

УДК 159.98:355.233:355.4(477)

Назім АГАЄВ,

*кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,
Науково-дослідний центр гуманітарних проблем
Збройних Сил України, м. Київ*

НЕГАТИВНІ ПСИХІЧНІ СТАНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У БОЙОВИХ УМОВАХ: КЛАСИФІКАЦІЇ, ВИЗНАЧЕННЯ, ІДЕНТИФІКАЦІЯ

У статті розглядаються різні типи негативних психічних станів військовослужбовців, які виникають під час бойових дій та після їх закінчення. Важливість досліджень у цьому напрямі зумовлена, з одного боку, необхідністю попередження виникнення у військовослужбовців негативних станів, а з іншого – практично повною відсутністю характеристики особливостей вияву таких станів в українських військовослужбовців, яким доводиться виконувати різноманітні завдання в умовах бойових дій. Наведено визначення та характерні ознаки цих негативних психічних станів. Зроблена спроба типології таких станів за різними класифікаційними ознаками.

Ключові слова: *військовослужбовці, бойові дії, негативні психічні стани, класифікації.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Світовий досвід свідчить, що характер бойових дій (активний або пасивний, глобальний або локальний, короткостроковий або довготривалий тощо) значною мірою залежить від ставлення суспільства і збройних сил країни до війни та її цілей. Крім того, постійна загроза життю, мінливі зміни бойової ситуації, довготривалі навантаження, які часто перевершу-

ють межі людських можливостей, втрата бойових побратимів, участь у жорстокому насильстві стосовно до ворога суттєво впливають на психіку учасників бойових дій.

Інтенсивність стресогенного впливу в зоні виконання бойових завдань може бути настільки значною, що його наслідки спроможні стати не тільки негативними психічними станами, але й посттравматичними стресовими розладами (ПТСР). Наявність негативних станів може сприяти розвитку ПТСР або відзеркалюватися в клінічній картині.

За оцінками американських експертів, у біля 90 % військовослужбовців у реальному бою виникає страх тієї чи іншої форми. У той же час, у дослідженнях закордонних, зокрема, німецьких, французьких, ізраїльських, та інших військових спеціалістів розвинутих країн світу доведено, що в бою лише 10 % військовослужбовців самостійно виявляють необхідну активність, а решта здійснює таку активність, якщо перебуває у безпосередньому контакті з командиром.

Сьогоднішня ситуація в Україні репрезентує нагальність та актуальність психологічних досліджень. Важливість досліджень у цьому напрямі зумовлена, з одного боку, необхідністю попередження виникнення у військовослужбовців негативних станів, а з іншого – практично повною відсутністю характеристики особливостей вияву таких станів в українських військовослужбовців, яким доводиться виконувати різноманітні завдання в умовах бойових дій.

Революція Гідності і як реакція на неї – анексія Росією Криму, збройна підтримка РФ формувань сепаратистів на східному Донбасі, проведення АТО Збройними Силами України істотним чином підвищили роль і значення людського фактора, що, у свою чергу, стимулює активацію та розгортання прикладних психологічних досліджень поточного та майбутнього стану військовослужбовців від рівня солдатів до їх командирів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано вирішення даної проблеми та на які опирається автор. За останні роки питанням вивчення негативних психічних станів військовослужбовців у бойових умовах за кордоном та в Україні приділялась доволі значна увага. Стимулом для актуалізації таких досліджень і

розробок стали регіональні і локальні збройні конфлікти останніх десятиліть. Варто в цьому контексті особливо відмітити В'єтнамську війну, Афганську війну, що вів колишній СРСР, дві війни західної коаліції проти Іраку, розпад колишньої Югославії та військові конфлікти на її теренах, дві війни, які проводила РФ на території Чечні, тощо. Для України таким "поштовхом" послужила антитерористична операція на Донбасі.

