

### ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

*Розглядаються основні симптоми посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, які брали участь у війнах та збройних конфліктах. З'ясовано, що у військовослужбовців, які виконували бойові завдання, психогенні розлади подекуди сягають 70%, в офіцерів і прапорщиків цей показник дещо менший. У 15-20% військовослужбовців, які пройшли через збройні конфлікти, мають місце хронічні посттравматичні стани, викликані стресом.*

*Ключові слова: посттравматичний стрес, збройні конфлікти.*

**Постановка проблеми, аналіз останніх досліджень і публікацій.** Соціально-психологічна адаптація осіб, які виконували завдання в екстремальних умовах діяльності, стає в наш час особливо актуальною. Це пов'язано з тим, що Україна стала об'єктом нападу з боку Росії, проти якої остання розв'язала неоголошену війну. Значно збільшилася кількість жертв з боку військовослужбовців Збройних Сил України. Після їхньої ротації на перший план виходять питання щодо необхідності адаптації за нових умов.

Досвід країн, що зіштовхнулися з явищами, які виникають після повернення людей з війни, показав, що участь у подіях, пов'язаних з ризиком для життя, травматичним чином діє на психічне здоров'я й стан учасників бойових дій. Військовослужбовці, що брали участь у бойових діях, належать до групи осіб з підвищеним ризиком розвитку психогенних порушень. Військові медики використовують для характеристики їхнього стану такі нетрадиційні термінологічні позначення, як бойова психічна травма, бойова втома. Ще не пережиті афганський, карабаський, придністровський, абхазький, таджицький синдроми вже встигли доповнитися "донбаським".

Проведені у цій сфері дослідження показують, що у людей, які побували в екстремальних ситуаціях, виникають так звані посттравматичні стресові порушення [2, 4, 6]. За результатами досліджень, у структури психічної патології серед військовослужбовців строкової служби, які брали участь у бойових діях під час локальних воєн, психогенні розлади досягають 70%, в офіцерів і прапорщиків цей показник дещо менший. У 15–20% військовослужбовців, які пройшли через збройні конфлікти, є хронічні посттравматичні стани, викликані стресом.

Як стверджують військові психіатри, що вивчають частоту і структуру санітарних втрат при збройних конфліктах і локальних війнах, останнім часом істотно змінилися втрати психіатричного профілю в бік збільшення числа розладів межового рівня [8]. Однак, набагато серйозніше зм'якшені й відстрочені наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але й на їхню психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій.

Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу "Я". Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, що безпосередньо пережили стрес, але й у членів їхніх родин, а також очевидців.

Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на усе

подальше життя. Психічна травма, психологічний шок та їхні наслідки – ось що буде визначати життєвий настрій тих, хто вижив у військових конфліктах. Статистичні дані також показують, що на кожного загиблого на війні військовослужбовця доводиться один випадок самогубства ветеранів у період після проходження військової служби.

Отже, війна ще тривалий час здійснює свій вплив на учасників бойових дій. Тому, варто звернути особливу увагу на необхідність проведення психосоціальної роботи з ними. Медико-психологічна реабілітація і соціальна підтримка повинні бути основними напрямками роботи з даною категорією населення.

**Мета даної статті** спрямована на систематизацію наукових і практичних знань про природу, механізми виникнення і типові прояви посттравматичного синдрому в учасників бойових дій, які необхідні для визначення шляхів подолання наслідків війни у ветеранів і розробки програми реабілітаційних заходів.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. Поряд з наслідками війни (економічними, політичними, соціальними) існують не менш важливі психологічні наслідки. Перебування в екстремальних умовах характеризується впливом на психіку людини стрес-чинників підвищеної інтенсивності. Тривалість їхнього впливу, а також психотравмуючий характер можуть сприяти виникненню змін у психічній діяльності, що знижують ефективність життєдіяльності вже у мирних умовах. При цьому розширюється й коло жертв, до яких потрапляють не лише безпосередні учасники подій, але й їхні родичі.

Згідно з результатами досліджень військових медиків і психологів, особливості життя в бойових умовах призводять до того, що соціальний стан індивіда після його демобілізації характеризується так званою кризою ідентичності, тобто втратою цілісності й віри у свою соціальну роль. Це проявляється у порушенні здатності учасників бойових дій оптимально проявляти себе у складних соціальних взаємодіях, у яких відбувається самореалізація людської особистості. Багато хто з таких людей втратили інтерес до громадського життя, знизилася їхня активність при вирішенні власних життєво важливих проблем. Нерідко спостерігаються втрата здатності до співпереживання і потреби в щиросердечній близькості з іншими людьми.

