбовець, чия емоційна стабільність була порушена, отримав таку ж реальну травму, як і той, хто вивихнув щиколотку. На жаль, багато людей вважають реальним лише те, що вони можуть бачити, наприклад, рану чи кровотечу, вони схильні вважати, що емоційні та психічні розлади – це щось вигадане, що людина з бойовим стресом насправді не є хворою чи пораненою і що вона може справитися із своїм станом, використовуючи лише силу волі.

**III.** Необхідно розподілити постраждалих за ступенем важкості стресових реакцій.

#### **• Легкий стрес**

#### ***Деякі легкі стресові реакції.***

*Фізичні прояви:* тремтіння-нервозність, холодний піт, сухість у роті, безсоння, пришвидшене серцебиття, головокружіння, нудота, блювота або діарея, виснаження, погляд в нікуди “на тисячу метрів”, труднощі мислення, мовлення і спілкування.

*Емоційні прояви:* тривога, нерішучість, дратівливість, скарги, забудькуватість, нездатність зосередитися, жахи, легко здригається від шуму, рухів, спалахів; сльози, плач, гнів, втрата довіри до себе і товаришів.

***Легкі стресові реакції. Самодопомога та допомога товаришів.***

1. Продовжуйте виконання задач, зосередьтеся на виконанні негайних важливих завдань.

2. Очікуйте, що військовослужбовець з ознаками легкого бойового стресу буде виконувати доручені обов'язки.

3. Постійно зберігайте спокій; давайте вказівки та контролюйте їх виконання.

4. Повідомте військовослужбовця про те, що його реакція є нормальною і нічого надзвичайно неправильного з ним не відбувається.

5. Повідомляйте йому необхідну інформацію стосовно тактичної ситуації, цілей, очікувань, надавайте йому підтримку. Контролюйте розповсюдження чуток.

6. Намагайтесь відновити впевненість постраждалого у собі, говоріть про успіхи.

7. Залучайте його до продуктивних видів діяльності (коли він не відпочиває) через тренування, обслуговування зброї та військової техніки тощо.

8. Можливе тимчасове переведення до не бойового опорного пункту з незначним обмеженням прямих обов'язків та наданням відпочинку.

9. Переконайтеся, що військовослужбовець підтримує особисту гігієну.

10. Як тільки це можливо забезпечте його їжею, питвом та дайте йому можливість поспати (якомога швидше!).

11. Дозвольте йому виговоритися, не применшуйте його переживання, горя чи тривоги. Дайте практичні рекомендації і послушайте його.

• **Важкий стрес.** За його наявності, військовослужбовця слід, за можливості, відправити в місце, де він зможе реабілітуватися (хоча б строком до 3 днів).

***Деякі важкі стресові реакції.***

*Фізичні прояви:* постійно рухається, здригається на будь-який раптовий звук чи рух, тремтить, трясеться, не може рухати рукою,



ногою без видимих фізичних причин; втрата зору, слуху чи відчуттів, фізично виснажений, плаче, ціпеніє під час обстрілу або стає повністю нерухомим, похитується, коливається; паніка, біжить під обстрілом.

*Емоційні прояви:* розмовляє швидко та/або дивно, сперечається, діє необачно, не реагує на небезпеку, втрата пам'яті, сильно заїкається, бурмоче, або не може говорити взагалі; безсоння, важкі кошмари, бачить або чує те, чого не існує, різкі емоційні перепади, соціальна ізоляція, апатія, істеричні “вибухи”, безумна, дивна поведінка.

***Важкі стресові реакції (окрім самопомоги та допомоги товаришів).***

1. Якщо поведінка військовослужбовця ставить під загрозу виконання завдань, несе загрозу йому самому чи іншим, зробіть все необхідне, щоб контролювати його.

2. Якщо боєць засмучений, спокійно поговоріть з ним, вмовте його на співпрацю.

3. Якщо ви не впевнені щодо його надійності:

- розрядіть його зброю;
- якщо є серйозні підозри, заберіть у нього зброю;
- застосуйте фізичне обмеження, лише коли це необхідно для забезпечення безпеки чи транспортування.

4. Запевніть всіх, що його симптоми, швидше за все, реакція на стрес і йому стане краще.

Якщо стресові реакції тривають:

- перемістіть військовослужбовця в безпечне місце;
- не залишайте його одного, нехай з ним постійно перебуває хтось, кого він знає;
- повідомте старшого офіцера;
- переконайтеся, що його огляне хтось із медичного персоналу;
- дайте йому виконувати якісь легкі завдання, коли він не спить, їсть чи відпочиває.

5. Переконайте військовослужбовця, що йому стане краще і поверніть його до виконання службових обов'язків як тільки йому стане краще і він буде готовим до цього.

**IV.** Дотримуйтесь наступних принципів реабілітації комбатантів з ознаками реакцій на бойовий стрес. У країнах НАТО

вони складені в акронім BICEPS. BICEPS – аббревіатура з англійських слів

**Brevity (стислість)** – перша допомога (відпочинок та відновлення) не повинні тривати більше, ніж 1-3 дні.

**Immediacy (невідкладність)** – дуже важливо, щоб допомога надавалася якомога швидше, як тільки з'являються симптоми (при умові, що тактична ситуація дозволяє). Не зволікайте!

**Centrality (централізованість)** – забезпечте перебування комбатантів з реакціями бойового стресу разом для взаємної підтримки та ідентифікуйте їх як солдат.

**Contact (контакт)** – військовослужбовця заохочують думати про себе як бійця, а не пацієнта чи хворого. При будь-якій можливості представники підрозділу повідомляють солдата, що на нього чекають і бажають його повернення.

**Expectancy (очікування, надія)** – комбатанту необхідно недвозначно повідомити, що у нього нормальна реакція на надзвичайний стрес і що це пройде, і він зможе повернутися до виконання обов'язків через декілька годин, можливо днів. Військовий командир є надзвичайно важливим на цій фазі допомоги. З усього, що говориться солдату, який страждає від бойового стресу, слова його безпосереднього командира швидше за все матимуть найбільший вплив. Просте твердження з уст командира, що реакції військовослужбовця є нормальними і що йому незабаром стане краще, матиме позитивні наслідки. Також варто сказати, що він потрібен своїм товаришам і вони чекають на його повернення. Після повернення з ним поводяться як і з будь-яким іншим солдатом і очікують, що він належно виконуватиме свої обов'язки. Численні дослідження показали, що якщо потерпілий лікується в якості пацієнта і його направляють в тил, то його симптоми тривають довше і він рідше повертається до виконання службових обов'язків, або не повертається зовсім.

**Proximity (наближеність)** – цей принцип передбачає максимальну близькість відносно безпечного місця надання допомоги до театру військових дій, що дає можливість пацієнту отримувати дружню підтримку своїх товаришів по службі і значно підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів. Бажано, щоб солдатів, які вимагають догляду через важкий бойовий стрес, не поміщали в медичні заклади разом з пораненими та хворими військовими.

***Simplicity (простота)*** – цей принцип вказує на необхідність використання коротких і простих методів для відновлення фізичного стану та впевненості у собі. Не проводьте психотерапію. Дії, які виконуються для контролю реакцій бойового стресу, є наступними:

1. Переконавання (переконайте постраждалого в нормальності реакцій).

2. Відпочинок (відстрочка від бою або відпочинок від роботи).

3. Задоволення тілесних потреб (наприклад, зігріти, дати їжу та питво, забезпечити гігієну та сон).

4. Відновлення впевненості (дати військовому можливість виконувати цілеспрямовану діяльність та контактувати із своїм підрозділом).

5. Повернення до свого підрозділу та виконання своїх прямих обов'язків.

**Статус не пацієнта.** Щоб комбатанти з бойовим стресом не ввійшли в роль пацієнта, необхідно дотримуватися наступних принципів:

- залишити військовим їх форму і вони повинні дотримуватися військової етики і дисципліни;

- забезпечити перебування військових із реакціями бойового стресу окремо від важкохворих чи поранених пацієнтів;

- максимально обмежити приймання ліків за винятком серйозного порушення сну;

- не евакуювати і не госпіталізувати військового за винятком абсолютної необхідності;

- не ставити передчасних діагнозів;

- транспортувати військових автотранспортними засобами загального призначення, а не машинами швидкої допомоги.

**Бойова втома.** Бойова втома є неминучою під час бою, але можна запобігти появі великої кількості постраждалих від неї. Дослідження показують, що в добре підготовлених і згуртованих підрозділах з хорошим командуванням, лише один із десяти страждає від бойового стресу навіть в умовах важких боїв. Це значно менше, ніж зазвичай, в середньому один із чотирьох або п'яти в боях помірної інтенсивності та один із двох-трьох військових під час інтенсивних бойових дій. Знаючи, які тактичні і загальні умови сприяють зростанню випадків бойової втоми, командири та солдати можуть вжити заходів щодо зменшення

впливу цих факторів. Вони повинні розділити тягар, вирішити внутрішні конфлікти, збудувати згуртований підрозділ і зменшити стрес. Те саме, а також дотримання дисципліни і законів ведення війни, запобігає неправомірній поведінці, спричиненій стресом. Ми можемо подолати бойовий стрес жорстким, реалістичним тренуванням, яке збільшує впевненість у собі, турбуючись один про одного.

***Роль командира в профілактиці бойової втоми.***  
Дослідження показали, які саме ситуації і стресові фактори спричиняють бойову втому. Деякі з них можуть контролюватися хорошим лідером. Інші ситуації чи події проконтролювати не можна, проте знання про те, які з них збільшують стрес і бойову втому, дозволяють командирі компенсувати їх вплив зменшенням інших факторів стресу і здійсненням корекційної роботи. Командир також повинен мати план забезпечення належної допомоги постраждалим від бойового стресу і враховувати його під час виконання основних завдань.

Військовослужбовці повинні пройти хоча б базове навчання на тему бойового стресу та його попередження. Таке навчання повинні отримати всі: медики, бойові офіцери, капелани і т.д. Варто забезпечити підрозділи додатковими матеріалами на цю тему.

Щоб зменшити рівень стресу, командир підрозділу повинен:

- Надихати, а не залякувати чи погрожувати.
- Ініціювати і підтримувати програми по управлінню стресом.
- Інформувати військовослужбовців на предмет розуміння і адекватного реагування на ознаки бойового стресу.

• Переконатися, що кожен солдат освоїв принаймні дві техніки релаксації для контролю над стресом: повільну – для глибокої релаксації і швидку – для використання під час виконання завдання.

***Що можуть бійці підрозділу робити для контролю бойового стресу.***

Командири підрозділів і підлеглі можуть контролювати стрес, допомагаючи один одному. Вони повинні вміти розпізнавати ознаки стресу один в одного. Одним із важливих способів, який може зменшити напругу – виговоритися (“вентиляція”). Тобто необхідно підбадьорювати і заохочувати солдата, який переживає стрес, до розмов. Заспокоєння є корисним, тоді як сперечання, критика і принизливі зауваження зазвичай нічим не допоможуть.

