

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ  
УКРАЇНИ**

**Краченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М.**

**Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у  
військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

**Монографія**

Харків – 2017

*Друкується за рішенням Вченої ради  
Національного університету цивільного захисту України  
(протокол № 10 від 25.05. 2017 р.)*

*Рецензенти:*

**В.І. Осьодло** – Заслужений працівник освіти, доктор психологічних наук, професор;

**Є.М. Потанчук** – Заслужений працівник освіти, доктор психологічних наук, професор;

**О.Д. Сафін** – Заслужений діяч науки і техніки, доктор психологічних наук, професор.

**Краченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М.**

Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія / К.О. Краченко, О.В. Тімченко, Ю.М. Широбоков. – Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. - 256 с.

Монографія присвячена дослідженню соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. Здійснено всебічний аналіз поняття «бойовий стрес», виділено та обґрунтовано основні підходи щодо визначення його сутності та змісту. Проведено психологічний аналіз ситуаційно-середовищних, соціально-політичних, супутніх та власне психологічних чинників виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.

Для психологів Міністерства оборони України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Служби безпеки України та Державної служби України з надзвичайних ситуацій.

Монографія також буде корисною усім, хто залучається до надання психологічної допомоги екс-комбатантам, а також курсантам та студентам Національного університету цивільного захисту України, які навчаються за спеціалізацією «Екстремальна та кризова психологія».

## ЗМІСТ

<b>Перелік умовних позначень</b> .....	5
<b>Передмова</b> .....	6
<b>Розділ 1. Психологічна сутність категорії «бойовий стрес»</b> .....	9
1.1. Трансформація категорії «бойовий стрес» у вітчизняній психологічній науці .....	10
1.2. Трансформація категорії «бойовий стрес» у поглядах зарубіжних дослідників.....	33
1.3. Сучасні погляди на поняття «бойовий стрес» .....	50
Висновки за розділом .....	66
<b>Розділ 2. Організація роботи, характеристика груп та методів дослідження</b> .....	69
2.1. Організація роботи та характеристика основних етапів дослідження .....	70
2.2. Структурна організація соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції .....	72
2.3. Характеристика груп досліджуваних та особливості проведення дослідження .....	86
2.4. Особливості використання методів та психодіагностичних методик дослідження .....	89
Висновки за розділом .....	101
<b>Розділ 3. Ситуаційно-середовищні, соціально-політичні та супутні чинники соціально-психологічних детермінант бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції</b> .....	103
3.1. Результати емпіричного вивчення ситуаційно-середовищних чинників соціально-психологічних детермінант бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції .....	104

3.2. Результати емпіричного вивчення соціально-політичних чинників соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції .....	115
3.3. Супутні чинники соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції .....	130
Висновки за розділом .....	146
<b>Розділ 4. Психологічні чинники соціально-психологічних детермінант бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції .....</b>	<b>148</b>
4.1. Визначення індивідуальних особливостей військовослужбовців – учасників АТО за допомогою багатофакторного опитувальника ММРІ («Міні-мульти») .....	149
4.2. Визначення акцентуації характеру військовослужбовців за допомогою опитувальника «Методика вивчення акцентуацій особистості» К. Леонгарда – С. Шмішека .....	165
4.3. Визначення регуляторних механізмів військовослужбовців – учасників антитерористичної операції .....	170
4.4. Визначення адаптаційного потенціалу військовослужбовців – учасників антитерористичної операції за допомогою методики «Адаптивність – 200» .....	177
Висновки за розділом .....	192
<b>Висновки .....</b>	<b>195</b>
<b>Список використаних джерел .....</b>	<b>202</b>
<b>Додатки .....</b>	<b>227</b>
Додаток А .....	228

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АТО – антитерористична операція  
ЗСУ – Збройні Сили України  
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад  
ЕОМ – електронна обчислювальна машина  
СРСР – Союз Радянських Соціалістичних республік  
РФ – Російська Федерація  
БСНІ – бойовий стрес низької інтенсивності  
БСВІ – бойовий стрес високої інтенсивності  
РБС – реакція бойового стресу  
ЗМІ – засоби масової інформації  
МО – Міністерство оборони  
МВС – Міністерство внутрішніх справ  
НГУ – Національна гвардія України  
СБУ – Служба безпеки України  
ДПСУ – Державна прикордонна служба України  
ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій  
РСЗВ – реактивні системи залпового вогню  
ООН – Організація Об'єднаних Націй  
ГРУ – Головне розвідувальне управління  
ПТРК – протитанкові ракетні комплекси  
ОБСЄ – Організація з безпеки і співробітництва в Європі  
БТР – бронетранспортер  
ВО – воєнний округ  
ДРГ – диверсійно-розвідувальна група

## ПЕРЕДМОВА

---

---

Згідно з Указом Президента України № 405/2014 від 13.04.2014 року<sup>1</sup> було введено в дію Рішення Ради національної безпеки і оборони про початок проведення антитерористичної операції (АТО). За два роки проведення АТО (станом на 14.03.2016 року) на сході України загинуло 2 тисячі 55 військових. Кількість поранених становила 7 тисяч 299 осіб. Небойові втрати склали більше однієї тисячі осіб<sup>2</sup>, знаходилися у полоні бойовиків 120 чоловік (серед них – 40 цивільних), зниклими без вісті числилися 693 особи.

Станом на 14 квітня 2016 року в Україні було проведено 6 хвиль мобілізації, за результатами яких у ряди Збройних Сил призвано 210 тисяч військовослужбовців<sup>3</sup>.

Зараз у зоні АТО знаходяться 69 тисяч українських військовослужбовців [1]. І для кожного з них це є суровим випробуванням власних фізичних і психологічних ресурсів, здатності активно протистояти дії екстремальних, у край загрозливих для життя факторів бойової обстановки

Так, за даними Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Міністерства оборони України, якщо у всьому світі норма вразливих до психогенних травм бійців становить 25 %, то серед учасників АТО психогенні втрати наближаються до 80 %. Зокрема в низці досліджень зазначається, що ПТРС становлять від 10 % до 50 % медичних наслідків усіх бойових подій. Серед емоцій переважають гнів і дратівливість; почуття провини, сорому або самозвинувачення, недовіри та зради, а також несправедливості долі; безвиході, відчуття відчуженості [3].

---

<sup>1</sup> Опублікований 14 квітня 2014 року.

<sup>2</sup> На 06.12.2016 року маємо 3 064 загиблих від усіх силових структур, із них 2 636 – військовослужбовці ЗСУ, з цього числа 2 148 – це бойові втрати. Поранених – 10 753 осіб, у тому числі 8 897 – ЗСУ [2].

<sup>3</sup> У Збройних Силах України на сьогодні проходять службу близько 17 тисяч жінок, а статус учасника бойових дій отримали більш ніж 101 тисяча осіб.

В умовах АТО психіка військовослужбовця піддається безлічі різноманітних впливів. Деякі з цих впливів сприяють мобілізації та концентрації фізичних та психологічних можливостей військовослужбовця, підвищенню бойової активності, сміливості, самовідданості, інші, навпаки, дезорганізують бойову діяльність воїна, блокують доступ до наявних резервів організму, зривають роботу нервової системи і психіки. Довге перебування людини в обстановці стрес-факторів антитерористичної операції може призвести до появи психічних розладів, наявність яких найбільше залежатиме від інтенсивності бойового стресу та індивідуальних особливостей військовослужбовця [4].

Стан бойового стресу в умовах воєнних дій переживає кожен. Виникаючи ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою, бойовий стрес триває аж до виходу із зони конфлікту. Завдяки стресовому механізму закріплюється пам'ятний слід нових емоційно-поведінкових навичок і стереотипів, які мають першочергове значення для збереження життя [5].

Бойовий стрес є станом дестабілізуючим, передпатологічним, який обмежує функціональні резерви організму, чим збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій [6].

Слід зазначити, що українські психологи зіткнулися з означеною реальністю раптово, не маючи відповідної спеціалізованої підготовки. При цьому досвід зарубіжних психологів з питань переживання психотравматичних подій, який активно використовувався для розроблення шляхів психологічної допомоги постраждалим, не дав можливості вирішити всі завдання, які постали перед українськими фахівцями. У ході практичної діяльності стало зрозумілим, що в Україні ми маємо особливу соціальну, ментальну та психологічну специфіку, яку необхідно вирізнити та враховувати. Саме за таких умов психологам-практикам та науковцям важливо було реагувати швидко, професійно та узгоджено на виклики сьогодення [7].

*Отже, актуальність дослідження обумовлена:*

- зростаючими вимогами держави й суспільства щодо ефективності роботи з ветеранами локальних військових конфліктів;
- практично відсутніми психологічними дослідженнями впливу умов проведення антитерористичної операції на психічне здоров'я комбатантів;
- необхідністю вдосконалення діяльності служби психологічного забезпечення Збройних Сил України, насамперед, у розрізі здійснення психологічного забезпечення особового складу під час бойової діяльності.

Маємо честь запропонувати Вашій увазі монографію, що відкриває нову сторінку у вітчизняних наукових психологічних дослідженнях проблеми бойового стресу і сподіваємося, що наша робота буде прийнята і вивчена. Ми сподіваємося на Ваше прихильне ставлення, шановний читачу, і з вдячністю врахуємо усі конструктивні пропозиції в підготовці наступного видання.



**РОЗДІЛ 1**

**ПСИХОЛОГІЧНА СУТНІСТЬ  
КАТЕГОРІЇ «БОЙОВИЙ СТРЕС»**



## 1.1. Трансформація категорії «бойовий стрес» у вітчизняній психологічній науці

---

---

Розвиток та становлення категорії «бойовий стрес» у вітчизняній психологічній науці слід, на наш погляд, розглядати, починаючи з I чверті XX століття, за часів Російсько-японської війни 1905–1907 рр. Як відомо, військова психологія як наука в той час перебувала на стадії становлення, тому всі питання щодо «душевних станів воїнів» розглядалися у межах психіатрії. Саме тоді вперше було поставлене питання щодо присутності психіатрів у діючій армії.

Одна з особливостей Російсько-японської війни полягала в тому, що з обох боків використовувалася велика кількість потужної артилерії. Це призводило до того, що, крім вбитих та поранених, була ще й велика кількість контужених. Лікарі припускали, що причиною такого хворобливого стану воїнів був струс мозку. Характеризуючи стан контузії, психіатр М. Вирубов зауважував: «Така хвороба починається з утрати свідомості. Після того як воїн опритомнював, він відчував сильний головний біль, втрату слуху, запаморочення, у нього відбирало мову. У результаті з'являлись судоми, паралічі і припадки, втрата пам'яті. Хворий був пригнічений, сповнений тривоги та страху» [8, с.4–8; 9, с.70–72]. Згодом для пояснення цього явища з'явилося поняття «*травматичний невроз*», яким військові медики намагалися пояснити неврози, пов'язані з війною.

У 1905 році на Другому з'їзді вітчизняних психіатрів була прийнята класифікація душевних хвороб, у якій зазначалося, що *травматичний невроз – органічне ураження нервової системи (струс нервової системи), яке розвивається «внаслідок травматичних пошкоджень різних частин мозку вогнепальними снарядами»* [10, с.112–113]. Таким чином, до класифікації душевних хвороб відносили лише ті випадки, які супроводжувалися розладом свідомості і сприйняття навколишніх подразників. Якщо ж таких розладів не спостерігалось, випадок вважався нервовою хворобою та до

сфери компетенції психіатрів не входив. Під час Російсько-японської війни нервові хвороби відносили до розряду соматичних, тому хворі з діагнозом «травматичний невроз» направлялися до загальних госпіталів і увагою психіатрів їх обходили [11, с.103–117; 12, с.172–174].

Військова психологія до початку Російсько-японської війни належала до галузі медицини, та була, як зазначалося вище, молодою наукою [13]. Чи не найбільшим досягненням військової психології того часу можна вважати визнання душевнохворих воїнів дійсно хворими (у більшості випадків до них ставилися як до симулянтів та піддавали глузуванням).

Під час Російсько-японської війни лікарями було помічено, що психічні захворювання у воїнів часто виникають без видимих уражень нервової системи навіть у тих, хто не потрапляв під артилерійський обстріл. Психіатри виділили **сукупність факторів, які, на їх думку, були причиною подібних хворобливих станів у воїнів.** До цих факторів належали:

- фізичне стомлення;
- вплив клімату;
- недоїдання;
- недосипання;
- емоційні переживання;
- конституціональна схильність.

Такі погляди дали підставу припустити, що **причиною травматичного неврозу є емоційний шок** [14, с.381; 15, с.209, 212; 16, с.261–262]. Саме тоді і з'явилися розбіжності у поглядах науковців та практикуючих військових лікарів відносно причин виникнення травматичного неврозу: це контузія чи емоційний шок?

Психічні стани, які спостерігалися у воїнів після їх участі у бойових діях, розглядалися як «душевні хвороби». Про численні випадки «неврастенічного психозу», або «нервового виснаження» під впливом бойових дій свідчили психіатри О. Озерецький і уповноважений Червоного

хреста на Далекому Сході П. Автократов [17, с. 665–668; 18, с. 524–525; 19, с. 495–507; 20, с. 509–523]. П. Автократов у своїй статті, опублікованій у німецькому журналі, описував *«неврастенічний психоз»* у солдатів, які потрапили під обстріл. Він виділив *такі прояви «неврастенічного психозу»: нервово виснаження та пригнічення. Особливо приділяв увагу обману відчуттів з області пережитого.* Також автором було зазначено, що невропсихоз у воїнів може протікати як у гострій, так і у «благополучній» формі [21, с. 67]. Відмітимо, що саме ця стаття стала тим пусковим механізмом, завдяки якому на Заході заговорили про травматичний невроз від контузії повітряною хвилею – shellshock’е [22, с. 491].

О. Озерецький зауважував, що війна накладає свій відбиток у вигляді різких проявів неврастенічного психозу, який, у свою чергу, проявляється у вигляді марення та обману відчуттів: «Хворі бачать японців, рани, артилерійські снаряди, чують постріли, стони поранених, голоси рідних» [21, с. 64–65]. Але ніякого спеціального «військового психозу», на думку автора, війна не породжує.

М. Шайкевич, лікар військового госпіталю, встановив у військовослужбовців *особливий різновид психозів, «меланхолія без марення»* [23, с. 276–292]. Він зазначав, що війна та її негативний вплив на психіку воїна, сприяє загостренню специфічних умов військової служби та життя, що, в свою чергу, є достатнім для виникнення душевних хвороб. Автор також стверджував, що *душевні хвороби, причиною яких є участь воїнів у бойових діях, більш притаманні рядовому складу, ніж офіцерському.* Це дає можливість припустити, що на рівень психотравматизації впливає як військова підготовка, так і рівень розвитку особистості та мотивації, оскільки більшість рядових була селянами, які не розуміли, за що вони воюють. Але М. Шайкевич не міг однозначно стверджувати, що причиною душевних хвороб є виключно війна.

Вагомий внесок у формування поняття «бойовий стрес» зробив доктор медичних наук, лікар-психіатр, психолог, психофізіолог Г. Шумков. Автором

були описані психічні явища, що спостерігалися у російських воїнів **після виходу з бою**. Згідно з його спостереженнями *такі психічні явища, як сновидіння про бойові епізоди, підвищена дратівливість, ослаблення волі, відчуття постійної втоми, можуть спостерігатися через багато місяців після виходу з бою. Втому і душевні потрясіння Г. Шумков розглядав як головні причини душевних ран в бою* [24]. Під його керівництвом після завершення Російсько-японської війни були розгорнуті дослідження різних аспектів військової психології, серед яких були:

- психологія військової діяльності мирного часу, бою і війни в цілому;
- психологічна підготовка різних категорій військовослужбовців;
- особливості психічних станів воїнів у бойовій обстановці;
- психологія управління особовим складом в умовах бою і т.ін.

Г. Шумковим та його послідовниками (В. Полянським, А. Дмитрієвським, К. Дружиніним) у рамках школи дослідників бойової діяльності воїнів була створена програма вивчення психічних явищ у бою. Таким чином, у своїх роботах Г. Шумков приділяв увагу не тільки психологічним аспектам військової діяльності; він розглядав ще й психічні порушення як наслідок діяльності в бойових умовах.

У своїй праці «Душевно хворі на війні» [25, с. 92] автор запропонував **класифікацію психозів залежно від часу їх протікання**. Вважаємо доцільним розглянути цю класифікацію більш докладно.

1. *Нервово-психічна нестійкість до явищ війни*. Вона характеризується короткочасними порушеннями, що проявляються у вигляді розладів психіки, які зумовлені неспроможністю бачити кров і понівечені трупи, переносити різкі звукові подразники, нездатністю при рукопашних сутичках завдавати ворогові тяжких тілесних ушкоджень та ін., тобто всі ті розлади психіки, які настають «від жахів війни». До них належать форми військової неврастенії, істерії і т. ін.

2. *Швидкоплинні психози*. Вони тривають протягом короткого часу, наприклад 2–3 доби, тиждень – два, місяць і швидко минають, і дають повне психічне одужання особи, яка їх пережила. На думку автора, при наявності таких психозів солдати потребують лікування в психіатричних госпіталях, а потім вони здатні повернутися до лав армії.

3. *Гострі психози* – це психози тривалістю більше місяця, які хоча і є виліковними, слід відносити до категорії гострих.

4. *Хронічні психози* – невиліковні.

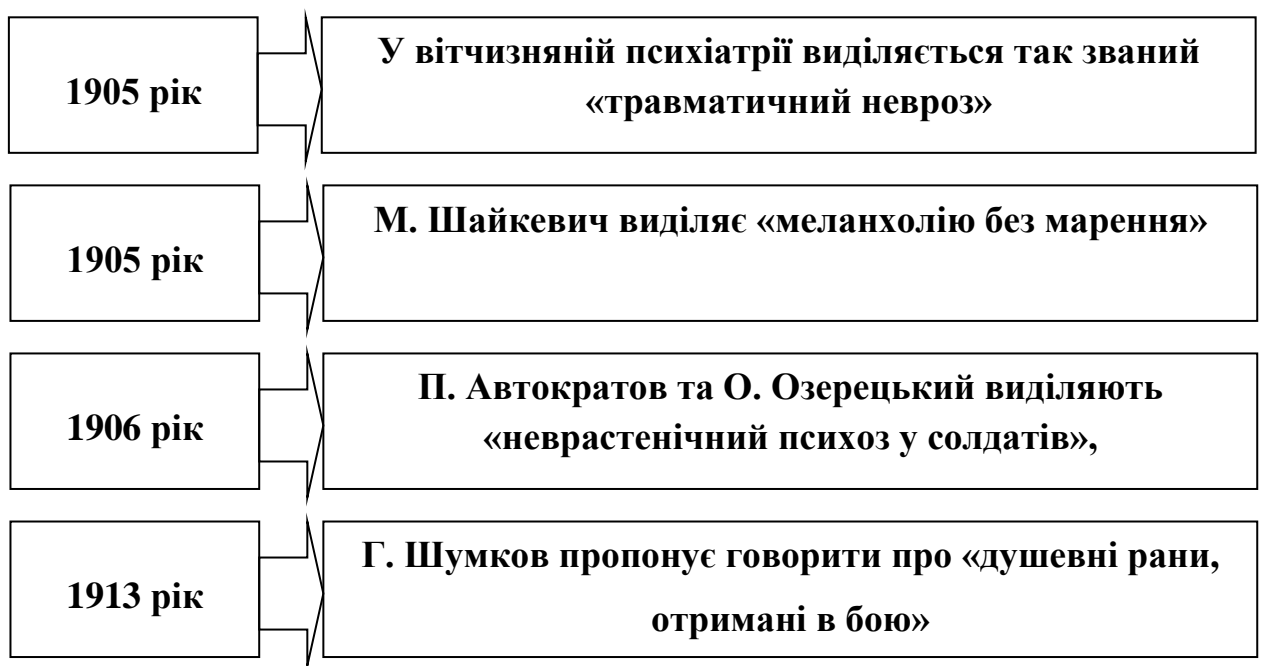
Класифікація, запропонована Г. Шумковим, на наш погляд, є першим наближенням до сучасної класифікації бойового стресу (бойовий стрес низької інтенсивності, бойовий стрес великої інтенсивності, бойова психічна травма та посттравматичний стресовий розлад відповідно).

У науковій праці «Відчуття тривоги як домінуюча емоція в період очікування бою» [26, с. 95–100] Г. Шумков підкреслював, що *воїни, які зазнали тривожного очікування, відчувають себе стомленими, і це дуже виснажує воїнів, які вперше братимуть участь у бою та переживають відчуття страху*. Тобто, можна припустити, що *бойовий стрес може виникати до перебування військовослужбовця у зоні проведення бойових дій*.

Г. Шумков дійшов висновку, що *воїнів треба ознайомлювати не тільки з особливостями майбутнього бою, а й з тими психічними станами, які у них можуть виникнути*. Це і є, на його думку, попереднє накопичення бойового досвіду, а отже, раціональна боротьба з негативними психічними станами, хоча слід зазначити, що Г. Шумков був прихильником фізіологічного впливу на стан бійців. У його роботах зазначалося про фармакологічну боротьбу з тривогою та страхом, але к застосуванню алкоголю він відносився негативно.

Слід зазначити, що була низка авторів [27, с. 588–633; 28, с. 507–523; 29, с. 6; 30, с. 800–804; 31, с. 1011–1013; 32, с. 106–108], які вважали, що війна не є причиною особливих форм душевних розладів.

Отже, на основі аналізу літературних джерел, можна припустити, що *трансформація поняття «бойовий стрес» у період до Першої світової війни мала таку послідовність (див. рис. 1.1).*



**Рис. 1.1. Трансформація поглядів на поняття «бойовий стрес» у наукових колах царської Росії в період до Першої світової війни**

Проаналізувавши поняття, які виділяли ці провідні спеціалісти того часу, нами були зроблені такі проміжні висновки:

1. Під поняттям «бойовий стрес» на початку ХХ століття (до Першої світової війни) розуміли психічний стан, який виникає у результаті тривожного очікування, стомленості, відчуття страху воїнів, неадаптованих до діяльності в екстремальних умовах, тобто у результаті нервового виснаження «жахіттями війни». Цей стан виникає без видимих уражень нервової системи (може проявлятися і у воїнів, які не були під

артилерійським обстрілом) та протікає у двох стадіях – гострій та «благополучній».

