

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

О. А. Блінов

**ПСИХОЛОГІЯ  
БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ**

Монографія

Київ – 2016

УДК 159.923 : 616.895 (02)

ББК ю937

Б 69

*Рекомендовано до друку Вченою Радою  
Національної академії внутрішніх справ  
(протокол № 14 від 23.06.2016)*

Рецензенти:

*С. Д. Максименко, доктор психологічних наук, професор, академік  
НАПН України, заслужений діяч науки і техніки України,  
директор Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України  
О. Р. Малхазов, доктор психологічних наук, професор, професор  
кафедри психології Інституту соціальних технологій Університету  
«Україна»*

*О. Г. Сиропятов, доктор медичних наук, професор, професор  
кафедри військової терапії (з курсу психотерапії і психіатрії)  
Української військово-медичної академії*

**Блінов О. А.**

Б 69 Психологія бойової психічної травми : монографія /  
О. А. Блінов. – К. : Талком, 2016. – 246 с.

ISBN 978-617-7397-07-5

Монографія присвячена психологічним проблемам бойової психічної травми. Центром концепції психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям визнається особистість воїна, яка зазнала деформації під впливом бойового стресу. Охарактеризовано психічні реакції і розлади, які виникають внаслідок бойових дій. Проаналізовано проблеми психогенних втрат у підрозділах та запропоновано порядок здійснення їх практичних розрахунків. Встановлена послідовність організації та проведення психологічної реабілітації військовослужбовців.

Для командирів, психологів, медичних працівників, а також всіх, хто цікавиться психологією людини на війні.

УДК 159.923 : 616.895 (02)

ББК ю937

ISBN 978-617-7397-07-5

© Блінов О.А., 2016

## КЛЮЧОВІ СЛОВА ТА ЇХ ПОЯСНЕННЯ

---

|        |   |
|--------|---|
| АТО    | Антитерористична операція                             |
| БПХ    | Батальйонний пункт харчування                         |
| БМП    | Батальйонний медичний пункт                           |
| БПЗ    | Батальйонний пункт збору                              |
| БПТ    | Бойові психічні травми                                |
| БПР    | Бригадний пункт реабілітації                          |
| БС     | Бойове стомлення                                      |
| БСР    | Бойова стресова реакція                               |
| ГЛП    | Госпіталь для легкопоранених                          |
| ГРС    | Гострі розлади свідомості                             |
| ГПД    | Група психологічної допомоги                          |
| ЕОТ    | Емоційно-образна терапія                              |
| ЗМУ    | Зброя масового ураження                               |
| КП     | Командний пункт                                       |
| КПР    | Корпусний пункт реабілітації                          |
| КВБ    | Короткочасна втрата боєздатності                      |
| МАК    | Метафоричні асоціативні карти                         |
| МВК    | Міський військовий комісаріат                         |
| МрБр   | Медична рота бригади                                  |
| МПП    | Медичний пункт полка                                  |
| НЦПДіР | Нештатний центр психологічної допомоги і реабілітації |
| НППДіР | Нештатний пункт психологічної допомоги і реабілітації |
| ОМЕДр  | Окрема медична рота                                   |
| ОМЕДб  | Окремий медичний батальйон                            |
| ПСР    | Психічні стресові розлади                             |
| ПТС    | Посттравматичний стрес                                |
| ПТСР   | Посттравматичні стресові розлади                      |
| РВК    | Районний військовий комісаріат                        |
| СВ     | Санітарні втрати                                      |
| ТВД    | Театр воєнних дій                                     |
| ЦНС    | Центральна нервова система                            |

## ВСТУП

---

*«Я только раз видала рукопашный,  
Раз наяву. И тысячу – во сне.  
Кто говорит, что на войне не страшно,  
Тот ничего не знает о войне».*

*Юлия Друнина*

У 1994 році начальник кафедри військової та соціальної психології Київського Військового гуманітарного інституту полковник Мирошніченко Олександр Іванович запропонував мені, ад'юнкту кафедри, досліджувати перспективний науковий напрям військової психології – здійснити аналіз проблем психічної травматизації військовослужбовців на війні і обґрунтувати методику прогнозування психогенних втрат.

Була проведена масштабна робота зі збору й аналізу наукового матеріалу. Результати були обговорені на кафедрі, конференціях та оприлюднені у цілому ряді статей у наукових журналах, матеріалах посібників, апробовані у навчальному процесі інституту та у військах. У цілісному вигляді проблема бойової психічної травми і надання допомоги психотравмованим була викладена у навчальному посібнику «Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час» (2006), який був виданий у Національній академії оборони України.

Результатом багаторічної праці стала розробка методики прогнозування психогенних втрат, яка була надрукована окремою брошурою у 2003 році. Автор особисто отримав подяку за здійснену роботу від Начальника Військового гуманітарного інституту Національної академії оборони України генерал-майора Ріпи Леонтія Антоновича.

Але методика ніколи не була б розроблена, якщо не було б розуміння, чому і яким чином травмується психіка людини в бойових умовах. Що є психічною травмою військової людини і як вона впливає на військовий підрозділ загалом і здоров'я конкретного військовослужбовця. Для встановлення істини була проведена значна дослідницька робота.

На основі вивчення спеціальної літератури і аналізу експертних оцінок були знайдені провідні травматичні фактори впливу на психіку людини, встановлені критерії оцінки травматизації, визначені оптимальні форми робочих блоків та запропоновані алгоритми розрахунків методики. В основу методики був покладений принцип простої і зручної роботи з неї командним складом в польових умовах. Методика дозволяє робити розрахунки як при веденні повномасштабних бойових дій, так і під час проведення миротворчих, антитерористичних операцій, як при використанні звичайної зброї, так і ядерної.

Пройшло вже 20 років з моменту роботи над цією темою, але проблема психогенної травматизації психіки військових, як показало життя, залишається актуальною і в умовах сьогодення.

У світі продовжується гостра боротьба між країнами і терористичними організаціями за ресурси і сфери впливу за допомогою зброї. Проведення міжнародної антитерористичної операції в Афганістані під егідою США та НАТО з 2001 року, вторгнення США і Британії в Ірак у 2003 році, військові конфлікти у Південній Осетії у 2008 році, Лівії – в 2011 році, Сирії – з 2011 року, бойові дії на сході України з 2014 року до сьогодні ще раз підтвердили, що вирішальну роль в сучасній війні відіграє людина. Але психіка людини під час бойових дій «не залізна» – вона вразлива і спроможна травмуватися.

Завжди праця військовослужбовців пов'язана з небезпекою для життя та значним впливом стрес-факторів на їх психіку. Ціна цієї небезпеки в результаті впливу стрес-факторів у кожної людини індивідуальна: при надмірному навантаженні на психіку воїна цей вплив може продукувати психічні розлади. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями психічних травм, які призводять до розладів психічної діяльності, повної чи часткової втрати боєздатності. Світова статистика наочно свідчить про актуалізацію проблеми психогенних втрат.

*Бойовою психічною травмою є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки. Це нормальна реакція здорового*

організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

Досвід світових війн, а також локальних війн, збройних конфліктів і проведення миротворчих операцій у XX – XXI століттях свідчить про своєрідність величини, структури, динаміки санітарних втрат психіатричного профілю. Розрахунки показали, що в загальній структурі санітарних втрат розлади психіатричного профілю можуть дорівнювати 10–14% або 0,3–0,5% від чисельності особового складу, який брав участь в активних бойових діях. При цьому більшість з цієї категорії військових складають особи з короткочасними і незначними проявами порушень, тобто з психологічними стресовими і короткочасними невротичними реакціями.

Частота психічних порушень, як правило, корелює із числом втрат (убитих і поранених), однак вона зростає також при відступах, невдачах, під час затяжної позиційної війни. Особливе значення має професійно-психологічний відбір фахівців до складу військових підрозділів, система їх поповнення й ротації, бойовий дух, згуртованість, інформаційна й матеріальна забезпеченість та ін. Істотний вплив на кількісні і якісні показники психічної захворюваності здійснюють психосоціальні умови: розуміння цілей війни, державна й суспільна підтримка учасників бойових дій, наявність у них зрозумілих мотивацій, впевненості у своїй зброї, у керівництві, в ефективній медичній допомозі.

Відомий вчений Росії В. М. Бехтерев у 1914 році відзначив: «Хоча в армію залучається найбільш здоровий елемент населення, притому у розквіті його сил, кожна війна призводить до значної кількості душевних захворювань». Причина цього полягає не тільки в тому, що війна є своєрідним каталізатором, що прискорює реалізацію конституціональної схильності до розвитку психопатологічної симптоматики, а також у тому, що тривале перебування в життєво небезпечних обставинах, значні емоціогенні впливи, психічне й фізичне перевантаження, психосоматичні виснаження призводять до серйозних психофізіологічних змін. Вони можуть запускати особливий патогенетичний механізм, обумовлюючи масовий приплив досить своєрідних, незвичних для мирного часу негативних станів психічної діяльності.

Наслідки цих розладів багато в чому залежать від своєчасності їх діагностики й адекватності надання психологічної та психіатричної

допомоги потерпілим. Прояви бойової психічної патології нерідко відбуваються через тривалий час після повернення ветеранів до мирного життя. Відтерміновані зтяжні, нерідко незворотні наслідки бойової психічної травми віднесені в МКБ-10 до діагностичної категорії «посттравматичні стресові розлади».

Перебування в умовах тривалої дії стрес-факторів бойової діяльності призводить до зниження успішності праці військовослужбовців, а при надмірному для людини стресі – до зриву її діяльності. Для кожної людини характерний особистий граничний рівень психічного навантаження, після якого починається руйнація гармонійної роботи його психіки. Для оцінки діяльності військовослужбовців у бойових умовах головним критерієм є його спроможність свідомо і ефективно виконувати свої службові обов'язки.

Збройні сили залучаються до проведення миротворчих і антитерористичних операцій, які мають свої особливості. Стрес-факторами, що підсилюють емоційне напруження у військовослужбовців, є відсутність лінії фронту й районів спокійного тилу, постійна загроза нападу ворогів, підриву на міні, труднощі у розрізненні мирних жителів і бойовиків та ін. Все це ускладнює діяльність фахівців, підвищує напруженість діяльності та може призвести до психічних розладів.

Практична робота військового психолога (особливо в польових умовах) вимагає користування портативним і ефективним інструментарієм для здійснення психокорекції та психотерапії. На нашу думку, одним із таких інструментальних методів є емоційно-образна, когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація і переробка рухом очей, робота з метафоричними асоціативними картами.

Автором розроблено і впроваджено в практичну роботу компактну колоду метафоричних асоціативних карт «Стресс-стоп!». Вона здійснює нейтралізацію несприятливих емоцій у людини та перетворює їх у позитивні. За оцінками експертів, колода МАК ефективно зарекомендувала себе в умовах армійської та цивільної практики, при роботі в госпіталях і санаторіях, під час індивідуальної та групової роботи.

Організація психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям, підбір та впровадження у практику ефективного

психологічного інструментарію, навчання та перенавчання фахівців є актуальною проблемою сьогодення, яка вимагає цілеспрямованої роботи.

Хочу висловити велику подяку моїм першим учителям за знання та виховання, за розвинутий інтерес до дослідницької роботи, життєвий орієнтир руху в моєму офіцерському і науковому житті.

Особливу вдячність висловлюю начальнику факультету соціально-психологічної роботи Київського Військового гуманітарного інституту, капітану 1 рангу, кандидату історичних наук Удовенку Петру Івановичу;

начальнику кафедри військової та соціальної психології Київського Військового гуманітарного інституту, полковнику, кандидату філософських наук Мирошніченку Олександровичу;

начальнику кафедри психології Військового гуманітарного інституту Національної академії оборони України, капітану 1 рангу, кандидату психологічних наук, доценту Криворучку Петру Петровичу;

начальнику Військового гуманітарного інституту Національної академії оборони України, генерал-майору, доценту Ріпі Леоніду Антоновичу;

професору кафедри психології Військового гуманітарного інституту Національної академії оборони України, доктору психологічних наук, професору Корольчуку Миколі Степановичу.

Автор вдячний рецензентам наукової праці: С. Д. Максименку, доктору психологічних наук, професору, академіку НАПН України, заслуженому діячу науки і техніки України, директору Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; О. Р. Малхазову, доктору психологічних наук, професору, професору кафедри психології Інституту соціальних технологій Університету «Україна»; О. Г. Сиропятову, доктору медичних наук, професору, професору кафедри військової терапії, викладачеві з курсу психотерапії і психіатрії Української військово-медичної академії за змістовний аналіз, критичні зауваження та цінні поради.

Кандидат психологічних наук, доцент  
Блінов Олег Анатолійович

м. Київ, 04.04.2016 року



## РОЗДІЛ 1. ОСОБИСТІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ В УМОВАХ ЗБРОЙНОЇ БОРОТЬБИ

---

### 1.1. Психотравмуючі фактори сучасного бою

Аналіз бойової діяльності різних категорій військовослужбовців засвідчує, що основні психологічні труднощі викликають фактори реального бою, що пригноблюють психіку воїна або приводять до її перебудження, а в подальшому – до зриву діяльності.

У військовій психології визначають дві основні групи стрес-факторів, що створюють труднощі в діяльності військових фахівців<sup>1</sup>:

– *група «Х»* – фактори, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця;

– *група «У»* – фактори, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця залежно від його професійних можливостей.

*До групи «Х» належить наступні основні фактори: небезпека (загроза), зневацькість (несподіванка), новизна (нестандартність) обстановки, невизначеність, відповідальність, негативні емоційні реакції, монотонія від надлишку часу, групова ізоляція, клаустрофобія, втомленість, дискомфорт.*

*Небезпека (загроза).* Небезпека сприймається як об'єктивно існуючий збіг обставин або предметів, які загрожують життю і здоров'ю людей. Кров, важкі поранення або смерть бойових товаришів, руйнування укриттів, будівель або бойової техніки, як правило, паралізує непідготовлену для холоднокровного сприймання цих обставин психіку людини. При цьому небезпека може бути реальною або уявною. Неадекватне сприймання небезпеки породжує помилки, перенапруженість, зрив діяльності. При цьому зростає загроза поразки.

Військові психологи детально досліджують характер впливу на бойову активність воїнів фізичних і психогенних втрат. Н. Н. Головін

---

<sup>1</sup> *Блінов О. А.* Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців / О. А. Блінов // Вісник НАОУ. – К. : Міленіум, 2006. – Вип. 2. – С. 118–124.  
*Блінов О. А.* Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : навч. метод. посіб. – К. : НАОУ, 2006. – С. 6–11.

обґрунтував навіть спеціальний термін «межа моральної гнучкості військ», під яким розумів їх здатність продовжувати бойові дії, незважаючи на втрати. За його даними, у війнах кінця XVIII – XIX століття середня межа моральної гнучкості військ оцінювалася в 25% кривавих втрат, після чого вони втрачали здатність до опору. Основні психічні розлади, які спостерігаються у військовослужбовців у ході бойових дій, наведені у табл. 1<sup>2</sup>.

Американські фахівці в 1980-х роках досліджували залежність поразки військ від рівня їх втрат в 80 операціях і боях Другої світової війни та арабо-ізраїльських конфліктах. Вони прийшли до висновку, що в середньому, війська терплять невдачу (припиняють активні бойові дії) при втратах рівних 6 % (4 % в наступі і 8 % – в обороні);

*Зненацькість (несподіванка)*. Як правило, її ефективний вплив на психіку людей досягається за трьома основними параметрами: за часом, за місцем і за рішенням. Наприклад, ініціатива у виборі часу, місця удару, здійснення маневру належить супротивнику, який діє в зоні відповідальності підрозділу. Супротивник завжди прагне до створення нової, тобто нестандартної (незвичайної) для підрозділу ситуації.

Таблиця 1

**Основні психічні розлади, які спостерігаються у військовослужбовців у ході бойових дій**

| Розлади                                      | Кількість захворювань, % |
|--|--------------------------|
| Відчуття неспокою                            | 56                       |
| Пригнічена свідомість                        | 38                       |
| Безсоння                                     | 34                       |
| Страх виправданий і безпричинний             | 34                       |
| Соціальна відчуженість – відчуття самотності | 24                       |

<sup>2</sup> Тимченко А. В. Психогенни в екстремальних умовах. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: метод. пособ. – Харьков, 1995. – С. 83.

|   |    |
|---|----|
| Конверсійні реакції                     | 21 |
| Істерія                                 | 21 |
| Зниження апетиту                        | 19 |
| Головні болі                            | 19 |
| Виснаження, втома                       | 17 |
| Розлади рухового апарату                | 17 |
| Розлади сновидінь, пам'яті              | 17 |
| Тремтіння кінцівок                      | 13 |
| Розлади думок, нездатність зосередитися | 13 |
| Порушення мовлення                      | 12 |
| Розлади психічних процесів              | 11 |
| Роздратованість                         | 11 |
| Підвищено-агресивна поведінка           | 11 |
| Порушення пам'яті                       | 11 |
| Підвищене сприйняття шуму–переляк       | 10 |

*Примітка:* У відсотках показана чисельність військовослужбовців, які страждають однією хворобою. У зв'язку з тим, що багато військовослужбовців страждали більш ніж однією хворобою, відсотки лише наближаються до 100.

*Новизна (нестандартність) обстановки.* Між гарантією прогнозу і реальним розвитком бойової ситуації, як правило, виявляється розрив, який є в бою джерелом дистресу. Причина цього полягає в невідповідності між розумінням ситуації особою, що приймає рішення, і реальним її розвитком. Досвід бойових дій підрозділів у В'єтнамі і на Близькому Сході засвідчив, що способи дій противника в ході війни змінюються періодично. У кожному конкретному бою застосовувалися окремі абсолютно нові елементи, прийоми, дії, які ставили командирів підрозділів у дуже складне становище, викликане чинником новизни.

*Невизначеність.* Це дефіцит або суперечність особистісно значущої інформації. Бойова обстановка, як правило, буває дуже невизначеною: цілей у смузі ведення бою багато, а інформації про них мало. До того ж психологічні операції, що застосовуються супротивником, знижують достовірність цієї інформації, підвищують її невизначеність і не можуть виключити недостатність

інформації про нього, його техніку та бойові засоби. В засобах відображення інформації (мапа, таблиці та ін.) командир бачить лише сили супротивника, що відображаються у вигляді умовних позначок, таблиць і формулярів. За ними він повинен уявити собі весь реальний бойовий склад ворогів, що діє в секторах вогню, включає його бойову техніку і живу силу. При застосуванні ворогом засобів радіоелектронної боротьби командир вимушений в бою оцінювати ситуацію в умовах неповної і недостатньої інформації про дії супротивника.

Невизначеність у бойовій діяльності командира виявляється також у випадку, коли, наприклад, до смуги оборони наближаються з різних напрямків декілька угруповань і невідомо, які з них будуть завдавати удару, а які виконують імітаційно-відволікаючу функцію. За неповною й уривчастою інформацією командир повинен уміти прогнозувати картину майбутніх дій.

*Відповідальність* – відповідальність за прийняте рішення і його виконання перед країною, старшим командиром, законом і моральними вимогами, перед підлеглим особовим складом.

*Негативні емоційні реакції* – стрес (дистрес), страх, переляк, тривога, стан боязні, афективний жах.

*Монотонія від надлишку часу.* Монотонія в період тривалого очікування здатна дестаблізувати діяльність окремих воїнів, зокрема і командирів, що володіють такими особливостями характеру, як демонстративність, збудливість, гіпертимність, афективна екзальтованість.

*Групова ізоляція* – вимушена самотність при виконанні бойових завдань. Особливо складно переноситься екстравертами. За даними американського психолога Р. У. Сторма, бойові можливості ізольованого від своїх військ підрозділу можна вважати наполовину втраченим після 48 годин через зниження морального духу військовослужбовців.

*Клаустрофобія* – страх замкненого простору. Супроводжується неусвідомленим прагненням покинути це укриття, незважаючи, при цьому, на ще більш зростаючу загрозу небезпеки.

*Втомленість.* Втома особового складу знижує боєздатність підрозділів. Це пов'язано насамперед з тим, що опір організму воїна бойовим стрес-факторам, його пристосування до умов бойової

ситуації супроводжуються потужною витратою енергетичних ресурсів, нервовим виснаженням. Втома – стан, що сигналізує про ступінь витрачання енергетичних запасів організму і необхідність їх заповнення.

Втома суб'єктивно сприймається воїном як відчуття слабкості, безсилля, млявості, дискомфорту, що супроводжуються негативними емоційними реакціями, втратою інтересу і мотивації бойової діяльності.

Втома негативно позначається на ефективності дій військовослужбовців, призводить до порушення чутливості, уваги, пам'яті, мислення. Наприклад, у стані втоми у людей можуть виникати різні ілюзії сприйняття об'єктів бойової обстановки, з'являється хвороблива чутливість до певних подразників, підвищується конфліктність у взаєминах з товаришами по службі та ін.

Некомпенсована відпочинком втома має властивість акумулюватися і досягати критичних рівнів. У дослідженнях німецького військового фахівця Е. Дінтера встановлено, що перебування особового складу в зіткненні з супротивником більше 30-40 діб непродуктивне. Це пов'язано з тим, що після досягнення вершини (апогею) морально-психологічних можливостей, що настає через 20-25 діб, у військовослужбовців відбувається швидке їхнє зниження, обумовлене виснаженням духовних і фізичних сил.

На думку американських військових психологів, порушення режиму сну є одним з основних чинників виникнення бойових психічних травм. Людина в стані неспання ніби акумулює втому. Тому контроль за відпочинком, сном особового складу повинен вестися постійно (табл. 2)<sup>3</sup>, (табл. 3)<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> *Караяни А. Г.* Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах: монография. – М. : ВУ, 1998. – С. 93.

<sup>4</sup> *Психологічна підготовка.* Ч. II. Практична складова: навч.-метод. посіб. / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко [та ін.]. – Львів : АСВ, 2013. – С. 255.

**Співвідношення тривалості сну і стану боєздатності**

| Тривалість сну в годинах на добу | Стан боєздатності  |
|----------------------------------|--|
| 0 годин                          | Зберігається боєздатність щодо виконання бойових завдань упродовж трьох днів. На четвертий день весь особовий склад виходить з ладу. |
| 1,5 години                       | 50% боєздатності військовослужбовців зберігається впродовж 6 днів. До 7 дня з ладу вийде 50% особового складу.                       |
| 3 години                         | 91% боєздатності зберігається понад 9 днів   |

Таблиця 3

**Реакція організму військовослужбовця на недостатність сну**

| Час втрати сну              | Ефекти втрати сну  |
|-----------------------------|--|
| Через 24 год.               | Погіршення виконання завдань, неадекватне їх сприйняття, монотонність, втрата пильності              |
| Через 36 год.               | Погіршення здатності розуміти інформацію, що надходить   |
| Через 72 год.               | Виконання більшості завдань складає тільки 50% від нормального стану                                 |
| Від 3-х до 4-х днів         | Межа для інтенсивної професійної, розумової і фізичної діяльності. Можуть бути візуальні галюцинації |
| Щоденно, між 03.00 до 06.00 | Працездатність організму людини на найнижчому рівні  |

Командири зобов'язані використовувати будь-яку можливість для обігріву воїнів у холодну пору року, просушування одягу і спорядження.

Пропонується застосування спеціальних психотонізаторів, стимуляторів, транквілізаторів для оптимізації психічних станів військовослужбовців, зняття втоми, напруженості, страху. Варто запропонувати чай з доданням трав: звіробою, м'яти, валеріани та

ін., а також вживання глюкози. І це не випадково, тому що глюкозу і навіть звичайний цукор можна розглядати як фармакологічні засоби. Вважається, що глюкоза і сахароза швидко засвоюються організмом, сприяють підвищенню активності, зниженню тривожності, пригніченості, поновленню енергетичних витрат, зняттю деяких больових відчуттів, поліпшенню нічного зору та ін.

*Дискомфорт* – відсутність нормальних умов для життя і бойової діяльності, порушення ритмів життєдіяльності (звичного чергування, активної діяльності, сну, відпочинку, їжі та ін.), часта зміна кліматичних умов, погані погодні умови та ін.

**До групи чинників «У» належить наступні основні фактори:** *дефіцит часу, підвищення темпу дій, крайня інтелектуальна складність рішень, надлишок інформації, поєднання декількох видів діяльності одночасно, ступінь злагодженості дій фахівців.*

*Дефіцит часу* впливає на оцінку обстановки, розроблення і прийняття рішень в умовах високої динаміки бою (при цьому ворог здійснює маневр). Час перебування цілей в зонах прийняття рішень і постановки завдань дуже малий. Навіть у спокійній і мирній обстановці, кудись запізнюючись або щось не встигаючи зробити, людина вже відчуває психологічний дискомфорт. А в умовах психічної напруженості в бою цей дискомфорт має пригноблюючий вплив.

*Підвищення темпу дій.* Це вимагає швидкості як моторних дій, так і прийняття рішень. При цьому ефективність майбутнього рішення може бути забезпечена на підставі випереджального відображення, передбачення подій. Встановлено, що високоінтенсивні бойові дії сприяють швидкому наростанню перевтоми військовослужбовців і загальному зростанню психотравматизації приблизно в 1–2 рази порівняно з низькоінтенсивними діями.

*Крайня інтелектуальна складність рішень.* Розкриття задуму дій противника є найбільш складною творчою роботою командира. Супротивник може діяти декількома угрупованнями, тому в бойовій ситуації дуже важливо правильно оцінити, яке угруповання виконує відволікаючі і розвідувальні завдання, а яке – ударні. У жодному випадку не можна піддаватися на провокацію

відволікаючої групи, включитися в бойову діяльність з нею, тому що її головним завданням є розкриття системи розташування військ. При цьому буде забезпечена розвідувальна інформація про реальне ударне угруповання, що наближається до своїх позицій таємно.

*Надлишок інформації.* Є межі можливостей у процесі одночасної обробки певної кількості завдань за певний проміжок часу. Але супротивник завжди нав'язує свою тактику і вирішує свої завдання різними силами, які можуть перевищувати можливості наших сил та засобів ведення бою. Командир у будь-якому випадку зобов'язаний продовжувати виконання бойових завдань і будь-якою ціною перешкодити реалізації задумів ворога.

*Поєднання декількох видів діяльності одночасно:*

а) *аферентні операції* – сприймання інформації, тобто отримання наказів і команд від вищих командних пунктів засобами зв'язку, отримання інформації від начальників служб, представників авіаційних сил, які взаємодіють з полком (бригадою) в зоні її відповідальності, від командирів підлеглих підрозділів і бойового забезпечення, а також контроль за результатами бойових дій;

б) *логічні операції.* Вони пов'язані з переробкою інформації, оцінкою обстановки і прийняттям рішення щодо визначення вогневих завдань для підрозділів (цілепокладання, цілерозподілення);

в) *еферентні операції* – пов'язані із реалізацією прийнятих рішень: цілепокладання, цілерозподілення.

*Ступінь злагодженості дій фахівців.* Практичний досвід військової діяльності вказує, що її результат залежить від рівню злагодженості дій командирів підрозділів, що знаходяться у взаємодії, ступеню мотивованості, тренуваності та згуртованості військовослужбовців.

## **1.2. Сучасні уявлення про деформацію особистості військовослужбовців та зміни його поведінки**

Проблеми особистості на війні вивчали фахівці з військової психології та педагогіки, такі як: Л. О. Китаєв-Смик (1995; 2001);



В. В. Ягунов (2004); О. Г. Караяні, І. В. Сиром'ятніков (2006); М. М. Решетніков (2008); Р. В. Кадиров (2012); О. А. Блінов (2011; 2014) та ін.<sup>5</sup>.

У роботах провідних фахівців підкреслюється, що особистість людини під час бойових дій деформується. Це відбувається з урахуванням самої природи війни, її специфіки: або ти переможеш супротивника або він тебе. Третього не дано. Це нагадує спортивні змагання. Але якщо в спорті тобі гарантують життя, то на війні ніхто тобі такої гарантії не дасть.

На думку відомого дослідника бойового стресу Л. Китаєва-Смика, який під час першої та другої «чеченських війн» як дослідник-психолог вивчав бойовий стрес, на війні відбувається дуже складна зміна людських емоцій, самопочуттів, діяльності, стремління, способу мислення, людських взаємин<sup>6</sup>.

Сам автор, перебуваючи на посаді заступника командира парашутно-десантної роти на початку 1990-х років на Кавказі, під час виконання завдань командування неодноразово був свідком змін у психіці воїнів під впливом бойового стресу і підтверджує існування різної типології реакцій психіки людини та їх поведінки на стресори екстремального середовища.

---

<sup>5</sup> *Китаев-Смык Л. А.* Побеждающие побеждаемые. Психолог на чеченской войне // Солдаты удачи. – 1995. – №12. – С. 10–15.; *Китаев-Смык Л. А.* Стресс войны : Фронтные наблюдения врача-психолога / М-во культуры РФ. Рос. ин-т культурологии. – М., 2001. – 80 с.; *Ягунов В. В.* Військова психологія : підруч. – К. : Тандем, 2004. – 656 с. – Бібліогр. : с. 623–627.; *Караяни А. Г., Сыром'ятников И. В.* Прикладная военная психология. – СПб. : Питер, 2006. – 480 с. : илл. – (Серия «Учебное пособие»); *Решетников М. М.* Психическая травма. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. – 334 с.; *Блінов О. А.* Вплив страху на психологічний ресурс особистості військовослужбовця / Мат. Третьої міжнар. наук.-практ. конф. «Культурно-історичний та соціально-психологічний потенціал особистості в умовах трансформаційних змін у суспільстві» / Одеський нац. ун-т імені І.І. Мечникова, Ін-т економіки, математики і механіки; 16–17 вересня 2011 року. – С. 329–336.; *Кадиров Р. В.* Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учеб. пособ. / Р. В. Кадиров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.

<sup>6</sup> *Китаев-Смык Л. А.* Побеждающие побеждаемые. Психолог на чеченской войне // Солдаты удачи. – 1995. – №12. – С. 10–15.

На нашу думку, психологічні типи військових можливо умовно поділити на три групи: *до першої* належать військовослужбовці (їм можна дати назву «**задумливі**») з ригідною формою поведінки, заторможеністю мислення та реакцій на подразники, вони дуже близько до серця приймають все, що вони бачать і відчувають під час діяльності; *до другої групи* належать військові (з психологічним типом «**досвідчені**») зі зрівноваженою психікою, які позитивно налаштовані на виконання військових завдань, виявляють ініціативу і відповідальність у службових справах, а також емоційну стійкість до стрес-факторів загрозливого середовища; *третьій тип* належить військовослужбовцям (психологічний тип – «**реактивні**») з дуже швидкою реакцією на зовнішні подразники, проявами істеричних реакцій, дуже швидким (реактивним) коливанням настрою і палітри емоцій, вони мають агресивну поведінку, конфліктні, достатньо часто спочатку механічно розпочинають робити доручену справу, а тільки потім починають думати про неї як її взагалі правильно робити. На нашу думку, ступінь травматизації психіки людини в екстремальних умовах діяльності, стиль поведінки людини і відповідно різновид її психологічного типу залежить насамперед від характеристик його нервової системи, особливо щодо стосується її сили і слабкості<sup>7</sup>.

Переважно діяльність військовослужбовців – не персонально-індивідуальна, а колективна. Ця особливість обумовлюється тактикою бою та значною кількістю колективної зброї та техніки у підрозділах.

Вивчення особистісних особливостей і групової динаміки у процесі бойової діяльності показало, що найбільш суттєвими і досить специфічними (раніше не зустрічалися у схожому поєднанні) психологічними феноменами є підвищення загальної емоційної стійкості з переважанням явищ емоційної холодності та стеничності при одночасному формуванні схильності до астено-депресивних станів і реакцій на тлі: загальної психопатизації, експлозивності, підвищення групової згуртованості і зниження моральної

---

<sup>7</sup> *Блінов О. А.* Деформація особистості військовослужбовців унаслідок участі в бойових діях / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Інституту психології імені Г.С. Костюка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2014. – Т. X. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – Вип. 26. – С. 87–96.

нормативності. В останньому випадку – це виявляється як у формі індивідуальної, так і у процесі групової поведінки<sup>8</sup>.

Стрес в бою на одних осіб здійснює сприятливий вплив, на інших – вельми небажаний. На думку Л. О. Китаєва-Смика, психологічні типи військовослужбовців класифікуються на «старичків», «зламаних», «надламаних», «придуркуватих» і «розлючених»<sup>9</sup>.

Позитивний полюс бойового стресу – в обстріляних солдатів, що опанували мистецтво воювати. Офіцери називають їх «постарілими». Солдати називають себе «старичками». Зміни їхньої поведінки та особистості можна вважати конструктивними, які створюють нові, корисні властивості психіки.

*1. Хороший (конструктивний) бойовий стрес.*

«Старички» психологічно орієнтовані на життя. Вони більш охайні, стежать за зброєю, охоче опановують нові його види, у бою – спрямовані на перемогу, щоб вижити. До полонених і місцевих мешканців-чеченців – лояльні. Їх страх, як правило, адекватний небезпеці. Смерть страшна, але вона не засмучує. Вбивати стало звичним.

Недавнє довоєнне минуле для «старичків» залишається близьким, але вони себе почувають дуже зміненими.

Помітно, що «старички» більш дисципліновані, але зі своєю, особистою дисципліною, з якою офіцер повинен рахуватися. Вони більш надійні в боях, командують і часом маніпулюють солдатами інших психологічних типів (це – фронтова «дідівщина»).

Л. О. Китаєв-Смик розповідав, що був здивований, коли ще в квітні 1995 року під час кровопроливних боїв біля чеченського містечка Шалі дев'ятнадцятирічний солдат, один із тих, кого називали «старичками», говорив йому:

- Повернуся додому – вчитися піду.
- У військове училище?
- Ні, буду будівельником.

Кожен день в їх роті були і поранені, і вбиті, а він – у думках про майбутнє. Треба сказати, що це хороший спосіб

---

<sup>8</sup> Решетников М. М. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2014. – С. 35–36.

<sup>9</sup> Китаев-Смык Л. А. Стресс войны : Фронтовые наблюдения врача-психолога / М-во культуры РФ, Рос. ин-т культурологии. – М., 2001. – 80 с.

психологічного самозміцнення в обстановці, що продукує бойовий стрес.

Інший хлопчина з дитячим обличчям у сітці зморшок похилої людини додав:

– А я відразу одружуся. Щоб діти були.

– Дівчина є?

– Ні. Дурнем був. Несерйозно до дівчат ставився. Але тепер – виберу хорошу і одружуся.

Таких «старичків», які ефективно воюють, вміють вижити в боях, не мало було і на першій, і на другій «чеченських війнах». Значна кількість вбивств, свідками яких вони ставали (або й «винуватцями»), формувала в підсвідомості такого типу людей (з конструктивними виявами стресу) не цілком усвідомлюваний ними протест проти Смерті і, крім того, прагнення відновлювати Життя через зачаття і народження власних дітей. Цей феномен властивий не тільки людям, а й тваринам: після загибелі багатьох родичів значно збільшується народжуваність.

Те, що солдати на війні мріють, як вони коли-небудь, ставши будівельниками, будуть споруджувати красиві будинки, напевно, теж не випадково. Такі думки можуть бути підсвідомим протестом проти вигляду сотень зруйнованих сільських будинків Чечні, десятків міських кварталів зруйнованого міста Грозного.

Психологи і соціологи простежували після війни те, що солдати, які успішно воювали, повернувшись додому, були схильні і здатні до продуктивної, успішної діяльності: до роботи, навчання, створення сім'ї.

Однак ті, що пішли воювати хлопчиськами без життєвого досвіду, повертаючись до мирної буденності, дуже часто не вміють реалізувати власний конструктивний психологічний потенціал. Вони хочуть бути корисними і собі, й іншим, але не вміють бути «мирними дорослими». Війна пробудила в них енергію, але не навчила боротьбі з життєвими труднощами, подолання наданих і нудних життєвих перешкод.

Якщо не допомогти їм у мирному життєвому облаштуванні, то виникає ймовірність тяжкого психічного стану – «вторинного військового стресу». Його причиною є нерозуміння прагнень і мрій ветеранів війни їх друзями, які не воювали, рідними і,

щонайстрашніше, – байдужість чиновників, завідувачів установ з працевлаштування, надання житла, лікування ран, навчання вчорашніх солдатів, молодих ветеранів війни.

Вторинний військовий (післявоєнний) стрес – небезпечний. Бойовий ентузіазм солдатів-хлопчаків може інвертуватися (перевертатися), перетворюючись у відчай і здатність до протестного суїциду (самовбивства) як форми помсти кривдникам.

#### *2. Поганій (деструктивній) бойовий стрес.*

Іншим різновидом військових змін психіки є ті, хто в результаті жорстоких боїв став менш пристосованим до бойової обстановки, ніж був, тим, коли прибув на фронт. У них відбулися деструктивні, руйнівні психологічні зміни. Таке буває нечасто. Ось кілька типів таких солдатів.

«Зламани». Головна їхня особливість – страх. Він перестав бути переляком, жахом. Він перетворився на страждання, тугу, біль душі і болісну тяжкість в тілі. Страх гнітить. Він присутній і вдень, і вночі в сновидіннях, які візуалізують жах власної смерті, своїх злочинів. Сни супроводжуються кошмарами. Вони будять вночі і не зникають з пам'яті вдень, плутаючись з військовою реальністю.

«Зламане» минуле, мирне життя здається таким далеким, ніби його і не було. Тому що його не можливо зрівняти з жахом боїв, а якщо, згадуючи минуле, порівнювати з сьогоденням, то жах стане суцільним.

Думок про майбутнє у них не виникає, вони його бояться, бо попереду тільки Смерть. Намагаючись не думати про неї, ці люди позбавляють себе уявлень про майбутнє.

У такого солдата обличчя людини, «убитої горем» через зниження тону м'язів обличчя. Через ослаблення тону м'язів тіла виникає зовнішній прояв «засмученості»: пониклі плечі, сутула спина, нетвердий крок.

У «зламаних» бувають напади жорстокості, як правило, до слабших, до місцевих мешканців, полонених. Психіка таких солдатів ніби вимагає самоствердження. «Зламани» шукають самозадоволення, самореалізації і не знаходять їх.

Для них характерна «втеча в порожній окоп». Це симптом психічної депресії, що виникла як парадоксальна відповідь на вимоги війни, як пасивний захист від її жахів. «Зламаного» солдата болісно

дратує все: товариші по службі, накази керівництва, особливо – жорстокі бої, вид трупів, крики поранених. Солдат під час затишшя між боями намагається усамітнитися в порожньому окопі, або ще де-небудь. Але усамітнення також болісне для нього. Тому що виникає почуття тужливого сорому і страху. «Зламани» поспішають назад до бойових товарищів по службі. Але з ними йому знову складно. «Зламаний» – дратівливий, плаксивий, незграбний, починає здаватися недолугим. Такі солдати – легка здобич Смерті в бою. Їх легко «вкрасти» ворожій розвідці.

При слабкій вираженості змін стану, характерних для «зламаних», солдат називали «надламаними». Якщо у «зламаних» виражені прояви психологічної депресії, то у «надламаних» вона проявляється неясково і непостійно (на рівні субдепресії).

Перед поверненням додому до мирного життя «зламани» повинні пройти психологічну реабілітацію. Але навіть після реабілітації (особливо, якщо її не було) «зламани в боях» приносять додому в своїх душах, у своїй психіці біль війни, пам'ять про жахи боїв. Їх стан психологи і психіатри в міських поліклініках діагностують як: невроз, невротичний стан, реактивна депресія. Ці хворобливі післявоєнні стани виліковуються набагато важче, ніж з такими ж назвами хвороби «мирного» походження.

Головне – «зламани» ветерани потребують при лікуванні більшого терпіння з боку психологів та лікарів, більшої доброти навіть у коханні. А ще – прощення їх нетерплячості, дратівливості, душевної слабкості.

Намагаючись сховатися від душевних страждань, «зламани війною» ветерани часто намагаються знайти полегшення в алкоголі і наркотиках. Це завжди лише посилює їх хворобливий стан і ускладнює лікування. Інші – схильні до самогубства.

«Придуркувати» – ще один тип солдат з неблагополучними психологічними змінами. Вони постійно схильні жартувати, як правило, невпопад. У них безглузді жарти, частіше незлобиви, нерідко еротичні (зі жоргонними словами). Вони жартують про своє, не вникаючи у сутність питань, які задаються, не відповідаючи детально на них. Наполегливість запитань запитуючого робить «придуркуватих» похмурими. Прикриваючись відмовками, вони намагаються уникати напружених розмов про їх минуле і майбутнє. Недоречно жартівливість таких людей

не веселить і не підбадьорює, а дратує оточуючих. Потім на «придуркуватих» перестають звертати увагу.

Психологи називають цей вид стресової поведінки реактивною інфантилізацією (тимчасовим дитинством). Так, мимоволі, не усвідомлюючи, поводяться люди (і тварини), ніби демонструючи супротивнику-переможцю, себе пустотливими дітьми, до яких потрібно ставитися поблагливно.

У бойовій ситуації «придуркувати» дуріють і під кулями, і на мінних полях, не здатні ні оцінити небезпеку, ні сховатися від неї. Це у них не сміливість, а хворобливий стан. Досвідчений командир відрядить підлеглого, який виявляє недоречну придуркувату поведінку в тиллові підрозділи, а краще до психологів і медиків для лікування.

У безпечній обстановці, в госпіталі придуркувата поведінка швидко зникає і стає нормальною, адекватною. Однак, повернувшись з війни до мирного життя, цей тип людей деякий час проявляє психологічну слабкість у життєвих стресових ситуаціях: іноді може знову виникати надмірна жартівливість або, навпаки, похмурість. Суїцидальна поведінка у людей цього типу малоймовірна, але можлива. Це треба враховувати, надаючи їм дружню (і психологічну) допомогу.

*«Розлючені».* За час боїв вони стали відрізнятися застійною злостивістю. Ці особи неадекватно агресивні щодо інших солдатів, до старших за званням, до місцевих беззбройних мешканців і полонених.

*«Розлючені»* помітні серед інших солдат. Погляд злісний. Якщо питати такого солдата про щось нейтральне – у нього на вилицях грають жовна. Відповідає уривчасто, різко. Про що з ним не заговориш – всі у нього: «Суки!» і ... (нецензурні слова). Рот з кривим оскалом. Як правило, його колеги говорять про нього так: «Весь час такий злий. Не знаємо, як і говорити з ним. Тут, на війні, таким він став. Раніше був спокійним хлопцем».

Офіцери розповідали, що в ситуації бою надмірна злостивість позбавляла «розлючених» можливості тверезо осмислити ситуацію, вчасно сховатися від вогню супротивника.

Злоба, витісняючи страх, позбавляє «розлучених» обережності в бойовій обстановці. Їх, відчайдушних, легко вполювати, у них більше шансів «спіймати» ворожу кулю, осколок снаряда, міну.

Гнів мобілізує фізичні сили, концентрує увагу на супротивнику, зменшує чутливість до болю. Це корисно в боротьбі з ворогами. Але

чому виникає розлючена озлобленість до всіх – і до ворогів, і до друзів?

Природою в ході розвитку (еволюції) тваринного світу сформований механізм «включення в бойову обстановку» озлобленості без страху, що штовхає людей (і тварин) назустріч навіть непереможному ворогу. Це означає – на смерть. Так виникає «жертва-смертник». Гинучи в боротьбі з найсильнішим ворогом, «смертник» може завдати йому ран або хоч затримати ненадовго ціною свого життя напад ворога на свою сім'ю, на свій загін (на свою зграю – у тварин), тим самим дати час своїм втекти, сховатися.

Але загибель «розлючених» бійців у сучасній війні з її технологією вбивств завжди марна.

Досвідчений командир, помітивши неприборкану злостивість у підлеглому, не повинен використовувати його в бойових операціях і, якщо можна, відрядити до тилового підрозділу.

За рідкісним винятком (коли злість – симптом психічного захворювання) «розлючені» в боях – швидко відходять від такого стану. Повернувшись до мирного життя, вони досить скоро звільнюються від постійної озлобленості. Але раптовий гнів і вдома може вибухати у них в будь-якій стресовій, нервово-перенапруженій ситуації. Після таких спалахів недурних людей мучить каяття, що продукує поступове накопичення психічної депресії і через неї – суїцид (самогубство).

Для позбавлення від нападів «фанатизму» ветеранам війни потрібно вчитися і вміти згадувати в критичній ситуації: «Мої спалахи гніву завжди надлишкові, майже завжди – недоречні. Краще відійду від кривдника, раз не можу стримати свій гнів». Володіти емоціями допомагають спеціальні психологічні тренінги.

За думкою Л. О. Китаєва-Смика, бойовий стрес можливо класифікувати на 1-й, 2-й і 3-й ранги<sup>10</sup>.

***Початковий бойовий стрес – це бойовий стрес 1-го рангу.***

Відомо, що при раптовій і значній небезпеці люди поведуться по-різному: одні активні, збуджені, інші – навпаки, пасивно завмирають. Так по-різному «включаються», «спрацьовують» вроджені програми поведінки при стресі.

---

<sup>10</sup> Китаєв-Смык Л. А. Стресс войны : Фронтовые наблюдения врача-психолога / М-во культуры РФ, Рос. ин-т культурологии. – М., 2001. – С. 15–21.



Одні «активно реагуючі» солдати в перших для них боях можуть, піддаючи себе непотрібній небезпеці, метушитися, безладно стріляти, бігти без команди «На ворога!» або, навпаки, панічно рятуватися (діяти неконструктивно). Їх називають «*вибухнувшими*».

Інші «активні» навіть у першому для них бою, швидко впоравшись з первинною дезорієнтацією (втратою орієнтування), починають сміливо діяти відповідно до бойової ситуації і наказів командира, ведуть прицільний вогонь, допомагають пораненим. Їх можна назвати «*відважними*».

У тих солдатів, що стають «пасивними» в бою, так само спостерігається два типи поведінки. В одних у бойовій обстановці – психологічна пригніченість, відчуженість від того, що відбувається, майже повна втрата здатності говорити і розуміти, що їм говорять. Їх умовно називають «*паралізованими*», у них – неконструктивна поведінка. Під час бою їх потрібно тримати разом з пораненими. І швидше виводити з бою.

Інші спочатку «пасивні», озирнувшись і трохи адаптувавшись до бойової ситуації починають прицільно стріляти, прислухаючись до команд офіцера. Але виконують їх не відразу – уповільнено. Вони – «*обачні*» (з конструктивною пасивністю).

Ще на Першій світовій війні Ернст Кречмер помітив активне і пасивне поводження солдат, назвавши їх «*руховою бурєю*» і «*уявною смертю*».

Це емоційно-поведінкові прояви бойового стресу 1-го рангу, коли в психіці і в усьому тілі людини мобілізуються, як у випадку пожежної тривоги, «поверхневі адаптаційні резерви», які у кожного з нас «завжди наготові». Кожен при раптовому стресі може бути «активним» або «пасивним».

Тривалий період беручи участь у боях, більшість солдатів, що залишаються в строю (не поранені, не убиті), і ті, хто повернувся в стрій після загоєння ран, стають «*відважними*» або «*обачними*».

Але можуть бути і такі, у кого пасивність поведінки наростає, перетворюючись у хворобливий стан. Їх називають «*надломленими*». Одні – трохи напружені, інші – розслаблені. **У них бойовий стрес 2-го рангу.**

При цьому бувають небажані, можна сказати, хворобливі порушення спілкування у службових взаєминах. Стрес 2-го рангу – це ще й початок різних тілесних «хвороб стресу»: артеріальної гіпертонії,

стенокардії, гастриту, виразкової хвороби шлунку та кишечника та ін. При цьому, як правило, помітно знижуються витривалість і боєздатність солдат і офіцерів. Доцільно їх, якщо немає можливості госпіталізувати, хоча б відправити в тиліві підрозділи.

Військовослужбовці з початковими хворобами через стрес 2-го рангу, як правило, потрапляють на лікування до медиків. Але для швидкого повернення у нормальний стан їх потрібно не лише лікувати, а й інтенсивно психологічно реабілітувати.

Вкрай несприятливу психологічну дію на солдат здійснили великі бойові втрати у січні-квітні 1995 року в Чечні, які продукували у багатьох з них психологічний стан, в якому вони не тільки позбавлялися боєздатності, але й поводити себе так, що могли стати легкого здобиччю для ворожих куль. «Зламани», «придуркуваті», «розлючені» – це ті, у кого виникав **бойовий стрес 3-го рангу**.

Виникає запитання не від чого він виникає, а навіщо він, яку психологічну, біологічну функцію він виконує? Відповідаючи гранично коротко, можна сказати, що при третьому ранзі стресу самовбивчо знищуються ті, у кого наявний нестерпний стрес.

Коли стаєш свідком бойового стресу 3-го рангу, найважчого стресу (в мирному житті такий не спостерігається, то виникає враження, що Природа «включає» психологічні, соціальні та фізіологічні механізми знищення (самознищення!) тих, кого вражає і нестерпно мучить стрес. Навіщо?

Можливо, так діє природний (зооантропологічний) механізм селекції (очищення) з «вибраковуванням» і самознищенням тих, хто не здатний переносити і терпіти жахи і труднощі війни? Може бути, це мимовільне самогубство має відбуватися з користю для тих, хто залишається живими, тобто тих, для кого стресова обстановка ще не настільки болісна і згубна?

Етологія (наука про поведінку тварин) інформує про те, що така самогубча поведінка буває і в тваринному світі.

Різні форми стресової поведінки тварин в екстремальних ситуаціях були зіставлені з проявами бойового стресу 3-го рангу (з глибинною депресією «зламаних», інфантилізацією «придуркуватих», брутальною агресивністю «розлючених»).

Напевно, відображення у фольклорі динаміки стресу 3-го рангу можна зустріти в анекдоті про Чапаєва: «Петька запитує: «Чому ти не

одружений, Василю Івановичу?» Чапаєв відповідає: «Був одружений. Дружина капусту різала – палець порізала. Дуже мучилася – довелося застрелити».

При стресі 3-го рангу природа виступає в ролі «Чапаєва». Персонаж цього анекдоту ліквідує стресову ситуацію, знищуючи тих, хто відчуває, переживає нестерпний стрес, коли і терпіти його вже неможливо, і нівелювати ніяк не можна того, хто стрес створює, і те, що його викликає.

Потрібно сказати, що бойовий стрес 3-го рангу буває у вигляді патофізіологічних (внутрішніх) проявів. Під час Великої Вітчизняної війни описані випадки, коли у складних умовах розгрому, відступу, полону у раніше зовсім здорових солдат дуже швидко виникала виразка шлунку розміром з долоню, гіпертонія понад 280/150 мм ртутного стовпа. Ці люди вмирали.

На щастя, такий стрес і на війні, і в мирному житті буває дуже рідко. І, напевно, завжди стрес 3-го рангу виходить за межі психології. Його лікують лікарі, а діагностують – патологоанатоми. Набагато ефективнішим було б комплексне лікування фронтівих «хвороб стресу 3-го рангу» за участю не тільки лікарів, а й психологів, фахівців з проблем бойового стресу.

Необхідно зауважити, що стрес 3-го рангу з «самознищувальними» тенденціями виявляється і в спілкуванні людей. Особливо у тих, хто схильний до девіантної («відхильної», злочинної) поведінки, якщо їх «допечуть» обставини життя. Це вбивства і самогубства при так званому «беззаконні», та кримінальні «мокрушні розбірки» з взаємним знищенням (практично з самознищенням) конкуруючих кримінальних угруповань.

### **1.3. Вплив психогенії на формування негативних психічних станів у військових**

Проблемам психічних станів був присвячений ряд наукових робіт фахівців в галузі військової психології та психології діяльності людини в особливих умовах. До них необхідно віднести роботи М. І. Д'яченко (1974); А. В. Барабанщикова, Н. А. Білоусова, В. В. Сисоєва (1982);

А. В. Ответчикова (1991); О. А. Блінова (1999, 2013); О. В. Тімченка (2003); В. В. Ягупова (2004); С. М. Миронця (2007) та інших авторів<sup>11</sup>.

У повсякденному житті в людини проявляється різноманіття психічних станів, люди часто говорять про свої стани душевного підйому та апатії, втоми і бадьорості, стану пригніченості і радості та ін. Виникають всі ці стани в результаті персональної діяльності під впливом різних обставин, вербальних впливів (похвали або лайки, схвалення або крику та ін.), а також особливостей особистих взаємин у військових колективах, психологічної сумісності їх членів та інших факторів. В екстремальних умовах діяльності під впливом психогенів у військових формуються негативні психічні стани.

Психічний стан – цілісна характеристика психічної діяльності, яка є стійкою упродовж визначеного часового проміжку, виявляється у своєрідності протікання психічних процесів залежно від відображення явищ дійсності, попереднього стану і психічних властивостей особистості.

На думку В. Шапара, В. Олефіра та інших авторів психологічного тлумачного словника найсучасніших термінів, поняття психічного стану використовується для умовного виділення в психіці індивіда відносно статичного моменту – на відміну від поняття психічного процесу, який підкреслює динамічні моменти

---

<sup>11</sup> Дьяченко М. И. Психологический анализ боевой деятельности советских воинов. – М., Воениздат, 1974. – 105 с.; Барабаничиков А. В., Белоусов Н. А., Сысоев В. В. Готовность к прыжку с парашютом. – М. : ДОСААФ, 1982. – 216 с.; Ответчиков А. В. Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий: учеб. пособ. – М., ВПА, 1991. – 103 с.; Блінов О. А. Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітряно-десантної підготовки : дис. ... канд. психол. наук : 20.02.02 / Блінов Олег Анатолійович. – К., 1999. – 275 с.; Блінов О. А. Психічні стани військовослужбовців у процесі служби / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України: зб. наук. пр. – К. : НУОУ, 2013. – Вип. 4 (35). – С. 196–201.; Тімченко О. В. Професійний стрес працівників органів внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція) : автореф. дис. ... докт. психол. наук : 20.02.02 / Тімченко Олександр Васильович. – К., 2003. – 27 с.; Ягупов В. В. Військова психологія : підр. – Київ : Тандем, 2004. – 656 с. – Бібліогр. : с. 623-627.; Миронец С. М. Негативні психічні стани та реакції працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України в умовах надзвичайної ситуації : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09 / Миронец Сергій Миколайович. – К., 2007.

психіки, й поняття властивостей психіки, що вказує на сталість проявів психіки, їхню закріпленість і повторюваність у структурі особистості<sup>12</sup>.

До психічних станів відносять: 1) прояви почуттів – настрої, афекти, ейфорію, тривогу, фрустрацію та ін.; 2) прояви уваги – зосередженість, неухважність; 3) прояви волі – рішучість, розгубленість, зосередженість; 4) прояви мислення – сумніви; 5) прояви уяви – мрії.

Предмет спеціального вивчення в психології – психічні стани людей в умовах стресу: 1) в екстремальних умовах – у бойовій обстановці, у зонах техногенних катастроф і стихійних лих; 2) у відповідальних ситуаціях – передстартові стани спортсменів, під час складання іспитів, при необхідності екстреного ухвалення рішення та ін.

Специфіка військової діяльності полягає у прояві різнобічних психічних станів, які характеризують процес військової діяльності. Їх поділяють на позитивні та негативні.

*Основними позитивними психічними станами, які найчастіше спостерігаються у воїнів в умовах військової діяльності, є такі, як: стан впевненості, стан зосередженості, стан підйому, стан готовності до діяльності, стан стриманості, вольової активності та ін.*

*За умов специфіки завдань, наявності психогенії у військових з'являються негативні психічні стани, а саме: напруженість, страх, паніка, тривога, сумнів, ригідність, фрустрація, занепад, неухважність та ін.*<sup>13</sup>.

В умовах військової діяльності часто доводиться зустрічатися з таким психічним станом у військовослужбовців, як стан напруженості. Напруженість обумовлюється різними причинами і присутня на різних рівнях. Насамперед вона продукується (породжується) небезпекою, хоча вона може з'явитися і в результаті переживань, хвилювань ще до того, як воїн потрапляє в небезпечну ситуацію. Аналізуючи різні передумови виникнення напруженості у воїнів, нами була помічена одна деталь: особлива напруженість виникає в особового складу перед діяльністю, яка пов'язана з

<sup>12</sup> Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів. – Х. : Прапор, 2009. – С. 521.

<sup>13</sup> Блінов О. А. Психічні стани військовослужбовців у процесі служби / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України: зб. наук. пр. – К. : НУОУ, 2013. – Вип. 4 (35). – С. 196–201.

безпосередньою загрозою для їхнього життя. В мирний час особовий склад підрозділу знаходиться у цьому психічному стані при здійсненні парашутних стрибків, на тактичних навчаннях з бойовою стрільбою, при киданні ручних гранат та в інших екстремальних умовах виконання службових завдань.

Напруженість характеризується не тільки пониженням, але й підвищенням рівня прояву психічних і фізіологічних функцій організму людини, вона здатна часом навіть активізувати діяльність солдата, сержанта, офіцера. Тільки продуктивна, стійка робота думки, прояв високих вольових якостей дозволяє зробити подібне.

Напруженість психіки, яка виникає в умовах військової діяльності, часто позначається на боєздатності військовослужбовців. Підготовка особового складу до ведення сучасних бойових дій – це підготовка воїнів до дій в будь-яких умовах тактичної обстановки, формування у них здатності вмілого використання її в своїх інтересах, вміння виконати будь-яке поставлене завдання.