Майже половина опитаних військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, за свідченням психологів, скаржаться, що вони не можуть знайти розуміння ані у суспільстві, ані у родині. Кожен четвертий заявив, що зазнає труднощів при спілкуванні у трудовому колективі, а кожен другий міняв місце роботи три-чотири рази. Порушена здатність підтримувати оптимальні соціальні контакти позначається на сімейних відносинах: майже

кожен четвертий проживає в розлученні із родиною. Надзвичайно гостру психологічну драму переживають інваліди, а також ті, хто втратив близьких [3].

Після всього пережитого на війні в учасників бойових дій відзначаються такі різкі зміни у психіці, що навіть батьки іноді важко визнають у них своїх дітей. Повертаючись до звичайного життя, після впливу екстремальних умов, військовослужбовці не можуть адаптуватися до мирних умов. Страх, агресивність, підозрілість для багатьох стають постійними супутниками життя.

Варто зауважити, що адаптація учасників бойових дій до умов цивільного життя характеризується напруженими відносинами між ними й суспільством. Абсолютна більшість ветеранів негативно ставляться до представників влади, вважають, що держава обдурила і зрадила їх, і тому мають бажання зігнати злість, що нагромадилася, за безглузде кровопролиття, загибель товаришів. Життєвий досвід цих людей унікальний, він різко відрізняється від досвіду людей, що не воювали, що й породжує непорозуміння з боку основної маси населення. Цивільне суспільство, як правило, ставиться до колишніх бійців з нерозумінням і побоюванням, що тільки збільшує хворобливу реакцію ветеранів на незвичну обстановку, що вони сприймають і оцінюють із властивим ним фронтовим максималізмом.

Підтвердженням того, що колишні учасники воєнних дій зазнають труднощів процесу адаптації до умов цивільного життя, є їхня конфліктна поведінка у соціальному середовищі: нездатність прийняти нові "правила гри", небажання йти на компроміси, спроби вирішити суперечки мирного часу звичними силовими методами. Колишні солдати підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт, хоча в глибині душі розуміють, що це неприпустимо. Після фронтової ясності конфлікти мирного часу, коли "супротивник" формально таким не є і застосування до нього звичних методів боротьби заборонено законом, нерідко виявляються складні для психологічного сприйняття тих, у кого виробилася миттєва і загострена реакція на будь-яку небезпеку. Багатьом фронтовикам важко стриматися, виявити гнучкість, відмовитися від звички "тільки що не по їхньому" хапатися за зброю – у прямому або в переносному значенні. Деякі починають пристосовуватися, намагаючись не виділятися із загальної маси. Іншим це не вдається і вони залишаються "бійцями" на усе життя. Яка із двох тенденцій у психологічному потенціалі учасників війни творча чи руйнівна – виявиться домінуючою в мирних умовах, прямо залежить від індивідуальних особливостей ветеранів, а також від умов, у яких вони опиняються після повернення з війни.

У новій соціальній групі, в яку потрапляють учасники локальних воєн і збройних конфліктів, виявляється незабачуваним екстремальний досвід, від якого вони відмовитися не можуть відповідно до принципу незворотності розвитку психіки. Виходить наступне психологічне протиріччя. Армійська дисципліна, необхідність беззаперечно виконання наказу, підпорядкування старшого за званням ведуть до придушення особистої волі. Однак, екстремальні умови війни виробляють у межах цієї твердої військової системи й такі якості, як рішучість, ініціативність, спритність, здатність до самостійних дій у складних обставинах – адже виживає той, чия реакція виявиться швидшою, а ухвалені рішення буде найбільш адекватним конкретній ситуації [1, 7]. Виходить, що слухняний виконавець, який зник до армійського розпорядку і забезпечення усім необхідним, погано пристосований до цивільного життя, у той же час нерідко є сильною, вольовою, незалежною особистістю, що усвідомлює свою зна-

чуїсть, яка володіє досить специфічним досвідом і особливою системою поглядів.