2. Виникнення цього психічного стану більш характерне для солдат, ніж для офіцерів.

3. Ми припускаємо, що сучасне поняття «бойовий стрес» набуло свого розвитку на основі визначення «нервово-психічна нестійкість до явищ війни».

4. Вивчення досвіду Російсько-японської війни дало можливість зібрати велику кількість матеріалу, який потім став основою позитивних змін як у наукових поглядах на психічні стани воїнів, так і в методах організації психолого-психіатричної допомоги учасникам бойових дій. Був сформований основний організаційний принцип, який полягав у наданні психолого-психіатричної допомоги у безпосередній близькості до лінії фронту.

У порівнянні з попередніми війнами Перша світова війна була більш психотравматичною, їй характерні такі ознаки:

- ✓ артилерійська канонада, яка могла тривати цілими тижнями;
- ✓ величезні втрати живої сили, коли лише один снаряд міг виводити з ладу десятки людей;
- ✓ позиційна війна, що означала багато тижнів і місяців перебування воїнів у брудних сирих окопах, у страху та очікуванні ймовірної смерті;
- ✓ виснаження нервової системи військовослужбовців і т. ін. [33, с. 268–281].

Є. Сенявська у своїй роботі «Психологія війни у ХХ столітті: історичний досвід Росії» [34] надає такі *дані щодо психічних розладів*:

- ✓ у період Російсько-японської війни вони становили 2–3 випадки на 1000 осіб;
- ✓ у роки Першої світової війни показник «психічних бойових втрат» становив 6–10 випадків на 1000 осіб.

На нашу думку, якщо враховувати процентне співвідношення наведених даних до чисельного складу армій, які брали участь у зазначених



вище бойових діях, можна стверджувати, що такі випадки були не дуже чисельні і тому вивчення цього важливого питання в науці відійшло на другий план.

Ще однією причиною віддалення вивчення питання щодо психічних станів воїнів під час виконання бойових завдань, не зважаючи на досвід попередніх війн, був факт того, що більшість армій, які брали участь у Першій світовій війні, виховувалась на традиційних цінностях, таких, як офіцерський кодекс та моральний фактор, «образ солдата-героя», який не передбачав ніяких психічних розладів у воїна [35].

Однак через деякий час після початку Першої світової війни питання стосовно травматичного неврозу у воїнів набули знову актуальності.

Неможливо не звернути увагу на соціальне та медичне забезпечення душевнохворих військових. Це питання всеоб'ємне висвітлюється у статті І. Сироткіної «Російські психіатри на Першій світовій війні» [36, с. 326–344]. Автор зазначає, що різні точки зору психіатрів на те, що розуміти під терміном «травматичний невроз», наслідки контузії чи емоційного шоку, призвели до тих самих помилок, що й під час Російсько-японської війни: цих хворих не приймали ні в психіатричні заклади, ні в лікарні для хворих з органічними ураженнями нервової системи. Навіть перебування у профільних психіатричних закладах не завжди позитивно впливало на стан їхнього здоров'я, оскільки «душевна хвороба» негативно впливає на соціальний статус людини (наприклад, люди з таким діагнозом могли втратити певні громадянські права). Також традиційне психіатричне лікування не завжди допомагало, а іноді навіть шкодило хворому.

Соціальне забезпечення душевнохворих військовослужбовців не давало можливості отримати довготривалу відпустку, яка за правилами їм має надаватися, оскільки багато з них не мали ані житла, ані грошей на проживання. Ураховуючи ці обставини *психіатри та невропатологи у 1915 році наполягали на створенні спеціальних закладів для невротиків, які будуть знаходитись поблизу лінії фронту, щоб у разі необхідності цих*

солдат можна було повернути до активної участі у бойових діях. Було також запропоновано внести зміни до керівних державних документів стосовно класифікації хвороб, щоб військовослужбовцям з нервовими розладами теж призначали пенсію як інвалідам війни. Не зважаючи на це, ясності у питанні щодо травматичного невроту досягнуто так і не було.

Психіатричними проблемами Першої світової війни займалися такі вчені, як В. Бехтерев, П. Ганнушкін, О. Гервер та ін. Так, В. Бехтерев (1912–1918) вважав, що війна є головною причиною невротів у військовослужбовців. Його дослідження започаткували формування поняття «воєнний неврот».

На наш погляд, дуже вагомий внесок у вивчення та класифікацію сучасного поняття «бойовий стрес» вніс О. Гервер на основі спостереження за військовослужбовцями у передових частинах. Розглянемо класифікацію психічних розладів військового часу О. Гервера докладніше.

Згідно з твердженням А. В. Гервера, [38, с. 793–800], **психічні розлади можна розділити за такими ознаками:**

1. Психічні розлади, (які виникають без попередньої схильності до душевних хвороб), що пов'язані з перебуванням у бойовій обстановці.
2. Дегенеративні та органічні хвороби, виникнення яких не пов'язано з війною.
3. Травматичні душевні хвороби, які пов'язані безпосередньо з отриманням поранення.

Психічні розлади першої категорії О. Гервер розділяє на три види: бойові, окопні та тиллові. Причому, бойові та окопні психічні розлади перетворюються у гострі душевні розлади типу гострої сплутаності та астеничні психози, а тиллові психічні розлади – у неврастенічні психози [38, с. 793–800].

Г. Юрман говорить про велику роль емоцій у виникненні психозу воєнного часу [39, с. 139–142].

У 1918 році повне описання травматичного неврозу дали Б. Грейнденберг, С. Давиденков [40, с. 7–14; 41, с. 19–57; 42, с. 341–347; 43, с. 211–213]. Б. Грейнденберг у своїх роботах дійшов висновку, що поряд з фізичною травмою необхідно приділяти не менше уваги психічній травмі, але при цьому стверджував, що: «Травматичного неврозу, як окремої форми немає. Його клінічна картина об'єднує звичайну істерію, неврастенію та інші психогенні симптомокомплекси. Травматичний невроз є умовне узагальнення для всіх нервових розладів, які розвиваються після та в наслідок отримання травми. Травматичний невроз є комбіноване захворювання нервової системи, клінічна картина якого складається з різноманітного поєднання симптомів загальних неврозів» [44].

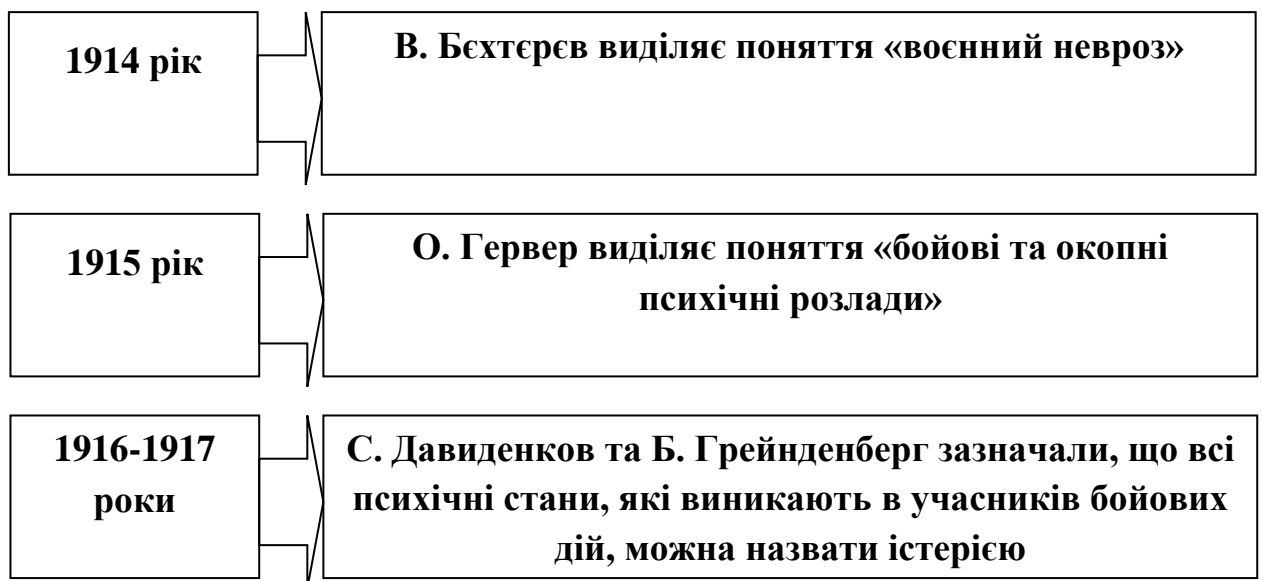
Отже можна стверджувати, що дуже актуальним було питанням того часу щодо механізму виникнення травматичного неврозу. Оскільки були в психіатричній практиці випадки, що військовослужбовці з травматичним неврозом виліковувались шляхом навіювання, самонавіювання та бесіди, це знов призвело до виникнення протилежних точок зору на те, чи є травматичний невроз окремою категорією. С. Давиденков у своїй статті «Випадок розвитку під час битви істеричного психозу» [43, с. 211–213] висловлює думку, що симптоми травматичного неврозу цілком збігаються з давно відомим діагнозом «істерія». Він виділяє два типи істеричних психозів: тип істеричної сплутаності з галюцинаторними переживаннями епізодів бою і тип істеричної сплутаності з мутизмом. Для військовослужбовців це був дуже ганебний діагноз. Деякі російські психіатри вважали, що травматичний невроз – це «втеча у хворобу» [45, с. 103–104]. На основі цього лікарі дійшли висновку, що істеричні розлади можна стримати шляхом впливу та активізації вольової сфери людини за допомогою переконань та дисципліни.

Є ще одна причина, яка вплинула на повільний розвиток травматичного неврозу. Під час війни було виявлено багато інших психічних хвороб: 30–43 % – психози, 25 % – епілепсія, приблизно 30 % душевнохворих з

вродженими розумовими вадами, які не були виявлені при відборі до армії, і тільки 4,5 % належали до травматичного неврозу [46, с. 377–381].

Отже, на основі аналізу літературних джерел можна припустити, що *трансформація поняття «бойовий стрес» у роки Першої світової війни мала таку послідовність (див. рис. 1.2).*

Таким чином, під поняттям «бойовий стрес» у період Першої світової війни вітчизняні науковці розуміли *психічні розлади (що виникають без попередньої схильності до душевних хвороб), які пов'язані з перебуванням у бойовій обстановці та можуть перетворюватись у гострі душевні розлади типу гострої сплутаності та астенічних психозів. Велику роль у виникненні «бойового стресу», на думку науковців того часу, відіграють емоції військовослужбовців.*



**Рис. 1.2. Трансформація поглядів на поняття «бойовий стрес» у наукових колах царської Росії в період Першої світової війни**

У 1919 році М. Добротворський висунув пропозицію об'єднати у дослідницьких цілях різні за клінікою та за проявом форми психічних розладів бойової обстановки у єдину групу, для усунення заплутаності в

термінології та для диференціації окремих діагностичних одиниць [47, с. 378–386].

Після Першої світової війни залишилася велика кількість документів, у яких були описані неврологічні і психологічні наслідки так званої **«військової травми»**. Деякі з цих документів переважно ті, в яких висвітлювались питання наслідків пережитого солдатами так званого **«військового стресу»**, згодом були опубліковані. У цих публікаціях йшлося про нав'язливе відтворення ситуацій, які загрожують життю постраждалого, про підвищену дратівливість, перебільшену реакцію на гучні звуки, про труднощі щодо концентрації уваги і т.ін. [48].

Загалом після 1918 року військова психологія розвивалася нерівномірно і суперечливо. На шляху розгортання військово-психологічних досліджень були як періоди підйому, так і затишшя, а також моменти, коли потреба у військовій психології ставилася під сумнів. Це, в свою чергу, наклало відбиток і на розвиток поняття «бойовий стрес».

На наш погляд, найближчим визначенням, яке було передумовою для формування сучасного поняття «бойовий стрес», став термін, уведений М. Аствацатуровим (1936 р.) і його послідовниками, – **«емоційний невроз»** [49, с. 189–219; 50, с. 15–20; 51, с. 41–47], який, на думку автора, виникає внаслідок перебування людини у бойовій обстановці.

Наведемо коротку характеристику емоційному неврозу. З точки зору М. Аствацатурова [50, с. 15–20], **емоції та їх прояви у бойовій обстановці являють собою захисні механізми проти смертельної небезпеки, які властиві кожній людині.** Такі емоційні стани набувають переважно хронічного характеру. Це пов'язано зі сферою контролю військовослужбовця, хоча зовні емоційний невроз буде проявлятися у вигляді тривоги, розсіяності, лякливості, тремтіння голосу, блідості, неувважності та ін. Автор зазначав, що *довготривале перебування військового у зоні бойових дій дає можливість пристосуватись, аж до повного зникнення вищезазначених ознак* [50, с. 15–20].

На думку М. Аствацатурова [50, с. 15–20], крім хронічного емоційного стану, слід розрізняти ще й **емоційний шок**, коли у деяких військових вказані вище стани поєднуючись у концентрованому вигляді, викликають емоційну напругу, різке зрушення, що робить бійця на деякий час небоєздатним (від 2–3 годин до декількох тижнів). *До прояву емоційного шоку належать, з одного боку, стан повної загальмованості, а з іншого – реакції афективного страху, які супроводжуються сплутаністю свідомості, безглуздими діями, втечею* [50, с. 15–20].

У роки Другої світової війни основними напрямками психологічної роботи стають: допомога командирам щодо успішного спонукання підлеглих до сміливих і відважних бойових дій; подолання невпевненості, страху; зміцнення військової дисципліни, бойового духу; виховання мужності; формування презирства до смерті. З перших днів війни актуальними були питання маскування, розвідки, нічного зору, вироблення окомірної оцінки відстаней, прискореного навчання військових фахівців, відновлення психічних функцій, втрачених після поранення та інші.

За всіма цими напрямками психологами були отримані в цілому корисні наукові і практичні результати (наприклад, С. Рубінштейн «Народження героя» [52], М. Левітов «Презирство до смерті народжує героїв та кує перемогу» [53], Б. Теплов «Розум полководця» [54]). Однак дослідникам не вдалося конкретно визначити залежність психічних явищ від реальних бойових ситуацій, індивідуальних особливостей військовослужбовців, їх психічних станів в обстановці війни.

У колишньому Радянському Союзі про Велику Вітчизняну війну говорили, акцентуючи увагу на поняттях мужності, витримки, героїзму, любові до Батьківщини, з усвідомленням того, що Велика Вітчизняна війна – справедлива війна. При цьому деякі військові медики вказували на зростання психічного травматизму серед військовослужбовців. Додамо, що на той час у Радянському Союзі дослідження проблеми психічної травми проводилися виключно в межах психіатрії [24].

Основна увага радянських психіатрів щодо психічних втрат у Другій світовій війні, приділялася наслідкам бойових травм і поранень (насамперед головного мозку), виснаженню, інфекційним захворюванням та іншим шкідливим впливам на нервову систему солдатів [55, с. 431–444; 56, с. 137–141; 57, с. 46–52; 58, с. 20–24; 59, с. 15; 60, с. 6; 61, с. 5–10, 67–86, 104–114; 62, с. 15–23; 63, с. 76–81; 64, с. 285–288]. Інтерес дослідників полягав у відстрочених реакціях на психотравмуючі фактори бойової обстановки.

Так, В. Гіляровський [61, с. 104–114] зазначав, що *психотравма є результатом впливу бойових умов на психіку військовослужбовця* (підвищується чутливість до психотравмуючих факторів). Автор головне значення надавав органічній травмі, оскільки травма голови, на його переконання, викликає порушення діяльності адаптаційно-захисних механізмів, а це призводить до більш легкого виникнення невротичних розладів.

На наш погляд, дуже важливим внеском В. Гіляровського у розвиток категорії «бойовий стрес» стало введення ним поняття «*тимогенії*» (стан, який викликаний впливом саме на почуття людини) [61, с. 5–10]. Це поняття підтверджує сучасну ідею про те, що психічні стани, які виникають у військовослужбовців під час бойових дій, викликані, насамперед, емоційними переживаннями.

Психічна травма, як зазначав В. Гіляровський [61, с. 67–86], активізує всі системи організму, але найбільших змін зазнає вегетативна нервова система. Ним було виділено «*синдром нервової демобілізації*», який виникає після повернення з війни та характеризується проявом перевтоми на фоні різкого зниження рівня вольової мобілізації.

На жаль, нам приходится лише констатувати, що у роки Другої світової війни вчені знову звернулися лише до психіатричного (медичного), психофізіологічного, загальнопсихологічного та педагогічного методів вирішення питань військової психології; проблеми ж негативних психічних станів військовослужбовців залишилися як і раніше на другому плані.

У своїй роботі «Психологія війни у ХХ столітті» Є. Сенявська наводить статистичні дані американських вчених щодо психогенних втрат під час

Першої та Другої світових воєн [34]. Але при цьому, як зазначає Є. Сенявська, аналогічних даних щодо психогенних втрат вітчизняної армії в період двох світових воєн у відкритих джерелах знайти не вдалося: навіть у вузькоспеціальних публікаціях з військової психології і психіатрії посилаються лише на дані зарубіжних колег щодо армій інших держав [34]. На думку автора, причин цьому декілька:

✓ по-перше, після 1917 р. усі питання, пов'язані з морально-психологічною сферою, були гранично ідеологізовані. При цьому досвід російської армії у Першій світовій війні практично ігнорувався, а всі проблеми, що стосуються морально-психологічного стану Червоної, а потім і Радянської армій опинилися у підпорядкуванні не військових фахівців, а представників партійно-політичних структур;

✓ по-друге, виходячи з реальної клінічної практики, радянські військові медики продовжували вести спостереження в цій області, але зібрані ними дані, як правило, визначалися таємними і до них допускалося лише дуже вузьке коло фахівців. Для «цивільних» дослідників ці дані і до сьогодні продовжують залишатися недосяжними [34].

У післявоєнний час не тільки питання психічних станів військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, а й усі інші проблеми військової психології мали не якісний, а кількісний характер. З'явилася велика кількість психологічних лабораторій та кафедр військової психології по всій території Радянського Союзу. Але, на нашу думку, психологічна освіта, яка надавалась і надається військовослужбовцям зараз, має на жаль лише загальний характер. Головні питання щодо виникнення негативних психічних станів у військовослужбовців під час проведення бойових дій залишалися у вітчизняній військовій психології невизначеними. Як зазначалося раніше це може бути пов'язано з тим, що не було чіткого розмежування сфер діяльності психіатрів, психотерапевтів та психологів.

*Проблема психічних станів військовослужбовців у Радянському Союзі стала проблематикою суто медицини (психіатрії) та вирішувалася за допомогою фармакологічних препаратів, а на долю військової психології припадали лише питання, пов'язані з партійно-виховною роботою.*



Таким чином, період Другої світової війни та післявоєнного часу щодо формування поняття «бойовий стрес» має розрізнений та фрагментарний характер.



**Рис. 1.3. Трансформація поглядів щодо поняття «бойовий стрес» у наукових колах у період від жовтневого перевороту 1917 року до початку війни в Афганістані**

На нашу думку, це пов'язано з зацікавленістю партійно-політичного апарату у дослідженнях радянських вчених лише питання відстрочених стресових реакцій. Даною проблемою займалися відомі радянські військові вчені М. Д'яченко, М. Феденко та ін. [65, 66, с. 126–148; 67, с. 21–25], які

причинами виникнення цих реакцій вбачали стресову ситуацію, що характеризується впливом на людину екстремальних стрес-факторів (див. рис. 1.3.).

Війна в Афганістані остаточно дала зрозуміти, що у вітчизняній військовій психології залишився великий пласт недослідженої інформації, яка у подальшому дала поштовх розвитку понять як «посттравматичний стресовий розлад», так і «бойовий стрес», «бойова психічна травма» та іншим, не менш важливим категоріям у межах спеціальності 19.00.09 – «Психологія діяльності в особливих умовах».

У 1989 році була створена психологічна служба «Союз ветеранів Афганістану» [68, с. 26–30], яка займалася просвітницькою роботою в першу чергу серед самих ветеранів та пояснювала, що наявність у них психічних розладів ще не означає, що вони хворіють на шизофренію. Це наслідки бойового стресу.

Тільки через шість років після виведення радянських військ з Афганістану були проведені декілька досліджень щодо вивчення та подолання психічних наслідків дії стрес-факторів бойової обстановки у ветеранів афганської війни (В. Знаков [69, с. 99–108], В. Попов [70], С. Захарік [71], Л. Кітаєв-Смик [72] та ін. [73, с. 3–4; 74, с. 131–134; 75, с. 66–70; 76, с. 18–22; 77, с. 96–97; 78, с.39; 79, с. 38–45; 80, с. 35–37; 81, с.32; 82, с. 199–201; 83; 84, с. 53–54; 85, с. 28–31]).

Так, у своїх роботах В. Знаков розглядає питання психологічного портрету учасників війни в Афганістані у масовій свідомості [86, с. 26–39]. Це питання є дуже актуальним, оскільки соціум, у який повертається військовослужбовець, має великий вплив на процес реадаптації до мирного життя. В. Знаков стверджує, що у соціумі, на жаль, не сформувалося однозначного позитивного ставлення до воїнів-афганців, про що свідчать отримані ним експериментальні дані [69, с.99–108]. Результати дослідження констатують той факт, що у багатьох людей адекватне уявлення про риси

особистості «афганців» підміняється набором психологічних стереотипів [86, с. 26–39]. Дослідник виділяє дві основні причини формування стереотипів:

1. Невміння відокремити політичні аспекти війни (заради яких цілей велися бойові дії, хто приймав рішення про відправку радянських військ в іншу країну і т. п.) від психологічних (як поводитися воїни в екстремальних умовах та якими вони повернулися з війни). Люди, які не зуміли «відокремити війну від солдата», зазвичай переносять на «афганців» своє негативне ставлення до перебування наших військових підрозділів на території Афганістану.

2. Спотворення уявлень про моральність, які сталися, на думку дослідника, за останні роки в свідомості радянського суспільства. Одним із проявів зазначених спотворень є аморальні за своєю суттю варіанти питань, які нерідко ставляться «афганцям» не тільки в приватних бесідах, а й навіть публічно, наприклад у засобах масової інформації [86, с. 26–39]. За результатами дослідження В. Знакова, радянське суспільство, а саме та його частина, яка не брала участі у бойових діях в Афганістані, вважало, що особистість учасника бойових дій відрізняється від власне їх особистості.