Командир та члени підрозділів можуть допомагати один одному наступним чином:

- у кожного солдата повинен бути “бойовий товариш”, уже існуючий чи призначений, з яким він може ділитися своїми почуттями і проговорити свій досвід;
- офіцери, молодші офіцери і прапорщики підрозділів повинні заохочувати один одного до проговорення, особливо тих питань чи почуттів, які вони не можуть обговорювати із солдатами;
- офіцери сусідніх підрозділів повинні спілкуватися і забезпечувати “вентиляцію” один для одного;
- варто проводити загальні зустрічі (“випускання пару”) після повернення зі складних завдань чи бойових дій;
- добре, якщо у підрозділі присутній військовий капелан; він повинен бути тим, з ким кожен може поговорити про будь-що;

Якщо помічені ознаки бойової втоми, корисно зробити наступні дії:

- спостерігайте і спробуйте заспокоїти військовослужбовця;
- захистіть від небезпеки (фізично стримувати тільки у разі нагальної потреби);
- забезпечте наявність того, хто нестиме відповідальність за ситуацію, дізнається детальніше, що відбувається і прийме відповідні дії.

Загальні зустрічі (“випускання пару”) – це короткі зустрічі, які проводяться тоді, коли підрозділ тільки повертається з бою або інших місій. Також вони проводяться після важких / інтенсивних боїв з противником або чергувань, під час якого відбулося щось серйозне. Такі зустрічі є особливо важливими після критичних подій. Це – неофіційний захід і відбувається до того, як учасники повністю задовільнили свої тілесні потреби чи повернулися до виконання завдань.

*Компоненти зустрічі “випускання пару”:*

- зібрати всіх членів підрозділу у безпечному і відносно зручному місці на короткий період часу (близько 15 хвилин);
- дати їм можливість отримати напої (не стимулюючі) та їжу;
- дати їм можливість поспілкуватися між собою;
- надати визнання і похвалу за складну місію, яку вони виконали;
- надати інформацію щодо інших членів підрозділу, які були поранені чи загинули, щоб попередити плітки;

- надати інформацію підрозділу про те, де і як вони будуть відпочивати і відновлюватися;
- дати короткий огляд подальших планів;
- за необхідності, можна надати дуже короткий огляд нормальних стресових реакцій, що можуть проявитися.

***Що може робити сам військовослужбовець для контролю бойового стресу.*** Військовослужбовець повинен пити достатню кількість рідини (навіть якщо не хочеться), їсти достатньо їжі і намагатися відпочивати/спати так часто, як це можливо.

Кожен повинен навчитися принаймні двом технікам релаксації (бажано більше), які можуть бути використані тоді, коли виконання фізичних вправ не можливе. Одна техніка повинна забезпечити швидке зменшення надмірної напруги без відриву від виконання завдання. Друга – забезпечити глибоку релаксацію для відновлюючого сну навіть в умовах стресових ситуацій.

Навички психологічної адаптації до стресу повинні бути включеними в навчальну діяльність і постійно практикуватися. Як тільки солдати отримують інформацію про техніки роботи із стресом, вони повинні включити їх в свою повсякденну діяльність. Техніки управління стресом включають: глибоке дихання, розслаблення м'язів і когнітивні вправи. Глибоке дихання найлегше освоїти і практикувати, інші техніки вимагають більш тривалого навчання і більшого часу для практики.

Нижче наведемо корисні техніки, які можна використовувати поодиночі чи в поєднанні.

*Техніки дихання:*

- *Дихання животом.* Дихайте повільно і глибоко, використовуючи м'язи живота (НЕ м'язи грудної клітки), щоб “впускати і випускати повітря”. Навіть один глибокий вдих, коли ви вдихаєте, утримуєте повітря протягом 2-3 секунд, а потім повільно видихаєте через рот (близько 5 секунд) може стабілізувати нерви і переключити увагу. Можна зробити п'ять таких вдихів для швидкого “очищення” голови або робити безперервно, щоб сприяти засипанню. Черевне або діафрагмальне дихання (коли живіт змушує повітря рухатися, а не верхня частина грудної клітини) особливо ефективно для контролю напруги і, з практикою, може виконуватися одночасно із виконанням завдань, які вимагають повної уваги.

• *Дихальні медитації.* Зосередьте увагу на своєму диханні, особливо кожного разу, коли видихаєте. Промовляйте те ж саме слово або коротку фразу один раз при кожному видиху (наприклад, слово “один” або “розслабся”) знову і знову, одночасно пасивно дозволяючи всім іншим думкам вивітрюватися з вашої голови.

*Вправи на релаксацію м'язів.* Вправи на релаксацію є дещо складнішими. Як правило, вони складаються з концентрації уваги на різних групах м'язів, напруження і розслаблення кінцівок, щоб розслабити все тіло.

Швидка версія, яку можна використати під час виконання завдання – напружте всі м'язи одночасно, затримайте на 15 секунд або більше, а потім дозвольте їм повільно розслабитися, відпускаючи це напруження, відчуваючи тепло і важкість, відчуття, що з'являється після відпочинку і струшування напруги.

Версія глибокої м'язової релаксації – починаємо з ніг і поступово піднімаємося вгору (або навпаки від голови до ніг), напружуючи, а потім розслабляючи кожен частину тіла (кожну групу м'язів по черзі), одночасно помічаючи, як кожен м'яз відчуває тепло після розслаблення.

Розтягування. Розтягніть м'язи і суглоби, покрутіть ними і “струсіть” напруження.

**ПОПЕРЕДЖЕННЯ.** Коли солдату необхідно зберігати пильність і реагувати на зміни в навколишньому середовищі, можна використовувати лише спеціальні техніки релаксації, які не впливатимуть на виконання завдання. Практикувати швидкі техніки релаксації слід так, щоб була можливість використовувати їх автоматично, без відволікання. В таких ситуаціях техніки глибокої релаксації недоцільні і небезпечні.

*Когнітивні вправи* – включають в себе створення позитивних уявних образів, які перенаправляючи увагу, зменшують вплив стресорів навколишнього середовища. Військовослужбовцям рекомендується практикувати методи управління стресом і обговорювати їх використання в бойових та інших стресових ситуаціях.

Позитивне самонавіювання, самопереконавання. Говоріть собі: “Легше-легше”, “Не поспішай”, “Я спокійний”, “Я можу зробити це”, “А тепер зроби це!” чи будь-які інші короткі слова-підбадьорення.

*Візуалізація власного розслаблення.* Уявіть, що ви в спокійній ситуації. Виберіть свою власну розслаблюючу ситуацію, а тоді відчуйте її, використовуючи всіма відчуттями: кольори, форми, текстуру, звуки, запахи, температуру і дотики.

*Заземлення.* Техніки заземлення дозволяють швидко змінити фокус думок, якщо вони стають розсіяними чи розмитими через надмірний стрес, сильні почуття страху або гніву. Їх можна використовувати разом з глибоким диханням, щоб відновити відносний спокій і більш цілеспрямоване мислення. Можна використовувати наступні техніки:

*Підготовка:*

- зупиніть будь-яку діяльність, якою ви займаєтеся, якщо це можливо;
- наскільки це можливо, розмістіться в безпечному місці і займіть зручну позицію;
- тримайте очі відкритими, оскільки ви плануєте перемістити вашу увагу з вашого надзвичайно тривожного внутрішнього світу до спокійнішого зовнішнього.

*Виконання:*

- подивіться навколо, і ви побачите, що ви у безпеці, не існує жодної безпосередньої загрози вашому життю чи безпеці;
- зауважте, що думки і почуття, які оволоділи вами і змусили вас тривожитися, не мають відношення до місця, де ви зараз перебуваєте;
- спробуйте уявити собі бар'єр між вами і всіма вашими тривожними відчуттями, уявно перетворюючи їх на вату, набиваючи ними контейнер і закриваючи його;
- уявіть, що контейнер з вашими тривожними думками розміщений за товстою бетонною стіною далеко від вас;
- подивіться навколо, розгляньте місце, де ви знаходитесь, і назвіть один за одним так багато предметів і кольорів як тільки можете;
- роздивіться і назвіть все, що знаходиться перед вами, ліворуч від вас, праворуч, за вами, над вами і під вами;
- якщо ви бачите будь-які друковані слова, прочитайте їх, а потім назвіть кожну літеру слова задом наперед;
- зосередьте свої думки, називаючи речі, якими ви цікавитесь, наприклад, спортивні команди, породи собак, імена артистів чи спортсменів чи телевізійні шоу;



- рахуйте повільно вперед (від 1 до 10) або назад (від 10 до 1);
- зверніть увагу як ваше тіло розміщене: на землі або на підлозі;

- потягніться і зробіть глибокий вдих.

*Перевірка і повторення:*

- перевірте себе. Якщо ви все ще відчуваєте себе в небезпеці або ваші думки нечіткі і розсфокусовані, повторіть ці вправи.

Вищевказані методики повинні виконуватись часто, поки вони не стануть автоматичними.

В діапазоні негативних переживань перед боєм і в бою в стані стресу особливе місце займає **страх**, який є емоцією, що виникає в стані загрози біологічному або соціальному існуванню людини, спрямованою на джерело реальної або уявної небезпеки. Емоція страху – корисне надбання людини. Страх попереджає про майбутню небезпеку, дозволяє мобілізувати внутрішні сили і резерви для її уникнення або подолання (30% військовослужбовців відчувають найбільший страх перед боєм, 35% – в бою і 16% – після бою).

За змістом переживання страх виявляється у вигляді страху смерті, болю, поранення, страху залишитися калікою, страху втратити боєздатність і повагу товаришів по службі, страху “втрати контролю” над ситуацією і над собою, страху, що подібна подія може повторитися знову тощо. Стан страху може варіюватися в широкому діапазоні переживань. Існують наступні форми страху: переляк, тривога, боязнь, афективний страх, індивідуальна і групова паніка. Кожна з форм страху виконує свою функцію, має специфічну динаміку прояву.

**Переляк** – це миттєва реалізація вродженої, інстинктивної програми дій з метою збереження цілісності організму в ситуації дії загрозливих подразників. Якби люди не володіли цією охоронною, захисною реакцією, вони б загинули, не встигнувши оцінити загрозової небезпеки.

**Тривога** – це емоційний стан, що виникає в ситуації невизначеної небезпеки і виявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій. Її нерідко називають безпричинним страхом, оскільки вона пов’язана з неусвідомлюваним джерелом небезпеки.

Тривога не лише сигналізує про можливу небезпеку, а й спонукає до пошуку і конкретизації її джерел, до активного дослідження обстановки бою. Вона може виявлятися як відчуття

безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед небезпекою, що насувається, перебільшення загрози.

Зі всього спектру емоцій, які переживає людина, тривога є не найприємнішою, але вона безперечно необхідна, оскільки дозволяє нам заздалегідь відчувати небезпечну ситуацію, приготуватися до неї, можливо, в цей же час ухвалити рішення і намітити план своїх подальших дій. У здорової людини тривога є тимчасовим відчуттям.

**Головна відмінність страху від тривоги** полягає в тому, що страх є реакцією на конкретну небезпеку, тоді як об'єктом тривоги є небезпека неконкретна, “невизначена”, “позбавлена об'єкту”; особливістю тривоги є відчуття невпевненості і безпорадності перед небезпекою.

**Самодопомога при страху.** Щоб попередити страх, багаторазово подумай, як будеш діяти в бою, взаємодіяти з товаришами. Вивчи маршрути руху, укриття, визнач місця можливого розташування противника.

Страх – це відчуття, яке, з одного боку, оберігає тебе від ризикованих, небезпечних вчинків, з іншого боку, кожному знайомий болісний стан, коли страх позбавляє нас здатності думати, діяти. Справитися з таким нападом страху можна спробувати самостійно за допомогою наступних прийомів:

1. Спробуй сформулювати подумки, а потім промовити вголос, що викликає у тебе страх. Якщо є можливість, поділися своїми переживаннями з оточуючими тебе людьми. “Проговорений” страх стає меншим.

