



СЕКЦІЯ 6 МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.98:612.176-057.36

ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Попелюшко Р.П., к. психол. н.,
доцент кафедри практичної психології та педагогіки
Хмельницький національний університет

У статті проаналізовано теоретичні аспекти особливостей прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Розглянуто основні причини виникнення та симптоматичні прояви посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, травматична подія, бойова травма, екстремальні умови, психологічний стан.*

В статье проанализированы теоретические аспекты особенностей проявления посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий. Рассмотрены основные причины возникновения и симптоматические проявления посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, травматическое событие, боевая травма, экстремальные условия, психологическое состояние.*

Popeliushko R.P. ESPECIALLY POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AT THE COMBATANTS

The article analyzes the theoretical achievements on the specifics of the manifestation of post-traumatic stress disorder combatants. The main causes and symptomatic manifestations of post-traumatic stress disorder.

Key words: *post-traumatic stress disorder, traumatic event, combat shock, extreme conditions, psychological state.*

Постановка проблеми. Сучасна ситуація, що склалась у нашому суспільстві – бойові дії на Сході України – вимагають більш прискіпливого погляду психологів та інших спеціалістів на проблему адаптації й реабілітації учасників бойових дій, які повертаються до цивільного життя. Розробка цієї проблеми, вивчення особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій допоможе збереженню здоров'я та працездатності осіб, які піддавалися впливу факторів екстремальних (бойових) ситуацій. Необхідність вивчення психологічних змін, які відбуваються в учасників збройного конфлікту, виникає із загальноновизнаного положення про їх виражену психотравматизацію, що обумовлює можливий розвиток як психічної, так і психосоматичної патології. Одним із клінічних видів бойової психічної патології є бойовий стресовий розлад, який може виникнути в учасників бойових дій через невизначений проміжок часу після закінчення війни (від декількох місяців до декількох десятиліть).

Військовий конфлікт, що спалахнув на Сході України, накладає свій відбиток на психологію бійців, які повертаються з гарячих точок. Ситуація бойових дій призводить до виражених змін функціонального стану

психічної діяльності, яка характеризується розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій, таких як тривога, страх, важка розумова й фізична перевтома. Швидкий перехід у мирну дійсність часто не дозволяє учасникам бойових дій адекватно реагувати на ті чи інші обставини з позиції оточення. Посттравматичний стресовий розлад, набуваючи хронічного перебігу, зачіпає майже кожний аспект життя військовослужбовця, у тому числі роботу, міжособистісні стосунки, фізичне здоров'я, самооцінку тощо.

Уже під час Другої світової війни стресові явища, обумовлені участю в бойових діях та інших екстремальних ситуаціях, стали предметом широкого вивчення. Узагальнення отриманих даних дозволило з 1980 р. офіційно говорити про об'єктивне існування посттравматичного стресового розладу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. До проблематики, що пов'язується з вивченням посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, зверталися зарубіжні, радянські та українські вчені. Наприклад, Л. Кітаєв-Смик, І. Малкіна-Пих, В. Ромек, Е. Крепелін, Г. Сельє розглядали психологію стресу; різні аспекти вивчення

проблеми посттравматичного стресового розладу було розкрито Ю. Александровським, Є. Гордєєвою, В. Доморацьким, О. Лазебною, М. Магомед-Еміновим, А. Пушкарьовим; психологічну адаптацію та реабілітацію військовослужбовців розглядали Н. Агаєв, В. Алещенко, А. Боченков, В. Місюра, В. Новиков, О. Хміляр, С. Чермянин, Д. Вільсон, М. Горовіц, Б. Грін, А. Кардінер, Д. Лінді, Д. Шпігель; бойовий стрес досліджено в працях Н. Головіна, О. Мощанського, Г. Беленки, Ш. Ной, З. Соломон.

Постановка завдання. Останнім часом велика увага теоретиків і практиків приділяється профілактичним заходам, які сприяють підвищенню психологічної стресостійкості особистості. Тому дуже важливо звернути увагу науковців на дослідження впливу травматичної події на особливості життєдіяльності дійсних і колишніх військовослужбовців у мирних умовах життя, а також на вибудовування ефективних адаптаційних і реабілітаційних систем з огляду на особистісний профіль кожного бійця.