У мирній обстановці такі люди виявляються незручними для начальства саме своєю самостійністю, сміливістю і бойовим максималізмом, тобто саме тими якостями, які допомогли їм вижити на війні. Ветерани війни змушені шукати застосування своїм силам, енергії та досить специфічному досвіду там, де, як їм здається, вони потрібні, де їх розуміють і приймають такими, які вони є. Тоді вони (якщо мова йде про ще молодих колишніх учасників бойових дій) знову відправляються воювати – йдуть у гарячі точки, йдуть на службу у силові відомства, а іноді і в кримінальні структури – туди, де можуть бути затребувані їхні специфічні навички й досвід. За даними соціологічних опитувань, 75% опитаних заявляють про своє бажання повернутися у яку-небудь гарячу точку, причому практично кожен четвертий готовий це зробити без усіляких вагань. До 12% колишніх учасників локальних збройних конфліктів останніх років хотіли б присвятити своє життя військовій службі за контрактом у будь-якій воюючій армії.

Спогади, загальне минуле, яке не відоме ні рідним, ні знайомим, зближують колишніх військовослужбовців і змушують їх тягтися один до одного. Так створюються суспільні об'єднання і організації учасників бойових дій. Усвідомлення своєї приналежності до "особливої касты" надовго зберігає між колишніми бійцями теплі, довірчі відносини. Не лише товариші по службі, але й просто колишні військовослужбовці намагаються один одному допомагати й підтримувати один одного в навколишньому світі, де інші ставляться до них без належного розуміння, з підозрілістю й сторожкістю.

Варто зазначити, що суперечливість впливу специфічних умов війни на психологію її учасників ще довго продовжує позначатися після закінчення бойових дій. Особистісні зміни, що відбуваються у військовослужбовця під час воєнних дій, виявляються незворотними. Участь у бойових діях має й негативні наслідки. Відповідно до результатів досліджень, 54% військовослужбовців, які воювали, вживали алкоголь у районі бойових дій, а кожний четвертий з опитаних уживав наркотики або транквілізатори (в основному це військовослужбовці контрактної служби). Близько 90% опитаних учасників антитерористичної операції безпосередньо зіштовхувалися зі злочинами в районі бойових дій (тобто або особисто робили їх, або були свідками).

Аналіз поведінки солдатів і офіцерів дозволяє звернути увагу на те, що поряд з реальним героїзмом, взаємовиручкою, бойовим братерством і іншою відносно позитивною атрибутикою війни, спостерігаються й випадки грабедів і вбивств, середньовічних катувань і жорстокості до полонених, а також випадки сексуального насильства відносно населення (особливо на чужій території). Збройний розбій і мародерство становлять невід'ємну частину будь-якої війни й належать не до одиничних, а до типових явищ для кожної з воюючих армій, що вступає на чужу землю. Неминучість відплати за вчинене усвідомлюється звичайно не відразу, а по закінченні певного часу на відміну від привселюдно проголошуваних героїчних спогадів, постійне почуття тривоги і провини за вчинене приводить до деформації особистості. Тому недивним виявляється той факт, що серед колишніх учасників бойових дій досить поширені різні форми девіантної поведінки.

Жорстокість, емоційні зриви, непримиримість, підвищена конфліктність з одного боку, втома, апатія – з іншого, – такі природні реакції організму на наслідки тривалої фізичної й нервової напруги, пережитої в бойовій обстановці. Відзначаються такі симптоми недуги,

яка називається тепер посттравматичним стресовим синдромом або відкладеним стресом, як депресія, гнів, злість, почуття провини, розлад сну, нав'язливі спогади, тенденції до самогубства і вбивства, відчуження та багато чого іншого.

Участь у війні належить до тієї екстремальної ситуації, коли людина постійно перебуває у найсильнішому психоемоційному стресі, переборюючи його волею зусиллями [6]. Обходиться все це високою ціною: майже в усіх учасників бойових дій неминуче тією чи іншою мірою спостерігаються зміни в фізичному і психічному стані.

Статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності яких-небудь фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік – кожен третій. Але, це лише частина того "гігантського айсбергу", що утвориться після екстремальних впливів. Інші наслідки починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психосоматичні захворювання. За даними експертів, в учасників бойових дій (у порівнянні із здоровими людьми) у два-три рази вище ймовірність таких захворювань, як гіпертонічна хвороба, гастрит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Загальний стан здоров'я характеризується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головними болями, болями в області серця, сексуальними розладами, порушеннями сну, фобіями тощо, а в інвалідів доповнюється проблемами, пов'язаними з отриманими пораненнями і травмами. Основними проблемами колишніх солдатів є страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%). До їхніх поведінкових особливостей належать конфліктність у родині, з родичами, колегами по роботі, вибухи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками.