Екстремальні умови завжди викликають напруженість психіки людини. Реакція людини на них залежить від ступеня впливу цих умов на психіку військовослужбовця та спроможності людини за допомогою саморегуляції психічних станів зрівноважити їх вплив на людину. Тому командир повинен добре знати, в якому стані знаходяться його підлеглі в той момент, коли їм потрібно буде виконувати відповідні завдання.

Одним із оптимальних шляхів усунення негативного впливу напруженості є багаторазове перебування воїна в умовах небезпеки, тобто йдеться про тренуваність психіки людини щодо подолання впливу зовнішнього середовища. Загартовуючи психіку воїна заздалегідь до зустрічі з небезпекою, ми тим самим попереджаємо виникнення стану напруженості у воїнів в конкретній бойовій ситуації. Багаторазове перебування в небезпечних умовах максимально обмежує вплив напруженості на успішність дій військовослужбовця, сприяє формуванню у нього високої психічної стійкості та психологічної готовності до діяльності.

У стані підйому, бойового настрою воїни будуть ефективніше проявляти самовідданість. У такому психічному стані на воїна найлегше впливати словом. У бойовій обстановці командир повинен

враховувати цю особливість психіки свого підлеглого і вміло користуватися в необхідних випадках.

Враження, переживання солдата спонукають його до дій, вчинків. Вони викликають певні психічні стани, зумовлюють реакцію цього воїна. Наприклад, військовослужбовець перед боєм хвилюється за своє життя, піддається стану тривожного занепокоєння, відчуває інколи невпевненість у своїх силах. У роки Великої Вітчизняної війни, за оцінками фахівців, в деяких підрозділах перед боєм такий стан, як готовність до бою, була встановлена у 60 % військовослужбовців; стан тривоги, сумніви – у 15 % воїнів; пасивність, байдужість – у 15 % особового складу, стан установки на смерть – у 10% військовослужбовців<sup>14</sup>.

У складній ситуації окремі воїни можуть бути піддані також і страху – афективному психічному стану. Стан страху може проявлятися у воїна у формі занепокоєння, тривоги, переляку, а також жаху. Прояв різновидів страху залежить як від якостей особистості військовослужбовця, так і специфіки і рівня подразників, які впливають на нього.

У подібному психічному стані нервова система воїна має дуже високу напруженість. Чоловік у стані страху може заціпеніти, з'являється відчуття спраги, тремор у кінцівках і такий стан, коли «зуб на зуб не потрапляє». Інколи людина свідомими вольовими зусиллями не спроможна своєчасно подолати цей тремор. Це свідчить про дуже високий стан напруженості нервової системи людини. Після такого психічного стану у воїна інколи спостерігається сильний занепад сил, порушується перебіг психічних процесів.

Аналізуючи спеціальну літературу, а також досвід фахівців з психології бойової активності військовослужбовців, літературу з проблем фізичної культури, яка присвячена стартовим станам у спортсменів, було встановлено, що в більшості випадків при виникненні станів неспокою, тривоги, страху і навіть панічних станів в особового складу частин і підрозділів спостерігалася скутість рухів або неупорядкована активність, паралізація здатності до усвідомлених дій.

Психічний стан страху проявляється в окремих воїнів ще до

---

<sup>14</sup> *Ответчиков А. В.* Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий: учебн. пособ. – М., ВПА, 1991. – 103 с.

початку ведення бойових дій. Спочатку у них появляється занепокоєння, тривога, спостерігається розгубленість. Чи можна помітити якісь зовнішні прояви у поведінці таких військовослужбовців? Так, можна. Їх поведінка характеризується, як правило, підвищеним ступенем метушливості, зайвим поспіхом, підвищеним потовиділенням, дефекацією організму порівняно з повсякденною діяльністю у звичайних умовах. Такі воїни найчастіше відмовляються вживати їжу, пояснюючи це тим, що вони втратили будь-який апетит та ін. Приклади цьому можна вдалосталь знайти в роботах Г. Шумкова, М. Д'яченка, М. Коробейнікова, Н. Феденка, О. Караяні, А. Маклакова та інших авторів<sup>15</sup>.

Страх може викликати і панічний стан. Паніка – це афект, що розвивається раптово при несподіваному уявленні людиною загрози для її життя, вона швидко поширюється шляхом психічного зараження на цілі підрозділи.

У разі появи окремих ознак панічного стану основне завдання командирів та їхніх заступників з гуманітарних питань полягає в тому, щоб, спираючись на моральні, фізичні і фізіологічні особливості своїх підлеглих, розуміти і відчувати їх настільки, щоб не допускати появи навіть щонайменших ознак сумнівів щодо успішного завершення бойового завдання. Особливо це стосується командирів таких підрозділів, як: відділення, взвод, рота.

Під час долаття труднощів у службових справах військовослужбовець буває іноді незадоволений собою, тому у нього може спостерігатися в цей момент стан занепаду. Це такий психічний стан, при якому будь-які службові негаразди підривають сили

---

<sup>15</sup> *Блінов О. А.* Особливості управління страхом людини заради виконання професійних завдань у небезпечних умовах для його життя / Матеріали Третьої Всеармійської наук.–практ. конф. [«Актуальні проблеми становлення особистості професіонала в ризиконебезпечних професіях»], (К., 26 травня 2011 р.) / Мін–во оборони України, Нац. ун-т оборони України. – К. : НУОУ, 2011. – С. 24–26.; *Блінов О. А.* Подолання страху людиною в складних умовах праці / Актуальні проблеми психології діяльності в особливих умовах: Мат. VI Всеукр. Наук.–практ. конф. 20 квітня 2011 р.; за заг. ред. О.В. Петренка. – К. : НАУ, 2011. – С. 5-6.; *Блінов О. А.* Страх як мотивуючий чинник виконання службових завдань військовослужбовцями / Тези доповідей VIII Міжнар. наук.-практ. конф. «Військова освіта і наука: сьогодення та майбутнє» [Текст] ; за заг. ред. В.В. Балабіна, 23 листопада 2012 р. – К. : ВІКНУ, 2012. – С. 182.



військовослужбовця, спостерігається ослаблення сили волі, присутній поганий настрій, як кажуть «опускаються» руки, з'являється невіра у власні сили, цього військовослужбовця нічого не цікавить. А в період бойових дій такий психічний стан особливо небезпечний, так як він може бути основою для виникнення в інших воїнів небажаних психічних станів.

Людина у стані тривоги і сумніву втрачає здатність зосередитися на конкретному завданні, перестає бачити особливості бойової обстановки, діє імпульсивно, його охоплюють різні почуття. Багаторазове перебування воїна в небезпечній обстановці знімає пригнічуючий вплив напруженості на психіку людини. Це положення доведено експериментальними дослідженнями<sup>16</sup>.

Іноді зняття пригнічуючого впливу напруженості на психіку людини проходить повільно, воїн знаходиться ніби у стані заціпеніння. Такий стан називається ригідністю. Для ригідності характерна інертність у переживаннях, невіддатливість до змін обстановки, складність її переключення відповідно до сформованої бойової обстановки. Вона виникає лише в тих випадках, коли є необхідність у змінах і воїн не може змінитися.

Головними умовами щодо запобігання стану ригідності є, перше, спонукання та залучення військовослужбовця до активної діяльності у службових справах, намагання не залишати його наодинці з самим собою, поза спілкуванням з товаришами і друзями, а також командним складом підрозділу і, по-друге, повинні бути добре сформовані вольові якості і характер воїна.

---

<sup>16</sup> *Блінов О. А.* Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітряно-десантної підготовки : дис. ... канд. психол. наук : 20.02.02 / Блінов Олег Анатолійович. – К., 1999. – 275 с.

## РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА РОЗРАХУНКИ ПСИХОГЕННИХ ВТРАТ

---

### 2.1. Причини появи бойових психічних травм та їх прояви у воїнів

Під час бойової діяльності у військовослужбовців в результаті впливу факторів бойової обстановки можуть виникати порушення психіки, які призводять до часткової або повної втрати їх бойового потенціалу<sup>17</sup>.

Психічні травми продукуються бойовим (травматичним) стресом. Він є формою аварійного пристосування військовослужбовця до стрес-факторів бойової обстановки і має місце тоді, коли гіперстресор або симптоми деструктивного стресу накопичилися до критичного рівня і перевершили адаптивні можливості (рівень психічної стійкості) військовослужбовця<sup>18</sup>.

Наприклад, американські фахівці виділяють такі стресори і розглядають їх як такі, що призводять до травматичних подій. Вони викликають у індивіда чи групи інтенсивні почуття страху, жаху, безпорадності і безнадійності<sup>19</sup>.

Основною функцією травматичного стресу також є пристосування до умов бойової обстановки, яка постійно змінюється, але вже не для того, щоб виконати бойове завдання, а для того, щоб врятувати організм. Здійснення такого порятунку неможливо тими ж

---

<sup>17</sup> *Блінов О. А.* Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – 36 с.; *Іванов Д. А., Іванцова Г. В., Ричка О. В.* Організація надання медико-психологічної допомоги у збройних силах США на театрі воєнних дій // Психічне здоров'я. – 2005. Вип. 2 (7). – С. 72–76.; *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.; *Решетников М. М.* Психическая травма. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. – 334 с.

<sup>18</sup> *Караяни, А. Г.* Настольная книга военного психолога : практич. пособие / А. Г. Караяни. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 332 с.

<sup>19</sup> *Field Manual FM 6–22.5.* Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers.

ресурсами, якими здійснюється звичайна бойова адаптація, тому людський мозок винаходить найвитонченіші способи самоврядування. Самий кардинальний серед цих способів – бойова психічна травма.

Для того щоб зрозуміти сутність бойової психічної травми розглянемо основні підходи до її розуміння.

Наприклад, Зігмунд Фрейд, в рамках психоаналітичного підходу, уявляв психічну травму як прорив якогось гіпотетичного захисного шару психіки зовнішнім травматичним агентом, який проник в психічну структуру людини і дезорганізував психічну діяльність зсередини. При цьому Фрейд вважав, що подія може стати травматичною лише тоді, коли людина: надає їй травматичного сенсу, не реагує на подію активними діями, не отримує соціальної підтримки з боку оточуючих<sup>20</sup>.

Роні Янофф-Булман розглядає психотравму з позицій когнітивного підходу. Вона зазначає, що в процесі життя у людини формується система базових цінностей, що стосуються розуміння навколишнього світу і себе в ньому. У число цих цінностей входять уявлення про те, що неперсональний світ і оточуючі люди переважно доброзичливі; людина може контролювати події, які відбуваються з нею; світ влаштований переважно справедливо, в ньому є місце випадковості та удачі; людина може контролювати свої дії<sup>21</sup>.

Під впливом гіперстресорів бойової обстановки ця система може відразу зруйнуватися. Військовослужбовець одного разу виявляє себе в дуже ворожій обстановці, де смерть чекає його на кожному кроці у вигляді ракет, бомб, снарядів, мін, вогню, радіації, отруйних газів, бойових лазерів та ін. Він усвідомлює, що велика кількість людей, які позначаються загальним словом «ворог», цілеспрямовано розшукує його з єдиною метою – вбити. Виявляється, що управляти своїми спонуканнями, емоційними станами, вчинками можна далеко не завжди, а контролювати зовнішні події практично неможливо. Для того ж, щоб вірити в удачу, потрібно бути відчайдушним оптимістом. Розпад системи базових цінностей, що

---

<sup>20</sup> Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // «Я» и «Оно»: труды разных лет / З. Фрейд; пер. с нем Голлербах Л. – Кн. 1. – Тбилиси, 1991. – С. 71-138.

<sup>21</sup> Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. – М., 2012. – С. 52.

супроводжується аварійним витрачанням енергетичних, психологічних, духовних ресурсів адаптації, зломом системи психологічної стійкості воїна, і є психічною травмою.

В рамках анатомо-фізіологічного підходу психічна травма є вогнищем патологічної регуляції адаптивної активності, яка формується в центральній нервовій системі. Головна функція цього мозкового механізму – самопорятунок шляхом втечі від страху і жаху війни в хворобу, в нездатність продовжувати участь в бойових діях<sup>22</sup>.

Військовослужбовець може занурюватися в рятівну хворобу на різний час і на різну «глибину». На глибині невротичного рівня розладів військовослужбовець може страждати астеничними, депресивними, істеричними та іншими синдромами, які гостро проявляються і супроводжуються помітним зниженням критичної оцінки того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності.

До симптомів бойової психічної травми можна віднести наступні (див. таблицю 4).

Більш глибока втеча учасника бойових дій в хворобу може привести його на психотичний рівень психотравматизації, де проявляються реактивні і затяжні психози. Воїн може впадати в гострі афективно-шокові реакції з тривалим порушенням, або загальмованістю, впадати в повну нерухомість, страждати порушеннями серцево-судинної, ендокринної, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту та ін. Тривога, страх, депресія, грубі порушення інтелекту, зорові і слухові галюцинації, марення та інші симптоми можуть на короткий або тривалий час позбавляти військовослужбовця можливості правильно відображати дійсність і викликати повну втрату боєздатності.

Описаний процес підпадає під дію своєрідної закономірності: чим глибше психопатологія розладів, тим менша кількість військовослужбовців страждає від нього.

Розгляд феноменології бойової психічної травми та основних наукових підходів до її розуміння дозволяє нам дати її узагальнене визначення.

---

<sup>22</sup> Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.

**Бойовою психічною травмою** є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки. Це значне переживання, яке викликане короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, яка може призвести до розладів психіки різного ступеня складності. Це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

Орієнтовний процес появи і розвитку бойової психічної травми поданий на схемі 1.

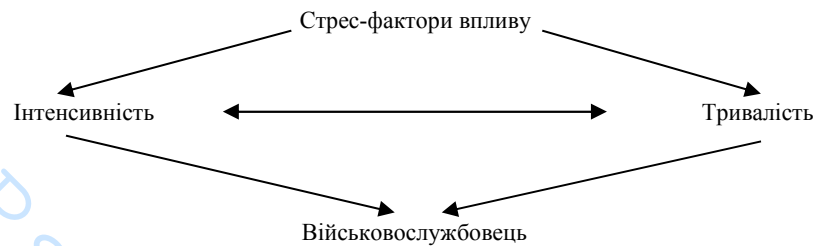


Схема 1. Схема появи і розвитку бойової психічної травми

Специфіка бойової психічної травми вимагає впровадження обґрунтованих методів її діагностики, лікування і реабілітації потерпілих, виконання широкого комплексу завдань психопрофілактики.

Зміст психічної травми зовсім не обов'язково включає компонент події, що відбулася. Визначальним є інформаційно-семантичний аспект психотравми, що полягає в когнітивній негативній оцінці ситуації як вже існуючої, так і прогнозованої, але від цього не менше емоційно обтяжливою.

Тому до категорії бойової психічної травми повинні бути віднесені і зміни психічного стану у військовослужбовців, які чекають відправлення в район бойових дій. У цих випадках часто спостерігаються різноманітні стресові реакції, які починаються з елементарних психовегетативних і закінчуються розгорненими картинами психічних розладів.

Бойові психічні травми неминуче супроводжуються іншими видами

бойових травм, наприклад, хірургічних. Звичайно, психопатична симптоматика розвивається не у всіх поранених. Але ті з них, у яких вона отримала свій розвиток, повинні підлягати своєчасному лікуванню. Тому всебічний прогноз санітарних втрат психіатричного профілю обов'язково проводиться з урахуванням і таких категорій уражених.

Основні симптоми бойових психічних розладів, отримані безпосередньо на полі бою або при тривалій участі в бойових діях, наведено в таблиці 4.<sup>23</sup>

Таблиця 4

**Симптоми бойових психічних травм, які викликані високою нервово-психічною напругою на полі бою**

| Поведінка  | Психічний рівень  | Тілесний рівень   |
|--|---|---|
| <i>Гіперактивна форма:</i>   |   |   |
| Метання у пошуках укриття, агресивність, істеричний сміх або плач, крики в поєднанні із підвищеною активністю, дратівливість і злість, агресивність щодо оточуючих | Нездатність концентрувати увагу, часткова або повна втрата пам'яті, утруднення запам'ятовування інформації, підвищена чутливість до шуму, світла і запаху | Ослаблення зору і слуху, часте сечовипускання, розлад шлунку, прискорене, переривисте дихання, порушення циркуляції крові, що призводить до анемії ступнів ніг і кистей рук         |
| <i>Загальмованість:</i>  |   |   |
| Стан ступора, апатія, загальмованість рухів, непритомні стани  | Порушення логіки і швидкості мислення, порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій, ослаблення волі, зорові і слухові галюцинації              | Сильна напруга м'язів, прискорене серцебиття, тиснучі болі у ділянці серця і в грудній клітці, болі в попереку, болі хірургічних шрамів, старих ран, неконтрольоване слиновиділення |
| <i>Загальні симптоми:</i>  |   |   |
| Лякливність, регрес віку (дитячі реакції), незв'язне мовлення, сильне тремтіння  |   |   |

<sup>23</sup> Висоцкий В. И., Звездин В. М., Курьята В. И. и др. Организация и содержание деятельности центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей: учебно-метод. пособ.; под общ. ред. В. И. Ключникова. – М.: ГУВР ВС РФ, 2003.

Наведений список симптомів не вичерпує їх переліку. В кожному випадку конкретні прояви БПТ переважно залежать від умов бою, індивідуально-психологічних і групових особливостей особового складу та ін.

Такі психічні розлади стали вивчати психіатри. У різний час психічні розлади бойової обстановки позначали термінами «травматичний невроз», «військовий психоневроз», «бойова втома» та ін. Розвиток навчання про клініку і патогенез психічних розладів воєнного часу нерозривно зв'язаний з іменами В. М. Бехтерева, П. Б. Ганнушкіна, А. В. Гервера, В. А. Гіляровського, Ф. І. Іванова, Б. П. Осипова, С. А. Суханова, Г. Е. Сухаревої, Е. А. Шевалева, Г. Е. Шумкова і багатьох інших видатних психологів і психіатрів.

В останні роки в закордонній і вітчизняній практиці психічні розлади воєнного часу розглядають крізь призму «бойових стресових розладів». В Україні питання бойової патології вивчаються на кафедрі суспільних наук Національного університету оборони України імені Івана Черняховського, а також кафедрі військової терапії Української військово-медичної академії (курс психіатрії).

Бойові психічні травми в 3–4 рази збільшують психічну захворюваність в армії і на 10–50% послаблюють боєздатність військовослужбовців збройних сил. Нині прийнято вважати, що в умовах сучасної війни питома вага захворювань психоневрологічного профілю складе близько 10% загального числа хворих. Середньодобові санітарні втрати за рахунок гострих реактивних станів можуть скласти не менше 0,1–0,2% від чисельності військ, до яких застосовуються або можуть бути застосовані засоби масового ураження<sup>24</sup>. Крім того, бойові стресові розлади спостерігаються в 20–30% потерпілих хірургічного і терапевтичного профілів.

Сучасні бойові дії будуть характеризуватися ні з чим не порівняними втратами людей. Саме в цих умовах особливо гостро встануть питання поповнення особового складу. Одним із головних джерел такого поповнення може бути повернення до підрозділів

---

<sup>24</sup> *Блінов О. А.* Прогнозування психогенних втрат // Зб. наукових праць КВГІ. – К. : КВГІ, 1998. – № 1 (6). – С. 9–15.

певних контингентів уражених у боях після їх реабілітації.

Під санітарними втратами психоневрологічного профілю потрібно розуміти хворих і уражених різними видами зброї, у яких єдиним або провідним синдромом хворобливого стану, захворювання (ураження) є нервово-психічні порушення.

Серед них буде немало комбінованих уражень (поєднання легких травм, опіків, поразок отруйними речовинами, гострими реактивними станами, закритою травмою головного мозку та ін.).

Умовний розрахунок втрат психоневрологічного профілю у відсотках щодо загального числа санітарних втрат поданий у таблиці 5<sup>25</sup>.

Таблиця 5

**Втрати психоневрологічного профілю у відсотках  
щодо загального числа санітарних втрат**

| Вид зброї або ураження | Питома вага втрат |
|------------------------|-------------------|
| Ядерна                 | 5,0               |
| Вогнепальна            | 3,0               |
| Хімічна                | 9,0               |
| Хворі                  | 10,0              |
| Гострі реактивні стани | 0,1–0,2           |

Експерти вважають, що значні втрати в живій силі за рахунок бойових психічних травм на фоні втрат (поранених й убитих) негативно позначаються на боєздатності військ, здійснюють значне навантаження на різні етапи медичної допомоги, причому в основному в зоні бойових дій.

Відзначена пряма залежність кількості випадків і складності симптомів бойових психічних травм від тривалості і напруженості

<sup>25</sup> Висоцкий В. И., Звездин В. М., Курьята В. И. и др. Организация и содержание деятельности центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей: учебно-метод. пособ.; под общ. ред. В. И. Ключникова. – М.: ГУВР ВС РФ, 2003.



бою, а також від уражаючої дії використаної ворогом зброї.

У цілому цей вид санітарних втрат набуває найбільшого поширення там, де вище бойове навантаження на особовий склад, сильніше відчуються фактори стресу, ймовірна реальна (або передбачувана) небезпека отримати поранення або бути убитими.

Упродовж періоду накопичення емпіричного та теоретичного матеріалу з цієї проблеми у 80-х роках ХХ століття виникла нова галузь психологічної науки – психологія травматичного стресу. Найбільшого поширення та розвитку вона набула у США, Великій Британії, Франції, Ізраїлі, а згодом і в Росії. Відтоді стресові наслідки почали вивчати не взагалі, а як наслідки бойового стресу, які виникають безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після певного періоду. Було встановлено, що виникненню бойових психічних травм сприяє *психічне перевантаження воїнів у бойовій обстановці; бойові, фізіологічні перевантаження; умови бойової діяльності.*

До основних факторів *психічного перевантаження воїнів у бойовій обстановці належать:*

- постійна реальна загроза життю;
- жорстка відповідальність за виконання бойового завдання;
- недостатність і невизначеність інформації, що надходить;
- дефіцит часу під час ухвалення рішення;
- невідповідність рівня військово-професійної підготовленості воїна реальним умовам бойової діяльності;
- негативна психологічна установка воїна до дій у бойових умовах;
- кумулятивний і індуційований варіант перебігу реакцій у групах людей, наприклад, миттєве поширення паніки серед воїнів;
- повна або часткова ізоляція воїнів від основних сил тощо та ін.

*Бойові, фізіологічні перевантаження:*

- фізичне виснаження у результаті перенапруження та порушення режиму харчування;
- порушення режиму сну.

*Умови бойової діяльності:*

- виконання розпорядку дня і дисциплінарних вимог;
- організація побуту, забезпечення потреб і запитів воїнів;
- незвичні умови служби та бойових дій (клімат, погода, місцевість);

– переживання особистого характеру.

Знання цих причин практично визначає основні напрями роботи з психогієни, психопрофілактики та психологічну реабілітацію воїнів.

Наприклад, за американськими даними, 30% усіх ветеранів В'єтнамської війни мали виражені посттравматичні стресові реакції упродовж всього їх життя. У 1988 році у 15,2% ветеранів-чоловіків і 8,5% жінок було зареєстровано посттравматичні стресові розлади. Серед національних меншин ці відсотки більші: 27,9% серед іспаномовних ветеранів, 20,6% – ветеранів негритянського походження. Досвід В'єтнамської війни був використаний під час підготовки американських військ у Перській затоці.

У зв'язку з цим усі стрес-фактори, які викликають бойові психічні травми, американськими вченими були поділені на три групи:

– стресори бойової обстановки (загроза життю, отримання поранень), що діють на військовослужбовців, які беруть участь у спеціальних підрозділах і виконують бойові завдання на території ворога;

– небойові стресори бойової обстановки (смерть солдатів ворога, страх перед застосуванням ворогом ракетних ударів або атак з використанням хімічної та біологічної зброї, очікування наземних бойових дій, загальні негативні умови життєдіяльності у пустелі та ін.);

– стресори, що пов'язані з відправкою у зону бойових дій (ізоляція від родини, близьких, друзів, товаришів по службі, особливо це стосується військовослужбовців, які призвані із запасу).

Унаслідок дії цих стрес-факторів у воїнів виникають труднощі з функціонуванням психіки. Можна навести таку психологічну кваліфікацію розладів їхньої психіки у бойових умовах:

1. Розлади психіки, провідною ознакою яких є фобія – патологічний страх, характерними симптомами якого є серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок тіла, мимовільне відділення сечі та калу, параліч кінцівок, заїкання, німота.

Можна виділити три основні клінічні форми страху:

– *рухова* – виявляється у неконтрольованих діях і рухах, наприклад, втеча від небезпеки;

– *ригідна* – виявляється пасивністю, недостатністю миміки, байдужістю, окляканням;

– *прихована* – виявляється у гарячковій пасивності, безглуздій активності, які призводять до зриву виконання бойового завдання, у

штабах така форма активності паралізує результативну роботу, породжує протилежні накази, розпорядження тощо.

Коллективною формою страху є паніка – стан масового страху перед реальною або уявною небезпекою, яка наростає у процесі взаємної індукції, що блокує здатність воїнів реально оцінювати обстановку, мобілізацію вольових ресурсів і організацію спільних цілеспрямованих дій.

2. Бойовий шок і бойове стомлення. Бойовий шок має три стадії:

– *перша* розвивається упродовж кількох годин, діб і характеризується почуттям тривоги, що поступово зростає страхом і погіршенням настрою;

– *друга*, гостра, продовжується від кількох днів до кількох тижнів і проявляється розвитком психосоматичних порушень невротичного характеру;

– *третья*, хронічна, характеризується тривалою, психічною декомпенсацією із змінами особистості.

Під бойовим стомленням розуміють психічні розлади, які виникають у воїнів через кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

3. В окрему групу можна виділити так звані посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що виникають після деякого часу. Посттравматичний синдром включає групу психічних розладів, які виникають внаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта «витіснити» із свідомості найбільш несприятливі епізоди.

Основні форми прояву посттравматичного синдрому:

– ослаблення пам'яті і труднощі конкретизації уваги, постійна підвищена настороженість, думки про самогубство, почуття постійної стомленості, неспроможність концентрувати увагу, труднощі засинання і порушення сну;

– часткова або повна соціальна дезадаптація, зловживання алкоголем, прийом наркотиків, головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади, спалахи гніву і агресії щодо інших людей або предметів;

– сні і нав'язливі спогади, що повторюються, про психотравмуючі події, які іноді асоціюються із якими-небудь вчинками, подіями;

- прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, які можуть нагадати психотравмуючі обставини;
- нездатність відтворити в пам'яті події, супутні психотравмуючій ситуації; втрата інтересу до значущих раніше форм життєдіяльності (наприклад, до спорту);
- відчуття «укороченого майбутнього», нездатність до співпереживання з іншими людьми, до сімейного життя.

Ми пропонуємо наступну класифікацію бойових психічних травм за ступенем їх важкості<sup>26</sup>:

- легкого ступеня (I ст.) – виявляються у надмірній дратівливості, замкненості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності (короткочасні психологічні реакції);
- середнього ступеня (II ст.) – характеризуються легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, страхом;
- важкого ступеня (III ст.) – характеризуються порушеннями слуху, зору, координації рухів і психомоторними розладами від безглузких вчинків до розвитку ступору.

Фізичні втрати особового складу розподіляються на санітарні і безповоротні<sup>27</sup>.

У свою чергу санітарні втрати розподіляються на:

- військовослужбовців, які отримали бойові психічні травми внаслідок впливу психогенів, але вони не мають поранень організму;
- воїнів, які були поранені під час бойової діяльності.

Безповоротні втрати – це військовослужбовці, які з різних причин не спроможні повернутися у свої підрозділи. До їх складу належать вбиті воїни, також ті, що за рішенням військово-лікарських комісій не придатні до проходження військової служби: покалічені, військовослужбовці з реактивними станами (реактивними психозами) тощо.

---

<sup>26</sup> Блінов О. А. Групи бойових психічних травм у військовослужбовців / О. А. Блінов // Матеріали Всеукр. наук.-теорет. конф. «Сучасні тенденції та перспективи розвитку освіти і науки у вищих навчальних закладах України» (12 травня 2006 року). – Хмельницький: Видавництво Національної академії Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького, 2006. – С. 173.

<sup>27</sup> Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – С. 16.

Наданий розподіл дозволяє:

- розподілити потік поранених і травмованих у медичні осередки і заклади;
- на основі використання можливостей сучасної психології і психіатрії прискорити повернення військовослужбовців з психічними стресовими розладами до своїх підрозділів і таким чином більш раціонально використовувати бойовий потенціал військовослужбовців.

Таким чином, БПТ є наслідком сильного переживання воїном стрес-факторів бойової обстановки і викликають тимчасовий розлад психіки, що призводить до часткової або повної втрати боєздатності. Повністю уникнути БПТ серед військовослужбовців в бойовій обстановці неможливо, проте за допомогою психопрофілактичних заходів через своєчасне надання психологічної допомоги можна знизити відсоток психогенних втрат.

## **2.2. Психічні реакції і захворювання, які виникають у наслідок бойових дій**

У зоні бойових дій військовослужбовець постійно перебуває у стані стресу. Виділяють наступні реакції організму людини на вплив екстремальних умов бойових дій (стан бойового стресу): психологічні реакції; дезадаптивні реакції; гострі афективні реакції; преневротичні реакції; невротичні реакції; патохарактерологічні реакції; гострі реактивні психози<sup>28</sup>.

Довготривала напруга фізіологічних і психологічних функцій приводить до послаблення захисних сил організму людини. Результатом є травматизація психіки і виникнення у неї різних розладів психогенного характеру. Всі розрахунки, починаючи з Франко-Пруської війни 1871 року, засвідчують, що захворювання психіки у воєнний час значно збільшуються (див. таблицю 6)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учеб. пособ. / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – С. 36.

<sup>29</sup> Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – С. 4.

**Бойові та психогенні втрати армій воюючих держав  
в XIX – XX ст.**

| Війни і держави                                    | Брало участь осіб | Вбито     |     | Психогенні втрати |                   |
|--|-------------------|-----------|-----|-------------------|-------------------|
|  |                   | Кількість | %   | Кількість         |                   |
| Франко-Пруська<br>1870–1871 рр.<br>Пруссія         | 1113000           | 17000     | 1,5 | 4800              | 0,37-<br>0,51     |
| Війни і держави                                    | Брало участь осіб | Вбито     |     | Психогенні втрати |                   |
| Англо-Бурська<br>1899–1902 рр.                     | 448000            | 6000      | 1,3 | 11200             | 2,5               |
| Балканські війни<br>1912-1913 рр.<br>Болгарія      | 660000            | 44900     | 6,8 | 2200              | 0,33              |
| Греція   | 300000            | 12000     | 4   | 300               | 0,1 <sup>30</sup> |
| Російсько-Японська<br>війна 1904–1905 рр.<br>Росія | 1365000           | 25000     | 1,8 | 17800             | 1,3 <sup>31</sup> |

За три роки Першої світової війни із російської армії були евакуйовані в тил не менше 35000 психічно хворих людей. Статистика всіх без винятку психіатричних організацій показує, що кількість психозів в основному збільшується за рахунок психогенних реактивних форм, тобто захворювань, пов'язаних з участю в боях (60% всіх евакуйованих). Психічна захворюваність, за неповними даними, під час Першої світової війни була не менше 1,5% на рік. Тобто, вона майже в два рази перевищувала захворюваність мирного часу<sup>32</sup>.

Щодо громадянської війни дані відсутні. В. П. Осипов (1934) пов'язує це з масштабною маневреністю військ і недостатньою організацією психоневрологічної допомоги. Психічно хворим надавалась допомога у стаціонарних цивільних лікарнях.

<sup>30</sup> Без втрат у флоті.

<sup>31</sup> При неповному обліку.

<sup>32</sup> Бондарев Н. И. Организация психиатрической и психоневрологической помощи в Красной Армии во время войны; под ред. В. П. Осипова. – Л. – М. : ОГИЗ, 1934. – С. 126–129.

Під час Першої світової війни майже 2 млн. американських солдатів брали участь в бойових діях у Європі. Із них 116510 загинули в боях, 204002 були поранені, 106000 звертались за медичною допомогою з різних приводів у зв'язку з розладами психіки. Із останніх 69394 мали такий ступінь психічних розладів, що були евакуйовані додому і визнані повністю небоєздатними, а 35600 були небоєздатними тривалий період і госпіталізовані на термін до кількох місяців (див. таблицю 7)<sup>33</sup>.

Таблиця 7

**Співвідношення бойових і психогенних втрат армії США в різних війнах**

| Війни               | Брало участь осіб | Вбито            |     | Психогенні втрати                                   |      | Співвідношення бойових і психогенних втрат |
|---------------------|-------------------|------------------|-----|---|------|--|
|                     |                   | Кількість        |     | Кількість   | %    |  |
| Перша світова війна | 2 млн.            | 116 тис.         | 5,8 | 159 тис.  | 7,9  | 1 : 1,37                                   |
| Друга світова війна | 11 млн.           | 407 тис.         | 3,7 | 504 тис. <sup>34</sup><br>+ 1393 тис. <sup>35</sup> | 17   | 1 : 4,69                                   |
| Війна у Кореї       |                   | Дані не знайдені |     |   | 24,2 |  |
| Війна у В'єтнамі    | 1,5 млн.          | 58 тис.          | 3,2 | 450 тис.<br>+ 50 тис. <sup>36</sup>                 | 30   | 1 : 7,76                                   |

Переконливішими є дані стосовно психічних втрат під час Другої світової війни. Більше мільйона людей в армії США (1333000) пережили такі сильні психічні потрясіння, що це вивело їх з ладу на деякий час. Тільки в наземних силах сухопутних військ США (не враховуючи особового складу армійської авіації, морської піхоти і ВМС) 504000 осіб тимчасово були виключені з бойових дій внаслідок

<sup>33</sup> Тимченко А. В. Психогенії в екстремальних умовах. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: метод. пособ. – Харьков, 1995. – С. 82.

<sup>34</sup> Виведені із строю з відправкою із діючої армії.

<sup>35</sup> Мали тимчасові психічні розлади з лікуванням в медичних установах діючої армії.

<sup>36</sup> 50 тис. ветеранів В'єтнамської війни закінчили життя самогубством. За деякими даними, їх число наближається до 100 тис. осіб.

психічних травм. Такої кількості особового складу достатньо для формування 50 бойових дивізій. З цієї кількості 330000 осіб були демобілізовані з діагнозом «психічний розлад». Тільки із бойових частин наземних сил, які знаходились в Європі, 596000 осіб були госпіталізовані внаслідок психічних розладів на термін до кількох місяців. Ще 464500 осіб отримали медичну допомогу безпосередньо на полі бою, не залишаючи свої підрозділи.

У Другій світовій війні співвідношення особового складу бойових і тилових частин в армії США складало 1:12. За чотири роки війни не більше 800000 військовослужбовців американських наземних сил брали безпосередньо участь в бойових діях. Із них 37,5% дістали травми такої сили, що були повністю виведені з ладу і демобілізовані.

Згідно з А. М. Свядоцем (1952), хворі психогеніями (неврозами і реактивними психозами) складали незначну кількість від загальної кількості хворих, що були направлені упродовж року в польовий психіатричний госпіталь під час Великої Вітчизняної війни.

У зв'язку зі створенням в 1943 році у Червоній Армії спеціалізованих нервово-психіатричних госпіталів і відділень кількість осіб з психічною патологією, евакуйованих у тил, стала меншою. Так, на Західному фронті вона зменшилась з 60-70 % в 1941 році до 7-16 % в 1943 році (у відсотках від загальної кількості хворих з цим видом патології). Значно збільшився і показник повернення до лав осіб, що перенесли невротичні і реактивні стани. Так, на Першому Прибалтійському фронті він зріс з 27,4 % в 1941 році до 66,1 % в 1942 році.

Під час Другої світової війни в армії США були проведені обстеження особового складу більш як 400 рот, які брали участь у боях або безпосередньо знаходились в зоні бойових дій в Європі. З'ясувалося, що з бійців, які кожний момент бойових дій повинні використовувати зброю (гвинтівки, карабіни, гранатомети, міномети та ін.), всього лише 15 % вели вогонь по ворогу. Якщо до цієї малої частки безпосередньо дієдатних бійців додати тих, хто проявляє певну особисту ініціативу (наприклад, вибирає кращу позицію для стрільби та ін.), то кількість реальних учасників бою можна означити в межах 25 %. Тобто це означає, що з чотирьох солдатів тільки один є реальним учасником бою.

Аналогічні дані були отримані в 1944 році у ВПС США. Було опитано 2000 офіцерів і 2500 рядових та сержантів всіх основних



спеціальностей: льотчиків-винищувачів, льотчиків-бомбардувальників, штурманів, стрільців-радистів на предмет виявлення і характеристики симптомів страху, частоти його виникнення, інтенсивності прояву і чинників, що його породжують. Незалежно від посади і звання, на питання, чи бояться вони чогось під час бойових дій, 33 % офіцерів і 42 % солдатів, відповіли, що зазнають страху під час кожного бойового вильоту; 62 % офіцерів і 71 % солдатів – приблизно в половині бойових вильотів<sup>37</sup>.

Мабуть, дією цього негативного стану можна пояснити те, що на 1 % льотчиків-винищувачів випадало 40 % знищених літаків супротивників. Значна кількість льотчиків не збили жодного літака і навіть не робили спроби це зробити. Пояснення такій пасивності тільки одне – страх.

Серед військовослужбовців армій провідних капіталістичних держав психічні розлади зустрічаються частіше. Переважаючою формою патології є психогенії, що було частково помічено під час бойових дій в Кореї (1950–1953), В'єтнамі (1964–1973) і на Близькому Сході (1973). За даними Тиффани і Аллертон (W. J. Tiffidny, W. S. Allerton, 1967), кількість психічних захворювань серед військовослужбовців армії США з 1951 р. по 1965р. збільшилась утричі.

У корейській війні рівень психогенних втрат в армії США був набагато нижчим, ніж в Першій і Другій світових війнах. У початковий період рівень таких втрат був вищий, ніж в цих війнах. Коли був прорваний фронт, у військах налічувалось кілька медичних пунктів і наявний спеціально підготовлений медперсонал. У перший рік війни рівень психогенних втрат складав 250 на 1000 або був майже в 7 разів вищий, ніж в середньому за всі роки Другої світової війни. Через стабілізацію бойових дій і прибування на фронт спеціальних груп, укомплектованих фахівцями-психіатрами, психогенні втрати зменшились до 70 на 1000 в 1951 році, до 22 на 1000 у першому півріччі 1953 року. Середній рівень психогенних втрат – 32 осіб на 1 тис. був набагато нижчий, ніж під час Другої світової війни.

Із 1587040 осіб, які проходили службу в Кореї під час війни, 33629 загинули під вогнем противника і 109284 отримали поранення.

---

<sup>37</sup> Мокор П. Х. Военная психология и реальность боя // Современная буржуазная военная психология; под ред. А. В. Барабанщикова, Н. Ф. Феденко. – М. : Воениздат, 1964. – С. 50–51, 58–59.

Кількість осіб, які офіційно звернулися в медичні установи з приводу лікування різних захворювань, складала 48002, а це перевищує кількість осіб, що загинули в цій війні. Шансів отримати психічну травму було майже в 1,5 рази більше, ніж загинути від кулі. Проте із загальної кількості людей, що пройшли війну в Кореї, 17 % були вбиті, а 24,2 % отримали психічні травми такого ступеня важкості, що був потрібний тривалий час, щоб вони повернулися до лав.

Із загальної кількості американців з 2,8 млн. осіб, які пройшли через В'єтнамську війну за 10 років, лише невелика частка (біля 280 тис.) безпосередньо брала участь у бойових діях. Середній рівень психогенних втрат склав 12 на 1 тис. осіб з тих, хто брав участь у боях, тобто 35200 осіб звернулись за медичною допомогою зі скаргами на розлади психіки. На низьку інтенсивність бойових дій вказує той факт, що із 2,8 млн. осіб американських військовослужбовців, що побували за цей період у В'єтнамі, 45735 були вбиті в бойових діях, що склало біля 1,6 % загальної кількості військ. Проте, якщо порівняти ці відомості з кількістю військ, які безпосередньо діють у боях, то відсоток убитих збільшиться до 16 і відсоток психогенних втрат складе 12,6. Якщо розглядати підсумки будь-якої війни, учасником якої була Америка в ХХ столітті, то виявиться, що можливість потрапити до когорти потерпілих від психічних розладів у результаті стресів, що виникають на полі бою, набагато більша, ніж можливість бути вбитим. Єдиним винятком була В'єтнамська війна, в якій шанси бути вбитим або втратити глузд були приблизно однаковими. Але якщо до кількості жертв включити і тих, хто вже після війни випробував на собі посттравматичні стресові розлади, то знову може статись, що більшість військовослужбовців постраждала від психічних травм, ніж від вогню противника.

На основі аналізу, проведеного в США вже після Другої світової війни, можна припустити, що з тих, хто не постраждав від стресових ситуацій бою, були тільки ті, кого з медичної точки зору не можна вважати повністю психічно здоровим. Тільки біля двох відсотків військовослужбовців, які тривалий період наражались на небезпеку в бою, не отримали явних психічних травм<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Тимченко А. В. Психогенни в екстремальних условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: метод. пособ. – Харьков, 1995. – 91 с.

В умовах застосування ядерної зброї різко збільшується ймовірність виникнення психічних хвороб. Так, у значній кількості очевидців ядерного вибуху в Хіросімі спостерігалась значна кількість психічних розладів (гострі психогенні реакції, реактивні психози, затяжні масивні невротичні розлади), які нерідко переходили у важкі й затяжні психози.

Дослідження, проведені в умовах стихійних лих, аварій та катастроф, що моделюють застосування зброї масового ураження (ЗМУ), показали, що реактивні стани, що призводять до часткової або повної втрати військово-професійної працездатності, спостерігаються в 70-80 % випадків<sup>39</sup>.

У цілому, упродовж перших 15-20 хвилин після застосування ЗМУ, навіть у осіб, які не отримали фізичних травм і не мають радіаційних уражень, в 60-70 % випадків можна прогнозувати розвиток неконтрольованих панічних реакцій з характерним звуженням свідомості і вираженим руховим збудженням, ще близько 10-15 % у цій ситуації будуть перебувати у стані ступору.

Загальна тривалість емоційного шоку в особового складу після застосування ЗМУ силою до 300 кілотонн тротилу може досягати 2,5 годин.

У наступні 3-5 годин переважно з причин психологічного характеру («гострий емоційний шок») боєздатність, навіть у осіб, які не отримали жодних фізичних травм або радіаційних уражень, буде складати не більше 25-50 %, з поступовим прогресивним її зниженням («стадія демобілізації»). У відокремлений період певні зміни у психічній сфері будуть виявлятися у 100 % осіб, які зазнали ЗМУ, і як мінімум, у 70 % тих, хто брав участь у бойових діях із застосуванням звичайної зброї. Серед наявних в подібних ситуаціях психопатологічних синдромів домінуючими є: астено-депресивні прояви і псевдодеменція в поєднанні з порушеннями сну, невмотивованими страхами, повторюваними жахливими сновидіннями, навязчивостями і бредрогогаллюціаторними станами, а також психосоматичні порушення діяльності шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та ендокринної систем. Як характерний

---

<sup>39</sup> Решетников М. М. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2014. – С. 38–30.

феномен необхідно підкреслити, що чим менше тяжкість фізичних поразок, тим раніше проявляється психопатологічна симптоматика, для розвитку якої в окремих випадках достатньо лише чуток, наприклад, про радіоактивну поразку.

На основі дослідження структури санітарних втрат (СВ), які мали воюючі країни під час Другої світової війни, у військових конфліктах в Південно-Східній Азії і на Близькому Сході, а також даних, отриманих в ході навчань, керівництво медичної служби Збройних Сил США зробило висновок про те, що для майбутніх війн буде характерна значна кількість бойових психічних травм (БПТ). Як показав аналіз, БПТ в американських військах під час Другої світової війни склали в середньому 5-7 % всіх санітарних втрат, досягаючи в окремі періоди бойових дій на Тихому океані 17 %. У 1973 році у військах Ізраїлю відповідний середній показник був вже значно вищий – до 25 %.

У 1982 році під час ізраїльського вторгнення в Ліван кількість втрат від психічних захворювань в 1,5 рази перевищила кількість вбитих.

У цілому, за оцінкою американських фахівців, у сучасних збройних конфліктах із застосуванням звичайних видів зброї БПТ складуть в середньому 20 %, а в умовах використання ЗМУ збільшаться до 25-33 % всіх санітарних втрат упродовж перших 30 діб бойових дій і перевищать кількість СВ інших категорій у наступний період<sup>40</sup>.

Розрахунки російських фахівців засвідчили, що в загальній структурі санітарних втрат розлади психіатричного профілю можуть дорівнювати 10-14 % або 0,3-0,5 % від чисельності особового складу, який брав участь в активних бойових діях. При цьому більшість складають особи з короткочасними і незначними проявами порушень, тобто з психологічними стресовими і короткочасними невротичними реакціями<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Данилов А. Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. – 1991. – №9. – С. 11–12.

<sup>41</sup> Ивашкин В. Т., Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Рустанович А. В., Гуляев В. А. Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи легкопораженным на этапах медицинской эвакуации // Воен.-мед. журн. – 1995. – №3. – С. 32–37.

Прийнято вважати, що в умовах сучасної війни питома вага хвороб психоневрологічного профілю буде складати на менше 10 % загальної кількості хворих (у Велику Вітчизняну війну – 0,9 %) (О. Г. Сиропятов, 1999).

На нашу думку, майже всі військовослужбовці, які безпосередньо беруть участь в активних бойових діях, у першому бою отримують психічні травми різного ступеня. Чим вищий рівень напруженості бойових дій, тим буде вищий рівень травматизації психіки військових.

Таким чином, психогенні розлади будуть значною мірою впливати на боєздатність частин і підрозділів, на психічне здоров'я військовослужбовців і перспективи їх подальшої служби.

Командно-штабні навчання у Національному університеті оборони України, аналіз літературних джерел та експертні оцінки (включаючи думки військовослужбовців, які пройшли АТО) показали, що: існує обмежена кількість підготовлених висококваліфікованих фахівців з травматичного стресу; недостатньо розроблений понятійний апарат термінів; командний склад не підготовлений до роботи з даної проблеми (у військових є думки від повного розуміння наявної проблеми психічної травматизації до цілком негативного її сприйняття і небажання враховувати при розрахунках бойових можливостей підрозділів та ефективності їх діяльності); у значній кількості офіцерів відсутня загальна культура розуміння важливості знання закономірностей впливу травматичного стресу на військових, організації психопрофілактичних і психореабілітаційних заходів.

Усе це свідчить про необхідність обґрунтування нових підходів до підняття мотивації командного складу для організації психопрофілактичної роботи, проведення аналізу проблеми на основі системного підходу, розробки ефективних методик і рекомендацій для використання у військовій практиці.

### **2.3. Психогенні втрати у підрозділах та їх практичні розрахунки**

Теоретичний аналіз проблеми прогнозування психогенних втрат, застосований метод експертних оцінок дозволить розглядати організацію прогнозування на трьох рівнях: батальйон – бригада –

корпус. На першому та другому рівнях застосовуються експрес-методи оцінки, на третьому рівні доцільне використання відповідного програмного забезпечення ЕОМ з метою поглибленого аналізу прогнозу.

Ми пропонуємо всі підходи до вивчення психогенних втрат розподілити за двома напрямками.

*Перший підхід відображає* фіксовані значення втрат у результаті бойової психічної травми. Психогенні втрати особового складу, який брав участь в активних бойових діях, вже в перші дні складуть не менше 7-15 % в загальній структурі санітарних втрат з їх наступним збільшенням в міру зростання інтенсивності й тривалості бойових дій.

Практичний розрахунок психогенних втрат здійснюється за результатами математичних обчислень на основі загальної чисельності особового складу підрозділів.

*Другий підхід пропонує* використати прогнозування на основі врахування відповідних умов діяльності й може бути поданий у трьох видах: *табличному, об'єднаному та інтегративному.*

Табличний вид розрахунків дозволяє отримувати підсумкові дані із таблиць. Наведемо приклад<sup>42</sup>.

**Задача.** Кадровий військовий підрозділ у кількості 400 осіб займає оборону з метою відбиття агресії ворога. Розрахуйте рівень психогенних втрат в умовах оборони підрозділу без застосування зброї масового знищення в перші 3 доби бою, якщо прогнозується мати вбитих до 8 % військовослужбовців і рівень санітарних втрат до 20 %.

З початку проводимо розрахунок загальних санітарних втрат. Розрахунок наступний:  $x = 400 \text{ в/сл.} \cdot 20\% : 100\% = 80 \text{ в/сл.}$

*Відповідь:* санітарні втрати складають 80 осіб.

За допомогою таблиці 8 проводимо наступний розрахунок. Знаходимо в 1-ій колонці таблиці графу вбитих особового складу, де написано 7-15 %. Праворуч від неї в 1-ій колонці, де записано 1-3 доба бойових дій, знаходимо відповідь на запитання (психогенні втрати складають 15 % особового складу підрозділу).

---

<sup>42</sup> *Блінов О. А.* Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – С. 14.; *Блінов О. А., Криворучко П. П.* Розрахункова задача «Прогнозування психогенних втрат військовослужбовців». Програмне забезпечення ПЕОМ. – К. : НАОУ, 2004. – 8 с.

Подальший розрахунок передбачає наступні дії:

$$x = 80 \text{ в/сл} \cdot 15\% : 100\% = 12 \text{ в/сл.}$$

*Відповідь:* психогенні втрати підрозділу під час бойових дій до 3-х діб складають 12 осіб.

Таблиця 8

**Розрахунок можливих психогенних втрат  
(в умовах оборони, без застосування ЗМУ)**

| Бойові втрати о/с в % (безповоротні, вбиті) | Кадрові частини                         |     |      |       |       | Частини, що формуються |     |      |       |       |
|---|---|-----|------|-------|-------|------------------------|-----|------|-------|-------|
|   | За день проведення активних бойових дій |     |      |       |       |                        |     |      |       |       |
|   | 1-3                                     | 3-7 | 7-14 | 14-21 | 21-28 | 1-3                    | 3-7 | 7-14 | 14-21 | 21-28 |
| 1-5   | 7,5                                     | 5   | 3    | 2     | 0,5   | 15                     | 10  | 7    | 4     | 2     |
| 5-7   | 10                                      | 7,5 | 5    | 3     | 1     | 20                     | 15  | 10   | 7     | 3     |
| 7-15  | 15                                      | 10  | 7,5  | 5     | 1,5   | 30                     | 25  | 20   | 10    | 5     |
| 15-20                                       | 20                                      | 15  | 12   | 7,5   | 3     | 40                     | 30  | 25   | 20    | 15    |
| 20-30                                       | 30                                      | 25  | 20   | 15    | 10    | 60                     | 50  | 40   | 30    | 20    |
| 30-50                                       | 40                                      | 35  | 30   | 25    | 20    | 80                     | 70  | 60   | 50    | 40    |
| 50-70                                       | 50                                      | 45  | 40   | 35    | 30    | 100                    | 90  | 80   | 70    | 60    |

Розрахунки об'єднаного та інтегративного виду складаються із визначення показників з таблиці, а також поєднують у собі початкову детермінацію важливих чинників, визначення їх числового значення і проведення відповідних розрахунків за запропонованою формулою (О. А. Блінов, 1996, 1998).

Зарекомендувала себе з позитивного боку експрес-діагностика психогенних втрат у рамках об'єднаного підходу.

Згідно з методикою, спочатку проводиться детермінація чинників, а в подальшому розрахунок втрат за таблицею. Прогнозування психогенних втрат здійснюється на основі врахування ступеня впливу наступних факторів:

1. Вплив бойової обстановки – вид і характер військових дій, їх інтенсивність, зброя, що застосовується та ін.

2. Вплив супротивника – його вогнева потужність, характер ведення психологічних операцій та ін.

3. Стан супротивника – його знання, адаптивність, фізична і психологічна стомленість, морально-психологічний стан, бойовий досвід, боекватність, захищеність, довіра до командування, втрати та ін.

4. Стан своїх військ (сил) – те ж, що в п. 3.

5. Стан населення – ставлення населення до військ, його психологічний стан, національно-бойові традиції та ін.

6. Умови місцевості, погода, час доби, пора року.

*Оцінювальна шкала:*

1-2 бали - впливає незначно;

3- 4-5 балів - впливає середньо;

6-7 балів - впливає значно.

*Фактори:*

1. Вплив бойової обстановки.

2. Вплив противника.

3. Стан супротивника.

4. Стан своїх військ.

5. Стан населення.

6. Умови місцевості.

Шкала оцінки

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 6 7

Сума балів –  $\Sigma$ .

Прогноз психогенних втрат здійснюється за таблицями 9, 10.



Таблиця 9

**Прогнозування психогенних втрат (у % від санітарних втрат)  
при веденні бойових дій за допомогою звичайних засобів**

| Бали                  | Психогенні |       |       |       | Короткочасні психологічні реакції<br>(до 1 доби) |       |       |       |
|-----------------------|------------|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|
|                       | 6-14       | 15-23 | 24-32 | 33-42 | 6-14   | 15-23 | 24-32 | 33-42 |
| Психогенні втрати в % | 10-13      | 14-15 | 16-17 | 18-20 | 25-36  | 37-48 | 49-60 | 61-80 |

Таблиця 10

**Прогнозування психогенних втрат (у % від санітарних втрат)  
при веденні бойових дій за допомогою зброї масового  
ураження (ЗМУ)**

| Бали                  | Психогенні |       |       |       | Короткочасні психологічні реакції<br>(до 1 доби) |       |       |       |
|-----------------------|------------|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|
|                       | 6-14       | 15-23 | 24-32 | 33-42 | 6-14   | 15-23 | 24-32 | 33-42 |
| Психогенні втрати в % | 20-26      | 27-30 | 31-34 | 34-37 | 37-39  | 40-52 | 53-57 | 61-63 |

При цьому місце психогенних втрат у загальній структурі втрат враховується наступним чином (див. таблицю 11):

Таблиця 11

**Місце психогенних втрат у загальній структурі фізичних втрат  
підрозділів**

| Фізичні втрати  |                        |          |  |
|---|------------------------|----------|--|
| Санітарні   |                        |          | Безповоротні   |
| Психогенні втрати                                       |                        | Поранені | Вбити,<br>суїциденти,<br>здалися в полон,<br>дезертири |
| (I ступінь БПТ)<br>Короткочасні психологічні<br>реакції | II, III ступінь<br>БПТ |          |  |

### Приклад проведення розрахунків.

Виходячи із тактичного завдання про вплив віртуального ворога і протидію наших військ, проводимо оцінку на основі оцінювальної шкали. Визначаємо, що:

1. Вплив бойової обстановки у нашому прикладі дорівнює 6 балам.
2. Вплив супротивника – 7 балів.
3. Стан супротивника – 5 балів.
4. Стан своїх військ – 4 бала.
5. Стан населення – 2 бала.
6. Умови місцевості – 2 бала.

Сума балів  $\Sigma$  дорівнює:  $6+7+5+4+2+2=26$ . За допомогою таблиці 10 визначаємо, що психогенні втрати особового складу внаслідок застосування ворогом зброї масового ураження у складі санітарних втрат дорівнюють 31-34 % від загальної кількості військовослужбовців підрозділу, а короткочасні психологічні реакції складають 53-57 %.

Викликає зацікавленість підхід щодо розрахунків психогенних втрат, які існували у СРСР (дивись таблиці 12, 13)<sup>43</sup>.

Таблиця 12

### Приблизний розрахунок психогенних втрат особового складу, який охоплений різними типами реакцій в умовах ведення бойових дій

| Тип бойової реакції | % особового складу     | Втрата боєздатності           | Період          |
|---------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------|
| легкий              | 5-10<br>30-40<br>50-80 | незначна<br>слабка<br>помітна | до 2-х годин    |
| середній            | 5-10<br>30-40<br>50-80 | слабка<br>помітна<br>сильна   | більше 1-ї доби |
| важкий              | 5-10<br>30-40<br>50-80 | помітна<br>сильна<br>повна    | кілька діб      |

<sup>43</sup> Безбах В. Г. Работа политического отдела дивизии, заместителя командира полка по политической части по совершенствованию морально-политической и психологической подготовки личного состава к ведению боевых действий: конспект лекций. – М. : ВПА, 1990. – С. 6.

Оскільки у бойовій обстановці в рамках бойового колективу можуть бути різні типи бойових реакцій, то необхідно робити оцінку їх сумарної величини. Розрахунки можуть проводитися за такою схемою відповідно до таблиці 13.

Таблиця 13

### Оцінка сумарної величини бойових реакцій

| Тип реакції         | Легкий            | Середній          | Важкий           | Сумарна втрата боєздатності |
|---------------------|-------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|
| втрата боєздатності | 5-10 % - незначна |                   |                  | незначна                    |
|                     | 30-40 % - слабка  | 5-10 % - слабка   |                  | легка                       |
|                     | 50-80 % - помітна | 30-40 % - помітна | 5-10 % - помітна | помітна                     |
|                     |                   | 50-80 % - сильна  | 30-40 % - сильна | сильна                      |
|                     |                   |                   | 50-80 % - повна  | повна                       |

#### Примітка.

Психогенні реакції легкого типу у військових викликаються невеликими руйнуваннями, спалахами, появою легкопораних. Реакцію середнього типу викликає значна кількість зруйнованих об'єктів, бойової техніки, завалів і пожарів, наявність важкопораних. Реакцію важкого типу викликає повне руйнування об'єктів в полі зору, значні втрати людей.