Заслуговують на увагу дослідження В. Попова [70] щодо реабілітації військовослужбовців. Автор виділяє основні причини, які негативно впливають на процес реадaptaції: пасивність самого суб'єкта в процесі відновлювального лікування, його схильність перекладати відповідальність за результати лікування на плечі медичного персоналу, небажання йти на контакт з психологом, закріплення неадекватних способів поведінки і переконаність у своїй правоті, зниження самокритики, негативне ставлення до соціуму, завзятий опір необхідності «стати таким, як усі».

На наш погляд, методика психологічної реабілітації В. Попова при тривалій вторинній дезадаптації допомагає створити умови для «очищення» психіки від слідів первинної дезадаптації, формує навички неекстремальної поведінки, створює умови для саморозкриття життєвих перспектив особистості.

С. Захарік у своїй науковій діяльності приділив увагу психології післятравматичного стресу та роботі з ветеранами війни. У статті з однойменною назвою [71] він зазначає, що 10 % психічних втрат є безповоротними, а 90 % військовослужбовців потребують різноманітних термінів реабілітації, оскільки учасники війни переживають важкі психічні стани, що заважають їм після повернення повернутися до нормального життя.

С. Захаріком була створена та запропонована **класифікація факторів, які впливають на психіку військовослужбовців та спричиняють її розлади:**

1. Об'єктивні фактори:

1.1. Загальні фактори бойових умов, групової динаміки, поставлених задач;

1.2. Специфічні фактори особливих умов бойової діяльності.

1.3. Фактори надсильних та надслабких подразників, які відносяться до безпосереднього застосування зброї та бойової техніки, процесу збройного протистояння.

2. Суб'єктивні фактори:

2.1. Фактори навколишнього середовища та групової динаміки, які переживаються індивідуально як загрозливі;

2.2. Фактори, що обумовлені особливостями психофізіологічного статусу, сприйняття та відображення об'єктивної реальності [13].

С. Захарік відзначив, що ***стійкість психіки залежить від інтенсивності бойових дій, індивідуального сприйняття та емоційної модальності отриманих вражень***. Під дією цих переживань відбуваються зміни у особистості військовослужбовця, змінюються її якості.

Автор звертає увагу і на той факт, що при недостатній підготовленості та недостатній психологічній стійкості у військовослужбовців можуть з'явитися небажані зміни у діяльності, такі, як:

1. Зниження функціональної надійності організму та прояв сомато-вегетативних розладів, які сприятимуть тимчасовому виведенню особового складу зі строю.

2. Втрата психологічної стійкості, виникнення негативних психічних станів та розладів.

3. Ослаблення бойової активності, порушення послідовності бойових дій, поява відмов та зривів, помилок та слабоконтрольованих дій.

4. Напруга, яка виникає на основі почуття небезпеки, очікування, нестійкості психіки та організму в цілому при відсутності досвіду діяльності у таких обставинах (це основна причина негативних психічних станів у бою) [13].

У статті С. Захаріка [71] відображений досвід щодо зривів та розладів у період ведення бойових дій. Так, протягом 30 діб був один зрив на 4 втрати в бою, після 30 діб психічні втрати можуть перевищувати втрати в бою, після 60 діб не виключена повна втрата боєздатності особового складу. Також автором зазначені військові спеціальності (на прикладі війни в Афганістані), у представників яких частіше, ніж у інших спостерігалися нервові розлади та зриви: сапери, повітрянодесантні підрозділи, артилеристи, механіки-водії.

Паралельно виділено класифікацію отримання бойової психічної травми залежно від виду поранення: тяжкопоранені та солдати, які отримали каліцтва – 42–45 %; решта солдатів, які отримали міннозривні та комоційні контузії [71].

С. Захарік одним з перших учених у вітчизняній психологічній науці дав визначення бойового травматичного стресу: **Бойовий травматичний стрес є нормою для учасників бойових дій, його деструктивні наслідки для особистості є закономірними, вони можуть спіткати військовослужбовця у будь-який час та через будь-які часові проміжки під дією особистісно значущих умов та обставин, навіть тих ветеранів, які на перший погляд здаються адаптованими до мирних умов діяльності** [71]. Цим визначенням С. Захарік намагався підкреслити, що провідна роль у

виникненні бойового травматичного стресу належить більшою мірою психологічним чинникам, ніж соціальним. Отже, реабілітацію військовослужбовців необхідно проводити через психологічні та психотерапевтичні заходи.

Одним з провідних спеціалістів того часу саме у питаннях бойового стресу був Л. Кітаєв-Смик [72]. Вивчаючи бойовий стрес серед російських військовослужбовців у першу та другу чеченські військові кампанії, він одним з перших зазначив, що бойовий стрес – це не тільки негативне явище, у деяких солдат воно може проявлятися у конструктивній формі. У його роботах [72] виділено **характеристики конструктивного та деструктивного бойового стресу**.

Конструктивний бойовий стрес характеризується більшою орієнтацією на життя: солдати, у яких спостерігається конструктивний бойовий стрес, більш охайні, слідкують за зброєю, охоче опановують нові види зброї, більш надійні у боях, лояльні до полонених та місцевого населення, їх почуття страху адекватне обстановці, вони звикли до насильства на війні, але при цьому «довоєнне» минуле залишається для них емоційно близьким. Такі солдати після повернення більш схильні до швидкого пристосування до мирних умов. Але автор виділяє серед них групу ризику, до якої входять солдати, які пішли на фронт ще юнаками. Оскільки вони не мали життєвого досвіду, після повернення їм дуже важко реалізувати свій конструктивний психологічний потенціал. Як зазначає Л. Кітаєв-Смик, «вони хочуть бути корисними для себе та для інших, але не вміють бути «мирним дорослим», війна пробудила у них енергію, але не навчила боротися з життєвими труднощами» [72]. Дослідник застерігає: якщо не надати відповідної допомоги таким військовим, це може призвести до виникнення «вторинного бойового стресу», який характеризується перетворенням конструктивної психологічної спрямованості військовослужбовців на відчай та здатність до суїциду.

Деструктивний бойовий стрес характеризується як порушення психіки, що призводить до небоєздатності солдата. Л. Кітаєв-Смик розділяє його на декілька видів.

*Перший вид деструктивного бойового стресу («зламани» [72])* характеризується наявністю емоції страху, яка поглинає воїна у реальності та у сні, відсутністю думок та планів на майбутнє, виразом обличчя убитої горем людини (характерні зовнішні прояви – опущені плечі, сутула спина, невпевнена хода), приступами жорстокості, симптомом психічної депресії, дратівливістю. Лікарі-психіатри характеризують такий стан, як невроз, невротичний стан, реактивна депресія.

*Другий вид деструктивного бойового стресу* можна охарактеризувати, як стан реактивної інфантилізації. Такі солдати ведуть себе як діти, не зважаючи навіть на місце свого перебування (під обстрілом, на мінному полі та т. ін.). На перший погляд така поведінка може показатися героїчною, але насправді це хворобливий стан. При поверненні такі люди деякий час проявляють психологічну слабкість стосовно життєвих проблем. Суїцидальна поведінка у таких солдат малоймовірна, але можлива.

*Третій вид деструктивного стресу* характеризується злобою, неадекватною агресією не тільки до ворога, а й до своїх, що в свою чергу заважає реально оцінювати ситуацію у бою, оскільки злоба витісняє страх.

Після повернення додому агресивність спадає, але у будь-який момент може виникнути знову та спричинити негативні наслідки. Потім у більшості людей потім така їх поведінка може викликати розпач та каяття, що в свою чергу через депресію може призвести до суїциду [72].

Аналіз літературних джерел стосовно війни в Афганістані дає нам можливість зробити висновок, що психологічні дослідження того часу є великим проривом у формуванні поняття «бойовий стрес». Для розвитку дослідження проблеми бойового стресу та бойової психічної травми дуже важливою є думка радянських, а згодом і російських вчених стосовно того, що причиною виникнення бойового стресу вважаються не тільки об'єктивні,

*а й суб'єктивні стрес-фактори війни.* Це надає можливість говорити про розробку методів саме психологічного впливу на військовослужбовців з метою запобігання виникненню негативних психічних станів у ході ведення ними бойових дій та для покращання боєздатності військовослужбовців.

Таким чином, проведений нами теоретичний аналіз дає можливість стверджувати, що *розвиток та формування поняття «бойовий стресу» у вітчизняній психологічній науці мали циклічний характер.* У роки Русько-японської та Першої світової війн відбувався серед учасників стрімкий розвиток досліджень «травматичного неврозу», «меланхолії без марення», «неврастенічного психозу», «нервово-психічної нестійкості до явищ війни», «воєнного неврозу», «бойових та окопних розладів», «істерії», «емоційного неврозу» (іншими словами, фактично об'єктивних детермінант бойового стресу).

У період Другої світової війни дослідження сучасного поняття «бойовий стрес» були розрізненими та фрагментарними.

Поняття «бойовий стрес» у радянській військовій психології так остаточно і не було сформульоване. Однак психологічні дослідження, що були проведені в Радянському Союзі у період Афганської війни, а потім у Російській Федерації під час двох чеченських воєн, дозволили виділити саме психологічну складову категорії «бойовий стрес».



## 1.2. Трансформація категорії «бойовий стрес» у поглядах зарубіжних дослідників

---

---

Перші спогади про психічні стани військовослужбовців при веденні бойових дій з'явилися на початку Громадянської війни в Америці, яка була дуже руйнівною, що в свою чергу не могло не позначитись на психічному здоров'ї солдат. У 1863 році був створений перший військовий психіатричний госпіталь. Саме тоді був уведений термін «ностальгія», що позначав специфічний душевний стан солдатів.

Однак термін «ностальгія» не був новим терміном. Ще у 1688 році його ввів лікар Д. Хофер у своїй роботі «Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimweh», що була присвячена проблемі захворювання швейцарських солдатів, які служили найманцями далеко від своєї країни [87].

Термін «ностальгія» розглядався тільки у медичному контексті, як психічне захворювання (Верховитц (1703), Детхардінг (1705), Такиус (1707), Картхойзер (1771)) [87]. У солдат спостерігалися втрата апетиту, сну та навіть смертельні випадки у результаті виснаження.

Існують клінічні описи стану ностальгії у солдат, які можна поділити на три категорії [87]:

- хворий відчуває себе втомленим, сумним, мовчазним. Він шукає усамітнення, постійно думає про рідні місця, але не говорить про це;
- думки про батьківщину набувають форму «ідеї фікс», з'являється безсоння, пропадає апетит, порушується травлення, підвищується кров'яний тиск;
- остаточно формується безглузда ідея або виникає стан гострого божевілля, також виникає ймовірність смерті від виснаження, якщо хворий не отримує повідомлення про можливість повернутися на батьківщину. Стан ностальгії деколи поширювався у вигляді епідемій (наприклад, у наполеонівських солдат).

Наступні дослідження «ностальгії» військовослужбовців зустрічаються у Л. Ауенбруггера (1761 р). У роботі «*Inventum Novum*» [88] дослідник давав відповідну характеристику таким хворим: наповнені смутком, зітханнями, мовчазні, мляві, прагнуть до усамітнення, занурені у тяжкі роздуми». Л. Ауенбруггер пов'язував виникнення «військової ностальгії» з втратою будь-якої надії воїна щодо повернення на батьківщину. Аналогічні клінічні випадки були відзначені в кінці XVIII століття і Р. Гамільтоном [88].

З урахуванням швидких технологічних змін та масштабних війн, що відбулися у світі починаючи з другої половини XIX століття, постала необхідність вивчення психічних станів, що виникали у солдатів і офіцерів, під час та після важких боїв.

Вивчення психічних порушень серед учасників бойових дій під час Кримської війни (1853–1856 рр.) розпочав А. Маерс – англійський лікар, який дав їм назву «*пальпітація*» («*тремтіння*»). Під час Громадянської війни в Америці (1861–1865 рр.) ці психічні стани описані психіатром Г. Хартшоном як «*виснаження серцевого м'яза*». Пізніше ці розлади отримали назву «*кардіальний невроз*», «*нейроциркуляторна астенія*», «*розлад серцевої діяльності*» [88].

У 1871 році психіатром Я. Да Коста був введений термін «**солдатське серце**». Автор описав його як «комплекс, що включає в себе біль у грудях, тахікардію, головний біль та запаморочення, слабкість та діарею, пильність та лякливість у солдатів Громадянської війни» [89].

Відмітимо, що на превеликий жаль у спостереженнях Я. Да Кости головну роль займали все ж таки описи вегетативних, а не психічних станів воїнів. Однак саме термін «солдатське серце» став передвісником розвитку понять «бойовий стрес» та «посттравматичний стресовий розлад». Слід зазначити, що схожі симптоми описував і В. Хаммонд у 1883 році [44].

Деякі лікарі-психіатри припускали, що вони мають справу з абсолютно новим явищем і намагалися дослідити вплив культурних, соціальних, кліматичних і власне бойових факторів на розвиток цієї недуги [88].

Схожі описи психічних станів військовослужбовців можна знайти у французькій та німецькій спеціальній науковій літературі часів Франко-пруської війни (1870–1871 рр.) та Англо-бурської війни (1899–1902 рр.). Саме Англо-бурська війна відрізнялася від інших війн, що вели британці, масовим звільненням з армії військовослужбовців з діагнозом «розлади серцевої діяльності». Після її закінчення В. Вільсон (1904 р.) показав зв'язок клінічних проявів даного синдрому з психічним напруженням у період бойових дій [88].

Іншою ранньою діагностичною категорією, яка використовувалася для позначення пов'язаних з участю у війні психічних розладів, був *«травматичний невроз»* – термін, уведений у 1889 році Г. Оппенгеймом. Причиною травматичного неврозу автор уважав органічні порушення головного мозку, що виникли у результаті як фізичних, так і психологічних факторів впливу [90]. Приблизно в той же час В. Грізінгер (1892 р.) уперше зазначив, що струс мозку і психічний шок у результаті травми голови можуть викликати однакові наслідки [44].

Поняття «травматичний невроз» було пов'язане не тільки з участю у бойових діях, а взагалі з переживанням людиною травмуючої ситуації будь-якого характеру. Але, на наш погляд, цим «загальним дослідженням» травматичного неврозу слід приділити увагу, оскільки вони дають основу для подальшого розуміння розвитку сучасного поняття «бойовий стрес».

Як нами було зазначено раніше, Г. Оппенгейм зробив наголос на травматичності самої ситуації. Французький невролог Ж.-М. Шарко та його послідовники (Рише, Бербез, Гиньон, Буверет та ін.) вважали емоції та шок причиною травматичного неврозу. На їх думку, «нервовий шок» уводить пацієнта в стан, подібний до гіпнотичного, що є необхідною умовою травматичного самонавіювання, яке призводить до істеричного симптому (наприклад, коли думка про паралічі згодом викликає параліч). Г. Оппенгейм був проти змішання істерії і травматичного неврозу і вважав, що

Ж.-М. Шарко в діагнозі травматичної істерії робить дуже великий акцент на думках та ідеях хворого, розмиваючи межу між хворобою і симуляцією [32].

П. Жане, показав, що випадки істеричного розладу часто беруть початок у травматичній події, яка не пов'язана з фізичною травмою, але при цьому супроводжуються сильними емоційними переживаннями. П. Жане вважав, що травматичні розлади викликаються подіями, до яких людина виявляється недостатньо підготовленою й не може адаптуватися. Не сама подія, а саме зниження здатності до дії, психологічна неспроможність були у фокусі уваги П. Жане при описі травматичних розладів [32].

Ми констатуємо, що розвиток поняття «бойовий стрес» у закордонній науковій думці до Першої світової війни мав циклічний характер. З одного боку, були спроби виділити проблему психічних станів військовослужбовців, що виникають під час участі у бойових діях у окрему категорію, з іншого боку, наприкінці ХІХ століття поняття «травматичний невроз» починає набувати більш загального характеру. Але дуже важливим, на наш погляд, є спроба пояснити виникнення травматичного неврозу завдяки істеричним (емоційним) розладам особистості.

Проблема дослідження психічних станів військовослужбовців гостро постала перед закордонними дослідниками з початком Першої світової війни. У цій війні поряд з жахливими втратами зникла ілюзія про мужність та доблесть солдатів у бою. Під натиском жахів війни солдати почали «ламатися» та поводити себе як «істеричні жінки» [91, с. 39].

Спочатку, як і у попередні роки, прояви психічних розладів у солдат пов'язували з фізичною травмою. Нервовий розлад, що спостерігався у солдат, британський психолог Ч. Маєрс пояснював загальним ураженням унаслідок вибуху снарядів. Автор назвав цей розлад «*контузією*» [91, с. 40].

Паралельно поняттю «контузія» розвивався інший термін – «*артилерійський шок*». Це явище було визначено англійським психіатром Т. Салмоном [92, с. 15], який характеризував його як психічні реакції на вибухи артилерії великих калібрів. До поняття «артилерійський шок»

відносили різні стани: паралічі, сліпоту, втрату орієнтування, іпохондричну і тривожнофобічну симптоматику, заціпеніння, підвищену чутливість і дратівливість, неспокій, тремор, різні порушення сну, повторювані кошмарні сновидіння з пережитої тематикою та інші симптоми [93, с. 57– 78].

Пізніше Ч. Маєрс у роботі «Артилерійський шок у Франції 1914–1919» визначив відмінності між неврологічним розладом «контузії від розриву снаряда» і «артилерійським шоком». Він зазначав, що контузія, яка викликана розривом снаряда, повинна розглядатися як неврологічний стан, викликаний фізичною травмою, тоді як **артилерійський шок** – [90].

Ч. Маєрс виявив симптоми «артилерійського шоку» у солдат, які не піддавалися артилерійському обстрілу, що привело його до розуміння важливості емоційного фактора в походженні цих симптомів і до заперечення зв'язку між останніми й такими органічними факторами, як молекулярні зміни в мозку. Він підкреслював схожість між військовими невротами й істерією та вважав емоційний чинник вичерпним у поясненні походження військового невроту [90].

Вивчаючи відстрочені психічні явища у військовослужбовців, що обумовлені участю у бойових діях, З. Фрейд запропонував термін «**військовий неврот**» [94, с. 33]. У виникненні військового невроту З. Фрейд підкреслював **роль переляку, страху та неочікуваності**. Автор зазначав, що виникнення військового невроту не завжди пов'язано з використанням артилерії та іншого озброєння. Військовий неврот розглядався З. Фрейдом як стан Его-конфлікту, в якому з одного боку, – мирне Его військового, а з іншого – войовниче Его, що може завдати шкоди мирному Его своїм паразитуючим існуванням [94, с. 33].

З. Фрейд, розглядаючи відмінність між травматичними невротами мирного та воєнного часу, зазначав: «...у мирний час після небезпечних ситуацій або серйозних катастроф не виникає конфлікт Его-станів» Зараз ми можемо стверджувати, що подібні внутрішні конфлікти мають місце і в мирний час, але вони не чинять такого катастрофічного впливу на особистість, як конфлікт, викликаний необхідністю вибрати з двох

альтернатив – вбивати або бути вбитим; при цьому далеко не завжди військовослужбовець усвідомлює правоту таких дій [95].

Інший дослідник – Е. Кречмер – звернув увагу на те, що психічний стан, який виникає у військовослужбовців під час участі в бойових діях, можна поділити на активний та пасивний. Активну форму прояву такого психічного стану Е. Кречмер назвав «**рушійною бурєю**». Такий стан міг починатися зі слабкого почуття тривоги та розвиватися аж до сильного страху, паніки. Поведінка військовослужбовця втрачала спрямованість, виникали хаотичні рухи, бажання кудись утекти, порушувалася орієнтація у просторі. Автор зазначав, що тривалість такого стану невелика – приблизно 15–20 хвилин [96].

Пасивну форму прояву такого психічного стану автор назвав «**мінливою смертю**». Цей стан проявляється як почуття слабкості, ослаблення сили та тону м'язів, апатії, депресії, втрати свідомості та навіть ступору. Характерною ознакою такого стану є різке рухове заціпеніння [97].

Сам Е. Кречмер визначав наведені вище форми психічних станів військовослужбовця у бою як прояви біологічних реакцій, що властиві не тільки людині, а й усьому тваринному світу та виникають у разі небезпечної для життя ситуації [96].

У період Першої світової війни серед закордонних дослідників було багато представників так званого традиційного погляду, які вважали, що нормальний солдат повинен гордитися своєю участю у війні і не виказувати жодного хвилювання. Але прогресивні медичні світила, навпаки, стверджували, що військовий невроз – справжній психічний розлад, який може виникати у солдат з високими моральними якостями [91, с. 41].