Окрім того, відзначається нестійкість психіки, за якою, навіть самі незначні втрати, труднощі, штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; страх нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живим; ідентифікація себе з убитими. Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість і емоційна відстороненість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні вибухи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються повторювані яскраві сні бойових ситуацій і нічні жахіття, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, які супроводжуються важкими переживаннями, раптовими сплесками емоцій з "поверненням" у психотравмуючі ситуації. Найчастіше присутні й думки про самогубство, які в деяких випадках закінчуються реальним здійсненням. Відповідно до результатів проведених досліджень більше 50 тис. (а за деякими даними, близько 100 тис.) ветеранів війни у В'єтнамі покінчили життя самогубством з моменту повернення військ до 1990 року (при цьому загальне число загиблих американських солдатів у В'єтнамі склало близько 58 тис.).

До інших психічних явищ, що спостерігаються у ветеранів війни, є стан песимізму, відчуття занедбаності іншими; недовіра до інших людей, нездатність говорити про війну; втрата сенсу життя; непевність у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; відчуття власної загибелі на війні; відчуття нездатності впливати на хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; негативне відношення до представників влади; бажання зігнати на будь-кому злість за те, що був направлений на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до

жінок тільки як до об'єкта сексуального задоволення; потреба брати участь у небезпечних "пригодах"; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти. Усі ці прояви, які вчені назвали посттравматичними стресовими розладами, свідчать про наявність у учасників бойових дій посттравматичного синдрому.

Синдром посттравматичних стресових розладів – це міжнародне найменування, дослідники називають його інакше: патологічний стан, пов'язаний з негативним стресом ведення бойових дій [6]. Виділяються наступні основні клінічні симптоми при посттравматичних стресових порушеннях:

1. Надпильність проявляється у тому, що людина пильно стежить за усім, що відбувається навколо, немов їй постійно загрожує небезпека. Ця небезпека не тільки зовнішня, але й внутрішня. Причина її полягає в страху, що небажані травматичні враження, що мають руйнівну силу, прорвуться у свідомість. Найчастіше надпильність проявляється у вигляді постійної фізичної напруги, що не дозволяє розслабитися і відпочити, може створювати чимало проблем. Підтримка такого високого рівня пильності вимагає постійної уваги і величезних енерговитрат. Крім того, людині починає здаватися, що це і є його основна проблема і як тільки напругу вдасться зменшити або розслабитися, усе буде добре. Насправді ж фізична напруга виконує захисну функцію (захищає нашу свідомість), і не можна "прибирати" психологічний захист, поки не зменшиться інтенсивність переживань. Коли це відбудеться, фізична напруга спаде сама.

2. Перебільшене реагування – за найменшої несподіванки людина здійснює стрімкі рухи (кидається на землю при звуці вертольоту, різко обертається й приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї з боку спини), раптово здригається, кидається бігти, голосно кричить.

3. Прутупленість емоцій. Багато ветеранів скаржаться, що від часу важких подій, які вони пережили, їм стало набагато складніше переживати багато почуттів. Повністю або частково втрачається здатність до емоційних проявів. Складніше стає встановлювати близькі й дружні зв'язки з оточуючими, недоступними виявляються радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність.

4. Агресивність проявляється у прагненні вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Як правило, це стосується фізичного силового впливу, однак зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Тобто людина схильна застосовувати силовий тиск до оточуючих щораз, коли прагне домогтися свого, навіть якщо ця мета не є життєво важливою.

5. Порушення пам'яті і концентрації уваги виникають тоді, коли з'являється необхідність зосередитися або щось пригадати, принаймні, за певних обставин. Деколи, моменти концентрації можуть бути чудовими, але варто з'явитися якому-небудь стресовому фактору, як людина "губить" здатність зосередитися.

6. Депресія у стані посттравматичного стресу досягає самих темних і безпросвітних глибин людського розпачу, коли здається, що усе немає сенсу і даремно. Це супроводжується нервовим виснаженням, апатією та негативним ставленням до життя.

7. Загальна тривожність проявляється як на фізіологічному рівні (ломота у спині, спазми шлунка, головні болі), так і в психічній сфері (постійне занепокоєння і заклопотаність, параноїдальні явища – наприклад, необгрунтований страх переслідування), а також в емоційних переживаннях (постійне відчуття страху, непевність у собі, комплекс провини).

8. Напади люті. Багато ветеранів повідомляють, що напади вибухової люті частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Проте, такі напади з'являються без уживання наркотичних речовин, так що було б невірно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато ветеранів починають зловживати палінням, алкоголем і наркотичними речовинами (у меншій мірі). При цьому, серед ветеранів – жертв посттравматичного симптому виділяють дві великі групи: ті, хто приймає тільки лікарські препарати, прописані лікарем, і ті, хто взагалі не приймає ані ліків, ані наркотиків.