Як один із варіантів, можуть використовуватися в умовах військової практики підходи щодо прогнозування психогенних втрат, коли йдеться про загальні розрахунки великої кількості військ (див. таблиці 23-28)<sup>44</sup>.

Таким чином, проблема психогенних розладів у війні є актуальною як для виконання поставлених завдань командуванням, так і для стану здоров'я самих військовослужбовців. Методика прогнозування психогенних втрат вже більше, ніж 10 років, використовується у Збройних Силах і позитивно зарекомендувала себе під час навчальної та бойової діяльності.

<sup>44</sup> Методичні рекомендації по трьохшаровій системі надання психологічної допомоги в бойовій обстановці. – Відділ виховної роботи Північного ОТК. – Чернігів, 1996. – 20 с.

## РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 3.1. Діагностика й лікування військовослужбовців

Діагностика бойових стресових розладів ґрунтується на інтеграції феноменологічного й рівневого підходів з метою своєчасного надання допомоги потерпілим із передпатологічними реакціями бойового стресу з метою відновлення функціонального резерву й запобігання розвитку психічних порушень<sup>45</sup>.

При локалізації реакцій бойового стресу використовуються технічно прості психокорекційні методи відновлення боєздатності (таблиця 14)<sup>46</sup>, (таблиця 15)<sup>47</sup>.

Таблиця 14

#### Обсяг першої психологічної допомоги на полі бою залежно від вираженої психічної реакції

| Тип психічної реакції         | Симптоми  | Запропоновані заходи допомоги   | Що не рекомендується   |
|-------------------------------|---|---|--|
| Нормальна                     | Тремор, м'язове напруження, пітливість, нудота, серцебиття, тривожність         | Індивідуальна психофізична підтримка, чітке керівництво з підкресленням позитивних ситуаційних мотивів, спілкування з товаришами                    | Фіксувати надмірну увагу на цьому стані, підкреслювати серйозність положення, висміювати або залишатися байдужим                 |
| Понижена активність, депресія | Військовослужбовці знаходяться в положенні сидячи або стоячи без рухів і розмов | М'яко встановити з ними контакт, добива-тися того, щоб вони повідомили про випадок. Запропонувати просту працю. Забезпечити теплою їжею, сигаретами | Проявляти надмірну активність, призначати седативні засоби (за винятком крайніх випадків), гіперболізувати відчуття солідарності |

<sup>45</sup> *Блінов О. А.* Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час: навч.-метод. посіб. – К. : НАОУ, 2006. – С. 6–11.

<sup>46</sup> *Тимченко А. В.* Психогенні в екстремальних умовах. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: метод. пособ. – Харьков, 1995. – С. 86.

<sup>47</sup> *Данилов А.* Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. – 1991. – № 9. – С. 11–12.

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Особистісна паніка                          | Безрозсудні спроби втечі, не контролюючий плач, біг по кругу                  | Виявити доброзичливість, стійкість. Дати поїсти або випити чогось теплого. Запропонувати покурити. Іzolувати, якщо це потрібно | Застосовувати грубі заходи при ізоляції. Обливати водою, призначати седативні засоби (за винятком крайніх випадків) |
| Гіперактивність                             | Схильність до суперечок, швидке мовлення, виконання непотрібної роботи та ін. | Дати виговоритися, примусити виконати фізичну роботу. Запропонувати з'їсти або випити що-небудь тепле. Здійснити контроль      | Акцентувати увагу на стані військовослужбовця, суперечити з ним, призначати седативні засоби                        |
| Реакція з домінуванням фізичних компонентів | Нудота, блювота, функціональні паралічі                                       | Показати свою зацікавленість, запропонувати просту, нескладну роботу. Створити умови для евакуації в медичний пункт            | Говорити тим, хто постраждав, що з ними нічого не сталося, акцентувати увагу на їх стані                            |

Психокорекція здійснюється в пунктах психологічної допомоги, які розгортаються поблизу передових рубежів бойових дій і спрямована на подолання емоційної напруги, психотравмуючих вражень, вербалізацію переживань. Потерпілим надається можливість відпочити, прийняти гарячу їжу, висушити обмундирування. Бензодіазепіни можуть застосовуватися в невеликих дозах для забезпечення декількох годин сну й лише в тих випадках, коли інші методи не допомагають.

Після короткого (від декількох годин до двох діб) лікування й відпочинку потерпілі повертаються у свої підрозділи. Командири повинні забезпечити нормальне ставлення до них товаришів по службі й моральну підтримку.

Досвід АТО свідчить, що пункти психологічної допомоги з різних причин не розгортаються, а військові, які потребують допомоги відправляють або у військові госпіталі, або цивільні лікарні.

При психомоторному порушенні, поплутаній свідомості, різкій агресивності, суїцидальних тенденціях, станах безпорадності, що супроводжуються соматоневрологічними розладами, використовуються відповідні до конкретних показників заходи: забезпечення безперервного нагляду, фіксація до носилок, введення необхідних психотропних препаратів, годівля через зонд при відмовах від їжі, симптоматична терапія. В інших випадках на догоспітальному етапі достатньо

обмежитися призначенням захисного режиму, невеликих доз психофармакологічних засобів, словесним заспокоєнням і підбадьоренням.

Таблиця 15

**Рекомендована схема використання засобів попередження психічних травм при різних реакціях на впливи психогенних факторів**

| Симптоми               | Методи     |   |   |                |   |   |           |   |   |                       |   |   |             |   |   |               |   |   |                                   |   |   |                          |   |   |   |
|------------------------|------------|---|---|----------------|---|---|-----------|---|---|-----------------------|---|---|-------------|---|---|---------------|---|---|-----------------------------------|---|---|--------------------------|---|---|---|
|                        | Релаксація |   |   | Самопівчуження |   |   | Медитація |   |   | Психологічний тренінг |   |   | Обговорення |   |   | Аналіз стресу |   |   | Невідкладна психологічна допомога |   |   | Метод зворотного зв'язку |   |   |   |
|                        | Д          | Б | П | Д              | Б | П | Д         | Б | П | Д                     | Б | П | Д           | Б | П | Д             | Б | П | Д                                 | Б | П | Д                        | Б | П |   |
| Надмірна стурбованість | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 3                     | 1 | 3 | 3           | 2 | 3 | 3             | 3 | 3 | 3                                 | 1 | 1 | 1                        | 2 | 1 | 2 |
| Підвищена емоційність  | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 2                     | 1 | 2 | 2           | 3 | 2 | 3             | 2 | 3 | 3                                 | 2 | 3 | 3                        | 3 | 1 | 3 |
| Підвищена збудженість  | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 2                     | 1 | 2 | 2           | 1 | 2 | 2             | 1 | 2 | 2                                 | 1 | 2 | 2                        | 2 | 1 | 2 |
| Імпульсна поведінка    | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 2                     | 1 | 2 | 2           | 2 | 2 | 2             | 3 | 2 | 3                                 | 3 | 2 | 3                        | 3 | 2 | 3 |
| Виражений неспокій     | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 3                     | 1 | 3 | 3           | 2 | 3 | 3             | 2 | 3 | 3                                 | 1 | 1 | 1                        | 2 | 2 | 2 |
| Ризиковані дії         | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 2                     | 1 | 2 | 2           | 2 | 2 | 2             | 3 | 2 | 3                                 | 3 | 2 | 3                        | 3 | 2 | 3 |
| Надмірне паління       | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 1                     | 1 | 1 | 2           | 2 | 2 | 2             | 2 | 2 | 2                                 | 1 | 1 | 1                        | 2 | 2 | 2 |
| Збуджені висловлювання | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 2                     | 1 | 2 | 2           | 2 | 2 | 2             | 3 | 2 | 3                                 | 1 | 1 | 1                        | 2 | 2 | 2 |
| Тремор                 | 3          | 1 | 3 | 3              | 1 | 3 | 3         | 1 | 3 | 3                     | 1 | 3 | 3           | 2 | 3 | 3             | 3 | 2 | 3                                 | 3 | 2 | 3                        | 3 | 2 | 3 |

Примітки: Д – до бойових дій; 1 – мала ефективність;  
Б – під час бойових дій; 2 – середня ефективність;  
П – після бойових дій; 3 – найбільша ефективність.

Потерпілі зі стресовими розладами патологічного рівня направляються за межі збройного конфлікту у психіатричні відділення військових госпіталів (психіатричну клініку Головного військового клінічного госпіталю). Військовослужбовці з невротичними й патохарактерологічними реакціями, з гострими реактивними психозами, з адиктивною поведінкою проходять там повний курс обстеження та лікування й у випадку клінічного видужання повертаються у свою частину. Потерпілі з гострими стресовими реакціями проходять курс лікування в госпіталях де розгорнути відділення психологічної реабілітації.

### **3.2. Види психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям**

Психологічна допомога розглядається як комплекс психологічних, організаційних, медичних заходів, спрямованих на забезпечення успішного перенесення військовослужбовцями психотравмуючих факторів бойових обставин, збереження працездатності і попередження розвитку посттравматичних стресових розладів.

**Психологічна допомога** – це комплекс профілактичних, лікувальних та евакуаційних заходів, які забезпечують збереження психічного здоров'я військовослужбовців як основи їх боєздатності.

У чому полягає головний зміст психологічної допомоги? На думку фахівців, його метою є забезпечення подолання БПТ, емоційна, смислова і екзистенційна підтримка людини чи групи людей у складних ситуаціях, які виникають в ході їх особистого або соціального буття<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь. Теория и практика: учеб. пособ. для студ. старших курсов психологических факультетов и отделений университетов. – К.: Укртехпрес, 1997. – 217 с.; Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.; Блінов О. А. Функції та специфіка роботи практичного психолога: навч. посібник / О. А. Блінов, П. П. Криворучко, В. М. Марченко. – К.: КиМУ, 2009. – 462 с.; Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України: зб. наук. пр. – К.: НУОУ, 2014. – Вип. 4 (41). – С. 168–173.

Основними завданнями психологічної допомоги і реабілітації є:  
– вивчення й узагальнення особливостей виникнення, проходження та ефективності психологічних заходів, що здійснюються при психічних розладах у військовослужбовців;

– організація і проведення заходів щодо надання психологічної допомоги при бойовій психічній травмі, пораненнях і захворюваннях психічними розладами;

– організація профілактики розвитку психічних розладів у воїнів у бойових умовах;

– запобігання розвитку аддиктивних відхилень у військовослужбовців;

– організація і проведення психодіагностичних заходів із військово-службовцями, що вимагають підвищеної психолого-педагогічної уваги;

– організація і проведення психокорекційної роботи, психологічного консультування, заходів психопрофілактичної і психогігієнічної спрямованості;

– організація і проведення заходів психологічного супроводу військовослужбовців у період проходження військової служби;

– надання кваліфікованої психологічної допомоги військовослужбовцям, які несуть бойове чергування, учасникам бойових дій та інших надзвичайних ситуацій;

– організація психологічної освіти.

Основними принципами психологічної допомоги при посттравматичному стресі є<sup>49</sup>:

– принцип нормалізації;

– принцип партнерства й підвищення гідності особистості;

– принцип індивідуальності.

До основних способів надання психологічної допомоги традиційно належить психологічне консультування і психотерапевтична діяльність.

Теорія і практика психотерапії диференціює психологічну допомогу на самодопомогу, сумісну психологічну допомогу і спеціалізовану допомогу. Якщо два перших види допомоги

---

<sup>49</sup> *Корольчук М. С., Крайнюк В. М.* Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч. посіб. для студ. вищих навчальних закладів. – К. : Ельга, Ніка-Центр, 2006. – С. 213.; *Малкина-Пых И. Г.* Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).



військовослужбовці здійснюють самі або разом з іншими військовослужбовцями, більш підготовленими в сфері психологічної допомоги, то спеціалізовану психологічну допомогу здійснює тільки професіонал – фахівець, який пройшов відповідну підготовку (військовий психолог, психіатр, психотерапевт).

На думку психологів-експертів, у сучасних умовах використовуються такі види психологічної допомоги: *психодіагностика, психопрофілактика, психологічна корекція, психологічна підтримка, психологічна реабілітація, психологічне консультування, психотерапія медична та психологічна.*

*Психодіагностика* – надання військовослужбовцю допомоги через об'єктивне психологічне інформування. Особливість цього виду допомоги полягає в тому, що психолог несе відповідальність за достовірність інформації та форму її надання пацієнту. Воїн же сам формує ставлення до цієї інформації і сам вирішує, як її в подальшому використати.

*Психопрофілактика* – це система психолого-педагогічних й організаційних заходів, які запобігають різноманітним психологічним проблемам і спрямовані на збереження психічного здоров'я військовослужбовців, на створення нормальних умов для їх життєдіяльності. Порівняно з психогігієною психопрофілактика – це сфера більш вузька, спрямована в основному на попередження розвитку психічних розладів за рахунок запобігання дії на організм хворобливого фактору, попередження хронізації захворювання шляхом його раннього діагностування, лікування, попереджувальне лікування та заходи, що запобігають рецидивам хвороби й інвалідизації хворих.

*Психологічна корекція* – організований вплив на воїна з метою зміни показників його активності відповідно до вікової норми психічного розвитку.

*Психологічна підтримка* спрямовується на актуалізацію наявних і створення додаткових психологічних ресурсів, які забезпечують активні дії військовослужбовців на полі бою.

*Психологічна реабілітація* – процес організованого психологічного впливу, спрямований на відновлення такого стану психічного здоров'я воїнів, який знову дозволить їм успішно вирішувати бойові і службові завдання. Ця діяльність спрямована на відновлення психічних функцій й особистісного статусу людини,

порушеного внаслідок дії психотравмуючих факторів, з використанням методів і процедури психотерапії. Психореабілітаційні заходи проводяться, як правило, у системі реадaptaційної програми, що допускає не тільки спеціалізовану медичну і психологічну допомогу, але і створення необхідних соціальних умов.

Психологічна реабілітація військовослужбовця в умовах бойової обстановки та після бою передбачає повернення особовому складу фізичного і психічного здоров'я. Зміст психологічної допомоги в даному випадку полягає в тому, що для військовослужбовця розробляється індивідуальна програма опанування будь-якого виду діяльності відповідно до суспільних вимог до неї.

*Психологічне консультування* – це вид психологічної допомоги, що полягає у роз'ясненні людині його психологічних труднощів, знятті психологічної напруги, підвищенні її соціально-психологічної компетентності і сприянні в рішенні складних особистих проблем, профілактиці і подоланні кризових ситуацій, а також корекції неадаптивних способів поведінки. Метою консультування є створення сприятливих умов для розв'язання конфліктних ситуацій, продуктивного виходу з кризи, більш продуктивного особистісного розвитку, підвищення якості життя.

*Психотерапія* – особливий вид міжособистісної взаємодії, за якої пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем психічного характеру. Це діяльність, спрямована на ослаблення дії психотравмуючих факторів, відтворення гармонійних відносин людини із навколишнім середовищем, її особисте зростання, формування у нього якостей, необхідних для професійної діяльності, а також на оптимізацію соціально-психологічного клімату в колективі. Психотерапія передбачає активний вплив психотерапевта на особистість військовослужбовця. Пацієнт психотерапевта – це людина, яка потребує реконструкції її особистості. Іншими словами, це людина, якій потрібний організований вплив на її психічну реальність з метою її відновлення або реконструкції<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час: навч.-метод. посіб. – К. : НАОУ, 2006. – 80 с.;  
Блінов О. А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум / О. А. Блінов. – К. : НАУ, 2013. – 80 с.

До медичних методів психотерапії традиційно відноситься гіпноз, навіювання (сугестія), самонавіювання, аутогенне тренування, раціональна психотерапія.

Психологічна психотерапія представлена широким спектром методів: психоаналітичними (психоаналіз, психодинамічна психотерапія, юнгіанська психотерапія, адлеріанська психотерапія, лаканівський психоаналіз, емоційно-образна терапія та ін.), гуманістичними (гештальт-терапія, логотерапія, трансактний аналіз, особистісно-центрована психотерапія, психосинтез та ін.) і когнітивно-поведінковими (раціонально-емоційна, аверсійна, поведінкова, когнітивна, нейролінгвістичне програмування та ін.).

На наш погляд, в реалізації практичних цілей застосування психотерапії в умовах військової діяльності необхідно спиратися на наступне робоче визначення *психологічної психотерапії* – це цілеспрямований процес системного впливу психологічними засобами (вербальними і невербальними) на особистість військовослужбовця з метою розв'язання його психологічних проблем.

Психологічна допомога характеризується комплексністю, яка виявляється у здійсненні таких профілактичних заходів: системній та узгодженій роботі психолога й інших посадових осіб зі створення сприятливих умов у навчально-бойовій діяльності військовослужбовців, попередженні їх психологічного виснаження; вчасному виявленні осіб, які потребують надання психологічної допомоги і постійного психологічного нагляду; безпосередньому застосуванню спеціальних процедур з надання психологічної допомоги конкретним військовослужбовцям, насамперед тим, які отримали БПТ.

Своєчасне надання військовослужбовцям психологічної допомоги є одним із пріоритетних напрямів діяльності командирів всіх рівнів. Вона планується завчасно і здійснюється за необхідності.

Психологічна допомога і реабілітація військовослужбовців організовується органами для роботи з особовим складом у відповідних центрах (пунктах) психологічної допомоги і реабілітації. Основні обов'язки посадовців відповідних центрів (пунктів) психологічної допомоги і реабілітації визначаються і затверджуються відповідними керівниками (див. додаток 2).

Призначення, обладнання, використання, матеріали та

документація психологічного кабінету, журнал обліку осіб, які звернулися за психологічною допомогою, надані в додатках 3, 4, 5.

Центри (пункти) взаємодіють із групами професійного психологічного відбору, здійснюють співпрацю із установами Міністерства охорони здоров'я і Міністерства освіти України, іншими зацікавленими структурами, що знаходяться в регіонах дислокації військ (сил).

Місце розташування, обладнання, порядок організації роботи, регламент службового часу фахівців й інші питання діяльності центрів (пунктів) визначаються наказом відповідного командира (начальника).

Для організації безпосередньої практичної роботи психолог повинен мати при собі відповідні матеріальні засоби. Як приклад, на нашу думку, для початку роботи може використовуватися так звана «Валіза психолога» (див. додаток 6). Склад «Валізи психолога» нормативно встановлений наказом ДСНС № 148 від 27 лютого 2008 р.<sup>51</sup>. Також до її складу пропонується додати колоду метафоричних асоціативних карт «Стрес-стоп!», яка позитивно зарекомендувала себе при проведенні психокорекційної роботи, особливо в польових умовах<sup>52</sup>.

### **3.3. Зміст трьохшарової системи надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які отримали бойову психічну травму**

Трьохшарова система надання психологічної допомоги в бойовій обстановці – це комплекс заходів, які спрямовані на виявлення й надання психологічної допомоги військовослужбовцям з гострими розладами свідомості (ГРС), які виникають у ході ведення бойових дій і мають на меті максимальне збереження життя особового складу та його повернення до строю<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> Кризова психологія: Навч. посіб.: 2-е вид./ За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Х. : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. – С. 172–173.

<sup>52</sup> Блинов О. А. Колода метафорических ассоциативных карт «Стрес-стоп!». – К. : НАУ. – 2015.

<sup>53</sup> Блинов О.А. Тришаровая система надання психологічної допомоги дезадаптованим військовослужбовцям у бойовій обстановці / Матеріали наук.-практ. конф. «Психопрофілактична робота з персоналом: науково-методичні та організаційно-практичні питання», 28 лютого 2007 р. – К. : КНУВС, 2007. – С. 210–213.

Крім того, трьохешелонна система має на меті умовний розподіл бойових порядків підрозділів, частин, з'єднань і об'єднань, які ведуть бойові дії, на зони надання допомоги військовослужбовцям з гострими розладами свідомості, залежно від матеріальної оснащеності та укомплектованості фахівцями структур з гуманітарних питань (психологами та ін.) і медичної служби (психіатрами, невропатологами, психотерапевтами, психофізіологами, клінічними психологами та ін.) (табл. 16).

Таблиця 16

**Трьохешелонна система надання психологічної допомоги в бойовій обстановці**

| Номер ешелону | Розташування ешелону   | Хто надає допомогу  | Тип психологічних розладів  | Вид допомоги  |
|---------------|--|---|---|---|
| 1             | Місце збору поранених у взводах, санітарні пости рот, медичні пункти батальйонів               | Санітари, санінструктори, фельдшери, лікарі військової ланки, офіцери з гуманітарних питань (психологи) | <b>1 тип.</b> Тимчасові фізіологічні реакції, перевага емоційної напруженості зі збереженням критичної оцінки того, що відбувається.<br><b>2 тип.</b> Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, що мають прояв в зниженні критичної оцінки, того, що відбувається, й можливості цілеспрямованої діяльності            | Психокорекційна робота, самопомога, долікарська фельдшерська допомога, застосування медикаментів        |
| 2             | Медичні пункти бригад 1 ешелонів, медичні пункти бригад 2 ешелонів                             | Офіцери з гуманітарних питань (психологи), лікарі військової ланки, лікарі-фахівці                      | <b>3 тип.</b> Психогенні невротичні стани із значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, й можливості цілеспрямованої діяльності.<br><b>4 тип.</b> Реактивні психози:<br>а) гострі психози – супроводжуються руховими порушеннями або загальмованістю;<br>б) затяжні психози – депресивні, істеричні й інші стани | Перша лікарська допомога, психокорекційна робота, психотерапевтична допомога, застосування медикаментів |
| 3             | Рухливі групи психологічної допомоги, психіатри, клінічні психологи та ін. фахівці у госпиталі | Лікарі, фахівці спеціалізованих госпіталів  | <b>4 тип.</b> Психогенні розлади, реактивні психози   | Психотерапевтична допомога, застосування медикаментів, спеціальні методи лікування                      |

Загалом організація системи надання психологічної допомоги в з'єднанні як на етапі підготовки, так і в ході бойової діяльності повинна передбачати такі заходи:

- прогнозування психогенних втрат<sup>54</sup>;
- організацію та здійснення роботи командним складом щодо роз'яснення військовослужбовцям можливості травматизації їх психіки під час виконання професійних обов'язків;
- проведення практичних занять з воїнами щодо оволодіння засобами попередження психічних травм (таблиця 15) та надання першої психологічної допомоги на полі бою (таблиця 14);
- виявлення осіб, які отримали психічні травми;
- евакуацію їх у батальйонний медичний пункт та надання допомоги;
- направлення в медичну роту з'єднання військовослужбовців, боєздатність яких не поновлюється впродовж декількох годин;
- направлення військовослужбовців з більш складними ураженнями до стаціонарних госпіталів.

Особливе значення має правильне й своєчасне надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям з гострими стресовими розладами свідомості на полі бою. Більш того, командний склад підрозділів, офіцери з гуманітарних питань повинні вміти своєчасно виявляти осіб з ознаками розвитку психічних травм, при яких вони повинні бути евакуйовані з поля бою.

Критеріями для евакуації можуть бути:

- неможливість виконання професійних обов'язків;
- неадекватна оцінка небезпеки, яка загрожує;
- деморалізуючий вплив осіб, які мають психічні травми, на особовий склад;
- загроза з боку осіб з гострими розладами свідомості.

Одним із важливих факторів, який сприяє виникненню бойових психічних травм, є порушення режиму сну. Збереження боєздатності особового складу залежно від тривалості сну наведено у таблицях 2, 3.

Оптимізувати стресові стани у військовослужбовців можливо за допомогою засобів фармакологічної корекції. У таблиці 17 наведені

---

<sup>54</sup> Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – 36 с.

основні табельні лікарські препарати, що надходять для постачання у військово-медичні лікувальні установи<sup>55</sup>.

Таблиця 17

### Стресові стани й засоби фармакологічної корекції

| Тип стану   | Види стану й показання  | Перевага фармакологічної групи   | Препарат  |
|---|---|--|---|
| Переважно збуджена ЦНС                              | 1. Емоційний стрес: страх, тривога, хвилювання.<br>2. Операційна напруженість.<br>3. Безсоння, перезбудження  | 1. Транквілізатори.<br>2. Транквілізатори денної дії.<br>3. Гіпноседативні засоби  | Феназепам, мепробомат, сибазон, мебикор, пирроксан, гдазепам  |
| Переважно пригнічена ЦНС                            | 1. Інтенсивні робочі навантаження, гостре стомлення, недостатня мобілізація.<br>2. Сонливість, зниження психічного тону, утома  | 1. Психостимулятори.<br>2. Тонізуючі засоби  | Синдокарб, лимонник, бромантан, кофеїн, кордіамін, саларал  |
| Напруга й виснаження метаболічних функцій організму | 1. Тривалі навантаження в ускладнених умовах перебування. Відновлення сил, реабілітація.<br>2. Деадаптація з гіперстенічними проявами.<br>3. Деадаптація з астеничними проявами | 1. Актиротректори, ностропи.<br>2. Нейрогормоналізатори, психоенергізатори.<br>3. Антидепресанти, адаптогени, субстрати, що на-дають енергію.<br>4. Вітаміни, гормональні засоби, біологічно активні речовини, харчові добавки | 1. Вімігїл, пірацетам, ацефен.<br>2. Пероксан, анаприлін, мефоксамід, панклар, пиразидол, амїтриптилін.<br>3. Глютомінова й аспарагінова кислота, гліцерофосфат, панангін, С, А, РР, Е, рутин, дексаметазон, тималін, амивис, бемивис |

Система реабілітації військовослужбовців, які одержали бойову психічну травму і яким була надана психологічна допомога, ґрунтується на зосередженні спільних зусиль фахівців органів з гуманітарних питань і медичної служби силами офіцерів-психологів, психологів, клінічних психологів, психотерапевтів, психіатрів у відновленні боєздатності військовослужбовців, які мали значні за виявом психологічні реакції й граничні стани в результаті впливу стрес-факторів бойової діяльності.

<sup>55</sup> Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Рустанович А. В. О становлении системы психиатрической помощи военнослужащим в условиях боевых действий // Военно-медицинский журнал. – 2002. – № 2 – С. 9–17.

Відповідна робота організується у ланці «бригада-корпус» на пунктах психологічної реабілітації військовослужбовців з гострими й реактивними станами (таблиця 18)<sup>56</sup>.

Це дозволяє:

– розвантажити потік поранених і травмованих у медичні частини й установи;

– ефективно використовувати фізичне здоров'я особового складу з гострими реактивними станами й на основі використання можливостей сучасної психології й психіатрії прискорити повернення військовослужбовців у свої підрозділи.

Основним напрямом вдосконалення цієї системи повинна стати оптимізація взаємодії ще на етапі підготовки між медичними працівниками підрозділів і з'єднання в цілому з офіцерами-психологами, заступниками командирів підрозділів з гуманітарних питань та вдосконалення системи надання даного виду допомоги особовому складу.

Таблиця 18

### Система надання психологічної допомоги в бойовій обстановці

| Види допомоги | Ланка                         |  |   |                    |                             |
|---------------|-------------------------------|--|---|--------------------|-----------------------------|
|               | Рота                          | Батальйон  | Бригада   | Корпус (госпіталь) | Спеціалізовані заклади тилу |
| Психологічна  | Самодопомога і взаємодопомога |  |   |                    |                             |
|               |                               | Кваліфікована допомога офіцерами-психологами, психокорекційна робота |   |                    |                             |
|               |                               |  | Спеціалізована психологічна допомога психологами, клінічними психологами, психотерапевтами, психіатрами та іншими фахівцями |                    |                             |

<sup>56</sup> Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час: навч.-метод. посіб. – К. : НАОУ, 2006. – С. 28.



## РОЗДІЛ 4. ТЕХНОЛОГІЇ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВОЇНАМ, ЯКІ ОТРИМАЛИ БОЙОВУ ПСИХІЧНУ ТРАВМУ

### 4.1. Основні принципи організації психологічної допомоги

З психологічної точки зору будь-який збройний конфлікт характеризується масовим раптовим надходженням потерпілих, різноманітним виникаючим організаційним проблемам, дефіцитом часу, сил і засобів та, як правило, невідповідністю між потребою в психологічній допомозі й наявними в цей момент можливостями її надання. Своєчасність й ефективність заходів психологічної допомоги при значній кількості потерпілих багато в чому залежить від якості їх медичного сортування<sup>57</sup>.

Для вирішення питання про черговість надання психологічної допомоги доцільно виділяти такі групи уражених психіатричного профілю:

– військовослужбовці, які потребують спеціальної санітарної обробки, невідкладних заходів першої лікарської допомоги (переважно особи з афективно-шочковими реакціями, іншими психотичними станами, що становлять небезпеку для себе та інших людей);

– воїни, які не потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги (постраждали із граничним і психотичним рівнем розладів, що не становлять небезпеки для себе й навколишніх, допомога яким може бути відстрочена);

– особи, яким необхідні заходи медико-психологічного характеру й відпочинку (в основному з розладами психологічного рівня – легко постраждали).

---

<sup>57</sup> Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Снедков Е. В. Особенности организации психиатрической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах // Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 6. – С. 18–23.; Решетников М. М. Психическая травма. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. – 334 с.; Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.; Блінов О. А. Функції та специфіка роботи практичного психолога: навч. посіб. / О. А. Блінов, П. П. Криворучко, В. М. Марченко. – К. : КиМУ, 2009. – 462 с.

Встановлення правильного синдромального, а тим більше нозологічного діагнозу на первинних етапах медичної допомоги, як правило, є неможливим. Тому достатнім буде віднесення потерпілого до однієї з нижчеперерахованих груп за рівнем прояву психічних розладів:

- рівень психічного здоров'я;
- рівень психологічних стресових реакцій;
- рівень граничних (невротичних) розладів;
- психотичний рівень.

Подібний підхід дозволяє не тільки оптимізувати лікувально-евакуаційні потоки, вирішити питання про черговість надання психологічної допомоги, але й визначити обсяг і характер такої допомоги, а також необхідні для цього сили й засоби.

Особи із психологічними стресовими реакціями будуть брати участь лише у відносно невеликих психокорекційних заходах (в основному медико-психологічного характеру) або в отриманні додаткового відпочинку, зміні діяльності та ін.

Наявність розладів граничного, тим більше психотичного рівнів передбачає виконання вже лікувальних дій з евакуацією із зони бойових дій.

При введенні військ у бойові дії важливе значення набуває медичне сортування. Медичне сортування повинно базуватися на визначенні характеру і результату психічних розладів і проводиться у короткий час за рівневим принципом. При цьому враховується: рівень психологічного дистресу, граничний і психосоматичний рівень, психотичний рівень розладів.

З урахуванням значної кількості серед уражених психіатричного профілю осіб із граничною психічною патологією при проведенні прогностичного розподілу доцільно виділяти дві основні категорії:

- «короткочасно вийшли з ладу» – особовий склад, який втратив здатність виконувати свої звичайні обов'язки на термін не більше доби;
- «санітарні втрати» – особи, що втратили працездатність на термін більше доби і що надійшли на етапи медичної евакуації<sup>58</sup>.

Остаточний прогноз психічних розладів повинен бути визначений не пізніше 5–7 діб після виведення із бойових дій. Прогнозування

---

<sup>58</sup> Сыропятов О. Г., Ревенко А. А., Яновский С. С. Избранные лекции по психиатрии войн и катастроф; под ред. А. И. Щербака. – К. : Изд-во Украинской военно-медицинской академии, 1999. – 108 с.

результату дозволить виділити такі групи уражених і хворих психіатричного профілю:

1. Які можуть повернутися до строю.
2. Залишаються на даному етапі медичної евакуації.
3. Потребують евакуації у наступні етапи.

Критерієм для повернення до строю варто вважати ступінь боєздатності, а не повну відсутність психопатологічних симптомів, визначення якого сприяє найшвидшому відновленню боєздатності уражених і хворих психіатричного профілю; істотному збільшенню числа військовослужбовців, що повертаються у підрозділи передового району; вивільненню етапів медичної евакуації від уражених з легкою бойовою психічною травмою й попередженню розвитку й хронізації психічних розладів.

Варто підкреслити, що вищевказані принципи медичного сортування застосовуються тільки до уражених, у яких психічні розлади є ізольованими або ведучими в клінічній картині (ураженим психіатричного профілю).

Основними організаційними принципами надання психологічної допомоги в умовах локальних війн, збройних конфліктів, проведення миротворчих операцій є:

- відповідність сил і засобів психологічної допомоги завданням щодо її надання (поширеність і структура психічних розладів, етап надання психологічної допомоги та ін.);
- своєчасне розгортання етапів надання психологічної допомоги (взаємодоповнюючий, а не дублюючий їх характер);
- раціональне використання наявних сил і засобів;
- можливість маневру з урахуванням сил й засобів, а також обсягу і виду психологічної допомоги залежно від характеру й особливостей медичної ситуації;
- можливість своєчасного посилення окремих етапів наданням психологічної допомоги;
- адекватне сортування й найшвидша евакуація потерпілих із зони бойових дій при мінімальному обсязі лікувальних заходів безпосередньо у центрі бойових дій;
- раннє розосередження евакуаційних потоків з урахуванням ваги (рівня) психічних розладів;
- наступність і послідовність у наданні психологічної допомоги;

– поєднання лікувальних і реабілітаційних заходів на всіх етапах психологічної допомоги.

Розподіл психологічного і психіатричного блоків надання допомоги постраждалим військовослужбовцям визначається таким чином:

– в основі психологічного блоку допомоги праця фахівців спрямована на роботу з дезадаптованими воїнами, свідомістю військовослужбовців (соціальна складова) щодо формування установки на скоріше повернення до строю за допомогою психологічної психотерапії;

– в основі психіатричного блоку є праця психіатрів щодо роботи з реактивними станами військовослужбовців, які потребують лікування.

Ефективність надання психологічної допомоги при отриманні травми визначається ступенем відповідності лікувально-діагностичної тактики в передовому районі таким вимогам:

– наближеність (наближення сил і засобів до передових етапів надання допомоги);

– оперативність (використання на передових етапах методів експрес-діагностики й лікування);

– простота (застосування на передових етапах максимально простих методів діагностики й лікування);

– комплексність (поєднання різних методів діагностики й лікування) та невідкладність (надання допомоги в найбільш ранній період);

– спрямованість (орієнтація психокорекційних заходів як на нормалізацію психічного стану, так і на відновлення праце- і боєздатності);

– етапність (поєднання процесу лікування потерпілих з їх евакуацією за призначенням);

– специфічність (обов'язковість обліку специфіки екстремальних умов діяльності і домінуючих етіопатогенетичних факторів);

– індивідуальність (облік культурного рівня, вікових, професійних й індивідуально-типологічних особливостей потерпілих).

У цілому надання психологічної, зокрема психіатричної, допомоги військовослужбовцям, що постраждали в ході бойових дій, здійснюється відповідно до принципів єдиної воєнно-польової медичної доктрини. Її основою є система лікувально-евакуаційних заходів з урахуванням особливостей, які властиві конкретній ситуації.

#### 4.2. Організація психологічної допомоги в умовах локальних війн і збройних конфліктів

Прояви психічної дезадаптації упродовж першої доби бою будуть виявлятися не менш, ніж у 20 % військовослужбовців, що безпосередньо беруть участь у бойових діях<sup>59</sup>. Значна кількість з них, незважаючи на швидкоплинність цих розладів, можуть надійти на етапи медичної евакуації.

Орієнтовний розподіл санітарних втрат (за рівнем психічних розладів) на різних етапах медичної евакуації наведений в таблиці 19<sup>60</sup>.

Таблиця 19

#### Розподіл військовослужбовців за нозологічними формами уражень, що надійшли в *омедр* бригади (МПП), % від загальної кількості уражених з бойовою психічною травмою

| Нозологічна форма                | Всього надій-<br>де в <i>омедр</i><br>бригади<br>(МПП) | З них                    |                        |   |
|----------------------------------|--|--------------------------|------------------------|---|
|                                  |  | повернуться<br>в частину | залишаться<br>на етапі | Евакуйову-<br>ються на<br>наступний<br>етап |
| Психологічні стресові реакції    | 80   | 65                       | 3,5–5,0                | 10  |
| Гострі реактивні стани, зокрема: |  |                          |                        |   |
| – гострі невротичні реакції;     | 15   | 0                        | 3,5–5,0                | 10  |
| – гострі невротичні стани        | 5  | 0                        | 0                      | 5,0–8,0                                     |

<sup>59</sup> *Военная психиатрия*; под. ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея. – СПб. : ВмедА, ЗЛБИ–СПб., 2001. – 336 с.

<sup>60</sup> *Висоцкий В. И., Звездин В. М., Курьята В. И.* и др. Организация и содержание деятельности центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей: учебно-метод. пособ.; под общ. ред. В. И. Ключникова. – М. : ГУВР ВС РФ, 2003.

**Перший ешелон надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які отримують БПТ.**

**У роті.** Проводиться активне виявлення уражених і хворих з психічними розладами, надається невідкладна допомога і за необхідністю здійснюється підготовка і евакуація на наступні етапи.

Виявлення осіб з ГРС проводиться командним складом і координується офіцером-психологом в роті разом з санінструктором.

На нашу думку, психогенні втрати військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях без застосування зброї масового ураження, вже в перші дні складають не менше 7–15 % в загальній структурі санітарних втрат з їх наступним збільшенням у процесі зростання інтенсивності і тривалості бойових дій. Відповідні розрахунки можливо здійснити на основі «Методики прогнозування психогенних втрат»<sup>61</sup>.

За необхідності комплектується група військовослужбовців з ГРС, і вони у супроводі старшини роти або одного із сержантів пішки або на машинах направляються на батальйонний пункт збору (БПЗ).

У роті санінструктором надається перша медична допомога.

**У батальйоні.** Поблизу батальйонного пункту харчування (БПХ) і батальйонного медичного пункту (БМП) розгортається батальйонний пункт збору (БПЗ) військовослужбовців з ГРС.

До його складу може входити:

- офіцер-психолог батальйону;
- фахівець з медичною освітою;
- по можливості підсилюється офіцером-психологом з відділу гуманітарних питань бригади.

*Завдання:* розподіл військовослужбовців з ГРС;

– застосування седативних медикаментозних засобів для локалізації психомоторного порушення (надання першої медичної допомоги);

– виявлених військовослужбовців із бойовими психічними травмами (БПТ) пішки або на машинах направляти у бригадний пункт реабілітації (БПР).

У процесі надання психологічної допомоги санінструкторами

---

<sup>61</sup> Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – 36 с.

рот у батальйонних (бригадних) медичних пунктах необхідно застосовувати лише фітопрепарати, вітаміни, вітамінні коктейлі та адаптогени (легкі психостимулятори), які не здійснюють негативного впливу на психіку.

У батальйоні надається долікарська фельдшерська допомога, але якщо медичний пункт очолює лікар, то надається перша лікарська допомога.

**Другий ешелон надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які отримують БПТ.**

У бригаді поблизу медичного пункту розгортається бригадний пункт первинної реабілітації особового складу з ГРС.

*Завдання:*

- розподіл військовослужбовців з ГРС;
- надання кваліфікованої психологічної допомоги;
- проведення психотерапії із застосуванням необхідних медичних операторів (нейтромаєцин, трансквілізатори);
- направлення військовослужбовців з ГРС до госпіталю, якщо психореабілітаційні заходи упродовж 12 годин були неуспішні.

*Склад:*

- офіцери-психологи з відділу гуманітарних питань бригади;
- група посилення з фахівців медичної служби армійського корпусу й офіцерів з гуманітарних питань у складі психіатра, психотерапевта, медичного психолога, психолога та ін.;
- 2 санітарних інструктори.

Медичною службою і командним складом військових частин проводиться активне виявлення уражених і хворих із психічними розладами, надання за необхідності невідкладної допомоги, після чого, залежно від результату чи передбачуваного прогнозу, здійснюється повернення їх до строю або підготовка до евакуації на наступні етапи.

Більшість військовослужбовців із психологічними стресовими реакціями (психологічний рівень), що потрапили на цей етап, не мають потреби в психофармакотерапії. Корекція їх стану може проводитися в медичній роті бригади (МрБр), пункті психологічної допомоги (реабілітації) і повинна обмежуватися короточасним відпочинком або сном, повноцінним харчуванням, вживанням відновлювальних і заспокійливих засобів, психотерапевтичними бесідами й трудотерапією.

Саме на даному етапі особливе значення надається виробленню в таких людей позитивної установки на повернення до строю. Військовослужбовці, у яких стресові реакції зникають через 5–6 год., підлягають поверненню у свої підрозділи<sup>62</sup>. Військовослужбовці, у яких стресові реакції мають тенденцію до затягування й переходу розладів на хворобливий рівень, направляються на наступні етапи (передову (тилову) госпітальну базу) для надання їм кваліфікованої й спеціалізованої медичної допомоги. До 80 % військовослужбовців після курсу реабілітаційних заходів направляються у свої підрозділи.

Психологічною і медичною службою здійснюється надання психологічної допомоги в терміни, які достатні для прогнозування ймовірного результату – 5–10 діб<sup>63</sup>. Якщо строк перевищує 10 діб, військовослужбовець відправляється по етапах евакуації. Підсилення цих структур рухливою групою психологічної допомоги (ГПД) (групи психічного здоров'я) дозволить включати більш складні методи обстеження і терапії (згідно з досвідом провідних країн світу). Можливе сполучення посад офіцерів із гуманітарних питань з роботою психологів бригади при відповідній їх перепідготовці.

Завданнями таких фахівців в бойових умовах будуть:

- участь у формуванні високого морально-психологічного духу особового складу (у взаємодії з командирами і їх заступниками з гуманітарних питань);

- вибір оптимальних способів психологічної корекції і їхнє проведення;

- обстеження осіб з гострими стресовими реакціями й надання їм невідкладної допомоги;

- психофізіологічне й психологічне обстеження контрольних груп військовослужбовців для реєстрації показників, які могли б допомогти у визначенні ступеня їх праце-, боєздатності, дизадаптації, тенденцій динаміки психічного стану;

---

<sup>62</sup> Ивашкин В. Т., Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Рустанович А. В., Гуляев В. А. Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи легкопораженным на этапах медицинской эвакуации // Воено-медицинский журнал. – 1995. – № 3. – С. 32–37.

<sup>63</sup> Сыропятов О. Г., Ревенко А. А., Яновский С. С. Избранные лекции по психиатрии войн и катастроф; под ред. А. И. Щербака. – К. : Изд-во Украинской военно-медицинской академии, 1999. – С. 22.



- прогнозування можливих медико-психологічних наслідків бойового стресу;
- проведення психолого-реабілітаційних заходів при поверненні військовослужбовців у свої підрозділи після ліквідації в них гострих стресових реакцій.

Комплексна допомога (реабілітаційна програма) на пункті психологічної допомоги та реабілітації бригади повинна включати такі складові: психотерапевтичний вплив, відновлення функціонального стану фізичними методами впливу (організація особливого режиму розпорядку дня, заняття з фізичної підготовки та ін.), медикаментозну корекцію.

Досвід фахівців країн НАТО підтверджує ефективність телемедицини, яка значно підвищує ефективність роботи спеціалістів і яка вже активно використовується на різних театрах локальних війн, збройних конфліктів, миротворчих операцій.

У бригаді надається перша лікарська допомога, а також кваліфікована медична допомога.

### **Третій ешелон надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які отримують БПТ.**

Цей етап передбачає надання допомоги в психіатричних відділеннях військових госпіталей, які наближені до театру воєних дій, і включає повний обсяг лікувально-діагностичних, психокорекційних і реабілітаційних заходів військовослужбовцям з будь-якими формами психічних розладів. Здійснюється військово-лікарська і судово-психіатрична експертиза. Штат цих госпіталей відповідно до сучасних вимог повинен бути укомплектований, крім психіатрів, клінічними психологами, наркологами, психотерапевтами, психологами.

В армійському корпусі може створюватися рухлива група психологічної допомоги (ГПД). До її складу може входити: психолог, клінічний психолог, психіатр, психофізіолог та інші фахівці.

*Завдання:* ГПД висувається в бригади, де за прогнозом повинні бути або вже є найбільші психогенні втрати з метою надання кваліфікованої психологічної, психіатричної допомоги, проведення психокорекції та психотерапії. За необхідністю залучаються різні фахівці структур з гуманітарних питань корпусу, а також з інших частин, які перебувають у його бойових порядках.

Цей ешелон передбачає надання психологічної та психіатричної допомоги психологами, клінічними психологами, психіатрами, психофізіологами, терапевтами та іншими спеціалістами військових госпіталів, а також у цивільних медичних установах, на театрі воєнних дій і за його межами, що включає повний обсяг лікувально-діагностичних, психокорекційних і реабілітаційних заходів військовослужбовцям з будь-якими формами психічних розладів і захворювань. На психіатрів відділень військових госпіталів також покладатиметься військово-лікарська й судово-психіатрична експертиза.

Розрахунки показують, що певні прояви психічної дезадаптації (бойової психічної патології) у вигляді гострих психологічних стресових реакцій виявляються вже впродовж перших діб бою не менше ніж у 5–7 % військовослужбовців, причому приблизно у 80% з них вони будуть швидкоплинними (хвилини – десятки хвилин) і зміняться при зміні бойової обстановки. На етапи медичної евакуації ці особи, як правило, не потраплять.

У решта 20 % потерпілих (контингент уражених з БПТ) тривалість розладів перевищить 1–2 год, і вони можуть надійти в окрему медичну роту (ОМЕДР) бригади, медичний пункт полку (бригади) або окремих медичний батальйон. З них 65 %, що короткочасно втратили боєздатність (КВБ), упродовж доби повернуться до бою, 7–10 % залишаться в ОМЕДР (МПП), 25–28 % будуть направлені на наступний етап медичної евакуації. Останні дві групи уражених – це санітарні втрати психіатричного профілю. Розподіл військовослужбовців з БПТ за рівнями психічних розладів і структурою санітарних втрат на етапах медичної евакуації представлені у таблиці 20<sup>64</sup>.

Розрахунки засвідчили, що в загальній структурі санітарних втрат (СВ) розлади психіатричного профілю можуть дорівнювати 10–14 %, або 0,3–0,5 % від чисельності особового складу, який брав участь в активних бойових діях. При цьому більшість складають особи не з реактивними станами, а з короткочасними і незначними проявами порушень, тобто з психологічними стресовими і короткочасними невротичними реакціями.

---

<sup>64</sup> *Висоцкий В. И., Звездин В. М., Курьята В. И.* и др. Организация и содержание деятельности центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей: учебно-метод. пособ.; под общ. ред. В. И. Ключникова. – М. : ГУВР ВС РФ, 2003.

Разом з тим, при неможливості медичного сортування з участю психіатра в ОМЕДР не менше 50 % осіб з ПСР буде евакуйовано на наступний етап медичної евакуації, що може спричинити у них фіксацію хворобливої симптоматики і погіршення прогнозу повернення до строю. У зв'язку з цим питома вага СВ психіатричного профілю у загальній структурі санітарних втрат може зрости до 24 % і досягти 1 % від чисельності особового складу військ, що беруть участь у бойових діях.

Таблиця 20

**Розподіл санітарних втрат психіатричного профілю на етапах медичної евакуації %**

| Рівень психічних розладів   | Військовий район |                             | Єдина госпітальна база | Тил країни | Всього |
|---|------------------|-----------------------------|------------------------|------------|--------|
|   | омедр бригади    | омедб (корпусний госпіталь) |                        |            |        |
| Психологічний (гострі психологічні реакції стресу).                     | 80/64            | 5/4                         | 15/12                  | 0          | 80     |
| Непсихотичний (гострі невротичні реакції і стани).                      | 5/0,75           | 25/3,75                     | 68/10,2                | 2/0,3      | 15     |
| Психотичний (гострі афектношоккові реакції і затяжні реактивні психози) | 1/0,05           | 5/0,25                      | 85/4,25                | 9/0,45     | 5      |
| Разом:  | 64,8             | 8,0                         | 26,45                  | 0,75       | 100    |

**Примітка.** В чисельнику і графі «Всього» наведений розподіл військовослужбовців з даним видом розладів на етапах медичної евакуації, в знаменнику – частка даної патології в загальній структурі втрат психіатричного профілю, в графі «Разом» – розподіл уражених психіатричного профілю на етапах медичної евакуації.

Зміна структури психічних розладів обумовлює необхідність відповідного корегування організації надання психіатричної допомоги ураженим з БПТ. В основному це торкається легко уражених, які складають більшість уражених з БПТ і належать до категорії так званих поворотних санітарних втрат.

У передовому районі такі корективи повинні забезпечити: сортування уражених з організацією нетривалого і «простого» їх лікування безпосередньо в передовому районі; виділення в останньому двох потоків уражених – з перебуванням на етапі понад добу і до доби (ті, хто короткочасно втратив боєздатність). Для корекції психологічних стресових реакцій, як правило, достатньо заходів психологічної підтримки, короткочасного відпочинку, застосування психотерапії (рідко фармакотерапії) та ін. Тривалість перебування 65 % військовослужбовців з ПСР в МР бригади і ОМЕДР становитиме менше доби. Критерієм повернення військовослужбовців у підрозділи слід вважати не повну відсутність у них психопатологічної симптоматики, а здатність до виконання своїх службових обов'язків.

Розрахунки показують, що в ОМЕДР упродовж одного дня може поступити до 50 уражених з психіатричного профілю, які потребують надання психіатричної допомоги і психологічної корекції, а також внутрішньо-пунктового та евакуаційно-транспортного сортування. З урахуванням обмежень у часі, а також в силах і засобах медичної допомоги в ході сортування уражених потрібно використовувати не загальноприйняту (нозоспецифічну), а рівневу оцінку психічного стану (див. таблицю 20).

Проведення повноцінного медичного сортування, виконання заходів психіатричної і медико-психологічної допомоги в ОМЕДР сприятиме поверненню в частину 65 % всіх військовослужбовців з БПТ. З військового району повернуться до строю до 30 % осіб з невротичними реакціями і приблизно 6 % з гострими афектно-шоковими реакціями.

Необхідно зазначити, що реабілітація є важливою ланкою в наданні допомоги легко ураженим психіатричного профілю. Починати її потрібно одночасно з лікуванням і здійснювати на всіх етапах медичної евакуації. При цьому значення окремих видів реабілітації (медичної, психологічної і військово-професійної) на різних етапах неоднакове. У військовому районі (ОМЕДР, ОМЕДБ) повинна переважати медична і психологічна реабілітація з пріоритетом останньої при ПСР. На цьому етапі проводяться заходи, які спрямовані на обмеження гострих психологічних стресових і легких невротичних реакцій,

підвищення бое- і працездатності уражених, вироблення у них установки на повернення у свої підрозділи.

Для осіб, які короткочасно вийшли із строю, маючи гострі психологічні реакції стресу, психологічна реабілітація включає відпочинок, сон, їжу, пиття (відновлювальні і заспокійливі засоби, зокрема чай), словесне переконання і підтримка, в окремих випадках – «м'які» седативні засоби. Вживання таких реабілітаційних заходів не потребує значних матеріальних і організаційних зусиль. Для осіб, що залишаються на етапі евакуації (з гострими невротичними реакціями), провідною стане медична реабілітація (призначення транквілізаторів, снодійних, навчання елементам м'язової релаксації та ін.). З обома категоріями уражених проводяться групові психотерапевтичні процедури.

На госпітальному етапі до медичної реабілітації підключаються (після обмеження гострих психічних розладів) психологічна і фізична реабілітація, а також фізіо- і працетерапія. Основні завдання даного реабілітаційного етапу – обмеження психічних розладів і попередження їх переходу в хронічну форму; психологічна і фізична підготовка до повернення в підрозділи; підвищення бое- і працездатності; подолання наслідків, які викликані психічними реакціями у зв'язку з пораненням (хворобою).

Як один із варіантів організації допомоги постраждалим військовослужбовцям надається досвід роботи пункту психологічної допомоги і реабілітації в Дагестані (Російська Федерація) в період з 09.08.99 р. по 30.08.99 р. (див. додаток 7).

При розрахунках величини санітарних втрат психіатричного профілю, організації і тривалості надання психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям пропонується виходити із даних таблиць 19, 20, 21, 22<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> *Висоцкий В. И., Звездин В. М., Курьята В. И.* и др. Организация и содержание деятельности центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей: учебно-метод. пособ. / Под общ. ред. В. И. Ключникова. – М. : ГУВР ВС РФ, 2003.

**Терміни відновлення психогенних втрат на відповідній базі**

| Місце відновлення втрат   | Відновленні втрати, % | Терміни відновлення, доба |
|---|-----------------------|---------------------------|
| Психолог бригади (батальйону) – БМП, МПП, окрема медична рота (взвод) | 55–65                 | До 5                      |
| Психолог з'єднання – ОМСБ   | 20–28                 | До 10                     |
| Госпітальна ланка   | 5–7                   | Понад 10                  |

Таблиця 22

**Максимальні терміни початку надання психологічної допомоги**

| Підрозділ      | Початок допомоги, год | Довжина маршруту евакуації, км   |
|----------------|-----------------------|----------------------------------|
| Батальйон      | Не більше 2           | В районі розташування батальйону |
| Бригада (полк) | Не більше 6           | 5–10                             |
| З'єднання      | Не більше 12          | 25 – 30                          |
| Тил            | Не більше 24          | 100 і більше                     |

У госпіталях корпусу, а також в медичних закладах тилу надається спеціалізована психологічна допомога офіцерами-психологами, психологами, клінічними психологами, психотерапевтами, психіатрами та іншими фахівцями (див. таблицю 18).

#### 4.3. Особливості організації психологічної допомоги постраждалим військовослужбовцям у ході миротворчих операцій (на прикладі Іраку)

Проведення миротворчих операцій військовослужбовцями відбувається в екстремальних умовах діяльності. Вони піддаються значному впливу стрес-факторів службової обстановки, тому більшість з них потребує психологічної допомоги.

Наприклад, у результаті діяльності військових у 2003 році покінчив життя самогубством 21 американських військовослужбовців, які брали участь у війні в Іраку (для порівняння під час війни в Персидській затоці в 1991 році – лише двоє).

За словами одного із американських експертів в США, серед військовослужбовців сталося 10–15 випадків «підозрілої» загибелі, які не пов'язані з бойовою діяльністю і відповідно до яких проводиться слідство. Крім того, за межами Іраку зареєстровано ще 67 самогубств військових, причини яких незрозумілі.

Військовим лікарем У. Вінкенвердером, який обіймав посаду помічника міністра оборони США з питань охорони здоров'я, повідомлено, що на 100 тис. солдат, які знаходяться у Іраку, в середньому припадає 13 осіб, які вирішили добровільно піти з життя (у 2002 році в СВ США цей показник склав 11 осіб).

За свідченням військових психіатрів, часто психічна травма, яка була отримана в результаті бойових дій, викривається вже після того, як людина повертається до мирного життя. У зв'язку з цим в американських військах, які підлягають поверненню із Іраку на батьківщину, активно діє служба психологічної допомоги (за ознаками психічних розладів було евакуйовано 300–400 солдат). Приблизно 2500 військовослужбовцям, які вже повернулися додому, було запропоновано пройти курс лікування. Однак, як вказували офіційні представники Пентагону, ця цифра могла різко вирости по мірі ротації військ, яка була запланована на весну 2004 року<sup>66</sup>.

---

<sup>66</sup> *Ванин М.* Самоубийства среди американских военнослужащих в Ираке // Зарубежное военное обозрение. – 2004. – № 2. – С. 69.

Фахівці США приділяють значну увагу організації надання медико-психологічної допомоги у збройних силах на театрі воєнних дій<sup>67</sup>.

На їх думку, медико-психологічна допомога повинна надаватися за такими принципами:

- максимального наближення до військової частини потерпілого, з урахуванням оперативної обстановки;
- своєчасності, кваліфікованості і вичерпності;
- з надією на оптимістичний результат – швидке видужування і повернення до строю;
- використання нескладних технік та методів.

Підкреслюється важливість уміння командирів попереджувати виникнення серед особового складу бойових стресових станів, тісної співпраці персоналу підрозділів психічного здоров'я та боротьби зі стресом з військовими медиками, розвідниками, юристами, капеланами, персоналом тилових служб, військовою поліцією та командуванням.

**Медичне сортування.** Розподіл потерпілих з проявами бойової втоми здійснюється за чотирма категоріями залежно від місця надання остаточної допомоги.

1 категорія – потерпілі, які були обстежені лікарем або фельдшером та направляються на видужування у власну частину з наступним поверненням до строю.

2 категорія – потерпілі, що направляються в тиліві служби власної частини для нетривалого відпочинку та виконання нескладних доручень з метою відновлення боєздатності і не потребують постійного медичного нагляду.

3 категорія – потерпілі, що потребують надання медичної допомоги на даному рівні медичного забезпечення.

4 категорія – потерпілі, що потребують евакуації на вищий рівень медичного забезпечення з метою надання більш кваліфікованої допомоги.

Потерпілих з бойовим виснаженням територіально відмежовують від решти пацієнтів (поранених та хворих). Так, їх віднесення до категорії

---

<sup>67</sup> Іванов Д. А., Іванцова Г. В., Ричка О. В. Організація надання медико-психологічної допомоги у збройних силах США на театрі воєнних дій // Психічне здоров'я. – 2005. – Вип. 2 (7). – С. 72–76.