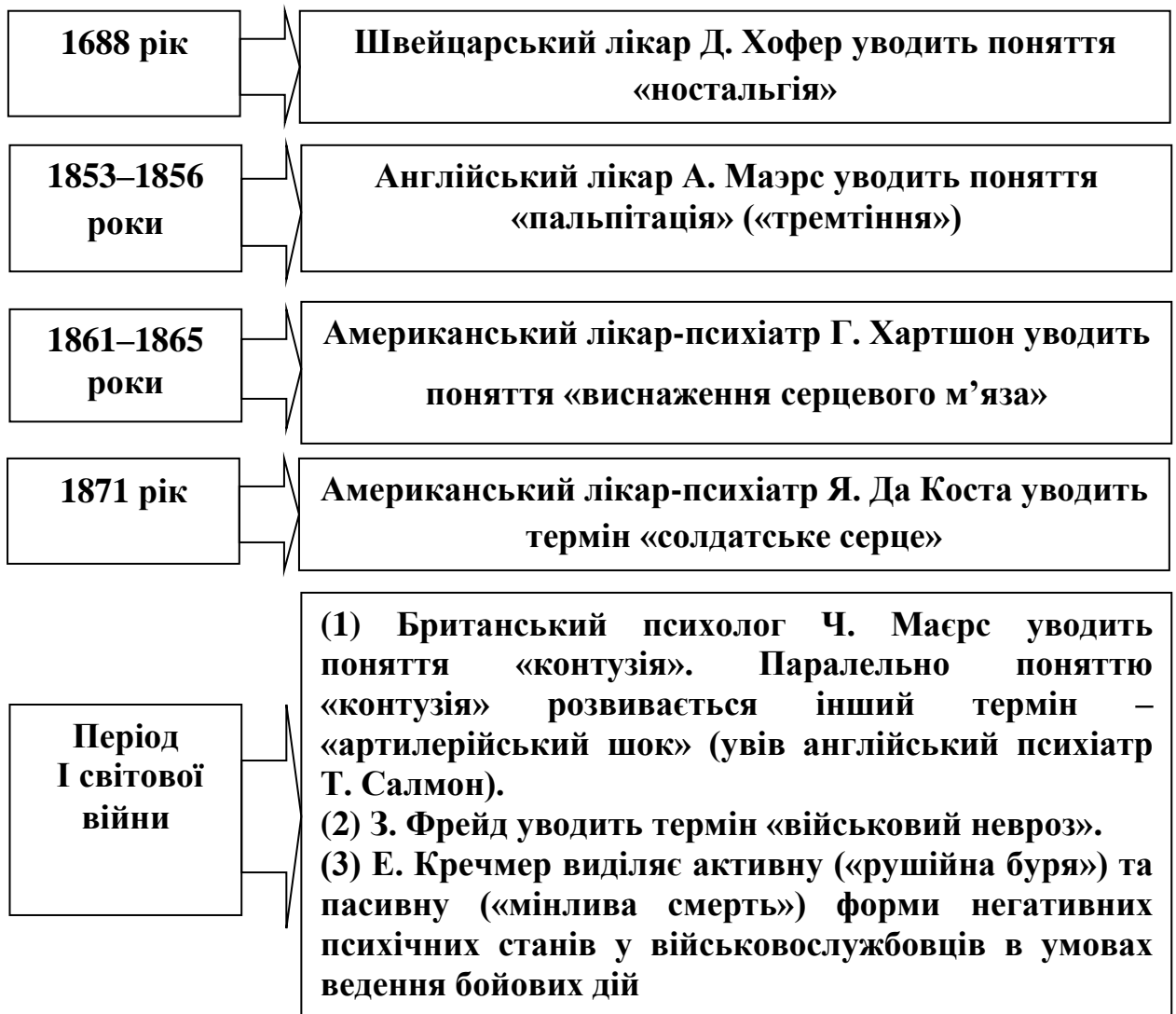
Одним із основних захисників цієї точки зору був лікар, професор нейрофізіології, психології та антропології В. Ріверз [91, с.41]. У своїй роботі з пацієнтом З. Сасунн лікар виділив дуже важливі принципи, які потім стали використовували американські військові психіатри:

1. Навіть дуже смілива людина може піддатися непереборному страху.
2. Найбільш ефективною мотивацією для подолання цього страху є дещо сильніше ніж патріотизм, абстрактні принципи чи ненависть до ворога. Це є братерська підтримка солдатів один одного!

Через кілька років після закінчення Першої світової війни медичний інтерес до теми військових неврозів, який розглядали тоді у контексті психічної травми, було втрачено. Незважаючи на те, що ветерани з психічними розладами переповнювали лікарні, їхня присутність стала бентежити суспільство, яке прагнуло все забути.

Таким чином, період Першої світової війни у розвитку поняття «бойовий стрес» можна охарактеризувати як доволі продуктивний. Саме у цей період закордонні вчені вперше зробили спробу виокремити психологічні погляди на учасників бойових дій від психіатричних.

Дослідники більше уваги почали приділяти не симптомам, що з'являються у солдат, а причинам їх виникнення (див. рис. 1.4).



**Рис. 1.4.** Трансформація поглядів на «бойовий стрес» у наукових колах закордонних дослідників (кінець XVII століття – період закінчення Першої світової війни)

На основі зробленого аналізу можна стверджувати, що більшістю закордонних вчених сучасне поняття **«бойовий стрес» у період Першої світової війни розглядалося як психічний стан, який виникає у військовослужбовців у результаті внутрішнього конфлікту – «вбий або будеш вбитим» (що підтверджує переважання саме емоційної, психологічної складової у процесі його виникнення).** Цей стан може проявлятися як в активній, так і в пасивній формі (біологічні реакції на небезпеку) і має такі симптоми: втрата орієнтування, іпохондрична і тривожнофобічна симптоматика, заціпеніння, підвищена чутливість і дратівливість, неспокій, тремор, різні порушення сну, повторювані кошмарні сновидіння з пережитого та інші симптоми. **Тобто, бойовий стрес є психічний стан, викликаний як психологічною, так і біологічною реакцією військовослужбовця на небезпеку.**

Перед початком Другої світової війни психічні реакції військовослужбовців на бойові дії вивчав американський психіатр А. Кардінер [98, с.86–89]. Оскільки він був учнем З. Фрейда, то спочатку всі його погляди стосовно теорії травми війни були у руслі психоаналізу. А. Кардінер захоплювався не тільки психоаналізом, а й антропологією, що з часом позитивно вплинуло на його розуміння неврозів війни.

У 1941 році А. Кардінер опублікував масштабне клінічне та теоретичне дослідження «Травматичні неврози війни», в якому зазначав, що: «...розвиток теми невротичних розладів, спричинених війною, залежать від непостійного інтересу суспільства та психіатричних примх. Зацікавлення, яке було дуже великим після Першої світової війни, більше не підтримувала ні громадськість, ані психіатрія.... Зокрема це пов'язано зі зниженням статусу ветеранів після війни..» [98, с. 86–89]. Також автор зазначав, що у дослідженнях цього явища не було цілісності; кожен дослідник намагався розпочати все з нуля та не використовував досвід попередніх років [98, с. 86–89].

Теоретичні розробки А. Кардінера дуже нагадували погляди П. Жане стосовно того, що *військові неврози є формою істерії*. Але автор намагався



відійти від цього принизливого та, як він зазначав, деструктивного для самих військовослужбовців терміну, – «істеричний».

А. Кардінер також розглядав відстрочені реакції у ветеранів з точки зору концепції адаптації. З них він виділяв п'ять головних: (1) фіксація на травмі, (2) типові сни, (3) зниження загального рівня психічної діяльності, (4) дратівливість, (5) схильність до вибухових агресивних реакцій [98, с. 86–89].

На думку А. Кардінера, **адаптаційні можливості військовослужбовця можуть давати змогу спрогнозувати перебіг у нього «бойового стресу» та подальше його ускладнення.**

На нашу думку, головним у роботах А. Кардінера є те, що автор зазначив саме психологічні проблеми ветеранів, які «...обумовлені зменшенням внутрішніх ресурсів, тому зовнішній світ ними починає сприйматися як ворожий» [99, с. 325–330]. Це визначення дає можливість припустити, що саме «бойовий стрес» є причиною зменшення внутрішніх ресурсів військовослужбовця.

Таким чином, досягнення А. Кардінера були не тільки у виділенні адаптаційної складової у структурі сучасного поняття «бойовий стрес», а й те, що він перший з дослідників даного питання звернув увагу на **суспільне ставлення** до учасників бойових дій, що як показав час, певною мірою впливає, на стан їх психічного здоров'я.

У періоди Другої світової війни та післявоєнного часу зарубіжні автори вивчали психічні наслідки війни переважно в межах **концепції військового неврозу**. Певного поширення набула і **концепція «виснаження боєм»** (І. Годфілд, К. Голдстейн, Р. Грінкер, Л. Колб, Е. Міллер, В. Сагент, Е. Слатер, Г. Шпігель, Г. Рейніс, С. Футтерман та ін.). Вона була логічним продовженням напрацювань А. Кардінера, яку підтримали всі зазначені вище науковці. Концепція «виснаження боєм» полягала у тому, що *в результаті обмежених психічних ресурсів солдати не можуть адаптуватися до бойових умов* [100; 101; 102, с. 362–372]. Тобто можна зробити висновок, що при

своєчасному психологічному втручанні, яке буде спрямоване на підвищення психічного ресурсу солдата, можливо підвищити рівень його адаптації до стрес-факторів війни, а отже, і його боєздатність.

Одними з перших, хто став розглядати відстрочені психічні реакції солдат як наслідки «бойового стресу», були Г. Шпігель та Р. Грінкер. Вони визначали **«бойовий стрес» як сукупність фізіологічного, емоційного та соціального стресу** [99, с. 325–330]. Американські психіатри зосередили свою увагу на виявленні факторів, які можуть захистити від гострих зривів або сприяти швидкому відновленню. У тісній співпраці з А. Кардінером вони своїми дослідженнями підтвердили той факт, який виявив ще В. Ріверз при роботі з солдатами Першої світової війни: «Найсильнішим захистом від всеохоплюючого страху у ситуації постійної небезпеки є розвиток сильної емоційної залежності між солдатом, його безпосереднім командиром та всім підрозділом» [91, с. 47–48].

А. Кардінер та Г. Шпігель визначили **фактори, які спонукають подальший розвиток негативних психічних станів, набутих у ході бойових дій**. До таких факторів належать:

- ✓ довоєнні індивідуальні особливості солдата;
- ✓ реакції на небезпечні для життя ситуації;
- ✓ рівень відновлення цілісності особистості [103].

Під час Другої світової війни зарубіжними дослідниками було вперше визнано, що *будь-яка людина може «зламатися», перебуваючи у зоні проведення бойових дій, і що кількість таких випадків можна передбачити, адже вони напряму залежать від важкості бойових умов*.

Значних зусиль було докладено закордонними дослідниками, щоб визначити точну межу перебування в бойових умовах, за якою, напевне, починається психічний зрив.

Так, через рік після закінчення Другої світової війни американські психіатри Дж. Аппель та Дж. Біб дійшли висновку, що 200–240 днів участі у бойових діях достатньо, щоб «зламати» навіть найсильнішого солдата. При

цьому вони виказали протилежну думку щодо концепції «виснаження боєм»: *«Не існує такого поняття, як «звикання до війни»... Кожен момент бою спричиняє таку велику напругу, що люди ламатимуться у прямій залежності від інтенсивності та тривалості цього впливу.* Тому психіатричні випадки на війні є такими ж неминучими, як вогнепальні та осколкові поранення» [104, с. 1468–1471].

Необхідно, на наш погляд, звернути увагу і на стратегії лікування військовослужбовців, що застосовувались під час Другої світової війни.

Головною метою лікування було зниження до мінімуму розлуки між психічно травмованим солдатом та його товаришами. Саме тому терапевтичне втручання проводили якомога ближче до лінії фронту, щоб солдат швидше міг повернутися до свого бойового підрозділу [99, с. 325–330].

При «лікуванні розмовою», як і при роботі з істерією, увагу приділяли відновленню психічного стану та катарсичному повторенню пережитого травматичного досвіду разом з усіма супутніми емоціями – жахом, гнівом, горем [91, с. 48]. Однак методи, що застосовувались для прискореного вивільнення травматичних спогадів (гіпноз, застосування аміталу натрію), не були ефективними та не давали тривалого терапевтичного ефекту, оскільки у солдатів не було достатнього усвідомлення цих спогадів [91, с. 48]. Таким чином, був визначений ще один досить важливий фактор, який зумовлює не тільки виникнення бойового стресу, а й подальший його перебіг – це *когнітивна сфера військовослужбовця.* Як зазначали Г. Шпігель та Р. Грінкер у своїй роботі «Люди у стані стресу» [105, с. 365], *перебування на полі бою спричиняє тривалий вплив на людський розум, змінюючи його так радикально, як будь-який критичний досвід, через який доводиться проходити у житті.*

Таким чином, під час Другої світової війни зарубіжними дослідниками був зроблений прорив у визначенні поняття «бойовий стрес». Насамперед, цінність проведених досліджень полягала у виділенні трьох важливих

причин, що його зумовлюють, – сукупність (1) фізіологічних, (2) емоційних та (3) соціальних детермінант. При цьому окремо приділялася увага і когнітивній сфері військовослужбовця у переробці травматичного досвіду.

Були виділені об'єктивні фактори бойових умов, які прямо пропорційно впливають на психічний стан військовослужбовців – інтенсивність та тривалість бойових дій. Також більшість дослідників, роботи яких були розглянуті вище, наголошують на необхідності своєчасного психологічного втручання, яке може позитивно вплинути на перебіг різноманітних нервових порушень у солдат, набутих у результаті участі у війні.

Надалі розвиток вивчення категорії бойового стресу набирав більш швидких обертів. Цьому сприяла війна в Кореї (1950–1953 роки), під час якої широко стали застосовувати поняття «*бойова втома*», яким позначався широкий спектр розладів – стан страху, депресія, істерія, психосоматичні порушення і навіть колективна паніка. Від випадків «бойової втоми», формування якої відбувається впродовж тижнів і навіть місяців участі в бойових діях, відокремлювали іншу форму бойової психічної травми, що позначалася терміном «*бойовий шок*» [88].

Д. Гудвін та С. Бентлі підкреслювали: «Війна у Кореї остаточно дала зрозуміти, що «бойовий стрес» є головною причиною психічних розладів військовослужбовців» [106], а саме поняття «бойовий стрес» визначали, як ситуацію, в якій індивід піддавався суворому фізичному впливу та екстремальному емоційному стресу [94].

Паралельно з цими подіями продовжувався активний розвиток поняття «*психічна травма*». Більшість дослідників (Е. Кріс, В. Де Фацио, С. Ферст, А. Солніт та ін.) вважали, що «психічна травма» є результатом травматичного стресу.

Так, С. Ферст зазначав, що *травматичний досвід ставить людину вже перед існуючим фактом, тому адаптаційні можливості, які має особистість, є мало цінними* [103].

Однією з найбільших військових подій у ХХ столітті стала війна у В'єтнамі (1965–1975 роки). Вона супроводжувалася численними жертвами і в ній брали участь багато країн світу, що й призвело до прояву у людей «в'єтнамського синдрому». Цей синдром вивчався з точки зору відстрочених психічних реакцій на стрес. Результати досліджень були відображені в монографії П. Буен «Люди, стрес і В'єтнам» [107] та «Стресові розлади серед в'єтнамських ветеранів» за редакцією Ч. Фіглі [108]. На нашу думку, саме вивчення «в'єтнамського синдрому» ще раз підтвердило актуальність та необхідність досліджень теми психічних станів військовослужбовців під час їх участі у бойових діях.

У 1976 році М. Горовиць розробив **концепцію синдромів стресової реакції**. Як зазначає сам автор, на формування його концепції вплинули погляди Ж. Піаже про когнітивні процеси асиміляції отриманого досвіду або акомодатії до нього, концепції процесу когнітивної переробки стресогенної інформації Р. Лазаруса та В. Дженіса, ідеї Т. Френч щодо інтегруючої ролі мислення в поведінці людини, положення когнітивної теорії емоцій Р. Лазаруса, а також положення когнітивно-нейрофізіологічного підходу до вивчення емоцій К. Прибрама [103].

М. Горовиць розглядав стрес-фактор як ситуацію, яка може призвести до психічної травми. На його думку, людина знаходиться у стані стресу до тих пір, поки інформація про психотравмуючі події переробляється. При цьому емоції розглядаються як відповідь організму на стресові події. Також М. Горовиць виділив **чотири фази у відповідь на стресову ситуацію**. До них належать:

- (1) фаза первинної емоційної реакції;
- (2) фаза «заперечення», що виражається в емоційному заціпенінні, придушенні і уникненні думок про те, що трапилося, уникнення ситуацій, які нагадують про психотравмуючу подію;
- (3) фаза чергування, яка проявляється у спогадах, снах, підвищеному рівні реагування на все, що нагадує про психотравмуючі події;

(4) фаза подальшої інтелектуальної та емоційної переробки травматичного досвіду, яка закінчується асиміляцією або акомодациєю до нього [109, с. 771–772].

Тривалість процесу відповідного реагування на стресову подію обумовлюється, за спостереженнями М. Горовиця, значущою для індивіда інформацією, яка пов'язана з цією подією [109, с. 771–772]. При «сприятливому» перебігу даного процесу він може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після події (припинення психотравмуючого впливу). У цьому випадку М. Горовиць говорить про *нормальну реакцію на стресову подію*. При загостренні відповідних реакцій і збереженні їх проявів протягом тривалого часу йдеться про *патологізацію* процесу відповідного реагування [109, с. 771–772].

Таким чином, як показує аналіз літератури, наприкінці ХХ століття під травматичним стресом розуміли стрес, що обумовлений психотравмуючими для індивіда життєвими подіями. Ці події повинні виходити за рамки повсякденного людського досвіду і викликати дистрес у будь-якої людини [110, с. 247].

Психотравмуючі події викликають сильні зміни в уявленні про себе, у системі цінностей, у концепції навколишнього світу, змінюють усталені уявлення про способи існування у світі [111, с. 103].

Ці події можуть бути раптовими, шокowymi для індивіда або чинити тривалий вплив, який важко переживається, а також поєднувати в собі як ті, так й інші властивості одночасно. Травматичним є і бойовий стрес.

У 1978 році неоціненний внесок у дослідження бойового стресу зробив **Г. Кормос**. Він **перший, хто дослідив поняття «бойовий стрес» окремо від поняття «посттравматичний стресовий розлад»**. У своїх роботах він виділив декілька моделей щодо розуміння поняття «бойовий стрес». Розглянемо ці моделі більш докладно [112, с. 52]:

1. *Бойовий стрес* розглядається як *хвороба*, що була загострена у бойовій обстановці як прихований результат інтрапсихічного конфлікту

(автор зауважує, що такій моделі відповідає поняття «*травматичний невроз*»).

2. *Модель «стійкості»*. Згідно з цією моделлю кожна людина має певну межу стійкості. Г. Кормос зазначає, що не так важлива роль стану здоров'я людини, скільки обставини, які складаються певним чином. Поведінка солдата (яка характерна при травматичному неврозі) стає нормою повсякденної поведінки. Автор зазначає, що цій моделі відповідає поняття «*бойове виснаження*» (Н. Камерон, 1963).

3. *Бойовий стрес є результатом свідомої мотивації* (А. Кардінер, 1947).

4. *Модель «військової індукції»* – підкреслює головну роль *сукупності зовнішніх факторів* (Дж. Аппель, 1966).

5. *Модель експериментального неврозу* означає *внутрішній конфлікт*, який виникає у солдата в бойовій обстановці, розглядається як експериментальний невроз, який І. П. Павлов викликав у собак. Тільки змістом цього конфлікту є *вибір між бажанням вижити та бажанням виконати свій обов'язок* (Г. Арчібальд, Р. Тудденгем, 1965).

6. *Засуджуюча модель* відображає погляди тих, хто вважає, що *бойовий стрес викликаний боягузством та небажанням солдатів виконувати свій патріотичний обов'язок*. На думку автора, ця ненаукова модель дуже вплинула на пониження інтересу вчених до цієї проблеми, що підтверджується у вище розглянутих дослідженнях.

Незважаючи на виділення цих моделей, сам автор вважав, що **бойовий стрес – така поведінка солдата, яка повинна бути сигналом для оточуючих про те, що він далі неспроможний вести бойові дії.**

З погляду А. Егендорфа, Ч. Кдушина і Р. Лаофера **бойовий стрес являє собою сукупність переживань, обумовлених тривалою загрозою життю в бойовій обстановці.** При цьому Р. Лаофер вважає, що необхідно говорити про **військовий стрес**, оскільки це поняття відображає переважно цілісний травматичний вплив бойової обстановки [113, с. 40]. Свій підхід до

розуміння військового стресу, що враховує травматичний досвід війни в різних його проявах, дані автори називають **багатофакторним**.

Б. Грін, Д. Вільсон, Д. Лінді у 1986 році розробили *інтераціоналістську модель травматизації*, відповідно до якої «подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, а й від впливу таких факторів, як характер психотравмуючої ситуації, індивідуальних характеристик військовослужбовця та особливостей умов, у які потрапляє ветеран після повернення з війни» [114, с. 102–147].

До характеристик психотравмуючої події були віднесені:

- ступінь загрози життю;
- тягар втрат;
- раптовість події;
- ізольованість у момент події від інших людей;
- ступінь впливу навколишнього оточення;
- наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події;
- моральні конфлікти, що пов'язані з подією;
- пасивна або активна роль солдата залежно від того, ким він був під час травматичної події – чи жертвою чи активною дійовою особою;
- безпосередні наслідки впливу даної події.

Серед індивідуальних характеристик військовослужбовця були виділені:

- рівень розвитку копінг-поведінки;
- ефективність психологічного захисту;
- чи були до призову в армію труднощі адаптації, психічні відхилення;
- демографічні дані.

Взаємодія цих чинників у процесі когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (поєднання уникнення спогадів з періодичним їх



повторенням) призведе або до психічної напруги, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. Це, у кінцевому рахунку, забезпечить психічну «рестабілізацію» або сприятиме виникненню посттравматичних стресових розладів [103].

Таким чином, бойовий стрес є, на думку закордонних дослідників, невід'ємним компонентом психотравматизації військовослужбовця в умовах його бойової діяльності.

### 1.3. Сучасні погляди на поняття «бойовий стрес»

---

З початком ХХІ століття підвищення чисельності війн та локальних військових конфліктів у світі знов привертає увагу дослідників до проблеми бойового стресу у військовослужбовців.

І. Ушаков відмічає, що «питання діагностики та корекції змін, які відбуваються при дії стрес-факторів бойової обстановки на людину, відносяться до числа найбільш актуальних у фізіології, психології та медицині сьогодення» [115].

І. Максимова звернула увагу на роль фундаментальних досліджень і необхідність вироблення єдиної термінології та координації зусиль вчених різних відомств для вирішення цієї актуальної проблеми [115].

На пострадянському просторі сучасні дослідження бойового стресу досить різноманітні. Так, механізмам виникнення і розвитку бойового стресу присвячені роботи Ю. Бубеева [116, с. 10–12; 117], О. Мінеєвої [118, с. 187–196], І. Ушакова [116, с. 10–12; 117, с. 47–51; 119] та ін. Проблеми діагностики функціонального стану людини при бойовому стресі розглянуті А. Блеєром [120, с. 34–35].

Психокорекції бойового стресу у своїх роботах приділяв увагу Х. Алієв [121; 122; 123; 124; 125, с. 86–89].

Загалом до провідних дослідників сучасності на пострадянському просторі можна віднести Р. Абдурахманова [126, с. 86–88], О. Бунькова [127, с. 61–63], Є. Лазебної [128], С. Літвінцева [129, с. 21–25; 130; 131, с. 35–45; 132, с. 68–72; 133, с. 158–165; 134], В. Литкіна [135, с. 63–68; 136; 137, с. 45–52], Є. Михайлова [138, с. 59], В. Мякотних [139], В. Нечипоренко [140, с. 52–54; 141, с. 12–16; 142, с. 23–26], Б. Овчиннікова [143, с. 136–140], В. Пономаренка [144, с. 4–20], А. Резніка [145; 146, с. 69–72; 147, с. 44–46], Є. Снедкова [129, 21–25; 148, с. 79–82; 149; 150], Н. Тарабріної [150; 151, с. 212–220], О. Утюганова [153; 154] та ін.