10. Непрошені спогади – мабуть, найбільш важливий симптом, що дає право говорити про присутність посттравматичних стресових порушень. У пам'яті ветерана раптово спливають моторошні сцени, пов'язані з подією, що травмує, причому ці спогади можуть виникати як у сні, так і наяву. Наяву вони з'являються у тих випадках, коли навколишнє оточення чимось нагадує те, що сталося "у той час", тобто під час події, що травмує: запах, образ, звук, немов би прийшли з тієї пори. Яскраві образи минулого звалюються на психіку і викликають сильний стрес. Головною відмінністю посттравматичних непрошених спогадів від звичайних спогадів є те, що перші супроводжуються сильними відчуттями тривоги й страху.

Непрошені спогади, що приходять у сні, називають нічними жахіттями. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди) пов'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перші передають подію, що травмує, з точністю відеозапису, так, як вона запам'яталася в пам'яті людини, що пережила важкі події; у снах же другого типу обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (особа, ситуація, відчуття) подібні тим, які мали місце в події, що травмує. Людина пробуджується від такого сну зовсім розбита, м'язи її напружені, вона вся у поті. Потіння проявляється саме як реакція на сновидіння, незалежно від того, запам'яталося воно чи ні. Багато ветеранів і їхні близькі відзначають, що під час сну людина шарахається напостілі й прокидається зі стислими кулаками, немов готова до бійки. Такі сновидіння є, мабуть, самим жахливим аспектом посттравматичних стресових порушень для людини, і люди рідко погоджуються говорити про це.

11. Галюцинаторні переживання – особливий різновид непрошених спогадів про події, що травмують, які відрізняються тим, що пам'ять про те, що трапилося, виступає дуже яскраво, а події теперішнього моменту якби відходять на другий план і здаються менш реальними, ніж спогади. У цьому "галюцинаторному", усунутому стані людина поводить себе так, немов вона знову переживає минулу подію, що травмує. Вона діє, думає й відчуває так само, як у той момент, коли їй довелося рятувати своє життя. Однак, галюцинаторні переживання властиві не всім: це лише різновид непрошених спогадів, для яких характерна особлива яскравість і хворобливість. Вони частіше виникають під впливом наркотичних речовин, зокрема алкоголю, однак галюцинаторні переживання можуть з'явитися в людини й у тверезому стані, а також у того, хто ніколи неживає наркотичних речовин.

12. Проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон). Коли людину відвідують нічні жахіття, є підстави вважати, що вона сама мимоволі протриває засипання, і саме в цьому причина його безсоння: людина боїться заснути й знову побачити цей сон. Ре-

гулярне недосипання призводить до крайнього нервового виснаження.

13. Думки про самогубство. Коли життя уявляється більше страшаючим і хворобливим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може здатися привабливою. Коли людина доходить до тієї межі розпачу, де вже не видно жодної можливості виправити свій стан, вона починає думати про самогубство. Багато учасників бойових дій кажуть, що в якийсь момент досягали цієї межі. Ті ж, хто знайшов у собі сили жити, прийшли до висновку: необхідно бажання і завзятість – і згодом з'являються більш "світлі" перспективи.

14. "Провина того, хто вижив". Слід зазначити, що почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, які коштували життя іншим, нерідко властиве тим, хто страждає від "емоційної глухоти" (нездатності пережити радість, любов, жаль тощо) з часу подій, що травмують. Багато жертв посттравматичного синдрому готові на що завгодно, аби тільки уникнути нагадування про трагедії, про загибель товаришів. Сильне почуття провини може іноді провокувати напади самозневажливої поведінки.

Такі основні симптоми та перебіг посттравматичного стресу. Вони були покладені в основу діагностичного опитувальника посттравматичного стресу, що рекомендується для застосування в індивідуальній роботі з учасниками бойових дій. Виявлені особливості варто враховувати при організації реабілітаційних заходів з учасниками бойових дій.

На перебіг адаптації до нових життєвих умов значно впливають характерні риси особистості. У поведінці людини, що повернулася із війни, поєднуються способи поведінки, що сформувалися під впливом стресчинників бойової обстановки, і колишні (довоєнні) способи поведінки. Психіка кожної людини по-своєму захищається від екстремальних впливів, висуваючи як механізми захисної поведінки- рухову збудливість і активність, агресію, апатію, психічну регресію або ж вживання алкоголю і наркотичних речовин.