Серед закордонних авторів, які займаються вивченням негативних психічних станів військовослужбовців у бойових умовах, можна відмітити таких військових психологів, як Г. Кормос, А. Егендорф, Ч. Кдушин, Р. Лаофер, Н. Фіар, С. Веслі, П. Ліз, А. Маклауд, С. Мейерс, Б. Шепард, Е. Джонс, Л. Китаєв-Смик та інших. В Україні різними аспектами цієї важливої науково-прикладної проблематики займаються такі фахівці, як В. Семінченко, З. Кісарчук, Г. Лазос, Л. Литвіненко, М. Корольчук, О. Кокунун, А. Єна, О. Тімченко, В. Маслюк, Л. Царенко, В. Ягупов та деякі інші. Особливо можна відмітити практичну і теоретичну діяльність військових психологів НДЦ гуманітарних проблем Збройних Сил України. Разом з тим низка проблем, на наш погляд, залишилась недостатньо опрацьованою. У низці випадків у процесі проведення досліджень фахівцям бракує комплексності, системності, проведення узагальнень більш високого порядку тощо.

Метою статті є визначення особливостей вияву та динаміки виникнення негативних психічних станів військовослужбовців у бойових умовах. Для її практичної реалізації необхідно вирішення таких теоретичних і практичних завдань:

здійснити аналіз вітчизняної та закордонної науково-методичної літератури з проблематики дослідження;

осмислити результати прикладних психологічних досліджень, які отримані в умовах проведення АТО;

класифікувати негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах.

Виклад основного матеріалу дослідження. Як відомо, стан бойового стресу в умовах воєнних дій переживає фактично кожен військовослужбовець. З'являючись ще до прямого контакту з реальною за-

грозою, 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 [1]. Бойовий стрес у той же час є станом дестабілізуючим, передпатологічним, який обмежує функціональний резерв організму, чим збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій.

Відповідно до аналізу наукової літератури з військової психології, що спирається на оцінювання поведінки учасників бойових дій, можна стверджувати, що динаміку станів бойового стресу і вираженість їх виявів 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 – у 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. При цьому сукупність багатьох факторів (інтенсивність і тривалість бойових дій, умови перебування, хвороби, травми і поранення, оперативна обстановка, сенс війни, громадська підтримка, згуртованість підрозділу, ставлення місцевого населення та ін.) має модифікуючий вплив на стан особистісного адаптаційного потенціалу, на темп виснаження функціональних резервів організму. Під час проведення наукових досліджень першочергові роль і значення приділяються побудовам класифікацій за різними ознаками явищ і феноменів, що вивчаються. У цьому сенсі, наприклад, Л. Китаєв-Смик бойовий стрес розділяє так [2; 3]:

конструктивний (з'являються нові, корисні властивості психіки; військовослужбовці стають більш охайними, стежать за зброєю, охоче опановують нові її види, у бою налаштовані на перемогу, на виживання, стосовно 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, руй-

нівні психологічні зміни, автор називає таких військовослужбовців “ті, які зламалися”, “придуркуваті”, “оскаженілі”, необхідна ізоляція в тил;

вторинний военний (післявоєнний) стрес – відбувається у випадку інвергування (перевертання), коли бойовий ентузіазм молодих бійців перетворюється на відчай і здатність до протестного суїциду (самогубства) як помсти кривдникам. Зустрічається у молодих ветеранів через відсутність їм допомоги під час інтегрування в мирне життя.

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

Первинний бойовий стрес (бойовий стрес 1-го рангу). Відомо, що під час раптової небезпеки люди поводяться 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 виявів (психосоматичних хвороб) стресу: артеріальної гіпертонії, стенокардії, гастриту, виразкової хвороби шлунка та кишківника й 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) виявів. Важкий стрес у мирному житті не зустрічається. Включаються механізми самознищення. У тих, що “зламалися”, – глибинна депресія, у “придуркуватих” – інфантилізація, у “розлючених” – брутальна агресивність.