пацієнтів, що потребують складної терапевтичної, хірургічної або психіатричної допомоги, лише погіршить їх стан та затримає видужання. Допускається асоціювання потерпілих з проявами бойового виснаження з категорією легко хворих. Але осіб з більш тяжкими проявами бойової втоми рекомендується тримати від решти пацієнтів доти, поки їх стан не поліпшиться (нормалізується). Це дозволяє запобігти «психологічному зараженню» інших пацієнтів, наприклад, поширенню паніки.

Для евакуації потерпілих з проявами бойового виснаження використовують транспортні засоби загального призначення. Авіаційний санітарний транспорт використовують лише у випадку відсутності іншої альтернативи, а наземний санітарний транспорт – для перевезення тих осіб, що потребують тимчасового заспокоєння або утихомирення.

На практиці також використовується медико-евакуаційна класифікація пацієнтів, яка полягає в категоризації пацієнтів за ступенем складності випадку та змістом допомоги в ході медичної евакуації.

Евакуація або госпіталізація потерпілих з проявами бойового виснаження здійснюється лише в крайньому випадку. Необгрунтована евакуація затримує видужання, призводить до фіксування на хворобливих явищах і значно збільшує виникнення хронічних наслідків незалежно від складності первинних симптомів. Осіб, що потребують госпіталізації на короткий термін для уточнення діагнозу, рекомендують за першої нагоди перевести на амбулаторне лікування. При випадковому потраплянні до госпіталю хворого інформують, що його симптоми є характерними для бойового виснаження, та повертають на передову якомога ближче до своєї частини на амбулаторне лікування.

**Аспекти планування.** Планування здійснюється з урахуванням особливостей (характеру) майбутньої місії або завдання і триває як в ході їх виконання, так і після завершення.

Існує спеціальна методика, яка на основі експертного судження дозволяє оцінювати пріоритетність (вагомість) як позитивних, так і негативних факторів, що потенційно можуть впливати на величину втрат з проявами бойових стресових станів, з наступним визначенням потреби у профільних силах і засобах.

У процесі планування також визначаються «проблемні» підрозділи, ймовірні осередки втрат психіатричного профілю,

здійснюється оптимальна розстановка підрозділів боротьби зі стресом, передбачаються транспортні ресурси (зокрема й авіаційні) для їх планових рейдів або екстреної передислокації.

Загальноприйнятим вважається, що за умови надання рестораційної допомоги в безпосередній близькості від підрозділів потерпілих (рівень дивізії) упродовж 1–3 діб до строю можна повернути 50–85 % пацієнтів.

З корпусного рівня планується повертати до строю 10–30 % потерпілих з проявами бойової втоми. З метою запобігання тяжким ускладненням, що можуть виникати в результаті евакуації в тиллові госпіталі або за межі ТВД, допускається здійснення маневру евакуаційною політикою, а саме збільшення утримання пацієнтів даної категорії з 7 до 14 днів.

Планується, що від 5 до 15 % потерпілих з проявами бойової втоми будуть отримувати допомогу в лікувальних закладах зони комунікацій (армійський рівень), евакуації за межі ТВД на континентальні США будуть потребувати не більше 5 % потерпілих.

**Види медико-психологічної допомоги.** Визначають такі види медико-психологічної допомоги: надання консультацій військовому керівництву, медперсоналу; відновлювальна допомога; медичне сортування нервово-психіатричних хворих; стабілізація стану потерпілих з тяжкими проявами бойових стресових станів; ресторація; реабілітація.

Відповідальні особи, що здійснюють планування заходів боротьби зі стресом, визначають їх пріоритетність та необхідні ресурси. Важливість кожного окремого виду допомоги обумовлюється конкретною ситуацією. Перевагу віддають проактивному запобіганню (надання консультацій та відновлювальна допомога), а не реактивним видам лікування (ресторація, реабілітація).

Надання консультацій військовому керівництву, медперсоналу (*consultation to leaders, medical personnel*) полягає в постійному, обґрунтованому акцентуванні уваги на важливості мінімізації втрат, пов'язаних з бойовим стресом, здійсненні адекватних, своєчасних попереджувальних заходів (рекомендований рівень втрат: 1 потерпілий з проявами бойової втоми на 10 поранених, при плануванні – 1:5).

Відновлювальна допомога (*reconstitution support to attrited units*) надається у співробітництві з медичними та іншими тиловими службами підрозділам, що зазнали значних людських та матеріальних втрат. Такі частини тимчасово виводяться з поля бою в безпечне місце, де здійснюються заходи з їх реорганізації, отримання поповнення, ремонту матеріальної частини.

Медичне сортування нервово-психіатричних хворих (*neuropsychiatric triage*) – процес діагностичного та евакуаційно-транспортного розподілу потерпілих з бойовими стресовими станами.

Стабілізація стану потерпілих з тяжкими проявами бойових стресових станів (*stabilization of disruptive cases*) полягає в наданні відповідної допомоги, прогнозуванні ймовірності повернення потерпілого до строю.

Ресторація (*restoration*) полягає 1–3-денному лікуванню в медичних підрозділах передового забезпечення (рівень бригади, дивізії).

Реабілітація (*reconditioning*) – 7–14-денне лікування, яке здійснюється в безпечних умовах, як правило, в межах корпусу. Реабілітація по суті подібна ресторації, але здійснюється за більш інтенсивною програмою та потребує залучення більшої кількості людських ресурсів.

**Підрозділи психічного здоров'я та боротьби зі стресом.** До складу відділення психічного здоров'я дивізії (*division mental health section*) входить дивізійний психіатр, соціальний працівник (офіцер), клінічний психолог, 6 або 7 фахівців з наук про поведінкові особливості та девіації (з поведінкових наук). Відділення психічного здоров'я медичної роти бригади складається з трьох фахівців з поведінкових наук.

Дані підрозділи забезпечують надання всіх видів психологічної допомоги до рестораційної включно. Але мають обмежені можливості з надання психологічної допомоги в ситуаціях масових санітарних втрат порівняно зі спеціалізованими підрозділами боротьби зі стресом.

На корпусному рівні в складі медичної бригади є медична рота боротьби зі стресом (*medical company, combat stress control*).

Рота має в своєму складі відділення з питань попередження бойових стресових станів, яке може поділятися на 6 спеціалізованих

бригад (*combat stress control preventive teams*) по 4 особи в кожній (є психіатри, соціальні працівники), а також лікувальне відділення (є психіатричний молодший медичний персонал, клінічні психологи, фахівці з професійної терапії), яке може поділятися на 4 спеціалізовані бригади (*combat stress control restoration teams*) по 11 осіб у кожній. Кожна лікувальна бригада здатна надавати допомогу до 50 потерпілим з проявами бойової втоми.

З метою виконання конкретних завдань превентивні і лікувальні бригади можуть об'єднуватися.

Бригади мають необхідні транспортні засоби, які забезпечують їх повну мобільність. Матеріально-технічне забезпечення бригад та надання засобів зв'язку здійснюється за рахунок сил і засобів підрозділів, до яких вони належали. При масових санітарних втратах вони забезпечуються необхідним ліжковим фондом.

Кількість рот у бригаді розраховується на основі співвідношення 0,5 на одну дивізію.

Ще одним підрозділом боротьби зі стресом є медичний загін передового забезпечення (*medical detachment, combat stress control*). Може посилювати медичні роти або роти боротьби зі стресом. Має в повному складі відділення з питань попередження бойових стресових станів, яке може поділятися на 3 спеціалізовані бригади та лікувальне відділення, що забезпечує надання допомоги до 50 потерпілим з проявами бойової втоми на дивізійному рівні.

Кількість підрозділів даного типу визначається на основі співвідношення 1 загін – на 1 дивізію; 1 загін – на 2–3 бригади, які не мають власних підрозділів психічного здоров'я чи боротьби зі стресом.

Відділення психічного здоров'я (*mental health section, area support medical battalion*) медичного батальйону зонального забезпечення (рівень корпусу, армії) аналогічне дивізійному підрозділу. Єдина відмінність полягає в тому, що згідно зі штатом не передбачено посади психолога.

Координацію діяльності підрозділів боротьби зі стресом здійснює персонал психічного здоров'я або консультант з даного напрямку в командуванні медичної бригади (як корпусної, так і функціонуючої в зоні комунікацій).

У структурі всіх наявних типів польових госпіталів (госпіталь бойового забезпечення, польовий госпіталь, госпіталь

загального призначення) передбачено по одному профільному 20-ліжковому відділенню.

Як правило, в госпіталях бойового забезпечення (3-й ешелон) розгортаються центри відновлення боєздатності (combat fitness reconditioning centers). Вони комплектуються за рахунок бригад зі складу спеціалізованих підрозділів боротьби зі стресом або консолідованих команд лікарів-психіатрів госпіталів ТВД та забезпечують декілька дивізій.

Окрім стандартних функцій, вони здійснюють перепідготовку військовослужбовців для виконання нових службових обов'язків, «безболісного» повернення до строю.

Вважається за доцільне в складі дивізії передбачати необхідні ресурси для здійснення реабілітації потерпілих з проявами бойових стресових станів. Це дозволяє повною мірою реалізувати принцип надання допомоги потерпілим в максимальній близькості від їх частин, запобігти необгрунтованій евакуації в лікувальні заклади тилу.

З цією метою також практикується здійснення маневру особовим складом, а саме підсилення передових рестораційних бригад за рахунок персоналу, що надає реабілітаційну допомогу.

Отже, у ЗС США значна увага приділяється наданню медико-психологічної допомоги, забезпеченню психологічної складової боєздатності військовослужбовців; на основі розробленої відповідної нормативної і регламентуючої бази для кожної конкретної місії здійснюється науково обгрунтоване планування сил і засобів підрозділів психічного здоров'я та боротьби зі стресом, при цьому передбачений повний спектр профільних закладів на всіх командних рівнях.

Аналіз специфіки діяльності, поведінки і проявів психіки українських миротворців у Іраку засвідчує, що ми маємо аналогічні проблеми в подоланні бойового стресу нашими воїнами порівняно з військовослужбовцями армії США. Звичайно, кількість проблем із психікою у воїнів ЗС України не може порівнюватися з їх кількістю у американських військовослужбовців, які присутні у Іраку, але проблеми існують, мають свої особливості і шляхи вирішення.

На жаль, до складу українських миротворців не входили спеціалісти в області психіатрії, клінічної і соціальної психології.

Психологічну допомогу нашим воїнам надавали працівники медичної роти, а також офіцери з гуманітарних питань, які розуміють особливості проблеми і спроможні психологічно допомогти людині (наприклад, як випускник факультету з гуманітарних питань НАОУ підполковник Марко П. М.).

Основними принципами надання психологічної (психіатричної) допомоги постраждалим військовослужбовцям в Іраку було: найшвидше її надання по завершенню психотравмуючої ситуації, максимальне повертання у стрій воїнів з короточасними психологічними реакціями на травматичні події професійної діяльності, найшвидша евакуація потерпілих із Іраку з ознаками психічних розладів психіатричного профілю, які у майбутньому, за прогнозами фахівців, будуть не спроможні виконувати свої обов'язки за посадами призначення.

## РОЗДЛ 5. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОГЕНІЙ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ ДІЯЛЬНОСТІ

---

### 5.1. Профілактика психічних розладів у військовослужбовців

Кожна людина, яка брала участь в життєво небезпечній діяльності і відчула на собі реальну загрозу для життя, має шанс отримати психічну травму. Система надання психологічної допомоги повинна бути побудована таким чином, щоб максимальну кількість військовослужбовців, які отримали психічні травми, найшвидше повернути до своїх підрозділів. Воїни, які не спроможні успішно діяти внаслідок психічної травми в екстремальних умовах діяльності, можуть бути евакуйовані в тил з подальшим спеціалізованим курсом лікування.

Важливим завданням командування військових частин і підрозділів є своєчасна та якісна організація та надання особовому складу психологічної допомоги.

Підкреслюється, що реалізація ефективних психопрофілактичних і реабілітаційних заходів виходить за межі компетенції одних лише психіатрів і може бути дієвою лише за умови об'єднання їх зусиль з діяльністю фахівців у сфері соціальної гігієни, соціальної і клінічної психології, психофізіології та ін. Програми охорони психічного здоров'я військовослужбовців повинні бути в центрі уваги не лише лікарів, але і військових психологів, офіцерів з гуманітарних питань, засобів масової інформації та ін.

Профілактика є складним, багатокомплексним процесом. Згідно з сучасним рівнем знань для вирішення завдань, які поставлені перед психологічною і медичною службою, необхідно визначити два види (рівня) профілактики: первинну і вторинну.

*Перший етап психопрофілактики* передбачає систему заходів, які дозволяють вивчення психічних впливів на людину, його психіку і можливості попередження психічних і психогенно обумовлених хвороб. Вказані міри мають за мету підвищення опору психіки до негативних стрес-факторів оточуючого середовища і попередження самого факту виникнення хвороби. На даному рівні профілактики

вирішальне значення в охороні здоров'я військовослужбовців має сукупність соціально-економічних умов, раціональна організація їх службової діяльності, побуту, відпочинку та ін. При цьому медична служба займає не основні, а парадні (консультативні) позиції.

*Другий етап психопрофілактики* – це сукупність заходів, які спрямовані на попередження несприятливих наслідків психічної або психосоматичної хвороби, що розпочалася. Йдеться про активне виявлення військовослужбовців з початковими проявами хворобливих станів, ранній початок лікування з використанням комплексної терапії. Це сприяє позитивному перебігу хвороби, призводить до більш швидкого видужання хворого військовослужбовця, запобігає хронізації хворобливого процесу. Особливе місце у вторинній психопрофілактиці надається заходам щодо попередження рецидивів і досягнення найбільш повної ремісії хвороби.

*Третій етап психопрофілактики* включає систему практичних заходів, які можуть бути поділені на ті, які здійснюються у період до виникнення бойової роботи, під час дії психотравмуючих екстремальних факторів, а також після завершення їх дії.

До бойової роботи пропонується виконати такі заходи:

- підготовка психологічної і медичної служби, командного складу, офіцерів з гуманітарних питань до роботи в екстремальних умовах;

- формування у військовослужбовців культури психічного загартування;

- інформування воїнів щодо можливості отримання психічних травм та роз'яснення її природи;

- доведення до військовослужбовців відомостей щодо можливості сучасної науки надання медичної і психотерапевтичної допомоги на сучасному рівні;

- навчання військовослужбовців прийомам надання психологічної і медичної допомоги воїнам із бойовою психічною травмою;

- інформування військовослужбовців щодо можливості застосування для психопрофілактики медикаментозних і психотерапевтичних засобів;

- формування і розвиток в особового складу високого морально-психологічного стану, психологічних якостей;



– навчання воїнів вмінню подолати страх, вироблення сміливості, волі, холонокровності, витримки, розумного поведіння у бойовій обстановці;

– виховання вміння не губитися у складних життєвих ситуаціях, які мають розвиток у екстремальних умовах діяльності, розвивати компетентність, професійні знання і уміння, моральні якості у керівного складу.

Під час дії психотравмуючих факторів у бойовій обстановці:

– організувати чітку роботу щодо надання медичної і психологічної допомоги військовослужбовцям з психічними травмами;

– надавати об'єктивну інформацію щодо психологічних аспектів розвитку військових подій;

– допомагати командному складу в недопущенні панічних настроїв, промов, вчинків та поведінки;

– залучати військовослужбовців, які одужують, до військової праці (господарських видів діяльності, стройової підготовки тощо за умов обов'язкового несення військової форми одягу).

Після закінчення дії психотравмуючих факторів:

1. Надавати об'єктивну інформацію особовому складу щодо наслідків бойової діяльності та їх впливу на нервово-психічний стан воїнів.

2. Здійснювати профілактику виникнення повтору у них психічних розладів, а також розвитку соматичних порушень внаслідок нервово-психічних порушень.

3. Спостерігати за військовослужбовцями, які отримали і подолали бойові психічні травми.

4. Спостерігати за розвитком та станом пост-травматичних стресових розладів особового складу, який брав участь у бойовій діяльності.

5. Залучати легкопостраждалих військовослужбовців до військової праці.

Завдання командування щодо надання психологічної допомоги можуть бути сформульовані наступним чином:

– вивчення та узагальнення особливостей виникнення, перебігу й ефективності психологічних заходів, які здійснюються при психічних розладах у воїнів для вдосконалення організаційної структури психологічної служби;

– організація і проведення заходів з надання психологічної допомоги при встановленні факту отримання бойової психічної травми, пораненнях і захворюваннях з іншою етіологією психічних захворювань;  
– організація профілактики розвитку психічних розладів у військовослужбовців у бойових умовах;  
– запобігання розвитку адиктивних порушень у військовослужбовців;  
– проведення воєнно-лікарської і судово-психіатричної експертизи з військовослужбовцями<sup>68</sup>.

Також завдання командування із організації психологічної допомоги полягають в організації ефективно діючої системи:

– роз'яснення військовослужбовцям специфіки діяльності в бойових умовах та її наслідків;  
– надання психологічної допомоги постраждалим військовослужбовцям;  
– турбота про воїнів після завершення бойової діяльності.

Загалом, система надання психологічної допомоги військовослужбовцям повинна бути пов'язана із загальною системою надання медичної допомоги і бути максимально наближеною до тактичної ланки.

Ефективність запропонованої системи надання психологічної допомоги підтверджується аналізом бойових дій радянських військ в Афганістані, військовослужбовців Російської Федерації в Чеченській Республіці, Збройних Сил України у ході миротворчих операцій в Югославії, Іраку, також під час проведення АТО в Україні та ін.

## **5.2. Основний зміст діяльності заступника командира з гуманітарних питань щодо попередження, виявлення БПТ і надання першої психологічної допомоги потерпілим**

*А. На етапі підготовки.* З моменту отримання завдання про підготовку частини до передислокації в район бойових дій проблема профілактики БПТ розглядається як домінуюча в діяльності заступника командира з гуманітарних питань.

---

<sup>68</sup> *Военная психиатрия* / Под. ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея. – СПб. : ВмедА, ЗЛБИ–СПб., 2001. – 336 с.

Насамперед необхідно використовувати всі можливості для отримання якомога більш повної характеристики запланованого району бойових дій (географічні, кліматичні, соціально-політичні особливості), уточнити специфіку можливих бойових завдань, проаналізувати психологічну характеристику наявного особового складу.

Необхідно спільно з психологом частини спланувати систему психологічної підготовки військовослужбовців до майбутніх бойових дій, підготувати схему включення її елементів у процес бойового злагодження підрозділів.

У ході роз'яснювальної роботи та інструктивних занять з командним складом доцільно детально розглянути зміст, особливості, симптоматику БПТ і заходи першої допомоги. Необхідно акцентувати увагу командирів підрозділів на більш ретельному і достовірному використуванні в ході бойової підготовки елементів моделювання факторів бою, оскільки при цьому знижується відсоток психогенних втрат у реальному бою. Використання різних елементів реального бою на заняттях значно зменшує ефект їх новизни, внаслідок чого вони стають менш травматичними.

Особливу увагу варто приділити налагодженню системи бойового інформування (канали безперебійного отримання інформації, група з її обробки, структура і контингент бойових інформаторів). По можливості система бойового інформування повинна функціонувати безперервно як на етапі підготовки, так і в ході здійснення маршу, та особливо в ході ведення бойових дій. Це необхідно внаслідок того, що невизначеність, невідомість виснажують психіку військовослужбовця більше, ніж будь-яка жорстка конкретність, породжує при цьому негативні емоції і зменшує адаптаційні резерви.

Під час виховної роботи важливо зосередитися на актуалізації бойових мотивів, роз'ясненні мети і необхідності майбутніх бойових дій. Чим більш бойові дії будуть наповнені для військовослужбовця особливим значенням, цінністю для себе, поняттям значущості особистої ролі, відчуттям справедливості своїх дій, упевненістю у собі і своїх товаришах, тим більш стійкою буде його психіка до дії різних стрес-факторів бойової обстановки.

У підготовчий період визначається час, періодичність і місце проведення спеціальних психопрофілактичних заходів з особовим складом.

Заступнику командира з гуманітарних питань важливо пам'ятати про те, що в період підготовки і очікування бойових дій особовий склад повинен бути постійно зайнятий справою (чищення зброї, обслуговування техніки, додаткові тренування). За відсутності корисної діяльності виникають виснажливі роздуми, різні чутки, зароджується страх перед невідомістю, наступає загальне зниження бойового духу.

Після прибуття в район бойових дій заступнику командира з гуманітарних питань необхідно поклопотатися про устаткування в найближчому тилу пункту надання першої психологічної допомоги. Це може бути будівля, намет, порожній бліндаж та ін. На пункті повинно бути тепло, наявна вода в достатній кількості, спальні місця, запас продуктів. Не доцільно розміщувати його з пунктом збору поранених, оскільки їх вигляд і стогони можуть посилити психотравму. Також необхідно особисто переконатися в знанні санінструкторами симптомів БПТ, місця розташування пункту, поклопотатися про постачання їх седативними (заспокійливими) препаратами. Організація роботи пункту першої психологічної допомоги покладається на психолога частини, склад медперсоналу узгоджується з лікарем частини.

**Б. У ході бойових дій.** Насамперед, дуже важливо зрозуміти самому і хтोरівнюється до тих, що отримали важку фізичну травму, вогнепальне поранення, контузію або хімічне отруєння. Тому цю категорію відносять до психогенних втрат.

На БПТ людина може відреагувати двома основними формами: гальмівною і гіперзбудженою, рідше зустрічається їх поєднання. Час реакції на БПТ залежно від сили і тривалості дії стрес-факторів, індивідуальних особливостей та інших параметрів, може займати від декількох годин до декількох років. Тому передусім необхідно евакуювати потерпілого з поля бою і доставити в пункт надання першої психологічної допомоги. При неможливості евакуації (бій в оточенні) помістити в укриття, дати заспокійливе та утримувати під наглядом, ізолювати від зброї до появи можливості евакуації.

Основні симптоми, що свідчать про отримання БПТ, надані в таблиці 4. Перелік симптомів БПТ не є вичерпним, крім того, можливо їхнє різне поєднання залежно від форми реакції на БПТ та її складності. Але БПТ у військовослужбовців потрібно відрізнити від

прояву розгубленості або страху – жодні заклики, домовленості, ляпаси, загрози (аж до розстрілу) не виводять військовослужбовця із стану дезорієнтації і можуть лише посилити наслідки БПТ. Тому найшвидша ізоляція його від дій екстремальної обстановки є щонайпершою умовою.

Після доставки потерпілого в пункт надання першої психологічної допомоги необхідно йому обмити водою хоча б обличчя і руки (в ідеальному варіанті занурити в теплу ванну), зігріти кисті рук і ступні ніг, розтираючи їх шерстяною тканиною або використовуючи гарячу воду. Потім потерпілому потрібно дати заспокійливі засоби (седуксен, еленіум, фенозепам та ін.) і вкласти спати. За відсутності необхідних медикаментів як заспокійливий засіб може бути використаний шприц-тюбик промедолу з індивідуальної аптечки або алкоголь (50–100 мл). Після того, як потерпілий прокинеться, його необхідно нагодувати і знов укласти спати. Надалі ступінь важкості психотравми і заходи з відновлення здоров'я військовослужбовця повинен визначити фахівець. Проте, як показує досвід, при проведенні відновного періоду в найближчому тилу (без відправки потерпілого в госпіталь) менша кількість військовослужбовців симулює продовження хвороби (згідно з досвідом західних армій при такому підході 8 з 10 потерпілих поверталися до строю упродовж 2–3 днів). Усі заходи повинні супроводжуватися вмілою психотерапевтичною бесідою психолога після того, як гостра реакція на БПТ буде знята і потерпілий знов стане здатний до розсудливих дій. Усвідомлення того, що товариші військовослужбовця по службі буквально поряд б'ються з супротивником, а він в цілому фізично здоровий, знаходиться в тилу, є для більшості військовослужбовців могутнім мотивом для повернення до підрозділу.

Така робота не повинна носити агресивно-тиснучого і принижуючого характеру на людину, яка тільки що перенесла БПТ. Важливо й те, наскільки буде сформовано правильне ставлення в колективі до воїнів, що повертаються після перенесеної БПТ. За відсутності дружньої підтримки та наявності насмішок і тиску з боку товаришів по службі для потерпілого є висока вірогідність повернення до колишнього стану. Для поліпшення результатів доцільно доручати опіку над військовослужбовцями, які повернулися після лікування від

БПТ тим воїнам, які раніше це перенесли. Такий підхід важливий тому, що наслідки БПТ у слабкій формі присутні в психіці досить тривалий час, а шефство дозволяє реалізувати принцип «допомагаючи іншому, відновлююся сам».

У перервах між боями виховна робота повинна підкріплюватися психопрофілактичними заходами з метою зниження відсотка психогенних втрат серед особового складу.

Відповідає за організацію та здійснення прогнозування, оцінку психогенних втрат заступник командира з гуманітарних питань, а також начальник медичної служби. Під час спільної роботи використовуються методики оцінки і прогнозування, які затверджені відповідними начальниками. Головним завданням, яке покладене на фахівців, підпорядкованих заступнику командира з гуманітарних питань, є надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які отримали бойові психічні травми, визначення рівня боєздатності військовослужбовців підрозділів, спроможності їх одержати перемогу над супротивником. Головним завданням медичних працівників є надання допомоги постраждалим воїнам, розрахунок швидкості та обсягу надання психіатричної допомоги психотравмованим військовослужбовцям, організація їх одужання і повернення до строю.

### **5.3. Організація медико-психологічних заходів щодо збереження, відновлення і підвищення боєздатності особового складу аеромобільних військ**

Бойова діяльність військовослужбовців-десантників пов'язана з небезпекою для життя та значним впливом стрес-факторів на психіку військовослужбовців. Це може призвести до порушення управління військами, зниження вірогідності успіху й ефективності діяльності, а при надмірному навантаженні на психіку воїна цей вплив може обумовити психічні розлади. Світова статистика наочно свідчить про актуалізацію проблеми психогенних втрат у процесі бойових і миротворчих операцій, локальних війн і конфліктів.

За висновками експертів провідних країн НАТО, боротьба з військовим стресом і зусилля, спрямовані на його подолання, є одним із головних практичних завдань військової психології.

Психологічне забезпечення діяльності десантників має комплексний характер і повинно впливати, по-перше, на психіку десантника, морально-психологічний стан підрозділів для забезпечення формування їхньої психологічної готовності до різнобічних завдань командування і, по-друге, на психіку військовослужбовців супротивника, його підрозділів для зниження їх праце- і боєздатності, розвитку у них панічних настроїв і страху.

Одним із провідних напрямів, який буде впливати на ефективність всієї системи підготовки військовослужбовця до бойової діяльності і подальший його успіх, є психологічна підготовка та психологічне забезпечення його діяльності, цілеспрямоване проведення заходів психологічної допомоги психотравмованим десантникам.

Під психологічною підготовкою фахівців аеромобільних військ ми розуміємо комплекс заходів впливу на психіку воїнів, які спрямовані на:

- високий рівень патріотизму, любові до своєї Батьківщини, готовності до самопожертви заради виконання бойового завдання, своїх командирів, друзів і товаришів;
- формування установок, психологічної готовності, динамічних стереотипів діяльності;
- швидку адаптацію психіки й організму до змін бойової обстановки;
- створення мотивуючої домінанти на однозначний успіх діяльності за будь-яких обставин;
- формування і розвиток індивідуально-психологічних якостей десантників, нервово-психічної стійкості, урівноваженості, розсудливості, розвиток їх лідерських якостей, готовності в будь-який момент взяти керівництвом бою на себе;
- саморегуляцію власної поведінки і спроможності самостійного подолання негативних емоцій, особливо страху;
- знання та вміння профілактики, розпізнання та подолання бойових психічних травм різного ступеня та ін.

В аеромобільних військах психологи здійснюють такі види психологічної допомоги: психологічна діагностика, психологічна прогностика, психопрофілактика, психологічне консультування, психологічна реабілітація, кризове втручання, психокорекція, психотерапія, психологічний тренінг.

Психологічна допомога впливає на підвищення боєздатності військових підрозділів, оптимізує життєдіяльність військ і, залежно від засобів, які можуть застосовуватись, дозволяє покращити на 25–30 % рівні психічних станів особистості й військового колективу, що є значно дешевше і вигідніше, ніж, скажімо, заходи медикаментозного характеру.

Досвід комплектування частин та підрозділів, рівень виконання бойових завдань засвідчив необхідність проведення цілеспрямованої психологічної підготовки у формі психологічних тренінгів різної спрямованості.

Так, на першому етапі виникає потреба проведення тренінгів з командо утворення, особливо зі щойно сформованими підрозділами. Метою навчання є формування навичок бути єдиними цілим, відповідати за самих себе і один за одного. Відбувається знайомство з командним складом і особливостями системи управління.

На другому етапі необхідне навчання швидкої психологічної допомоги при гострому стресі. Потрібно розповісти, що є гострим бойовим стресом і які він має наслідки. Як він може позначитися на стані здоров'я і психіці людини зокрема? Військові вчаться надавати першу психологічну допомогу самому собі, а також своїм друзям та товаришам.

На третьому етапі проводиться тренінг із засвоєння навичок психічної саморегуляції – опановуються прийоми і засоби самоконтролю, покращення психічних станів через свідому регуляцію дихання, розслаблення і напруження м'язів, самомасажу. При наявності фахівців вивчається методика аутогенного тренування та ін.

На четвертому етапі необхідно створити умови для ознайомлення військових з тілами загиблих людей або тварин. З цією метою необхідно поїхати у морг, щоб військовослужбовці побачили, який може бути результат бойових дій. Також практикується під час проведення занять в умовах військового полігону на тактичних полях розміщувати трупи загиблих тварин для загартування психіки військових.

Пятий тренінг проводиться з відпрацюванням елементів комунікації. Засвоюються правила спілкування з рідними і близькими, а також з місцевим населенням.

Медико-психологічне забезпечення діяльності аеромобільних військ організовується з урахуванням їх завдань у мирній і военній



час, особливостей бойової підготовки, зокрема, десантування в різний час доби, у різні сезони року, а також навчальних (бойових) дій у кліматичних умовах, що швидко змінюються.

Медична служба і психологи незалежно від місця постійної дислокації аеромобільних частин повинні бути готові до організації медико-психологічного забезпечення військ у різноманітних умовах ландшафту, клімату і погоди: на рівнинах, у горах, лісах, болотах, містах, безводних пустелях, у зимовий і літній час, у сухий і вологий періоди року.

У ході повсякденного медико-психологічного контролю за життям, побутом і бойовою підготовкою особового складу військ необхідно вимагати загартовування військовослужбовців з метою вироблення у них швидкої адаптації до впливу умов навчально-бойової діяльності, зокрема, до впливу високої і низької температури повітря, зниженого барометричного тиску, підвищеного фізичного навантаження.

При медико-психологічному забезпеченні навчальних занять особливу увагу необхідно приділяти профілактиці травматизму в ході наземної підготовки і у період стрибків з парашутом. Для цього медична служба бере участь у підборі та правильному припасуванні обмундирування, спорядження і взуття, особливо при заняттях з молодим контингентом.

У зв'язку з навчально-бойовою діяльністю аеромобільних військ в умовах відносної автономності, а також особливостями організаційно-штатної структури медичної служби частин і з'єднань аеромобільних військ обсяг різних видів медичної допомоги розширюється, а саме: в медичній роті надається перша лікарська допомога у повному обсязі і проводяться деякі заходи кваліфікованої медичної допомоги<sup>69</sup>.

Лікарський огляд особового складу частин і підрозділів, крім медичних оглядів і обстежень, передбачених загальними для сухопутних військ положеннями, проводиться перед кожним парашутним стрибком. Під час огляду оцінюється загальний стан кожного військовослужбовця, підраховується пульс, вимірюється

---

<sup>69</sup> Медичне забезпечення військ (сил). – Ч. 1: Основи організації медичного забезпечення військ (сил) у мирний час: навч. посіб.; під ред. Г. О. Іванова – К. : НАОУ, 2005. – С. 70–71.

температура тіла і артеріальний тиск. При виявленні відхилень від нормальних показників військовослужбовці не допускаються до стрибків і за ними встановлюється лікарське спостереження, а при необхідності проводиться стаціонарне обстеження.

Під час підготовки і здійснення парашутних стрибків командний склад, психологи організують як індивідуальну, так і групову роботу з десантниками на подолання негативних психічних станів. Психологи інформують про особливості здійснення парашутних стрибків, виникнення стану страху перед стрибками (особливо перед першим стрибком), навчають воїнів методам і способам подолання страхів, основам саморегуляції та ін. згідно з організаційно-методичними рекомендаціями<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> Блінов О. А. Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітряно-десантної підготовки: дис... канд. психол. наук: 20.02.02 / Київськ. військ. гуманіт. ін-т. – К., 1999. – 271 с.

## РОЗДІЛ 6. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПСИХОТРАВМОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

---

### 6.1. Модель психологічної реабілітації військовослужбовців

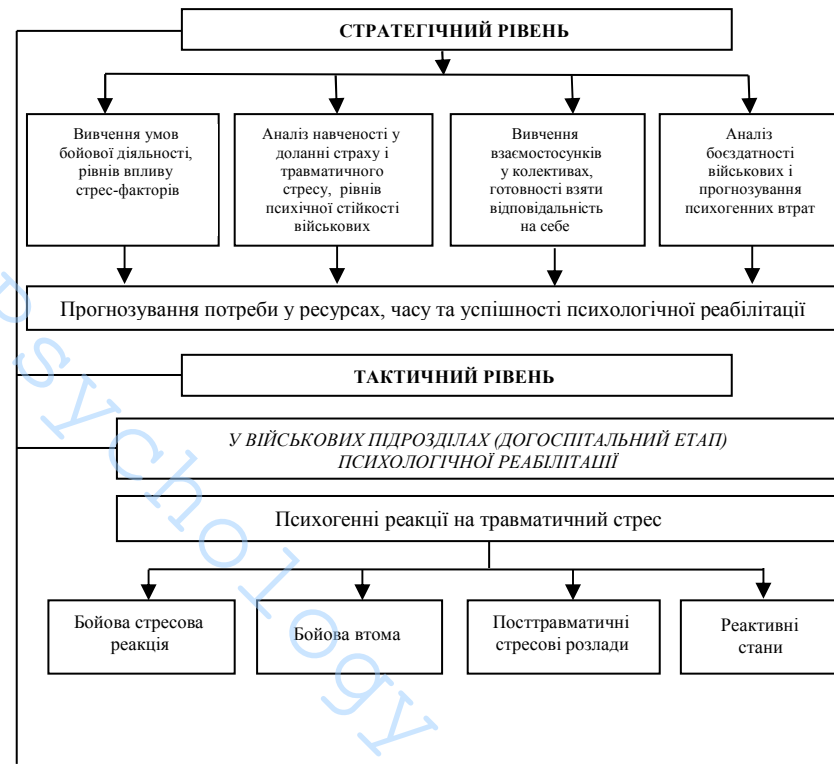
Сучасні бойові дії характеризуються значними фізичними, санітарними і психогенними втратами. Актуальним питанням сьогодення є здійснення прогнозування поведінки військових у бойових діях, рівнів психогенних втрат, надання ефективної психологічної реабілітації<sup>71</sup>.

Психологічна реабілітація військових – це процес організованого психологічного впливу на відновлення такого стану психічного здоров'я воїнів, який знову дозволить їм успішно вирішувати завдання професійної діяльності. Вона спрямована на відновлення психічних функцій й особистісного статусу людини з використанням психокорекції та психотерапії. Сутність психологічної реабілітації полягає у поновленні системи взаємовідношень постраждалого і соціального середовища, поверненні думок людини «з фронту до дому», формуванні навичок толерантного поводження, створення умов для саморозкриття життєвих перспектив особистості та ін.

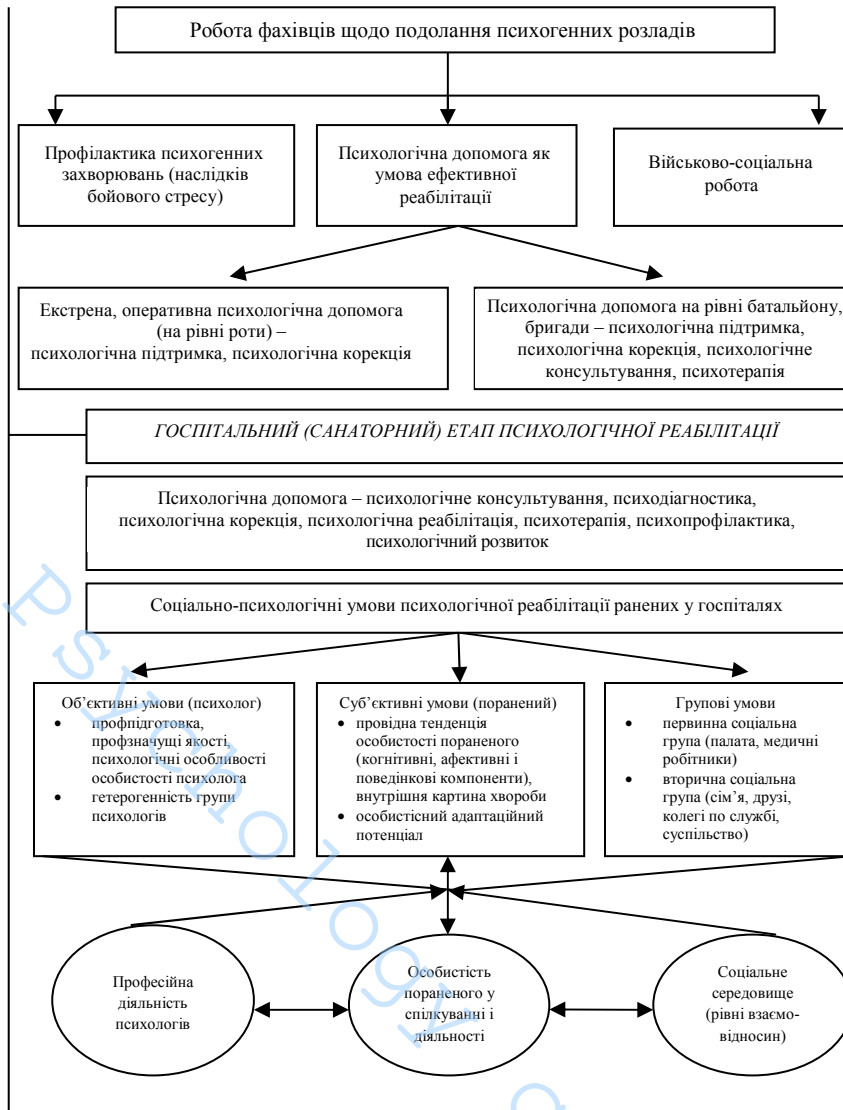
---

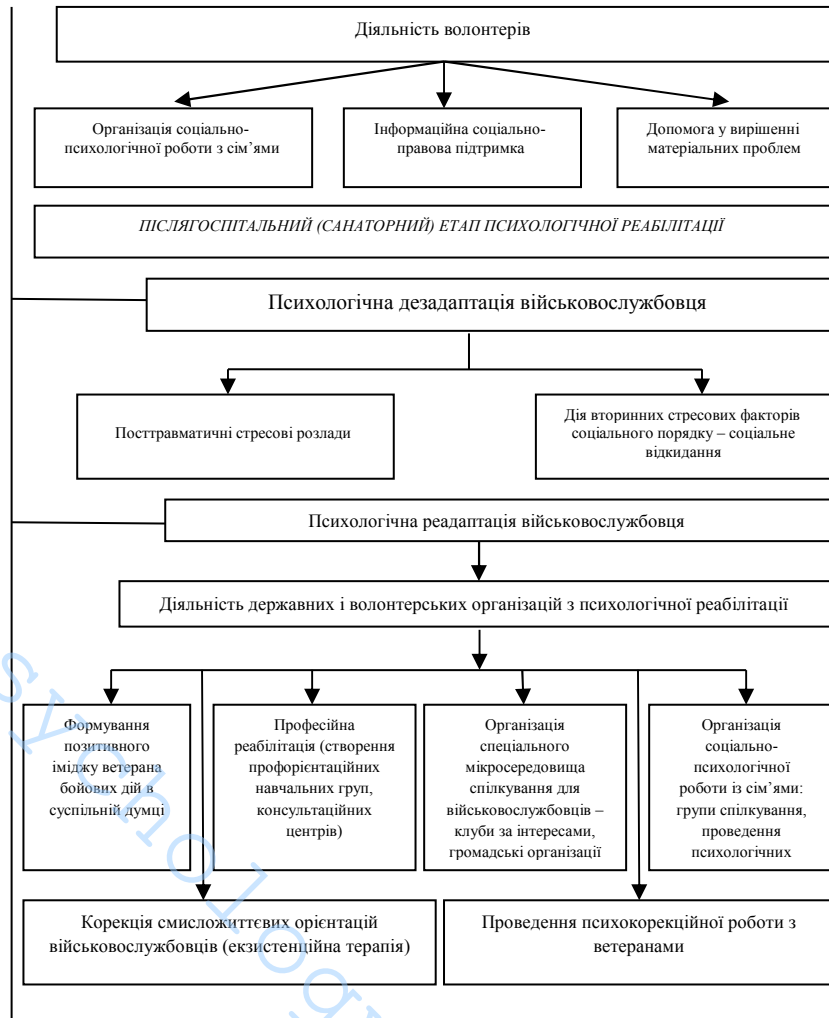
<sup>71</sup> *Блінов О. А.* Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум / О. А. Блінов. – К. : НАУ, 2013. – 80 с.; *Блінов О. А.* Теоретичні уявлення та практичні здобутки психологічної реабілітації поранених комбатантів / О. А. Блінов // Науковий вісник Чернівецького університету: збірник наук. пр. Вип. 739. Педагогіка та психологія. – Чернівці: Чернівецький нац. у-т, 2015. – С. 7–14.; *Блінов О. А., Степаненко А. А.* Основні напрямки психологічної реабілітації поранених військовослужбовців / Перспективи розвитку озброєння та військової техніки Сухопутних військ. Зб. тез доповідей Міжнар. наук.-техн. конф. (Львів, 14-15 травня 2015 р.). – Львів: АСВ, 2015. – С. 234–235.; *Блінов О. А.* Досвід психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей в умовах санаторію / Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю (Київ, 12-13 лютого 2016 р.) / Київський Національний університет ім. Тараса Шевченка. – К. : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. – С. 23–26.; *Blinov Oleg.* Psychological rehabilitation of soldiers in combat conditions and after the fight // European Applied Sciences, July, 2014, № 7. – Pp. 36–37.

Модель психологічної реабілітації військовослужбовців має два основні рівні організації роботи – стратегічний і тактичний. Стратегічний рівень вирішує завдання планування, підготовки бази реабілітації та апробації системи роботи. Основне завдання тактичного рівня – це організація безпосередньої психореабілітаційної роботи на практиці. Вона здійснюється на догоспітальному етапі психологічної реабілітації, госпітальному (санаторному) етапі та післягоспітальному (санаторному) етапі психологічної реабілітації (див. рис. 1)<sup>72</sup>.



<sup>72</sup> Блінов О. А. Основні складові моделі психологічної реабілітації комбатантів / Соціальна робота як правозахисна професія : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 29 квітня 2015 р. Чернівецький нац. ун-т ім. Юрія Федьковича. – Чернівці, 2015. – С. 20–23.





combat mental tra



Рис. 1. Модель психологічної реабілітації військовослужбовців

Психологія травматичного стресу як нова галузь психологічної науки зародилася в 1980-і рр. XX століття у результаті розвитку психологічних спостережень і досліджень. Найбільш широке визнання спочатку здобула за кордоном (США, Англія, Франція, Ізраїль), а на сьогодні – в Україні.

З цього моменту психологи в цілому, зокрема військові психологи, почали вивчати не взагалі стресові наслідки, а психологічні наслідки бойового стресу, які виникають безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після деякого періоду (місяць, рік і більш тривалий час). Таким чином, всі реабілітаційні заходи діляться на три етапи.

**На першому етапі реабілітації здійснюються заходи з надання першої психологічної допомоги на полі бою залежних від вираженої психічної реакції (догоспітальний етап психологічної реабілітації)** (див. таблицю 14). Рекомендована схема використання засобів попередження психічних травм при різних реакціях на впливи психогенних факторів (див. таблицю 15). Проведені заходи вживаються у системі надання психологічної та медичної допомоги у бойовій обстановці (див. таблицю 18).

Психологічна реабілітація учасників бойових дій здійснюється на основі наступних принципів: превентивності, товариської взаємодопомоги, невідкладності («хвилини рік беруть»), принципу наближення реабілітаційних установ до лінії фронту (для осіб, що повертаються в бойовий стрій), принципу простоти заходів (доступність для самих військовослужбовців, командирів, офіцерів органів ВР), принципу наступності та індивідуалізації заходів та ін.<sup>73</sup>

Реалізація принципу превентивності передбачає апріорне «закладання», «вбудовування» в систему життєдіяльності військ таких елементів, які б у разі необхідності автоматично спрацьовували б, попереджаючи розвиток БПТ.

Намагаючись реалізувати цей принцип, керівництво армії США у 1980-і рр. упровадило в армійських підрозділах систему так званої «товариської взаємодопомоги». Сутність її полягає в тому, що всі військовослужбовці, від рядового до генерала, навчаються методам екстреної візуальної діагностики надмірних емоційних переживань і надання психологічної підтримки.

Як відомо, сьогодні існує декілька самостійних моделей бойової психотравматизації: інформаційна, когнітивна, психофізіологічна, біохімічна, поведінкова. Останнім часом все більшою популярністю користується соціально-психологічна модель, відповідно до якої передбачається, що по суті будь-який бойовий стрес-фактор може бути успішно подоланий людиною, якщо він отримує дієву соціальну підтримку. Іншими словами, найефективнішим антитравматичним засобом і кращим психотерапевтом є товариш по службі і військовий колектив. Досвід Радянської Армії, в якій у роки Великої вітчизняної війни домінували відносини дружби і військового товариства, переконливо підтверджує достовірність цього положення.

Дослідження бойового стресу засвідчують, що його психологічні наслідки можуть носити тимчасовий характер і мати адаптаційну природу. З. Фрейд, вивчаючи психічний стан ветеранів Першої світової війни, прийшов до оригінального висновку: психіка людини під впливом зовнішніх подразників виробляє певний захисний бар'єр. Психологічна сутність цього процесу полягає в тому,

---

<sup>73</sup> *Караяни А. Г.* Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – Режим доступа: [http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com\\_content&task=view](http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view).



що при зовнішніх впливах мобілізується внутрішня енергія людини, яка цілком спрямована на нейтралізацію зовнішнього впливу. Вона ніби пов'язує енергію, яка надійшла ззовні, нейтралізує її. Можна зробити висновок, що у процесі накопичення досвіду, зокрема і бойового, утворений захисний бар'єр зміцнюється, а це підвищує психологічну стійкість воїна до впливу стресогенних факторів.

Вплив стрес-факторів в ході бою не завжди негативно позначається на якості бойових дій. Як правило, військовослужбовець зустрічається з впливом багатьох, не завжди задалегідь передбачених стресогенних факторів. Тобто в бойових умовах зовнішньої енергії завжди більше, ніж внутрішньої, захисної енергії. Тоді відбувається прорив бар'єру, зайва енергія, за З. Фрейдом, проникає в психологічну систему людини. Фактично вона впливає на несвідому сферу людини. Подібних ситуацій може бути безліч. Зайва енергія, яка надходить, переповнює психічну систему людини і викликає механізми її нейтралізації, що не завжди здійснюється благополучно. Крім того, ця енергія може відреагувати на об'єкти, які заміщають початкові об'єкти, – стресори<sup>74</sup>.

***Другий етап психологічної реабілітації проводиться з метою локалізації психологічних наслідків бойового стресу, який виникає після його завершення і складається з двох напрямів.***

***Перший напрям (традиційний варіант)*** є складовою частиною медико-психологічної реабілітації і проводиться з військовослужбовцями, що проходять лікування у зв'язку з пораненнями, контузисю, травмою, опіком, опроміненням, психічними розладами. У деяких випадках медико-психологічна реабілітація доповнюється професійною і соціальною реабілітацією. Це госпітальний (санаторний) етап.

***Другий напрям психологічної реабілітації (нетрадиційний варіант)*** – це вид психологічної допомоги, що надається військовослужбовцям, що переживають або гострі реакції на актуальний стрес, або загострення відстрочених негативних психологічних наслідків, відстрочених реакцій і відстрочених розладів, обумовлених раніше пережитим, як правило,

---

<sup>74</sup> Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / [пер. с нем.]. – М. : Наука, 1989. – 455 с.

психотравмируючим стресом. Цей вид психологічної допомоги надається в умовах військової частини. Очевидно, при цьому варіанті психологічної реабілітації психолог тісно взаємодіє з військовими чи цивільними медиками, а військовослужбовець на час реабілітації звільняється від виконання службових обов'язків.

*Вибір першого напрямку психологічної реабілітації відбувається тоді, коли відновний процес у постраждалого військовослужбовця з певних причин блокується або можливий тільки за участю більш досвідчених фахівців.*

*Критерієм, за яким розрізняються напрями реабілітаційних заходів в умовах військової частини, є здатність військовослужбовця ефективно вирішувати службові та бойові завдання.*

Робота психолога в умовах військового підрозділу має свої особливості. Вони полягають в знанні закономірностей прояву несприятливих емоцій, профілактиці агресивної поведінки військових, конфліктів у військовому середовищі, здійснення індивідуальної та групової роботи щодо вирішення проблем, які виникли у результаті травматичного стресу.

На основі спостережень було встановлено, що часто вихід зайвої енергії психотравмованого воїна проявляється у формі невмотивованої агресії відносно випадкових людей, зокрема рідних і близьких. Ця енергія впливає і на стан самого військовослужбовця: порушення сну, зниження настрою, життєвого тону, «занурення» у себе, зловживання алкоголем, наркотиками та ін. У підсумку, якщо не надавати своєчасну допомогу потерпілому воїну, можуть виникнути і психічні розлади, які усуваються тільки психіатричною допомогою. Допомога психолога в цьому випадку буває недостатньою.

Звідси впливає одне із завдань командира і військового психолога – створити військовослужбовцю умови для виплескування зайвої, непотрібної енергії з його психічної системи назовні, але зробити цей процес керованим, контрольованим. Психологічний механізм цього процесу полягає в наступному. Військовослужбовець за підтримки командира, військового психолога починає згадувати, що відбувалося з ним на полі бою. Як правило, пригадуються найбільш яскраві, емоційно забарвлені події, і це природно призводить до повторного переживання страху, що нагадує пережитий в бою. Переживання емоцій, які виникають, призводить до

прояву та усунення зайвої, незв'язаної, внутрішньої енергії людини. Якщо описаний процес повторювати достатню кількість разів, поступово психічна система воїна наблизиться до рівноваги. Ця концепція отримала в літературі назву катарсичної.

Залежно від форм прояву негативних психологічних наслідків бойового стресу (особливо з плином часу) військовими психологами можуть застосовуватися різні методи:

- поведінкової психотерапії, що дозволяють позбутися від набутих у бойовій обстановці форм поведінки, неадекватним нормам, які переважають у суспільстві;

- когнітивної психотерапії, що впливають на особливості уявлень військовослужбовця про навколишню дійсність;

- психосоціальні, що приділяють головну увагу підтримці військовослужбовця з боку соціального оточення, військового колективу, командування і суспільства.

*В умовах військової частини комплекс реабілітаційних заходів поділяється на дві складові.*

*Завдання першої складової полягає у психологічному забезпеченні відновного періоду військової діяльності.*

Психологічне забезпечення відновного періоду включає:

- психологічне інформування особового складу про можливі негативні психологічні наслідки бойової діяльності та шляхи їх подолання;

- діагностику психічного стану військовослужбовців, які становлять групу ризику (виконували найбільш складні і стресогенні завдання; переживали раніше психологічні проблеми; мають складне становище в сім'ї; брали участь у виконанні поставлених завдань вперше; допустили в ході реалізації завдань серйозні помилки; опинилися ізольованими в системі спілкування військового колективу у зв'язку з індивідуально-психологічними особливостями, національною приналежністю, віросповіданням та ін.; військовослужбовців старшого віку; військовослужбовці-жінки та ін.);

- психологічне консультування військовослужбовців з питань, що виникли у зв'язку з пережитими ними психологічними труднощами відновлювального періоду;

– психологічну та соціально-психологічну підтримку військовослужбовців, які переживають труднощі відбудовного періоду;

– використання спеціалізованих психологічних методів, спрямованих на прискорення відновних процесів у військовослужбовців (психофізичний тренінг, гетеротренінг саморегуляції, групи інтенсивного спілкування та ін.).

З ким проводиться психологічна реабілітація та в чому її відмінність від інших видів психологічної допомоги? Відповідь на це питання пов'язане з визначенням того, як відбувається у людини відновний процес. Якщо під час відновлювального періоду психологічні труднощі не виникають, а ті, які виникають, досить ефективно долаються військовослужбовцям самостійно, то психологічна допомога буде носити психопрофілактичний характер і полягати у психологічному інформуванні, консультуванні, психологічній та соціально-психологічній підтримці військовослужбовця та членів його сім'ї, використанні спеціалізованих психологічних методів, які прискорюють відновлення, а при необхідності – супроводжуватимуть проведенням превентивної психодіагностики. Під психологічними труднощами у цьому випадку розуміються усвідомлювані і пережиті військовослужбовцями невідповідності своїх внутрішньоособистісних можливостей умовам досягнення цілей життєдіяльності.

При виникненні у військовослужбовця відхилень від нормального процесу відновлення з ним проводиться психокорекційна робота, а при появі стійких психологічних труднощів – психотерапевтична допомога. Ці дві форми психологічної допомоги, так само як і перераховані вище, можуть здійснюватися в умовах військової частини підготовленим психологом у взаємодії з медичним персоналом цієї ж військової частини. Крім того, у всіх зазначених випадках суб'єктом відновного процесу залишається сам військовослужбовець.

При нетрадиційному (другому) варіанті психологічна реабілітація є центральною ланкою реабілітаційного процесу і доповнюється або медичною реабілітацією, або лише певною медичною допомогою. За наявності відповідних умов у медичному підрозділі військової частини здійснюється неспецифічна

психологічна реабілітація, яка може починатися і завершуватися в умовах військової частини або бути першим етапом подальшої, спеціалізованої психологічної реабілітації в умовах військового госпіталю чи військового санаторію. Неспецифічність або специфічність психологічної реабілітації визначається складністю наявних у військовослужбовця психологічних проблем і ступенем спеціалізації способів психологічного впливу, необхідних психологу для вирішення завдань психологічної реабілітації.

Особливе значення психологічна реабілітація має після закінчення бойових дій. У зв'язку з цим необхідно враховувати такі фактори.

*Перший* – ступінь активної участі військової частини, підрозділів і конкретного військовослужбовця в бойових діях. Чим довше і активніше військовослужбовці діяли в зоні бойових дій, тим оперативнішою, масштабнішою і повноціннішою повинна бути психологічна допомога. Ступені бойової активності при цьому умовно визначаються за кількістю і характером бойових операцій, в яких брали участь військовослужбовці, за рівнем їх бойової напруженості і значущості для вирішення більш масштабних бойових завдань.

*Другий* – кількість бойових втрат в частині, підрозділі та їх причини, а також характер і причини поранень, контузій, травм, опіків, доз опромінення та інших форм фізичного нездоров'я конкретного військовослужбовця. У процесі надання психологічної допомоги певному військовослужбовцю у відновний період враховуються: а) ситуації, в яких було завдано шкоди його здоров'ю; б) ступінь впливу на нього випадків загибелі (особливо масової) товаришів по службі (насамперед близьких друзів); в) характер його ставлення до подій, зазначених у пунктах «а» і «б»; г) особливості ставлення до цих самих подій командування різних рівнів; д) нагороди та відзнаки, пов'язані певною мірою з цими подіями; е) характер відображення даних подій в думках товаришів по службі, а також, якщо це мало місце в повідомленнях засобів масової інформації.

*Третій* – час виходу частини, підрозділу, військовослужбовця із зони бойових дій. Чим раніше і повніше буде надана психологічна допомога учасникам бойових дій, тим менша ймовірність виникнення згодом психологічних проблем, зумовлених бойовим стресом. І чим

пізніше надається психологічна допомога, тим більшою мірою у процесі її здійснення необхідно враховувати можливий вплив післябойових подій (смерть близьких родичів, розлучення у власній сім'ї або сім'ї батьків, зрада коханої людини та ін.)

*Четвертий* – особливості соціально-психологічного клімату та міжособистісних відносин у військовій частині, підрозділі, характер відносин конкретного військовослужбовця з оточуючими його людьми. З метою підвищення ефективності надання психологічної допомоги військовослужбовцям доцільно звернути увагу на їх психічний стан, які були раніше конфлікти, зокрема в бойовій обстановці, і ускладнення у відносинах з товаришами по службі, начальством і близькими людьми.

*П'ятий* – особливості та умови діяльності військової частини, підрозділу, військовослужбовця після виходу з бойової обстановки. Організована і добре продумана діяльність військовослужбовців після їх повернення з бойової обстановки в нормальних для психічного здоров'я умовах сприятиме підвищенню результативності наданої їм психологічної допомоги. У зв'язку з цим особливого значення набуває прогнозування командирами психологічного ефекту прийнятих ними рішень з організації діяльності особового складу після виведення частини, підрозділу з зони бойових дій.