2. При наближенні нападу страху дихай неглибоко і повільно – вдихай через рот, а видихай через ніс. Можна спробувати таку вправу: зроби глибокий вдих, затримай дихання на 1-2 секунди, видихни. Повтори вправу 2 рази. Потім зроби 2 нормальних (неглибоких) повільних вдихи-видихи. Чергуй глибоке і нормальне дихання до тих пір, поки не відчуєш себе краще.

3. Закрий на мить очі, зроби 8-10 коротких та енергійних вдихів і повільних та тривалих видихів. Після цього треба кілька разів напружити і розслабити м'язи тіла.

Повтори подумки 2-3 рази “формулу безстрашності” за типом:

- Я спокійний і впевнений у собі;
- Я впевнений у своїх товаришах, вони ніколи не підведуть;
- Я рішучий і сміливий;

- Я до всього готовий і все зможу;
- Я, як сталева пружина – потужна, пружна, незламна;
- Моє тіло повністю підвладне мені;
- Я спокійний і впевнений у собі, я вирішував більш складні завдання, вирішу і це;
- Я до всього готовий і все зможу.

Пам'ятай, що страх можна подолати, а боягузтво не забудеться ніколи.

У тому випадку, коли хтось із товаришів втратив контроль над своєю поведінкою, безцільно метушиться або, навпаки, застиг в заціпенінні, неадекватно реагує на твої слова і дії, якщо є можливість, сховай його у безпечному місці, повідом про це командирю або санінструктору і продовжуй бойові дії.

**Допомога товаришу при страху.** До основних ознак страху відносяться:

- напруга м'язів (особливо м'язів обличчя);
- сильне серцебиття;
- прискорене поверхневе дихання;
- знижений контроль над власною поведінкою.

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

*Допомога:*

1. Поклади руку постраждалого собі на зап'ястку, щоб він відчув твій спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: “Я зараз поряд, ти не один!”.

2. Дихай глибоко і рівно. Спонукай постраждалого дихати в одному з тобою ритмі.

3. Якщо постраждалий говорить, слухай його, виявляй зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зроби постраждалому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

**Реакція тривоги та її види.**

Тривога – це система готовності реагувати на все нове як на потенційну загрозу організму, яка має адаптивний характер. Розрізняють два види тривожної реакції: фізіологічну і патологічну.

**Фізіологічна (“нормальна”) тривога** пов’язана із загрозовою ситуацією, яка посилюється адекватно їй – в умовах суб’єктивної значимості вибору, при нестачі інформації, в умовах дефіциту часу, іншими словами – фізіологічне значення тривоги полягає в мобілізації організму для швидкого досягнення адаптації.

Якщо інтенсивність тривоги надмірна по відношенню до ситуації, що її викликала, або вона не обумовлена зовнішніми чинниками (обумовлена внутрішніми причинами), її розглядають як патологічну.

**Патологічна тривога**, як правило, тривала за часом (більше 4 тижнів). Таким чином, на відміну від нормальної, патологічна тривога завжди більш тривала і виражена, і призводить до придушення (виснаження), а не посилення адаптаційних можливостей організму.

#### ***Форми відповіді організму в умовах реакції тривоги***

**Реакція тривоги малого ступеня (слабий екстремальний чинник):**

1. Прагнення проаналізувати зовнішній подразник і оцінити його значущість.
2. Зміна уваги, її концентрації.
3. Порушується виконання професійних навиків (уповільнення темпів роботи).
4. Мотив діяльності не змінюється.
5. Значних емоційних змін не відбувається.

**Реакція тривоги середнього ступеня (зростання екстремальності):**

1. Звуження обсягів всіх видів пам’яті.
2. Погіршується виконання задач, що вимагають стійкості та концентрації уваги.
3. Труднощі із запам’ятовуванням інформації.
4. Поява “купи” помилок при стереотипній діяльності.
5. Поява яскраво вираженої емоційної напруги.
6. Підвищена чутливість до шуму, світла і запаху.
7. Поява мотиву переживання страху, відходу з екстремальної ситуації.

**Реакція тривоги граничного ступеня** має дві форми перебігу: пасивну і активну.

В обох випадках суттєвою є втрата свідомого контролю над поведінкою, порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій.

**Пасивна форма:**

- заціпеніння;
- припинення активної діяльності;
- людина не розуміє зверненої до неї мови;
- відсутні навіть спроби протидії екстремальній ситуації;
- повна або часткова втрата пам'яті;
- втрата вольового контролю, воля паралізована;
- стан ступору;
- апатія, загальмованість рухів;
- непритомні стани.

**Активна форма:**

- втеча, відхід із зони екстремальної ситуації;
- відсутність логіки в поведінці;
- зорові і слухові галюцинації;
- нервозна діяльність;
- підвищена навіюваність;
- метання в пошуках укриття, буйство;
- істеричний сміх або плач;
- крики в поєднанні з підвищеною активністю;
- дратівливість і злість;
- агресивність;
- поява реакцій наслідування.

Людина бездумно копіює поведінку більшості або якоїсь однієї людини. Оскільки для цієї форми реакції характерна рухова домінанта, поведінка нерідко задається найактивнішим індивідом. Саме цим пояснюється заразливість панічної втечі людей, які знаходяться в стані активної тривоги, з поля бою.

Додаткові симптоми реакції перебігу тривоги:

- лякливість;
- регрес віку (дитячі реакції);
- незв'язне бурмотіння;
- сильне тремтіння.

Крайні форми тривоги супроводжує **психічна або емоційна напруженість**.

**Психічні і поведінкові симптоми:** хвилювання з незначного приводу, відчуття напруженості і скутості, нездатність

розслабитися, дратівливість і нетерплячість, утомленість, “перебування на межі зриву”, неможливість концентруватися, погіршення пам’яті, труднощі засипання і порушення нічного сну, швидка стомлюваність, страхи, часто пригнічений настрій, занепокоєність або, навіть, надмірна активність, крайня непосидючість і потреба постійно щось робити.

***Серед соматичних проявів тривоги виділяють:***

- серцево-судинні: прискорене серцебиття, прискорений пульс, неприємні відчуття або болі в грудях, коливання артеріального тиску, стан напівнепритомності, приливи жару або холоду, пітливість, холодні і вологі долоні, порушення циркуляції крові, що призводить до оніміння ступнів ніг і кистей рук;

- дихальні: відчуття “кому” в горлі, відчуття браку повітря, прискорене або переривчасте дихання, задишка, нерівномірність дихання, незадоволеність вдихом;

- неврологічні: запаморочення, головні болі, стан напівнепритомності, тремор, м’язові сіпання, здригання, напруга і біль у м’язах, порушення сну, неконтрольоване слиновиділення, болі в попереку, болі хірургічних шрамів, старих ран, нездатність розслабитися;

- шлунково-кишкові: нудота, сухість в роті, пронос або запор, болі в животі, метеоризм, порушення апетиту;

- сечостатеві: часте сечовипускання;

- органів чуття: ослаблення зору і слуху;

- терморегуляторні: безпричинні субфебрилітет (підвищення температури тіла) та озноб.

Для ***експрес-оцінки*** свого стану слід задати собі два питання:

1. “Чи відчував ти більшу частину часу за останні чотири тижні занепокоєння, напругу або тривогу?”

2. “Чи часто у тебе бувають відчуття напруженості, роздратованість і порушення сну?”

Якщо хоча б на одне з цих запитань ти маєш позитивну відповідь, то необхідно звернутися до психолога.

**Самодопомога при тривозі.** Коли людина відчуває страх, вона боїться чогось конкретного (поранення, каліцтва, втратити товаришів під час бою та ін.), а, переживаючи відчуття тривоги, людина не знає, що саме є джерелом цього відчуття. Тому стан тривоги важче, ніж стан страху.

1. Перетвори тривогу на страх. Постарайся зрозуміти, що саме тебе турбує. Іноді цього буває достатньо, щоб напруга знизилася, а переживання стали не такими болісними.

2. Найболісніше переживання при тривозі – це неможливість розслабитися. Напружені м'язи, в голові крутяться одні і ті ж самі думки, тому корисно буває зробити декілька активних рухів, фізичних вправ, щоб зняти напругу.

3. Складні розумові операції теж допомагають знизити рівень тривоги. Спробуй рахувати: наприклад, по черзі подумки віднімати від 100 до 6, то 7, перемножувати двозначні числа, порахувати, на яке число припадав другий понеділок минулого місяця. Можна згадувати або складати вірші, придумувати рими тощо.

4. Зроби вправу “Поза кучера на дрожках”. Це допоможе тобі заспокоїтися, ефективно зняти фізичну і психічну напругу, що має величезне значення для профілактики перевтоми, неврозів і психосоматичних захворювань джерелом яких є стрес. Відновлення сил в аутогенному стані (при регулярному виконанні цієї вправи) йде набагато швидше, ніж під час сну або простого відпочинку.

Ця поза для аутогенного тренування застосовується найчастіше тому, що в ній можна займатися практично всюди, де є стілець, табурет, ящик відповідної висоти та ін. Критерій придатності підручних засобів для занять в позі “кучера на дрожках” – розташування сидіння і стегон того, хто займається паралельно підлозі (рис. 4.1).



Рис. 4.1 - Поза кучера на дрожках

Перед заняттям слід ослабити поясний ремінь, розстібнути верхній гудзик сорочки, зняти годинник, окуляри.

Для того, щоб прийняти “позу кучера на джонках”, необхідно:

а) сісти на край сидіння так, щоб край стільця (або того, на чому ти сидиш) припав на складки сідниць;

б) широко розставити ноги, щоб розслабити м’язи, які зводять стегна;

в) гомілки поставити перпендикулярно підлозі (якщо після цього залишається напруга в гомілках, посуňte стопи вперед на 3-4 сантиметри до зникнення напруги);

г) голову опустити вперед, щоб вона висіла на зв’язках, і згорбити спину;

д) погойдуючись назад-вперед, переконатися, що поза стійка за рахунок рівноваги між опущеною головою і згорбленою спиною;

е) покласти передпліччя на стегна так, щоб кисті м’яко огинали стегна і не торкалися одна одної; спиратися передпліччями на стегна не треба, оскільки поза стійка і без цього (див. пункт “д”);

ж) закрити очі;

з) дихати спокійно, як уві сні, роблячи вдих і видих через ніс.

Спочатку поза здається незручною, але у міру її освоєння виявляються її достоїнства: невибагливість і універсальність; опущена голова робить невидимим обличчя, що важливе багатьом тим, хто займається.

*Поширені помилки:* сідають не на край стільця, а на все сидіння, що призводить до затікання ніг, недостатньо горблять спину і не до кінця опускають голову, надмірно нахиляються вперед, що призводить до болів в шії, спираються передпліччями на стегна.

Окрім безпосередньої користі в освоєнні пози, це знімає боязнь занять у присутності інших людей не тільки у тих, хто демонструє позу, але і у тих, хто це спостерігає.

### **Допомога товаришу при тривозі.**

1. Важливо постаратися розговорити людину і зрозуміти, що саме її турбує. В цьому випадку, можливо, людина усвідомить джерело тривоги і зможе заспокоїтися.

2. Часто людина тривожиться, коли у неї не вистачає інформації про події, що відбуваються. В цьому випадку можна



спробувати скласти план, коли, де і яку інформацію можна отримати.

3. Спробуй зайняти людину розумовою діяльністю: рахувати, писати та ін. Якщо вона буде зосереджена на цьому, то тривога відступить.