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

Інша класифікація бойового стресу за інтенсивністю передбачає таку градацію [4]:

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 у 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;

найбільш інтенсивний бойовий стрес (НІБС) виявляється у формах, які перешкоджають здійсненню бойової діяльності на відносно тривалий час. Граничними формами його вияву є невротичні та психотичні розлади. Під розладом розуміємо клінічно визначену групу симптомів або поведінкових ознак, які в більшості випадків спричиняють страждання і перешкоджають особистісному функціонуванню. При цьому, чим більше військовослужбовців відчуває найбільш інтенсивні форми бойового стресу, тим більше психологічних втрат у підрозділі, частині, з'єднанні.

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

Зазначимо, що взагалі існують різні підходи до визначення самого поняття “бойовий стрес”. Наприклад, Г. Кормос розглядав бойовий стрес як таку поведінку військовослужбовця в умовах війни, яка повинна розглядатися як сигнал про те, що солдат не здатний воювати далі. З точки зору А. Егендорфа, Ч. Кдушина і Р. Лаофера, бойовий стрес є сукупністю переживань, зумовлених тривалою загрозою для життя в бойовій обстановці. При цьому Р. Леофер вважає, що необхідно говорити про воєнний стрес, оскільки це поняття більшою мірою відображає цілісний травматичний вплив бойової обстановки.

Бойовий стрес високої інтенсивності (дистрес) може дезорганізувати бойову діяльність не лише самого військовослужбовця, але й усього підрозділу. Виділяють такі вияви порушень поведінки військовослужбовця в результаті дистресу: емоційне збудження або апатія, поява деструктивних форм поведінки, втрата орієнтації в ситуації

бою, відчуття нереальності того, що відбувається на полі бою, підвищення тривожності, агресивності, переживання страху, прагнення вийти з бою за будь-яку ціну (паніка) або втрата інтересу до життя з суїцидальними думками, необґрунтованою зневагою до небезпек, дезорганізація бойової діяльності з неадекватною поведінкою.

Важливим моментом є проведення демаркації між психологією та психіатрією, бо ці сфери наукової і практичної діяльності є суміжними, у тому числі і стосовно аспекту поведінки військовослужбовців під час або після закінчення бойових дій. 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, оманами сприйняття, різким психомоторним збудженням. Клінічна картина описується в цих випадках як “реактивний психоз”.

При другому, більш важкому різновиді гострої реакції на стрес відбувається уповільнення психічної та моторної активності. Одночасно з цим існують дереалізаційні розлади, що виявляються у відчутті відчуження реального світу. Навколишні предмети починають сприйматися як змінені, неприродні, а в низці випадків – як нереальні, “неживі”. Змінюється сприйняття звуків. 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 не скаржиться і за допомогою не звертається. У цей період спостерігаються порушення сну, зміна харчової поведінки, знижується маса тіла, частішає пульс, підвищується АТ, збільшується частота дихання без зв'язку з фізичним навантаженням. Спостерігається внутрішнє емоційне напруження, що суб'єктивно не помічається, нерішучість, яка раніше не була властива особистості, а також прагнення перекладати прийняття відповідальних рішень на інших осіб. Оскільки континуальний стрес викликає більш глибокі зміни у вигляді психосоматичних розладів і загрозу розвитку ПТСР, термін перебування на території ведення бойових дій при розвитку психічних порушень у комбатанта повинен

обмежуватися 30 добами. Перехідний період, залежно 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.

Відповідно до сучасних уявлень військових психологів, змінені психічні стани, що виникають у військовослужбовців у період ведення бойових дій, включають: бойову стресову реакцію (початковий вияв дезадаптаційних розладів), бойову втому та посттравматичний стресовий розлад, а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології.

Досвід показує, що психологічно неадаптивні реакції на бойові обставини складають від 10 до 50 % усіх санітарних втрат у сучасних локальних війнах. В американській класифікації 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 й 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 виявляються як гіперполохливість (сильна реакція, наприклад, на гучний звук), надмірна пильність (боєць завжди на сторожі і готовий діяти), погані сні/жахи, дратівливість, проблеми зі сном тощо. Хоча все це досить негативне, 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).