Поряд з перерахованими факторами на процес психологічної допомоги впливають переживання військовослужбовця, пов'язані з такими подіями його бойового досвіду, як:

а) фізичне знищення (особливо в перший раз) солдатів супротивника;

б) загибель товаришів по службі та мирного населення, моральну відповідальність за яких військовослужбовець приписує собі;

в) ведення (особливо тривале) бойових дій в оточенні ворога;

г) знаходження в полоні;

д) вчинення протиправних, на думку військовослужбовця, дій чи пасивна співучасть в них. Очевидно, в останньому випадку інформація буде носити конфіденційний характер і командир не може і не повинен виступати в ролі прокурора.

З точки зору вирішення завдань психологічної допомоги доцільним буде прийняти позицію, що дозволяє військовослужбовцю,

якому надається допомога, відчуті, з одного боку, що його готові зрозуміти незалежно від того, що з ним сталося, а, з іншого, що командир залишає за собою право інтерпретувати те, що сталося, виходячи із загальнолюдських цінностей. Така позиція може в даному випадку допомогти військовослужбовцю знайти вихід з моральної кризи, яка виникла у нього.

Поряд з перерахованими факторами при організації психологічної допомоги військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях, доцільно враховувати також певні соціальні, етнічні, релігійні, сімейні та інші обставини, що здійснюють додатковий вплив на психічний стан військовослужбовців у відновлювальний період.

**На третьому етапі реабілітації** (післягоспітальному (санаторному) етапі) психотравмованих військовослужбовців усуваються психологічні наслідки бойового стресу, що виникають після деякого періоду часу (місяць, рік і більш тривалий час). Третій етап реабілітації воїнів співпадає за часом з локалізацією і усуненням проявів посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Він буде розглянутий у 7 розділі.

## **6.2. Психологічна реабілітація поранених та інвалідів війни**

На думку Голови Комітету у справах воїнів-інтернаціоналістів при Раді глав урядів СНД, Героя Радянського Союзу генерал-лейтенанта Г. С. Аушева «Кількість інвалідів серед учасників воєн, на жаль, має тенденцію до зростання і насамперед – за рахунок пізніх ускладнень бойових травм, які нерідко розвиваються навіть через 20-30 років після поранення. Тому прогнозування, попередження та ліквідація наслідків поранень, травм, перенесених захворювань та перебування в екстремальних ситуаціях належать до тих проблем, актуальність яких з роками не зменшується...»<sup>75</sup>.

*Під психологічною реабілітацією поранених та інвалідів* доцільно розуміти діяльність, здійснювану суб'єктами психологічної роботи, спрямовану на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що

---

<sup>75</sup> Захаров Ю. М., Захаров В. И. Информационное обеспечение медико-социальной реабилитации участников войн. – СПб. : «Нордмед-Издат», 1999. – С. 3.

дозволяють йому успішно функціонувати в мирному соціумі. Тобто її об'єктом є особи, які отримали бойову психічну травму, яка проявляється гостро або відстрочена в часі.

Психологічна реабілітація – це комплекс організаційних та психологічних заходів, які спрямовані на повернення свідомості людини до звичайного для неї способу життя та праці. З напрямками і методами психологічної реабілітації інвалідів війни і поранених можна ознайомитися на рис. 1.

Важливим моментом розуміння сутності *психологічної реабілітації* є виявлення її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. Представляється евристична позиція, при якій вона розглядається як складовий елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що включає реабілітацію медичну, професійну, соціальну та психологічну<sup>76</sup>.

При цьому на межі взаємодії з цими видами реабілітації виникають сфери їх взаємодії, взаємного проникнення, що дає можливість говорити про «*медико-психологічну*», «*професійно-психологічну*», «*соціально-психологічну реабілітації*».

*Медико-психологічна* реабілітація передбачає мобілізацію психологічних можливостей військовослужбовців у подоланні наслідків поранень, травм, інвалідизації, купірування больових відчуттів, психологічну підготовку постраждалих до операцій та в післяопераційний період.

*Професійно-психологічна* реабілітація спрямовується на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів військових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності.

*Соціально-психологічна реабілітація* зорієнтована на створення для ветеранів бойових дій реабілітуючого соціального середовища. Поряд з реалізацією принципу безбар'єрної архітектури в

---

<sup>76</sup> Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. – СПб. : Питер, 2006. – С. 277–331.; Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – Режим доступа : [http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com\\_content&task=view](http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view).



містобудуванні та транспорті (бордюри, апарелі, ліфти тощо) повинен бути реалізований принцип «безбар'єрних» відносин для інвалідів у суспільстві.

У суспільній свідомості необхідно формувати образ інваліда з реальними перспективами в кар'єрі, в динаміці соціального статусу.

Власне психологічна реабілітація вирішує широке коло завдань щодо психологічної допомоги учасникам бойових дій, насамперед таких як:

1. Нормалізація психічного стану.
2. Відновлення порушених (втрачених) психічних функцій.
3. Гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація та ін.).
4. Надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особистостями і групами та ін.

Таким чином, по суті метою психологічної реабілітації є відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки.

Згідно з наявними уявленнями комплекс реабілітаційних заходів, зокрема психологічної реабілітації, здійснюється на госпітальному, санаторному та амбулаторно-поліклінічному етапах. Зміст цих етапів докладно прописаний у відповідних документах, рекомендаціях, настановах.

Юридичною підставою для проходження психологічної реабілітації військовослужбовців у запасі та членів їх сімей стало ухвалення 3 листопада 2015 року Верховною Радою України Закону «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»<sup>77</sup>.

На офіційному сайті Верховної Ради України зазначено: «Військовослужбовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, в обов'язковому порядку

---

<sup>77</sup> Верховна Рада зобов'язала бійців АТО проходити психологічну реабілітацію. Закон Верховної Ради України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Ухвалений 3 листопада 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://gre4ka.info/suspilstvo/22248-verkhovna-rada-zobov-iazala-biitsiv-ato-prokhodyty-psykholohichnu-reabilitatsiuu>.

повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад. Порядок проведення реабілітації та відшкодування вартості проїзду встановлюються Кабінетом Міністрів України». Необхідність проходження реабілітації після військової служби обґрунтовується у пояснювальній записці до законопроекту.

Досвід здійснення психологічної реабілітації ветеранів війни з ПТСР дозволив визначити *послідовність здійснення психореабілітаційних заходів*.

Логіка такого підходу полягає в тому, щоб *на першому етапі* підготувати ветеранів війни, інвалідів до активної психотерапевтичної співпраці шляхом зняття неактуальної напруги, агресії, недовіри, вивчення їх психологічних особливостей та специфіки психологічних проблем. На цьому етапі здійснюється навчання інвалідів за допомогою методів психічної саморегуляції, проводяться психофізичні тренування зі зняття м'язового напруження, неактуальної психічної напруги. Велике значення має трудотерапія, яка показана з моменту іммобілізації пошкоджених кінцівок, розширюючи і ускладнюючи її надалі, надаючи трудовим процесам професійну спрямованість.

Важливо, щоб робота була осмисленою і корисною. Особливу ефективність трудотерапія має при пошкоджених верхніх кінцівках. Тут хороший ефект може дати і арт-терапія (малювання, ліплення). Головну увагу варто приділити тому, щоб процес задіяння пошкоджених кінцівок в трудову діяльність відбувався поступово. Для інвалідів з ушкодженням нижніх кінцівок важливим реабілітаційним актом є дозована лікувальна ходьба (за каталкою, з милицями, з ключкою та ін.). Ходьба збільшує можливості для розширення соціальних контактів, знімає відчуття «прикутості», «знерухомленості», безпорадності.

*На другому етапі* здійснюється вирішення психологічних проблем реабілітованих.

*Третій етап* спрямований на особистісне зростання, розвиток комунікативної компетентності та активності, формування зацікавленості до соціальних контактів.

Досвід психореабілітаційної роботи, накопичений у Центрах медичної реабілітації інвалідів війни в Афганістані, свідчить, що

високоєфективним методом є соціально-психологічний тренінг, метою якого є особистісне зростання і розвиток комунікативної компетентності. Практично весь комплекс психореабілітаційних заходів з інвалідами війни може успішно здійснюватися під час проведення цього тренінгу.

Такий тренінг орієнтується на вирішення широкого кола психореабілітаційних завдань. Серед них найбільш важливими є наступні:

1. Пізнання учасниками своїх психологічних і особистісних особливостей, оцінка ефективності бажаних комунікативних стратегій.

2. Створення в учасників нової когнітивної моделі життєдіяльності, відновлення відчуття цінності власної особистості і здатності ефективного існування у світі, зміцнення впевненості в своїх силах.

3. Зниження у ветеранів почуття ізольованості і розвиток «почуття ліктя», приналежності до групи і людської спільноти, набуття психологічного комфорту.

4. Формування в учасників тренінгу умінь і навичок побудови точного образу партнерів по спілкуванню, «калібрування» їх комунікативних стратегій; вдосконалення тактики комунікативного приєднання до комуніканта; розвиток умінь управління процесом взаємодії у звичайних і конфліктних ситуаціях та оцінки ефективності комунікації.

5. Вивчення учасниками прийомів психічної саморегуляції і розширення своїх психологічних можливостей в інтересах отримання влади над емоційними реакціями, зниження тривожності і відновлення почуття особистісної цілісності та контролю над подіями та ефективного спілкування.

6. Вирішення особистісних проблем учасників, що виявляються у сфері їх спілкування з оточуючими.

Таким чином, у процесі тренінгу відбувається: розблокування системи психологічного захисту інвалідів, створення емоційно-підтримуючої атмосфери у групі, здійснення індивідуальної та групової психокорекції, опанування прийомами ефективного спілкування.

Для вирішення завдань першого етапу психологічної реабілітації інвалідів та поранених ефективним методом роботи є вивчення учасниками методів психічної саморегуляції, і практична їх реалізація з психотерапевтичною метою.

Психологічними наслідками психотравмуючого стресу часто є симптоми порушення балансу вегетативної нервової системи (група симптомів гіперактивації). Це такі симптоми, як: порушення сну, тремор кінцівок, головні болі, неприємні відчуття в шлунку, загальна м'язова скутість та ін. Для зняття подібних порушень найбільш адекватними та ефективними є методи психічної саморегуляції: нервово-м'язова релаксація (метод Джекобсона), аутогенне тренування (метод Шульца), гіпно-сугестивна терапія з елементами саморегуляції за методом Кюе, медіативні техніки.

При визначенні стратегії соціально-психологічної реабілітації поранених ми виходили з того, що це насамперед повинен бути певний комплекс психологічних заходів і система соціальної діяльності, спрямовані на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер особистості, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово-професійну працездатність.

*Основні завдання соціально-психологічної реабілітації:* оцінка психофізіологічного стану потерпілих, визначення якості і ступеня психоемоційних розладів; визначення оптимальних шляхів і методів психологічного впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності; формування оптимальної психологічної реакції на перебіг і наслідки поранення; вивчення динаміки психічних порушень у процесі лікування; оцінка фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності, зіставлення їх з номінальними показниками професійної працездатності і відновлення втрачених психічних функцій; корекція психосоматичного статусу методами психотерапевтичних, психофізіологічних і психофармакологічних впливів; здійснення професійної реабілітації, а при необхідності – професійної переорієнтації; корекція самосвідомості, самооцінки і самопочуття; надання допомоги у підготовці до повторних хірургічних операцій і блокування больових відчуттів.

*Принципами соціально-психологічної реабілітації є:*

1. Професійність. Заходи повинні проводити лікарі та психологи, які мають спеціальну підготовку з оцінки функціонального стану людини і володіють методами соціально-психологічної корекції і психологічного обстеження.

2. Обґрунтованість. Підбір надійних, доступних і оптимальних методів медико-психологічної реабілітації, перевірених багаторічною практикою з урахуванням особливостей функціонального стану соматичної і психічної сфер поранених і призначеної лікарем терапії.

3. Індивідуальний підхід. Облік рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості і переносимості різних медико-психологічних методів.

4. Безперервність і оптимальна тривалість. Початок з моменту надходження в госпіталі і продовження до нормалізації функціонального стану та відновлення професійно важливих якостей.

Досвід роботи фахівців 6-го Центрального військового клінічного госпіталю МО Російської Федерації засвідчив, що реалізація вказаних принципів соціально-психологічної реабілітації сприяла можливості у відносно короткі терміни і з високою ефективністю здійснювати надання психологічної допомоги пораненим у межах першого етапу соціально-психологічної реабілітації. До січня 1995 року більш 600 учасників бойових дій в Афганістані пройшли соціально-психологічну реабілітацію в стінах госпіталю. За період з 1995 по 1998 роки було відновлено здоров'я і соціально-психологічний статус 457 поранених, які прибули на реабілітацію. Після офіційного припинення бойових дій на території Чеченської Республіки госпіталь працював ще рік, поки не був відновлений останній поранений, що надійшов з цього регіону<sup>78</sup>.

Практика роботи лікарів і психологів госпіталю з реабілітації поранених дозволила виявити типи психічної дезадаптації у поранених, показником яких є цілісна стратегія поведінки.

---

<sup>78</sup> *Иванов А., Жуматий Н.* Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях [електронний ресурс] / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – №4. – С. 143–152. – Режим доступа : <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>.

Перший тип – активно-оборонний (переважно адаптований). Відзначається або адекватна оцінка тяжкості поранення, або тенденція до його ігнорування. Спостерігаються невротичні розлади.

Другий тип – пасивно-оборонний (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю). У його основі – відступ, примирення з наслідками поранення. Характерно тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції. Знижена потреба боротися за виживання.

Третій тип – деструктивний (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю). Характерно порушення соціального функціонування. Спостерігаються внутрішня напруженість, дисфорія. Часто відзначаються конфлікти, вибухова поведінка. Для розрядки негативних афектів пацієнти вдаються до алкоголю, наркотиків, агресивних дій і суїцидальних спроб.

У поранених спостерігалися різноманітні психопатологічні симптомокомплекси. Астенічний симптомокомплекс був виражений характерною збудливістю і дратівливістю на тлі підвищеної стомлюваності і виснаженості, емоційною слабкістю, зниження настрою, уразливості. Обсесивно-фобічний симптомокомплекс проявляється почуттями невмотивованої тривоги і страху, нав'язливими спогадами психотравмуючої події. Істеричний симптомокомплекс проявляється в підвищеній сугестивності і самонавіюванні, прагненні привернути до себе увагу, демонстративному характері поведінки. Депресивний симптомокомплекс виявляється в зниженому настрої, почутті песимізму. Експлозивний симптомокомплекс виявляється у підвищеній дратівливості, вибуховості, злостивості й агресивності. Психоорганічний симптомокомплекс, як правило, розвивається у постраждалих, які перенесли черепно-мозкову травму (астенія, дисфорія, порушення пам'яті, емоційні розлади, порушення сну).

*Акцентуація характеру.* Лікарі і психологи госпітально відзначали наявність у поранених на початковому етапі лікування деяких акцентуацій характеру: підвищеної ситуаційної тривожності, настороженості й підозрливості, зниженої здатності контролювати свої емоції і необхідності в груповій підтримці. Спостережуване явище можна охарактеризувати як відповідну реакцію особистості на екстремальну ситуацію поранення, що передбачає використання методів психологічної корекції з ранніх етапів лікування. Найбільші

зміни психологічних показників відзначаються у військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій більше трьох місяців. Це відповідає твердженням багатьох дослідників, які в наукових публікаціях з даної проблеми визначали, що у всіх поранених, які отримали бойові поранення під час локальних війн і збройних конфліктів, у всіх випадках спостерігаються різного ступеня вираженості зміни психічного стану у вигляді реакцій на емоційний і фізичний стреси: від відносно короткочасного відчуття дискомфорту з розрізненими симптомами психоемоційного напруження до психопатологічних розладів невротичного і психотичного регістру. У психогенезі стресогенних розладів у поранених виокремлюють ряд детермінант, в тому числі: передуючий пораненню фоновий психотравмуючий вплив факторів бойової обстановки (тривалість перебування в бойовій обстановці, інтенсивність боїв), індивідуальна реакція на вітальну загрозу, психічний і загальний шок у момент поранення та інші.

У комбатантів з терміном лікування 30-50 діб виразність особистісних змін проявляється в комунікативній сфері і морально-етичній нормативності, тобто за час тривалого лікування у багатьох поранених формуються негативні психологічні стресові реакції, які здебільшого мають демонстративний і опозиційно-зухвалий характер.

*Необхідність цілеспрямованих психокорекційних заходів.* Відзначаємо, що у поранених у процесі комплексної медико-психологічної реабілітації в умовах госпіталю досить швидко поліпшується суб'єктивне самопочуття, значно зменшується кількість скарг на стан здоров'я, знижується рівень ситуаційної тривожності.

Однак у цей період відзначено зниження показників, що свідчать про рівень поведінкової регуляції реконвалесцентів, моральної нормативності і комунікативних здібностей особистості. Лікарі та психологи неодноразово відзначали, що у таких осіб часто виникали експлозивні (вибухові) реакції з незначного приводу або ж, навпаки, реконвалесценти надовго «занурюються в себе», уникаючи будь-яких міжособистісних контактів. На думку лікарів, більше 58 % комбатантів, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, крім звичайного лікування, потребують цілеспрямованих психокорекційних заходів.

*Етапи соціально-психологічної реабілітації.*

1. Діагностичний – оцінка функціонального стану поранених, їх психологічних особливостей, визначення рівня фізіологічних резервів систем організму і напруги процесу психічної адаптації. Визначення ступеня і характеру психоемоційних порушень, відхилення і особливостей пізнавальних і психічних здібностей – пам'яті, уваги і мислення.

2. Лікувально-відновлюючий – конкретизація індивідуального підходу, який ґрунтується на наявності психоемоційних порушень пораненого, здійснення підбору психотерапевтичного впливу з періодичним контролем динаміки психічного статусу та корекції лікувальних заходів.

3. Професійно-відновлюючий (соціальна адаптація) – відновлення втрачених умінь за допомогою спеціальних тренажерів (апаратних і комп'ютерних методик), визначення ступеня відновлення професійної придатності та працездатності.

*Комплекс заходів реабілітації.* Основним змістом перерахованих етапів став комплекс заходів соціально-психологічної реабілітації, який розглядається як нерозривна єдність трьох основних напрямків: *психофізіологічного, психокорекційного і соціально-психологічного.* Зупинимося окремо на перших двох напрямках заходів.

1. Психофізіологічні заходи – це діагностика і відновлення професійно важливих якостей з використанням психодіагностичних комп'ютерних методик. Комплексна психологічна діагностика поранених – це сукупність взаємопов'язаних процедур з виявлення фактів наявності психотравм, їх ідентифікації та оцінки. Усі завдання з реалізації цього напрямку були здійснені колективом лабораторії медико-психологічних досліджень та соціально-трудової реабілітації. У штат лабораторії входять психіатр, психотерапевт, клінічний психолог, психолог-консультант і чотири медичні сестри, що пройшли спеціальну підготовку з психологічної діагностики та корекції.

Досвід роботи фахівців 6-го ЦВКГ МО Російської Федерації засвідчує, що усі поранені, які знаходилися у госпіталі (з 1995 року до жовтня 2003 року більш 2350 осіб), пройшли обстеження свідомої частини психіки з допомогою методик: ММРІ, 16-факторного опитувальника Кеттела, тесту Айзенка, тесту Лірі, опитувальника Леонгарда-Шмішека, тесту Лобі (ставлення до хвороби), тесту УСК



(рівень суб'єктивного контролю), тесту «Потреба в досягненні», опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої), опитувальника Спілбергера-Ханіна (особистісна і реактивна тривожність) та ін.<sup>79</sup>.

Діагностичні заходи не обмежувалися тільки обстеженням свідомої частини психіки. Обстеження підсвідомої частини психіки проводилося за допомогою наступних методик: восьми кольорового тесту Люшера, проєктивних тестових методик (малюнки), комп'ютерного аналізу психіки за методикою професора Смирнова (використання семантичного диференціалу в режимі 25-го кадру).

За такою ж програмою кожен поранений пройшов обстеження під час виписки з госпіталю. Зміни у кількісних показниках виконаних методик і дозволили проаналізувати якість і ефективність проведених у госпіталі заходів щодо соціально-психологічної реабілітації поранених.

*2. Психокорекційні заходи.* В основу психокорекційних заходів з пораненими було покладено наступні техніки: сугестотерапія, раціональна психотерапія, гетеро- і ауторелаксаційні техніки, психологічне консультування, психоаналіз, трансактний аналіз, психодрама, логотерапія тощо.

При реалізації та застосуванні перерахованих вище технік був використаний основний принцип – врахування індивідуально-психологічних особливостей кожного пораненого і відповідність їх до основних завдань психологічної корекції: зниження психоемоційного напруження; відновлення функціонального стану організму; відновлення моральної сфери; підвищення характеристик особистісного адаптаційного потенціалу; формування стереотипу поведінки для подальшої професійної діяльності та особистого життя; розвиток комунікативних здібностей; вивчення основних методів психологічної саморегуляції.

Повернення до строю або трудової діяльності в найкоротший термін учасників антитерористичної операції з бойовим стресовим розладом є важливим завданням військової медицини. Провідну роль

---

<sup>79</sup> *Иванов А., Жуматий Н.* Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях [електронний ресурс] / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – №4. – С. 143–152. – Режим доступа : <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>.

в цьому процесі відіграє організація медико-психологічної реабілітації<sup>80</sup>.

До 2014 року Україна ніколи не перебувала у відкритому широкомасштабному збройному конфлікті. Тому в багатьох питаннях щодо організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців виникають певні проблеми. Лише міжнародний досвід може допомогти у вирішенні цього завдання. Так, на теренах Європейського Союзу (ЄС) створено самостійну медичну спеціальність – фізичну та реабілітаційну медицину. В якості загальної основи або еталону концепції фізичної та реабілітаційної медицини покладено Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності та здоров'я ВООЗ.

Основою організації фізичної та реабілітаційної медицини є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) певної кількості фахівців, які складають мультидисциплінарну реабілітаційну бригаду. До мультидисциплінарної бригади в основному входять: лікарі – фахівці з фізичної і реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, ерготерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти, ортезисти і дієтологи. За необхідності в склад бригади можуть бути залучені інші лікарі залежно від діагнозу, конкретних цілей і потреб кожного пацієнта. Члени команди повинні мати відповідну кваліфікацію. Бригаду очолює основний лікар – фахівець з фізичної та реабілітаційної медицини, який несе відповідальність за організацію роботи команди.

Отже, фахівці мультидисциплінарної бригади здійснюють відновлення всіх наявних порушень функціонування, життєдіяльності та соціальних обмежень окремого пацієнта, зокрема психологічних порушень. Даний підхід об'єднує медичну, фізичну, психологічну, соціальну реабілітацію в єдиний процес. Відповідно мова йде про єдине поняття – фізичну та реабілітаційну медицину. Тому, на нашу

---

<sup>80</sup> *Kix A. Ю., Волянський О. М., Блінов О. А.* Проблемні питання організації медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції на госпітальному етапі / Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 3 червня 2015 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К. : НУОУ, 2015. – С. 169–171.

думку доцільно користуватись одним терміном при проведенні реабілітації учасників АТО з бойовим стресовим розладом. Цим терміном може бути, як і в країнах ЄС – «фізична та реабілітаційна медицина». На сьогодні в Україні відсутня спеціальність «фізична та реабілітаційна медицина» і фахівці з кваліфікацією «лікар-реабілітолог». Відповідно, не визначений штатний розпис відділення реабілітації. Не розроблено стандарти, протоколи та порядок організації «фізичної та реабілітаційної медицини». Ці недоліки в законодавстві обмежують надання якісної медико-психологічної допомоги військовослужбовцям, які брали участь в АТО.

В ЗС України відбувається три етапи медико-психологічної реабілітації: госпітальний – військово-медичні центри, військові госпіталі; санаторно-курортний – спеціалізовані військові санаторії, однопрофільні або спеціалізовані відділення багатoproфільних санаторіїв; амбулаторно-поліклінічний – військові поліклініки (поліклінічні відділення госпіталів) і медичні пункти частин.

Відповідно до наказу МО України № 154 від 31.07.2014 року «Про внесення змін до штату частини» у Військово-медичному клінічному центрі професійної патології особового складу ЗС України (м. Ірпінь) розгорнуто Клініку реабілітації, професійної патології та нетрадиційних методів лікування на 65 ліжок. До складу Клініки входять відділення реабілітації і професійної патології, відділення нетрадиційних методів лікування і кабінет ЛФК. Для реабілітації військовослужбовців застосовуються такі методи, як: кінезотерапію і ортопедичні методи лікування, масаж, мануальна терапія, фізіотерапія, рефлексотерапія, апітерапія, глинотерапія, психотерапія, ерготерапія, а також медикаментозне лікування.

За період з травня 2014 року по червень 2015 року в Центрі пройшли лікування та реабілітацію понад 2700 військовослужбовців, учасників АТО. Із них поранених було – 17,7 %, травмованих – 34,8 % і тих, хто лікувались із гострими хворобами і загостреннями хронічних захворювань – 47,5 %.

Розподіл захворювань за класами хвороб був таким: травми та отруєння – 49 %, хвороби кістково-м'язової системи – 20 %, хвороби органів травлення – 10 %, хвороби органів кровообігу – 7 %, хвороби органів дихання – 4 %, розлади психіки та поведінки – 4 %, хвороби нервової системи – 2 %, хвороби сечостатевої системи – 2 %, інші – 2 %.

Як видно з наведених даних, розлади психіки та поведінки складають тільки 4 % в загальній структурі захворювань. Передусім це може вказувати на незначну кількість військовослужбовців з бойовим стресовим розладом. Однак для складання даної структури класів захворювань використовувались тільки основні хвороби або травми. Водночас в якості супутньої патології посттравматична стресова реакція (ПТСР) діагностувалась майже в половини комбатантів. Крім того, проведені нами вибіркові дослідження 30 військовослужбовців за методом Спілбінгера-Ханіна, які не мали клінічних проявів ПТСР, показали наявність в них високих рівнів ситуативної тривожності. Наведені результати дослідження свідчать про значну потребу в проведенні медико-психологічної реабілітації з учасниками АТО.

У результаті лікування і реабілітації 47 % комбатантів повернено в частини без зміни категорії придатності до військової служби, 24 % надано відпустку за станом здоров'я, 20 % надано звільнення від виконання службових обов'язків, 4 % визнано непридатними до військової служби, 1 % визнано обмежено придатними до військової служби, 4 % переведено в інші лікувальні заклади. Учасників АТО з проявами ПТСР для продовження медико-психологічної реабілітації було переведено в санаторії МО України, госпіталі ветеранів війни МОЗ та заклади НАМН (Інститут медицини праці).

Кожен з поранених мав відбиток бойового досвіду, що істотно впливає на їх психічний стан, соціальну та професійну адаптацію, міжособистісні стосунки з найближчим оточенням. Людська психіка часто не витримує жахів війни, що несе в собі причину асоціальної поведінки комбатантів. Одним з основних клінічних проявів ПТСР є флешбеки, коли військовослужбовцю вживаються неприємні спогади, які він намагається забути. В нього може проявлятися бурхлива активність, обумовлена комплексом провини. Щоб «заглушити війну в голові», воїни, перебуваючи на госпітальному етапі реабілітації часто вживають спиртні напої. Симптомами розладу також є безпричинна агресія, направлена на медичний персонал та оточуючих, порушення госпітального режиму і відмова від лікування.

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців, які брали участь в АТО, здійснюється медичним персоналом Центру. На жаль, в Центрі є тільки одна штатна посада лікаря-психотерапевта.

Значну допомогу в цьому напрямі надають волонтери з громадського об'єднання «Української асоціації фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій» та інших медичних і науково-педагогічних закладів. Однак професійна кваліфікація психологів не завжди відповідає необхідним вимогам. Особливо не вистачає кризових психологів. Крім цього, сьогодні ще не повною мірою налагоджена взаємодія між психологами і персоналом Центру. Тому для вирішення цих питань ми пропонуємо організувати підготовку військових психіатрів, психотерапевтів і психологів в Українській військово-медичній академії та збільшити адекватно до потреб кількість штатних посад цих фахівців у Центрі.

Для проведення медико-психологічної реабілітації учасників АТО в Центрі застосовуються такі методи, як: трансакційний аналіз (в індивідуальній і груповій формах), емоційно-образна терапія, робота з метафоричними асоціативними картами, когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія, краніо-сакральна терапія, інтерактивна реабілітація за допомогою системи IREX, світло-звукова стимуляція прибором Photosonix, метод аудіо- і відеорелаксації.

### **6.3. Досвід організації психореабілітаційної роботи в збройних силах країн НАТО**

У країнах НАТО психологічна робота з військовослужбовцями регламентується відповідними стандартами. Одним із документів, який встановлює однакові процедури щодо надання психологічної підтримки під час виконання бойових завдань є Договір стандартизації Stanag 2565 Medstd (Редакція 1)<sup>81</sup>.

Метою цього документу є встановлення однакових процедур у країнах НАТО для того, щоб їхні лідери (командири підрозділів) могли надавати психологічну підтримку під час виконання бойових завдань особам, які знаходяться у стресовому стані. До напрямів підтримки входять наступні прийоми:

---

<sup>81</sup> Stanag 2565 Medstd (Редакція 1): (публікація 3 березня 2011 р.) щодо психологічних порад для лідерів під час виконання бойових завдань. Північно-атлантичний альянс (НАТО). Агентство стандартизації НАТО (АСН). – Брюссель, Бельгія.

• *активне слухання.* Деколи лідери є невпевненими щодо того, як розмовляти з членами підрозділу на емоційні теми. Лідерам не потрібно виконувати роль професіонала-психолога, їм потрібно наважитися розмовляти окремо з кожним членом підрозділу, який проходить через труднощі. Під час таких розмов нейтральна підтримка буде дуже корисною, її можна надати навіть звичайним способом – показати, що його вислухали;

• *балансування між щоденною роботою та відпочинком.* Коли підрозділ стикається зі значними психологічними вимогами, базові військові завдання все одно повинні виконуватися. Навіть у період після серйозного інциденту відповідальністю лідера залишається наголошувати на звичайній щоденній військовій роботі. Така робота забезпечує структурованість для членів підрозділу, які пережили стресові події;

• *«гарнізон може не задовольняти».* Тоді як рівень пристосування залежить від бойового завдання, військовослужбовці найчастіше згадують про роздвоєність почуттів щодо повернення до звичайних гарнізонних обов'язків. Лідери можуть відіграти ключову роль у допомозі щодо переходу, помічаючи ці зміни в інтенсивності та відповідальності. Лідери можуть вирішити проблеми, розглядаючи можливості для професійного розвитку члена підрозділу, використовуючи експертні знання членів підрозділу під час навчання, фокусуючись на потребі у безпеці;

• *необхідно час, щоб інтенсивні реакції притихли.* Для тих, хто повернувся додому з активних бойових завдань, є нормальним сильно реагувати на події, які раніше їх не турбували. Наприклад, окремі люди можуть лякатися звуку закривання дверей або нервуватися через дорожні затори. З часом реакції на такі події мають змінитися в позитивний бік;

• *стосунки з іншими.* Зазвичай члени підрозділу під час бойового завдання налагоджують між собою тісний зв'язок. Вони вчаться довіряти один одному та залежати один від одного, вони можуть опинитися у ситуації, коли їм складно будувати стосунки з тими, хто не був на бойовому завданні. Вони можуть відчувати, що не знають про що потрібно розмовляти з тим, хто не пройшов через подібні події. Навчитися співіснувати з іншими є дуже важливою частиною процесу реінтеграції та займає певний час.

Лідери можуть скористатися щоденними можливостями для нормалізації проблем у процесі пристосування до життя в умовах гарнізону. Вони можуть наголошувати, що більшість персоналу підрозділу впоралося з цим завданням, навіть якщо з часом їм доведеться отримати допомогу щодо підтримки психологічної стабільності. Лідерам необхідно пам'ятати, що у членів підрозділу можуть бути суперечливі почуття щодо пошуку допомоги від фахівців у сфері психіатрії, навіть тоді, коли військові лідери постійно звітують про те, що розглядати надання допомоги є ознакою сили та відваги. Розмовляючи про це, члени підрозділу отримують чіткий сигнал, що турбота за психічне здоров'я є одним із найвищих пріоритетів.

Психологічна підтримка складається з трьох рівнів:

Рівень 1. Самодопомога, допомога товаришів та дії лідера.

Рівень 2. Консультації з психологами та натренованими товаришами.

Рівень 3. Лікування професіоналами психологами.

Втручання на рівні 2 охоплює більш офіційні дії, які можуть бути проведені натренованими товаришами чи фахівцями у сфері психіатрії. Цей рівень передбачає оцінювання та проведення раннього втручання. Особливий тип втручання може включати короткотермінові консультації один на один, а також цільові групи. Лідери мають кілька варіантів стосовно того, хто надаватиме такий тип допомоги, а взагалі, їм варто обирати тих людей, яких знає підрозділ.

Рівень 3 полягає у спеціалізованому лікуванні окремого члена підрозділу фахівцями з психіатрії. Реалізація рівня 3 відбувається значно рідше, ніж перші два рівні, але є важливим як додатковий інструмент для підтримки готовності підрозділу. Рівні 2 та 3 повинні ініціюватися відповідно до складності реакцій на потенційно травматичну подію, а не відповідно до певних часових періодів.

Ключовим припущенням, яке лежить в основі цього підходу, є переконання, що члени підрозділу зможуть впоратись з потенційно травматичними подіями без втручання професіоналів. Є також припущення, що рівні 2 та 3 є, ймовірно, винятком, ніж нормальною поведінкою, яка є наслідком потенційно травматичної події. Насправді, в багатьох випадках самопомоги та дій рівня 1 буде

достатньо, щоб допомогти більшості членів підрозділу впоратися з потенційно травматичними подіями.

Також важливим буде наголосити, що здатність лідера допомогти своїм підрозділам після потенційно травматичних подій залежить також від того, чи лідер подбав сам про себе. Лідери можуть переживати ті ж потенційно травматичні події, що і члени підрозділу, у них також можуть бути стресові реакції. Лідери особливо повинні усвідомлювати, що їхні прийняті рішення можуть піддаватися цим стресовим реакціям. Лідерам також буде варто звернути особливу увагу на якість свого сну, ознаки роздратування та інші можливі реакції.

Найкраще, коли військова організація має змогу забезпечити втручання рівнів 2 та 3 на місці, а також підтримувати лідерів при наданні допомоги своєму підрозділу.

Маючи такі можливості на місці, військовий лідер матиме наступні обов'язки:

- зрозуміти, коли необхідно використовувати кожен з рівнів допомоги;
- усвідомлювати важливість власних дій, у підтримці підрозділу;
- розповідати про важливість підтримки бойових товаришів;
- полегшувати доступ до кожного з рівнів втручання;
- включати у сценарії навчання надання допомоги товаришам у випадках стресових реакцій;
- працювати над усуненням упереджень, які виникають у зв'язку з пошуком допомоги у фахівців.

Одним із найважливіших компонентів боєготовності та боєздатності військ є морально-психологічний стан військовослужбовців, що беруть безпосередню участь у бойових діях, тому виправдана та увага, з якою фахівці ставляться до оцінки і корекції їх психічного статусу. Ця проблема надзвичайно актуальна ще й тому, що «шлейф» несприятливих психічних станів тягнеться багато років після повернення колишнього солдата до мирного життя. «В'єтнамський», «афганський», «чеченський» синдроми відмічені у 15-20 % учасників тих подій<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – Режим доступа : [http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com\\_content&task=view](http://armyrus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view).



Континуум змінених психічних станів, які виникають у військовослужбовців в період ведення бойових дій, включає бойову стресову реакцію (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойове стомлення і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також реактивні стани як найбільш важкі форми бойової психіатричної патології. Досвід показує, що психологічно неадаптивні реакції на умови бою складають від 10 до 50 % всіх санітарних втрат у сучасних локальних війнах. Втім конфлікти в Перській затоці і Сомалі характеризувалися досить низьким рівнем психіатричної патології в арміях США і союзників. Так, за час ведення активних бойових дій з лютого по квітень 1991 року в 15-му плавучому госпіталі, який обслуговував переважно підрозділи морської піхоти США, діагноз «бойове стомлення» був поставлений всього 1,3 % пацієнтів (із загальної кількості постраждалих 86 % мали діагнози, не пов'язані безпосередньо з веденням бойових дій). Фахівці пояснюють це, по-перше, добре налагодженою роботою з психопрофілактики та психокорекції в умовах ведення бойових дій, і, по-друге, порівняно низьким рівнем безповоротних втрат серед особового складу (у війні в Перській Затоці загинув 271 військовослужбовець Збройних Сил США, що для операції такого масштабу вважається незначним показником). З іншого боку, психологічне виснаження стало однією з основних причин уразливості іракських солдат під час війни у Перській затоці. Яскравим доказом цього стали факти масової самовільної здачі в полон цілих підрозділів іракців.

Поняття «бойова стресова реакція» (БСР) (combat stress reaction) та бойове стомлення (combat (battle) fatigue) використовуються для характеристики первинної нормальної реакції на бій. Тобто ці стани можуть розвинути до ПТСР, за своєю природою не будучи патологічними, але які свідчать про значну напругу компенсаторних і адаптивних систем людини. БСР – загальний термін, який охоплює всі можливі реакції на бойові умови. Ця реакція може мати як позитивний, пристосувальний ефект, надихнувши воїна на акти героїзму, так і негативний, зробивши його нездатним до участі в бою. БС – це бойова стресова реакція, в якій стресори бою та інші особистісні стресори поєднуються з перевантаженням психологічних механізмів захисту та роблять людину тимчасово нездатною до виконання своїх обов'язків. Варто зазначити, що БС не є

психіатричним діагнозом. У наукових джерелах, що вийшли друком після Другої світової війни, особливо підкреслюється, що діагноз «невроз» не повинен застосовуватися щодо осіб, які мають симптоми БС. Це відмежування від психіатричних розладів дозволяє визначати БС як нормальний стан, який розвивається у нормальних людей під впливом ненормальних обставин.

Особливу значущість має здатність військовослужбовців та їх найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти ті симптоми, які свідчать про розвиток стресу. Для цього необхідно знати і враховувати кілька ознак: порушення сну, тривожність, депресію, страх, дратівливість, напругу і тремор.

БСР спочатку проявляється як індивідуальна нездатність людини виконувати свої службові обов'язки. Такі прояви зустрічаються дуже рано і пов'язані вони із збільшенням інтенсивності ведення бойових дій і впливу стрес-факторів. Серед найбільш характерних ознак необхідно відзначити залишення поля бою, відсутність на ньому без пояснень та ін. Ті комбатанти, які відчують бойове стомлення, мають велику ймовірність повторення симптомів. Психологічні фактори (особистісні особливості людини) можуть затримати або ускладнити реабілітацію після таких станів. Більш серйозними проявами впливу бойових умов на військовослужбовців є дисоціативні і конверсійні порушення, тілесні самоушкодження, суїцидальна поведінка. Наприклад, за час війни в Перській затоці в армії США, що брала участь в операції, мали місце 6 суїцидів, 3 – під час висадки десанту на Гаїті та 1 – в Сомалі.

Принципи медико-психологічної реабілітації комбатантів з ознаками БСР вперше були сформульовані Salmon в роки Першої світової війни. Цими ознаками були *наближеність, неповільність, очікуваність* (PIE – proximity, immediacy, expectancy). Подальша розробка і доповнення принципів реабілітації комбатантів з ознаками реакції бойового стресу склали акронім (мнемоправило) VICEPS. VICEPS – аббревіатура, складена з англійських слів Brevity (нетривалість), Immediacy (неповільність), Centrality (централізованість), Expectancy (очікуваність), Proximity (наближеність), Simplicity (простота).

Наближеність – цей принцип передбачає максимальну близькість місця надання допомоги до театру військових дій. Такий

підхід нівелює транспортну проблему і містить в собі ще ряд переваг. Найголовніше – можливість для пацієнта отримувати дружню підтримку від своїх товаришів по службі, що значно підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів, проте місце лікування повинно бути відносно безпечним.

Принцип неповільності означає необхідність надання допомоги постраждалим з симптомами БСР упродовж хвилин або годин після демонстрації (вияву) цих симптомів. Прояви БСР стають більш стійкими щодо терапевтичних впливів у випадках затримки допомоги. Значно легше усунути ознаки розладу і повернути комбатанта до строю на початкових стадіях. З цього принципу випливає, що першу допомогу повинен робити не офіцер медичної служби. Найбільш прийнятним потрібно вважати варіант надання допомоги військовослужбовцям рівного статусу.

Третій принцип, (очікуваність (названий надією)), мабуть, найбільш важливий. Упевненість у тому, що потерпілий повернеться до строю, повинна демонструватися на кожному етапі організації реабілітації. У численних дослідженнях було показано, що якщо потерпілий лікується в якості пацієнта і прямує в тил, його симптоми виявляються довше і він рідше повертається до виконання службових обов'язків або цього не відбувається зовсім.

Дуже важливе питання – встановлення діагнозу. Якщо постраждалому з БСР ставлять психіатричний діагноз, це може негативно позначитися на прогнозі. Аналіз випадків безуспішного лікування свідчить про те, що постраждалі, які знають про психіатричний діагноз, знижують контроль за поведінкою, у них посилюється симптоматика ураження. У даному випадку виникає значна небезпека розвитку ятрогенії. Встановлення діагнозів, таких як військовий невроз, бойовий шок, психоневроз або істеричні реакції, можуть навіяти думку про хронічний характер захворювання. Нейтральні поняття, такі як «реакція бойового стресу» або «бойове стомлення», значно переважають.

Постраждалі повинні проходити курс реабілітації не як хворі, а саме як військовий персонал. Дуже важливо, щоб постраждалі були відокремлені від соматичних хворих або поранених. Практично завжди кращим є залишення такому контингенту військової уніформи замість госпітальних піжам. Потрібно підтримувати військову етику і

дисципліну. Військовим може бути дозволено залишення особистої зброї після того, як вона буде розряджена. Як правило, лікарських препаратів варто уникати, зробивши виняток лише для седативних засобів.

Основними засобами реабілітації є відпочинок, відновлення стосунків у військовому колективі і допомога в адаптації до бойових умов. Забезпечення душею, їжею, теплим сухим одягом і сном є простими і досить ефективними засобами реабілітації. Важливо, щоб реабілітаційний період був коротким (48-72 години) і простим. Індивідуальні та групові психокорекційні сеанси використовуються для того, щоб дати можливість постраждалим висловити і поділитися своїми гнівом, горем і страхом як з начальниками, так і з такими ж постраждалими. Цей процес спрямований на розрядку і реагування (катарсис) негативних емоційних реакцій на бойовий стрес. Прості психотерапевтичні техніки, такі, як реагування, сугестія, переконання можуть ефективно використовуватися для реабілітації людей з ознаками БС. Реагування, процес переосмислення неприємного досвіду (переживань) шляхом обговорення психотравмуючих подій з іншими відіграє значну роль у відновленні оптимального стану. Це сприяє усуненню відчуття безпорадності. Реагування як лікувальний прийом може використовуватися як для надання первинної допомоги, так і попередження подальшого погіршення стану потерпілого.

Надання реабілітаційної допомоги в випадку БСР і БС передбачається організувати в рамках *триетапної системи*. *Перший етап* ґрунтується на контролі з боку оточуючих, допомога надається на місці. Цей етап найбільшою мірою відповідає принципам негайності і наближеності. Додатково перший ешелон може включати підтримку та реабілітацію постраждалих, що звернулися по команді. Якщо заходи першого етапу виявилися недостатніми, постраждалого відправляють через сортувальний і накопичувальний пункт на другий етап.

*Другий етап реалізується* в межах центру управління бойовим стресом (Battle stress management center), в якому працює фахово підготовлений персонал психіатричного профілю. Вибір місця розгортання такого центру – надзвичайно серйозне завдання. Зазвичай він розташований на деякій відстані від лінії фронту (приблизно в 2-4 милях), в зоні, відносно безпечній з точки зору досяжності

супротивника. На цьому етапі в результаті короткого скринінгового обстеження відбираються особи з симптомами БС та БСР.

Прикладом організації роботи такого лікувального закладу може бути 528 Центр бойового стресу (Combat Stress Center) армії США, організований на час ведення бойових дій у Перській затоці. У ньому упродовж 6 місяців роботи персонал із 38 осіб оглянув і надав допомогу 514 пацієнтам (усього у війні в Перській затоці брало участь приблизно 650 000 солдат і офіцерів США). На випадок загострення конфлікту і різкого збільшення потоку постраждалих передбачена система посилення персоналу центрів кадрами досвідчених психіатрів з тилових районів країни. Наприклад, невідкладна психіатрична допомога була потрібна персоналу 71 Рятувальної ескадрильї ВПС США, в якій в результаті вибуху бомби в Саудівській Аравії в 1995 році 5 осіб загинуло, 19 були поранені. Упродовж найближчих 2 днів після вибуху приблизно 100 осіб персоналу психіатричної клініки авіабази ВПС Patrick, Флорида, були терміново перекинуті до Саудівської Аравії і надавали допомогу 100 постраждалим авіабази. При організації допомоги враховується, що під час проведення бойової операції основний потік потерпілих припадає на перший місяць роботи.

Багатий досвід лікування бойової психічної травми має армія Ізраїлю, в якій ще в ході війни з Ліваном в 1982 році застосовувалися перераховані вище принципи надання допомоги постраждалим. Для цього були створені так звані підрозділи відновлення боєздатності (Combat Fitness Retraining Unit), персонал яких складався з психіатрів, соціальних працівників, клінічних психологів, інструкторів зі спорту і бойової підготовки. Важливою особливістю, на яку звертають увагу організатори таких підрозділів, є те, що лікарем або психологом має бути людина, що обов'язково має бойовий досвід, що дозволить встановити більш довірливі стосунки в процесі проведення терапії.

*Третій етап*, як правило, реалізується в центральних районах на авіабазах, відбувається ґрунтовне, але короткотривале негайне обстеження і надання психіатричної допомоги з перспективою швидкого повернення в стрій. Варто зазначити, що особи з серйозною психіатричною патологією, як правило, евакуюються з театру військових дій відразу в четвертий ешелон надання допомоги. Там

надається допомога хворим з посттравматичними стресовими розладами та іншою серйозною патологією.

Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, який займається бойовою психіатричною патологією, є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де найбільшою мірою вивчена проблема ПТСР, проводиться лікування хворих за допомогою препаратів і психотерапевтичних процедур. Фармакотерапія поєднувалася з рефреймінгом, символічною переробкою негативного досвіду, підтримуючими катарсичними методами, груповою психотерапією, когнітивною раціональною терапією, поясненням соціально-психологічних наслідків ПТСР. У центрі за 5 років, що минули після війни в Затоці, пройшли успішну реабілітацію 632 пацієнти. Необхідно підкреслити, що у спеціалізовані центри потрапляють лише особи з вираженою симптоматикою. У масштабних дослідженнях, проведених по закінченні 2-3 років після війни в Перській затоці, в одному з яких було обстежено 4500 військовослужбовців армії США, було показано, що ознаки стресових реакцій характерні приблизно для 30 % військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях і 15 % військовослужбовців, які виконували допоміжні функції. Це виражалось у підвищеній ворожості, високих показниках тривожності, депресії, психотизмі, соматизації, obsесивно-компульсивній поведінці.

Додаткові проблеми виникають у зв'язку зі значним збільшенням кількості жінок, що проходять військову службу (якщо в 1973 році частка жінок-військовослужбовців в армії США становила 2 %, то нині – 9 %). У них протікання ПТСР відрізняється низкою специфічних особливостей, які ще до кінця не зрозумілі. Все це створює певні соціальні проблеми.

Важливо відзначити, що при лікуванні ПТСР перевага віддавалася психотерапевтичним технікам, а з фармакологічних препаратів призначалися ліки, що знижують рівень ажитації, імпульсивності, агресивності. Далі призначалися препарати, що нормалізують сон (clonidine, valproic acid, fluoxetine, trazodone та ін.). Відзначено, що найкращі результати психотерапії посттравматичних стресових розладів демонструє, коли вдається зняти симптоми гіперактивації.

Розрахунки засвідчують, що використання принципів BICEPS при наданні допомоги потерпілим з явищами БСР дозволяє очікувати повернення в підрозділи до 85 % особового складу. З них приблизно у 7 % можна очікувати повторних реакцій. В армії Ізраїлю під час війни в Лівані використовувалися три принципи з шести (близькість, неповільність, очікуваність). Зіставлення підрозділів, в яких цих принципів дотримувалися, показало, що повернення до строю становило 60 % і тільки 22 % там, де цих принципів не дотримувалися. Крім того, частота розвитку ПТСР виявилася нижче на 30 % (які опиралися на принципи – 40 %, у решти – 71 %). Показовими в цьому відношенні є порівняльні відомості поширеності ПТСР у ветеранів В'єтнамської війни (15,2 % по закінченні 15 років) та операції в Перській затоці (5 % після 2 років).

Однією з найважливіших умов, які покликані забезпечити високий рівень психічного здоров'я військовослужбовців, яке не має жодного відношення до медицини та психології, але від якої залежить дуже багато –пропагандистське забезпечення військових кампаній.

Еталонний демократичний режим США забуває про всі свободи, зокрема свободи слова, коли йдеться про ведення бойових дій. Наприклад, доступ іноземних кореспондентів в американські війська, розгорнуті в Саудівській Аравії під час війни «Буря в пустелі», обмежувався відвідуванням невеликої кількості підрозділів, перелік яких був затверджений американським командуванням. До спілкування з кореспондентами допускалися тільки спеціально відібрані й підготовлені військовослужбовці. Вся інформація про хід операції для засобів масової інформації надавалася дозовано і під строгим контролем командування. Ситуація повторилася під час бойових дій в Афганістані. Все це здійснювалося, щоб забезпечити «привабливий» образ війни в очах населення країн – ініціаторів бойових дій, і, відповідно, позитивне ставлення до військовослужбовців, які брали участь в операціях. Солдат, що відчуває себе героєм, після повернення додому швидше подолає несприятливі психологічні наслідки участі у війні.

## РОЗДІЛ 7. ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА БОЄЗДАТНІСТЬ ВОЇНІВ

### 7.1. Прояви посттравматичних стресових розладів та їх діагностика

Діяльність людини в екстремальних умовах може надавати травмуючий вплив на його психіку, особливо це стосується військових фахівців при виконанні службових завдань.

Вони піддаються психотравмуючому стресу – особливій формі загальної стресової реакції, обумовленої екстремальною ситуацією, в якій екстремальні фактори діють в часі і просторі, мають певне значення для особистості і суб'єктивно оцінюються нею як незвичайні, що виходять за межі «нормального людського досвіду»<sup>83</sup>. Травмуючий вплив стресу не проходить безслідно для психіки людини, з часом можуть розвинути посттравматичні стресові розлади, які мають нав'язливий характер і не дозволяють людині повноцінно жити і працювати<sup>84</sup>.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це неспсихотична відстрочена реакція психіки на травматичний стрес, що здатна викликати психічні порушення у людини після завершення травматичної дії. Це відстрочена за часом психопатологічна комплексна реакція на психотравматичні події, що сформувалися в цілісний синдром.

Світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій при відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік – кожен третій. Але це лише частина гігантського айсберга – всього масиву різноманітних порушень, які залишаються після екстремальних впливів. Інші наслідки

---

<sup>83</sup> *Кадыров Р. В.* Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учеб. Пособ. / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.

<sup>84</sup> *Блінов О. А.* Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Т. VII. Екологічна психологія. – Вип. 32. – С. 15–20.; *Блінов О. А.* Психотерапія посттравматических стрессовых расстройств // Проблемы современной науки: сборник научных трудов: вып. 13. – Ставрополь: Логос, 2014. – С. 20–27.



починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психосоматичні захворювання.

Основними проблемами колишніх комбатантів є страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%). До їх поведінкових особливостей належать конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками. Крім того, зазначаються: нестійкість психіки, при якій навіть самі незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; страх нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються повторювані яскраві «бойові» сни і нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптовими сплесками емоцій з «поверненням» до психотравмуючої ситуації<sup>85</sup>.

До інших психічних явищ, які присутні у ветеранів воєн, належать стан песимізму, відчуття занедбаності; недовіри; нездатність говорити про війну; втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; почуття, що «я загинув на війні»; відчуття неможливості впливати на хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на комусь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об'єкта задоволення сексуальних потреб; схильність брати участь у небезпечних «пригодах»; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.; Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).

<sup>86</sup> Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 32. – С. 15–20.

Вперше офіційно питання про необхідність виокремлення цілісного синдрому, який є назву «посттравматичний стресовий розлад», було поставлено в США в 1980 році. Саме тоді в публікацію третього видання американського класифікаційного стандарту, підготовленого Американською психіатричною асоціацією, DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) був внесений розділ, що містить опис критеріїв для діагностики порушень і розладів, викликаних психотравмуючими обставинами, що виходять за межі звичайного людського досвіду. Цей розділ уточнений і збережений у новій редакції стандарту DSM-IV (код F43.1) у 1994 році. У цьому ж році аналогічний розділ з'явився і в Міжнародному класифікаторі хвороб МКБ-10 (код. 309.81). Незважаючи на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення, діагностика, і психотерапія відносяться до компетенції клінічного психолога.

Прийняття рішень про офіційну фіксацію цього синдрому в міжнародних і національних класифікаторах захворювань обумовлено широким поширенням ПТСР. У різних джерелах наводяться дані, що упродовж життя ПТСР страждає близько 1 % населення, а до 15 % людей після важких травм можуть відчувати окремі симптоми цього захворювання.

У цілому ряді досліджень констатується, що посттравматичні стресові розлади становлять від 10 до 50 % всіх медичних наслідків бойових подій. Ними страждають 29-45 % ветеранів Другої світової війни, 25-30 % американських ветеранів в'єтнамської війни.

Серед осіб, які отримали поранення, ПТСР досягають 42 %. 18,6 % учасників бойових дій в Афганістані відчувають на собі дію цього синдрому. З них хронічно хворими є 41,7 %, інваліди – 56,2 %.

За оцінками російського фахівця П.А. Корчемного, більше 10 000 учасників бойових дій у Чечні будуть мати явні проблеми з психікою після завершення війни. За прогнозами інших фахівців, посттравматичні прояви збережуться упродовж тривалого часу у 25 % осіб з цієї категорії.

За даними дослідження американських ветеранів війни у В'єтнамі, проведеного в 1988 році, у 15,2 % з них спостерігалися виражені ПТСР, а ще у 11,1 % відзначалися окремі симптоми таких розладів. Серед цих осіб у 5 разів зростає ризик залишитися безробітними, близько 70 % з них хоча б один раз розлучилися з

подружжям, у 35 % відзначені батьківські проблеми, у 47,3 % – крайні форми ізоляції від людей, у 40 % – виражена ворожість до оточуючих. 36,8 % представників цієї соціальної групи здійснюють більше 6 актів насильства в рік, 50 % були заарештовані і посаджені у в'язницю (зокрема 34,2 % – більше одного разу).

За іншими даними, приблизно у 25 % американських ветеранів В'єтнаму відзначається розвиток несприятливих особистісних змін після отриманої психотравми. До початку 1990-х років близько 100 000 ветеранів цієї війни покінчили життя самогубством. 40000 ведуть замкнутий, майже аутичний спосіб життя. Серед поранених та інвалідів війни відсоток осіб з ПТСР перевищує 42 %, тоді як серед фізично здорових ветеранів війни їх 10-20 %. 56 % людей, які пережили важкі бойові події, вмирили і були хворі віком до 65 років.

Бойовий стрес був описаний більше сотні років тому. Під час громадянської війни в США цей стан було названо «ностальгією», коли люди надовго були відірвані від дому. «Shell shock» (бомбове потрясіння) – так характеризували стан людей, які потрапляли під бомбардування під час Першої світової війни, а «військовий невроз» – стан тих, хто бомбардування не зазнав, але також брав участь у бойових діях. Пізніше стали вживатися поняття «бойовий стрес» і «бойове стомлення». У 1980 році Американська психіатрична асоціація відзначила, що симптоми, які спостерігаються у комбатантів, були подібними до тих, які мали місце у цивільних осіб, що перенесли катастрофи або стихійні лиха. У діагностичному і статистичному керівництві Американської психіатричної асоціації (The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association DSM-111-R (переглянутому) перераховані ці симптоми як критерії посттравматичного стресового розладу (ПТСР)). Досвід реабілітації військовослужбовців з даним типом розладів свідчить про те, що ПТСР є патологічним фіналом, який розвивається як результат хронічної дії інтенсивних стресорів воєнного часу і якому передують ряд перехідних станів.