4. Фізична праця теж може бути дієвим способом заспокоїтися. Якщо є можливість, порекомендуй зробити зарядку або пробіжку.

Стан **боязні** являє собою конкретизовану тривогу і є реакцією на безпосередню небезпеку.

**Афективний страх** (тваринний жах) – найсильніший страх, що викликається надзвичайно небезпечними та складними обставинами, і на деякий час паралізує здібність до довільних дій.

У кожного з нас існує індивідуальна межа психічної напруги, після якої починають переважати захисні реакції: камуфляжу (спроби сховатися, замаскуватися), прагнення відхилитися від небезпеки, покинути загрожуючу обстановку, як би зменшитися в розмірах, зайнявши ембріональну позу. Якщо ти відчуваєш афективний страх, ти як би “ціпенієш”, не можеш зсунутися з місця або можеш бігти, нерідко у бік джерела небезпеки.

Після переживання такого стану ти не завжди можеш пригадати окремі деталі своєї поведінки і стану, можеш відчувати себе розбитим і пригніченим.

Спалах афекту можна подавити зусиллям волі. Чим більше у тебе розвинуті вольові якості, тим менше ти піддаєшся афекту або взагалі не допускаєш його. Послабити або попередити афект можна також відволіканням і переключенням уваги. Невипадково житейська мудрість рекомендує запальним людям, у момент збудження, порохувати до ста або негайно почати що-небудь робити: ремонтувати, чистити, копати і т.п. При цьому свідомість звільняється від емоційного “захоплення” і людина починає розуміти і свій стан, і поведінку, починає управляти ними.

Відомо, що “безстрашних” психічно нормальних людей не буває. Вся справа в проміжках часу, необхідного для подолання розгубленості, для раціонального ухвалення рішення про подальші дії.

**Паніка.** Бойова обстановка створює сприятливе підґрунття для розвитку панічних настроїв. Цьому сприяють раптові,

несподівані дії противника, його інтенсивні вогняні удари, надмірна стомленість, перенапруження, розповсюдження деморалізуючих чуток, настроїв, відсутність офіційної інформації, отримання СМС погрозливого змісту щодо близьких та рідних з невідомих номерів телефонів та ін.

*Як розпізнати паніку.*

Панічний напад – це сильне відчуття страху і/або внутрішнього дискомфорту, що виникає у людини несподівано, зазвичай без симптомів – передвісників, що супроводжується лякаючими фізичними симптомами у вигляді раптового серцебиття, задухи, болі в грудях, запаморочення, сильної слабкості, відчуття нереальності того, що відбувається і власної зміненості. При цьому майже завжди з'являється страх раптової смерті, втрати контролю над собою або страх збожеволіти.

Панічний напад розвивається швидко, його симптоми досягають максимальної інтенсивності зазвичай протягом 5-10 хвилин і потім також швидко зникають. Таким чином, панічний напад виникає і проходить сам по собі, не становлячи реальної загрози для життя, але людині цей час здається вічністю. Після нападу людина відчуває себе дуже слабою і абсолютно розбитою. Якщо не попереджувати такі напади, вони можуть траплятися по декілька разів на тиждень, а то і на день.

Напади паніки лякають ще і тому, що виникають начебто без причин або в таких ситуаціях, коли людині, здавалося б, немає через що нервувати або лякатися.

Швидкість, з якою вони наростають, їх сила і те, що залученим виявляється все тіло, лише загострюють відчуття страху і безпорадності. Найбільш поширені симптоми паніки:

- утруднене дихання або задишка;
- відчуття задухи;
- відчуття легкості або, навпаки, – тяжкості або біль в грудях;
- тремтіння, слабкість;
- вологі долоні і посилене потовиділення;
- відчуття поколювання або оніміння в руках і ногах;
- сильне або прискорене серцебиття;
- млявість, слабкість, запаморочення, стан напівнепритомності;
- відчуття повної “відокремленості” від власного тіла або навколишнього середовища;

- нудота, відчуття пустоти або дискомфорту в області шлунку або кишківника;

- відчуття жари або холоду, “приливи”.

Крім чисто фізичних симптомів паніки можуть турбувати і болісні думки, на зразок:

- “У мене їде дах”;

- “Я втрачаю контроль над собою”;

- “Ось-ось знепритомнію”;

- “Зараз повалюся без відчуттів”;

- “Схоже, у мене серцевий напад”;

- “У мене інсульт”;

- “Зараз не втримаюся, закричу і поставлю себе в дуже незручне положення”.

Особливу небезпеку становить групова паніка, оскільки вона швидко розповсюджується й наростає в процесі взаємного зараження. Це супроводжується втратою здатності до раціональної оцінки обстановки, мобілізації внутрішніх резервів, доцільності спільної діяльності. З’являється схильність до нерозсудливого наслідування дій одного або групи військовослужбовців, які розпочали паніку, спрямованих на власний порятунок, прирікаючи на загибель товаришів.

За таких умов намагайся не піддаватися паніці та негайно, рішуче пригадай її доки вона носить поверхневий характер і швидко піддається ліквідації.

Частіше за все паніка виникає:

- 1) під час нічних операцій, коли темнота загострює відчуття страху;

- 2) після поразки або нерішучого бою з великими втратами, що підриває бойовий дух особового складу;

- 3) під час вступу підрозділів у бій, у момент його зав’язки, коли будь-яка небезпека перебільшується уявою.

При цьому під час бою паніку може викликати всяка несподіванка: атака з тилу, з флангів, несподівана, а іноді і уявна перевага противника. В цьому випадку досить піддатися жаху одній людині, щоб він передався масі.

Проте нервозність властива не тільки в бою, але і після нього, під час відпочинку, коли уві сні на рівні підсвідомості переживаються враження важкого дня. При цьому крик сплячого або випадковий постріл на передніх позиціях можуть привести до

масової перестрілки, так званої “вогняної паніки”, а то і до сумбурної втечі.

***Піддатися паніці – все одно що приректи себе на смерть.***

Захисти себе від впливу паніки:

- заспокойся і спробуй повільно порахувати від десяти до нуля або вирішити в думці нескладну математичну задачу;

- спробуй “підключити” розум і постарайся передбачити ситуацію, за можливістю вибери більш безпечні шляхи виходу з ситуації;

- якщо помітив паніку у товариша – можна кілька разів вдарити його долонею по щоці.

***Методи контролю над симптомами паніки.*** Систематичні тренування дозволять тобі послаблювати періодично виникаючі симптоми паніки і контролювати слабкі симптоми страху.

***Регуляція прискореного дихання або задишки.*** Після раптового потрясіння дихання частішає. В цих ситуаціях прискорене (важке) дихання – цілком нормальна реакція. Проте у деяких людей дихати частіше в хвилини емоційної напруги перетворюється на звичку. Таке дихання само по собі може спровокувати напад паніки. А коли подібний, вже знайомий напад розпочинається, дихання стає ще більш утрудненим, нерівним і виникає так звана “дихальна паніка”.

Прискорене дихання, порушуючи газовий баланс в крові, викликає неприємні фізичні відчуття. Цьому ефекту можна запобігти шляхом уповільнення дихання і тим самим збільшивши вміст в крові вуглекислого газу. І, як тільки прискорене дихання заспокоїться, ти відчуєш, що і сам набагато менше схвильований і переляканий, і симптоми паніки стануть не такими вже і сильними.

Основну увагу тут необхідно приділити підвищенню рівня вуглекислого газу в крові, щоб запобігти нападу паніки. Для цього пропонуються дві техніки, якими ти можеш скористатися окремо або ж у поєднанні. Спробуй обидва варіанти.

***Самодопомога при панічному нападі.***

***1. Метод сповільненого дихання***

Цей метод може застосовуватись у будь-який час і в будь-якому місці і триває всього декілька хвилин.

Мета метода – у момент появи страху або паніки уповільнити дихання до 8-10 вдихів за хвилину. Якщо тренуватися регулярно і навчитися “тримати” нормальне дихання завжди, то ти зможеш

краще контролювати його, навіть помітивши у себе перші ознаки паніки.

- Для початку зосередься на своєму диханні. Якщо увага почне “блукати”, спробуй повернути її до дихання.

- Потренуйся дихати діафрагмою. Поклади руку на область шлунку; на вдих – спокійно розтягуй саме ці м’язи. Одночасно намагайся під час дихання не рухати грудною клітиною і плечима. Така методика утримає тебе від судорожних, різких вдихів-видихів.

- Під час наступного вдиху затримай дихання на 10 секунд (повільно порахуй до 10). Дуже глибоко не вдихай. Якщо на десять секунд не виходить, постарайся хоча б на вісім. Повільно видихни.

- Тепер, повільно рахуючи до трьох, вдихни і, також, продовжуючи рахувати, видихни. Продовжуй дихати на рахунок три, намагаючись не робити дуже глибоких вдихів. Заспокой дихання, щоб на кожний вдих-видих було по три секунди.

- Подихай в такому темпі хоча б хвилину.

- Якщо ти все ще панікуєш, знову затримай дихання на десять секунд і повтори вправу. Повторюй її до тих пір, поки симптоми паніки не втихнуть.

Тренуючись регулярно і достатньо часто (5-6 разів на день), ти невдовзі зможеш контролювати дихання постійно. Користуйся будь-яким вільним моментом, щоб позайматися: перетвори вправу на “приховану гру”, в яку ти граєш, де завгодно – коли куди-небудь їдеш або навіть стоїш. Натренувавшись, ти зможеш придушити симптоми паніки ще до того, як вони отримують повноцінний розвиток.

## *2. Метод “паперового пакету”.*

Цей метод дозволяє збільшити вміст вуглекислого газу в крові, завдяки чому, вирівнюється дихання: обмежується кількість кисню, що поступає в легені, а кількість вуглекислого газу збільшується внаслідок того, що ти знову вдихаєш той вуглекислий газ, який ти видихнув. (Не турбуйся – кисню в твої легені потрапить достатньо!)

Цей метод не вимагає посиленого тренування.

- Відчувши наближення паніки, надінь на рот і ніс маленький паперовий пакет. Притисни його до обличчя руками якомога щільніше, щоб повітря не проходило.

- Тепер повільно і рівно дихай в пакет. Дихай до тих пір, поки паніка не почне відступати, а дихати не стане легше.

- Аналогічний ефект можна отримати, якщо скласти долоні “чашкою” і, щільно прикривши рот і ніс, повільно дихати в цю “чашку”.

Щоб користуватися цим методом, тобі доведеться носити з собою в кишені або сумці паперовий пакет, або щось подібне, чим можна було б його замінити. В цьому значенні “чашка” зручніше. Проте за допомогою пакету ти все-таки швидше зумієш відновити газовий баланс в крові і заспокоїти страх.

**Методи відволікання.** Не концентруй увагу на симптомах, ти тільки посилюєш їх і загострюєш напад паніки! Є декілька методів, які допомагають відвести увагу від панічних відчуттів. Пропонується використовувати три методи, які вважаються найдієвішими для подолання нападів паніки. Спробуй кожен з них і вибери той, який підходить тобі якнайбільше.

1. *Метод гумової стрічки.* Носи на зап'ясті гумову стрічку. Відчувши наближення нападу паніки, відтягни її, і хай вона з достатньою силою клацне тебе по руці. Різде болісне відчуття відверне увагу від підступаючих симптомів і дасть час застосувати й інші методи для контролю страху, наприклад, метод сповільненого дихання. Іноді буває достатньо і самого відчуття, щоб зупинити напад паніки.