Як показали теоретичні дослідження вітчизняних та зарубіжних учених за останні сто років, досягти однозначного визначення поняття «бойовий стрес», причин виникнення та його характеристик так і не вдалося. Тому вважаємо за доцільне розглянути сучасні підходи до його визначення.

За визначенням В. Пономаренка, *бойовий стрес* – системна багаторівнева реакція організму людини на вплив комплексу факторів збройної боротьби з противником і супроводжуючих її соціально-побутових умов, з реальним усвідомленням високого ризику загибелі або серйозної втрати здоров'я, яка проявляється на особистісному, психофізіологічному, емоційно-вегетативному і соматичному рівнях при значній, а можливо й провідній ролі змін у підсвідомій сфері, що полягає у грубій деформації базових Его-структур [144, с. 4–20].

За поглядами російських фахівців з військово-медичної академії (м. Санкт-Петербург, РФ), *бойовий стрес* є багаторівневим процесом адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, який супроводжується напруженою механізми реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. У той же час *бойовий стрес* є дестабілізуючим станом, передпатологічним, який обмежує функціональні резерви організму, що в свою чергу збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних функцій [129, с. 21–25].

На думку П. Корчемного, *бойовий стрес* є сукупністю психічних станів, що переживаються воїном у процесі адаптації до несприятливих для життєдіяльності умов бойової обстановки, або тих, що загрожують їх здоров'ю та життю. *Бойовий стрес* є обов'язковий фактор сучасного бою, що поширюється на всіх військовослужбовців незалежно від вольових якостей людини, прямої або непрямой участі в бойових діях, підготовленості та інтенсивності бойових умов, а також має місце в ході тактичних навчань в мирний час [13].

А. Іванов та М. Жуматий визначають *бойовий стрес* як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих реакцій організму при впливі на нього екстремальних факторів, які обумовлені веденням бойових дій [155, с. 143–152].

*Бойовий стрес*, за словами Є. Снедкова, є частковим різновидом стресу, який формується внаслідок впливу комплексу патогенних факторів бойової обстановки [150].

Б. Овчинніков визначає бойовий стрес як широке коло функціональних станів зниження боєздатності, які викликані несприятливим впливом різноманітних факторів бойової обстановки. З фізіологічної точки зору основними компонентами бойового стресу є: емоційний стрес (сукупність негативних переживань з відповідними вегетативними реакціями); фізичний стрес (адаптаційне напруження організму під впливом чинників навколишнього середовища); загальна втома, яка пов'язана з інтенсивною діяльністю без відпочинку [143, с. 136–140].

В. Литкін зазначає, що *психобіологічна сутність бойового стресу* полягає в *перепрограмуванні ресурсів людського організму на виживання в екстремальних умовах*. Цей процес супроводжується напругою адаптаційних механізмів і вираженими психофізіологічними змінами, які, будучи надмірно інтенсивними і тривалими, можуть давати пошкоджуючий ефект і ставати причиною стресогенної дезінтеграції психічної діяльності – бойової психічної травми [136].

А. Караяні та І. Сиромятніков визначають *бойовий стрес* як процес активізації всіх основних можливостей організму: нервової; захисної; імунної, психічної системи. Це – реакція на загрозову для життя ситуацію. Пристосування до режиму військової обстановки також називається бойовим стресом [24].

*Бойовий стрес* є нормальною реакцією на сукупність обставин, що виходять за звичні рамки людського сприйняття. Бойовий стрес включає в себе очікувані і прогнозовані емоційні, інтелектуальні, фізичні та поведінкові

реакції осіб, які знаходилися під впливом стресогенних подій і чинників військових операцій або операцій підтримання миру і стабільності [156].

Проведений нами аналіз дозволяє стверджувати, що **поняття «бойовий стрес» сучасні дослідники загалом розглядають у межах трьох основних напрямків:**

(1) як нормальну реакцію організму на зовнішній несприятливий подразник, обумовлений бойовими діями;

(2) як сукупність психічних станів, які виникають під дією екстремальних стрес-факторів;

(3) як процес адаптації військовослужбовців до діяльності в бойових умовах.

Усе зазначене вище дозволяє нам висказати власну точку зору, згідно з якою у подальшому стає можливим існування двох векторів розвитку дослідження категорії «бойовий стрес»:

***Перший вектор розвитку дослідження категорії «бойовий стрес» дозволяє об'єднати зазначені вище фактори у єдине поняття «бойовий стрес»: «Бойовий стрес є нормальною реакцією організму людини на дію зовнішніх негативних подразників, обумовлених веденням бойових дій. Ця реакція організму проявлятиметься у вигляді різноманітних психічних станів під час процесу фізіологічної адаптації військовослужбовця до діяльності в умовах війни або локального військового конфлікту».***

***Другий вектор розвитку дослідження категорії «бойовий стрес» дозволяє виділити три основні підходи у його вивченні: (1) біологічний або класичний підхід (бойовий стрес як реакція організму на зовнішній негативний подразник, обумовлений бойовими діями), (2) власне психологічний підхід (бойовий стрес як сукупність психічних станів, що виникають під час звикання до бойових умов) та (3) фізіологічний (бойовий стрес як адаптація людини до бойових умов).***

Виділення зазначених вище підходів може дати більш глибоке розуміння окремих проявів бойового стресу, закономірностей його розвитку

та функціональних механізмів, які лежать в його основі. Крім того, об'єднання складових у єдине поняття бойового стресу є доцільним і тому, що надасть нам можливість вивчати ці компоненти не окремо, а у взаємодії. При цьому, за твердженням В. Мякотних, стану бойового стресу в умовах ведення бойових дій зазнає кожен військовослужбовець. Цей стан виникає ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою та триває аж до виходу із зони військових дій [139].

Аналіз кожного з напрямків, що зазначені вище, дозволив нам запропонувати власне авторське визначення категорії «бойовий стрес».

Під бойовим стресом в межах нашого дослідження ми розуміємо - **переживання, які виникають у військовослужбовця при опосередкованому, чи безпосередньому впливі на нього стрес-факторів бойової діяльності та проявляються у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізичних та поведінкових реакцій.**

Надалі вважаємо за доцільне упорядкувати *причини виникнення бойового стресу* на основі проведеного нами аналізу психологічних досліджень стосовно заявленої теми. Ці причини, базуючись на ідеях П. Корчемного [13], бажано розділяти на зовнішні та внутрішні.

*Зовнішні причини виникнення бойового стресу. П. Корчемний поділяє на бойові та соціальні.* Автор зазначає, що бойові стрес-фактори, які призводять до виникнення бойового стресу, являють собою широкий спектр змінних, що визначають ті чи інші реакції, стани, поведінку військовослужбовців у бою.

Дані військово-психологічних досліджень дозволили виявити особливу дієвість таких бойових стрес-факторів, як вид, умови, тривалість та інтенсивність бойових дій, особливості застосовуваної зброї, надійність засобів захисту, тимчасові, природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін.

Також до бойових факторів, що впливають на боєздатність військовослужбовця, необхідно віднести і експлуатацію бойової техніки.

Бойова техніка повинна задовольняти хоча б мінімальним вимогам щодо комфорту та гігієни. До ергономічних аспектів бойових дій слід віднести і ступінь ізольованості з'єднань і частин, діючих на полі бою, від основних сил. Досвід показує, що бойові можливості ізольованого від своїх військ підрозділу знижуються на половину протягом 48 годин через посилення страху [13].

І. Сиромятніков визначає бойові стрес-фактори як психолого-ергономічні умови діяльності військ у локальних військових конфліктах. Автор зазначає, що істотна відмінність полягає, насамперед, у тривалості перебування військовослужбовців у зоні бойових дій і частоті бойових контактів з противником. Ці характеристики помітно впливають на процес бойової адаптації військовослужбовців і розвиток у них бойового стресу та психічних розладів [157].

Соціальні фактори, на думку П. Корчемного, мають вирішальний вплив на воїнів у бойовій обстановці, оскільки виступають основою для формування широких соціальних мотивів їхньої поведінки та певних бойових установок.

Досвід показує, що характер бойових дій військовослужбовців (активний, пасивний, самовідданий, сміливий та ін.) багато в чому залежать від *ставлення до війни народу*, від ступеня її популярності у свідомості мас. Це, у свою чергу, визначається зрозумілістю для них і внутрішнім прийняттям цілей війни, представленістю соціальних, економічних, національних, релігійних інтересів. Образ війни у свідомості людей набуває того чи іншого емоційного забарвлення залежно і від того, наскільки успішно та на чий території ведуться бойові дії, а також від того, яка частина населення країни фізично і психологічно бере в них участь.

Ставлення народу до війни впливає по-різному на бойову активність воїнів [157]:

1. Військовослужбовці засвоюють панівний в суспільстві настрій, формують відповідні установки і мотиви бойової поведінки завдяки роботі

механізмів психічного зараження. Аналіз ходу і результату збройних конфліктів останнього часу підтверджує певну психологічну закономірність: переможні війни мають у своїй основі ідеї, зрозумілі і близькі серцю бійця і всього народу.

2. Відношення народу до своєї армії визначає бойову готовність військовослужбовців.

3. Солдати «заражаються» емоційним ставленням народу до противника, що також істотно впливає на активність їх бойових дій. У боях частіше перемагає та армія, воїни якої вбачають у противнику лютого і ненависного ворога, що зазіхає на свободу і надбання їх Батьківщини.

Другим соціальним фактором, який певною мірою визначає поведінку військовослужбовця в бою, є *згуртованість військового підрозділу*, що є підставою для підтримання високої психологічної стійкості і активності окремих військовослужбовців [13].

Нарешті, важливе місце у низці соціальних факторів, що детермінують бойову поведінку військовослужбовців, належить *чіткому і авторитетному керівництву бойовими діями*. Досвід застосування збройних сил Росії, США, Ізраїлю в останні десятиліття свідчить про те, що військовослужбовці, які відчують довіру і повагу до свого командира, можуть активно виконувати навіть ті завдання, мету яких не розуміють або морально відкидають [13].

Таким чином, зовнішні стрес-фактори, які впливають на виникнення бойового стресу у військовослужбовців, можна назвати об'єктивними, оскільки окремо взятий військовослужбовець особисто на них не може вплинути.

Перейдемо до розгляду внутрішніх причин виникнення бойового стресу. Як зазначалося нами у пунктах 1.1 та 1.2 дослідження, головну роль у виникненні бойового стресу відіграватимуть саме індивідуальні особливості людини, її фізіологічна, емоційно-вольова та когнітивна сфери. Слід зазначити, що залежно від характеристик тих чи інших внутрішніх



особливостей прояви бойового стресу у військовослужбовців відрізнятимуться за такими параметрами [13]:

1. інтенсивністю прояву (від станів підвищеної психічної напруженості до станів, які травмують психіку);
2. ступенем усвідомленості свого стану самим військовослужбовцем;
3. ступенем підконтрольності проявів бойового стресу самому військовослужбовцю;
4. рівнем впливу на психічний стан інших військовослужбовців;
5. тривалістю бойового стресу;
6. впливом на ступінь психічної змобілізованості військовослужбовця (від гіпер- до гіпомобілізованості);
7. характером впливу на ефективність бойової діяльності (від підвищення до зниження її ефективності).

Оскільки у власному визначенні під бойовим стресом ми розуміємо нормальну реакцію організму на негативні зовнішні подразники, що викликані перебуванням військовослужбовця у бойових умовах (тобто розглядаємо бойовий стрес у межах класичного підходу Г. Сельє), можемо припустити, що дане поняття протікатиме як у формі стресу, так і у формі дистресу, тобто матиме конструктивний або деструктивний розвиток.

Спираючись на класичну теорію стресу Г. Сельє, ми можемо припустити й те, що бойовий стрес матиме три фази свого розвитку [112, с. 33–34].

1. На дію психогенних факторів бойової обстановки організм військовослужбовця реагуватиме «реакцією тривоги». Вона виникатиме у кожного військовослужбовця, змінюватиметься залежно від індивідуальних особливостей та триватиме впродовж короткого проміжку часу.

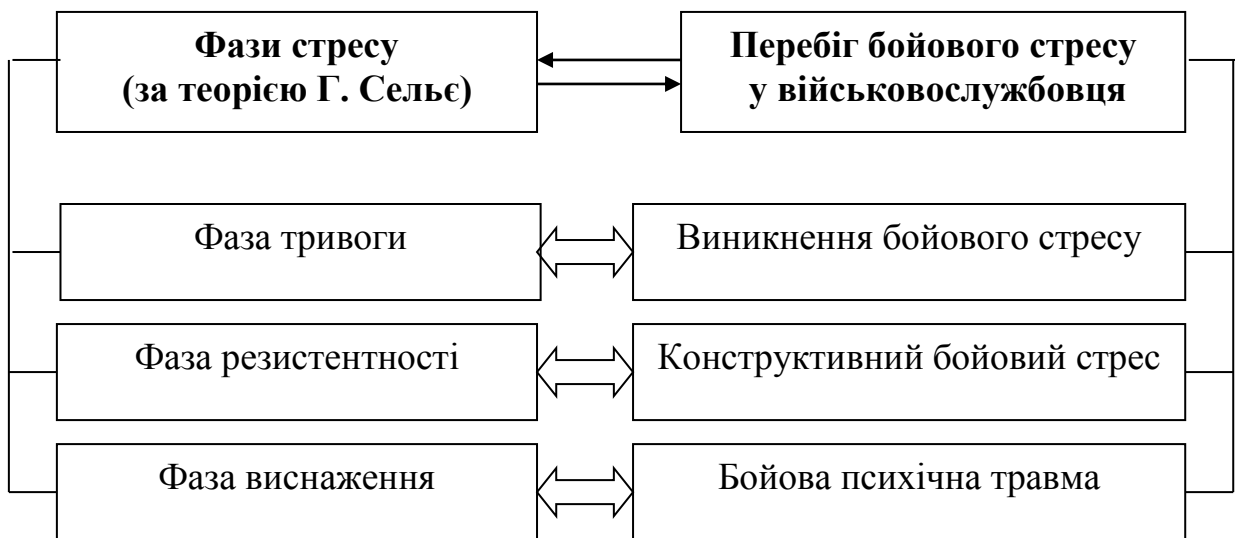
До симптомів нормальної реакції тривоги належатимуть: м'язова напруга, тремор, збільшене потовиділення, прояв дисфункції з боку

травневої, сечової, серцево-судинної та дихальної систем організму, підвищена чутливість до звуку, погіршення засинання, прояв апатії або дратівливості.

2. Фаза резистентності. Це фаза стійкості, що виникатиме за рахунок мобілізації компенсаторних реакцій організму. У цьому стані військовослужбовець готовий до виконання бойових задач.

3. Фаза виснаження. Вона виникатиме, коли дія стрес-факторів на військовослужбовця не припинятиметься тривалий час.

Таким чином, ми підтверджуємо той факт, що на перебіг бойового стресу впливатиме час перебування військовослужбовця у зоні бойових дій. Період виникнення бойового стресу можна охарактеризувати як фазу тривоги. Потім настає конструктивний бойовий стрес (фаза резистентності). Виникнення бойової психічної травми як результат бойового стресу буде характеризуватися фазою виснаження (див. рис. 1.5).



**Рис. 1.5. Взаємозв'язок основних фаз класичної теорії стресу Г. Сельє та перебігу бойового стресу військовослужбовця**

Цікавою, на наш погляд, є запропонована В. Литкіним структура бойового стресу, що базується на інтенсивності його проявів [136].

*Бойовий стрес низької інтенсивності* (БСНІ) досить ефективно долають більшість військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях. Надалі БСНІ має такий розвиток: він стає звичним для учасників бойових дій або переростає в бойовий стрес високої інтенсивності [136].

*Бойовий стрес високої інтенсивності* (БСВІ) значно ускладнює діяльність як окремих воїнів, так і військових колективів. На індивідуальному рівні БСВІ проявляється у зовнішніх і внутрішніх формах [136].

Зовнішні прояви включають в себе виражене підвищення або, навпаки, зниження бойової активності; емоційне збудження або емоційне заціпеніння (бездушність); явне презирство до смерті або, навпаки, бажання будь-якою ціною зберегти своє життя; несподівані розв'язність, недисциплінованість, а також сильну психічну напруженість і т.п.

Внутрішні прояви включають в себе відчуття нереальності того, що відбувається; різке зростання тривожності, неможливість зосередити на чому-небудь увагу; появу панічного настрою й т. ін. [136].

В. Литкін зазначає, що *прояви бойового стресу можуть мати не тільки індивідуальний, а й колективний, груповий характер*. На груповому рівні БСВІ проявляється не тільки в збільшенні кількості військовослужбовців, які зазнають його, а й в якісній зміні соціально-психологічної ситуації у військових колективах.

БСВІ перешкоджає здійсненню бойової діяльності на відносно тривалий час (більше доби). Крайні форми його прояву – психічні розлади.

При цьому *чим більше воїнів перебувають у стані бойового стресу, тим більше психічних втрат спостерігається в підрозділі* (частині, з'єднанні).

Очевидно, що чим інтенсивніший бойовий стрес пережив військовослужбовець у бойовій обстановці, тим більша ймовірність виникнення у нього негативних психічних наслідків після припинення впливу бойових стресорів.

**Конкретні прояви бойового стресу позначаються як реакції бойового стресу (РБС)** – психічні реакції різного ступеня тяжкості, що виникають безпосередньо в бойовій обстановці і ведуть до зниження або втрати боєздатності [136].

Виділяється два рівні **РБС: невротичний і психотичний**.

*Військовослужбовцю з реакціями невротичного рівня* доступні контакти з оточуючими, він розуміє і оцінює ситуацію в цілому адекватно і правильно, хоча контроль свідомості за своїми діями і здатність прогнозувати ситуацію знижується. Ці реакції проявляються короточасними станами емоційної напруги (збудження), вибухами гніву, злоби і образи, сліпою люттю, агресією або, навпаки, втечею з ситуації (самовільним залишенням частини), демонстративними, показовими суїцидальними прагненнями і діями.

*Військовослужбовці з психотичним рівнем РБС* контакту з оточуючими практично недоступні, оцінити адекватно свій стан і ситуацію вони не можуть, самоконтроль над поведінкою у них повністю втрачений, прогноз майбутнього виключений. Такого роду психотичні стани позначаються як гострі бойові психози, яким притаманні: гострота виникнення і швидкоплинність (до 2–4 діб); затьмарення свідомості (військовослужбовець не розуміє, де знаходиться, в який час, не може назвати своє прізвище, ім'я, по батькові); виражені тривога і страх, напруженість, марення, галюцинації.

Іншу, але не менш евристичну структуру бойового стресу надає Л. Кітаєв-Смик у своїй роботі «Організм і стрес» (2012). Автор виокремлює кризові ранги стресу як ступінчасті зміни його прояву при зростанні екстремального впливу на людину [97].

**Стрессова криза першого рангу** – індивідуальна різноманітність «готових» видів емоційно-поведінкових проявів особистості (активних, конструктивних і пасивних), яка забезпечує при раптових екстремальних впливах достатню стійкість не тільки індивіда, а й соціуму (групи, клану, популяції).

*Стрессова криза другого рангу* виникає, коли на першому ступені стресор не зникає, а продовжує свою дію. Тоді мобілізуються глибинні адаптаційно-захисні ресурси. Коли і їх недостатньо для усунення стресора або хоча б для того, щоб переживання стресу стали терпимі, тоді виникає погіршення самопочуття, хворобливо-дискомфортний і навіть депресивний стан. Підвищується стомлюваність, знижується працездатність. Медичне обстеження людей у такому майже хворобливому стресовому стані реєструє у них несприятливі реакції серцево-судинної, шлунково-кишкової, нервово-м'язової та інших систем.

Поведінково-пасивне «уникнення» стресора, який ніяк не проходить, спрямоване на перечікування екстремальної ситуації, коли спроби первісних (при стресовій кризі першого рангу) агресії або втечі виявилися безуспішними, і стрессова активність дискредитувала себе. Тепер вже не активність поведінки, а різноманітність вегетативних реакцій, активізованих стресом, як би випереджає проникнення, агресію поки ще невідомих стресорів усередину організму людини (або «виганяє» їх). Стрессова тотальна активізації вегетативного захисту приходить на місце активної захисної поведінки, яка дискредитувала себе.

Це ще не хвороба, але вже тілесно-хворобливий стан. При цьому починається мимовільне, неусвідомлюване «уникнення» людиною несприятливих або тільки загрозливих екстремальних обставин життя, агресивності середовища.

Якщо глибинні адаптаційні ресурси не допомагають зробити терпимими для людини довготривалі неприємності, що спричиняють у неї виникнення стрессового і хворобливого стану, якщо загальне зниження зовнішньої активності не допомагає людині вислизнути, ухилитися від загрозливого чи вже діючого шкідливого фактора, то слідом за першою та другою кризовими ступенями (рангами) трансформації стресу можливі подальші її щаблі.

Починаються пошуки порятунку від стресорів на «небезпечних шляхах» з виникненням реальних хвороб стресу. Вони бувають двох типів: соматичні хвороби стресу і психічні хвороби стресу. Треба мати на увазі, що, по-перше, це вже реальні хвороби, тобто до неприємних хворобливих станів додаються порушення тих чи інших систем організму людини, по-друге, вони розвиваються у людей, які були практично здоровими до того, як у них почався стрес [97].

Почалися хвороби стресу – значить виникли умови для **стресової кризи третього рангу**: включилися і реалізуються механізми ще потужніші, можна сказати, самовідданого захисту організму від все ще незборимих стресорів. І людина як елемент біологічної (і соціальної) субстанції змушена піднятися на інший щабель стресового протистояння.

У ситуаціях, коли людина не може позбутися стрес-факторів, які є нестерпними, залишається знищити всю ситуацію, в якій можливий нескінченний стрес. Є три способи зробити це.

Перший – знищити, по можливості, все і всіх навколо і опинитися в обстановці, яка не може породжувати стресори, де стрес неможливий, де стресор (надзвичайний вплив, що викликає стрес) перестав бути стресором. Іншими словами, треба знищити зовнішню, просторову, соціальну субстанцію стресу (агресивно або шляхом втечі).