Поняття «бойова стресова реакція» (БСР) (combat stress reaction) та бойове стомлення (combat (battle) fatigue) використовуються для характеристики первинної нормальної реакції на бій. Тобто ці стани можуть розвинути до ПТСР, за своєю природою не будучи патологічними, але які свідчать про значну напругу компенсаторних і

адаптивних систем людини. БСР – загальне поняття, яке охоплює всі можливі реакції на бойові умови. Ця реакція може мати як позитивний, пристосувальний ефект, надихнувши воїна на акти героїзму, так і негативний, зробивши його нездатним до участі в бою. БС – це бойова стресова реакція, в якій стресори бою та інші особистісні стресори поєднуються з перевантаженням психологічних механізмів захисту та роблять людину тимчасово нездатною до виконання своїх обов'язків. Варто зазначити, що БС не є психіатричним діагнозом. У працях, що вийшли після Другої світової війни, особливо підкреслюється, що діагноз «невроз» не повинен застосовуватися щодо осіб, які мають симптоми БС. Ця відмінність з психіатричними розладами дозволяє визначати БС як нормальний стан, який розвивається у нормальних людей під впливом ненормальних обставин<sup>87</sup>.

На думку американського фахівця з подолання посттравматичного стресу Б. Колодзіна, виділяються такі основні симптоми посттравматичних стресових порушень у ветеранів<sup>88</sup>:

1. Невмотивована пильність. Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, ніби йому загрожує небезпека.

2. «Вибухова» реакція. За найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуці низько пролітаючого вертольота, різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до нього з-за спини).

3. Притуплення емоцій. Буває, що людина повністю або частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, їй недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато пацієнтів жаліються, що після того, як їх вразили важкі події, їм стало набагато важче відчувати ці почуття.

4. Агресивність. Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового

---

<sup>87</sup> Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – Режим доступа: [http://armyus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com\\_content&task=view](http://armyus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view).

<sup>88</sup> Колодзин Бенджамин. Как жить после психической травмы / Проблемы военной психологии: хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко; под общ. ред. А. Е. Тараса. – Мн. : Харвест, 2003. – С. 211–216.

впливу, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Попросту кажучи, людина схильна застосувати силовий тиск на навколишніх людей кожного разу, коли хоче домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися або щось згадати, принаймні, такі труднощі виникають при певних обставинах. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якомусь стресовому чиннику, як людина вже не в силах зосереджуватися.

6. Депресія. У стані посттравматичного стресу депресія досягає найтемніших і безпросвітних глибин людського відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Почуття депресії супроводжується нервовим виснаженням, апатією і негативним ставленням до життя.

7. Загальна тривожність. Проявляється на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунку, головні болі), у психічній сфері (постійне занепокоєння і стурбованість, «параноїдальні» явища, наприклад, необґрунтований страх переслідування), в емоційних переживаннях (постійне почуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини).

8. Напади люті. Не припливи помірною гніву, а саме вибухи люті, за силою подібні виверженню вулкана. Багато пацієнтів повідомляють, що такі напади частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак бувають і у випадку відсутності алкоголю або наркотиків, так що було б неправильно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато пацієнтів, особливо в'єтнамські ветерани, вживають марихуану, алкоголь і меншою мірою інші наркотичні речовини. Важливо відзначити, що серед ветеранів – жертв ПТСР – існують ще дві великі групи: ті, хто приймає тільки лікарські препарати, прописані лікарем, і ті, хто не приймає ні ліків, ні наркотиків.

10. Непрохані спогади. Мабуть, це найбільш важливий симптом, який дає право говорити про присутність ПТСР. У пам'яті пацієнта раптово спливають моторошні, потворні сцени, пов'язані з травмуючою подією. Ці спогади можуть виникати як у сні, так і під час бадьорості.

Наяву вони з'являються в тих випадках, коли навколишнє середовище чимось нагадує те, що було «у той час», тобто під час травмуючої події: запах, видовище, звук тощо. Яскраві образи минулого збуджують психіку і викликають сильний стрес. Головна різниця від звичайних спогадів у тому, що посттравматичні «непрошені спогади» супроводжуються сильними почуттями тривоги і страху.

Непрохані спогади, які надходять уві сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди) пов'язані з бойовими діями. Такі сни бувають, як правило, двох типів: перші, з точністю відеозапису передають травмуючу подію так, як вона залишилася в пам'яті людини, яка її пережила; в снах другого типу обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але, принаймні, деякі з елементів (особа, ситуація, відчуття) подібні до тих, які мали місце в травмуючій події. Людина пробуджується від такого сну цілком розбитою, її м'язи напружені, вона вся в поту.

Багато ветеранів та їхні близькі відзначають, що під час сну людина кидається в ліжку і прокидається зі стиснутими кулаками, немов готовий до бійки.

11. Галюцинаційні переживання. Це особливий різновид неочікуваних спогадів про травмуючі події за тією різницею, що при галюцинаційному переживанні спогади про те, що відбулося, є яскравими, події поточного моменту ніби відходять на другий план і здаються менш реальними, ніж звичайні спогади. У цьому «галюцинаційному», усунутому стані людина поводить себе так, ніби вона знову переживає травмуючі події; вона діє, думає і відчуває так само, як в той момент, коли їй довелося рятувати своє життя.

Галюцинаційні переживання властиві не всім пацієнтам: це всього лише різновид непроханих спогадів, для яких характерна особлива яскравість і хворобливість. Вони частіше виникають під впливом наркотичних речовин, зокрема алкоголю, проте галюцинаційні переживання можуть з'явитися у людини і в тверезому стані, а також у того, хто ніколи не вживає наркотичних речовин.

12. Безсоння (труднощі із засипанням і переривчастий сон). Коли людину відвідують нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама несвідомо не має бажання засинати, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Регулярне

недосипання призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, а також почуттям фізичного чи душевного болю, яке не проходить.

13. Думки про самогубство. Пацієнт постійно думає про самогубство або планує які-небудь дії, які зрештою повинні привести його до смерті. Коли життя видається більш лякаючим і болючим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може бути привабливою. Коли людина доходить до тієї межі відчаю, де не видно жодних способів змінити своє становище, вона починає розмірковувати про самогубство.

14. «Провина людини, яка вижила». Почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, коли вони коштували життя іншим, нерідко притаманно тим, хто страждає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, любов, страждання та ін.) від часу травмуючих подій. Багато жертв ПТСР готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує приступи самознищувальної поведінки, коли, за образним висловом одного ветерана, «намагаєшся віддупцювати сам себе».

Такі основні симптоми посттравматичного стресу, які були покладені в основу діагностичного опитувальника посттравматичного стресу, рекомендованого для застосування в індивідуальній роботі з учасниками бойових дій.

Коли у людини немає можливості розрядити внутрішню напругу, її тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги. У цьому виявляється механізм посттравматичного стресу. Його симптоми, які в комплексі виглядають як психічне відхилення, насправді не що інше, як глибоко вкорінені способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями в минулому.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР є встановлення тривалості протікання розладу. ПТСР діагностуються лише в тому випадку, коли тривалість прояву описаних вище симптомів становить не менше 1 місяця.

Не менш важливою умовою для винесення діагнозу є та обставина, що розлад викликає тяжкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

Сьогодні є різні підходи до виділення типів ПТСР. Такі фахівці, як А. Л. Пушкар'єв, В. А. Доморацький, Є. Г. Гордєєва, так класифікують ПТСР: гострі – симптоми зберігаються менше 3 місяців; хронічні – симптоми зберігаються 3 і більше місяців; відстрочені – симптоми виникають, щонайменше, через 6 місяців після психотравматизації. В окремих випадках ПТСР протікають упродовж багатьох років і переходять у хронічну форму прояву. Інші фахівці (В. В. Нечипоренко, С. В. Литвінцев, Є. В. Снедков, Ю. К. Маліков, В. Є. Саламатов) визначають наступні види ПТСР: гострі – симптоми виникають в межах 6 місяців після травми і зберігаються не більше 6 місяців; хронічні – симптоми проявляються після 6 місяців і тривають більше 6 місяців; відстрочені – проявляються після прихованого періоду (місяці, роки) і тривають більше 6 місяців.

Крім цього деякі автори виділяють так звані вторинні ознаки ПТСР. До них належать: алкогольна, медикаментозау або наркотичау залежність; схильність до суїцидальних думок і спроб; депресія; захворювання серцево-судинної системи; болі різної етіології, сексуальні дисфункції, девіантна поведінка та ін.

Психіка кожної людини по-своєму захищається від екстремальних впливів: механізмами захисної поведінки може стати рухова збудливість і активність, агресія, апатія, психічна регресія або ж вживання алкоголю та наркотичних речовин. Л. Китаєв-Смик розробив авторську типологію учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості (згідно з цією типологією психологічні типи військовослужбовців поділяються на «старичків», «зламаних», «надламаних», «придуркуватих» і «розлучених» (див. повний опис типів у розділі 1.2.)<sup>89</sup>:

Різноманітні відстрочені реакції на психотравмуючі події війни проявляються залежно від індивідуальних властивостей комбатантів. Згідно з дослідженнями А. Кардінера, це можуть бути зосередженість на травмі, зниження загального рівня психічної діяльності,

---

<sup>89</sup> *Китаєв-Смик Л. А.* Стресс войны : Фронтовые наблюдения врача-психолога / М-во культуры РФ Рос. ин-т культурологии. – М., 2001. – 80 с.



дратівливість або вибухові агресивні реакції (Kardiner, 1941). Існує кілька точок зору на природу відмінностей посттравматичних стресових реакцій у ветеранів.

За спостереженнями М. Горовиця, «тривалість процесу відповідного реагування на стресову подію обумовлюється значущістю для індивіда пов'язаної з цією подією інформації» (Horowitz, 1986).

При сприятливому перебігу даного процесу він може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після закінчення психотравмуючого впливу. Це нормальна реакція на стресову подію. При загостренні відповідних реакцій і збереженні їх проявів упродовж тривалого часу слід говорити про патологізацію процесу відповідного реагування.

М. Горовіц визначає чотири фази відповідної реакції на стресові події:

- фазу первинної емоційної реакції;
- фазу «заперечення», що виражається в емоційному заціпенінні, придушенні і уникненні думок про те, що трапилось і ситуацій, що нагадують про психотравмуючу подію;
- фазу чергування «заперечення» і «вторгнення», «вторгнення» проявляється у спогадах, снах про психотравмуючу подію, підвищеному рівні реагування на все, що нагадує психотравмуючу подію;
- фазу подальшої інтелектуальної та емоційної переробки травматичного досвіду, яка закінчується його асиміляцією або акомодациєю до нього (Horowitz, 1986).

Подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, а й від взаємодії трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів та особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни (Green, 1990).

До характеристик психотравмуючої події належать: ступінь загрози для життя; важкість втрат; раптовість події; ізолюваність від інших людей у момент події; вплив навколишнього оточення; наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події; моральні конфлікти, пов'язані з подією; пасивна або активна роль

ветерана: чи був він жертвою або активно дійовою особою під час події; безпосередні результати впливу даної події.

Серед індивідуальних характеристик ветерана виділяються: рівень розвитку управління власної поведінки, ефективність психологічного захисту, наявність до травми труднощів адаптації, психічні відхилення, а також демографічні показники.

Повоєнне оточення ветерана характеризують: рівень підтримки, культурні особливості, ставлення оточуючих до війни, соціальна допомога.

Взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (поєднання уникнення спогадів з періодичним їх повторенням) призводить або до зростання психічної напруги, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. У цьому контексті можливі два результати: психічна «рестабілізація» або виникнення посттравматичних стресових розладів.

На думку багатьох фахівців, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе (С. В. Литвінцев, В. К. Шамрила, 2001). Його ознаки мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час, а й наростати, а також проявлятися раптово на тлі зовнішнього благополуччя.

*Гостре ПТСР діагностують*, коли симптоми виникають в межах 6 місяців після перенесеної травми і зберігаються не більше 6 місяців. Прогноз хороший.

*Про хронічні ПТСР* говорять, коли тривалість симптомів перевищує 6 місяців. Для відстрочених ПТСР характерна поява симптомів після латентного періоду (місяці, роки). При відстроченому та хронічному ПТСР симптоматологія з'являється через 6 місяців після травми і триває більше 6 місяців.

Для розвитку ПТСР у ветеранів війни характерні п'ять фаз: 1) початковий вплив; 2) опір / заперечення; 3) допущення / пригнічення; 4) декомпенсація; 5) опанування травми і одужання.

Одужанню передує період декомпенсації. Однак, на думку багатьох науковців, існує значно більша різноманітність відповідних реакцій на травматичну подію, положення про існування остаточної фази одужання не підтверджується практикою, одужання відбувається набагато повільніше, ніж очікується. Тому варто говорити про декілька можливих шляхів розвитку захворювання.

Один з них закінчується адаптивним опануванням. Другий шлях – дезадаптивне опанування ПТСР через такі форми: засновані на генералізованій реакції страху; на генералізованій реакції гніву; на дисоціації; на реакції «занурення в себе»; на використанні травми.

Концепція дезадаптивного опанування корисна для розуміння того факту, що індивідууми з хронічним ПТСР не «просто застрягли» між 2-й і 3-й фазами. У спробі «прийти до примірення з травмою» у них змінюється уявлення про себе і навколишній світ. Особистісні зміни, які спостерігаються в осіб з ПТСР, є відображенням досягнутого типу опанування.

Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох констеляцій: *інтрузії, уникнення і гіперактивності*<sup>90</sup>.

*Маніфестація інтрузії.* Травматична подія постійно переживається одним з наступних образів:

1 – періодичні нав'язливі спогади про травмуючі події;

2 – періодично повторювані кошмарні сновидіння;

3 – несподівані відчуття того, що травматичні події ніби знову переживаються (відчуття загострення в пам'яті і переживаннях травматичних подій, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди), що виникають як у стані неспання, так і сп'яніння;

4 – інтенсивний психологічний дистрес під впливом подій, що символізують або мають схожість з аспектами травматичних подій (наприклад, річниця травми).

Найчастіший (у 80 % пацієнтів) варіант повторного переживання травми – повторювані нічні кошмари, які в перші 2-4 роки після війни турбують практично всіх ветеранів. Для таких сновидінь характерні відчуття безпорадності, самотності в ситуації загрози для життя, переслідування ворогами, постріли і спроба вбивства, відсутність зброї для захисту. Подібного типу сні нерідко є частиною сновидінь про війну. Найсильніше нічні кошмари турбують пацієнтів з наслідками контузії головного мозку. Часто сновидіння супроводжуються різними рухами.

---

<sup>90</sup> *Иванов А., Жуматий Н.* Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях [Электронный ресурс] / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – №4. – С. 143–152. – Режим доступа : <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>.

Другий за вираженістю проявів варіант повторного переживання травми – це психологічний дистрес, що виникає зазвичай під впливом подій, що символізують травматичне переживання або мають подібність з різними його аспектами, включаючи святкування військових річниць. Ці прояви певною мірою спостерігаються майже у 70 % обстежених. Багато зовнішніх подій є своєрідними тригерами, що нагадують бойовий досвід і зухвалими неприємними асоціаціями (низько летить вертоліт; зіткнення з інформацією про війну; раптові, різкі вибухи різного походження та ін.). Ці стимули можуть реактивувати симптоми ПТСР і дистрес.

Періодично виникають спогади про військові події (ще одна форма «вторгнення»), що відзначаються більше, ніж у 50 % обстежених. Найбільш часто спостерігалася печаль з приводу втрати, яка супроводжувалася гострим емоційним болем, прокручування певних епізодів травматичних подій.

Передбачається, що, незважаючи на викликаний дискомфорт, повторне переживання травми має адаптивне значення. Спроби уникнути неприємних повторних переживань травми частіше ведуть до патології.

*Маніфестація уникнення.* Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою; виникнення емоційного збіднення; почуття байдужості до інших людей, що проявляється, принаймні, у трьох наступних розладах:

1 – навмисні зусилля уникати думок або почуттів, пов'язаних з травмою;

2 – спроби уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних стимулювати спогади про травму;

3 – нездатність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія);

4 – зниження інтересу до значущих раніше для даної людини видів активності;

5 – почуття відчуження до оточуючих;

6 – зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми;

7 – відчуття «укороченого майбутнього» (невпевненість у майбутній кар'єрі, одруження або тривалості життя).

Емоційне збідніння, а також уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, є другою важливою клінічною рисою ПТСР. Переважна кількість обстежених ветеранів відзначають зниження або втрату інтересу до будь-якої активності, яка раніше спостерігалась, відчуття відчуження (відмежування) від інших людей, зниження здатності радіти, любити, бути безтурботним, відмежування від соціального життя. Емоційні проблеми впливають на сімейне життя. Подружжя обстежених описують їх як холодних, байдужих, недбайливих людей. Звертає на себе увагу невлаштованість особистого життя значної кількості ветеранів: багато хто відчуває труднощі з одруженням, серед тих, хто вступив у шлюб до або відразу після війни, відзначається значна кількість розлучень.

Крім того, ветеранам властиве відчуття «відсутності завтрашнього дня» (порушення часової перспективи), що проявляється у песимізмі (майбутнє неперспективне, майбутнього немає), уявленні про короткочасність майбутнього відрізка життя, очікуванні нещастя в майбутньому.

*Маніфестація гіперактивності.* Гіперактивність, що виявляється, принаймні, у таких ознаках:

- 1 – труднощі засинання або поверхневий сон;
- 2 – підвищена дратівливість або вибухи гніву;
- 3 – труднощі з концентрацією уваги;
- 4 – підвищена пильність;
- 5 – надлишкова реакція на раптові подразники;
- 6 – підвищений рівень фізіологічної реактивності на події, що символізують або нагадують аспекти травматичної події.

Тривалість первинних симптомів – ймовірно шість місяців.

*Симптоми підвищеної збудливості.* Вони виявляються насамперед розладами сну, пов'язаними або не пов'язаними з нічними жахами. В обстежених ветеранів виявляються наступні варіанти розладів сну: інсомнії (порушення засинання, поверхневий сон, раннє пробудження, відсутність почуття відпочинку після сну); парасомнії (рухові, психічні – у формі нічних жахів).

Підвищена дратівливість, лють, гнів, схильність до насильства є типовими проявами ще однієї констеляції симптомів підвищеної збудливості. У 95 % випадків спостерігається виражене зниження

стійкості уваги. Про підвищену обережність, надпильність повідомляють 80 % обстежених ветеранів.

До вторинних симптомів ПТСР, які спостерігаються у пацієнтів багато років, відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм (токсикоманію), соматичні проблеми, порушення відчуття часу, порушення Его-функціонування.

## **7.2. Методики, спрямовані на вимірювання ознак і рівня ПТСР**

На сьогоднішній день розроблено велику кількість діагностичних методик, за допомогою яких можна виявляти й оцінювати ПТСР. Серед них найбільш відомими є:

– структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю (СКІД) і Шкала для клінічної діагностики ПТСР;

– шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТС);

– міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);

– мінесотський багатофакторний особистісний опитувальник;

– опитувальник травматичного стресу І. О. Котенева;

– шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду;

– коротка шкала тривоги, депресії і ПТСР (Б. Харт);

Крім цього, для вивчення ПТС застосовуються методики, розроблені в інтересах діагностики окремих психічних феноменів, що становлять загальну картину синдрому:

– тест психіатричної оцінки Ендікотта і Шпіцера;

– опитувальник Гілера;

– шкала SSS;

– опитувальник Вільсона і Крауса;

– опитувальник особистісної та ситуаційної тривожності Спілбергера – Ханіна;

– опитувальник депресивності Бека;

– опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (шкала Дерогатіса);

– методика структурованого опитування учасників психотравмуючих подій (С. В. Долгополова);

– опитувальник життєвих подій (Н. Г. Хохлової)<sup>91</sup>.

Деякі з цих методик мають наступний зміст, а саме<sup>92</sup>:

1. Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinician-Administered Scale for DSM-IV (CAPS-DX). Методика спрямована на визначення рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти її проявів (Weathers, Blake et al., 1997). Вона розроблена як додаток до структурованого клінічного діагностичного інтерв'ю (СКІД) (SCID – Structured Clinical Interview for DSM), яке є основним клініко-психологічним інструментом діагностики ПТСР.

СКІД включає ряд діагностичних модулів (блоків питань), що забезпечують діагностику психічних розладів за критеріями DSM-4 (афективних, психотичних, тривожних, викликаних вживанням психоактивних речовин та ін.). Структура інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким модулем, зокрема з модулем ПТСР. У кожному модулі подані чіткі інструкції, що дозволяють експериментатору при необхідності перейти до бесіди по іншому блоку питань. При необхідності для постановки остаточного діагнозу можуть залучатися незалежні експерти. Авторами методики передбачена можливість її подальших модифікацій залежно від конкретних завдань дослідження. Російськомовний варіант СКІД, розроблений у межах російсько-американського проекту колективом авторів (Н. Б. Ласко, Н. В. Тарабрина та ін.), був офіційно схвалений Американською психіатричною асоціацією.

CAPS – DX – це структуроване клінічне інтерв'ю, розроблене за критеріями DSM-IV. За його допомогою оцінюється симптоматика

---

<sup>91</sup> *Кадыров Р. В.* Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учеб. пособ. / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.; *Караяни А. Г.* Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – Режим доступа : [http://armyus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com\\_content&task=view](http://armyus.ru/index.php?Itemid=2158&id=744&option=com_content&task=view).

<sup>92</sup> *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с. : ил. – (Серия «Практикум по психологии»); *Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макаруч А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчан З. Г., Шаталова Н. Е., Щетина А. И.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с. (Психологический инструментарий).

ПТСР, тривалість розладу і ступінь порушення соціального функціонування. CAPS – DX дозволяє визначати наявність симптомів ПТСР (за критеріями DSM-IV) як в даний момент, так і упродовж періоду життя після травматичної події. Найкращим періодом для діагностики є або місяць до інтерв'ю (поточне ПТСР), або місяць після пережитої психотравми (ПТСР після травми в минулому).

Шкала призначена для використання фахівцями в галузі психічного здоров'я, з базовою освітою у сфері психопатології, які ознайомлені з DSM-IV та мають досвід проведення діагностичних інтерв'ю. Необхідною умовою використання CAPS – DX є ретельна підготовка фахівця.

Незважаючи на те, що оцінка симптомів у CAPS – DX заснована на суб'єктивному звіті пацієнта, підсумкова оцінка виставляється з урахуванням особливостей поведінки пацієнта у ході інтерв'ю, а також ступеня впевненості інтерв'юера в його щирості.

CAPS – DX дозволяє оцінити:

- кожен симптом за частотою та інтенсивністю прояву;
- розбіжності у тривалості перебігу розладів (гостре, хронічне, відстрочене);
- вплив симптомів на професійну і соціальну діяльність пацієнтів;
- рівень загальної тяжкості (виразності) симптомокомплексу;
- ступінь погіршення стану пацієнта порівняно зі станом до травми;
- валідність отриманих оцінок.

Шкала CAPS – DX містить наступні компоненти діагностики ПТСР по DSM-IV:

Критерій А – наявність травматичної події в житті пацієнта.

Симптоми ПТСР. Критерій В – № № питань: 1-5. Критерій С – № № питань: 6-12. Критерій D – № № питань: 13-17. Критерій Е – № № питань: 18-19. Критерій F – № № питань: 20-22. Загальні оцінки за шкалою CAPS – DX – № № 23-25.

2. Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події, ШОВТС (Impact of event scale – revised, IOES–R) широко застосовується в дослідженнях посттравматичних стресових станів і спрямована на вимірювання трьох основних сфер реагування на травматичний стрес: феномена нав'язливих переживань психотравмуючої ситуації



(вторгнення), феномена уникнення будь-яких нагадувань про травму і феномена фізіологічної збудливості, який не спостерігався до психотравмуючої події.

Перший варіант ШОВТС був опублікований в 1979 р. Горовіцем у співавторстві (Hogowitz, Wilner, Alvarez, 1979). Першою ланкою вимірювань ШОВТС були реакції, які входять у дві найбільш загальноприйняті категорії переживань, що виникають у відповідь на травматичну подію, – вторгнення і уникнення. Шкала набула широкого поширення, і в численних працях було продемонстровано перевагу цього інструменту. Були отримані переконливі висновки про придатність методики для визначення реакції на травмуючі життєві події, для часткового передбачення того, хто буде переживати дистрес через певний час, і визначення динаміки реакцій на травматичні події після певного часу.

Згодом оригінальна шкала була переглянута Д. Вейсом у співавторстві (Weiss et al., 1995) з метою її доповнення – додавання субшкали, що вимірює симптоми гіперзбудження, які входять до діагностичних критеріїв DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. У нашій країні ШОВТС набула поширення на початку 1990-х років у ряді досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених на контингенті ветеранів війни в Афганістані. Було показано, що російськомовна версія ШОВТС має достатньо ефективні психометричні показники (Тарабріна Н. В. та ін., 2001).

ШОВТС дозволяє з'ясувати ступінь прояву симптомів упродовж останніх 7 днів. Кожне з 22 тверджень оцінюється за 4-бальною шкалою. Відповіді ранжуються за ступенем від «ніколи» до «часто». Можна говорити про високий ступінь прояву симптомів при сумарному балі, рівному 30-35.

3. Міссісіпська Шкала для оцінки посттравматичної реакції.

Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane et al., 1987, 1988). На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для оцінки вираженості ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів проводиться шляхом підсумовування балів, підсумковий показник дозволяє виявити

ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Вміщені в опитувальнику пункти входять в 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникнення і 8 питань стосуються критерію фізіологічної збудливості. П'ять питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальних тенденцій. Як показали дослідження, МШ володіє необхідними психометричними властивостями, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», що спонукало дослідників до розробки «громадського» варіанту МШ, яка складалася з 39 питань.

Методики, спрямовані на вивчення психопатологічних характеристик

1. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List – 90 – Revised, SCL – 90 – R). Шкала SCL містить 90 пунктів. Її призначення полягає в тому, щоб оцінювати патерни психопатологічних ознак у психіатричних пацієнтів та здорових осіб. Первісна версія шкали, запропонована Л. Дерогатісом і його колегами (Derogatis, Lipman, Covi, 1973) на підставі клінічної практики і психометричного аналізу, потім була модифікована і валідизована (Derogatis, Rickels, Rock, 1976). Кожне з 90 питань шкали оцінюється за 5-бальною системою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім ні», а 4 – «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються і інтерпретуються по 9 основних шкалах симптоматичних розладів: соматизації (somatization – SOM), obsesивно-компульсивного (obsessive – compulsive – O – C), міжособистісної сензитивності (interpersonal sensitivity – INT), депресії (depression – DEP), тривожності (anxiety – ANX), ворожості (hostility – HOS), фобічної тривожності (phobic anxiety – PHOB), паранояльних тенденцій (paranoid ideation – PAR), психотизму – (psychoticism – PSY) і по трьох узагальнених шкалах другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс готівкового симптоматичного дистресу (PSDI), загальна кількість позитивних відповідей (PST). Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус пацієнта.

2. Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory, BDI) призначений для оцінки наявності депресивних симптомів і дозволяє виміряти їх рівень в обстежуваного на поточний період. Ця методика показала свою діагностичну значущість при роботі з особами,

які брали участь у бойових діях і пережили травматичний стрес. Опитувальник був заснований на клінічних спостереженнях і описах симптомів, які часто зустрічаються у депресивних психіатричних пацієнтів на відміну від недепресивних.

Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких представляє окремий тип психопатологічної симптоматики: 1) печаль; 2) песимізм; 3) відчуття неспіху; 4) незадоволеність собою; 5) почуття провини; 6) відчуття покарання; 7) самозаперечення; 8) самозвинувачення; 9) наявність суїцидальних думок; 10) плаксивість; 11) дратівливість; 12) почуття соціальної відчуженості; 13) нерішучість; 14) дисморфобія; 15) труднощі в роботі; 16) безсоння; 17) стомлюваність; 18) втрата апетиту; 19) втрата ваги; 20) заклопотаність станом здоров'я; 21) втрата сексуального потягу. Перші 13 пунктів опитувальника складають когнітивно-афективну шкалу, яка призначена для оцінки прояву депресії у тих пацієнтів, вегетативні і соматичні симптоми яких можуть послужити причиною для завищеної оцінки депресії. Останні 8 пунктів складають субшкалам, що служать для оцінки соматичних проявів депресії.

Методики для вивчення особистісних і когнітивних параметрів.

1. Опитувальник травматичних ситуацій (Life Experience Questionnaire – LEQ) призначений для оцінки впливу психічних травм, що передують актуальній травмі. Опитувальник заснований на самозвіті і складається з 38 пунктів, в яких перераховані різні потенційно психотравмуючі ситуації. Розділи опитувальника описують:

- кримінальні події;
- природні катастрофи і загальні травми (аварії, нещасні випадки та ін.);
- ситуації фізичного і сексуального насильства;
- інші події.

Випробуваному пропонується пригадати, чи відбувалися з ним перераховані ситуації, і якщо так, то пригадати вік і дату, коли та чи інша подія/ситуація мали місце, і позначити, користуючись 5-бальною шкалою Ликерта, якою мірою ця подія чи ситуація вплинули на життя випробуваного за останній рік. Також пропонується відзначити характер взаємин з людьми, які брали участь у

цих ситуаціях, і специфічний характер подій.

Були виділені наступні показники для аналізу:

- загальна кількість пережитих травматичних подій;
- сумарний показник впливу пережитих протягом життя травматичних подій;

• «індекс травматичності» – усереднений показник впливу на індивіда психічної травми (визначається діленням сумарного показника впливу травматичних подій на кількість пережитих травм). Цей показник розглядається як певний індекс травмогенності, що відображає уразливість людини до стресогенного впливу травмуючих життєвих подій, інтенсивність переживання травматичних подій, які відбулися.

Аналіз проводився також і по кожному пункту опитувальника, який відображає наявність в життєвій історії випробовуваних певних травматичних подій, для визначення переважачих подій у групі в цілому.

2. Шкали ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна – особистісні опитувальники, що вимірюють рівень актуальної і особистісної тривожності. Згідно з концепцією Ч. Спілбергера, потрібно розрізнити тривогу як стан і тривожність як властивість особистості. Шкали складаються з двох частин по 20 завдань у кожній. Кожне висловлювання, включене в опитувальник, оцінюється респондентами за 4-бальною шкалою. Опитувальники широко поширені у прикладних дослідженнях, особливо в галузі клінічної психодіагностики, зокрема, в дослідженнях ПТСР, і високо оцінюються за компактність і достовірні діагностичні дані. Російськомовний варіант шкал, адаптований, модифікований і стандартизований Ю. Л. Ханіним, також отримав широке розповсюдження.

3. Шкала базових переконань (World Assumption Scale – WAS) призначена для оцінки базових установок особистості, що стосується образу Я і навколишнього світу, які насамперед піддаються впливу психічної травми. За варіантом методики М.А. Падун (2003) вона містить наступні субшкали:

- 1) доброзичливість навколишнього світу – переконання особистості в тому, що світ в цілому – гарне місце для життя;

2) справедливість – переконання індивіда в тому, що хороші і погані події розподіляються між людьми за принципом справедливості: кожна людина отримує те, що заслуговує;

3) контрольованість – переконання в тому, що люди певним чином можуть контролювати, які події відбуваються з ними;

4) закономірність – переконання особистості про мінімальну роль випадку в житті людини;

5) самоцінність – переконання індивіда в тому, що він хороший і гідний чоловік;

6) здатність контролювати ситуацію – переконання індивіда в тому, що він може контролювати події, які відбуваються з ним;

7) успіх – переконання людини в тому, що в цілому вона успішна людина.

### 7.3. Психотерапія посттравматичних стресових розладів

Психотерапія ПТСР (посттравматичного стресового розладу) спрямована насамперед на реінтеграцію порушеної внаслідок травми психічної діяльності. Завданням психотерапії є: створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективна переоцінка травматичного досвіду, відновлення почуття цінності власної особистості і здатності подальшого існування у світі<sup>93</sup>.

---

<sup>93</sup> Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.; Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога); Тарабрина Н. В., Азарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макаrchук А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчан З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина А. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с. (Психологический инструментарий); Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.; Блінов О. А. Психотерапія посттравматических стрессовых расстройств // Проблемы современной науки: сборник научных трудов: выпуск 13. – Ставрополь: Логос, 2014. – С. 20–27.; Линде Н. Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия: чувство–образ–анализ–действие. – М. : Генезис, 2015. – 384 с.

У цілому, психотерапія працює на підкріплення захисних факторів, оскільки вона призводить саме до переосмислення подій, що відбулися і посиленню механізмів адаптації. Метою психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є допомога у звільненні від спогадів про минуле, які переслідують, і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також у тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти травматичним подіям належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистій історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе (образ Я) (Van der Kolk, Ducey, 1993).

У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети (С. М. Еніколопов, 1996):

- підтримка адаптивних навичок «Я» (одним із найбільш важливих аспектів є створення позитивного ставлення до терапії);
- формування позитивного ставлення до симптомів (сенс цієї стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для цієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів);
- зниження уникнення (бо прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переосмислити цей досвід);
- зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити зміст перенесеної психічної травми, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою»).

Психотерапія повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу: зниження тривоги і відновлення почуття особистісної цілісності та контролю над подіями. При цьому необхідно пам'ятати, що терапевтичні відносини з клієнтами, які страждають ПТСР, надзвичайно складні, оскільки міжособистісні компоненти травматичного досвіду (недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть) виявляються у процесі побудови взаємодії з психотерапевтом. Робота з травмами породжує інтенсивні емоційні реакції і у психотерапевта, що передбачає високі вимоги до його професіоналізму.

Терапевтична робота з людьми, які страждають ПТСР, включає три стадії. Ключовим завданням, що стоїть перед терапевтом на першій стадії, є встановлення безпечної атмосфери. Основне завдання другої стадії – це робота зі спогадами і переживаннями. Провідне завдання третьої стадії – включення в повсякденне життя. У процесі успішного відновлення можна розпізнати поступовий перехід від настороженості до відчуття безпеки, від дисоційованості до інтеграції травматичних спогадів, від вираженої ізоляції до вибудовування соціальних контактів.

Терапевтичні відносини з клієнтом, який страждає на ПТСР, володіють характерними особливостями, які можна сформулювати наступним чином:

1. Поступове завоювання довіри клієнта з урахуванням того, що у нього спостерігається виражена втрата довіри до світу.

2. Підвищена чутливість щодо «формальностей» проведення терапії (відмова від стандартних діагностичних процедур перед розмовою про травматичні події).

3. Створення надійного оточення для клієнта під час проведення терапії.

4. Адекватне виконання ритуалів, які сприяють задоволенню потреби в безпеці клієнта.

5. До початку терапії зменшення дози медикаментозного лікування або його скасування для прояву успіху психотерапевтичного впливу.

6. Обговорення можливих джерел небезпеки в реальному житті клієнта і їх нейтралізація.

Фундаментальне правило терапії ПТСР – приймати той темп роботи і саморозкриття клієнта, який він сам пропонує. Іноді потрібно інформувати членів його сім'ї про те, чому необхідна робота щодо спогадів і відтворення травматичного досвіду, оскільки домашні підтримують у клієнта унікаючої стратегії поведінки.

Ще один аспект терапевтичної роботи з клієнтами, які страждають на ПТСР, – це психологічні труднощі, які відчуває сам психотерапевт у процесі своєї роботи. Насамперед він повинен бути інтелектуально і емоційно готовим до зіткнення зі злом і трагічністю світу. Можна виділити дві основні стратегії поведінки психотерапевтів – уникнення (знецінення) і надідентифікація.

Пропонуються різноманітні психотерапевтичні методи при роботі з ПТСР, а саме:

1. *Раціональна психотерапія* – коли клієнту пояснюють причини і механізми ПТСР.

2. *Методи психічної саморегуляції* для зняття симптомів напруги і тривоги – прогресивна м'язова релаксація, аутотренінг, активна візуалізація позитивних образів.

3. *Особистісно-орієнтована терапія* – дозволяє змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації і набути відповідальності або за неї, або за своє ставлення до неї.

4. *Позитивна терапія* ґрунтується на уявленні, що існують не тільки проблеми і хвороби, а й способи і можливості їх подолання, які властиві кожній людині.

5. *Логотерапія (Frankl, 1959)* – полягає в тому, щоб знайти сенс у тому, що трапилось. Виявляється, що як тільки знайдений сенс, більшість клієнтів швидко одужує.

6. *Групова терапія* – найбільш часто вживаний формат терапії для клієнтів, які пережили травматичний досвід. Вона нерідко використовується в поєднанні з різними видами індивідуальної терапії.

Принципи та методи групової терапії описані в багатьох працях (Рудестам (1998), Ялом (2000)). Характерними правилами, які універсальні як для груп психотерапії, так і для тренінгових груп є такі: довірливий стиль спілкування, спілкування за принципом «тут і зараз», персоніфікація висловлювань, щирість у спілкуванні, конфіденційність всього, що відбувається у групі, визначення сильних сторін особистості, неприпустимість безпосередніх оцінок людини, якомога більше контактів і спілкування з різними людьми, активна участь у цих заходах, повага до мовця.

7. *Дебрифінг стресу*. Однією з найефективніших технік психологічної корекції у військовослужбовців став дебрифінг стресу критичних інцидентів (психологічний дебрифінг). Він представляє собою організоване обговорення стресу, пережитого військовослужбовцями спільно при вирішенні загального бойового завдання.

Метою дебрифінгу є – знизити тяжкість психологічних наслідків після пережитого стресу. Досягається це шляхом



неухильного вирішення завдань: опрацювання вражень, реакцій і почуттів військовослужбовців; формування у поранених розуміння сутності подій, що відбулися, і психотравматичного досвіду; зменшення відчуття унікальності і патологічності власних реакцій шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями; мобілізація внутрішніх ресурсів, групової підтримки, солідарності та розуміння; зниження індивідуальної і групової напруги; підготовка до переживання тих симптомів і реакцій, які можуть виникнути в подальшому.

Основним психотерапевтичним механізмом дебрифінгу є техніка «Закриття минулого», яка дозволила вирішити такі завдання: 1) з'ясування за допомогою групи своїх міжособистісних відносин і поведінки, можливість оцінки в різних ситуаціях, коректування самооцінки на основі зворотного зв'язку в атмосфері емоційної відкритості та довіри; 2) зняття ореола винятковості особистих психологічних проблем; 3) отримання емоційної підтримки від інших учасників групи, що мають спільні проблеми та цілі; 4) апробація та освоєння нових умінь поведінки щодо різних стилів міжособистісних відносин; 5) вирішення наявних міжособистісних конфліктів.

8. *Психотерапія емоційних травм за допомогою руху очей (ДПДГ)*. Техніка десенсибілізації і переробки травмуючих переживань за допомогою руху очей (ДПДГ) – це метод, запропонований Ф. Шапіро в 1987 р.

ДПДГ з успіхом застосовується для лікування посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, жертв насильства, катастроф і стихійних лих, а також при фобіях, панічних і дисоціативних розладах. З перших років свого використання ДПДГ продемонструвала високу ефективність у ветеранів військових конфліктів, які в ході терапії змогли звільнитися від обтяжливих нав'язливих думок і спогадів, кошмарних сновидінь та інших проявів ПТСР (В. Г. Ромек та ін., 2004).

В основі методу – уявлення про існування у всіх людей особливого психофізіологічного механізму – адаптивної інформаційно-переробної системи. При її активізації відбувається спонтанна переробка і нейтралізація травмуючої інформації, причому його супроводжують позитивні зміни у когнітивній сфері, емоціях і поведінці.

Стандартна процедура ДПДГ включає вісім стадій: оцінка факторів безпеки клієнта, вивчення його історії хвороби і планування психотерапії; підготовка; визначення предмета впливу; десенсибілізація; інсталяція; сканування тіла; завершення; переоцінка.

9. *Гештальт-терапія* (нім. Gestalt – форма, образ, структура) традиційно розглядається як один з ефективних методів терапії тривожних, фобічних і депресивних розладів. Вона також з успіхом застосовується при терапії багатьох психосоматичних розладів і в роботі з широким спектром інтрапсихічних і міжособистісних конфліктів. Це дає можливість використовувати гештальт-терапію щодо учасників військових дій та осіб з ПТСР, що перебували в екстремальних ситуаціях.

Метою терапевтичної роботи є зняття блокування і стимулювання процесу розвитку, реалізація можливостей і прагнень особистості на основі створення внутрішнього джерела опори і оптимізації процесів саморегуляції. Основним теоретичним принципом гештальт-терапії є переконання, що здатність до саморегуляції нічим неможливо замінити. Тому особлива увага приділяється готовності приймати рішення і робити вибір. Ключовим аспектом терапевтичного процесу є усвідомлення контакту з самим собою і оточенням. Багато уваги приділяється усвідомленню різних установок та способів поведінки і мислення, які закріпилися в минулому, а також розкриттю їх значення та функції в даний час.

Визначають п'ять основних механізмів порушення контакту, при яких енергія, необхідна для задоволення потреб і для розвитку, розсіяна або спрямована не туди, куди потрібно. Це проекція, конфлюенція, ретрофлексія, дефлексія й інтроєкція. Метою терапії є відновлення природного перебігу контакту і, отже, робота з механізмами його переривання.

10. *Когнітивно-поведінкова психотерапія*. Традиційно вважається, що поведінкова психотерапія найбільш ефективна при корекції ПТСР. Згідно з принципом, на якому ґрунтується цей вид терапії, для зміни поведінки необхідно розуміти психологічні причини, які її визначають. Її мета – формувати і зміцнювати здатність до адекватних дій, до набуття навичок, що дозволяють поліпшити самоконтроль.

Методи поведінкової психотерапії включають позитивне і негативне підкріплення, покарання, систематичну десенсибілізацію, градуйовані уявлення і самоконтроль.

Поведінкова психотерапія прагне замінити неприйнятні дії прийнятними і використовує деякі методи, які призводять до зменшення або припинення небажаної поведінки. Наприклад, за допомогою однієї з технік клієнта навчають діафрагмальному диханню для зняття занепокоєння. Терапія може проводитися з використанням систематичної десенсибілізації (поступового, поетапного звикання до лякаючої ситуації) або методу нагнітання викликаючих тривогу факторів, або «наведення» (для клієнта моделюють лякаючу ситуацію і допомагають з нею впоратися). Метод нагнітання вважається більш дієвим.

*11. Символ-драма* (метод кататимного переживання образів). Основу методу складає вільне фантазування у формі образів – «картин» на задану психотерапевтом тему. Психотерапевт при цьому контролює, супроводжує, спрямовує клієнта. Перевагою даної системи є її ґрунтовна теоретична основа і детальна розробка всього комплексу психотерапевтичних дій.

З технічної точки зору метод заснований на тому, що клієнт, який лежить в розслабленому стані на кушетці або зручно сидить у кріслі, викликає у себе за допомогою психотерапевта схожі на сновидіння наяву образи – імагінації. Якщо попередньо задати якийсь мотив для уяви, це виходить значно легше. Клієнта просять відразу ж говорити психотерапевту, який сидить поруч, про зміст образів. Психотерапевт може здійснити на них вплив і структурувати сновидіння наяву відповідно до спеціально розроблених правил. Вся система розділена на три ступеня: основний, середній і вищий.

*12. Сімейна психотерапія.* Сімейна психотерапія (СП) – модифікація відносин у системі сім'ї за допомогою психотерапевтичних та психокорекційних методів з метою усунення негативної психологічної симптоматики та підвищення функціональності сімейної системи.

Метою психотерапії є гармонізація сімейних стосунків, поліпшення взаєморозуміння у сім'ї, нівелювання у подружжя негативних емоційних установок один до одного.

Терапія сім'ї включає етап оцінки і чотири етапи корекції.

*Етап оцінки.* Критерії, що відрізняють функціональні сім'ї від дисфункціональних: 1) травма в сім'ї не заперечується, а приймається; 2) проблема розподіляється на всю сім'ю, а не лежить виключно на

«жертві»; 3) сім'я орієнтована на вирішення проблеми, а не на звинувачення; 4) сім'я характеризується високою толерантністю (терпимістю); 5) серед членів сім'ї існує висока прихильність; 6) у родині відкрита комунікація; 7) сім'я відрізняється високою згуртованістю; 8) володіє гнучким розподілом сімейних ролей; 9) для вирішення проблем сім'я залучає не тільки внутрішні ресурси, а й позасімейні; 10) у сім'ї відсутнє насильство; 11) не прийнято використання наркотичних засобів.

*Етапи корекції.* Етап 1. Побудова терапевтичного альянсу. Етап 2. Відтворення проблеми. Етап 3. Переструктурування проблеми. Етап 4. Розвиток «теорії загоєння».

*13. Нейролінгвістичне програмування.* Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – психотерапевтична концепція, згідно з якою за рахунок зміни у свідомості психічного образу життєвої ситуації змінюється психічний стан людини, що сприяє ефективній реалізації себе в житті і задоволенню актуальних потреб.

Одним із базових положень НЛП є твердження, що кожна людина має в собі приховані, невикористані психічні ресурси. Головними завданнями НЛП-терапевта є забезпечення доступу клієнта до цих прихованих ресурсів, вилучення їх з підсвідомості, доведення до рівня усвідомленості, а потім навчання клієнта тому, як ними користуватися. Виконання цих завдань досягається використанням різних технік, таких як: «інтеграція якорів», «візуально-кінестетична дисоціація», «шестикроковий рефреймінг», «помах».

*14. Техніка розкриваючих інтервенцій (ЕВІ).* Заснована на положенні, що при ПТСР діє страх не тільки релевантних травм і стимулів, а й спогадів про травму. З цього випливає, що звернення пацієнта до спогадів, які викликають страх (в уяві або безпосередньо) має приносити терапевтичний ефект. Таким чином, метод полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові пережити заново травматичні спогади та їх інтегрувати. ЕВІ знижують рівень дистресу і фізіологічної реактивності, нав'язливі спогади.

Дослідники А. Аллен, Б. Літц, Р. Пітмен, С. Соломон (Allen A., 1994; Litz B. et al., 1990; Pitman P. et al., 1991; Solomon S. et al., 1992) відзначають, що ця терапія протипоказана клієнтам з такими особливостями: відсутність флешбеків; зловживання наркотичними препаратами та алкоголем; кризові стани (наприклад, при ризику

суїциду); наявний неефективний досвід проходження даної терапії; користь від захворювання; невміння «включати» свою увагу; відсутність повторюваних симптомів; нездатність витримувати реакцію сильного збудження; психотичні розлади.

При проведенні цієї терапії підкреслюється важливість мотивації для лікування. Пацієнту потрібно надавати інтенсивне сприяння психотерапевта, а терапевт повинен бути впевнений у тому, що лікування безпечно для пацієнта і він має достатній ресурс для успішного «занурення» в терапевтичну роботу.

15. *Тренінг подолання тривоги (АМТ)*. Включає безліч різноманітних процедур, зокрема техніку «біологічного зворотного зв'язку» (biofeedback), релаксаційні методи, когнітивне переструктурування та ін. Останнє слугує, крім іншого, для розпізнавання та корекції спотворених сприйнять і переконань. До таких методів належать: 1) тренування призупинення думок у разі спогадів, які наполегливо виникають; 2) впізнання ірраціональних думок; 3) заучування адекватної моделі поведінки; 4) когнітивне переструктурування за допомогою «сократівського» методу формулювання.

16. *Психодрама* – метод психотерапії та психологічного консультування, що був створений австро-американським психологом Якобом Морено.

Психодрама сама по собі є рольовою грою, але з імпровізованим сюжетом. Мета психодрами – допомогти людині вирішити актуальні для неї проблеми. Ролі можуть бути різні: люди і тварини, абстрактні поняття та почуття. Та ці ролі є важливими для людини в реальному житті. Психодрама подібна до аматорського театру, «акторам» психодрами необов'язково мати акторський талант. Грати ролі може будь-хто без винятку.

Психологічне підґрунтя психодрами – це внутрішні переживання, що є у всіх людей. Нерідко ми навіть ведемо внутрішні діалоги і монологи, у нашій уяві розігруються сцени з минулого і ймовірні події, що могли трапитись або можуть трапитись у майбутньому. Психодрама ж має вивести ці внутрішні хвилювання назовні.

Через сценічне розігрування епізодів із власного життя (минулого, теперішнього, майбутнього) людина отримує можливість,

використовуючи свою спонтанність і креативність, увійти в контакт із власним минулим і отримати навички, які стануть необхідними їй в майбутньому.

*17. Емоційно-образна терапія (ЕОТ).* Це метод психотерапії, який належить до психодинамічного напрямку. Мішенню цього методу є хронічні негативні емоційні стани, а засобом їх корекції – образи цих станів, які уявляються клієнтом.

Специфічною відмінністю ЕОТ є збалансоване поєднання аналітичного дослідження і корекційних впливів в єдиному процесі роботи з образами емоційних станів. Також характерною ознакою ЕОП є те, що результат здебільшого позначається прямо тут і тепер, інколи в ту ж секунду, коли застосований адекватний прийом, який зцілює внутрішній емоційний конфлікт. Це визначається тим, що ЕОТ є каузальною психотерапією, тобто спрямованою на пошук першопричини проблеми особистості та її корекцію за допомогою точкового, екологічно чистого і гуманного впливу. Вплив здійснюється самим клієнтом, і хоча спрямований на роботу з образом (або образами), але, по суті, є самовпливом на власні емоції або окремі аспекти особистості клієнта.

Особливістю ЕОТ є також те, що всі проблеми без винятку розглядаються через їхній психосоматичний вираз.

*18. Метафоричні асоціативні карти (МАК).* Призначені для роботи з несприятливими емоційними станами людини. Це універсальний психологічний інструмент, який базується на метафорі, апелює до підсвідомості людини і використовується для діагностики, психокорекції, розвитку, розкриття творчих здібностей людини.

Проективні карти – новаторський і надзвичайно ефективний інструмент практичної психології та психотерапії. Вони належать до засобів арт-терапії і дозволяють значно інтенсифікувати процес психокорекції та отримання результатів. Вони консолідують роботу обох півкуль головного мозку, що призводить до виявлення нових способів мислення, набуття свіжого погляду на проблему, виникнення інсайтів.

Для здійснення психокорекції, психологічної психотерапії та оновлення програми професійного та особистісного життя у психологічній реабілітації цивільних осіб і військовослужбовців використовуються колоди: «108: пространство бесконечных

вариантов», «Страх как ресурс», «Дерево как образ человека», «О природе и погоде. Метафора эмоциональной сферы», «Соре», «Стресс-стоп!» (О. А. Блінов, 2015), «Компас выбора профессии» (О. А. Блінов, 2016) та інші колоди карт<sup>94</sup>.

Таким чином, психологічні наслідки участі в бойових діях мають різноманітні прояви за змістом, формою і динамікою. Закріплюючись в особистісних структурах і поведінці військовослужбовців, вони визначають їх поведінку через багато років після участі у військових подіях. Негативні наслідки психотравми, інтегруючись в цілісний симптом, утворюють клінічну картину посттравматичного стресового розладу.

Крім того, ПТСР – не стільки клінічне, скільки соціально орієнтоване поняття. Не випадково ця проблема виникла після локальних і «неприйнятих» суспільством воєн (В'єтнам, Афганістан), коли з'явилася можливість виділяти, вивчати і реалізовувати мінімальну соціально-державну підтримку відносно невеликому числу ветеранів.

Важливим є те, що ПТСР значно частіше страждають військові армії, що «програли» війну, хоча «особиста поразка» (моральна) може стосуватися військовослужбовців сторони, «що перемогла». Ключовий сам факт «поразки» (катастрофа своїх ідеалів, зміна понять «добро» і «справедливість»), що створює для її учасників принципово іншу соціально-психологічну ситуацію, негативна проєкція якої може відбитися як на їхньому житті, так і на житті їх близьких.

Профілактика і реабілітація осіб, що піддалися стресу, повинна проводитися задовго до початку хворобливого процесу. Причому успішність її значною мірою буде визначатися зміною ставлення суспільства (засобів масової інформації, державних інститутів) до військових, а також якістю їхнього професійного добору і підготовки, обмеженням строку перебування в екстремальних умовах і своєчасним виявленням осіб зі схильністю до розвитку психічних розладів.

---

<sup>94</sup> Блінов О. А. Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії / О. А. Блінов // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. Київського Національного університету ім. Тараса Шевченка. – Київ. – 2016. – Вип. 4 (29). – С. 6–11.; Блінов О. А. Колода метафоричних асоціативних карт «Стресс-стоп!». – К. : НАУ. – 2015.; Блінов О. А. Колода метафоричних асоціативних карт «Компас выбора профессии». – К. : НАУ. – 2016.

## ВИСНОВКИ

---

Обстановка сучасного бою характеризується високою психічною напруженістю і безперервністю дії значною кількістю психотравмуючих факторів. Вони пред'являють високи вимоги до стійкості і спрямованості психологічних і морально-психологічних якостей воїнів, їх спроможності виконувати завдання в умовах значних бойових стресових навантажень.

Визначають дві основні групи стрес-факторів, що створюють труднощі для діяльності військових фахівців: *група «Х»* – фактори, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця; *група «У»* – фактори, що опосередковано, емоційно впливають на особистість військовослужбовця залежно від його професійних можливостей.

До групи «Х» належить наступні основні фактори: небезпека (загроза), зненацькість (несподіванка), новизна (нестандартність) обстановки, невизначеність, відповідальність, негативні емоційні реакції, монотонія від надлишку часу, групова ізоляція, клаустрофобія, втомленість, дискомфорт.

До групи «У» належить: дефіцит часу, підвищення темпу дій, крайня інтелектуальна складність рішень, надлишок інформації, поєднання декількох видів діяльності одночасно, ступінь злагодженості дій фахівців.

Характерними особливостями бойової обстановки в сучасній війні є:

- надмірні перевантаження нервової системи військовослужбовців, що призводить до бойових стресових розладів і значної кількості психогенних втрат;

- виразна етапність у розвитку психогенних розладів, від реакцій страху і тривоги до депресивних, астеничних та інших невротичних порушень, що трансформуються в подальшому в стійкі стресові розлади;

- необхідність збереження боєздатності у військових зі стресовими розладами для подальшої участі у виконанні поставлених завдань.

Несприятлива дія на організм людини умов бойової обстановки підвищує чутливість до психотравмуючих факторів. Порушення у роботі захисних механізмів призводить до зривів адаптації до



зовнішніх умов, здатності долати труднощі, до більш швидкого виникнення невротичних станів.

*Бойовою психічною травмою є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки.*

Це переживання значної сили, яке викликане короточасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, яка може призвести до розладів психіки різного ступеня складності. Це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

За складністю можна класифікувати такі рівні бойових психічних травм:

– легкого ступеня (I ст.) – виявляються у надмірній дратівливості, замкненості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності (короточасні психологічні реакції);

– середнього ступеня (II ст.) – характеризуються легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, страхом;

– важкого ступеня (III ст.) – характеризуються порушеннями слуху, зору, координації рухів і психомоторними розладами від безглузких вчинків до розвитку ступору.

Розрахунки показують, що ті або інші прояви психічної дезадаптації (бойової психічної патології) у формі гострих психологічних стресових реакцій виявляються вже упродовж перших діб бою не менше, ніж у 5–7% військовослужбовців, причому приблизно у 80% з них вони будуть швидкоплинними (хвилини – десятки хвилин) і змінюються при зміні бойової обстановки. На етапи медичної евакуації ці особи, як правило, не потраплять. У 20% потерпілих (контингент уражених з БПТ) тривалість розладів перевищить 1–2 год., і вони можуть поступити в медичний пункт полку (бригади), окрему медичну роту (ОМЕДР) бригади або окремий медичний батальйон. З них 65%, що короточасно втратили боєздатність (КВБ), упродовж доби повернуться до бою, 7–10% залишаться в ОМЕДР (МПП), 25–28% будуть направлені на наступний етап медичної евакуації. Останні три групи уражених

становлять санітарні втрати психіатричного профілю (психогенні втрати).

У загальній структурі санітарних втрат розлади психіатричного профілю можуть становити 10–14 %, або 0,3–0,5 % від чисельності особового складу, що брав участь в активних бойових діях. При цьому більшість складають особи з короткочасними і незначними проявами порушень, тобто з психологічними стресовими і короткочасними невротичними реакціями.

Разом з тим при неможливості медичного сортування з участю психіатра в ОМЕДР не менше 50 % осіб з ПСР будуть евакуйовані на наступний етап медичної евакуації, що може призвести у них до фіксації хворобливої симптоматики і погіршення прогнозу повернення до строю. У зв'язку із цим питома вага санітарних втрат психіатричного профілю в загальній структурі санітарних втрат може зрости до 24 % і досягти 1 % від чисельності особового складу військ, що беруть участь в бойових діях.

Повноцінне медичне сортування, виконання заходів медико-психологічної і психіатричної допомоги в ОМЕДР сприятиме поверненню в частину 65 % всіх військовослужбовців з БПТ. З етапів реабілітації повернуться до строю до 30 % осіб з невротичними реакціями і приблизно 6 % з гострими афектно-шоковими реакціями.

За тривалістю психогенні розлади у військових поділяються: до 1 доби – «короткочасно вибулих із строю», більш 1 доби – «санітарні втрати».

У розрахунку тривалості надання психологічної допомоги військовослужбовцям з бойовими стресовими розладами потрібно дотримуватися таких часових норм: психологом бригади (батальйону) разом із медичними працівниками ОМЕДР (взвод), БМП – до 5 діб; психологом з'єднання разом з медичними працівниками ОМЕДБ – до 10 діб; фахівцями госпітальної ланки – понад 10 діб.

Система надання психологічної допомоги в бойовій обстановці організується в три ешелона.