2. *Метод рахунку.* Попередити напад паніки, що насувається, допомагає також підрахунок яких-небудь предметів. Наприклад, можна порахувати скільки дерев знаходиться в полі твого зору, або скільки вікон в будівлі навпроти. В крайньому випадку, завжди можна просто перемножувати числа подумки. Цей метод надає немало можливостей.

3. *Метод уяви.* Корисно буває уявити себе де-небудь в гарному, тихому місці, далеко-далеко від нинішніх умов перебування. При

**Як обрати метод подолання нападу паніки.** Необхідно з'ясувати, який з методів краще за все підійде саме тобі, тобто завдяки якому з них ти, набувши певних умінь, виявишся найбільш підготовленим до можливого потрапляння у важку ситуацію.

- Склади перелік вже використаних тобою методів відволікання і оціни ступінь їх ефективності для себе. Система оцінки – від 0 до 10. Ця вправа допоможе тобі з максимальною точністю визначити “свою методику”.

• Корисно також письмово, на паперовій картці, перерахувати всі техніки, які допомагають тобі контролювати напади паніки. Таку картку зручно носити з собою в кишені або блокноті. Завдяки їй ти зможеш, за перших же проявів страху або паніки, швидко нагадати собі, що потрібно робити.

Наприклад, на картці можуть бути наступні інструкції:

- затримай дихання на десять секунд;
- уповільни дихання (вправа);
- зосереджено рахуй.

Або:

- клацни gumкою по зап'ястку;
- надінь паперовий пакет на рот і ніс;
- дихай повільно;
- уяви собі що-небудь приємне і спокійне.

Відчувши, що напад паніки відступає, постарайся продовжити вправу, але в більш повільному темпі.

**Стан фрустрації.** В екстремальній ситуації може виникнути стан фрустрації – стан наростаючої внутрішньої напруги.

Види фрустраційної поведінки:

- рухове збудження, що виражається в безцільних і нерегульованих реакціях;
- апатія;
- агресія і деструкція;
- аутоагресія (відносно самого себе);
- стереотипія (тенденція до сліпого повторення фіксованої поведінки);
- регресія (примітивна поведінка, зниження її конструктивності, або звернення до поведінки на більш ранньому етапі).

Наслідки фрустрації можуть бути короткочасними і тривалими. Її подолання припускає застосування прийомів аутогенного тренування для зняття емоційно-вольової напруги, перемикання уваги на що-небудь приємне.

**Самодопомога при руховому збудженні.**

Рухове збудження виникає, частіше за все, після сильного переляку, відразу після отримання звістки про трагічну подію або якщо людині потрібно чекати (наприклад, як чекають результати важкої операції).

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, людські втрати і т.п.) бувають настільки сильні, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де ні, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожою на тварину, що кидається по клітці.

Основні ознаки рухового збудження:

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

*Самодопомога:*

1. Спробуй спрямувати активність на яку-небудь справу. Можна зробити зарядку, пробігтися. Допоможуть будь-які активні дії.

2. Спробуй зняти зайву напругу. Для цього дихай рівно і повільно. Зосередься на своєму диханні. Уяви, як разом з повітрям ти видихаєш напругу. Помісти в тепло ноги і руки, можна активно розтерти їх до появи відчуття тепла. Поклади руку собі на зап'ястку, відчуй свій пульс, спробуй зосередитись на роботі свого серця, уявити, як воно розмірено б'ється. Сучасна медицина стверджує, що звук биття серця дозволяє відчувати себе спокійним і захищеним, оскільки це той звук, який кожна людина чує в безпечному і затишному місці – в утробі матері.

**Допомога товаришу при руховому збудженні.**

1. Використовуй прийом “захват”: знаходячись позаду, просунь свої руки постраждалому попід пахви, притисни його до себе і злегка перекинь на себе (рис. 4.2).



Рис. 4.2 - Прийом “захват”



2. Ізолюй постраждалого від оточуючих.

3. Говори спокійним голосом про те, що він відчуває. (“Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?”)

4. Не сперечайся з постраждалим, не задавай питань, в розмові уникай фраз з часткою “не”, що відносяться до небажаних дій (наприклад: “Не біжи”, “Не розмахуй руками”, “Не кричи”).

5. Пам’ятай, що постраждалий може заподіяти шкоду собі і іншим.

6. Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

**Самодопомога при апатії.** Апатія – реакція, яка спрямована на захист психіки людини. Як правило, вона виникає після сильних фізичних або емоційних навантажень, після тривалої напруженої, але безуспішної діяльності, або у ситуації, коли людина зазнає серйозної невдачі, перестає бачити сенс своєї діяльності, виникає, коли не вдалося когось врятувати і хтось з товаришів або близьких загинув.

Навалюється відчуття утомленості – таке, що не хочеться ні рухатися, ні говорити, рухи і слова даються з великим зусиллям.

В душі – пустота, байдужість, немає сил навіть на прояв відчуттів.

В стані апатії людина може знаходитися від декількох годин до декількох тижнів.

Основні ознаки апатії:

- байдужість до всього оточуючого;
- млявість, загальмованість;
- повільна, з довгими паузами, мова.

Тому, якщо ти відчуваєш спадок сил, якщо тобі важко зібратися і почати щось робити і, особливо, якщо ти розумієш, що нездатний відчувати емоції, дай собі можливість відпочити. Зніми взуття, прийми зручну позу, постарайся розслабитися, не зловживай напоями, що містять кофеїн (кава, міцний чай), це може тільки усугубляти твій стан. Бажано, щоб ноги були в теплі, стеж за тим, щоб тіло не було напруженим.

*Самодопомога:*

• Якщо ситуація вимагає від тебе дій, дай собі короткий відпочинок, розслабся, хоча б на 15-20 хвилин.

- Промасажуй мочки вух і пальці рук – це місця, де знаходиться величезна кількість біологічно активних точок. Дана процедура допоможе тобі трохи підбадьоритися.

- Випий чашку неміцного солодкого чаю.

- Зроби декілька фізичних вправ, але не в швидкому темпі.

- Після цього приступай до виконання тих справ, які необхідно зробити. Виконуй роботу в середньому темпі, намагайся зберігати сили.

- Не берися за декілька справ одночасно, в такому стані увага розсіяна і концентруватися на декількох справах важко.

- Постарайся, за першої ж нагоди, дати собі повноцінний відпочинок.

- Зроби вправу “Брикання” на зняття загальмованості.

**Вправа “Брикання”.** Ляж на спину на ліжко, матрац або спальний мішок. Вільно розкинь ноги і повільно починай брикатися, торкаючись ліжка всією ногою. Чергуй ноги і високо піднімай їх. Поступово збільшуй силу і швидкість брикання. Голосно говори “ні!” на кожен удар ногою, збільшуючи інтенсивність удару.

Як варіант можна виконати цю вправу таким чином. Ляж на матрац, зігни коліна, імітуючи протестуючі дії маленької дитини, дригай ногами, бий матрац кулаками, верти головою з одного боку в інший. Збільшуючи інтенсивність нападу гніву, фізичні рухи супроводжуй гучними вигуками “ні!” або “я не буду!”.

Брикання допомагає покращити циркуляцію крові, розслабити м’язи. Ця вправа допоможе тобі стати менш загальмованим.

### **Допомога товаришу при апатії.**

Якщо людину залишити без підтримки і допомоги в такому стані, то апатія може перейти в депресію.

1. Поговори з постраждалим. Задай йому декілька простих питань: “Як тебе звати?”; “Як ти себе відчуваєш?”; “Хочеш їсти?”.

2. За можливості постраждалому необхідно дати відпочити в зручних умовах, обов’язково зняти взуття (таблиця 4.1).

3. Візьми постраждалого за руку або поклади свою руку йому на лоб.

4. Дай йому можливість поспати або просто полежати. Сон, як правило, допомагає не тільки зняти стомленість, відпочити, але і, так би мовити, “заспати” ті або інші переживання.

5. Якщо немає можливості відпочити (події відбуваються в надскладних умовах), то більше говори з постраждалим, залучай його до будь-якої спільної діяльності.

Таблиця 4.1

Зміни боєздатності військовослужбовців залежно від тривалості їх сну

Тривалість сну, годин	Стан боєздатності
0	Зберігається боєздатність до виконання бойових завдань протягом 3 днів. На 4-ий день весь особовий склад виходить зі строю.
1,5	50% боєздатності військовослужбовців зберігається протягом 6 днів. На 7-ий день зі строю виходить 50% особового складу.
3	91% боєздатності військовослужбовців зберігається більше 9 днів.

**Самодопомога при гніві, злості, агресії.**

Гнів і злість часто відчувають люди, які переживають нещастя, – це природні відчуття. Тому, якщо ти відчуваєш гнів, необхідно дати йому вихід таким чином, щоб це не зашкодило ні тобі, ні оточуючим. Доведено, що люди, які приховують і придушують агресію, мають більше проблем із здоров'ям, ніж ті, які уміють свій гнів виражати.

*Самодопомога:*

1. Гучно топни ногою (стукни рукою) і з відчуттям повтори: “Я злюся”, “Я оскаженілий” тощо. Можна повторити кілька разів, поки не відчуєш полегшення.

2. Постарайся проговорити свої відчуття іншій людині.

3. Дай собі фізичне навантаження, відчуй, скільки фізичної енергії ти витрачаєш, коли злишся.

4. Зроби *вправу на вивільнення гніву*. Встань обличчям до об'єкту (ліжка, стільця або іншого предмету), розстав ноги приблизно на 45 см, трохи зігни коліна і завдавай ударів (палицею або власними кулаками) по об'єкту сильно, але розслаблено. “Включи” в дію все тіло. Рот тримай відкритим, дихай глибоко, не стримуй крику. Використовуй будь-які слова, що виражають відчуття гніву, наприклад, “ні!”. Можеш уявити людину, з якою у

тебе пов'язані незавершені емоції, або ворога і направити на нього свій гнів.

Якщо ти опираєшся цій вправі, стверджуючи, що ти в даний момент не переживаєш почуття злості, то причиною твого опору може бути небажання розкривати свої відчуття, страх перед проявом сильних негативних емоцій.

### **Допомога товаришу при гніві, злості, агресії.**

Агресивна поведінка – один з мимовільних способів, яким організм людини “намагається” знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості, гніву або агресії може зберігатися достатньо тривалий час і заважати самому постраждалому або оточуючим.

Основні ознаки агресії:

- роздратування, незадоволеність, гнів (за будь-яким, навіть незначним приводом);
- нанесення оточуючим ударів руками або якими-небудь предметами;
- словесна образа, сварка;
- м'язове напруження;
- підвищення кров'яного тиску.

*Допомога:*

1. Зведи до мінімуму кількість оточуючих.
2. Дай постраждалому можливість “випустити пару” (наприклад, виговоритися або “побити” кулаками землю та ін.).
3. Доручи йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
4. Демонструй доброзичливість. Навіть якщо ти не згоден з постраждалим, не звинувачуй його самого, а висловлюйся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на тебе. Не можна говорити: “Що ж ти за людина!”. Слід сказати: “Ти дуже злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації”.
5. Намагайся розрядити обстановку смішними коментарями або діями.
6. Агресія може бути погашена страхом покарання, якщо воно суворе і вірогідність його здійснення велика.
7. Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків. Через зниження контролю над своїми діями людина скоюватиме необдумані вчинки, може нанести каліцтва собі та іншим.