Зазначимо також, що “бойова й оперативна стресова реакція” (БСР) – загальні терміни, що охоплюють усі 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. У Міжнародній класифікації хвороб, яку розроблено ВООЗ ООН (МКХ-10), БВ визначається як нормальний стан, який розвивається у нормальних людей під впливом ненормальних обставин.

Як свідчать результати наших досліджень, 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.

Бойова й оперативна стресова реакція 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: командирів 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 симптома-

тика, яка спостерігається, відображає неспихотичний рівень травмизації, є збереження військовослужбовцем достатньою мірою 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 в нього вилучена зброя і він знаходиться під постійним супроводом. Не можна використовувати військовослужбовців з ознаками БСР для евакуації поранених – це може підвищити рівень травмизації.

Важливою характеристикою фахівці також вважають бойову втому. 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.

Бойова психічна травма – це виниклий унаслідок впливу бойових стрес-факторів патологічний стан центральної нервової системи, що обумовлює регулювання поведінки постраждалого за допомогою патофізіологічних механізмів. У результаті психотравмування відбувається накопичення змін у структурах ЦНС, наростання специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворення [5].

Як показує світовий досвід, 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 як синонім “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, таки-

ми, що порушують функціонування комбатанта (дисгармонійні психологічні та психовеgetативні реакції бойового стресу);

2) синдромально окреслені патологічні стани (невротичні і патохарактерологічні реакції, гострі дисоціативні розлади, адиктивна поведінка, психовеgetативні дисфункції), клініка яких тісно пов'язана з дією ситуаційних чинників і поряд з переважанням 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 [6; 7].

Л. Царенко [8; 9] розрізняє такі 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 почуватися в безпеці; слабкий м'язовий тонус або сильні спазми.

2. Надзбудження (бойовий стрес). Почервоніння шкіри; часте моргання; різкий сміх; неспокій, метушливість; спітнілість; швидке, 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; у такі моменти з'являється небажання жити; стримування сліз; погіршення імунітету – часті про-

студні захворювання; психосоматичні розлади (наприклад, проблеми з травленням, підвищення тиску, головний біль 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.

За результатами обстеження військовослужбовців, які зазнали впливу екстремальних факторів, М. Решетниковим було виділено сім послідовних стадій зміни їхнього психічного стану та відновлення військово-професійної працездатності [10].

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, редуцією 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 ступенів – до 40 % поверхні тіла).

2. “Стадія гострого психоемоційного шоку з явищами надмобілізації”. 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 та збільшенням швидкості розумових процесів, виявами 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 та утрудненим диханням.

3. “Стадія психофізіологічної демобілізації” – її тривалість до 3 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 своєрідної протрації) та 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.

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-ї стадії – “стадії розв’язки” (від 3 до 12 діб). У цей період, за даними суб’єктивної оцінки, поступово стабілізуються настрій і самопочуття. Однак, за результатами об’єктивних даних і спостереження, в абсолютній більшості обстежених зберігалися: знижений емоційний фон, обмеження контактів з оточенням, гіпомімія, зниження інтонаційного забарвлення мови, сповільненість рухів, порушення сну й апетиту, а також різні психосоматичні реакції (переважно з боку серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та ендокринної сфери).

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, уперше з’являлися жарти, що викликали емоційний відгук у оточення, відновлювалися сновидіння у більшості обстежених. У стані фізіологічної сфери на цій стадії позитивної динаміки виявлено не було.

У більш пізні терміни (через місяць) у 12–22 % постраждалих виявлялися стійкі порушення сну, невмотивовані страхи, повторювані кошмарні сновидіння, нав’язливість, галюцинаторні стани і деякі інші, а

ознаки астено-невротичних реакцій у поєднанні із психосоматичними порушеннями у 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 й зовнішня конфліктогенність, що вимагає спеціальних підходів.