Психологічна реабілітація військовослужбовців спрямована на відновлення психічних функцій та їх особистісного статусу з використанням психокорекції та психотерапії, відновлення гармонійної роботи психологічних механізмів саморегуляції,

зміцнення адаптивних можливостей, цінностних орієнтацій та поведінки, які знову дозволять йому успішно вирішувати завдання професійної діяльності.

Під психологічною реабілітацією поранених та інвалідів доцільно розуміти діяльність, здійснювану суб'єктами психологічної роботи, спрямовану на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно функціонувати в мирному соціумі. Це комплекс організаційних та психологічних заходів, які спрямовані на повернення свідомості людини до звичайного для неї образу життя та праці.

Враховуючи негативні наслідки бойових стресових розладів і необхідність підтримки боєздатності підрозділів, командири в ході організації і здійснення морально-психологічного забезпечення діяльності військ зобов'язані передбачати комплекс заходів щодо психологічної реабілітації військовослужбовців.

На підставі вищевикладеного вважаємо:

*По-перше*, психологічна допомога військовослужбовцям дозволяє відчутно впливати на структуру втрат особового складу підрозділів і підтримку їхньої боєздатності.

*По-друге*, зусилля щодо відновлення психічного здоров'я військових повинні бути зосереджені на всіх етапах надання психологічної допомоги.

*По-третьє*, одним з дієвих важелів впливу на несприятливі психічні стани військовослужбовців є заздалегідь оволодіння ними навичками самопомоги і взаємодопомоги. Прикладом для підлеглих в оволодіння навичками психічної саморегуляції і використанні на їх практиці повинні бути командири.

*По-четверте*, високі фізичні навантаження та різноманіття психологічних переживань у бойовій обстановці вимагають здійснення заходів з профілактики бойових психічних травм.

*По-п'яте*, організація трьохшелонної системи надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які отримали бойову психічну травму, допоможе зменшити кількість психогенних розладів у військовослужбовців всіх категорій та забезпечить повернення до строю 80-90 % військових упродовж 2-3 діб.

ДОДАТКИ

Додаток 1  
Таблиця 23

**Орієнтовний розрахунок психогенних втрат  
військовослужбовців у ході наступальної операції  
(дані у % від загальної кількості особового складу)**

| № з/п | Тип психогенного розладу   | При підготовці до бойових дій | При веденні бойових дій | У напрямі головного удару ворога |
|-------|--|-------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 1     | Тимчасові фізіологічні реакції, переважання емоційної напруги зі зберіганням критичної оцінки того, що відбувається  | 0,01-0,1                      | 0,01-10                 | 0,01-12                          |
| 2     | Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, які мають прояв в зниженні критичної оцінки того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності | 0,01-0,1                      | 5                       | 8                                |
| 3     | Психогенні невротичні стани зі значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності                               | 0,01-0,1                      | 2-3                     | 3-5                              |
| 4     | Реактивні психози:<br>- гострі психози, які супроводжуються руховим збудженням або гальмуванням;   | 0,01 – 0,1                    | 0,5 – 1                 | 1 – 1,5                          |
|       | - затягнуті психози:<br>депресивні, істеричні тощо   | 0,01 – 0,1                    | 0,5 - 1                 | До 1                             |
| Разом |  | 0,01 – 0,1                    | 0,01 - 20               | 0,01 – 27,5                      |

**Примітка:**

– 97-98 % військовослужбовців при 1, 2, 3-му типах психогенних розладів після отримання психологічної й медичної допомоги повернуться до виконання службових обов'язків;

– 2-3 % військовослужбовців 4-го типу психогенних розладів чекатимуть кваліфікованої й спеціалізованої медичної допомоги.

Таблиця 24

**Прогнозування психогенних втрат військовослужбовців у ході наступальної операції за групами нервово-психічної стійкості**

| № з/п | Види виникаючих розладів   | 1-2 група НПУ  | 3 група НПУ      | 4 група НПУ      |
|-------|--|----------------|------------------|------------------|
| 1     | Тимчасові фізіологічні реакції, переважання емоційної напруги зі зберіганням критичної оцінки того, що відбувається  | 25%            | 5-10%            | до 5%            |
| 2     | Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, які мають прояв в зниженні критичної оцінки того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності | до 5%          | до 10%           | 15-20%           |
| 3     | Психогенні невротичні стани зі значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності                               | 1,5-2%         | 2-4%             | до 10%           |
| 4     | Реактивні психози:<br>- гострі психози, які супроводжуються руховим збудженням або гальмуванням;<br>- затягнуті психози: депресивні, істеричні тощо              | до 5%<br>до 5% | 10 – 12%<br>3-5% | 15-25%<br>15-20% |
| Разом |  | до 37%         | 20-41%           | 45-70%           |

**Орієнтовний розрахунок психогенних втрат військовослужбовців  
у ході підготовки і проведення контрастувальної операції**

| № з/п | Тип психогенного розладу   | Дані у % від загальної кількості особового складу |
|-------|--|---|
| 1     | Тимчасові фізіологічні реакції, переважання емоційної напруги зі зберіганням критичної оцінки того, що відбувається  | 0,01-12   |
| 2     | Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, які мають прояв в зниженні критичної оцінки того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності | 8   |
| 3     | Психогенні невротичні стани зі значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності                               | 3-5   |
| 4     | Реактивні психози:<br>- гострі психози, які супроводжуються руховим збудженням або гальмуванням;<br>- затягнуті психози – депресивні, істеричні та інші стани    | 1-1,5   |
| Разом |  | 0,01 – 27,5                                       |

**Примітка:**

– 97-98 % військовослужбовців при 1, 2, 3-му типах психогенних розладів після отримання психологічної і медичної допомоги повернуться до виконання службових обов'язків;

– 2-3 % військовослужбовців 4-го типу психогенних розладів чекатимуть кваліфікованої й спеціалізованої медичної допомоги.

**Прогнозування психогенних втрат військовослужбовців  
у ході підготовки й проведення контрнаступальної операції  
за групами нервово-психічної стійкості**

| № з/п | Види виникаючих розладів   | 1-2 група НПУ | 3 група НПУ | 4 група НПУ |
|-------|--|---------------|-------------|-------------|
| 1     | Тимчасові фізіологічні реакції, переважання емоційної напруги зі зберіганням критичної оцінки того, що відбувається  | 25%           | 5-10%       | до 5%       |
| 2     | Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, які мають прояв в зниженні критичної оцінки того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності | до 5%         | до 10%      | 15-20%      |
| 3     | Психогенні невротичні стани зі значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності                               | 1,5-2%        | 2-4%        | до 10%      |
| 4     | Реактивні психози:<br>- гострі психози, які супроводжуються руховим збудженням або гальмуванням;<br>- затягнуті психози: депресивні, істеричні тощо              | до 5%         | 10 – 12%    | 15-25%      |
|       |  | до 5%         | 3-5%        | 15-20%      |
| Разом |  | до 37%        | 20-41%      | 45-70%      |

**Прогнозування психогенних втрат військовослужбовців  
у ході проведення оборонної операції**

| № з/п | Тип психогенного розладу   | Дані у % від загальної кількості особового складу |
|-------|--|---|
| 1     | Тимчасові фізіологічні реакції, переважання емоційної напруги зі зберіганням критичної оцінки того, що відбувається  | 0,01-10   |
| 2     | Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, які мають прояв в зниженні критичної оцінки того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності | 5   |
| 3     | Психогенні невротичні стани зі значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності                               | 2-3   |
| 4     | Реактивні психози:<br>- гострі психози, які супроводжуються руховим збудженням або гальмуванням;<br>- затягнуті психози: депресивні, істеричні тощо              | 0,5-1   |
|       | Разом  | 0,01 – 20   |

**Примітка:**

– 97-98 % військовослужбовців при 1, 2, 3-му типах психогенних розладів після отримання психологічної і медичної допомоги повернуться до виконання службових обов'язків;

– 2-3 % військовослужбовців 4-го типу психогенних розладів чекатимуть кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги.



**Прогнозування психогенних втрат військовослужбовців у ході  
ведення оборонної операції за групами нервово-психічної  
стійкості**

| № з/п | Види виникаючих розладів   | 1-2 група НПУ | 3 група НПУ | 4 група НПУ |
|-------|--|---------------|-------------|-------------|
| 1     | Тимчасові фізіологічні реакції, переважання емоційної напруги зі збереженням критичної оцінки того, що відбувається  | 25%           | 10-15%      | 5-10%       |
| 2     | Тимчасові патологічні реакції невротичного характеру, які мають прояв в зниженні критичної оцінки того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності | 5-7%          | 10-15%      | 15-20%      |
| 3     | Психогенні невротичні стани зі значною втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливості цілеспрямованої діяльності                               | До 3%         | 3-5%        | 5-10%       |
| 4     | Реактивні психози:<br>- гострі психози, які супроводжуються руховим збудженням або гальмуванням;   | 5-10%         | 15-20%      | 20-30%      |
|       | - затягнуті психози: депресивні, істеричні тощо  | 0,2%          | 5-7%        | 20-30%      |
| Разом |  | 45-55%        | 43-82%      | 85-100%     |

**ПОЛОЖЕННЯ**  
**про центри (пункти) психологічної допомоги**  
**і реабілітації (варіант)**

1. Положення регламентує діяльність центрів (пунктів) психологічної допомоги і реабілітації (далі – Центри (пункти)).

Центр психологічної допомоги і реабілітації створюється в корпусі, пункт психологічної допомоги і реабілітації – в бригаді (полку) і рівних їм військових частинах.

За своїм статусом Центри (пункти), що перебувають на самостійних штатах, прирівнюються до підрозділів забезпечення.

2. Центри (пункти) об'єднані спільністю основних завдань і функцій діяльності і є складовою частиною системи психологічного забезпечення діяльності ЗС України.

Центри (пункти) призначені для надання спеціалізованої психологічної допомоги військовослужбовцям і членам їх сімей та їх реабілітації.

3. На Центри (пункти) покладаються наступні функції:

- надання психологічної допомоги і проведення психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій, які несуть бойове чергування та виконують особливо небезпечні роботи, пов'язані з ризиком для життя, також учасників інших надзвичайних ситуацій;

- організація і проведення психокоректувальної роботи з військовослужбовцями і членами їхніх сімей;

- підтримка психічного здоров'я особового складу;

- організація і здійснення психологічного супроводу військовослужбовців з низькою нервово-психічною стійкістю;

- проведення заходів психологічної освіти;

- навчання військовослужбовців прийомам і методам психічної саморегуляції, психологічної само- і взаємодопомоги;

- організація взаємодії з військово-медичною службою, центрами психологічної допомоги, реабілітаційно-відновлювальними об'єктами і іншими службами психологічної допомоги населенню.

4. Організаційна структура Центрів (пунктів) визначається їх штатами і затверджується в установленому порядку.

5. Центри (пункти) створюються за рішенням відповідного командира (начальника).

Безпосереднє керівництво Центрами (пунктами) здійснюють заступники відповідних командирів з виховної роботи.

6. Посадовці Центрів (пунктів) у своїй роботі виходять із принципів орієнтації на практичні завдання, стандартизації технологій надання психологічної допомоги, строго впорядкованого доступу до одержуваної інформації, спрямованості на кінцевий результат і будують свою діяльність за такими напрямками:

- психопрофілактика і пропаганда здорового способу життя;
- психодіагностика військовослужбовців і членів їхніх сімей, виявлення осіб з низькою нервово-психічною стійкістю, високим суїцидальним ризиком, які мають значні труднощі в адаптації до служби, схильних до вживання алкоголю, наркотиків;
- проведення психокоректувальної роботи з військовослужбовцями і членами їхніх сімей;
- психологічний супровід військовослужбовців у період проходження військової служби;
- психологічна допомога і реабілітація військовослужбовців, які несуть бойове чергування та виконують особливо небезпечні роботи, пов'язані з ризиком для життя, а також учасників бойових дій, інших надзвичайних ситуацій, членів їхніх сімей;
- підвищення психологічної стійкості військовослужбовців до несприятливих чинників обстановки, зниження нервово-психічної напруги;
- навчання військовослужбовців формам і методам психічної саморегуляції та допомоги.

7. Безпосередню діяльність Центрів (пунктів) організовує начальник Центру (пункту) психологічної допомоги і реабілітації.

Начальник Центру (пункту) психологічної допомоги і реабілітації призначається з числа офіцерів, що мають відповідну освіту і пройшли спеціальну підготовку щодо надання психологічної допомоги і реабілітації. Він підпорядковується заступнику командира корпусу (полку, бригади) з гуманітарних питань і відповідає за організацію та проведення роботи в Центрі (пункті), аналіз результатів обстежень, обґрунтованість висновків і рекомендацій, своєчасне надання звітної документації.

Начальник Центру (пункту) зобов'язаний:

- планувати діяльність пункту;
- розробляти пропозиції командирів бригади (полку) щодо підвищення психологічної готовності особового складу, зміцнення психічного здоров'я військовослужбовців і членів їхніх сімей;
- розробляти рекомендації посадовцям ланки «рота-батальйон» щодо роботи із військовослужбовцями, які знаходяться під динамічним спостереженням в пункті, організувати їх практичне виконання;
- рекомендувати командуванню проведення обстежень і оглядів військовослужбовців на предмет їх придатності до військової служби за станом психічного здоров'я;
- організувати і проводити заходи психологічної допомоги і реабілітації із військовослужбовцями, що перенесли бойові та інші стреси;
- брати участь в заняттях з навчання військовослужбовців прийомам і методам надання психологічної само- і взаємодопомоги;
- взаємодіяти з фахівцями медичної служби, штатною (нештатною) групою професійного психологічного відбору бригади (полку), суспільними організаціями і спеціальними установами з питань соціально-психологічного вивчення і психологічного обстеження особового складу, організації і здійснення заходів психологічної допомоги і корекції в особливих умовах;
- дотримуватися професійно-етичних норм діяльності військового психолога;
- упроваджувати в діяльність пункту передові технології роботи з військовослужбовцями.

8. Провідний психолог Центру психологічної допомоги і реабілітації призначається з числа осіб цивільного персоналу, що мають медичну освіту, підготовку за фахом «медична психологія» («психофізіологія», «психіатрія» або близьких до них) і досвід практичної роботи. Він підпорядковується начальнику Центру і відповідає за своєчасне виявлення осіб, які потребують медико-психологічної допомоги; якісне проведення лікувальних, профілактичних, диспансерних, психокоректувальних і реабілітаційних заходів; кваліфіковане надання невідкладної психіатричної, медико-психологічної допомоги військовослужбовцям; зберігання, облік, витрату і

обґрунтованість застосування фармакологічних засобів; технічний і санітарно-гігієнічний стан Центру (пункту).

Провідний психолог зобов'язаний:

– здійснювати медико-психологічне вивчення особового складу, зіставляти дані медичного спостереження з результатами обстежень військових психологів і підрозділів професійного психологічного відбору;

– проводити систематичне медико-психологічне обстеження в умовах повсякденної діяльності для виявлення осіб, які мають дезадаптаційні розлади і порушення у сфері комунікації;

– вносити пропозиції командуванню військової частини про тимчасове усунення військовослужбовців від окремих видів службової діяльності за виявленими у них медико-психологічними протипоказаннями;

– здійснювати консультування, надання медико-психологічної допомоги офіцерам, прапорщикам і членам їхніх сімей в амбулаторних умовах і вдома;

– спільно з фахівцями військово-медичної служби і психологом з'єднання здійснювати прогнозування вірогідності розвитку віддалених наслідків посттравматичного стресу і можливі зміни у стані здоров'я на найближчий час;

– встановлювати взаємодію з цивільними установами і організаціями на користь проведення психокорекційних і реабілітаційних заходів;

– вести журнал динамічного спостереження, персональний облік медико-психологічних заходів, що проводяться.

9. Психолог Центру (пункту) призначається з числа осіб цивільного персоналу, що мають освіту за фахом «соціальна психологія», «медична психологія» (або близьких до них). Він підпорядковується начальнику Центру (пункту) і відповідає за проведення соціально-психологічного вивчення і психологічного обстеження особового складу, ефективність і якість психокоректувальних заходів.

Психолог Центру зобов'язаний:

– вивчати психологічні особливості військовослужбовців і членів їхніх сімей, які потребують психологічної допомоги;

– брати участь у проведенні психокорекційних і реабілітаційних заходів з військовослужбовцями та членами їхніх сімей;

– проводити методичні заняття з командирами підрозділів щодо управління соціальними процесами в колективах, проведенню само- і взаємодопомоги;

– безпосередньо здійснювати взаємодію пункту з фахівцями медичної служби бригади (полку), окремого медичного батальйону, військового госпіталю на користь збереження і зміцнення психічного здоров'я військовослужбовців;

– готувати пропозиції і документацію на хворих, які потребують медичної допомоги, відправляти на лікування або огляд, а також надавати допомогу командирам підрозділів в оформленні необхідних для цього документів і матеріалів;

– постійно вдосконалювати свій професійний рівень на основі сучасних досягнень психології;

– вести документацію пункту, облік психологічних заходів, що проводяться;

– дотримуватись професійно-етичних норм діяльності військового психолога;

– виконувати обов'язки начальника Центру (пункту) у випадку його відсутності.

10. Професійна підготовка посадовців Центру (пункту) проводиться за встановленим порядком, який визначений вищим керівництвом.

11. Центри (пункти) взаємодіють з групами професійного психологічного відбору, здійснюють співпрацю із зацікавленими структурами.

12. Центри (пункти) розміщуються в зручному для відвідування місці. Про організацію роботи Центру (пункту) видається наказ командира військової частини, в якому вказується місце, порядок роботи, визначаються завдання посадовцям щодо забезпечення Центру (пункту) матеріальними засобами та устаткуванню приміщень. Перелік матеріальних засобів для оснащення центрів (пунктів) психологічної допомоги і реабілітації надається у таблиці 29.

13. При укомплектуванні приміщень Центрів (пунктів) доцільно мати кімнати (кабінети) для проведення комплексу заходів психофізіологічного відновлення.

**Перелік матеріальних засобів для оснащення Центрів (пунктів)  
психологічної допомоги і реабілітації**

| Найменування матеріальних засобів   | Центр | Пункт |
|---|-------|-------|
| Люстра Чижевського для іонізації та очищення повітря, шт.                                   | 3     | 1     |
| Бактерицидна лампа для дезінфекції повітря, шт.   | 1     | 1     |
| Проекційний кольородинамічний пристрій «Цветодін – 150» для регуляції психічного стану, шт. | 1     | 1     |
| Прилад біологічного зворотного зв'язку «Релана» для навчання методів саморегуляції, к-т     | 1     | 1     |
| Прилад «Активациометр АЦ – 6» для діагностики психоемоційних станів і працездатності, шт.   | 1     | 1     |
| Телевізор, шт.  | 1     | 1     |
| Відеомагнітофон, шт.  | 1     | 1     |
| Музичний центр, шт.   | 1     | 1     |
| Комп'ютерна система, к-т  | 1     | 1     |
| Принтер, шт.  | 1     | 1     |
| Сканер, шт.   | 1     | 0     |
| Копіювальний апарат, шт.  | 1     | 0     |
| Аудіопрограми для аутотренінгу, шт.   | 6     | 1     |
| Комплект відеоматеріалів з природними пейзажами   | 3     | 3     |
| Штучний ландшафт з водою, шт.   | 1     | 1     |
| Килимки на підлозі для проведення психокорекційних заходів, шт.                             | 24    | 12    |
| Світильники підсвічування настінні, шт.   | 3     | 1     |
| Ліхтарі (синій, червоний, жовтий, зелений), шт.   | 6     | 4     |
| Комплект картин (репродукцій)   | 3     | 1     |
| Диван, шт.  | 3     | 1     |
| М'які крісла, шт.   | 6     | 3     |
| Журнальний столик, шт.  | 3     | 1     |
| Шафа для зберігання дисків і методичної літератури, шт.                                     | 1     | 1     |
| Столи класні, шт.   | 12    | 6     |
| Стільці з високими спинками (напівм'які), шт.   | 24    | 12    |

### Призначення, обладнання та використання психологічного кабінету

У стаціонарному Центрі (пункті) психологічної допомоги і реабілітації повинні бути робочі приміщення, які за своїм функціональним призначенням дозволяють проводити спеціалізовану психологічну допомогу і реабілітацію військовослужбовців та членів їхніх сімей. Таким службовим приміщенням може бути психологічний кабінет (далі – кабінет), який спеціально обладнаний для проведення заходів психологічного забезпечення.

Кабінет розташовується в окремому опалюваному приміщенні з достатнім природним та штучним освітленням, звуковою ізоляцією, облаштованому розетками для підключення електрообладнання. Оформлення кабінету повинно відповідати санітарно-гігієнічним, технічним нормам (освітленості, температури, вологості, швидкості руху повітря) та естетичним вимогам. Кабінет повинен завжди утримуватися в чистоті та порядку. Психолог (помічник психолога) відповідає за його правильне використання, збереження обладнання, інвентарю і меблів.

Для кращого розсіювання та відбиття світла рекомендується стелю фарбувати у білий колір. Якщо вікна у приміщенні виходять на сонячний бік, то стіни краще оформляти у прохолодні тони: блакитний, зеленуватий, салатовий. Для приміщень з вікнами, орієнтованими на північ, північний захід, північний схід більше підходять кольори теплої гами: жовтуватий, світло-оранжевий, пісочний. Підлога, незалежно від матеріалу, з якого вона зроблена, повинна мати темніший колір, ніж стіни (див. таблицю 30)<sup>95</sup>.

Оформлення кабінету повинно сприяти зниженню психологічної напруги і встановленню довірливої атмосфери під час спілкування психолога (інших фахівців) з психотравмованим військовослужбовцем, мати сучасний інтер'єр, зручні м'які меблі, кімнатні рослини, акваріум тощо.

---

<sup>95</sup> *Справочник по инженерной психологии*; под ред. Б. Ф. Ломова. – М. : Машиностроение, 1982. – С. 210.



Телефонні апарати необхідно обладнати вимикачем для відключення під час спілкування з клієнтом.

Розміщення техніки (приладів) для вивчення психофізіологічних якостей обстежуваних і умови роботи на ній повинні відповідати встановленим санітарно-гігієнічним нормам й рекомендаціям.

Усі використовувані під час психофізіологічного обстеження прилади й датчики повинні бути сертифіковані і дозволені до застосування в медичній практиці на території України.

У встановлений термін необхідно здійснювати метрологічну перевірку вимірювальної апаратури.

Кабінет оснащується комплектами буклетів та реєстраційних бланків для проведення психодіагностичних заходів, навчально-методичними посібниками, методичними рекомендаціями, фаховими періодичними виданнями, іншими інформаційними та допоміжними матеріалами.

Таблиця 30

### Варіанти поєднань кольорів в інтер'єрі

| Стеля       | Верхня частина стіни | Панель стіни                                     | Підлога                                  | Драпіювання                              | Меблі                                |
|-------------|----------------------|--|--|--|--------------------------------------|
| Біла        | Блідо-зелений        | Зелена середньої насиченості                     | Зелена середньої насиченості             | Зелене середньої насиченості             | Зеленувато-сірі або світло-коричневі |
|             | Блідо-рожева         | Рожева   | Рудувато-коричнева середньої насиченості | Рудувато-коричневе середньої насиченості | Рудуваті або світло-коричневі        |
|             | Блідо-блакитна       | Сіра середньої насиченості з блакитним відтінком | Сіра                                     | Блакитне середньої насиченості           | Сірі з блакитним відтінком           |
| Блідо-жовта | Блідо-жовта          | Рудувато-коричнева                               | Коричнева середньої насиченості          | Коричневе середньої насиченості          | Світло-коричневі                     |

### **Матеріали та документація психологічного кабінету**

Матеріали та документація кабінету поділяється за категоріями: нормативно-правова, навчально-методична, довідково-інформаційна, обліково-статистична, для спеціального використання.

До нормативно-правових документів належать: закони України, постанови Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, накази, розпорядження, постанови, положення щодо діяльності офіцерів-психологів.

До навчально-методичних матеріалів належать: підручники, навчально-методичні посібники, збірники методичних рекомендацій, навчальні програми (плани), фахові періодичні видання тощо.

До довідково-інформаційних матеріалів належать: матеріали науково-практичних конференцій, семінарів, нарад, тематичні проспекти (буклети), доповіді, виступи та інші інформативні документи.

До обліково-статистичних документів належать: облік матеріальних цінностей кабінету, плани психологічного забезпечення, форми статистичної звітності встановленого зразка тощо.

До матеріалів для спеціального використання належать: картки динамічного психологічного спостереження, журнал обліку осіб, які звернулися за психологічною допомогою, довідки про результати роботи у підрозділах, соціальні карти підрозділів, тексти (ключі) тестових методик, опитувальники, анкети, бланки відповідей, заповнені анкети (опитувальники), номери телефонів (адреси) регіональних та місцевих спеціалізованих психологічних центрів, служб, консультацій, навчальних закладів психологічного профілю та ін.

Порядок зберігання та доступу до обліково-статистичних документів та документів для спеціального використання регулюється вимогами наказів та розпоряджень керівництва ЗС України з організації документального забезпечення, психологічного забезпечення та положень Етичного кодексу психолога.

**Журнал  
обліку осіб, які звернулися за психологічною допомогою**

| № п/п | Дата | Підрозділ, військове звання, прізвище, ім'я, по батькові | Стислий зміст звернення | Стислий зміст рекомендацій |
|-------|------|--|-------------------------|----------------------------|
|       |      |  |                         |                            |

1. Усі звернення в день їх надходження заносяться в журнал, який ведеться і зберігається психологом.

2. Журнал має бути пронумерований, прошнурований, скріплений печаткою та завірений відповідним начальником.

3. Звернення військовослужбовців (працівників) та членів їхніх сімей, висловлені за межами кабінету психолога, до журналу не заносять (за винятком звернень військовослужбовців (працівників) підрозділів).

4. Перевірка правильності заповнення журналу здійснюється тільки психологом вищого органу управління.

**«Валіза психолога» складається з наступних речей**

- 1) Колода метафоричних асоціативних карт «Стрес-стоп!».
- 2) Коньяк (у флязі) – 0,5 літри.
- 3) Одноразові стаканчики (маленькі) – 10 шт.
- 4) Одноразові чашки (стакани) – 25 шт.
- 5) Одноразові чайні ложки – 25 шт.
- 6) Фіточай-набір (меліса, м'ята).
- 7) Чай в пакетиках – 2 пачки.
- 8) Кава розчинна – 10 одноразових пакетів.
- 9) Лимон – 4 шт.
- 10) Термос – 1 шт.
- 11) Кусковий цукор – 2 упаковки.
- 12) Шоколад – 25 маленьких плиток.
- 13) «Бабусина аптечка» – комплект:
  - Валідол (у таблетках) – 2 упаковки.
  - Валер'яна (у таблетках) – 2 упаковки
  - Нашатирний спирт.
  - Вата.
- 14) Ковдра – 1 шт.
- 15) Одноразові хустинки – 50 пачок по 10 шт.
- 16) М'які дитячі іграшки (для дівчинки та хлопчика) – 2 шт.
- 17) Набір кольорових олівців – 1 набір.
- 18) Альбом для малювання – 2 шт.
- 19) Ручки – 5 шт.
- 20) Листи формату А-4 – 20 шт.
- 21) Конверти – 10 шт.
- 22) Ножиці – 1 шт.
- 23) Ніж – 1 шт.
- 24) Робочий зошит психолога – 1 шт.
- 25) Диктофон (з комплектом запасних батарейок) – 1 шт.
- 26) Фотоапарат (з комплектом запасних батарейок) – 1 шт.
- 27) Ліхтарик (з комплектом запасних батарейок) – 1 шт.
- 28) Картки для поповнення рахунку мобільного зв'язку.
- 29) Цигарки – 2 пачки.
- 30) Сірники – 2 коробки.
- 31) М'який м'ячик – 1 шт.
- 32) Іконка – 4 шт.
- 33) Чотки – 1 шт.
- 34) Свічка – 3 шт.
- 35) Непрозорий пластиковий пакет для переносу різних речей – 2 шт.

**Досвід роботи пункту психологічної допомоги і реабілітації  
в Дагестані (Російська Федерація) у серпні 1999 р.**

Нештатний пункт психологічної допомоги і реабілітації (НППДіР) був розгорнений на базі клубу військової частини в гарнізоні Буйнакськ і оснащений персональним комп'ютером IBM-386. До його штату увійшли:

- начальник НППДіР – 1 (психолог);
- психолог НППДіР – 1 (соціальний психолог).

У процесі ведення бойових дій цим підрозділом вирішувалися такі завдання:

1. Вивчення психологічної складової морально-психологічного стану особового складу військових частин (зокрема і ті, що вийшли із району бойових дій) з позицій встановлення ступеня психологічного стомлення (перевтоми) в умовах ведення бойових дій, інтенсивних психофізичних навантажень, високогір'я, сухого, жаркого клімату і відриву від місць постійної дислокації.

2. Оцінка ступеня злагодженості військових підрозділів (як в умовах дислокації, так і з виїздом на позиції) на основі соціометричних критеріїв, прогнозування і профілактика соціально-негативних явищ первинних військових колективів в умовах бойової обстановки.

3. Навчання командного складу військових частин і підрозділів психолого-педагогічним особливостям роботи з особовим складом в умовах бойових дій, а всього особового складу – методам психологічної само- і взаємодопомоги.

4. Надання психологічної допомоги і реабілітації військовослужбовцям, що мають низький рівень нервово-психічної стійкості і брали участь в реальних бойових діях.

5. Практичне навчання офіцерів органів виховної роботи сучасним аспектам психологічної допомоги і реабілітації на реальному контингенті військовослужбовців, що отримали бойові посттравматичні стресові розлади.

6. Відбір і направлення в центр психологічної допомоги і реабілітації осіб, які потребують спеціалізованої комплексної (консультативної) психологічної і психіатричної допомоги (військово-лікарської експертизи).

Одним із найважливіших аспектів діяльності фахівців НППДіР була оцінка боєздатності військових частин за психологічними показниками, що проводилася в ході бойового злагодження підрозділів. Оцінка психологічної готовності особового складу частин і підрозділів здійснювалася шляхом скринінгового соціально-психологічного вивчення військовослужбовців з метою виявлення осіб не здатних до виконання бойових задач.

В оцінці психологічної готовності особового складу військових частин і підрозділів враховувалися:

- стан психічного здоров'я військовослужбовців;
- характеристики соціально-психологічного клімату підрозділу (військової частини);
- кількість особового складу, що знаходився у стані дезадаптації;
- рівень стресостійкості та здатності долати психогенні фактори бойової обстановки.

У комплексі заходів щодо надання психологічної допомоги і реабілітації на НППДіР переважали соціально-психологічні методи:

- психологічне консультування;
  - психологічна допомога з метою оптимізації соціальної адаптації осіб, що мають ознаки нервово-психічної нестійкості;
  - раціональна психотерапія (із застосуванням аудіо- і відеозасобів);
  - терапія сугестії (із застосуванням аудіо- і відеозасобів);
  - аутотренінг (із застосуванням аудіо- і відеозасобів);
  - активна і пасивна релаксація за Джекобсоном;
  - ізометрична релаксація за Шексманом;
  - групові тренінги;
  - точковий масаж;
  - раціональний розподіл і підбір військовослужбовців для виконання професійних завдань з урахуванням їх психічного стану;
  - виявлення осіб, які потребують спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги і підлягають військово-лікарській експертизі.
- Зазначені способи психологічної допомоги і реабілітації використовувалися із застосуванням технічних засобів виховання (аудиомагнітофон, відеомагнітофон, ПЕВМ).

Нештатний центр психологічної допомоги і реабілітації (НЦПДіР) за узгодженням з начальником медичного управління округу був розгорнутий на базі неврологічного відділення військового госпіталю (гарнізон Буйнакськ), до його штату увійшли:

- начальник НЦПДіР – 1 (психофізіолог, психіатр);
- психоневролог НЦПДіР – 1 (начальник неврологічного відділення військового госпіталю);
- психолог НЦПДіР – 1 (соціальний психолог).

У процесі ведення бойових дій цей підрозділ вирішував такі завдання:

1. Надання психологічної допомоги пораненим, що поступали з району бойових дій.

2. Надання спеціалізованої комплексної психологічної допомоги особам, направленим з НЦПДіР, евакуація в медустанови тилу військовослужбовців, які потребують психіатричної допомоги та військово-лікарської експертизи.

3. Апробація сучасних методів психологічної діагностики, допомоги і реабілітації.

4. Взаємодія з медичною службою, відпрацювання і удосконалення методів психологічної допомоги і реабілітації військовослужбовців, які брали участь в реальних бойових діях.

5. Практичне навчання сучасним методам, психологічному інструментарію військових психологів для здійснення психологічної допомоги і реабілітаційних заходів на реальному контингенті військовослужбовців, які знаходилися у стані посттравматичного стресу.

6. Відпрацювання методик прогнозування психогенних втрат і питань організації і тактики психологічної служби щодо етапного відновлення психічного життя військовослужбовців – учасників бойових дій.

На базі центру психологічної допомоги і реабілітації відпрацьовувався весь комплекс психологічних діагностичних і реабілітаційних методик. Характер психогенних втрат аналізувався на підставі вибірки військовослужбовців – учасників бойових дій.

**Абілітація** – це система заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

**Астенія** (від гр. – слабкий) – нервово-психічна та фізична слабкість.

**Адаптація** – пристосування живого організму до оточуючого середовища, на основі чого підтримується нормальне функціонування організму при змінах зовнішніх умов і яке забезпечується як біологічними (на рівні біохімії і фізіології), так і психологічними (на рівні цілісної поведінки) механізмами. Під психічною адаптацією розуміють пристосування організму до існуючих вимог в оточуючому середовищі.

**Аутогенне тренування** – активний метод психотерапії, психокорекції, психопрофілактики і психогієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, які порушені внаслідок стресового впливу. Основними елементами методики є тренування м'язової релаксації, самонавіювання і самовиховання.

**Безповоротні втрати** військовослужбовців – це воїни, які внаслідок отриманих уражень від зброї, захворювань, травм не спроможні виконувати службові обов'язки.

**Боездатність** – здатність військ вести бойові дії. Визначається як матеріальними, так і морально-психологічними компонентами, ступенем вихованості та навченості особового складу, його бойовою майстерністю.

**Бойова активність** – ступінь інтенсивності бойових дій військовослужбовців, підрозділів, частин і військ в цілому при виконанні поставленого завдання.

**Бойовою психічною травмою** є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей (рівнів



психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки. Це значне переживання, яке викликане короточасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, яка може призвести до розладів психіки різного ступеня складності. Це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

**Бойове перевантаження** – психічні порушення, які виникають через кілька діб або тижнів після бойових дій середньої інтенсивності.

**Бойовий дух** – ставлення до процесу та результату діяльності, яке визначає нестримний потяг до боротьби, перемоги, досягнення мети до останнього зусилля.

**Бойовий стрес** – багаторівневий адаптаційний процес в умовах бойової обстановки або сукупність психічних станів, пережитих воїнами у процесі адаптації до умов бойової обстановки, які є несприятливими для їхньої життєдіяльності та загрозливими для їхнього здоров'я і життя.

**Бойовий шок** – проста емоційна реакція, що виникає через кілька годин або днів інтенсивних бойових дій.

**Бойове стомлення** – психічні порушення, які виникають у воїнів через кілька тижнів після бойових дій середньої інтенсивності.

**Бойові стресові розлади** – функціональні порушення, включають широкий спектр станів дезінтеграції психічної діяльності – від короточасних психологічних реакцій до нозологічно стійких хворобливих процесів, які вже склалися.

**Відстрочена психічна реакція** – вид різноманітних психічних реакцій, реагування в яких довільне або мимовільне від стимулу.

**Гальмування** – один з основних нервових процесів, результатом якого є активна затримка діяльності нервових центрів чи робочих органів.

**Депресія** – психічний розлад, що характеризується «депресивною тріадою»: зниженням настрою і втратою здатності пережити радість, порушенням мислення (негативні судження, песимістичний погляд на події та ін.), руховою загальмованістю. При депресії спостерігається знижена самооцінка, втрата інтересу до життя та звичної діяльності. У деяких випадках людина, що страждає нею, може почати зловживати алкоголем чи психотропними речовинами.

**Десенсибілізація** – методика для зменшення негативної

напруги, тривоги і страхів щодо образів, які напружують, лякаючих об'єктів або ситуацій.

**Емоційний ступор** (від лат. emovere – збуджувати, хвилювати і stupor – заціпеніння) – реактивний стан, що виникає під впливом сильних душевних потрясінь (жах, страх, загроза життю) і проявляється у блокуванні афективної діяльності, рухової активності, в уповільненні розумової діяльності. Цей стан може проходити без суттєвих наслідків. Але може виникнути панічний стан з прагненням до хаотичних дій (наприклад, втеча), а також депресія. Виникає у солдатів в бою, учасників і свідків катастроф та ін.

**Істерія** – захворювання, яке належить до групи неврозів і характеризується різноманітними розладами психіки, рухової сфери, чутливості.

**Короткочасні психологічні втрати** – короткочасна (від декількох хвилин до однієї доби) втрата воїном боєздатності, відновлення якої досягається наданням психологічної допомоги, заходами психологічної реабілітації і корекції без госпіталізації та лікування.

**Метафоричні асоціативні карти** – це універсальний психологічний інструмент, який базується на метафорі, що звертається до підсвідомості людини і використовується для діагностики, корекції, розвитку, розкриття творчих здібностей та коучингу.

**Неврози** – група «граничних» функціональних нервово-психічних розладів, що проявляються у специфічних клінічних феноменах при відсутності психотичних явищ. Це психогенні захворювання, що виникають внаслідок зриву вищої нервової діяльності. Неврози мають поліфакторну природу. Це такі фактори, як: біологічні (спадковість і конституція); соціально-психологічні (несприятливі, сімейні обставини, неправильне виховання в сім'ї); фактори, що мають психологічну природу (психічні травми тощо). Серед неврозів визначають неврастенію, невроз страху, істеричний невроз, невроз нав'язливих станів.

**Паніка** – негативно забарвлений афект, що викликається дійсною чи уявною небезпекою. Може охоплювати як одного, так і декілька людей, при цьому важко піддається свідомому контролю. Різновидом поведінки натовпу є масова паніка, яка виявляється у переживанні значного страху, який охоплює багатьох людей і

породжує нестримне, неконтрольоване прагнення до втечі як засобу уникнення загрози.

**Перевтома** – цей стан організму, близький до патологічного, що характеризується якісними змінами функціонального стану організму, викликаними надмірним витрачанням енергетичних речовин центральної нервової системи. Перевтома виникає в результаті кумуляції стомлення.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – це несприятлива відстрочена реакція психіки на травматичний стрес, що здатна викликати психічні порушення у людини після завершення травматичної дії. Це відстрочена за часом психопатологічна комплексна реакція на психотравматичні події, що сформувалася в цілісний синдром.

**Нав'язливі стани** – мимовільні, що з'являються раптово у свідомості, у формі важких думки, уявлень спонукають до дії, які сприймаються людиною як чужі та емоційно-неприємні.

**Прогнозування психогенних втрат** – процес аналізу боєздатності особового складу та можливої кількості психотравмованих військовослужбовців у сучасних моделях бойових дій.

**Психіка** – системна властивість високоорганізованої матерії, яка полягає в активному відбитті індивідом об'єктивного світу, у побудові образу цього світу і саморегуляції на цій основі своєї поведінки та діяльності.

**Психологічна готовність особистості** – це такий стан психіки, який дозволяє людині бути готовою до перебування у складних умовах і долати їх із найменшими власними втратами.

**Психічна напруга** – психічний стан, зумовлений очікуванням несприятливого розвитку подій, супроводжується відчуттям дискомфорту, тривоги, страху.

**Психічна саморегуляція** – це система свідомого керування своєю психікою на основі сприймання та усвідомлення власних психічних станів, оволодіння навичками довільного управління емоціями.

**Психічне здоров'я** – це стан повної душевної рівноваги, вміння володіти собою, що проявляється у рівному стійкому настрої та здатності швидко пристосовуватись до складних ситуацій і за короткий час відновлювати душевну рівновагу.

**Психічні захворювання у воєнний час** – розлади психічної діяльності, у виникненні і перебігу яких визначальне значення мають специфічні умови бойової обстановки і вражаюча дія зброї.

**Психічний стан** – цілісна характеристика психічної діяльності, яка є стійкою на визначеному часовому інтервалі, показує своєрідність перебігу психічних процесів залежно від відображення явищ дійсності, попереднього стану і психічних властивостей особистості.

**Психогенії** – група психічних захворювань (неврози, реактивні стани), виникнення і перебігу яких обумовлено психічною травмою.

**Психогенні втрати** – втрати особового складу, які пов'язані з втратою боєздатності (повної або часткової) внаслідок психічної травми (розладу), спричиненої стрес-факторами обстановки, а також у результаті отримання або загрози отримання психотравмуючої інформації.

**Психогенні захворювання** – це такі захворювання, виникнення, перебіг і клінічна картина яких чітко пов'язані з дією і особливостями психотравмуючих факторів.

**Психогігієна** – профілактична охорона психічного здоров'я людини шляхом створення оптимальних умов для повного розвитку психічних властивостей особистості та її функціонування, поліпшення умов праці і життя, встановлення адекватних міжособистісних відносин, а також підвищення опірності психіки людини шкідливим впливам навколишнього середовища. Психогігієна є справою всього суспільства, а її мета – збереження та зміцнення психічного здоров'я і працездатності людини.

**Психокорекція** – один із трьох основних напрямів діяльності практичного психолога (поряд з психодіагностикою і психологічним консультуванням), що включає використання психологічних методів прямого впливу на клієнта для виправлення недоліків у його поведінці.

**Психологічна готовність** – особливий стан людини, що супроводжується адекватною формою психічної напруженості і виражається в готовності людини до дій в очікуванні тієї чи іншої події.

**Психологічна допомога** – це комплекс профілактичних, лікувальних та евакуаційних заходів, які забезпечують збереження психічного здоров'я військовослужбовців як основи їх боєздатності.

Це активність щодо розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному просторі.

**Психологічна реабілітація** – це процес відновлення стану психічного здоров'я постраждалого, системи взаємовідносин між ним і соціальним середовищем. Вона ґрунтується на психологічних механізмах стабілізації особистісних змін обумовлених хворобою, найважливішим з яких є механізм саморегуляції.

Психологічна реабілітація військовослужбовців спрямована на відновлення психічних функцій та їх особистісного статусу з використанням психокорекції та психотерапії, відновлення гармонійної роботи психологічних механізмів саморегуляції, зміцнення адаптивних можливостей, цінностних орієнтацій та поведінки, які знову дозволять йому успішно вирішувати завдання професійної діяльності.

Під психологічною реабілітацією поранених та інвалідів доцільно розуміти діяльність, здійснювану суб'єктами психологічної роботи, спрямовану на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно функціонувати в мирному соціумі. Це комплекс організаційних та психологічних заходів, які спрямовані на повернення свідомості людини до звичайного для неї образу життя та праці.

**Психологічна корекція** (психокорекція) – один із видів психологічної допомоги; діяльність, спрямована на виправлення особливостей психологічного розвитку, що не відповідають оптимальної моделі, за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу; а також діяльність, спрямована на формування у людини потрібних психологічних якостей для підвищення її соціалізації та адаптації до життєвих умов.

**Психологічна підтримка** – це актуалізація існуючих і створення додаткових психологічних ресурсів, які забезпечують активні дії військовослужбовців на полі бою.

**Психологічне зараження** – процес передачі емоційного стану від одного індивіда до іншого на психофізіологічному рівні контакту.

**Психологічне консультування** – це вид психологічної допомоги, що полягає в по'ясненні людині її психологічних труднощів, знятті психологічної напруги, підвищенні його соціально-

психологічної компетентності і сприянні в рішенні складних особистих проблем, профілактиці і подоланні кризових ситуацій, а також корекції неадаптивних способів поведінки. Метою консультивання є створення сприятливих умов для розв'язання конфліктних ситуацій, продуктивного виходу з кризи, більш продуктивного особистісного розвитку, підвищення якості життя.

**Психопатії** – стійкі особистісні дисгармонії, для яких характерно: схильність патологічних властивостей до порушення адаптації; тотальність особистісних девіацій; їх стабільність; наявність сукупності особистісних, поведінкових, афективних і невротичних розладів; тенденція до однотипного способу особистісного реагування. В основі розвитку психопатії – біологічна неповноцінність головного мозку в поєднанні з несприятливими соціально-психологічними факторами або умовами формування особистості.

**Психопрофілактика** – це система психолого-педагогічних й організаційних заходів, які запобігають різноманітним психологічним проблемам і спрямовані на збереження психічного здоров'я військовослужбовців, на створення нормальних умов для їх життєдіяльності. Порівняно з психогігієною психопрофілактика – це сфера більш вузька, спрямована в основному на попередження розвитку психічних розладів на основі запобігання дії на організм хворобливого фактору, попередження хронізації захворювання шляхом його раннього діагностування, лікування, попереджувального лікування та заходів, що запобігають рецидивам хвороби й інвалідизації хворих.

**Психосоматика** – напрям в медицині, що вивчає функціональну і органічну патологію внутрішніх органів, в її етіології і патогенезі основна роль належить психогенним, стресовим впливам.

**Психотерапія** – особливий вид міжособистісної взаємодії, за якої пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем психічного характеру. Це діяльність, спрямована на ослаблення дії психотравмуючих факторів, відтворення гармонійних відносин людини із навколишнім середовищем, її особисте зростання, формування у неї якостей, необхідних для професійної діяльності, а також на оптимізацію соціально-психологічного клімату в колективі. Пацієнт психотерапевта – це людина, якій потрібний організований вплив на її психічну реальність з метою відновлення або реконструкції.

**Реабілітація** – це сукупність медичних, військово-професійних, соціальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я і боєздатності військовослужбовців, що зумовлено хворобою або травмою.

**Реактивний стан** (реактивні психогенні реакції) – тимчасовий розлад психічної діяльності, що виникає у відповідь на складну життєву ситуацію.

**Реактивні психози** – виражені психогенно, зумовлені переважно психотичним характером розлади, які виникають у зв'язку з дією факторів, що несуть загрозу життю, здоров'ю та благополуччю людини та її рідних.

**Релаксація** (від лат. relaxatio – розслаблення) – стан бадьорості, що характеризується зниженою психофізіологічною активністю, яка відчувається або у всьому організмі, або в певній його системі.

**Реконвалесцент** (від лат. convalesco – приходжу в здоровий стан) – видужуючий, реконвалесценція – одужання. Під поняттям «реконвалесцент» треба розуміти такий період клінічного одужання, коли явні ознаки захворювання не проявляються, але ще немає повного відновлення колишнього стану організму.

**Самонавіювання або аутосугестія** – це процес навіювання, спрямований на самого себе. Самонавіювання дає змогу суб'єкту викликати у себе певні відчуття, сприйняття, керувати процесами уваги, пам'яті, емоційними і соматичними реакціями.

**Санітарні втрати** – втрата військовослужбовцями боєздатності (працездатності) не менше, ніж на одну добу, для відновлення якої необхідні госпіталізація та лікування.

**Соціально-психологічна реабілітація** – це комплекс заходів щодо задоволення потреб військовослужбовців у соціальних зв'язках і соціальному захисті.

**Страх** – емоційна реакція людини, що виникає в ситуаціях загрози і спрямована на джерело справжньої чи уявної небезпеки.

**Стомлення** – стан організму, що виникає в результаті діяльності і характеризується зниженням працездатності та зміною ряду фізіологічних функцій. При стомленні після 8-ми годинного сну відбувається повне відновлення функціонального стану організму і

працездатності. Якщо цього не відбувається, то розвивається перевтома.

**Стрес** (від англ. stress – тиск, напруга) – сукупність неспецифічних адаптаційних (нормальних) реакцій організму на вплив різних несприятливих факторів-стресорів (фізичних або психологічних), що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму (або організму в цілому). У медицині, фізіології, психології виділяють позитивний (еустрес) і негативний (дистрес) форми стресу. Психологічний стрес поділяється на емоційний та інформаційний.

**Транс** – форма психічного розладу, що характеризується автоматичністю дій і вчинків у стані потьмарення свідомості.

**Трьохшелонна система надання психологічної допомоги в бойовій обстановці** – це комплекс заходів, які спрямовані на виявлення й надання психологічної допомоги військовослужбовцям з гострими розладами свідомості (ГРС), які виникають у ході ведення бойових дій і мають за мету максимальне збереження життя особового складу та його повернення до строю.

**Тривога** – емоційний стан гострого внутрішнього занепокоєння, пов'язаного у свідомості індивіда з прогнозуванням небезпеки. Тривога, на відміну від страху, розглядається як переживання невизначеної, дифузної чи безпредметної загрози.

**Фрустрація** (від лат. frustration – оман, марне сподівання) – психічний стан дезорганізуючої свідомості й поведінки людини, що виникає в ситуаціях, які перешкоджають досягненню мети, чи задоволенню потреб, загрожуючи гідності, престижу або життю. Стан фрустрації спричиняє типово астеничні реакції: агресію, спрямовану на подолання реальних причин перешкоди; агресію, спрямовану на себе; агресію, спрямовану на уявного «винуватця»; переоцінку бажань, цілей; депресивні переживання; загальний «регрес» поведінки тощо.

**Центр (пункт) психологічної допомоги і реабілітації** – спеціальний підрозділ органів з гуманітарних питань, призначений для надання спеціалізованої психологічної допомоги військовослужбовцям, членам їх сімей та їх реабілітації.



## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

---

1. Абдурахманов Р. А. Стрессовые состояния в боевой обстановке и их психологические последствия // Мир психологии. – 1998. – № 2. – С. 85–95.
2. Абдурахманов Р. А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. – № 1. – С. 131–134.
3. Агрелль Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы // Эмоциональный стресс; под ред. Л. Леви. – Л.: Медицина, 1970. – С. 248–253.
4. Акимов Г. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И. Некоторые вопросы организации психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны // Воен.-мед. журн. – 1985. – №11. – С. 18–21.
5. Аккерман В. И. Психогении военного времени и ограничение их от других форм нервно-психического расстройства // Сб. трудов Ижевского государственного медицинского института. – Ижевск, 1946. – Т.5. – С. 114–127.
6. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
7. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
8. Алещенко В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: навч. посіб. – Х.: ХУПС, 2005. – 84 с.
9. Антипов В. В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 174 с.
10. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. – М.: Прогресс, 1992. – 526 с.
11. Барабанщиков А. В., Белоусов Н. А., Сысоев В. В. Готовность к прыжку с парашютом. – М.: ДОСААФ, 1982. – 216 с.
12. Барабаш В. И., Баронов В. А., Лобастов О. С. Психоневрологическая помощь в условиях современной войны : учебн. пособ. – Л.: ВМедА, 1968. – 106 с.

13. Барановский А. М. Некоторые аспекты не боевой травмы у военнослужащих после возвращения из мест боевых конфликтов // Военно-медицинский журнал. – 1999. – Т. 30. – № 9. – С. 140–143.
14. Барлас Т. В. Особенности социально-психологической адаптации при психосоматических и невротических нарушениях // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 6. – С. 116–120.
15. Баскаков В. Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. – 176 с.
16. Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии) // Руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент : Медицина, 1979. – 620 с.
17. Безбах В. Г. Работа политического отдела дивизии, заместителя командира полка по политической части по совершенствованию морально-политической и психологической подготовки личного состава к ведению боевых действий: Конспект лекций. – М. : ВПА, 1990. – С. 6.
18. Беленки Г., Ной Ш., Соломон З. Стресс на поле боя: опыт Израиля // Милитари ревью. – 1985. – № 7. – С. 28–37.
19. Белоусова Г. И. Формирование психической устойчивости к факторам чрезвычайной ситуации : методические рекомендации. – Пермь : МИГ, 2006. – 108 с.
20. Березовец В. В. Социальная защита и социально-психологическая реабилитация ветеранов локальных войн. – М. : Вера плюс, 1997. – 110 с.
21. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
22. Блінов О. А. Влияние психогений на боеспособность военнослужащих в результате боевой психической травмы. Методические рекомендації для военного психолога / О. А. Блінов // Тези доповідей другої науково-метод. конф. слухачів «Діагностика та методика вирішення конфліктів у військовому середовищі». – К. : КВГІ, 1996. – С. 31–33.
23. Блінов О. А. Вплив страху на поведінку та психічні розлади у військовослужбовців / О. А. Блінов, О. І. Люшняк // Система

безперервної освіти: здобутки, пошуки, проблеми: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. – Кн. 6. – Чернівці, 1996. – С. 101–104.

24. Блінов О. А. Психогенні розлади у військовослужбовців та їх прогнозування // Збірник наукових статей ад'юнктів і здобувачів кафедр КВГІ. – К. : КВГІ, 1996. – С. 3–21.

25. Блінов О. А. Деформація процесу спілкування при бойовому психогенному стресі / О. А. Блінов // Тези доповідей слухачів на науково-практичній конференції викладачів кафедри соціальної та військової психології і слухачів КВГІ. – К. : КВГІ, 1996. – С. 29–31.

26. Блінов О. А. Екстремальні умови діяльності та прогнозування психогенних втрат / О. А. Блінов // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. «Проблеми безпеки української нації на порозі ХХІ сторіччя». – Ч.2. – Київ-Чернівці, 1998. – С. 522–528.

27. Блінов О. А. Прогнозування психогенних втрат // Зб. наукових праць КВГІ. – К. : КВГІ, 1998. – № 1 (6). – С. 9–15.

28. Блінов О. А. Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітряно-десантної підготовки : дис. ... канд. психол. наук : 20.02.02 / Блінов Олег Анатолійович. – К., 1999. – 275 с.

29. Блінов О. А., Степанченко В. І. Психологічні аспекти психотронної зброї / О. А. Блінов, В. І. Степанченко // Зб. наук. праць. – К. : ВГІ НАОУ, 2002. – Вип. 5 (30). – С. 12–17.

30. Блінов О. А., Степанченко В. І. Психологічні особливості інформаційних війн сучасності / О. А. Блінов, В. І. Степанченко // Зб. наук. праць. – К. : ВГІ НАОУ, 2002. – Вип. 4 (29). – С. 11–17.

31. Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – 36 с.

32. Блінов О. А. Використання прийомів психічної саморегуляції під час несення служби у добовому наряді / О. А. Блінов // Зб. наук. праць. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – Вип. 1 (32). – С. 10–14.

33. Блінов О. А. Особливості проведення психологічних операцій у війні США проти Іраку 2003 року / О. А. Блінов // Зб. наук. праць. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – Вип. 5 (36). – С. 10–18.

34. Блінов О. А., Степаненко А. А. Особистісний фактор оцінці бойових можливостей з'єднання / О. А. Блінов, А. А. Степаненко // Матеріали Міжнар. наук. практ. конф. «Теоретико-методологічні

проблеми дослідження психології особистості і досвід минулого – погляд у майбутнє». 20-22 вересня 2004 р. – Одеса., 2004. – С. 27–34.

35. Блінов О. А., Криворучко П. П. Розрахункова задача «Прогнозування психогенних втрат військовослужбовців». Програмне забезпечення ПЕОМ. – К. : НАОУ, 2004. – 8 с.

36. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців / О. А. Блінов // Вісник НАОУ. – К. : Міленіум, 2006. – Вип. 2. – С. 118–124.

37. Блінов О. А. Групи бойових психічних травм у військовослужбовців / О. А. Блінов // Матеріали Всеукр. наук.-теорет. конф. «Сучасні тенденції та перспективи розвитку освіти і науки у вищих навчальних закладах України» (12 травня 2006 року). – Хмельницький: Видавництво Національної академії Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького, 2006. – С. 173.

38. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. – К. : НАОУ, 2006. – 80 с.

39. Блінов О. А. Особливості структури психологічної роботи у Збройних силах / О. А. Блінов // Науковий вісник Чернівецького університету. Педагогіка та психологія. Зб. наук. пр. Чернівці «Рута», 2007. – Вип. 327. – С. 18–23.

40. Блінов О.А. Тришелонна система надання психологічної допомоги дезадаптованим військовослужбовцям у бойовій обстановці / Матеріали науково-практичної конференції «Психопрофілактична робота з персоналом: науково-методичні та організаційно-практичні питання». 28 лютого 2007 року. – К. : КНУВС, 2007. – С. 210–213.

41. Блінов О. А. Особливості організації проведення психологічного тренінгу / О. А. Блінов // Вісник. Збірник наукових статей Київського міжнародного університету. Серія: Психологічні науки. Вип. 12. – К. : КиМУ, 2008. – С. 9–23.

42. Блінов О. А. Функції та специфіка роботи практичного психолога: навч. посібник / О. А. Блінов, П. П. Криворучко, В. М. Марченко. – К. : КиМУ, 2009. – 462 с.

43. Блінов О. А. Аналіз психотехнік, які використовуються в тренінговій роботі / Проблеми державного будівництва в Україні №18, Т.2: Тези доповідей XV міжнар. наук.-практ. конф. «Україна в євроінтеграційних процесах», 20–21 лютого 2010 р. / Київський міжнародний університет. – КиМУ, 2009. – С. 48–51.