### **Допомога товаришу при маренні і галюцинаціях.**

Основні ознаки марення – це хибні уявлення або висновки, в помилковості яких постраждалого неможливо переконати.

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

#### *Допомога:*

1. Необхідно простежити за тим, щоб постраждалий не нашкодив собі та оточуючим.

2. Прибрати від нього предмети, що становлять потенційну небезпеку (особливо зброю).

3. Ізолювати постраждалого і не залишати його одного.

4. Говорити з постраждалим спокійним голосом. Погоджуватися з ним, не намагатися його переконати. Пам'ятай, що в такій ситуації переконати постраждалого неможливо.

### **Допомога товаришу при заціпенінні.**

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

Заціпеніння може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Тому, якщо не надати допомогу і постраждалий пробуде в такому стані достатньо довго, це приведе до його фізичного виснаження. Оскільки при заціпенінні контакту з навколишнім світом немає, постраждалий не помічає небезпеки і не робить ніяких дій, щоб її уникнути.

Основні ознаки заціпеніння:

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

#### *Допомога:*

1. Зігни постраждалому пальці на обох руках і притисни їх до центру долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні (рис. 4.3).

2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуй постраждалому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями (рис. 4.3).

3. Долоню своєї руки поклади на груди постраждалого. Налаштуй своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, знаходячись в заціпенінні, може чути і бачити. Тому говори їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами добитися реакції постраждалого, вивести його із заціпеніння.

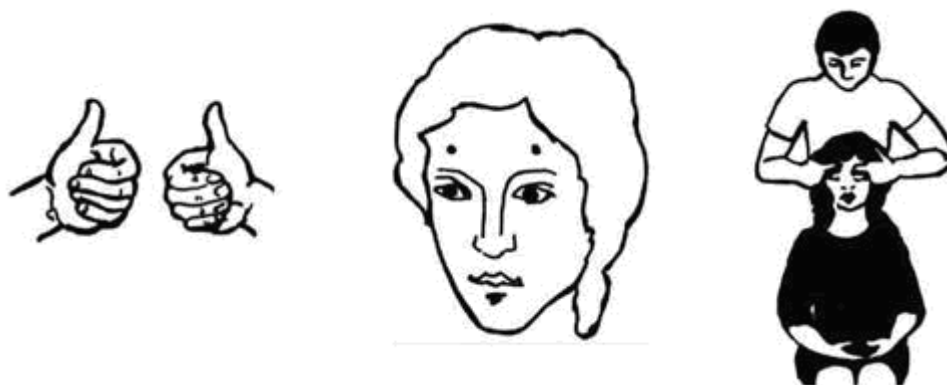


Рис.4.3 - Прийом допомоги при заціпенінні

### **Самодопомога при істеричі.**

Істерика – це стан, коли дуже важко чимось допомогти самому собі, оскільки у цей момент людина знаходиться в дуже напруженому емоційному стані і погано розуміє, що відбувається з нею і навколо неї.

Істеричний напад триває декілька хвилин або декілька годин.

Основні ознаки:

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

Якщо у людини виникає думка про те, що слід припинити істерику, це вже перший крок на шляху до її припинення. В цьому випадку можна зробити наступні дії:

1. Піти від “глядачів”, свідків, які цю істерику спостерігають, залишитися одному.

2. Вмитися холодною водою.

3. Зробити дихальні вправи: вдих, затримка дихання на 1-2 секунди, повільний видих через ніс, затримка дихання на 1-2 секунди, повільний вдих і т.д. – до того моменту, поки не вдасться заспокоїтися.

### **Допомога товаришу при істериці.**

1. Намагайся зробити так, щоб не було глядачів, створи, за можливості, спокійну обстановку. Залишися з постраждалим вічна-віч, якщо це безпечно для тебе.

2. Несподівано зроби щось таке, що може сильно здивувати (можна дати ляпасу, облили водою, різко крикнути на постраждалого).

3. Говори з постраждалим короткими фразами, упевненим тоном, наприклад, “Випий води”, “Умийся водою”.

4. Після істерики настає спадок сил. Необхідно вкласти постраждалого спати.

5. Не потурай бажанням постраждалого.

### **Самодопомога при нервовому тремтінні.**

Після перебування в небезпечній ситуації з’являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Частіше тремтять тільки руки, а іноді тремтіння охоплює все тіло. Багато хто, помилково, вважає цей стан шкідливим і намагається якнайшвидше його припинити, тоді як за допомогою такої реакції ми можемо скинути зайву напругу, що з’явилася в нашому тілі внаслідок стресу.

Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться всередині, в тілі і викличе м’язові болі, а надалі може призвести до розвитку таких серйозних захворювань, як гіпертонія, виразка шлунку та ін.

Основні ознаки даного стану:

- тремтіння починається раптово – відразу після інциденту або через якийсь час;
- виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих його частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сигарету);
- реакція продовжується достатньо довго (до декількох годин);
- потім людина відчуває сильну втому і потребує відпочинку.

Якщо ти відчуваєш нервове тремтіння (тремтять руки) і ти не можеш заспокоїтися, не можеш контролювати цей процес, спробуй:

1. Посилити тремтіння; тіло скидає зайву напругу – допоможи йому.

2. Не намагайся припинити цей стан, не намагайся силою утримати тремтячі м'язи – так ти отримаєш зворотній результат.

3. Спробуй не звертати на тремтіння уваги, через деякий час воно припиниться само по собі.

### **Допомога товаришу при нервовому тремтінні.**

1. Потрібно посилити тремтіння.

2. Візьми постраждалого за плечі і сильно, різко потряси протягом 10-15 секунд (рис. 4.4).

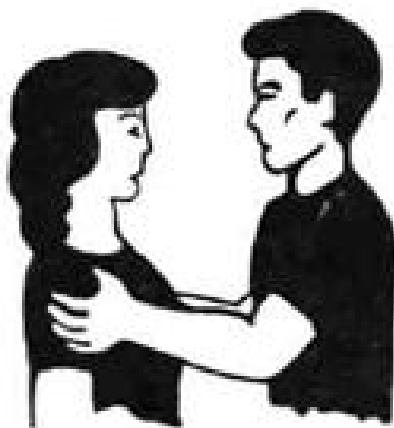


Рис. 4.4 - Прийом допомоги постраждалому при нервовому тремтінні

3. Продовжуй розмовляти з ним, інакше, він може сприйняти твої дії як напад.

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

5. Не можна:

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

### **Самодопомога при плачі.**

В сльозах міститься велика кількість гормону стресу, і, поплакавши, людина позбавляється його, людині стає легше.

Не можна вважати, що сльози є проявом слабкості. Якщо ти плачеш, то це не свідчить про те, що ти “слабак”; тобі не повинно бути соромно за свої сльози. Коли людина стримує сльози, емоційної розрядки не відбувається. Якщо ситуація, що спровокувала плач, затягується, то психічному і фізичному здоров'ю людини може бути нанесена шкода. Тому не потрібно відразу прагнути заспокоїтися, “узяти себе в руки”. Дай собі час і можливість виплакати.



Проте, якщо ти відчуваєш, що сльози вже не приносять полегшення і потрібно заспокоюватися, то допоможуть наступні прийоми:

1. Випий стакан води.

2. Дихай повільно, але не глибоко, концентруючись на видиху.

### **Допомога товаришу при плачі.**

Коли людина плаче, в її організмі виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поряд є хтось, з ким можна розділити горе.

Основні ознаки даного стану:

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

Якщо людина стримує сльози, то у неї не відбувається емоційної розрядки, полегшення. Коли ситуація, яка спровокувала плач, затягується, внутрішня напруга може завдати шкоди фізичному і психічному здоров'ю людини.

*Допомога:*

1. Не залишай постраждалого одного.

2. Встанови фізичний контакт із постраждалим (візьми за руку, поклади свою руку йому на плече або спину, погладь його по голові). Дай змогу йому відчуття, що ти поряд.

3. Застосовуй прийоми “активного слухання” (вони допоможуть постраждалому виплеснути своє горе): періодично вимовляй “ага”, “так”; кивай головою, тобто підтверджуй, що слухаєш і співчуваєш; повторюй за постраждалим уривки фраз, в яких він виражає свої відчуття; говори про свої відчуття і відчуття постраждалого.

4. Не намагайся заспокоїти постраждалого. Дай йому можливість виплакати і виговоритися, “виплеснути” з себе горе, страх, образ.

5. Не задавай запитань, не давай порад. Твоя задача – вислухати.

### **Самодопомога при відчутті провини або сорому**

Багато людей, що пережили насильство або втратили близьких, переживають відчуття провини або сорому. Подолати ці відчуття самотійно або без сторонньої допомоги дуже важко.

Тому, в разі, якщо ти їх відчуваєш, подумай про звернення по допомогу до фахівця, це допоможе тобі подолати проблему.

*Самодопомога:*

1. Коли ти говориш про свої відчуття, використовуй замість “мені соромно” або “я винуватий” словосполучення “я жалкую”, “мені шкода”. Слова мають велике значення, і таке формулювання може допомогти тобі оцінити свої переживання і справитися з ними.

2. Напиши про свої відчуття лист. Це може бути лист собі або людині, яку втратили. Це часто допомагає виразити свої відчуття.

**Допомога товаришу при відчутті провини або сорому**

1. Якщо з тобою поряд людина, яка страждає від сорому або від відчуття провини, постарайся переконати її звернутися до фахівця. Такий стан часто вимагає допомоги фахівця-психолога або лікаря-психотерапевта.

2. Поговори з людиною, вислухай її. Дай зрозуміти, що ти слухаєш і розумієш її (кивай, піддакуй, говори “угу”, “ага”). Не засуджуй, не намагайся оцінювати її дії, навіть, якщо тобі здається, що людина вчинила неправильно. Дай зрозуміти, що приймаєш її такою, якою вона є. Не намагайся переконати. Наприклад, “Ти не винуватий”, “Таке з кожним може трапитися”. На цьому етапі важливо дати постраждалому виговоритися, розказати про свої відчуття. Не давай порад, не розказуй про свій досвід, не задавай питань – просто слухай [39; 42].

**Попередження неправомірної поведінки.** Заходи, які знижують бойовий стрес і запобігають втратам від нього, також допомагають зменшити девіантну поведінку, спричинену стресом. Тим не менш, керівництву слід здійснювати і додаткові заходи:

1 Чітко декларувати стандарти поведінки. Збройні сили повинні неухильно дотримуватись законів.

2 Кожного разу підкреслювати ці стандарти, особливо коли вони порушуються противником, або при перших ознаках порушень нашими військами. Деякі ранні ознаки можуть включати в себе розмови про порушення закону, власну їх інтерпретацію чи порушення закону в “сірих” районах, де такі порушення не можуть бути задокументованими.

3. Підкреслюйте національну, військову гордість, а також гордість батальйону, роти за те, що наші військові дотримуються

стандартів, навіть в умовах провокацій. “Ми – українські солдати. Я знаю, як ви себе почуваете, але ми не робимо подібного. Ті, хто чинять так, ганьблять нас і не є частиною нас”.

4. Пояснюйте настільки часто, наскільки це є необхідним, етичні, правові, практичні та тактичні причини, чому ми дотримуємось правил. Наприклад: “Провокуючи нас на звірства, ворог намагається досягти своїх цілей, а не наших”. Чітко повторюйте ваші завдання і цілі.