7. Стадія віддалених наслідків. Вона може виникнути через достатньо тривалий час після участі у бойових діях. Зважаючи на складність і важливість віддалених наслідків і одночасно враховуючи обмеження на обсяг даної статті, вважаємо, що психофізичні процеси за цією стадією потребують окремого розгляду.

Загалом, на думку І. Малкиної-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 (див. таблицю) [6, 7].

Отже, 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 напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін.

Психогенні розлади, що спостерігаються під час і після травматичних ситуацій

Реакції і психогенні розлади	Клінічні особливості
1	2
Непатологічні (фізіологічні) реакції	Переважає емоційна напруженість, психомоторних, психо вегетативних, гіпотимічних виявів, збереження критичної оцінки того, що відбувається, і здатності до цілеспрямованої діяльності

Закінчення таблиці

1		2
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 низці 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

Висновки. Аналіз результатів проведених досліджень дає нам підстави зробити такі основні висновки:

1. Критичне осмислення світового та вітчизняного досвіду, вивчення наукової літератури, оцінка даних прикладних військово-психологічних досліджень свідчать, зокрема, про те, що в різних країнах світу за останні десятиліття постійно зростає увага стосовно питань виявлення, ідентифікації, аналізу та інтерпретації негативних психічних станів військовослужбовців, які виявляються в умовах проведення бойових дій.

2. Відповідно до аналізу військово-психологічної літератури, яка серед іншого базується на результатах емпіричних досліджень поведінки учасників бойових дій, можна стверджувати, що динаміку станів бойового стресу і ступінь їх виявів визначає взаємодія різнопланових стресорів бойової обстановки з безперервно мінливим під їх впливом

психобіологічним субстратом особистості. Роль особистісного адаптаційного потенціалу дуже неоднозначна. При цьому під час проведення поглиблених наукових досліджень першочергові роль і значення мають побудови класифікацій психологічних явищ і феноменів за різними ознаками, що вивчаються.

3. Важливим результатом наших досліджень стало узагальнення різних підходів щодо класифікації та групування негативних психологічних станів військовослужбовців у бойових умовах. Так, були проаналізовані наявні градації бойового стресу, бойової й оперативної стресової реакції, бойової втоми, бойової психічної травми, посттравматичного стресового розладу тощо. Також було проаналізовано ступінь відображення цих негативних станів військовослужбовців у чинних міжнародних медичних і військово-психіатричних класифікаціях, зокрема в МКХ-10 та DSM-IV. Крім того, було розглянуто критерії переходу психологічної реакції на негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах у психопатологічну фазу, яка вимагає медичного (психіатричного) втручання.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямі. Для побудови сучасних Збройних Сил України, які базуються на стандартах НАТО, мають обладнання, яке відповідає вимогам сьогодення, достатнє матеріальне забезпечення тощо, важливим елементом є також подальша інтенсифікація і поглиблення прикладних військово-психологічних досліджень, зокрема тих, які здійснює Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. Бо саме належним чином підготовлений, кваліфікований, психічно- й стресостійкий військовослужбовець є найважливішим людським фактором забезпечення територіальної цілісності України.

Список використаної літератури

1. Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патологическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук / Е. В. Снедков. – СПб, 1997. – 48 с.
2. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 368 с.

3. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны: Фронтовые наблюдения врача-психолога / Л. А. Китаев-Смык ; М-во культуры РФ; Рос. ин-т культурологии. – М., 2001. – 80 с.
4. 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.
5. 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 экологических кризисах” / В. М. Лыткин. – СПб, 1992. – С. 50–51.
6. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ Видавництво “Логос”, 2015. – 207 с.
9. Царенко Л. Г. Методологічні аспекти дослідження дискурсів / Л. Г. Царенко // *Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* ; за ред. С. Д. Максименка. – К. : Ніка-Центр, 2009. – Вип. 37. – С. 462–474.
10. Решетников М. Психология войны. От локальной до ядерной / М. Решетников. – СПб : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2011. – 496 с.
11. Ягупов В. Військова психологія : підручник / В. Ягупов. – К. : Тандем, 2004. – 656 с.
12. Kasl S. V. Epidemiological contributions to the study of work stresses // *Stress at work* / Cooper C. L., Payne R. (ed). – Chichester : Wiley, 1978. – P. 3–48.
13. Mitchell J. Resnik H. Emergency Response to Crisis. A crisis intervention guidbook for emergency service personnel, Robert J Brady Company, USA, 1986. – P. 38.
14. Jones E., Fear N. and Wessely S. Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury : A Historical Review. – *Am J Psychiatry*, 2007; 164: – P. 1641–1645.
15. Leese P. Shell Shock. Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War, Palgrave Macmillan, 2002. – 220 p.
16. Mcleod A. D. Shell shock, Gordon Holmes and the Great War *J R Soc Med*. 2004 February; 97(2): 86–89.
17. Shephard B. A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists, 1914–1994. London, Jonathan Cape, 2000. – 730 p.

Стаття надійшла до редакції 8.06.2016

Агаев Н. А. Негативные психические состояния военнослужащих в боевых условиях: классификации, определения, идентификация

В статье рассматриваются различные типы негативных психических состояний у военнослужащих во время проведения боевых действий и после их завершения. Важность исследований в этом направлении обусловлена, с одной стороны, необходимостью предупреждения возникновения у военнослужащих негативных состояний, а с другой – практически полным отсутствием характеристики особенностей проявления таких состояний у украинских военнослужащих, которым приходится выполнять разнообразные задачи в условиях военных действий. Представлены определения и характерные признаки этих негативных психических состояний. Сделана попытка типологии этих состояний на основе различных классификационных признаков.

Ключевые слова: *военнослужащие, военные действия, негативные психические состояния, классификации.*

Agayev N. A. Negative mental state military in combat: classification, definition, identification

This article discusses the different types of negative psychical states in the military during the fighting and after their completion. The importance of research in this direction is due, on the one hand, the necessity to prevent the occurrence of negative conditions in the military, and on the other – almost complete absence of characteristic features of the manifestations of such conditions in Ukrainian servicemen, who have to perform various tasks in war. The article is to determine the features of and dynamics of negative mental states in the combat environment. For its implementation should address the following theoretical and practical problems, to analyze domestic and foreign scientific and technical literature on the problems of research, reflect the results of applied psychological research obtained in terms of counter-terrorism operations, to classify the negative mental state military in combat. Presents the definition and the characteristics of these negative psychical states. An attempt is made typology of these states on the basis of the various classifications.

According to the analysis of military and psychological literature, which among other things is based on empirical studies of the behavior of combatants can be argued that the dynamics of combat stress and the degree of interaction determines the manifestations of diverse stressors combat situation with a continuously changing under their influence psychobiological substrate person. The role of personal adaptive capacity is not very clear. Thus during the in-depth primary research role and importance of building classifications are psychological phenomena and phenomena on various grounds under study. An important result of our study, in particular, was a synthesis of different approaches to classification and clustering of negative psychological states in the combat environment. Yes, analyzed existing gradation combat stress, combat and operational stress response, combat fatigue, combat trauma, posttraumatic stress disorder and others. Also, the analysis was the degree of reflection of the negative state troops operating in international military medical and psychiatric classifications, particularly in ICD-10 and DSM-IV.

Prospects for further research in this area suggests that for building modern Armed Forces of Ukraine, based on NATO standards, with equipment that meets the present, adequate financial support, etc., is also an important element of further intensification and deepening military-applied psychological research. In particular, these developments, which carries Research Center of Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine. Because it is properly trained, qualified, and psycho-stress-resistant soldier is the most important human factor ensuring the territorial integrity of Ukraine.

Keywords: *military, war, negative psychical states, classification.*