Другий – усунення, ліквідація в собі схильності сприймати поточний стрес, тобто перевтілення в суб'єкт, що випав з поля дії колишніх стресорів. Інакше кажучи, потрібно зруйнувати свою індивідуально-психологічну (або психолого-соціальну) субстанцію, яка відтворює небажаний для неї самої стрес.

Третій – вбити себе, тобто остаточно знищити біологічну субстанцію, в якій розкручувався стрес.

Стресова криза третього рангу може проявлятися у вигляді різних субсиндромах стресу. Відомо і добре вивчено опосередковане «самознищення» людей, які не справляються з труднощами життя. Через це

виникають смертельні соматичні хвороби стресу: інфаркт серця, інсульт головного мозку, виразкова хвороба шлунка та кишечника, онкологічні захворювання та багато іншого. Ці хвороби є надмірним і тому згубним проявом вегетативних реакцій, призначених для забезпечення вегетативних функцій організму. При такій вегетативно-соматичній формі стресу кризи третього рангу гіпертрофуються, перетворюючись із захисних в небезпечні явища.

Нерідкі випадки, коли стрес і психічні розлади ведуть до швидкої смерті або позбавляють нещасних божевільних можливості жити без сторонньої допомоги. Це психічна форма квазісамовбивчої стресової кризи третього рангу [97].

Така криза – катастрофічні зміни поведінки (зовнішньої активності) людей і внутрішньої фізіологічної активності. Ці зміни парадоксально спрямовані на знищення не стресора (не ворога), а самого себе, суб'єкта, який страждає від нестерпного стресу. Так виникає самогубна стресова поведінка людей, при якій вони не хочуть смерті і не сповна усвідомлюють своє наближення до неї.

Таким чином, стресова криза третього рангу реалізується все ще як захисний, але вже хворобливий і навіть смертельно небезпечний прояв адаптації, що може супроводжуватися вегетативними, когнітивними й психосоціальними реакціями, тобто різними формами активності: організму, особистості, соціуму.

***Стресову кризу четвертого рангу*** (завершення життя) можна розглядати як стан вмираючої людини.

Розглянувши існуючі класифікації, можна зробити висновок, що жодна з них не охоплює структуру проходження бойового стресу з його позитивними та негативними напрямками розвитку.

На наш погляд, дуже актуальним є питання стосовно часових меж дії бойового стресу. Найбільш повне дослідження залежності бойової адаптації та динаміки психологічних можливостей військовослужбовців залежно від

часу їх перебування на передовій в умовах безпосереднього контакту з противником ми знаходимо у Е. Дінтера і Р. Габріеля [157].

Німецький дослідник Е. Дінтер [157] виявив своєрідну закономірність, яка свідчить, що процес адаптації до бойових дій триває приблизно 15–25 діб, до закінчення яких військовослужбовець досягає піку морально-психологічних можливостей. Після 30–40 діб безперервного перебування у безпосередньому зіткненні з противником, за даними дослідника, настає їх швидкий спад, пов'язаний з виснаженням психологічних і фізичних ресурсів. Виходячи з цього Е. Дінтер вважає, що перебування воїнів на передовій не повинно перевищувати більше 40 діб [157].

Р. Габріель [158] описує процес пристосування військовослужбовців до бойової обстановки у вигляді поетапного наростання у них бойової втоми і втрати боєздатності. Автор виділяє чотири таких етапи. *На першому етапі* воїни, що потрапили в бойову обстановку, відчувають перезбудження, страх, втрату бойових навичок. Симптомами страху, який то спадає, то загострюється, є збільшення частоти сечовиділення, гострих нападів спраги, відмови від їжі, аж до анорексії – відсутності апетиту, коли їжа не засвоюється. У випадках посилення небезпеки у воїнів відзначаються підвищене потовиділення, порушення координації рухів, сильне тремтіння кінцівок і всього тіла. Помітно знижується бажання до спілкування з товаришами по службі. Іншими словами, різко посилюються фізіологічні функції організму, які ускладнюють воїну можливість діяти. Етап зазвичай *триває 5–7 днів*. За цей час значна кількість військовослужбовців потрапляють під вплив бойового шоку. Ті з них, хто залишаються в строю, здобувають упевненість у собі, у своїй зброї, в товаришах, набувають бойового досвіду.

*На другому етапі* фізіологічні функції меншою мірою впливають на поведінку воїнів у бою. У його часових межах *(до двох тижнів)* відзначається пік бойових можливостей особового складу.



Після закінчення трьох тижнів безперервного перебування на передовій починається третій етап – процес інтенсивного наростання бойового виснаження. Солдати стомлюються навіть після незначного фізичного або психічного навантаження, втрачають здатність повноцінно спати, особливо в нічний час. Деякі з них виявляються нездатними чітко орієнтуватися в бойовій обстановці. Наприклад, не відрізняють вогонь своїх військ від вогню противника, розриви снарядів, що наближаються, від снарядів, які віддаляються. Як загальна тенденція відзначається наростання агресивності, злості, надмірної обережності.

*Четвертий етап перебування на передньому краї (після тридцяти діб участі в бойових діях)* характеризується появою почуття безпорадності і безнадійності, нав'язливих уявлень про власну загибель або поранення. У військовослужбовців розвивається апатія, слабшає пам'ять, погіршуються якості уваги, регресують бойові навички. Свідомість практично повністю зайнята думками про своїх рідних і фатальною впевненістю у своїй смерті. Навіть найнебезпечніші події не можуть вивести воїнів зі стану апатії.

Р. Габріель завершує докладне дослідження даного питання таким висновком: якщо після 45 діб безперервного перебування на полі бою військовослужбовці не будуть відправлені в тил, вони за своїми психофізіологічним можливостям виявляться небоєздатними [158].

Аналогічних позицій дотримуються американські психіатри Р. Свонк і У. Маршан. На їхню думку, у 98 % військовослужбовців, які безперервно беруть участь у бойових діях протягом 35 діб, виникають ті чи інші психічні розлади [157].

## Висновки за розділом

---

---

1. До сьогодні залишається невизначеним понятійний апарат категорії «бойовий стрес», який сучасні дослідники розглядають у межах трьох основних напрямків: (1) як нормальну реакцію організму на зовнішній несприятливий подразник, обумовлений бойовими діями; (2) як сукупність психічних станів, які виникають під дією екстремальних стрес-факторів; та (3) як процес адаптації військовослужбовців до діяльності в бойових умовах.

У межах дослідження під бойовим стресом ми розуміємо переживання, які виникають у військовослужбовця при опосередкованому, чи безпосередньому впливі на нього стрес-факторів бойової діяльності та проявляються у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізичних та поведінкових реакцій.

Аналіз психологічних досліджень стосовно заявленої теми дозволив упорядкувати причини виникнення бойового стресу, розподіливши їх на зовнішні та внутрішні.

Серед зовнішніх причин виникнення бойового стресу виділяються: бойові (вид, умови, тривалість та інтенсивність бойових дій, особливості застосовуваної зброї, експлуатації бойової техніки, надійність засобів захисту, тимчасові природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін, ступінь ізольованості діючих на полі бою з'єднань і частин від основних сил) та соціальні (ставлення до війни у суспільстві, ступінь популярності війни у свідомості мас, зрозумілість і внутрішнє прийняття цілей війни, представленість соціальних, економічних, національних, релігійних інтересів, згуртованість військового підрозділу, чітке і авторитетне керування бойовими діями).

Серед внутрішніх причин головну роль у виникненні бойового стресу відіграватимуть саме індивідуальні особливості людини, її фізіологічна, емоційно-вольова та когнітивна сфери.

2. Існуючі класифікації бойового стресу описують його різновиди, але тут ми знов-таки зіштовхуємося з проблемою понятійного апарату, оскільки, якщо проаналізувати та порівняти ці класифікації, можна побачити, що різні терміни описують одні й ті самі етапи перебігу бойового стресу, а деякі моменти зовсім не беруться до уваги, наприклад те, що бойовий стрес не завжди завершується бойовою психічною травмою, що є й позитивні напрямки його розвитку та завершення.

3. Залишається відкритим і питання стосовно початку дії бойового стресу, оскільки до сьогодні у поглядах науковців існують суперечки стосовно того, коли виникає бойовий стрес: безпосередньо у зоні проведення бойових дій, чи, все ж таки, він виникає до того, як військовослужбовець почне відчувати реальну вітальну загрозу.

4. Додатково нами були виявлені особливості бойового стресу та його прояви. І хоча ці моменти не входили до кола питань нашого дослідження, ми вважаємо за необхідне хоча б перелічити їх. Адже отримані нами дані можуть слугувати перспективними напрямками подальших вітчизняних досліджень у межах вивчення проблеми бойового стресу, бойової психічної травми або виникнення гострого стресового розладу у комбатантів.

Серед проявів бойового стресу виділяються:

- ✓ особистісні, психофізіологічні та емоційно-вегетативні зміни;
- ✓ порушення на соматичному рівні; напруга механізмів реактивної саморегуляції;
- ✓ специфічні пристосувальні зміни;
- ✓ обмеження функціонального резерву організму;
- ✓ дезінтеграція психічної діяльності;
- ✓ адаптаційне напруження організму;
- ✓ загальна втома.

Особливості бойового стресу полягають у такому:

- ✓ бойовий стрес переносить кожний військовослужбовець;

- ✓ бойовий стрес може виникнути до прямого контакту з вітальною загрозою;
- ✓ не існує «готових» філо- та онтогенетичних програм, які можуть забезпечити оптимальну адаптивну відповідь організму, тому що бойові стрес-фактори несуть в собі вітальну загрозу;
- ✓ розвиток бойового стресу може бути посилений або послаблений за рахунок професійної підготовки;
- ✓ у тилкових частинах реакцій бойового стресу більше за своєю кількістю, ніж на передовій, але вони менші за своєю інтенсивністю (це обумовлюється особливостями позиційної війни, якою по суті на сьогодні і є антитерористична операція на сході нашої країни);
- ✓ усвідомлення безглуздості війни знижує психічну стійкість та опір впливу бойових стрес-факторів;
- ✓ на розвиток бойового стресу впливає надмірне співчуття;
- ✓ бойовий стрес є детермінантою виникнення бойової психічної травми;
- ✓ зняття заборони на вбивство є головною відмінною рисою бойового стресу від стресу, що отримує людина у будь-якій іншій екстремальній ситуації;
- ✓ у військовослужбовців, яких відправляють додому без надання психологічної допомоги, реакції бойового стресу тільки закріплюються;
- ✓ наявність бойового стресу спричиняє загострення рис характеру;
- ✓ чим більший час перебування у зоні бойових дій, тим вище наростання особистісних змін з девіантними проявами у поведінці.

**РОЗДІЛ 2**

**ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ, ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП  
ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**



## 2.1. Організація роботи та характеристика основних етапів дослідження

---

Побудова структури дослідження в аспекті вирішення наукового завдання, поставленого в роботі, здійснювалась з урахуванням специфічних особливостей того середовища, в якому прийшлося перебувати нашим випробуваним, які склали вибірку дослідження – безпосереднім учасникам антитерористичної операції, що проходить з 2014 року на сході нашої країни.

*Дослідження було реалізовано в процесі послідовного проходження таких етапів.*

**1. Пошуковий етап.** Визначено наукове завдання, вивчено його стан та ступінь розробленості; розглянуто існуючі підходи на шляху вирішення поставленого завдання; викладено основні методи та методика дослідження, запропоновано робочу гіпотезу дослідження.

**2. Основний етап.** Планування та реалізація емпіричної частини дослідження. Це відбувалось у вигляді підбору та використання методів та методик дослідження з урахуванням специфічних умов його проведення. Підсумком цього етапу стали результати, які розкривали питання трьох основних блоків:

*І блок – дослідження на рівні макроаналізу соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції:*

✓ характеристика антитерористичної операції з точки зору її психологічних особливостей та власне соціально-психологічного впливу на розвиток бойового стресу у військовослужбовців;

✓ визначення рівня урахування психологічної складової у нормативно-правовому забезпеченні військовослужбовців – учасників бойових дій та їх родин. З'ясування впливу забезпеченості соціальних гарантій та пільг учасникам антитерористичної операції на розвиток бойового стресу у комбатантів;

✓ з'ясування особливостей впливу (на розвиток бойового стресу у військовослужбовців) ставлення населення та держави до власної армії та до проведення антитерористичної операції взагалі;

✓ визначення впливу рівня організації проведення та матеріально-технічного забезпечення антитерористичної операції на розвиток бойового стресу у військовослужбовців

***II блок – дослідження на рівні мікроаналізу соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.*** Метою проведення II блока дослідження було виділення психологічних профілів комбатантів, які частіше за інших військовослужбовців піддавалися впливу бойового стресу високої інтенсивності.

***III блок – дослідження взаємодії макроаналізу та мікроаналізу і визначення реакцій бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.***

**3. Теоретико-узагальнюючий етап** полягав у проведенні аналітично-синтетичного поєднання емпіричних даних з отриманими на етапі пошуку результатами теоретичного дослідження. Така процедура дозволила, з одного боку, шляхом аналізу емпіричних даних окреслити вектори розвитку теоретичних здобутків у проблемі, що вивчається, з іншого – за допомогою результатів теоретичного дослідження розкрити перспективи для подальшого емпіричного пошуку. Також на цьому етапі було здійснено апробацію та впровадження отриманих результатів, проведено узагальнення основних даних, що дозволило оформити проміжні та загальні висновки за результатами власного дослідження.

## **2.2. Структурна організація соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

---

---

На підставі аналізу наукової літератури [127, 128, 129, 130, 136, 143, 144, 146, 149 та інших], вивчення керівних документів та нормативно-правових актів (наказів, статутів, інструкцій, розпоряджень), що регламентують професійну діяльність військовослужбовців МО України в умовах антитерористичної операції, а також сучасних психологічних досліджень діяльності особового складу МО, МВС, НГУ, СБУ, ДПСУ, ДСНС в екстремальних умовах [159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170 та інші], досліджень практичної діяльності військових підрозділів за період 2014 – 2016 рр. на сході нашої країни, бесіди з експертами (див. підрозділ 2.4 монографії) було відібрано 87 соціально-психологічних детермінант, що з високою ймовірністю призводять до виникнення бойового стресу серед військовослужбовців у зоні проведення антитерористичної операції. Надалі отриманий перелік був проранжований експертами за 10-бальною шкалою (де «10» – найбільш значущі соціально-психологічні детермінанти, що впливають на розвиток бойового стресу у військовослужбовців, а «1» – найменш впливові). Результати, отримані за допомогою експертних оцінок методом їхнього ранжування, відображено в таблиці 2.1.

Із даних, наведених у таблиці 2.1, видно, що виділені соціально-психологічні детермінанти бойового стресу мають достатньо високі показники (від  $9,02 \pm 1,58$  до  $4,31 \pm 2,49$ ). Це дає нам можливість констатувати той факт, що виділені соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців певною мірою стосуються всіх аспектів їхньої життєдіяльності в умовах проведення антитерористичної операції.



**Показники рангів та експертної оцінки соціально-психологічних  
детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців –  
учасників антитерористичної операції**

<b>Детермінанти виникнення бойового стресу</b>	<b>Загальний показник</b>	<b>Ранг</b>
Загроза здоров'ю та життю	9,02±1,58	1
Потрапляння в полон	8,92±1,61	2
Зняття заборони на вбивство та насилля	8,88±3,55	3
Смерть товаришів	8,81±1,81	4
Поранення та каліцтва	8,80±1,60	5
Перебування під обстрілом	8,75±1,49	6
Убивання ворога	8,75±1,66	7
Страх потрапити в засідку (оточення)	8,73±1,63	8
Робота з тілами загиблих	8,67±1,48	9
Тривалість перебування в зоні бойових дій	8,66±1,82	10
Безпосередня участь у активних бойових діях	8,64±1,75	11
Успішність військових операцій	8,47±1,47	12
Вигляд тіл загиблих з числа цивільного населення	8,38±1,90	13
Допущені власні помилки, які призвели до смерті товариша	8,38±2,16	14
Провина того, хто вижив	8,36±1,63	15
Відсутність необхідної поваги до загиблих, відсутність церемонії прощання	8,34±2,02	16
Ведення обстрілів з території населених пунктів	8,31±2,05	17
Тяжке фізичне та психологічне навантаження	8,30±1,94	18
Відсутність бойового досвіду	8,28±2,01	19
Інтенсивність ведення бойових дій	8,22±1,80	20
Постійний вплив бойових стрес-факторів	8,19±2,15	21
Несприятливі умови військового побуту	8,19±1,59	22
Порушення режиму сну	8,17±1,82	23
Недостатнє харчування	8,08±2,05	24
Недостатня кількість продовольства	8,06±1,82	25
Зловживання алкоголем	7,98±1,91	26
Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців	7,95±1,90	27
Психологічна неготовність до участі у бойових діях	7,92±2,21	28

<b>Детермінанти виникнення бойового стресу</b>	<b>Загальний показник</b>	<b>Ранг</b>
Наявність певних акцентуацій характеру	7,91±2,27	29
Невідповідність між можливостями особистості та вимогами, які висуває ситуація	7,91±2,09	30
Недостатній рівень адаптаційних можливостей	7,78±2,33	31
Неможливість та невміння самотійного зняття високої нервово-психічної напруги	7,75±2,00	32
Дефіцит копінг-навичок	7,70±2,47	33
Відчуття власної вразливості	7,70±2,32	34
Низький рівень нервово-психічної стійкості	7,69±1,98	35
Попередні психічні розлади та психічні травми (дитячі)	7,63±2,47	36
Некомунікабельність військовослужбовця	7,63±1,99	37
Недостатня професійна навченість	7,61±2,16	38
Вживання терміну «антитерористична операція» замість «локальний збройний конфлікт»	7,61±2,54	39
Нормативно-правове забезпечення військовослужбовців (усвідомлення недостатньої підтримки з боку держави)	7,55±2,18	40
Невпевненість, що держава буде піклуватися про родичів військовослужбовця у разі його загибелі або втрати працездатності	7,52±2,20	41
Якість керівництва антитерористичною операцією	7,48±1,75	42
Ворожо налаштоване цивільне населення окупованих територій	7,47±2,38	43
Недостатній рівень підготовки командирів	7,47±2,17	44
Високий рівень підготовки та оснащення противника	7,39±2,39	45
Система поповнення та ротацій	7,38±2,52	46
У перший рік проведення антитерористичної операції – невизначення ворога	7,36±2,21	47
Організація проведення антитерористичної операції	7,36±2,56	48
Незрозумілість державної позиції щодо проведення антитерористичної операції	7,34±2,21	49
Матеріальне забезпечення військовослужбовців	7,31±2,09	50

<b>Детермінанти виникнення бойового стресу</b>	<b>Загальний показник</b>	<b>Ранг</b>
Займання посад у зоні антитерористичної операції, що не відповідають військово-спеціальній підготовці військовослужбовця	7,30±2,80	51
Відсутність якісного професійного відбору до армії	7,30±2,41	52
Ведення позиційної війни	7,09±2,72	53
Неоднозначне ставлення цивільного населення до проведення антитерористичної операції	7,00±2,42	54
Різниця між офіційними версіями ведення бойових дій та реальністю	6,98±2,73	55
Неможливість відкривати вогонь у відповідь ( за різноманітних причин)	6,94±2,07	56
Втрата мотивації на участь у війні	6,94±2,05	57
Порушення дисципліни	6,94±2,42	58
Віддаленість від сім'ї та рідних	6,89±2,27	59
Думки про сімейні проблеми та турботи	6,88±2,31	60
Відсутність підтримки з боку родичів	6,83±2,29	61
Молодий вік військовослужбовців	6,81±2,49	62
Внутрішній конфлікт між бажанням вижити та необхідністю виконати свій обов'язок	6,78±2,50	63
Спотворений тип сімейного виховання	6,41±2,21	64
Неповна або «деформована» родина	6,38±2,49	65
Низький рівень освіти (інтелектуальні здібності)	6,36±2,24	66
Рівень підтримки з боку командирів	6,31±2,63	67
Рівень колективної злагоженості	6,30±2,42	68
Розлади поведінки в анамнезі	6,27±2,37	69
Наявність уроджених та біологічних особливостей: затримка психомоторного розвитку в дитинстві, граничне інтелектуальне функціонування, пасивний паттерн поведінки	6,17±2,12	70
Невпевненість у власній зброї	6,16±2,63	71
Підвищена особистісна тривожність	6,14±2,62	72
Розуміння своєї ролі у військових операціях	6,13±2,62	73
Інформаційний дефіцит	6,13±2,93	74
Дефіцит часу	6,05±2,58	75
Постановка суперечливих задач військовослужбовцям	5,94±12,38	76
Відсутність боєприпасів	5,66±2,62	77

<b>Детермінанти виникнення бойового стресу</b>	<b>Загальний показник</b>	<b>Ранг</b>
Відсутність видимих результатів АТО	5,52±2,59	78
Очікування наступу противника	5,47±2,75	79
Сексуальна депривація	5,38±2,51	80
Раптовість початку АТО	5,34±3,03	81
Ефективність та своєчасність медичної та психологічної допомоги	4,94±2,32	82
Некоректне подання інформації стосовно бойових умов проведення АТО у ЗМІ	4,61±2,49	83
Замовчування правди від цивільного населення щодо подій у зоні антитерористичної операції	4,31±2,49	84
Несприятливі екологічні умови	4,31±2,49	85
Застосування психофармакотерапії	4,27±2,49	86
Ідеологічне розчарування	4,19±2,61	87

З метою отримання провідних соціально-психологічних детермінант, які безпосередньо впливають на виникнення та розвиток бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, а також за оцінками експертів є найбільш необхідним при врахуванні інтенсивності їх впливу, обрати лише 75 характеристик, які мають показники вище 6,0 балів.