Тому **метою статті** є систематизація наукових і практичних знань про природу, механізми виникнення й типові прояви посттравматичного синдрому в учасників бойових дій, що є необхідними для визначення шляхів подолання наслідків війни у ветеранів та розробки програми реабілітаційних заходів.

Виклад основного матеріалу дослідження. Травмуючі події траплялися з людьми в усі часи. Проте ветерани війн і збройних локальних конфліктів посідають особливе місце, оскільки на їхню долю припала занадто висока доза нелюдських переживань. Жахи війни впливали не лише своєю інтенсивністю, а й частотою повторюваності: травми змінювали одна одну, відповідно, у людини не було часу «прийти в себе».

Щоб переконатися, наскільки це природно та наскільки важливо для душевного комфорту, вкотре звернемося до психіатричного визначення. Лікарі вважають, що подія, яка має всі ознаки травмуючої, здійснить свій вплив на будь-яку людину. А це означає, що втрата душевної рівноваги, бурхливі психічні прояви в такому випадку є абсолютно нормальними.

Якщо травма була порівняно невеликою, то підвищена тривожність та інші симптоми стресу поступово зникнуть протягом декількох годин, днів чи тижнів. Якщо ж травма була сильною, травмуючі події повторювалися багаторазово, хвороблива реакція може зберегтися на багато років.

Наприклад, у сучасних бойових ветеранів гул гелікоптера, що низько пролітає,

нагадує вибух і може викликати гостру стресову реакцію, «як на війні». Водночас людина прагне думати, відчувати й діяти так, щоб уникнути важких спогадів [4].

Відповідно до того, як ми отримуємо імунітет до певної хвороби, наша психіка виробляє механізми захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, яка пережила втрату близьких, надалі підсвідомо уникає встановлювати з кимось тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації вона діяла безвідповідально, їй згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось або за щось.

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців, які беруть участь у локальних війнах і збройних конфліктах, є сьогодні однією з найбільш актуальних для цивільних психологів, які займаються реабілітацією учасників бойових дій, та для вітчизняної військової психіатрії. Психолого-психіатричні наслідки бойової психічної травми, особливо в контексті медико-реабілітаційних завдань, є зоною взаємного наукового й практичного інтересу як цивільних, так і військових фахівців.

Під бойовим стресом варто розуміти багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойових обставин, що супроводжується напруженою механізми реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних адаптаційних психофізіологічних змін.

Бойовий стрес в умовах військових дій переносить кожен. Виникаючи ще до прямого контакту з реальною смертельною загрозою, бойовий стрес триває аж до виходу із зони військових дій. Завдяки стресовому механізму в пам'яті людини закріплюється слід нових емоційно-поведінкових навичок і стереотипів, першочергово значимих для збереження життя. Бойовий стрес водночас є дестабілізуючим, передпатологічним станом, який обмежує функціональний резерв організму людини, що збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій організму учасника бойових дій.

Кількість гострих стресових реакцій серед військовослужбовців в умовах ведення важких інтенсивних боїв зазвичай досягає 10–25%. За поганої навченості військ, невмілого керівництва ними, дефіциту об'єктивної інформації аномальні стресові реакції можуть за механізмами індукції блискавично охопити майже 100% особового складу, виливаючись у явище, відоме як колективна паніка [3].

Особливості клінічних проявів бойової психічної травми тісно пов'язуються з харак-



тером бойових дій і тривалістю перебування в бойових умовах. Істотне модифікуюче значення в її формуванні та динаміці мають відсутність соціальної підтримки з боку суспільства, товаришів по службі й командирів, недостатня згуртованість підрозділів, фактори біологічної депривації (їжа, сон, відпочинок). Фактори конституціональної схильності (діатез) виявляють значущість у початковий період перебування в бойових умовах, при цьому превалює реагування у вигляді «втечі від реальності» [1].