5. Чітко і послідовно дотримуйтеся правил і норм щодо зловживання психоактивними речовинами, інтимними зв'язками з місцевими жителями і неправомірною поведінкою. Розвивайте групове поняття “сім'ї”, що робитиме таку неадекватну поведінку морально і духовно неприйнятною, а також незаконною і такою, що заслуговує на покарання.

6. Встановіть особистий приклад правильної поведінки.

7. Повідомляйте про всі порушення.

8. Передавайте всіх перевірених порушників у відповідні інстанції.

9. Послідовно і справедливо карайте військовослужбовців, які вчиняють проступки і порушення в мирний час, щоб встановити стандарт того, що негідна поведінка не допускається.

# ДОДАТКИ

## Додаток А

### Клінічний приклад

Хворий Гаврюченко Т.М. Вік 34 роки.

Проходив лікування в клініці з 08.12.2014 року.

Діагноз: гострий стресовий розлад.

З анамнезу життя: спадковість маніфестними формами психозів не обтяжена. Матері 56 років, запальна, авторитарна, вихованню дитини приділяла мало часу. Батько з сім'єю ніколи не жив, страждав хронічним алкоголізмом, покінчив життя самогубством у віці 42 років. Пацієнт з батьком ніколи не спілкувався, бачив його один раз в житті в початкових класах школи. Ріс і розвивався відповідно до віку. Був непосидючою, товариською дитиною. Вступив до технікуму, адаптувався в новому колективі швидко, навчанню приділяв мало часу, часто прогулював заняття з компанією однолітків. По закінченні отримав спеціальність - слюсар-ремонтник, електрозварник. Після закінчення навчання ніде не працював, перебивався випадковими заробітками. У 28 років одружився, від шлюбу має двох дітей. Стосунки в родині оцінює як "хороші до певного часу, потім стали виникати сварки", пов'язує це з участю в акціях протесту на Майдані. У 2014 році був мобілізований в зону АТО, під час якої пережив сильний стрес. Їх підрозділ потрапив під мінний обстріл. Пацієнт, сильно вдарившись об землю, знепритомнів. Прийшовши до тями, зазначав сильний головний біль, нудоту. Бачив смерть свого побратима. Вважає, що "на його місці міг бути і він". Під час перебування в зоні бойових дій, часто "знімав напругу" за допомогою алкоголю.

Психічний стан на момент госпіталізації: виглядає старше свого віку. Тримається напружено, голос монотонний. Темп мовлення повільний, на запитання відповідає по суті, відповіді з елементами докладності. Емоційно лабільний, під час бесіди на очах з'являються сльози. У скаргах робить акцент на почуття тривоги, труднощі засинання, розлад сну, знижений настрій, дратівливість, раптово виникаючі спалахи гніву, головний біль

давлючого характеру. У мисленні - докладність, ригідність. Суїцидальні думки заперечує.

*Психологічне обстеження.*

Пізнавальні психічні процеси:

Середня швидкість і рухливість нервової системи, темп психомоторних реакцій різко уповільнений. Збереження функцій уваги (обсяг, концентрація, переключення) і розумової працездатності з тенденцією до інертності і виснаженості. Мнестичні функції без виражених особливостей і ознак зниження.

Розумова діяльність:

Розуміння і побудова логічних зв'язків - доступно. Переважає конкретно-ситуативний стиль мислення. За змістом відповіді в завданнях відображають низький рівень ерудованості та соціальної компетенції. Порушення операційної сторони мислення проявляються у вигляді спотворення рівня спілкування.

Емоційна і особистісна сфери:

Висота і конфігурація профілю відображають виражений характер порушень в емоційній і особистісній сферах. Крім того, високі показники за шкалою "Іпохондрія", "Депресія", "Істерія" (невротична тріада). У пацієнта високі оцінки за шкалою невротизації, що вказує на емоційну збудливість, тривожність, напруженість, дратівливість, іпохондричну схильність до фіксації на неприємних соматичних відчуттях, можливі порушення сну, підвищена стомлюваність та інші астенічні прояви.

Стан: низька працездатність, присутність соматичних скарг, знижений настрій, тривожність, пригніченість, дратівливість.

Діагноз: гострий стресовий розлад, патохарактерологічний варіант, астено-невротичний, тривожно-депресивний синдром з дисфоричним компонентом у особистості збудливого типу (F43.01).

Резюме: спадковість обтяжена психічним захворюванням (алкоголізм і завершений суїцид у батька) і збудливими рисами у матері (запальна, авторитарна). На етапі передхвороби переважав збудливий тип реагування (завжди пам'ятав образу, переоцінюючи свої можливості, нерідко вплутуватися в бійку, відстоюючи свою правоту). Вплив бойового стресу призвів до загострення психопатологічних рис, з вираженими симптомами підвищеної "активації" в клінічній картині (дратівливість зі спалахами гніву аж до агресивних, імпульсивних вчинків, утруднене засинання, кошмарні сновидіння), поряд з проявами афективно-емоційної

слабкості. У психічному статусі відзначаються звуження кола інтересів, тривога, застрягання на егоцентричних подіях, Таким чином, під впливом низки несприятливих факторів (перерахованих вище), може відбуватися наростання церебрально-соматичної астенизації і формування патохарактерологічного варіанту ПТСР і його затяжного перебігу.

### Приклад із зони проведення АТО

Боець перебував у зоні ведення бойових дій 8 міс. Безпосередньої участі в бойових діях не брав.

Вік - 34 роки.

*Достовірність тестування.* Дані викликають серйозні сумніви, проте багато в чому можуть відповідати портрету особистості, але в значно загостреному вигляді.

*Характеристика основного профілю.* Стан стресу. Складна ситуація викликає до дії різноспрямовані механізми захисту, взаємовиключні зусилля яких не призводять до зняття напруги. Дезадаптація. Виражена емоційна напруженість. Емоційна нестабільність.

*Загальна оцінка типу реагування.* Переважає астеничний тип реагування. Певна недостовірність даних і погане розуміння змісту питань може бути пов'язана зі станом, що відхиляється від норми.

*Позиція.* Суб'єктивно-споглядальна, страждальна, переважання пасивності. Активність різко знижена у зв'язку з несприятливою ситуацією.

*Мотиваційна спрямованість.* Своєрідність мотивації. Уникнення ситуацій, що загрожують неуспіхом. Разом з тим, мотив відстоювання власної позиції також є актуальним.

*Емоційний фон.* Тривога, як невмотивований стан, страхи, боязкість. Депресія. Прагнення ціною певних зусиль приховувати свої емоції. Часом можуть виявлятися дратівливість і агресивні реакції. Надмірна афективна насиченість переживань. Вразливість.

*Індивідуальний тип реагування.* Сензитивно-іраціональний, тривожно-недовірливий. Самоприниження. Схильність до аутоагресії. Інтровертний, уникнення вирішення проблем у зв'язку з поганим самопочуттям.

*Стиль спілкування.* Виражена вибірковість у контактах, відособленість, орієнтація на вимоги навколишнього середовища,

загальноприйнятий стиль поведінки, залежна позиція у стосунках з лідером. Стриманість у проявах соціальної активності. Обережність, пасивний опір. Разом з тим, всередині досить висока конфліктність. Хвороблива реакція на надлишковий тиск і авторитарність з боку інших. Відчуває потребу в особливій позиції в колективі у зв'язку з підвищеною чутливістю.

*Реакція на стрес.* Ірраціональна реакція на стрес. Нав'язливі дії і звички, інтрапунітивна реакція (підвищене почуття провини, аутоагресія). Розгубленість і паніка. Інертність і невпевненість, блокування дій, різке зниження настрою і життєвого тону.

*Захисні механізми.* Своєрідність поглядів та інтересів, втеча від реальних проблем у світ фантазій і мрій. Містична інтоксикація. Блокування активності. Гальмування сьогоденних потреб. Заглиблення у хворобу.

*Провідні потреби.* Потреба у спокої і позбавленні від причин, що породили тривогу. Потреба в глибокій і постійній прихильності, в розумінні і співчутті. Потреба в обмеженні контактів і уникненні конфліктів. **Необхідна допомога лікаря або психолога у зв'язку з порушеною адаптацією і поганим самопочуттям.**

*Риси характеру.* Своєрідність, помисливість, схильність до хворобливого самоспостереження, відрив від реальності. Тривожно-недовірливі риси. Хвороблива чутливість до агресивних реакцій оточуючих, совісність, педантичність в питаннях моралі і моральності. Пригніченість, почуття нещасливості. Підвищена увага до свого самопочуття. Застрагання на образах, сталість в інтересах і уподобаннях. Не завжди вдається стримувати конфліктні тенденції. Крім того, глибоко приховане хворобливе самолюбство і незадоволеність домагань. Надання переваги сімейним інтересам.

*Умови оптимальної ефективності.* Уникання стресових ситуацій. Заспокоєння, зняття напруженості. Необхідний спокій і самота. Самопочуття викликає заклопотаність у обстежуваного настільки, що слід проконсультувати його у фахівця. Делікатне ставлення до неї оточуючих.

На момент обстеження: ознаки вираженої соціальної дезадаптації. Стан вираженої психотичної тривоги (можливі параноїдні прояви) Аутоагресія. Дезадаптація за депресивним типом. Інтровертованість. Труднощі адаптації виявляються в погіршенні самопочуття.

Рекомендується огляд психоневролога, бесіда з капеланом.

Показники додаткових шкал (за методикою СМДО):

- Контроль над ворожістю – 152;
- Схильність до головних болів -161;
- Загальна погана пристосовність – 84;
- Емоційна незрілість – 85;
- Епілепсія – 82;
- Явна депресія – 91;
- Психічна загальмованість – 80;
- Суб'єктивна депресія – 86;
- Тривога – 75;
- Алкоголізм - 75 (можливо патологічний потяг до алкоголю, що погано коригується ззовні);
- Соціальна і емоційна відчуженість – 74;
- Химерність сенсорного сприйняття – 98;

Інтелектуальний коефіцієнт - 9 (внутрішньоособистісна ситуація не дозволяє ефективно використовувати свій інтелект). Чим нижче показник, тим більш песимістична оцінка його можливостей. Дуже низькі здібності до навчання.



## Література

1. Александровский Ю.А. Динамика психогенных расстройств во время и после завершения чрезвычайной ситуации // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001. - № 1. - С. 34.
2. Александровский Ю.А. Медико-психологическая помощь во время и после стихийных бедствий и катастроф / Ю.А. Александровский, Г.М. Румянцева, Б.П. Щукин // Военно-медицинский журнал, 1990.- № 8. - С. 73-76.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М., 2000. - 496 с.
4. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф / Ю.А. Александровский, Б.П. Щукин // Журнал невропатологии и психиатрии, 1991.- № 5. - С. 39-43.
5. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональной системы // Принципы системной организации труда. - М.: 1973. - С. 25-28.
6. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
7. Бродхерст П.Л. Биометрический подход к анализу исследования поведения //Актуальные проблемы поведения. – М.:Наука, 1975. - С. 39-58.
8. Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. - СПб.: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. - 236 с.
9. Глушко А.Н. Психофизиологические основы психогигиены и психопрофилактики // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319. № 1. – С. 63-70.
10. Горбов Ф.Д. Психоневрологические аспекты труда оператора / Ф.Д. Горбов, В.И.Лебедев. – М.: Медицина, 1975. - 215 с.
11. Горизонтов П.Д. Стресс и система крови / П.Д. Горизонтов, О.И. Белоусова, М. Федотова. - М.: Медицина, 1983. - 238 с.
12. Ерёмина Т.И. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях / Т.И. Ерёмина, Н.П. Крюков, Ю.Ю. Логинова. - 278 с.

13. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические закономерности. - М.: Издательство: Медицина, 1965. - 320 с.
14. Зеленова М.Е. Успешность преодоления травматического психологического стресса военнослужащими: научное издание / М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная // Материалы II Всероссийского форума "Здоровье нации - основа процветания России", Москва, 29 мая-3 июня, 2006. - М., 2006. - С. 147-148.
15. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб.: Специальная литература, 1996. - 195 с.
16. Караяни А.Г. Прикладная военная психология / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников. - СПб.: Изд-во: Питер, 2006. - 369 с.
17. Кеннон У. Физиология эмоций. Телесные изменения при боли, голоде, страхе, ярости. - Л.: Прибой, 1927. - С. 222.
18. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. - М.: Наука, 1983. - 368 с.
19. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса.- М.: Академический проект, 2009. - 943 с.
20. Клиническая психиатрия: В 2 Т. [Текст] / Г. И. Каплан, Б.Дж. Седок; пер. с.англ. В.Б. Стрелец. - М.: Медицина, 1994. Т. 2. - С. 68.
21. Коркина М.В. Психиатрия: Учебник / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. - М.: Медицина, 1995. - 608 с.
22. Короленко Ц.П. Психическое здоровье: критерии нормы и патологии / Ц.П. Короленко, А.Л. Галин // Бюл. Сиб. отд. АМН СССР, 1982, N 5. - С. 83-89.
23. Короленко Ц.П. Психология человека в экстремальных условиях.- М: Наука, 1978. - 189 с.
24. Котельникова А.В. Личностные корреляты посттравматического стресса (на материале выборки вынужденных переселенцев. Автореф. дис.....канд. психол. наук. - М., 2009. - 19 с.
25. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях: Методич. пособие. - М.: Академия МВД РФ, 1996. - С. 3-27.
26. Котенев И.О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция //

Психопедагогика в правоохранительных органах: Научно-практ. журнал. – Омск: ОЮИ МВД РФ, 1996. – № 1(3). – С. 76-84.

27. Котик М.А. Психология и безопасность. – Таллин: Валгус, 1989. – 448 с.

28. Лыткин В.М. К проблеме психического здоровья участников боевых действий / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, Г.П. Костюк // Рос. психиатр. журн. 2007. – N 6. – С.63-68.

29. Лыткин В.М. Особенности пограничных нервно-психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане: Тез. докл. конф. “Психиатрические и медико-психологические вопросы диагностики и оказания помощи при катастрофах и эко-логических кризисах” / В.М. Лыткин. – СПб., 1992. – С.50-51.

30. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, К.Н. Койстрик. – СПб.: ВМедА, 1999. – 91 с.

31. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

32. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.

33. Медицинская реабилитация раненых и больных / ред. Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1997. – 960 с.

34. Международная классификация болезней МКБ-10 / В.К. Овчаров, М.В. Максимова // 10-й пересмотр в 3 Ч. – 2007.

35. Мягких Н.И. Теория и практика психологии кризисных ситуаций [Электронный ресурс] / Н.И. Мягких, Н.И. Ларина // Психология и право. – 2011. – №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n2/40903.shtml> (Периодическое электронное научно-практическое издание)

36. Овчарова Р.В. Практическая психология образования: Учеб. пособие для студ. психол. фак. университетов. – М.: Издательский центр “Академия”, 2003. – 448 с.

37. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 315 с.

38. Особенности оказания психиатрической помощи легко раненым и больным на этапах медицинской эвакуации / В.В. Нечипоренко, С.В. Рустанович // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: Учебное пособие для врачей и слушателей академии / Под общ. ред. Ю.Л. Шевченко. – СПб.: ВМА, 1995. – С. 73-79.

39. Пам'ятка з психології бою: Методичні рекомендації. - НДЦ ГП ЗС України. - 2014. - 28 с.
40. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология: учебное пособие. - Минск: Вышэйшая школа, 2004. - 239 с.
41. Полякова О.Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / Под ред. А.С. Батуева. - СПб.: Речь, 2008. - 144 с.
42. Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій. - НДЦ ГП ЗС України. - 2014. - 43 с.
43. Приходько Е.П. О психологической поддержке заложников и участников операций по их освобождению / Е.П. Приходько, Г.С. Човдырова // Проблемы деятельности органов внутренних дел в экстремальных условиях: Сб. научных трудов. - М.: ВНИИ МВД России, 1996. - С. 64-74.
44. Приходько Е.П. Психологическое обеспечение переговорного процесса при захвате заложников / Е.П. Приходько, Г.С. Човдырова // Проблемы деятельности органов внутренних дел в экстремальных условиях: Сб. научных трудов. - М.: ВНИИ МВД России, 1996. - С. 72.
45. Проблема психологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства / О.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.В. Белинский. и др. // Медицина катастроф. 1997. - № 1. - С. 102-108.
46. Психологическое обеспечение специальных операций органов внутренних дел по освобождению заложников: Методические рекомендации. - М., 1995. - 118 с.
47. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. - К.: ТОВ "Видавництво "Логос". - 2014. - 207 с.
48. Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. - СПб: Питер Ком, 1998. - С. 226.
49. Пятницкая Е.В. Психология травматического стресса: учеб. пособие - Балашов: Николаев, 2007. - 140 с.
50. Резник А.М. Субъективная оценка значимости стресс-факторов боевой обстановки у военнослужащих, проходящих службу по контракту / А.М. Резник, В.В. Савостьянов // Боевой стресс: механизмы стресса в экстремальных условиях: Сб. трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ М.: Истоки, 2005. - 132 с.

51. Резник Б.С. Сержант, вернувшийся из Чечни, убил четверых // Известия, 17 окт., 1995. - С. 34.
52. Реутов Г.П. О взаимоотношениях военнослужащих в армии США // Зарубежное военное обозрение. - 1998. - № 3. - С. 55.
53. Решетников М. Психическая травма. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. - 322 с.
54. Решетников М. Психология войны. От локальной до ядерной. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2011. - 496 с.
55. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. - СПб.: Речь, 2004. - 256 с.
56. Самоукина Н.В. Психология профессиональной деятельности. - СПб.: Питер, 2003. - 224 с.
57. Саркисов Д.С. Общая патология человека: Учебник / Д.С. Саркисов, М.А. Пальцев, Н.К. Хитров. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1997. - 608 с.
58. Свядощ А.М. Неврозы: 3-е изд. - М.: Медицина, 1982. - С. 366.
59. Селье Г. Когда стресс не приносит горя // Неизвестные силы в нас. - М., 1992. - С. 103–158.
60. Селье Г. На уровне целого организма. - М.: Наука, 1966. - 133 с.
61. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. - М.: Наука, 1960. - С. 36.
62. Селье Г. Стресс без дистресса. - М.: Прогресс, 1982. - 124 с.
63. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - М.: Издательство: Медицина, 1987. - 184 с.
64. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. - Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007, - 276 с.
65. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патологическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Автореф... дис. докт. мед. наук.- СПб., 1997. - 48 с.
66. Снедков Е.В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / Е.В. Снедков, С.В. Литвинцев, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин // Совр. психиатрия, 1998. - N1. - С.21-26.

67. Снедков Е.В. Психогенные реакции боевой обстановки: (Клинико-динамические исследования на материале афганской войны) / Е.В. Снедков // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб, 1992. - 20 с.
68. Стенько Ю.М. Психогигиена моряка. - Л.: Медицина, 1981. - 126 с.
69. Судаков К.В. Системное квантование жизнедеятельности // Системокванты физиологических процессов. - М., 1997. - С. 9-53.
70. Съедин С.И. Психологические последствия участия в боевых действиях / С.И. Съедин, Р.А. Абдурахманов. - М., 1992. - 312 с.
71. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Л.А. Тарабрина, В.А. Огарков, Ю.В. Быховец, Е.С. Калмыкова, А.В. Макарчук и др. - Ч. 1.: Теория и методы. - М.: Изд-во "Когито-Центр", 2007. - 208 с.
72. Тарабрина Н.В. Психологические последствия войны / Н.В. Тарабрина // Психол. обозр. - 1996. - N1(2). - С.26-29.
73. Тарабрина Н.В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психол. журн. - 1992. - Т.13. N2. - С.14-29.
74. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1978. - 400 с.
75. Ушаков Г.К. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.
76. Франк В. Человек в поисках смысла. - М.: Прогресс, 1990. - 204 с.
77. Черепанова Е.М. Психологический стресс. - М., 1996. - 94 с.
78. Човдырова Г.С. О некоторых проблемах профилактики возникновения экстремальных условий в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях // Проблемы деятельности органов внутренних дел в экстремальных условиях: Сб. научных трудов. - М.: ВНИИ МВД России, 1996. - С. 57-71.
79. Човдырова Г.С. Психологическая стимуляция боевого духа сотрудников ОВД для действий в экстремальных условиях // Психопедагогика в правоохранительных органах. - Омск: ОЮИ МВД России, 1996, № 1(3). - С. 70-72.
80. Чуприкова А.П. Глосарий суицидологических терминов / А.П. Чуприкова, Г.Я. Пилягина, В.Ф. Войцех. - Киев, 1999. - 38 с.

81. Экспертиза. Посттравматическое стрессовое расстройство. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.psy-expert.ru/index/0-913>

82. Horowitz M.J. Stress-response syndromes //Hospital and Community Psychiatry. V.7, 1986.

83. Horowitz M.J., WilnerN.J., Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress // Psychosom. Med. – 1979.

84. Horowitz M.J. Clinical phenomenology of narcissistic pathology. Psychiatric Clinics of North America 12:531 – 539. 1989.

85. Lazarus R.S., Option E.M. The study of psychological stress // Anxiety and Behavior / C.D. Spielberger (ed.). - N.Y.: Academic Press, 1966. - P. 225-262.

86. Leventhal H., SchererK. R. The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy// Cognition and Emotion. 1987. Leventhal H., SchererK. R. The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy// Cognition and Emotion. 1987. - P. 25-48.

87. Mitchell J. Resnik, H. Emergency Response To Crisis. A crisis intervention guidbook for emergency service personnel, Robert J Brady Company, USA, 1986. - P. 38.

88. Mitchell Jeffrey T. Critical Incident Stress Debriefing Procedures. NSW Disaster Welfare Coordinating Committee, Unversity of Maryland,1986. - P. 15-24.

89. Spielberger C.D., O'Neil H.F., Hansen J., Hansen D.N. Anxiety Drive Theory and Computer Assisted Learning // Progress in Exp. Pers. Res. – N.-Y.; L, 1972. - P. 111-154.

## **КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ-УКЛАДАЧІВ**

**АГАСЬВ Н.А.**

– кандидат психологічних наук, професор старший науковий співробітник, директор Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України;

**КОКУН О.М.**

– доктор психологічних наук, професор, головний науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України;

**ПШКО І.О.**

– начальник науково-дослідної лабораторії науково-дослідного відділу воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України;

**ЛОЗІНСЬКА Н.С.**

– старший науковий співробітник науково-дослідного відділу воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України.



*ДЛЯ НОТАТОК*

**Методичне видання**

**ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ**

Методичний посібник

*Кокун О.М., Агаєв Н.А.,  
Пішко І.О., Лозінська Н.С.*

Підписано до друку 28.11.2015 р.

Формат 60x84/16

Папір офс. Шрифт Times New Roman. Друк. офс.

Ум. друк. арк.

Наклад 300 прим.