Л. Китаєв-Смик [6] диференціював учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості на кілька підтипів:

1. "Надломлені", для яких властиве постійне переживання страху, неповноцінності і схильності до жорстокості, невірності. Часто вони прагнуть до усамітнення та вживання алкоголю та наркотиків.

2. "Дурненькі", які мають схильність до інфантильних вчинків, недоречним жартам. Як правило, вони недооцінюють реальну загрозу для власного життя.

3. "Люті", які за час бойових дій виробили в собі гіперагресивність. Вони небезпечні для себе і для оточуючих, особливо коли в руках у них зброя.

Залежно від індивідуальних властивостей учасників бойових дій проявляються різноманітні відтерміновані реакції на психотравмуючі події війни. Відповідно до досліджень А.Кардинера, це можуть бути фіксація на травмі, типові сні, зниження загального рівня психічної діяльності, дратівливість або вибухової агресивної реакції.

Існує кілька поглядів на природу розбіжностей посттравматичних стресових реакцій у ветеранів. Так, А. Кардинер і Д. Шпігель називають наступні чинники, які впливають на перебіг процесу адаптації ветерана: довоєнні особистісні особливості солдата, у тому числі його здатність адаптуватися до нових ситуацій; реакція на небезпечні ситуації, у яких загроза знищення є першорядним чинником; рівень відновлення цілісності особистості.

За спостереженнями М. Горовіца, "тривалість процесу відповідного реагування на стресову подію обумо-

влюється значимістю для індивіда, пов'язаної із цією подією інформації". За сприятливого здійснення даного процесу він може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після припинення психотравмуючого впливу. Це – нормальна реакція на стресову подію. При загостренні відповідних реакцій і збереженні їхніх проявів протягом тривалого часу варто говорити про патологічність процесу реагування. Взагалі ж у процесі реакції на відповідь стресовій події М. Горвиц виділяє чотири фази: фазу первинної емоційної реакції; фазу "заперечення", що виражається в емоційному заціпенінні, придушенні й уникненні думок про те, що трапилось, уникненні ситуацій, що нагадують про психотравмуючу подію, фазу чергування "заперечення" і "вторгнення" ("вторгнення" проявляється в спогадах про психотравмуючу подію, снах про подію, підвищеному рівню реагування на все, що нагадує психотравмуючу подію); фазу подальшої інтелектуальної і емоційної обробки травматичного досвіду, що закінчується асиміляцією або акомодациєю до нього [5].

Учені Б.Грін, Д.Вільсон і Д.Лінді продовжили розробку ідей М.Горвица. На їхню думку, подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів і особливостей умов, у які ветеран потрапляє після повернення з війни.

До характеристик психотравмуючої події належать: ступінь загрози життю; вагомість втрат; раптовість події; ізоляваність у момент події від інших людей; ступінь впливу навколишнього оточення; наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події; моральні конфлікти, пов'язані з подією, пасивна або активна роль ветерана залежно від того, чи був він жертвою чи активно діючою особою під час травматичної події, безпосередні наслідки впливу даної події. Серед індивідуальних характеристик ветерана виділяються: рівень розвитку співпадаючої поведінки, ефективність психологічного захисту, що були до призову в армію труднощі адаптації, психічні відхилення, а також демографічні дані. Післявоєнне оточення ветерана характеризується рівнем взаємної підтримки, культурними особливостями, відношенням до війни, соціальною допомогою.

Взаємодія цих трьох чинників із процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (сполучення уникнення спогадів з періодичним їхнім повторенням) приводить або до психічної напруги, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. У результаті можливі два результати: психічна "рестабілізація" або виникнення посттравматичних стресових розладів.

Дослідник А. Мощанский виділяє низку чинників, що впливають на психологічний стан учасників бойових дій, вивчення й своєчасне опрацювання яких могли б істотно знизити дезадаптивні наслідки в названій категорії. Він аналізує кілька типових ситуацій бойової обстановки, кожна з яких впливає на формування дезадаптивної поведінки. При цьому характер дезадаптивних реакцій також визначається індивідуальними особливостями військовослужбовця.

1. Очікування екстремальної ситуації (комплектування, дорога, перші дні). В цей період визначальним особистісним фактором є тривожність індивідуума, на яку негативно впливають: перекручені, кон'юнктурні

відомості, які надають ЗМІ; відсутність професійного ядра в загоні, що має особистий досвід участі; члени родини; тривалість фази за часом; відсутність пропагандистської роботи; відсутність інформації про пільги, гарантії, компенсації; неорганізованість вільного часу й відпочинку. Дезадаптація в цей період виражається або в неадекватному реагуванні на навколишнє (по двох варіантах – бравата, агресивність, розгальмування або безвихідність, апатія, відчуженість), або в зловживанні спиртним як засобом для зниження тривожності й зняття емоційної напруги [9].