Поряд із природними, «нормальними» психологічними реакціями страху й тривоги без ознак дисфункції психічної діяльності в умовах інтенсивних бойових дій досить часто виникають транзиторні психічні розлади: гострі реакції на стрес, що мають картину змішаних і мінливих симптомів депресії, розпачу, тривоги, ажитації, гніву, гіперактивності чи загальмованості (аж до дисоціативного ступору) на тлі явищ оглушення, деякого звуження поля свідомості, нездатності адекватно реагувати на зовнішні стимули, іноді з наступною частковою або повною амнезією. Розвиток гострих стресових реакцій серед особового складу негативно позначається на рівні боєздатності військ і нерідко створює додаткову загрозу життя для самого військовослужбовця або його товаришів. Оскільки жоден із симптомів дистресу не діє тривалий час, усі вони припиняються швидко (від декількох годин до 2–3 днів), синдромологічна оцінка стану постраждалих унаслідок бойових дій фактично є неможливою. Однак наявність таких симптомів уже вимагає проведення невідкладних психокорекційних заходів з огляду на небезпеку розвитку більш тривалих і менш обернених неспецифічних, а далі й нозоспецифічних стресових розладів [1].

У бойових умовах головними причинами психологічного стресу є загроза життю й відповідальність за виконання завдання, недостатність і невизначеність інформації, що надходить, дефіцит часу під час прийняття рішень і здійснення бойових дій, невідповідність рівня професійних навичок вимогам, що висуваються умовами бою до особистості, психологічна невідповідність до виконання конкретного завдання, невпевненість у надійності зброї, відсутність довіри до командування, фактори ізоляції (під час дій у відриві від основних сил, знаходження в ізольованих укриттях) тощо.

Основні розлади психічної діяльності військовослужбовця пов'язуються з переживанням, що травмує психіку та обумовлюється бойовими умовами, однак ступінь їх значною мірою залежить від сукупнос-

ті реакції на цей фактор усього підрозділу. Колективна реакція здійснює сильний вплив на дисципліну й організованість підрозділів.

Іншим фактором, що впливає на психіку людини, є ступінь оволодіння зброєю та бойовою технікою, повнота об'єктивного уявлення про майбутні умови ведення бойових дій. Важливим фактором, що сприяє виникненню бойової психологічної травми, є порушення режиму сну. Уже після однієї безсонної ночі боєздатність знижується, швидко зменшується обсяг пам'яті, насамперед короткочасної, що призводить до меншого засвоєння інформації, яка надходить, та ускладнює прийняття рішень у відповідальні моменти. Реакція на критичні ситуації, що раптово виникли, знижується.

Більшість психічних порушень військового часу фахівці об'єднують у три основні групи. Першу групу таких реакцій становлять порушення психіки, провідним симптомом яких є патологічний страх. Його типову картину становлять холодний піт, сухість у роті, серцебиття, тремтіння кінцівок, що охоплює все тіло та триває декілька годин, мимовільне відділення сечі й калу, заїкання, втрата мови, функціональні паралічі кінцівок [2].

Розрізняють рухові та заціпенілі форми страху. Рухові являють собою, як правило, різні види неконтрольованих рухів (наприклад, втеча від джерела небезпеки). Військовослужбовець, охоплений заціпенілою формою страху, перебуває в заціпенінні, обличчя в нього стає сірого кольору, погляд є згасаючим, контакт із ним налагоджується важко. До цієї групи форм страху відносять також «латентну» форму страху, яка отримала назву «гарячкова пасивність» і характеризується безглуздою діяльністю, що приводить до зриву завдання. У штабах така «активність» сповільнює чи навіть паралізує роботу. Конкретним її проявом може бути утворення нових робочих груп, які нічого суттєвого не роблять, крім організації численних телефонограм і радіограм, що суперечать одна одній.

Страх серед людей поширюється як ланцюгова реакція, що пояснюється відсутністю в особистості під час перебування в організованому колективі персональної відповідальності та переважанням у її діях емоцій, які найчастіше носять примітивний характер. Це призводить до виникнення колективних реакцій, однією з яких є паніка.