Отримані результати свідчать, що провідними соціально-психологічними детермінантами виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції є такі: загроза життю та здоров'ю; потрапляння в полон; зняття заборони на вбивство та насилля; смерть товаришів; поранення та каліцтва; перебування під обстрілом; вбивання ворога; страх потрапити в засідку (оточення); робота з тілами загиблих; тривалість перебування в зоні бойових дій; безпосередня участь у активних бойових діях; успішність військових операцій; вигляд тіл загиблих з числа цивільного населення; допущені власні помилки, які призвели до смерті товариша; провина того, хто вижив; відсутність необхідної поваги до загиблих; відсутність церемонії прощання; ведення обстрілів з території населених пунктів; тяжке фізичне та психологічне

навантаження; відсутність бойового досвіду; інтенсивність ведення бойових дій; постійний вплив бойових стрес-факторів; несприятливі умови військового побуту; порушення режиму сну; недостатнє харчування; недостатня кількість продовольства; зловживання алкоголем; індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців; психологічна неготовність до участі у бойових діях; наявність певних акцентуацій характеру; невідповідність між можливостями особистості та вимогами, які висуває ситуація; недостатній рівень адаптаційних можливостей; неможливість та невміння самостійного зняття високої нервово-психічної напруги; дефіцит копінг-навичок; відчуття власної вразливості; низький рівень нервово-психічної стійкості; попередні психічні розлади та психічні травми (дитячі); некоммукабельність військовослужбовця; недостатня професійна навченість; вживання терміну «антитерористична операція» замість «локальний збройний конфлікт»; нормативно-правове забезпечення військовослужбовців (усвідомлення недостатньої підтримки держави); невпевненість, що держава буде піклуватися про родичів військовослужбовця у разі його загибелі або втрати працездатності; якість керівництва антитерористичною операцією; вороже налаштоване цивільне населення окупованих територій; недостатній рівень підготовки командирів; високий рівень підготовки та оснащення противника; система поповнення та ротацій; невизначеність ворога (особливо, у перший рік проведення антитерористичної операції); організація проведення антитерористичної операції; незрозумілість державної позиції щодо проведення антитерористичної операції; матеріальне забезпечення військовослужбовців; займання посад у зоні антитерористичної операції, що не відповідають військово-спеціальній підготовці військовослужбовця; відсутність якісного професійного відбору до армії; ведення позиційної війни; неоднозначне ставлення цивільного населення до проведення антитерористичної операції; різниця між офіційними версіями ведення бойових дій та реальністю; неможливість відкривати вогонь у відповідь (з

різних причин); втрата мотивації на участь у війні; порушення дисципліни; віддаленість від сім'ї та рідних; думки про сімейні проблеми та турботи; відсутність соціальної підтримки з боку родичів; молодий вік військовослужбовців; внутрішній конфлікт між бажанням вижити та необхідністю виконати свій обов'язок; спотворений тип сімейного виховання, неповна або «деформована» родина; низький рівень освіти (інтелектуальні здібності); рівень підтримки з боку командирів; рівень колективної злагодженості; розлади поведінки в анамнезі; наявність уроджених та біологічних особливостей (затримка психомоторного розвитку в дитинстві, граничне інтелектуальне функціонування, пасивний паттерн поведінки); невпевненість у власній зброї; підвищена особистісна тривожність; розуміння своєї ролі у військових операціях; інформаційний дефіцит; дефіцит часу.

Надалі ми провели аналіз соціально-психологічних детермінант, які отримали від 6,0 та більше балів під час їх ранжування експертами за 10-бальною шкалою. Було встановлено, що зазначені вище детермінанти умовно можна поділити на певні рівні: соціально-психологічні детермінанти рівня макроаналізу виникнення бойового стресу; соціально-психологічні детермінанти рівня мікроаналізу виникнення бойового стресу та соціально-психологічні детермінанти проміжного рівня виникнення бойового стресу. Це також підтверджується показниками, отриманими при здійсненні факторного аналізу матриць (зі спрощенням) результатів експертної оцінки соціально-психологічних детермінант бойового стресу методом дослідження головних компонент за допомогою обертання Варімакс із нормалізацією Кайзера.

Факторний аналіз дозволив одержати чотирифакторну структуру, яка описує 58 % сумарної дисперсії ознак, – більше половини, що вважається прийнятним результатом. Ці відсотки розподілилися таким чином:

- на перший фактор (компонент) припало 24,06 %;

- на другий – 18,04 %;
- на третій – 8,5 %;
- на четвертий – 7,4 % дисперсії.

Критерієм рівня значущості було обране факторне навантаження більше 0,5, яке дозволило уникнути включення до кожного з факторів показників (ознак) з низьким факторним навантаженням, тобто тих, що найменше належать до нього (див. табл. 2.2).

В отриманій структурі **перший фактор** найвагоміший або має найбільшу інформативність (24,06 %). Його позитивний полюс визначається позитивними полюсами змінних: «Загроза життю та здоров'ю» (0,882), «Потрапляння в полон» (0,728), «Зняття заборони на вбивство» (0,663), «Смерть товаришів» (0,694), «Поранення та травми» (0,766), «Перебування під обстрілом» (0,670), «Вбивання ворога» (0,547), «Страх потрапити у засідку (оточення)» (0,676), «Робота з тілами загиблих» (0,637), «Тривалість перебування у зоні бойових дій» (0,790), «Безпосередня участь у активних бойових діях» (0,547), «Вигляд тіл загиблих з числа цивільного населення» (0,565), «Відсутність бойового досвіду» (0,610), «Інтенсивність ведення бойових дій» (0,723), «Постійний вплив бойових стрес-факторів» (0, 521). Цей фактор було позначено як вплив на військовослужбовця стрес-факторів бойових умов, які від самого військовослужбовця не залежать. *Детермінанти, які належать до цього фактора, лежать у площині ситуаційно-середовищних чинників бойових дій.*

**Факторна структура соціально-психологічних детермінант бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

Змінні	Фактори			
	I	II	III	IV
Загроза життю та здоров'ю	<b>0,882</b>	0,132	0,107	0,301
Потрапляння в полон	<b>0,728</b>	0,193	0,349	0,076
Зняття заборони на вбивство та насилля	<b>0,663</b>	0,178	0,106	0,220
Смерть товаришів	<b>0,694</b>	0,134	0,065	0,279
Поранення та каліцтва	<b>0,766</b>	0,122	0,141	0,009
Перебування під обстрілом	<b>0,670</b>	0,132	0,100	0,379
Вбивання ворога	<b>0,547</b>	0,241	0,159	0,339
Страх потрапити в засідку (оточення)	<b>0,676</b>	0,158	0,109	0,212
Робота з тілами загиблих	<b>0,637</b>	0,293	0,192	0,348
Тривалість перебування в зоні бойових дій	<b>0,790</b>	0,351	0,214	0,326
Безпосередня участь у активних бойових діях	<b>0,547</b>	0,219	0,019	0,329
Успішність військових операцій	0,458	0,121	0,118	0,191
Вигляд тіл загиблих з числа цивільного населення	<b>0,565</b>	0,177	0,200	0,041
Допущені власні помилки, які призвели до смерті товариша	0,424	0,117	0,017	0,295
Провина вижившого	0,343	0,233	0,029	0,261
Відсутність необхідної поваги до загиблих, відсутність церемонії прощання	0,154	0,076	0,190	<b>0,540</b>
Ведення обстрілів з території населених пунктів	0,232	0,029	0,259	0,116
Тяжке фізичне та психологічне навантаження	0,359	0,084	0,859	0,193
Відсутність бойового досвіду	<b>0,610</b>	0,115	0,010	0,329
Інтенсивність ведення бойових дій	<b>0,723</b>	0,113	0,023	0,159
Постійний вплив бойових стрес-факторів	<b>0,521</b>	0,108	0,321	0,486



Змінні	Фактори			
	I	II	III	IV
Несприятливі умови військового побуту	0,403	<b>0,603</b>	0,303	0,160
Порушення режиму сну	0,382	<b>0,504</b>	0,282	0,327
Недостатнє харчування	0,459	<b>0,527</b>	0,459	0,041
Недостатня кількість забезпечення	0,462	<b>0,581</b>	0,462	0,302
Зловживання алкоголем	0,305	0,263	<b>0,515</b>	0,212
Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців	0,479	0,355	0,479	<b>0,531</b>
Психологічна неготовність до участі у бойових діях	0,299	0,195	0,199	<b>0,530</b>
Наявність певних акцентуацій характеру	0,378	0,111	0,078	<b>0,518</b>
Невідповідність між можливостями особистості та вимогами, які висуває ситуація	0,248	0,137	0,148	0,494
Недостатній рівень адаптаційних можливостей	0,249	0,149	0,249	<b>0,595</b>
Неможливість та невміння зняття високої нервово-психічної напруги	0,231	0,116	0,031	0,170
Дефіцит копінг-навичок	0,251	0,081	0,051	<b>0,528</b>
Відчуття власної вразливості	0,289	0,175	0,089	0,305
Низький рівень нервово-психічної стійкості	0,423	0,026	0,423	0,496
Попередні психічні розлади та психологічні травми (дитячі)	0,098	0,205	<b>0,598</b>	0,171
Некомунікабельність військовослужбовця	0,409	0,433	0,209	0,478
Недостатня професійна навченість	0,481	0,140	0,081	0,323
Вживання терміну «антитерористична операція» замість «війна»	0,059	<b>0,584</b>	0,359	0,193
Нормативно-правове забезпечення військовослужбовців (усвідомлення недостатньої підтримки держави)	0,410	<b>0,615</b>	0,210	0,029
Непевненість, що держава буде піклуватися про родичів військовослужбовця у разі його загибелі або втрати працездатності	0,323	<b>0,613</b>	0,023	0,159

Змінні	Фактори			
	I	II	III	IV
Якість керівництва антитерористичною операцією	0,421	0,408	0,021	0,186
Вороже налаштоване цивільне населення окупованих територій	0,303	<b>0,503</b>	0,203	0,160
Недостатній рівень професійної підготовки командирів	0,482	0,144	0,282	0,027
Високий рівень підготовки та оснащення противника	0,459	0,157	0,259	0,041
Система поповнення та ротацій	0,492	0,158	0,262	0,102
У перший рік проведення антитерористичної операції – невизначення ворога	0,305	<b>0,563</b>	0,205	0,012
Організація проведення антитерористичної операції	0,479	<b>0,555</b>	0,417	0,131
Незрозумілість державної позиції щодо проведення антитерористичної операції	0,499	<b>0,605</b>	0,299	0,030
Матеріальне забезпечення військовослужбовців	0,478	<b>0,511</b>	0,378	0,018
Займання посад у зоні антитерористичної операції, що не відповідають військово-спеціальній підготовці військовослужбовця	0,448	0,217	0,248	0,194
Відсутність якісного професійного відбору до армії	0,359	0,134	0,059	0,193
Ведення позиційної війни	0,410	<b>0,515</b>	0,310	0,119
Неоднозначне ставлення цивільного населення до проведення антитерористичної операції	0,323	<b>0,513</b>	0,223	0,159
Різниця між офіційними версіями ведення бойових дій та реальністю	0,321	0,308	0,221	0,086
Неможливість відкривати вогонь у відповідь (з різних причин)	0,403	0,103	0,073	0,160
Втрата мотивації на участь у війні	0,482	0,144	0,282	0,027
Порушення дисципліни	0,459	0,217	0,359	0,241
Віддаленість від сім'ї та рідних	0,362	0,158	0,462	0,102
Думки про сімейні проблеми та турботи	0,305	0,263	<b>0,505</b>	0,212
Відсутність підтримки з боку родичів	0,279	0,055	<b>0,511</b>	0,131

Змінні	Фактори			
	I	II	III	IV
Молодий вік військовослужбовців	0,299	0,695	<b>0,509</b>	0,530
Внутрішній конфлікт між бажанням вижити та необхідністю виконати свій обов'язок	0,378	0,111	0,378	0,418
Спотворений тип сімейного виховання	0,248	0,137	<b>0,548</b>	0,434
Неповна або «деформована» родина	0,149	0,049	0,449	0,395
Низький рівень освіти (інтелектуальні здібності)	0,031	0,176	<b>0,511</b>	0,170
Рівень підтримки з боку командирів	0,351	0,281	0,311	0,028
Рівень колективної злагоженості	0,289	0,275	0,489	0,105
Розлади поведінки в анамнезі	0,223	0,026	0,423	0,201
Наявність вроджених та біологічних особливостей: затримка психомоторного розвитку в дитинстві, граничне інтелектуальне функціонування, пасивний паттерн поведінки	0,098	0,105	0,398	0,271
Невпевненість у власній зброї	0,239	0,433	0,209	0,078
Підвищена особистісна тривожність	0,281	0,340	0,381	0,323
Розуміння своєї ролі у військових операціях	0,359	0,184	0,359	0,193
Інформаційний дефіцит	0,210	0,015	0,210	0,029
Дефіцит часу	0,323	0,013	0,223	0,059

*Примітки:* Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Зміст **другого фактора** (інформативність 18,04 %) цілком визначається позитивним зв'язком зі змінними: «Несприятливі умови військового побуту» (0,603), «Порушення режимів сну» (0,504), «Недостатнє харчування» (0,527), «Недостатня кількість забезпечення» (0,581), «Вживання терміну

«антитерористична операція» замість «війна» (0,581), «Нормативно-правове забезпечення військовослужбовців» (0,615), «Невпевненість, що держава буде піклуватися про родичів військовослужбовців у разі їх загибелі або втрати працездатності» (0,613), «Вороже налаштоване населення окупованих територій» (0,503), «У перший рік проведення антитерористичної операції – невизначення ворога» (0,563), «Організація проведення антитерористичної операції» (0,555), «Незрозумілість державної позиції» (0,605), «Матеріальне забезпечення військовослужбовців» (0,511), «Неоднозначне ставлення цивільного населення до проведення антитерористичної операції» (0,513). Зміст цього фактора відбиває рівень організації та проведення антитерористичної операції і позицію держави. ***Детермінанти, що входять у цей фактор, можна визначити як соціально-політичні.***

Інформативність третього фактора становить 8,5 %, а зміст визначають кореляції з такими показниками: «Зловживання алкоголем» (0,515), «Попередні психічні розлади та психічні травми (дитячі)» (0,598), «Думки про сімейні проблеми та турботи» (0,505), «Відсутність підтримки з боку родичів» (0,514), «Молодий вік військовослужбовця» (0,509), «Спотворений тип сімейного виховання» (0,548), «Рівень освіти (інтелектуальні здібності)» (0,511). До цього фактора увійшли чинники, що, з одного боку, характеризують життєдіяльність військовослужбовця до його участі у антитерористичній операції, а з іншого – деякі наслідки, які з'явилися у зв'язку з його участю у бойових діях. На наш погляд, ***детермінанти, що належать до цього фактора, можна охарактеризувати як супутні соціально-психологічні детермінанти.***

Четвертий фактор дещо слабкіший за попередній (інформативність 7,4 %). Він характеризується позитивними полюсами таких змінних, як «Індивідуально-психологічні особливості» (0,531), «Психологічна неготовність до участі у бойових діях» (0,530), «Наявність певних акцентуацій характеру» (0,518), «Недостатній рівень адаптаційних можливостей» (0,595), «Дефіцит копінг-навичок» (0,528). ***Детермінанти,***

*які належать до цього фактора, лежать у площині особистісної сфери військовослужбовця (власне психологічні детермінанти).*

Загалом, усі детермінанти, які увійшли до факторної структури, є соціально-психологічними детермінантами бойового стресу.

Проведений факторний аналіз надав можливість виділити 40 провідних соціально-психологічних детермінант бойового стресу, набір яких притаманний військовослужбовцям – учасникам антитерористичної операції, та за рахунок яких досягається висока ймовірність виникнення бойової психічної травми та гострого стресового розладу. Крім того, було встановлено, що виділені детермінанти являють собою консорціум ситуаційно-середовищних, соціально-політичних, супутніх та власне психологічних факторів.

### 2.3. Характеристика груп досліджуваних та особливості проведення дослідження

---

---

У дослідженні взяли участь 212 військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.

На жаль, нам доводиться констатувати, що в даний час вітчизняні психологи не мають у своєму арсеналі психодіагностичних методик, які б дозволяли виявляти наявність у військовослужбовців бойового стресу. Враховуючи цей факт, ми спробували вирішити цю ситуацію, так би мовити, зворотним шляхом.

Так, якщо спиратися на класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації DSM-IV [171, с. 3–27], то можна побачити таку схему: **травматична подія – гострий стресовий розлад – посттравматичний стресовий розлад – посттравматичний розлад особистості.**

За часовими характеристиками гострий стресовий розлад визначають як розлад, що проявляється від декількох днів до декількох місяців після завершення дії на людину стрес-факторів підвищеної інтенсивності. Але більшість наших респондентів-військовослужбовців провели у зоні антитерористичної операції у середньому приблизно 1 рік. Те, що вони переживали саме в той період, ми і називаємо бойовим стресом, тобто **бойовий стрес є, по суті, детермінантою виникнення гострого стресового розладу.** Таким чином, у нашому дослідженні ми спираємося на власне припущення, що, діагностувавши наявність у військовослужбовця гострого стресового розладу, автоматично можна визначати у нього і наявність бойового стресу як головної детермінанти виникнення даного розладу.

З метою розподілу досліджуваних на групи у нашій роботі була використана методика «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» І. Котенєва [171].

*До першої групи* увійшли військовослужбовці, в яких ми діагностували гострий стресовий розлад, а отже, і наявність бойового стресу – 29 військовослужбовців.

*Другу групу* склали військовослужбовці, які мали лише деякі ознаки гострого стресового розладу, а отже, і деякі ознаки бойового стресу – 83 військовослужбовці.

*До третьої групи* увійшли військовослужбовці, які не мали гострого стресового розладу (наявність ознак бойового стресу не виявлено) – 73 військовослужбовці.

Також були виділені військовослужбовці, які відмовились проходити тестування, зіпсувавши при цьому бланки методик. Щодо актуальності виділення цієї групи ми поговоримо нижче.

Досліджування проводилося на базі Харківського національного університету Повітряних Сил імені Івана Кожедуба, Військового інституту Київського національного університету імені Т. Г. Шевченка, Львівської академії Сухопутних Військ імені Петра Сагайдачного та у деяких військових частинах Харківської, Дніпропетровської, Миколаївської областей. У дослідженні брали участь курсанти та офіцери вищих навчальних закладів, солдати і офіцери військових частин – учасники антитерористичної операції.

Проведення нашого дослідження дало можливість виявити такі особливості:

✓ по-перше, – необхідність проведення підготовчого періоду, у який здійснювалася роз'яснювальна робота з досліджуваними про мету дослідження, визначався час роботи з опитувальниками, анкетами, давалися поради, на що слід звернути увагу, як заповнювати анкету й т. ін.;

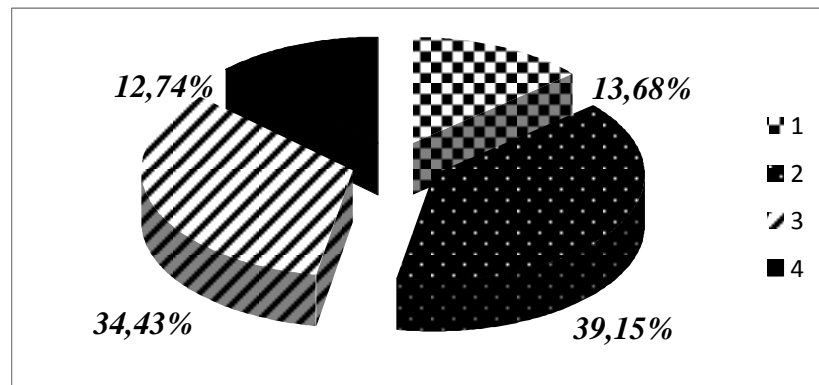
✓ по-друге, – необхідність встановлення офіційного і психологічного контакту з керівництвом військових підрозділів. Це, ймовірно, була найбільш складна організаційна частина дослідження, оскільки широкомасштабні спеціальні психологічні дослідження серед ветеранів антитерористичної

операції проводяться вкрай рідко через специфіку їхнього повернення до умов мирного життя. У зв'язку з цим будь-яке проведення опитування, анкетування, не говорячи про застосування спеціальних методик, викликалосторожкість, побоювання і несхвалення з боку окремих керівників. Таке негативне ставлення до проведення дослідження з боку командування передавалося і військовослужбовцям. Вони часто відмовлялися від участі у дослідженні, висловлювали недовіру до його результатів, побоювання, що співробітництво з дослідником-психологом негативно вплине на їхню подальшу службу.

Саме тому нами було виокремлено *четверту групу* досліджуваних (27 осіб), до якої увійшли військовослужбовці, які заповнили тільки першу методику. Це надало нам можливість визначити, що у них відсутні ознаки гострого стресового розладу.

Окрім військовослужбовців, які увійшли в четверту групу, *були й такі, хто навмисне псували бланки, висловлювали свою незадоволеність процесом дослідження*, взагалі відмовлялися писати хоча що-небудь.

На рисунку 2.1 представлено співвідношення виділених нами груп досліджуваних.



*Примітка:* 1 – військовослужбовці, у яких діагностували наявність бойового стресу (13,68 % від загальної кількості досліджуваних); 2 – військовослужбовці, в яких діагностували прояви окремих ознак бойового стресу (39,15 % від загальної кількості досліджуваних); 3 – військовослужбовці, в яких наявність бойового стресу не діагностовано (34,43 % від загальної кількості досліджуваних); 4– військовослужбовці, які зіпсували бланки методик (12,74 % від загальної кількості досліджуваних).

**Рис. 2.1. Співвідношення груп досліджуваних**



## 2.4. Особливості використання методів та психодіагностичних методик дослідження

---

---

Обрання методів дослідження було проведено нами з урахуванням основних завдань роботи та набуло чіткої структури (див. рис. 2.2.).

✓ *Першу групу методів* склали **теоретичні методи**, які були застосовані для вивчення та всебічного аналізу науково-теоретичного доробку, що сформувався на цей час у межах екстремальної та кризової психології, психології ризиконебезпечних професій, психологічної допомоги тощо.

До цієї групи увійшли такі методи, як: **аналіз, синтез, класифікація та оглядово-аналітичний метод**. Використання цих методів дозволило вивчити напрацювання в зазначеній галузі, провести огляд та аналіз даних, отриманих іншими вченими, з метою їх подальшої систематизації.

*Друга група методів* – **емпіричні методи дослідження**.

1. Через обмеженість проведення класичного психодіагностичного дослідження з військовослужбовцями – учасниками антитерористичної операції, широкого застосування набули **методи візуальної психодіагностики**.

Візуальна психодіагностика дозволила нам визначати особливості психології учасників бойових дій за їх зовнішніми ознаками.

Основний принцип, на якому базується дана система, полягає в тому, що психіка людини спроектована на його поведінку та реакції.

2. **Спостереження** – як основний метод візуальної психодіагностики використовувався нами протягом майже всього дослідження.