4. Гостра екстремальна ситуація (обстріл, бій). За такого розвитку подій в основі поведінки людини містяться фізіологічно корисні, пристосувальні реакції організму. Коли організм переходить на режим екстремального реагування, природно виникає емоція страху. Військовослужбовці розрізняються 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 й прикладів поведінки; відсутність знання про те, що робити; відсутність умінь і навичок; відсутність чіткої організації; негативний приклад командира або референтних осіб; загибель, поранення товаришів; особистісний тип реагування.

**Висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень.** Сукупність психотравмуючих чинників у загостреній ситуації може викликати негайні наслідки. Неадекватне реагування може протікати у вигляді гіперреакції, що виражається максимальним руховим збудженням, яке супроводжується криками, метаннями (крайня реакція – паніка), або у вигляді гіпореакції, що проявляється в руховій загальмованості тіла або його частин (крайній прояв – поза ембріона). При вираженні неадекватних реакцій військовослужбовець не розуміє й не пам'ятає згодом, що з ним відбулося. При невираженні реактивних станів дезадаптаційна поведінка після ситуації може проявлятися в пасивній поведінці, відмові від подальшого несення служби, ажітованій, неадекватній, піднесеній поведінці або зосередженості на своїх переживаннях.

#### Список використаних джерел

1. Агаєв Н.А. Психологічні чинники адаптації військовослужбовців миротворчого контингенту до діяльності в особливих умовах: Дис... канд. психол. наук: 19.00.09. – К., 2006. – 195 с.
2. Алещенко В.І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами / Алещенко В.І., Хміляр О.Ф. // Навчальний посібник. – Х.: ХУПС, 2005. – 84 с.
3. Арзамаскин Ю.Н. Морально-психологическое обеспечение деятельности Вооруженных Сил Российской Федерации. / Арзамаскин Ю.Н., Бублик Л.А., Караяни А.Г., Черкасов А.В. – М.: ВУ, 1997.
4. Беленки Г. Стресс на поле боя: опыт Израиля / Беленки Г., Ной Ш., Соломон З. // Милитариревью. – 1985. – № 7. – С. 28-37.
5. Головин Н.Н. Исследование боя. Исследование деятельности и свойств человека как бойца. / Головин Н.Н. – СПб., 1907. – С. 90-130.
6. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. / Китаев-Смык Л.А. – М.: Наука, 1984. – 386 с.
7. Мисюра В.Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих. / Мисюра В.Ф. – М.: ВАФ, 1995. – С. 34-89.
8. Михайлов Б.А. Психологические операции ВС США в конфликтах малой интенсивности. / Михайлов Б.А. // Зарубежн. воен. обозр. – 1996. – № 8. – С. 2-7.
9. Новиков В.С. Психологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих / Новиков В.С., Боченков А.А., Чермянин С.В. // Воен.-мед. журн. – 1977. – № 3. – С. 53-56.

Надійшла до редколегії 08.06.15

В. Алещенко, д-р психол. наук, ст. науч. сотрудн.  
 Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, Киев

### ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

*Рассматриваются основные симптомы посттравматических стрессовых расстройств военнослужащих, которые участвовали в войнах и вооруженных конфликтах. Выяснено, что у военнослужащих, которые выполняли боевые задания, психогенные расстройства кое-где достигают 70%, у офицеров и прапорщиков этот показатель несколько меньше. В 15-20% военнослужащих, которые прошли через вооруженные конфликты, имеют место хронические посттравматические состояния, вызванные стрессом.*

*Ключевые слова: посттравматический стресс, вооруженные конфликты.*

V. Aleshchenko, Doctor of Sciences in Psychology, Senior Research Associate  
 Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv

### POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER OF SERVICEMEN COMBATANTS: PSYCHOLOGICAL ANALYSIS

*The article covers basic symptoms of post-traumatic stress disorders of servicemen who participated in wars and armed conflicts. It has been found that among servicemen who carried out combat missions 70 percent experienced psychogenic disorders with this index being somewhat lower among officers and warrant officers. 15-20 percent of servicemen who participated in armed conflicts experience chronic posttraumatic state caused by stress.*