Друга група психічних порушень військового часу являє собою спроби людини «викреслити бойові епізоди з пам'яті». Наслідками таких реакцій найчастіше є різні дисциплінарні проступки, вживання алкого-

лю, наркоманія, вбивства з необережності. Як правило, зазначені реакції виникають після бойових дій, проте можуть виникнути й під час них [2].

У третю групу психічних порушень військового часу входять порушення, які називають «бойової втомою», пов'язані з тривалим веденням бойових дій. У цій групі виділяють «бойовий шок» – просту емоційну реакцію, яка виникає через декілька годин або днів інтенсивних бойових дій, характеризується почуттям тривоги, депресією та страхом. А вже «бойова перевтома» виникає через декілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

Бойову психічну травму розрізняють також за ступенем тяжкості. Найбільш частими проявами легкого ступеня є надмірна дратівливість, замкнутість, головні болі, втрата апетиту, нервозність, швидка стомлюваність. Психічні порушення середньої тяжкості проявляються у вигляді агресивності, депресії, істеричної реакції, тимчасової втрати пам'яті, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що переходить іноді в паніку, втрати відчуття реальності того, що відбувається в конкретний момент з особистістю. У важких випадках виникають порушення зору, мови, слуху, координації рухів.

«Бойові рефлекси» не здаються чимось незвичайним, доки людина перебуває в районі бойових дій. Однак коли вона повертається додому, потрапляє в таке середовище, де прояв подібних рефлексів створює щонайменше дивне враження, родичі та знайомі бійця в різний спосіб намагаються донести до свідомості військовослужбовця, що час перестати поводитись як на війні. Проте ніхто з них не може кваліфіковано пояснити, яким чином це зробити [2].

Коли в людини немає можливості розрядити внутрішню напругу, її тіло та психіка знаходять спосіб пристосуватись до цієї напруги. Саме в цьому полягає механізм посттравматичного стресу. Його симптоми, які в комплексі виглядають як психічне відхилення, насправді є нічим іншим, як глибоко вкоріненими способами поведінки, пов'язаними з екстремальними подіями в минулому.

Посттравматичні стресові порушення проявляються в клінічних симптомах, які ми проаналізуємо детальніше.

1. Агресивність – прагнення людини вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча це, як правило, стосується фізичного силового впливу, проте зустрічається також психічна, емоційна й вербальна агресивність. Людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих щоразу,

коли хоче домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

2. Притуплення емоцій: людина повністю або частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, для неї є недоступними любов, радість, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато ветеранів скаржаться, що із часу важких подій, що їх вразили, їм стало набагато важче відчувати згадані почуття.

3. Зловживання наркотичними й лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато ветеранів зловживали тютюнопалінням, алкоголем та іншими наркотичними речовинами. Важливо відзначити, що серед ветеранів – жертв посттравматичного стресового розладу існують також дві великі групи: ті, хто приймає лише лікарські препарати, прописані лікарем, та ті, хто взагалі не вживає ні ліків, ні наркотиків [2].

4. Підвищена пильність: людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, ніби їй загрожує небезпека. Проте ця небезпека є не лише зовнішньою, а й внутрішньою: вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, які мають руйнівну силу, потрапляють у свідомість людини. Часто підвищена пильність проявляється у вигляді постійного фізичного напруження. Це фізичне напруження, яке не дозволяє людині розслабитись і відпочити, може створити чимало проблем. По-перше, підтримка такого високого рівня пильності вимагає постійної уваги й величезних витрат енергії. По-друге, людині починає здаватися, що саме це її основна проблема, і якщо напругу вдасться зменшити чи розслабитись, то все буде добре.

5. Порушення пам'яті й концентрації уваги: людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитись або щось пригадати; принаймні такі труднощі виникають за певних обставин. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, проте достатньо з'явитись певному стресовому чиннику, як людина втрачає здатність зосередитись.

6. Загальна тривожність, яка проявляється на фізіологічному рівні (головні болі, ломота в спині, спазми шлунка), у психічній сфері (постійне занепокоєння й стурбованість, «параноїдальні» явища), в емоційних переживаннях (невпевненість у собі, відчуття страху, комплекс провини).