44. Блінов О. А. Нормалізація сну за допомогою прийомів самонавіювання / Український бальнеологічний журнал. Науково-практичний журнал. – №3, 4. – 2009. – С. 19–21.
45. Блінов О. А. Психотехніки інтегративної та трансперсональної психології // О. А. Блінов, Г. В. Трикула / Збірник наукових статей Київського міжнародного університету й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Серія: «Психологічні науки: проблеми і здобутки». – Вип. 1. – К. : КиМУ, 2010. – С. 182–201.
46. Блінов О. А. Розвиток управлінського потенціалу управління вищого навчального закладу в ході соціально-психологічного тренінгу : монографія // Соціально-психологічне забезпечення розвитку особистості у сфері вищої освіти. – К. : КиМУ, 2010. – С. 115–125.
47. Блінов О. А. Особливості управління страхом людини заради виконання професійних завдань у небезпечних умовах для його життя / Матеріали Третьої Всеармійської наук.-практ. конф. [«Актуальні проблеми становлення особистості професіонала в ризиконебезпечних професіях»], (Київ 26 травня 2011 р.) / Мін-во оборони України. Національний університет оборони України. – К. : НУОУ, 2011. – С. 24–26.
48. Блінов О. А. Вплив страху на психологічний ресурс особистості військовослужбовця / Матеріали Третьої міжнар. наук.-практ. конф. «Культурно-історичний та соціально-психологічний потенціал особистості в умовах трансформаційних змін у суспільстві», Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Інститут економіки, математики і механіки. 16–17 вересня 2011 року. – С. 329–336.
49. Блінов О. А. Подолання страху людиною в складних умовах праці / Актуальні проблеми психології діяльності в особливих умовах: Матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. 20 квітня 2011 р.; за заг. ред. О.В. Петренка. – К. : НАУ, 2011. – С. 5–6.
50. Блінов О. А. Психологічна характеристика виникнення та впливу страхів на життя людини / Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. / Київ. Нац. Ун-т ім. Тараса Шевченка ; редкол.: В. І. Судаков [та ін.]. – К. : Логос, 2011. – Т. 2: Спецпроект: «Тенденції розвитку психології в Україні: історія та сучасність» з нагоди 85-ї річниці від дня народження фундатора вітчизняної історико-психологічної науки В.А. Роменця. Психологія особистості. Медична психологія. – С. 120–126.

51. Блінов О. А. Вплив страху на час людини в умовах ризику / Вісник ОНУ. Спец. вип. «Матеріали Четвертої міжнародної науково-практичної конференції «Культурно-історичний та соціально-психологічний потенціал особистості в умовах трансформаційних змін у суспільстві» (приуроченої до 20 річниці з початку підготовки психологів в ОНУ і 85 річниці від дня народження професора І. Г. Білявського). – 2012. – Т. 17. – Вип. 8 (20). – С. 15–20.

52. Блінов О. А. Страх як мотивуючий чинник виконання службових завдань військовослужбовцями / Тези доповідей VIII Міжнар. наук.-практ. конф. «Військова освіта і наука: сьогоднішня та майбутня» [Текст] ; за заг. ред. В. В. Балабіна, 23 листопада 2012 р. – К. : ВІКНУ, 2012. – С. 182.

53. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Вип. 32. – С. 15–20.

54. Блінов О. А. Психічні стани військовослужбовців у процесі служби / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України: зб. наук. пр. – К. : НУОУ, 2013. – Вип. 4 (35). – С. 196–201.

55. Блінов О. А. Саморегуляція несприятливих емоційних станів людини у напружених умовах діяльності / О. А. Блінов // Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. пр. – Вип. 14. – Ч. II. – Х. : НУЦЗУ, 2013. – С. 21–29.

56. Блінов О. А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум / О. А. Блінов. – К. : НАУ, 2013. – 80 с.

57. Блінов О. А., Степаненко А. А. Психічні стани десантників при здійсненні стрибків з парашутом / Перспективи розвитку озброєння та військової техніки сухопутних військ : збірка тез доповідей Міжнар. наук.-техн. конф., 22-24 травня 2013 р. – Львів, МО України, Академія сухопутних військ ім. гетьмана Петра Сагайдачного, 2013. – С. 74.

58. Блінов О.А. Психологічне забезпечення переговорного процесу : навч. посіб. / О.А. Блінов. – К. : НАУ, 2013. – 248 с. (з грифом МОН України).

59. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям / О. А. Блінов // Вісник

Національного університету оборони України: зб. наук. пр. – К. : НУОУ, 2014. – Вип. 4 (41). – С. 168-173.

60. Блінов О. А. Вплив сучасних та постсучасних HR-технологій на вдосконалення трудових відносин в умовах українського ринку праці: риси трансформацій // Шедяков В. Є., Блінов О. А., Морозов П. Д. Удосконалення трудових відносин як основа стійкості та розвитку громадянського суспільства: монографія; за ред. П. Д. Морозова. – К. : Задруга, 2014. – С. 130–250. – Бібліогр.: с. 265–318.

61. Блінов О. А. Деформація особистості військовослужбовців у наслідок участі в бойових діях / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2014. – Т. X. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – Вип. 26. – С. 87–96.

62. Блінов О. А. Можливості та обмеження сучасного професійного відбору персоналу / Соціально-гуманітарні та правові проблеми діяльності Збройних Сил України : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 24 квітня 2014 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К. : НУОУ, 2014. – С. 133-135.

63. Блінов О. А. Психогігієна несприятливих емоційних станів керівника / Актуальні проблеми вищої професійної освіти України: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. 20 березня 2014 р.; за заг. ред. Е. В. Лузік, О. М. Акмалдінової. – К.: НАУ, 2014. – С. 24.

64. Блінов О. А. Психологические особенности раненых бойцов, принимавших участие в боевых действиях / Соціально-правовий захист населення: виклики сьогодення [Текст]: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 6 листопада 2014 року); за заг. ред. проф. О. М. Котикової та проф. І. М. Ковчиної. – К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2014. – С. 10–12.

65. Блінов О. А. Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств // Проблемы современной науки: сб. науч. тр. – Вып. 13. – Ставрополь: Логос, 2014. – С. 20–27.

66. Блінов О. А., Іванова Є. О. Розвиток і формування особистості в професійній діяльності / Матеріали другої Міжнар. наук.-практ. конф. «Розвиток особистості у рамках просторово-часової організації життєвого шляху», 24 квітня 2014 року, м. Одеса. Вісник Одеського Національного університету. Серія Психологія. – 2014. – Т. 19. – Вип. 1 (31). – С. 36–42.

67. Блінов О. А., Шатило Ю. П. Тренінг розвитку комунікативних навичок ведення переговорів / О. А. Блінов, Ю. П. Шатило. – К. : НАУ, 2014. – 68 с.
68. Блінов О. А. Основні складові моделі психологічної реабілітації комбатантів / Соціальна робота як правозахисна професія : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 29 квітня 2015 року. Чернівецький нац. ун-т ім. Юрія Федьковича. – Чернівці, 2015. – С. 20–23.
69. Блінов О. А. Поняття метафоричних асоціативних карт та їх використання в психологічній реабілітації / Актуальні проблеми вищої професійної освіти України: Матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. 19 березня 2015 р.; за заг. ред. Е. В. Лузік, О.М. Акмалдінової. – К. : НАУ, 2015. – С. 14.
70. Блінов О. А. Теоретичні уявлення та практичні здобутки психологічної реабілітації поранених комбатантів / О. А. Блінов // Науковий вісник Чернівецького університету: зб. наук. пр. – Вип. 739. Педагогіка та психологія. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2015. – С. 7–14.
71. Блінов О. А., Степаненко А. А. Основні напрямки психологічної реабілітації поранених військовослужбовців / Перспективи розвитку озброєння та військової техніки Сухопутних військ: зб. тез доповідей Міжнар. наук.-техн. конф. (Львів, 14-15 травня 2015 року). – Львів: АСВ, 2015. – С. 234–235.
72. Блінов О. А. Колода метафорических асоціативних карт «Стресс-стоп!». – К. : НАУ. – 2015.
73. Блінов О. А. Колода метафорических асоціативних карт «Компас выбора профессии». – К. : НАУ. – 2016.
74. Блінов О. А. Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії / О. А. Блінов // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. Київського Національного університету ім. Тараса Шевченка. – Київ. – 2016. – Вип. 4 (29). – С. 6–11.
75. Блінов О. А. Досвід психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей в умовах санаторію / Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Київ, 12-13 лютого 2016 р.) / Київський Національний університет ім. Тараса Шевченка. – К. : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. – С. 23–26.



76. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
77. Боевой стресс: стратегии коррекции : сборник научных трудов / под ред. И. Б. Ушакова, Ю. С. Голова. – М. : Воентехиниздат МО РФ, 2002. – 146 с.
78. Бойко О. В., Гузенко І. М., Кожевніков В. М., Миценко Д. В., Муравська М. С., Романишин А. М. Психологічна підготовка Ч.1. Теоретичний аспект: Навчально-методичний посібник. – Львів: АСВ, 2010. – 211 с.
79. Бондарев Н. И. Организация психиатрической и психоневрологической помощи в Красной Армии во время войны / Под ред. В.П. Осипова. – Л. – М.: ОГИЗ, 1934. – С. 126–129.
80. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь. Теория и практика: Учебное пособие для студентов старших курсов психологических факультетов и отделений университетов. – Киев: Укртехпрес, 1997. – 217 с.
81. Боченков А. Н. Динамика социально-психологического состояния моряков АПЛ «Комсомолец» в постстрессовый период // Психол. журн. – 1995. – Т 16. – № 1. – С. 52–63.
82. Булавцев В. Д. Войсковая психологическая реабилитация летного состава : дис.... канд. психол. наук. – М., 1994. – 203 с.
83. Вагин И. Психология жизни и смерти. – СПб. : Питер, 2001. – 160 с.
84. Ванін М. Самоубійства среди американских военнослужащих в Ираке // Зарубежное военное обозрение. – 2004. – № 2. – С. 69.
85. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М. : МГУ, 1984. – 200 с.
86. Ведяев Ф. П., Воробьева Т. М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. – Киев : Здоров'я, 1983. – 136 с.
87. Велик Я. Я. Психологическая саморегуляция в экстремальных условиях деятельности. – М., 1989. – 214 с.
88. Висоцкий В. И., Звездин В. М., Курьята В. И. и др. Организация и содержание деятельности центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей: Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. В. И. Ключникова. – М. : ГУВР ВС РФ, 2003.

89. Военная психиатрия / Под. ред. С. В. Литвинцева, В. К. Шамрея. – СПб. : ВмедА, ЗЛБИ–СПб., 2001. – 336 с.
90. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты : психология горевания / [пер. с англ.]. – М.: Когито-Центр, 2007. – 160 с.
91. Волошин В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврол. и психиатр. – 2004. – Т. 104. – № 1. – С. 17–23.
92. Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США // Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 12. – С. 61–62.
93. Воробьев А. И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 8. – С. 71–74.
94. Высоцкий В. Влияние современного боя на психику воина // Ориентир. – 2001. – № 3. – С. 40–45.
95. Вяткин Б. А. Управление психическим стрессом в спортивных соревнованиях. – М. : Физкультура и спорт, 1981. – 112 с.
96. Гарик Дж. Двенадцать шагов: Программа самостоятельной реабилитации для ветеранов войны в Афганистане : [пер. с англ.]. New York, 1992. – 31 с.
97. Герберт Клавдія. Розуміти травматичний досвід. Путівник для безпосередніх учасників та їхніх родин. Переклад з англ. Якимець Олександра. – Львів, Видавництво «Скриня», 2015. – 68 с.
98. Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций. – М. : Юнити, 2007. – 495 с.
99. Дако П. Новое искусство жить / [пер. с франц.]. – М. : Институт практической психологии, 1995. – 256 с.
100. Данилов А. Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. – 1991. – № 9. – С. 11–12.
101. Данильченко С. А., Кадыров Р. В., Кулешов В. Е. Отношение к смерти и бессмертию на войне : монография. – Владивосток : ТОВМИ им. С. О. Макарова, 2007. – 112 с.
102. Даровских И. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжелые ранения в военном конфликте // Медицина катастроф. – 1998. – № 1 (17). – С. 48–52.

103. Дерягина Л. Е., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды. – Архангельск : СГМУ, 2001. – 123 с.
104. Джеймс Х. Душевные омуты: Возвращение к жизни после тяжелых потрясений : [пер. с англ.]. – М. : Когито-Центр, 2006. – 192 с.
105. Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала» / под. ред. А. И. Копытина. – СПб. : Речь, 2005. – 80 с.
106. Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход). – М. : Институт психологии РАН, 2003. – 318 с.
107. Добротворский Н. М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915-1918 гг.) // Научная медицина. – 1919. – № 1. – С. 378–386.
108. Доскин В. А. Профилактика экзаменационного стресса // Школа и психическое здоровье учащихся / под ред. С. М. Громбаха. – М. : Медицина, 1988.
109. Дохолян С., Степанов А. Психологическая готовность к выполнению поставленных задач // Ориентир. – 2002. – № 6. – С. 37–43.
110. Дружинин В. Ф. Мотивация деятельности в чрезвычайных ситуациях. – М. : МНЗПУ, 1996. – 165 с.
111. Друзь О. В., Безклиньска О. З., Мороз Г. З., Самарський М. І., Таран Т. В., Чайковський А. Р., Черненко І. О. Практичні аспекти використання музикотерапії в комплексній реабілітації учасників антитерористичної операції. Методичні рекомендації. – Львів, ТзОВ «Растр-7», 2015. – 19 с.
112. Дудин С. Профилактика боевых психических расстройств у военнослужащих специальными методами психологической подготовки // Информационно методический сборник ЦВС и ПИ ВС РФ. – 1993. – № 4 (7). – С. 38–45.
113. Дудин С. Психодиагностика предрасположенности к аффективным расстройствам у военнослужащих // Информационно методический сборник ЦВС и ПИ ВС РФ. – 1993. – № 1. – С. 42–48.
114. Дьяченко М. И. Психологический анализ боевой деятельности советских воинов. – М. : ВПА, 1974. – 105 с.
115. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Понаморенка В. А. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: Психологический аспект. – М. : МГУ, 1985. – 206 с.

116. Евдокимов В. И. Рефлексопрофилактика утомления и профессионального стресса. – Кировоград : Кировоградская правда, 1990. – 104 с.
117. Емельянов Ю. Н. Активные групповые методы социально-психологической подготовки специалистов. – Л., 1985. – 168 с.
118. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 50–56.
119. Жариков Е. С. Психологические средства стрессоустойчивости. – М. : Моск. кадровый центр, 1990. – 32 с.
120. Жданов О. И. Технологии самосбережения в экстремальных условиях: Практикум для госслужащих / под ред. А. А. Деркача. – М. : РАГС, 1998. – 79 с.
121. Жуков Г. А. О последствиях войны в районе Персидского залива // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 12. – С. 17–19.
122. Захаров Б. В., Кучер А. А. Особенности боевой травмы и способы психологической реабилитации военнослужащих // Мир психологии. – 1998. – № 2. – С 80–85.
123. Захаров Ю. М., Захаров В. И. Информационное обеспечение медико-социальной реабилитации участников войн. – СПб. : «Нордмед-Издат», 1999. – 408 с.
124. Зеленова М. Е., Лазебная Е. О., Тарабрина Н. В. Психологические особенности пост-травматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 2. – С. 34–49.
125. Знаков В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении // Психологический журнал. – 1990. – Т. 11. – № 2. – С. 99–108.
126. Знаков В. В. Психологический портрет участника войны в Афганистане в массовом сознании // Психологический журнал. – 1991. – Т. 12. – № 6. – С. 26–39.
127. Зубарев Ю. Г. Нервно-психические расстройства в экстремальной обстановке // Военно-медицинский журнал. – 1990. – № 11. – С. 14–16.
128. Иванов П. Посттравматический военный стресс // Морской сборник. – 2002. – № 8. – С. 27–33.

129. Иванов П., Сатапкина Е. Опыт социально-психологической реадaptации участников боевых действий // Морской сборник. – 2002. – № 9. – С. 27–34.
130. Иванов Ф. И. Реактивные психозы в военное время. – Л. : Медицина, 1970. – 167 с.
131. Ивашкин В. Т., Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Рустанович А. В., Гуляев В. А. Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи легкопораженным на этапах медицинской эвакуации // Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 3. – С. 32–37.
132. Иванов Д. А., Иванцова Г. В., Ричка О. В. Організація надання медико-психологічної допомоги у збройних силах США на театрі воєнних дій // Психічне здоров'я. – 2005. Вип. 2 (7). – С. 72–76.
133. Иванцова Г. В. Система медико-психологічної підготовки військовослужбовців і членів їх сімей до надзвичайних ситуацій та їх реагування на наслідки / Г.В. Иванцова. – К. : Наук. світ, 2009. – 220 с.
134. Исаев А. Б., Котенев И. О., Филиппов Н. М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований) // Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989. – С. 15–26.
135. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи. Пособие для прак-тических психологов / Е. П. Караблина [и др.]; под ред. Е. П. Караблиной. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, СОЮЗ, 2001. – 319 с. (Практическая психология).
136. Кадыров Р. В. Особенности смысловой сферы у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // Психология саморазвития человека: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. Киров: Изд-во ВятГГУ, 2008. – С. 93–100.
137. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.
138. Кадыров Р. В. Современный взгляд на боевую психическую травму. – Владивосток : ТОВМИ, 1999. – С. 23–31.

139. Кадыров Р. В., Елизарьев С. А. Стресс в условиях боевой деятельности на примере подразделений ТОФ и МВД Приморского края. – Благовещенск: АмГУ, 2000. – С. 523–529.
140. Кадыров Р. В., Кравцова Н. А. Особенности отношения ко времени у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // Сибирский психологический журнал. – Томск, 2009. – С. 53–62.
141. Калмыкова Е. С. Реконструкция психической травмы: восстановление связи времен и событий // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 3. – С. 20–30.
142. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С. 70–80.
143. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / [пер. с англ.]. – М. : Академический проект, 2001. – 368 с.
144. Каменченко П. В. Посттравматическое стрессовое расстройство // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1993. – № 9. – С. 95–99.
145. Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В. Антистресс-тренинг. – СПб.: Питер, 2004. – 192 с.
146. Капосльоз Г. В. Особливості дослідження мотивації до діяльності у незвичайних умовах та управління нею / Г. В. Капосльоз // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2011. – Вип. 6 (25). – С. 172–176.
147. Караяни А. Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. – М., 1998. – 194 с.
148. Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. – СПб. : Питер, 2006. – 480 с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»).
149. Караяни, А. Г. Настольная книга военного психолога : практич. пособие / А. Г. Караяни. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 332 с.
150. Карсавина Е. Как преодолеть стресс и сохранить душевное равновесие. – М. : Центр-полиграф, 2004.
151. Кекелидзе З. И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций : руководство : в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 2004. – 361 с.

152. Киндрас Г. П., Миронова О. А. Вопросы адаптации при посттравматических расстройствах (ПТСР) // Материалы 12 съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 149–151.
153. Киндрас Г. П., Тураходжаев А. М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию военных – ветеранов войны в Афганистане // Социал. и клинич. психиатр. – 1992. – № 1. – С. 33–36.
154. Киришбаум Э. И., Еремеева А. И. Психологическая защита. – Владивосток : ДВГУ, 1993. – 103 с.
155. Китаев-Смык Л. А. Побеждающие побеждаемые. Психолог на чеченской войне // Солдаты удачи. – 1995. – №12. – С. 10–15.
156. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. – М. : Наука, 2000. – 368 с.
157. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны : Фронтовые наблюдения врача-психолога / М-во культуры РФ. Рос. Ин-т культурологии. – М., 2001. – 80 с.
158. Кіх А. Ю., Волянський О. М., Білінов О. А. Проблемні питання організації медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції на госпітальному етапі / Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції (Київ, 3 червня 2015 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К. : НУОУ, 2015. – С. 169–171.
159. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб. : Питер, 2002. – 240 с.
160. Козлов В. В. Работа с кризисной личностью : методическое пособие. 2-е изд., доп. – М. : Психотерапия, 2007. – 336 с.
161. Кокун О. М. Кількісна та якісна оцінка тривалої психологічної готовності військовослужбовців до миротворчої діяльності / О. М. Кокун // Вісник Національного університету оборони України. 36-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2011. – Вип. 5 (24). – С. 153–158.
162. Колодзин Бенджамин. Как жить после психической травмы / Проблемы военной психологии: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко; Под общ. ред. А. Е. Тараса. – Мн. : Харвест, 2003. – С. 211–216.

163. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. – М. : Когито-Центр, 2014. – 203 с.

164. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Монографія: Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Косенко А.Ф., Кочергіна Т.І. Загальна редакція М.С. Корольчука. – К. : Фірма «Інкос», 2002. – 272 с.

165. Космолинский Ф. П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. – М. : Медицина, 1976. – 192 с.

166. Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие / МЦ при ГУК МВД России. – М., 1997. – 40 с.

167. Коупленд Н. Психология и солдат / Перевод с англ. А. Т. Сапронова, В. М. Катеринича. Под ред. Кулиша В. М. – М. : Воениздат, 1960. – 135 с.

168. Коханов В. П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. – СПб. : Практическая медицина, 2008. – 448 с.

169. Красило А. И. Психологическое консультирование посттравматических состояний: учебное издание. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2004. – 96 с.

170. Краснушкин Е. К. Неврозы военного времени // Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. – М., 1944. – №8. – С. 64–75.

171. Краснушкин Е. К. Психогении военного времени // Нервные и психические заболевания военного времени / под ред. А. С. Шмарьяна. – М., 1948. – С. 245–252.

172. Краснянский А. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов // Синапс. – 1993. – № 3. – С. 14–35.

173. Криворучко П. П. Психологічне забезпечення професійної діяльності корабельних спеціалістів у тривалому плаванні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. : спец. 20.02.02 «військова психологія і педагогіка» / П. П. Криворучко. – К., 1998. – 17 с.

174. Кризова психологія: Навч. посіб.: 2-е вид./ За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Х. : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. – С. 172–173.



175. Кристал Г. Травма и аффекты // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. – М. : ИПППА, 2002.
176. Крюкова М. А., Никитина Т. И., Сергеева Ю. С. Экстренная психологическая помощь. – М. : НЦ ЭНАС, 2003. – 64 с.
177. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учебное пособие. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с.
178. Курченко С., Мороз Р., Цуканова Т. Преодоление боевого стресса и его психологических последствий. – Николаев, «Мекс Адвертайзинг», 2015. – 63 с.
179. Ладанов И. Д. Управление стрессом. – М. : Профиздат, 1989. – 144 с.
180. Лазебная Е. О. Психологические последствия психической травмы как фактор травматизации общества. Посттравматический и поствоенный стресс // Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход : материалы конференции. – Пермь, 1988. – С. 24–25.
181. Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Военно-травматический стресс: особенности пост-травматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 5. – С. 62–74.
182. Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях. – М. : Издательство политической литературы, 1989. – 304 с.
183. Левин П. А., Фредерик Э. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ. ] / науч. ред. Е. С. Мазур. – М. : АСТ, 2007. – 316 с.
184. Левин П. Исцеление от травмы: уроки природы // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 58–69.
185. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 11. – С. 2–16.
186. Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психологическая профилактика стрессов. – М. : МГУ, 1993. – 122 с.
187. Линде Н. Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия: чувство–образ–анализ–действие. – М. : Генезис, 2015. – 384 с.

188. Литвак М. Е., Миревич М. О. Как преодолеть острое горе. – Ростов н/Д. : Феникс, 2000. – 320 с.
189. Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В. Актуальные вопросы патогенеза боевой психической травмы // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. – СПб. : ВМедА, 1995. – С. 30–38.
190. Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В., Снедков Е. В. Аддиктивное поведение военнослужащих в боевых условиях // Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 11. – С. 39–43.
191. Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Некоторые особенности формирования невротических расстройств у личного состава ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан // Опыт советской медицины в Афганистане: тез. докл. Всеарм. науч. конф. – М., 1992. – С. 102.
192. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.
193. Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Рустанович А. В. О становлении системы психиатрической помощи военнослужащим в условиях боевых действий // Военно-медицинский журнал. – 2002. – № 2 – С. 9–17.
194. Ловелле Р. П. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. – М., 2001. – 154 с.
195. Ложкін Г. В., Блінов О. А. Військова психологія в Україні з 1990 по 2012 рік / Г. В. Ложкін, О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2013. – Вип. 1 (32). – С. 221–228.
196. Люнберг Л. Стресс: его военное следствие – медицинские аспекты и проблемы // Эмоциональный стресс. – М. : Медицина, 1974. – С. 255 – 260.
197. Магомед-Эминов М. Ш. Позитивная психология человека. – М. : Наука, 2007. – 275 с.
198. Магомед-Эминов М. Ш. Экстремальная психология. Т. 2. – М. : Психоаналитическая Ассоциация, 2006. – 576 с.
199. Мазо Г. Е. Аутогенная тренировка режима труда. – Минск : Полымя, 1992. – 96 с.
200. Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 31–53.

201. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16–24.
202. Маклаков А. Г., Чермянин С. В., Шустов Е. Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19. – №2. – С. 15–26.
203. Максименко С. Д. Генезис существования личности. – К. : Издательство ООО «КММ», 2006. – 240 с.
204. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
205. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
206. Малхазов О. Р. Психологія та психофізіологія управління руховою діяльністю: Монографія. – К. : Євролінія, 2002. – 320 с.
207. Медицинская реабилитация участников войн и локальных вооруженных конфликтов / Э. А. Нечаев [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 2. – С. 4–7.
208. Медичне забезпечення військ (сил). – Ч. 1: Основи організації медичного забезпечення військ (сил) у мирний час: Навчальний посібник / Під ред. Г. О. Іванова – К. : НАОУ, 2005. – С. 70–71.
209. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. – М. : Наука, 1981. – 278 с.
210. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. – М. : Медицина, 1988. – 256 с.
211. Методичні рекомендації по трьохшаровій системі надання психологічної допомоги в бойовій обстановці. – Відділ виховної роботи Північного ОТК. – Чернігів, 1996. – 20 с.
212. Мильман В. Э. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности // Стресс и тревога в спорте. – М. : Физкультура и спорт, 1983. – С. 24–46.
213. Миронец С. М. Негативні психічні стани та реакції працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України в умовах надзвичайної ситуації : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09 / Миронец Сергій Миколайович. – К., 2007.
214. Мозговой С. К проблеме стрессоустойчивости военнослужащих // Морской сборник. – 1999. – №8. – С. 49–56.

215. Мокор П. Х. Военная психология и реальность боя // Современная буржуазная военная психология / Под ред. А. В. Барабанщикова, Н. Ф. Феденко. – М. : Воениздат, 1964. – С. 50–51, 58–59.

216. Наенко Н. И. Психическая напряженность. – М. : МГУ, 1976. – 112 с.

217. Наиболее распространенные формы психических нарушений у населения на разных этапах локального вооруженного конфликта и при террористических актах: клинические особенности, диагностика и лечение : пособие для врачей. – М. : ВЦМК «Защита», 2004. – 27 с.

218. Напреенко А. К., Марчук Т. Е. Посттравматические стрессовые расстройства (обзор литературы) // Архів психіатрії. – 2001. – № 3. – С. 14–19.

219. Невмержицький В. М. Особливості професійно-психологічного відбору військовослужбовців до діяльності в особливих умовах / В. М. Невмержицький // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2014. – Вип. 2 (39). – С. 269–273.

220. Нечаев А. П. Посттравматические стрессовые расстройства (информационно-лингвистические аспекты) // Зарубежная военная медицина. – 1999. – № 96. – С. 4–6.

221. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 4. – С. 22–26.

222. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Оказание психиатрической помощи военнослужащим в военное время // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 6. – С. 12–16.

223. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Фастовцев Г. А. Значение психического фактора в патогенезе и клинике боевой хирургической травмы // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 18.

224. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Снедков Е. В. Особенности организации психиатрической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах // Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 6. – С. 18–23.

225. Нечипоренко В. В., Шепелева Е. В. Значимость психотравмирующих факторов в развитии пограничных психических расстройств у военнослужащих срочной службы // Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 1. – С. 57.

226. Николаев А. Н. Стресс: его преодоление и профилактика. – М. : Знание, 2005.
227. Николаи Г. Ф. Биология войны: Мысли естествоведа: [пер. с нем.] / предисл. Р. Ролана. Изд. 2-е. – М. : Издательство ЛКИ, 2007. – 248 с.
228. Никонов В. П., Козловский И. И. Психическая адаптация в боевой обстановке режима чрезвычайного положения (Северо-Кавказский регион) // Безопасность. Информационный сборник. – 1995. – № 7-8. – С. 94–103.
229. Новиков В. С., Боченков А. А., Чермянин С. В. Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 9. – С. 36–38.
230. Новые аспекты психотерапии травматического стресса: Методические рекомендации / М. Ш. Магомед-Эминов [и др.]. – Харьков, 1990. – 32 с.
231. Оливер Е. Посттравматический стрессовый синдром // Зарубеж. воен. мед. – 1993. – № 3. – С. 25–26
232. Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих внутренних войск МВД России, принимающих участие в выполнении служебно-боевых задач : методическое пособие / под ред. Ю. В. Сабанина; ГК ВВ МВД России ВМУ. – М., 2003. – 75 с.
233. Организация профессиональной психологической подготовки сотрудников органов внутренних дел : методическое пособие. – М. : ГУК МВД России, 2003. – 154 с.
234. Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях : методическое пособие / под общ. ред. В. М. Бурыкина. – М. : ИМЦ ГУК МВД РФ, 2004. – 240 с.
235. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел. – М. : МВД РФ ГУК, 2002. – 272 с.
236. Осипова А. А. Справочник практического психолога по работе в кризисных ситуациях. Изд. 2-е. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 315 с.
237. Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия : методические рекомендации / Д. А. Алексеева [и др.]. – Л. : Изд-во института им. В. М. Бехтерева, 1990. – 18 с.

238. Особенности оказания медико-психологической помощи родственникам погибших моряков атомной подводной лодки «Курск» / А. Г. Маклаков [и др.] // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – №2. – С. 5–13.
239. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М. : Academia. 2005. – 288 с.
240. Осьодло В. І. Психологія професійного становлення офіцера: [монографія]. – К. : ПП «Золоті ворота», 2012. – 463 с.
241. Ответчиков А. В. Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий. Учебное пособие. – М., ВПА, 1991. – 103 с.
242. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. – М., 2012. – С. 52.
243. Панкратов В. Н. Саморегуляция психического здоровья : практическое руководство. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 352 с.
244. Пасько В. В., Бадюк М. І., Котуза А. С. Система медичного забезпечення Збройних сил України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності // Військова медицина України. – 2005. – № 1. – Т 5. – С. 5–11.
245. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия : [пер. с нем.] 2-е изд. – М. : Институт позитивной психотерапии, 2006. – 464 с.
246. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов. – СПб. : Речь, 2004. – 288 с.
247. Пергаменщик Л. А. Кризисная психология : учебное пособие. – Минск : Выш. шк., 2004. – 239 с.
248. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 384 с.
249. Петер С. Л. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. – М., 2000. – 85 с.
250. Петров Н. Н. Аутогенная тренировка для вас: практическое пособие (с примечаниями для инструкторов). – М. : ЦП и П, 1990. – 19 с.
251. Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2011. – 176 с.
252. Пищелко А. В. Психосоциальная реабилитация работников органов внутренних дел после чрезвычайных ситуаций : учебное пособие

// МВД РФ, Республ. ин-т повыш. квалиф. работников МВД. – Домодедово, 1998. – 32 с.

253. Пищелко А. В., Сочивко Д. В. Реадаптация и ресоциализация. – М. : ПЕР СЭ, 2003. – 208 с.

254. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / Марищук В. Л., Евдокимов В. И. – СПб. : Издательский дом «Сентябрь», 2001. – 260 с.

255. Повернення з зони бойових дій. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО / Редактор-упорядник : Т. М. Майстренко. – Житомир : Вид-во Євенок О. О., 2015. – 32 с.

256. Погосов А. В., Смирнова Л. В. Некоторые актуальные аспекты посттравматических стрессовых расстройств // Архів психіатрії. – 2001. – № 4. – С. 81–83.

257. Полежаев В. Г., Савка И. С., Чобан В. И. Стрессовые переломы. – Киев, 2003. – 160 с.

258. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (на материале землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действиях в Афганистане): дис. ... канд. психол. наук. – М., 1992. – 171 с.

259. Посттравматические стрессовые расстройства в Украине / Б. В. Михайлов [и др.] // Архів психіатрії. – 2001. – № 1-2. – С. 14–19.

260. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. – 204 с.

261. Посттравматическое стрессовое расстройство: психологические и клинические особенности, вопросы терапии / Н. В. Тарабрина [и др.] // *Materia medica*. – 1996. – № 1 (9). – С. 57–68.

262. Практикум із групової психокорекції: підручник / С.Д. Максименко, О.О. Прокоф'єва, Я.В. Цехмістер, О.В. Царькова. – Мелітополь: Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», 2015. – 414 с.

263. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / под ред. А. О. Прохорова. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.

264. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина [и др.]. – М. : Когито-Центр, 2007. – 208 с.

265. Прикладная психология службово-бойовой діяльності сил охорони правопорядку [Текст] : підручник / І. І. Приходько, І. І. Ліпатов,

Л. Ф. Шестопалова та ін. – Х. : Акад. ВВ МВС України, 2012. – 336 с.: іл. 11; табл. 18; бібліогр. 76 назв.

266. Проблемы военной психологии : Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко ; Под общ. ред. А. Е. Тараса. – Мн. : Харвест, 2003. – 640 с. – (Библиотека практической психологии).

267. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979— 1989) : сб. статей // отв. ред. А. В. Кинсбургский, М. Н. Топалов. – М. : Ин-т социологии РАН, 1993. – 139 с.

268. Психическое здоровье ветеранов афганской войны / П. И. Сидоров [и др.]; под ред. П. И. Сидорова. – Архангельск, 1999. – 384 с.

269. Психическое здоровье и организация психологической подготовки комбатантов : [монография] : в 2 ч. / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзержинская, В. Е. Шевченко, Д. В. Полевик. – К. : А. Т. Ростунов, 2011. – Ч. I. : Военная психиатрия. Психическое здоровье комбатантов. – 2011. – 156 с.

270. Психическое состояние военнослужащих освобожденных из плена / В. В. Морозов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 5. – С. 46–48.

271. Психозы и психоневрозы войны : сборник / под ред. В. П. Осипова. – Л., М. : ОГИЗ, 1934. – 149 с.

272. Психологическая подготовка военнослужащих : учебно-методическое пособие для командиров и войсковых психологов. – М. : ЦВСПиПИ ВС РФ, 1993. – 46 с.

273. Психологическая подготовка сотрудников отделов специального назначения к действиям в экстремальных условиях: развитие навыков саморегуляции и саморефлексии. – М. : ФСИН России, УФСИН России по Костромской области, 2007. – 31 с.

274. Психологическая психотерапия в условиях воинской деятельности. – М. : ВУ, 2001. – 322 с.

275. Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях : материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г. / под ред. проф. Ю. А. Александровского. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 224 с.

276. Психологические особенности пострадавших в локальных вооруженных конфликтах на Северном Кавказе / М. А. Ларцев [и др.] // Медицина катастроф. – 2002. – № 3, 4. – С. 66–69.



278. Психология экстремальных ситуаций / под ред. В. В. Рубцова, С. Б. Малых. – М. : Психологический ин-т РАО, 2007. – 304 с.
279. Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия. Минск : Харвест, 1999. – 475 с.
280. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – 150 с.
281. Психологічна підготовка. Ч. II. Практична складова: Навчально-методичний посібник / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко [та інші]. – Львів : АСВ, 2013. – С. 255.
282. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умов: Методичні рекомендації / За ред. Г. В. Ложкіна. – К. : Військова частина А 0515, Нац. універ. фізич. вихов. і спорту України, 2003. – 145 с.
283. Психологічне супроводження професійної діяльності військовослужбовців служби за контрактом Збройних Сил України: [навчальний посібник] / Бараннік В. А., Блінов О.А., Макаревич О. П. та ін. – К. : РОСА, 2008. – 344 с.
284. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів. – Х. : Прапор, 2009. – С. 521.
285. Пуховский Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. – М. : Академический Проект, 2000. – 286 с.
286. Пушкарев А. П., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика и лечение. – М. : Изд-во института психотерапии, 2000. – 113 с.
287. Пэйк Д. Как преодолеть стресс / [пер. с англ.]. Н. А. Кириленко. – СПб. : Норинт, 2000. – 80 с.
288. П'юселік Френк, Богомолець Ольга, Пінчук Ірина, Ладик-Бризгалова Аліса, Степанова Наталія, Болтоносів Сергій. Робочий зошит для програми самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового. Переклад та літературна редакція Алли Чайки. – К., 2015. – 47 с.
289. Резвый Г. Г. Сравнительный анализ эффективности различных методов психотерапии при хроническом психоэмоциональном стрессе у жителей Севера. – Архангельск, 1997. – 21 с.

290. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / [пер. с англ.]. – М. : Прогресс, 1992. – 240 с.
291. Ременников М. М., Баранов Ю. А. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Военномедицинский журнал. – 1992. – № 9. – С. 11.
292. Решетников М. М. Психическая травма. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. – 334 с.
293. Решетников М. М. Психологические последствия Чернобыльской катастрофы. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2014. – 40 с.
294. Решетников М. М. Психология войны. От локальной до ядерной. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2011. – 496 с.
295. Романишин А. М., Бойко О. В., Гузенко І. М. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах: Навчально-методичний посібник / А.М. Романишин, О.В. Бойко, І.М. Гузенко. – Львів: АСВ, 2014. – 140 с.
296. Ромек В. Г., Контрович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
297. Рончевский С. П. Вопросы психопатологии военного времени // Психозы и психоневрозы войны / Под ред. В. П. Осипова. – Л.-М. : ОГИЗ, 1934. – С. 16.
298. Рончевский С. П. Психогенные реакции, психопатии и основные психозы в военное время // Вопросы психиатрической практики военного времени / под ред. В. П. Осипова. – Л., 1941. – С. 38–91.
299. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам. – М. : Медицина, 2004. – 400 с.
300. Рутман Э. М. Надо ли убежать от стресса. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 128 с.
301. Самоукина Н. В. Психология оптимизма. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 240 с.
302. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. – М., 2001. – 331 с.
303. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство. – М. : Класс, 2005. – 592 с.

304. Свядоц А. М. Неврозы и их лечение. – М. : Медицина, 1982. – 368 с.
305. Секацкий К. И. Об опыте применения телесно-ориентированной психотерапии в оказании помощи при тяжелых психотравмах // Психологическая газета. – 2003. – № 12. – С. 17-19.
306. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М. : Медицина, 1960. – 254 с.
307. Селье Г. Стресс без дистресса. – Рига: Виеда, 1992. – С. 15–16.
308. Семке В. Я. Умейте властвовать собой, или Беседы о здоровой и больной личности. – Новосибирск : Наука, 1991. – 237 с.
309. Серый А. В. Психологические механизмы функционирования системы личностных смыслов. – Кемерово : Кузбассвуиздат, 2002. – 183 с.
310. Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В. Психология катастроф: учебное пособие для студентов вузов / под ред. П. И. Сидорова. – М. : Аспект Пресс, 2008. – 414 с.
311. Синявская Е. С. Психология войны в XX веке: исторический опыт России. – М.: РОС-СПЭН, 1999. – 383 с.
312. Смирнов В. К., Нечипоренко В. В., Рудой И. С. и др. Психиатрия катастроф // Военно-медицинский журнал. – 1990. – № 4. – С. 49–56.
313. Смирнов В. К., Шпиленя Л. С. Основные направления развития военной психиатрии в иностранных армиях // Военно-медицинский журнал. – 1989. – № 11. – С. 71–74.
314. Снедков Е. В. Боевая психическая травма : автореферат дис ... доктора мед. наук. – СПб., 1997.
315. Снедков Е. В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны) : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992. – 325 с.
316. Соловьева С. П. Психология экстремальных состояний. – СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2003. – 128 с.
317. Соломин И. Л. Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования. – СПб. : Речь, 2006. – 280 с.
318. Соціальна робота: Робоча книга соціального працівника : посібник / О. А. Блінов, М. С. Гурицька, Н. Г. Ісхакова [та ін.]. – К. : НАУ, 2013. – 164 с.

319. Сочивко Д. В. Расколотый мир. Опыт анализа психодинамики человека в экстремальных условиях жизнедеятельности. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 304 с.
320. Спивак Л.И. Психические заболевания в военное время // БМЭ. – 3-е изд. – М., 1983. – Т.21. – С. 324.
321. Справочник по инженерной психологии / Под ред. Б. Ф. Ломова. – М. : Машиностроение, 1982. – С. 210.
322. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.
323. Стасюк В. В., Примак П. Т., Хміляр О. Ф. Психологічне забезпечення професійної діяльності саперів-миротворців : навчальний посібник для слухачів та ад'юнктів вищих військових навчальних закладів / В. В. Стасюк, П. Т. Примак, О. Ф. Хміляр. – Ніжин : ТОВ «Видавництво «Аспект-Поліграф», 2009. – 160 с.
324. Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика: учебное пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 607 с.
325. Сторм Р. У. Психологический эффект массовых потерь // Современная буржуазная военная психология / Под ред. А. В. Барабанщикова, Н. Ф. Феденко. – М. : Воениздат, 1964. – С. 272–273.
326. Суворова В. И. Психофизиология стресса. – М.: Педагогика, 1975. – 208 с.
327. Судаков К. В. Эмоциональный стресс в современной жизни. – М. : Союзмединформ, 1991. – 82 с.
328. Съедин С. И., Абдурахманов Р. А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. – М., 1992. – 32 с.
329. Сыропятов О. Г., Ревенко А. А., Яновский С. С. Избранные лекции по психиатрии войн и катастроф; под ред. А. И. Щербака. – К. : Изд-во Украинской военно-медицинской академии, 1999. – 108 с.
330. Сыропятов О. Г. Психопатология чрезвычайных ситуаций / О. Г. Сыропятов, Г.В. Иванцова. – К. : Наук. Світ, 2005. – 64 с.
331. Сыропятов О. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки. – К. : УВМА, 2014. – 42 с.
332. Тарабрина Н. В. Петрухин Е. В. Психологические особенности восприятия и оценки радиационной опасности // Психол. журн. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 27–40.

333. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»).
334. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик. – М. : Когито-Центр, 2007. – 77 с.
335. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. – 1996. – № 1(2). – С. 26–29.
336. Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макаrchук А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчян З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина А. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с. (Психологический инструментарий)
337. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психол. журн. – 1992. – Т. 13. – № 2. – С. 14-29.
338. Татура Ю. В. Стресс: Тонкости, хитрости и секреты. – М. : Новый издат. дом, 2004. – 352 с.
339. Тигранян Р. И. Стресс и его значение для организма. – М. : Наука, 1988. – 176 с.
340. Тимошенко Г. В., Леоненко Е. А. Работа с телом в психотерапии: Практическое руководство. – М. : Психотерапия, 2006. – 480 с.
341. Тимчасова настанова з організації психологічного забезпечення діяльності органів (підрозділів) Державної прикордонної служби України. Затверджено наказом Адміністрації Державної прикордонної служби України від 20.12.04 за № 966.
342. Тимченко А. В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: Методическое пособие. Харьков, 1995. – 91 с.
343. Томас Н. К. Межличностное понимание травмы // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций. – М., 2002.
344. Торчинская Е. Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу // Психол. журн. – 2001. – Т. 22. – № 2. – С. 27-35.
345. Травма и психологическая помощь / Н. Сараджвеладзе [и др.]. – М. : Смысл; ЧеРо, 2005. – 180 с.

346. Травматический невроз. Краткое изложение современного состояния вопроса / сост. Б. С. Грейнденберг [и др.]. – Харьков, 1918. – 147 с.
347. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 784 с.
348. Трубицина Л. В. Процесс травмы. – М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.
349. Тукаев Р. Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 год // Социал. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13. – № 1. – С. 151–163.
350. Тьюбсинг Д. А. Избегайте стрессовых ситуаций / [пер. с англ.]. – М.: Медицина, 1993. – 144 с.
351. Урланис Б. Ц. История военных потерь. – Санкт-Петербург: Полигон, 1994. – С. 243.
352. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
353. Фоменко Г. Ю. Личность в экстремальных условиях: Два модуса бытия. – Краснодар: Кубанский государственный университет, 2006. – 342 с.
354. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
355. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции / [пер. с нем.]. – М.: Наука, 1989. – 455 с.
356. Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // «Я» и «Оно»: труды разных лет / З. Фрейд; пер. с нем Голлербах Л. – Кн. 1. – Тбилиси, 1991. – С. 71-138.
357. Хлудова О. В. Психотехники по формированию стрессоустойчивости личности к экстремальным ситуациям: материалы для тренинга. – Тамбов: Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2004. – 48 с.
358. Хміляр О. Ф., Василенко С. В., Татарінов Є. В., Олійник Л. В. Професійно-психологічний відбір військових фахівців як передумова успішного навчання у військовому університеті / О. Ф. Хміляр та ін. // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К.: НУОУ, 2010. – Вип. 6 (19). – С. 171-172.

359. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. – М. : МГППУ, 2006. – 112 с.
360. Хохлов Л. К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности // Социал. и клинич. психиатрия. – 1998. – № 2. – С. 116-122.
361. Хрестоматия по военной психологии / сост. Р. В. Кадыров. Владивосток : ТОВМИ, 2008. – 260 с.
362. Худяков В. Исследование воздействия боевых психологических травм на израильских военнослужащих // Зарубежное военное обозрение. – 1989. – № 5. – С. 15.
363. Черепанова Е. М. Психологический стресс. – М. : Академия, 1996. – 96 с.
364. Черепанова Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995. – 33 с.
365. Черкасов В. Г. Посттравматические стрессовые расстройства и принципы их восстановительной терапии // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1. – Вып. 1. – С. 137.
366. Чистякова М. М. Психогимнастика / под ред. М. И. Буянова. – М. : Просвещение, 1990. – 128 с.
367. Чуев Ю. В., Михайлов Ю. Б. Прогнозирование в военном деле. – М. : Воениздат, 1975. – 279 с.
368. Шапарь В. Б. Психология войны и конфликтов. – М. : Феникс, 2005. – 325 с.
369. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. – М. : Класс, 1998. – 496 с.
370. Шапкин С. А., Дикая П. Г. Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегии адаптации // Психол. журн. – 1996. – Т. 17. – № 1. – С. 19-34.
371. Шелепов А. М., Савченко И. Ф., Рагулин А. П., Синегубов О. В., Григорян А. Р., Журавлев В. К., Швец В. А. Имитационные модели организации лечебно-эвакуационных мероприятий в мотострелковом полку в ходе боя // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 9. – С. 4-10.
372. Шефов С. А. Психология горя. – СПб. : Речь, 2007. – 144 с.
373. Шлахтер В. В. Человек – оружие. Курс профессиональной психофизической подготовки бойца. – СПб. : РЕСПЕКС, 2002. – 160 с.

374. Шумский Н. Г. Психогении // БМЭ. – 3-е изд. – М., 1983. – Т.21. – С. 328.
375. Щербатых Ю. В. Психология страха: популярная энциклопедия. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 512 с.
376. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
377. Эверли Дж., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение / [пер. с англ.]. – М. : Медицина, 1985. – 224 с.
378. Элкин А. Стресс для «чайников» : [пер. с англ.]. – М. : Вильямс, 2005. – 320 с.
379. Эмоциональная саморегуляция: теоретические основы и прикладные аспекты / авт.-сост. Г. В. Акопов [и др.]. Изд. 2-е, испр. и доп. – Самара : Сам. ИКП., 2002. – 168 с.
380. Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – 328 с.
381. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н. Е. Бачериков [и др.]. – Харьков : Основа, 1995. – 276 с.
382. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. – М. : Когито-Центр, 2005. – 467 с.
383. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния : монография. – Днепропетровск : Арт-Пресс, 1999. – 160 с.
384. Ягулов В. В. Військова психологія : Підручник. – Київ : ТанDEM, 2004. – 656 с. – Бібліогр. : С. 623-627.
385. Якушкин Н. В. Психологическая помощь воинам-афганцам в Реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. – 1996. – № 5. – Т. 17. – С. 102-105.
386. Allen A., Bloom S. L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // The Psychiatric Clinics of North America / Ed. D. A. Tomb. 1994. 8. – P. 425-438.
387. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed.3. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
388. Battle stress: Are we prepared? Ed. by Maginnis R., 1984. – P. 35-40.
389. Blinov O. A. Psychological rehabilitation of soldiers in combat conditions and after the fight // European Applied Sciences, July, 2014, #7.



– pp. 36-37.

390. Blinov O. A. Psychological work with pilots in combat conditions // The sixth world congress «Aviation in the XXI-st century»: «Safety in Aviation and Space Technologies», September 23–25, 2014, Volume 3, Kyiv 2014. – C. 9.257-9.261.

391. Blinov O. A. Use of autogenic training by paratroopers in preparation for and execution of parachute jumps // The fifth world congress «Aviation in the XXI-st century». «Safety in Aviation and Space Technologies». Volume 3. September 25–27, 2012. Kyiv, Ukraine. – P. 8.2.15-8.2.18.

392. Bootzin R. R. Abnormal Psychology. Fifth Edition. Current Perspectives. Random House, Inc., 1988. – 639 p.

393. Burstein A. Treatment noncompliance in patients with posttraumatic stress disorder // Psychosomatics, 1987. – Vol 27. – № 1. – P. 54-57.

394. Class A. J. Psychological Aspects of Disaster // J. Amer. Med. Ass., 1959. – Vol. 171. – P. 222.

395. Costin F., Draguns J. G. Abnormal Psychology. Patterns, Issues, Interventions. John Wiley & Sons, Inc., 1989. – 616 p.

396. Davidson G. C., Neale J. M. Abnormal Psychology. Fifth Edition. John Wiley & Sons, Inc., 1990. – 646 p.

397. Experiential Treatment for PTSD: The Therapeutic Spiral Model by Kate Hudgins, M. Katherine Hudgins Springer Pub Co., 2002. – 224 c.

398. Field Manual FM 6–22.5. Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers.

399. Figley Ch.R. Introduction (Stress disorders among Vietnam veterans / Ed. Ch. R. Figley. - New York: Brunner / Mazel., 1978. – 326 p.

400. Green B. L., Wilson J. P., Lindy J. D. Conceptualizing PTSD: A psychosocial framework // Trauma and its Wake / Ed. C. R. Figley, N.Y., Brunner - Mazel., 1985. – P. 53-69.

401. Howard K. I., Lueger R. J., Mating M. S., Martinovich R. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993. 61. – P. 678-685.

402. Kardiner A. The Traumatic Nevroses of War. M.Y., 1941.

403. Kellet A. Combat motivation. The behavior of soldiers in battle. Boston, 1982.

404. Khan M. M. R. (1963) The concept of cumulative trauma. In: The

privacy of the self. Ed. by M. M. R. Khan. L., 1974.

405. Laufer R.S., Wovters F.F., Callops M.S. Traumatic stressors in the Vietnam War and Post-traumatic Stress Disorder/ Trauma and Its Wake / Ed. Ch.R. Figley. – New York: Brunner/ Mazel., 1985. – Vol.1. – P. 73–89.

406. Scott M. J. & Stradling S. G. Counseling for Post-Traumatic Stress Disorder. SAGE, 1992. – 85 p.

407. Stanag 2565 Medstd (Редакція 1): (публікація 3 березня 2011 р.) щодо психологічних порад для лідерів під час виконання бойових завдань. Північно-атлантичний альянс (НАТО). Агентство стандартизації НАТО (АЧН).

408. Trimble M.R. Post-traumatic Stress Disorder. History of a Concept) Trauma and Its Wake /Ed. Ch.R. Figley. – New York: Brunner/ Mazel., 1985. – Vol.1. – P. 7.

409. Warren R., Zgourides G. D. Anxiety Disorders. A Rational-Emotive Perspective. Pergamon Press, Inc., 1991. – 244 p.

410. Wilson G. T., O’Leary K. D., Nathan P. Abnormal Psychology. Prentice Hall, Englewood, 1992. – 590 с.

411. Zetl L., Josephs E. Self-Regulation Therapy. Canadian Foundation for trauma Research and Education. Vancouver, 2001.

412. Блінов О. А. Регуляція поведінки людини під час проведення переговорів [Електронний ресурс] / Блінов О. А. // Переговори в професійній діяльності : теорія та практика : Матеріали міжвуз. науково-практичної конф., Київ, 14 листопада 2013 р. – К., 2013. – С. 87-90. – Режим доступу : <https://dl.dropboxusercontent.com/u/24364914/site/peregovori.pdf>.

413. Верховна Рада зобов’язала бійців АТО проходити психологічну реабілітацію. Закон Верховної Ради України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Ухвалений 3 листопада 2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://gre4ka.info/suspilstvo/22248-verkhovna-rada-zobov-iazala-biitsiv-ato-prokhodyty-psykholohichnu-reabilitatsiiu>.

414. Иванов А., Жуматий Н. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях [Електронний ресурс] / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2003. – №4. – С. 143–152. – Режим доступа : <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>.

415. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А. Г. Караяни. – М., 2003. – Режим доступа : [http://armyus.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=744&Itemid=2158](http://armyus.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=744&Itemid=2158).

## ЗМІСТ

|   |          |
|---|----------|
| Ключові слова та їх пояснення.....  | 3        |
| Вступ.....  | 4        |
| <b>Розділ 1. Особистість військовослужбовця в умовах збройної боротьби.....</b> | <b>9</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 1.1. Психотравмуючі фактори сучасного бою.....   | 9         |
| 1.2. Сучасні уявлення про деформацію особистості<br>військовослужбовців та зміни його поведінки.....   | 16        |
| 1.3. Вплив психогенії на формування негативних психічних<br>станів у військових.....   | 27        |
| <b>Розділ 2. Психологічні наслідки травматичного стресу та<br/>розрахунки психогенних втрат.....</b>   | <b>34</b> |
| 2.1. Причини появи бойових психічних травм та їх прояви у<br>воїнів.....   | 34        |
| 2.2. Психічні реакції і захворювання, які виникають у<br>наслідок бойових дій.....   | 45        |
| 2.3. Психогенні втрати у підрозділах та їх практичні<br>розрахунки.....  | 53        |
| <b>Розділ 3. Зміст психологічної допомоги.....</b>   | <b>60</b> |
| 3.1. Діагностика й лікування військовослужбовців.....  | 60        |
| 3.2. Види психологічної допомоги психотравмованим<br>військовослужбовцям.....  | 63        |
| 3.3. Зміст трьохшарової системи надання психологічної<br>допомоги військовослужбовцям, які отримали бойову<br>психічну травму.....                                       | 68        |
| <b>Розділ 4. Технології надання психологічної допомоги<br/>воїнам, які отримали бойову психічну травму.....</b>  | <b>73</b> |
| 4.1. Основні принципи організації психологічної допомоги....   | 73        |
| 4.2. Організація психологічної допомоги в умовах локальних<br>війн і збройних конфліктів.....  | 77        |
| 4.3. Особливості організації психологічної допомоги<br>постраждалим військовослужбовцям у ході миротворчих<br>операцій (на прикладі Іраку).....                          | 87        |
| <b>Розділ 5. Профілактика психогенії в екстремальних<br/>умовах діяльності.....</b>  | <b>95</b> |
| 5.1. Профілактика психічних розладів у військовослужбовців.....  | 95        |
| 5.2. Основний зміст діяльності заступника командира з<br>гуманітарних питань щодо попередження, виявлення БПТ і<br>надання першої психологічної допомоги потерпілим..... | 98        |
| 5.3. Організація медико-психологічних заходів щодо<br>збереження, відновлення і підвищення боєздатності<br>особового складу аеромобільних військ.....                    | 102       |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Розділ 6. Психологічна реабілітація психотравмованих військовослужбовців</b> .....      | 107 |
| 6.1. Модель психологічної реабілітації військовослужбовців.....                            | 107 |
| 6.2. Психологічна реабілітація поранених та інвалідів війни.....                           | 119 |
| 6.3. Досвід організації психореабілітаційної роботи в збройних силах країн НАТО.....       | 133 |
| <b>Розділ 7. Посттравматичні стресові розлади та їх вплив на боєздатність воїнів</b> ..... | 144 |
| 7.1. Прояви посттравматичних стресових розладів та їх діагностика.....                     | 144 |
| 7.2. Методики, спрямовані на вимірювання ознак і рівня ПТСР.....                           | 158 |
| 7.3. Психотерапія посттравматичних стресових розладів.....                                 | 165 |
| Висновки.....  | 176 |
| Додатки.....   | 180 |
| Словник.....   | 200 |
| Список літератури.....   | 209 |

Наукове видання

**Блінов Олег Анатолійович**

## **ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ**

*Монографія*

Матеріали подані в авторській редакції

Комп'ютерне верстання Колодяжна Юлія  
Дизайн обкладинки Колодяжна Юлія

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 14,29  
Наклад 100 пр. Зам. № 56.10-16

Для зворотного зв'язку прохання присилати конструктивні доповнення,  
побажання та зауваження щодо наукової роботи  
за електронною адресою: [blinov09@bigmir.net](mailto:blinov09@bigmir.net)

З питань придбання монографії звертайтеся: [blinov09@bigmir.net](mailto:blinov09@bigmir.net), [blinov.org.ua](http://blinov.org.ua)

*Виготовлювач ТОВ «Талком»*  
03115, м. Київ, вул. Львівська, 23, тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26  
E-mail: [ukraina.vdk@email.ua](mailto:ukraina.vdk@email.ua)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4538 від 07.05.2013