*Keywords: posttraumatic stress disorder, armed conflicts.*

УДК 159.9:316.48

С. Васильев, канд. психол. наук, доц.,  
 А. Андрущенко

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ

### ДИНАМІКА ЦІННІСНО-СМИСЛОВИХ ОРІЄНТАЦІЙ КУРСАНТІВ ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ЇХНЬОЇ ПСИХІЧНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

*Проблема вивчення динаміки ціннісно-смыслових орієнтацій курсантів обговорюється в контексті розвитку їх психічної саморегуляції. Ціннісно-смыслові орієнтації розглядаються як перспективний напрямок розвитку мультирегуляторного підходу. Розглядається методика вивчення смыслових пріоритетів.*

*Ключові слова: ціннісно-смыслові орієнтації, курсант, смысловий пріоритет.*

**Постановка проблеми.** Основні положення теорії психічної саморегуляції людини розвивалися у межах різних методологічних підходів: системного та функціонального (П. Анохін, О. Конопкін, В. Мерлін, В. Русалов та ін.), мотиваційного та регуляційного (Г. Айзенк, Л. Виготський, К. Левін, В. Франкл та ін.), соціально-когнітивного та диспозиційного (Д. Аткинсон, А. Бандура, Д. Макклеланд, Дж. Роттер, Д. Узнадзе, Г. Хекхаузен та ін.). Проблема психічної саморегуляції у військовій психології розглядалась у напрямку забезпечення емоційно-вольової стійкості військовослужбовців (В. Бодров, О. Караяні, В. Лефтеров, О. Маклаков, О. Тімченко та ін.). Визнаючи досягнення різних наукових підходів щодо з'ясування механізмів регуляції поведінки людини, необхідно констатувати певну їх обмеженість щодо опису варіативності проявів поведінки особистості, її саморегуляції.

Аналіз рівнів та структурно-функціональних моделей психічної саморегуляції різних психологічних шкіл свідчить про їх самодостатність, яка не завадила широкому впровадженню в психологічних дослідженнях таких феноменів регуляторних процесів як самоконтроль, диспозиція, локус контролю, інтроверсія, каузальна атрибуція, термінальні та інструментальні цінності, ціннісні орієнтації, соціальні норми тощо. Ціннісно-смыслові орієнтації, виражаючи характер ставлення людини до різних аспектів матеріального й духовного світу, посідають істотне місце у структурі особистості, відображають рівень її розвитку, здійснюють регуляцію діяльності та поведінки. Разом із тим, у психологічній літературі поки що немає достатніх даних про змістовні та структурно-динамічні характеристики системи ціннісних орієнтацій курсантів ВВНЗ різних спеціальностей; про

взаємозв'язок ціннісних і смыслових орієнтацій з іншими особистісними якостями. Це ускладнює отримання цілісного уявлення про особистість і духовний потенціал майбутніх офіцерів. У психологічній літературі недостатньо даних про характер та особливості впливу навчально-виховного процесу на формування ціннісних та смыслових орієнтацій, особистісне зростання курсантів, формування професійно-значущої ієрархії ціннісних орієнтацій майбутніх офіцерів. Саме тому проблема вивчення динаміки ціннісно-смыслових орієнтацій курсантів в контексті розвитку їхньої психічної саморегуляції є актуальною у безперервному процесі пошуку шляхів підтримки їхнього особистісного зростання в процесі навчання у ВВНЗ.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Як система регуляції активності людини психічна саморегуляція розглядалась представниками різних психологічних шкіл (Г. Айзенк, П. Анохін, А. Бандура, Н. Бернштейн, М. Магомед-Емінов, В. Мерлін, Г. Нікіфоров, А. Реан, Дж. Роттер, В. Русалов, В. Франкл, Д. Узнадзе, Г. Хекхаузен та ін.). Методологічні підходи щодо визначення рівнів психічної саморегуляції розвивалися в напрямку розробки якісних показників, починаючи з ідеї І. Сеченова про зворотній зв'язок через "темне м'язове відчуття", пропріорецепцію м'язів як механізм саморегуляції поведінки та предметних дій: нейродинамічний, психодинамічний та особистісний (В. Мерлін, В. Русалов); внутрішній та зовнішній (А. Бандура, Дж. Роттер); диспозиції рівнів розвитку особистості (Д. Узнадзе, Д. Ядов); орієнтація на стан та дію (Ю. Куль, Г. Хекхаузен); потребнісний, ціннісний та смысловий (Д. Леонтєв, В. Франкл). Для структурно-функціональних моделей психічної саморегуляції голо-