7. Перебільшене реагування: людина за найменшої несподіванки робить стрімкі рухи (кидається на землю, чуючи звуки пестард, різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї з-за



спини), раптово здригається, кидається бігти, голосно кричить тощо.

8. Небажані спогади – це найважливіший симптом, який дає право говорити про присутність посттравматичного стресового розладу. У пам'яті раптово спливають моторошні, потворні сцени, пов'язані з травматичною подією. Ці спогади можуть бути як уві сні, так і під час неспання. Багато ветеранів та їхні близькі відзначають, що під час сну людина кидається в ліжку й прокидається зі стиснутими кулаками, немов готова до бійки. Такі сновидіння, напевно, є найбільш страшним аспектом посттравматичного стресового розладу для людини, тому люди рідко погоджуються говорити про це.

9. Галюцинаційні переживання – окремий різновид небажаних спогадів про травмуючі події з тією лише різницею, що під час галюцинаторного переживання події поточно-го моменту ніби відходять на другий план і здаються менш реальними, ніж яскраві спогади. У цьому відчуженому стані людина поводить себе так, ніби вона знову бачить минулу травмуючу подію; вона діє, думає та відчуває так само, як у той момент, коли їй довелося рятувати своє життя.

10. Проблеми зі сном. Коли людину відвідують нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі не бажає заснути, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути та знову побачити страшний сон. Регулярне недосипання, що призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу.

11. Депресія в стані посттравматичного стресу досягає найбільш темних глибин людського розпачу, коли здається, що немає сенсу, усе марно. Це почуття депресії супроводжують нервове виснаження, апатія та негативне ставлення до життя [2].

12. Думки про самогубство: людина часто думає про самогубство чи планує будь-які дії, які в підсумку повинні привести її до смерті. Коли життя здається більш лякливим і болючим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може бути привабливою. Коли людина сягає тієї межі відчаю, за якою не видно жодних можливостей змінити своє становище, вона починає розмірковувати про самогубство.

13. Напади люті: не прояви помірного гніву, а саме вибухи люті. Багато ветеранів повідомляють, що такі напади частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Проте трапляються вони й за відсутності алкоголю чи наркотиків, тому було б неправильно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

14. «Провина того, хто вижив»: почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, які коштували життя іншим. Воно нерідко притаманне тим, хто страждає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити любов, радість, співчуття тощо) із часу травмуючої події. Багато жертв посттравматичного стресового розладу готові піти на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує напади самознищувальної поведінки.

Висновки. За підсумками теоретичного аналізу особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців – учасників бойових дій можемо стверджувати, що клінічні прояви бойової психічної травми тісно пов'язуються з характером бойових дій і тривалістю перебування в бойових умовах. Поряд із природними психологічними реакціями тривоги й страху без ознак дисфункції психічної діяльності в умовах інтенсивних бойових дій досить часто виникають гострі реакції на стрес, що мають картину змішаних і мінливих симптомів депресії, тривоги, гніву, розпачу, гіперактивності або загальмованості. На тлі явищ оглушення, деякого звуження поля свідомості, нездатності адекватно реагувати на зовнішні стимули (іноді з наступною частковою чи повною амнезією) розвиток гострих стресових реакцій серед особового складу негативно позначається на рівні боєздатності військ і часто створює додаткову загрозу життя для самого військовослужбовця та його товаришів.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо у вивченні впливу травматичної події на особливості функціонування учасників бойових дій у мирних умовах життя, а також у вибудовуванні ефективних адаптаційних і реабілітаційних систем з огляду на особистісний профіль переживання кризи бійцем.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Александров Е. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства / Е. Александров. – Новосибирск : Сибпринт, 2005. – 260 с.
2. Александровский Ю. Пограничные психические расстройства : [учеб. пособие] / Ю. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 300 с.
3. Зуйкова А. Пограничные психические, психосоматические нарушения, их психотерапевтическая коррекция у ветеранов локальных вооруженных конфликтов и членов их семей : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / А. Зуйкова. – Новосибирск, 1999. – 29 с.
4. Ловелле Р. Психотравматическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса / Р. Ловелле. – 2-е изд. – М. : Маренго Интернейшнл принт, 2001. – 154 с.