Так, під час реалізації основної частини емпіричного дослідження, а саме під час проведення збору даних щодо особливостей поведінкових реакцій та особливостей динаміки психоемоційного стану військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, метод спостереження відрізнявся такими рисами:

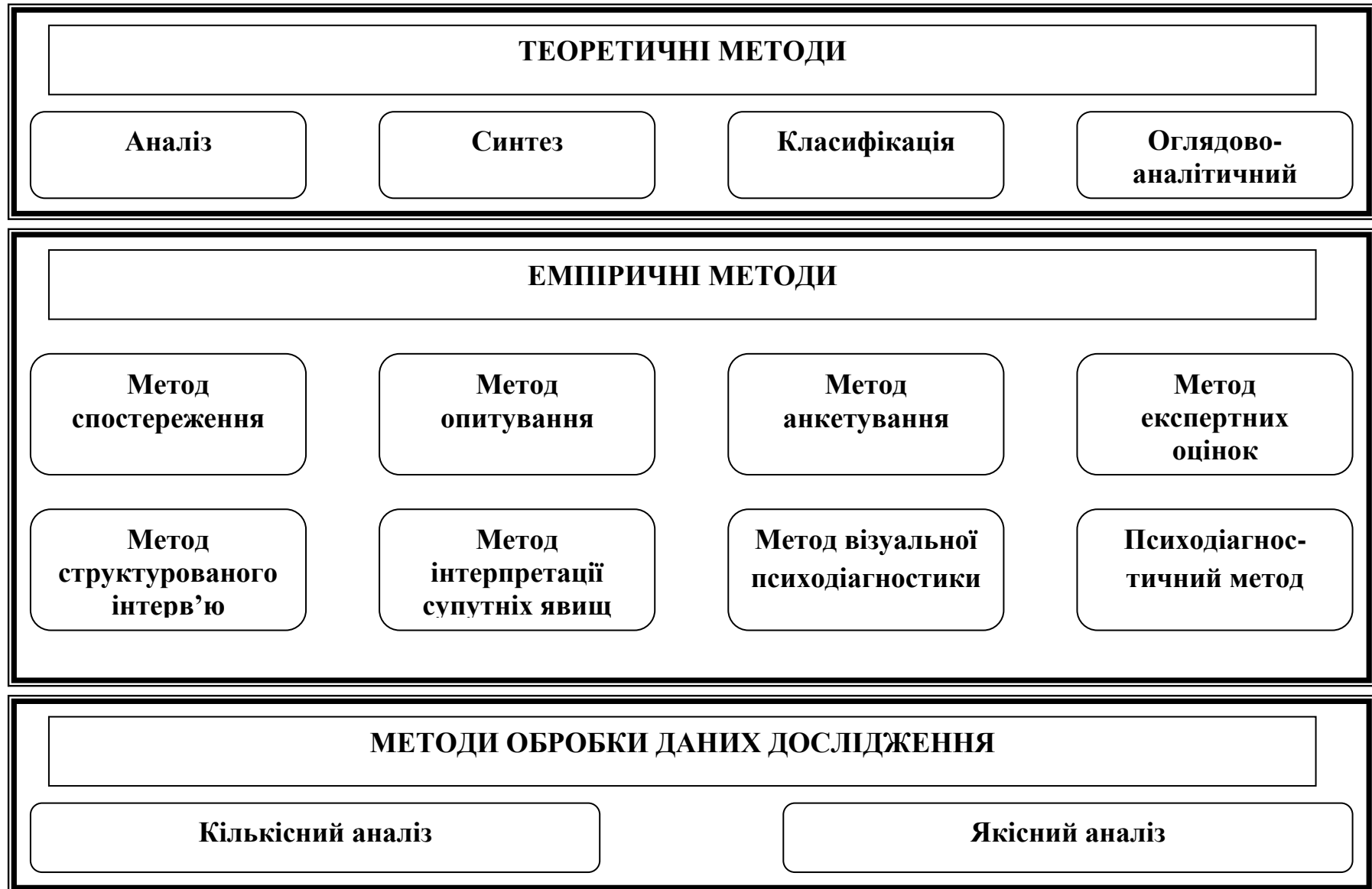


Рис. 2.2. Структурно-логічна схема дослідження

- ✓ спостереження відбувалося як в «польових», так і в «лабораторних» умовах;
- ✓ спостереження мало як запланований, так і випадковий характер (залежно від ситуації, яка розвивалася під час дослідження);
- ✓ спостереження проводилось як індивідуально (спостереження за одним військовослужбовцем), так і колективно (спостереження за групою досліджуваних);
- ✓ спостереження в процедурному плані було систематичним;
- ✓ спостереження за часовими параметрами не регулювалось через неможливість прогнозування подальшого розвитку подій;
- ✓ при фіксації явищ, які відмічались у процесі спостереження, цей метод міг переходити з констатуючого (усі спостереження фіксувались без винятку та попередньої інтерпретації) до оцінювального (усі спостереження проходили попередню оцінку та аналіз і фіксувались вибірково);
- ✓ спостереження проводилось за заздалегідь розробленою схемою (у нашому випадку це: установка на зовнішні маркери стану людини, а саме емоційні прояви військовослужбовців; характеристика поведінкових проявів, тобто – кінесика, проксеміка; характеристики мовлення та деяких висловів).

Таким чином, метод спостереження було використано, з одного боку, для первинного збору психологічної інформації про досліджуваних, з іншого – для збору основного масиву емпіричних даних, узагальнення яких у подальшому дозволило використовувати їх при побудові основних висновків дослідження.

### **3. Структуроване інтерв'ю** проводилось з метою визначення:

- ✓ додаткових стрес-факторів, які обумовлювали формування та напрям розвитку бойового стресу;
- ✓ психосоматичних реакцій на умови перебування в зоні антитерористичної операції;

Питання інтерв'ю були включені в загальну систему взаємодії психолога з військовослужбовцями з метою запобігання повторної психотравматизації.

Структуроване інтерв'ю проводилось виключно після стабілізації психоемоційного стану учасників антитерористичної операції та за умови їх повної згоди на участь в інтерв'юванні.

**4. Метод інтерпретації супутніх явищ** було використано для:

- ✓ отримання максимально повної картини умов бойової діяльності досліджуваних військовослужбовців;
- ✓ розуміння та прогнозування можливих ускладнень та їх впливу на психоемоційний стан учасників антитерористичної операції;
- ✓ пошуку ресурсів, що допоможуть військовослужбовцям з ознаками бойового стресу та гострого стресового розладу відновитись.

**5. Анкетування** проводилось з метою збору даних про військовослужбовців, які брали участь у нашому дослідженні.

**6. Метод опитування** був використаний для отримання додаткової інформації про стан військовослужбовців та визначення особливостей переживання ними спогадів про участь у бойових діях.

**7. Метод експертних оцінок** використовувався для отримання даних щодо конкретної проблеми від спеціально відібраних експертів за ознаками їх формального професійного статусу, які надавали необхідну інформацію про об'єкт оцінки.

У дослідженні експертна оцінка була використана при визначенні найбільш уразливих моментів впливу антитерористичної операції на психічний стан військовослужбовців.

Експертами у кількості 68 осіб виступили відомі в країні психологи, які працюють у провідних вишах, а саме: Інституті психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Національному університеті оборони України імені Івана Черняхівського, Національній академії Служби безпеки України, Харківському національному університеті Повітряних Сил імені Івана Кожедуба, Національній академії Національної гвардії України, Науково-дослідному центрі гуманітарних проблем Збройних Сил України, Науково-дослідній лабораторії екстремальної та кризової психології Національного

університету цивільного захисту України. Серед експертів були і практичні психологи Збройних Сил України – учасники антитерористичної операції.

На рівні індивідуально-психологічних особливостей експертами було зазначено, що:

✓ деякі люди у зв'язку зі своїми індивідуально-типологічними особливостями можуть бути більш схильні до впливу бойового стресу, а інші менш;

✓ бойовий стрес загострює властивості особистості, тобто, те що було притаманне людині матиме більш істотний прояв при наявності бойового стресу.

При цьому експерти надали *усереднену характеристику військовослужбовця, який має підвищену схильність до розладу адаптації:*

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

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

3. Сором'язливість, боязкість, нерішучість, невпевненість у нових ситуаціях та з малознайомими людьми.

4. Недостатньо розвинена здатність до психологічної мобілізації, до вольових та фізичних зусиль, до тривалої професійної напруги.

5. Підвищена потреба у захисті, підтримці та заступництві з боку «сильних та успішних», пасивна підпорядкованість, аж до певної залежності.

На рівні акцентуації характеру військовослужбовців експерти зробили такі висновки: *акцентуації особистості мають різне значення і можуть*

*виступати як позитивні, так і як негативні фактори виникнення негативних психічних станів і стрес-залежних захворювань.*

*Гіпертимні акцентуації характеру підвищують шанси на те, що військовослужбовець докладе максимальних зусиль для відновлення завдяки характерному оптимізму і високій активності.*

Представники даного типу акцентуації через підвищену імпульсивність, часто ослаблений контроль за власною поведінкою можуть допускати серйозні помилки. У ситуації звинувачення, протидії, морального, матеріального, фізичного збитку вони наражаються на серйозну небезпеку розвинення гіперактивності.

*Дистимічний тип акцентуації з переважно зниженим настроєм, характеризується у разі виникнення важкої екстремальної ситуації схильністю до депресії. У даного типу часто підвищене почуття справедливості і тому велике значення матиме базова «ілюзія справедливості» (серйозність, відповідальність, сумлінність, пунктуальність повинні бути заохочені). Порушення цього внутрішнього правила, в силу обставин, переживають важко.*

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

*Тривожний тип – це тип акцентуації з підвищеною схильністю до страхів. Для нього характерні підвищена тривожність, переживання з приводу можливих невдач, занепокоєння за свою долю і долю близьких. Навіть незначні події можуть завдавати психотравму, викликати фобічні переживання. Самооцінка таких людей занижена, а оцінка інших навпаки завищена.*

*Афективно-екзальтований тип акцентуації характеризується нестриманістю почуттів, гнівливістю або слізливістю при отриманні травми*

та необхідності тривалого лікування. Ці військовослужбовці відчують значні труднощі через монотонність, обмеження діяльності інструкціями і у зв'язку з цим неприйняття власних почуттів.

*Циклотимічна акцентуація* піддається додатковій небезпеці виникнення бойового стресу через постійну нестійкість настрою, схильностей та емоцій. Полярна зміна фаз самопочуття, заглибленість у свій внутрішній світ, суб'єктивність оцінок робить цих людей малопередбачуваними у спілкуванні (що дуже ускладнює роботу військового психолога).

*Паранойяльна акцентуація* – застрягаючий, нестійкий тип при отриманні бойового стресу схильний висувати непомірні вимоги до оточуючих, з іншого боку, він сумнівається в цінності ідей та схильностей.

*Ригідна акцентуація* – педантичний тип особистості характеризується інертністю психічних процесів, нездатністю до витіснення травмуючих переживань, унаслідок чого виникає підвищений ризик появи ознак бойового стресу.

*Демонстративний тип акцентуації*, навпаки, характеризується здатністю до витіснення негативних переживань і думок. Однак за несприятливих обставин можливий «відхід» у хворобу; цьому сприяє «недооцінка» оточуючими, утиск права бути «зіркою», байдужість з боку близьких.

***На рівні регуляторних механізмів – чим більший вплив бойового стресу, тим більшу кількість та інтенсивність прояву захисних механізмів необхідно військовослужбовцю для того, щоб зберегти власну психіку.***

Під час проведення бойових дій не можна виокремлювати позитивні чи негативні копінг-стратегії: будь-яка поведінка, що дає можливість військовослужбовцю зберегти своє життя та надалі виконувати поставлені задачі, є позитивною.

*На рівні адаптаційного потенціалу військовослужбовця можна зробити висновок, що, чим **більший адаптаційний потенціал військовослужбовця, тим краще він пристосовується до бойових умов, тобто адаптаційний потенціал особистості можна визначити як стійкість до виникнення бойового стресу.*** Причому важливим буде не тільки визначення адаптаційного потенціалу як сукупності елементів, а розгляд кожного елемента окремо: (а) поведінкова регуляція, (б) комунікативний потенціал та (в) морально-етична нормативність. Також доцільним є визначення військово-професійної спрямованості, оскільки вона лежить в основі мотиваційної сфери військовослужбовця та визначення певних схильностей до девіантної поведінки та до скоєння суїциду.

З урахуванням експертних висновків були обрані такі психодіагностичні методики для проведення дослідження.

1. ***Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків І. Котєнєва [171].*** Даний опитувальник призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних чинників, а саме знаходження в екстремальних умовах. Його можна використовувати як для визначення посттравматичного стресового розладу, так і для визначення гострого стресового розладу, а точніше критеріїв його прояву, таких, як: подія травми, дисоціативні симптоми, повторне переживання травми, симптоми «уникнення», симптоми гіперактивації, дистресу та дезадаптації, депресії. Він дає можливість вивчити наявність в учасника бойових дій таких реакцій, як: надпильність, перебільшене реагування, агресивність, порушення пам'яті і концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинаторні переживання (непрохані спогади), проблеми зі сном (труднощі з засинанням і переривчастий сон), провина «вижившого» та рівень оптимізму.

2. ***Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність – 200» розроблений А. Г. Маклаковим і С. В. Чермяніним [172].*** Опитувальник



призначений для визначення адаптаційних можливостей військовослужбовців на основі оцінки деяких соціально-психологічних і психологічних характеристик особистості, що відображають інтегральні особливості психічного і соціального розвитку.

Зазначена методика дає можливість виділити рівень стійкості до бойового стресу. Але треба відмітити, що автори методики визначають бойовий стрес як багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, який супроводжується напруженою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін [5]. Таке розуміння не відповідає визначенню бойового стресу, на яке ми спираємося у своєму дослідженні. Тому нами було прийнято рішення дану шкалу розглядати не як рівень стійкості до бойового стресу, а як особистісний адаптаційний потенціал військовослужбовця.

Крім традиційних шкал («психічна регуляція», «комунікативний потенціал» і «моральна нормативність») до даної версії опитувальника увійшли додаткові шкали: «військово-професійна спрямованість», «схильність до девіантних форм поведінки» і «суїцидальний ризик», які, на наш погляд, є дуже актуальними у проведеному дослідженні.

Шкала «психічна регуляція» призначена для вивчення рівня нервово-психічної стійкості військовослужбовця і його толерантності до несприятливих факторів впливу професійної діяльності.

Шкала «комунікативний потенціал» призначена для вивчення комунікативних можливостей військовослужбовця і вміння побудувати міжособистісні відносини у колективі.

Шкала «моральна нормативність» призначена для вивчення здатності військовослужбовця дотримуватися моральних норм поведінки, уміння підкорятися груповим і корпоративним вимогам.

Шкала «військово-професійна спрямованість» призначена для вивчення рівня професійної мотивації і спрямованості обстежуваного на продовження професійної діяльності.

Шкала «схильність до девіантних форм поведінки» спрямована на виявлення ознак аддитивної і делінквентної поведінки.

Шкала «суїцидальний ризик» допомагає виявити осіб, схильних до здійснення суїцидальних дій.

3. **Опитувальник «Методика вивчення акцентуацій особистості» К. Леонгарда – С. Шмішека** [173]. Опитувальник призначений для діагностики типу акцентуації особистості. Спираючись на те, що теоретичною основою методики є концепція «акцентуованих особистостей» К. Леонгарда, слід зазначити, що сам термін «акцентуована особистість» розмістився між психопатією та нормою. Тобто, акцентуації характеру можна визначити як крайню форму норми. У разі впливу несприятливих факторів на людину акцентуації можуть набувати патологічного характеру, при цьому руйнуючи структуру особистості. Це і є обґрунтуванням вибору даної методики для дослідження, оскільки, як нам відомо, *наявність бойового стресу високої інтенсивності призводить до змін у структурі особистості військовослужбовця.*

До опитувальника входять такі шкали акцентуацій: гіпертимна, тривожна, дистимічна, педантична, збудлива, емотивна, застрягаюча, демонстративна, циклотимічна та екзальтована.

4. **Багатофакторний опитувальник ММРІ («Міні-мульти»)** [174]. Опитувальник «Міні-мульти» являє собою скорочений варіант ММРІ та спрямований на виявлення найбільш поширених ситуативних або застійних особистісних розладів, обумовлених екстремальними умовами життєдіяльності. До нього входять такі шкали: іпохондрія, депресія, істерія, психопатія, паранояльність, психастенія, шизоїдність, гіпоманія. Також опитувальник має шкалу брехні, яка дозволяє виокремити недостовірні відповіді.

5. *Опитувальник «Індекс життєвого стилю» Келермана-Плутчика-Конте* [175]. Методика використовується для діагностики різних механізмів психологічного захисту.

Відомо, що існує вісім базисних захисних психологічних механізмів, які тісно пов'язані з вісьмома базисними емоціями психоеволюційної теорії. Існування психологічних захистів дозволяє опосередковано виміряти рівні внутрішньоособистісних конфліктів. А це дає можливість стверджувати, що дезадаптовані люди використовують захисні механізми більшою мірою, ніж адаптовані особистості. Крім того, слід зазначити і той факт, що оскільки захисні психологічні механізми виникають несвідомо, то вони завжди будуть обумовлювати певну поведінку людини.

Захисні механізми намагаються звести до мінімального рівня негативні переживання, які травмують особистість. Ці переживання в основному пов'язані з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту. Саме механізми захисту допомагають зберегти стабільність своєї самооцінки, уявлень про себе і про світ. Так само вони можуть виступати в ролі буферів, намагаючись не допустити дуже близько до свідомості надто сильні розчарування і загрози, з якими людина зіштовхується у житті.

У тих випадках, коли ми не можемо впоратися з тривогою чи страхом, захисні механізми спотворюють реальну дійсність з метою збереження нашого психічного здоров'я і нас самих як особистість.

Але є й інша сторона, більш негативна. *Захисні психологічні механізми виконують допоміжну функцію тільки в перший час після травматичної події. Якщо з часом не опрацювати пригнічені емоції, є висока ймовірність того, що ці переживання почнуть проявлятися через психосоматичні розлади.*

Усе зазначене вище є дуже важливим у роботі з учасниками бойових дій, особливо на етапі їх реабілітації. Існуюча в суспільстві тенденція «медикаментозного лікування симптомів» у роботі з ветеранами бойових дій

не сприяє повному вирішенню проблеми; це лише полегшує їх стан на деякий час.

До опитувальника входять такі шкали: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація.

6. *Копінг-тест Р. Лазаруса* [176]. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій.

Нагадаємо, що на відміну від захисних механізмів, копінг-стратегії є усвідомлюваним вольовим процесом.

До методики входять такі шкали: конфронтація, дистанціонування, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка.

Третю групу методів дослідження склали **методи обробки даних дослідження**.

*1. Кількісний аналіз за допомогою статистичних методів дослідження* було використано для проведення математико-статистичної обробки даних, отриманих у нашому дослідженні.

Емпіричні дані, отримані в ході даного дослідження, піддавалися статистичній обробці за допомогою стандартних і апробованих програм для персональних ЕОМ. Використовувалися спеціалізовані пакети прикладних програм для психологічних досліджень («SPSS 17.0.» та «Microsoft Office Excel 2003»), що забезпечили виконання загальноприйнятих одновимірних статистик і багатовимірних математично-статистичних методів, адекватних для вирішення конкретних завдань дослідження.

*2. Якісний аналіз за допомогою методу контент-аналізу* було використано для якісної та змістовної обробки даних, які були отримані нами здебільшого в ході опитувань, аналізу супутніх явищ тощо. Суть методу контент-аналізу полягає у фіксації певних одиниць змісту, який вивчається, а також у квантифікації отриманих даних.

## Висновки за розділом

---

---

1. Побудова структури нашого дослідження здійснювалась з урахуванням специфічних особливостей того середовища, в якому прийшлося перебувати нашим випробуванним – безпосереднім учасникам антитерористичної операції, що проходить з 2014 року на сході нашої країни.

Застосування комплексного або системного підходу в процесі вивчення такого особливо складного явища, як бойовий стрес, вважаємо оптимальним варіантом реалізації нашого наукового пошуку.

2. У зв'язку з тим, що на сьогодні вітчизняні психологи не мають у своєму арсеналі психодіагностичних методик, які б дозволяли виявляти наявність у військовослужбовців бойового стресу, ми спробували вирішити цю ситуацію так би мовити зворотнім шляхом.

Спираючись на класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації DSM-IV, ми розглядали бойовий стрес як головну детермінанту виникнення гострого стресового розладу. Таким чином, діагностувавши наявність у військовослужбовця гострого стресового розладу, ми автоматично могли говорити про наявність у нього бойового стресу.

3. За допомогою факторного аналізу була виділена структура соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу. У цю структуру увійшли такі фактори: ситуаційно-середовищні, соціально-політичні, супутні та психологічні.

4. У дослідженні брали участь 212 військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, які були розподілені нами на три групи:

*До першої групи* увійшли військовослужбовці, в яких діагностувався гострий стресовий розлад, а отже, наявність бойового стресу (29 осіб);

*Другу групу* склали військовослужбовці, які мали лише деякі ознаки гострого стресового розладу, а отже, і деякі ознаки бойового стресу (83 особи);

До третьої групи увійшли військовослужбовці, які не мали гострого стресового розладу (таким чином, і наявність ознак бойового стресу не виявлялася) – 73 особи.

Також нами були виділені в окрему групу військовослужбовці, які відмовились проходити тестування, зіпсувавши при цьому бланки методик.

5. Обґрунтування та вибір методик, які використовувалися під час емпіричного дослідження, було здійснено нами з урахуванням їх валідності, надійності та диференційованості, а також відповідності основним завданням дослідження.

Комплекс методів математично-статистичної обробки даних передбачав використання пакетів прикладних програм, що забезпечили розрахунки варіаційних статистичних показників, а саме:  $t$ -критерій Стьюдента та кореляційний аналіз за  $r$ -критерієм Пірсона.

**РОЗДІЛ 3**

**СИТУАЦІЙНО-СЕРЕДОВИЩНІ, СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНІ  
ТА СУПУТНІ ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ  
ДЕТЕРМІНАНТ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ –  
УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**



### **3.1. Результати емпіричного вивчення ситуаційно-середовищних чинників соціально-психологічних детермінант бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

---

---

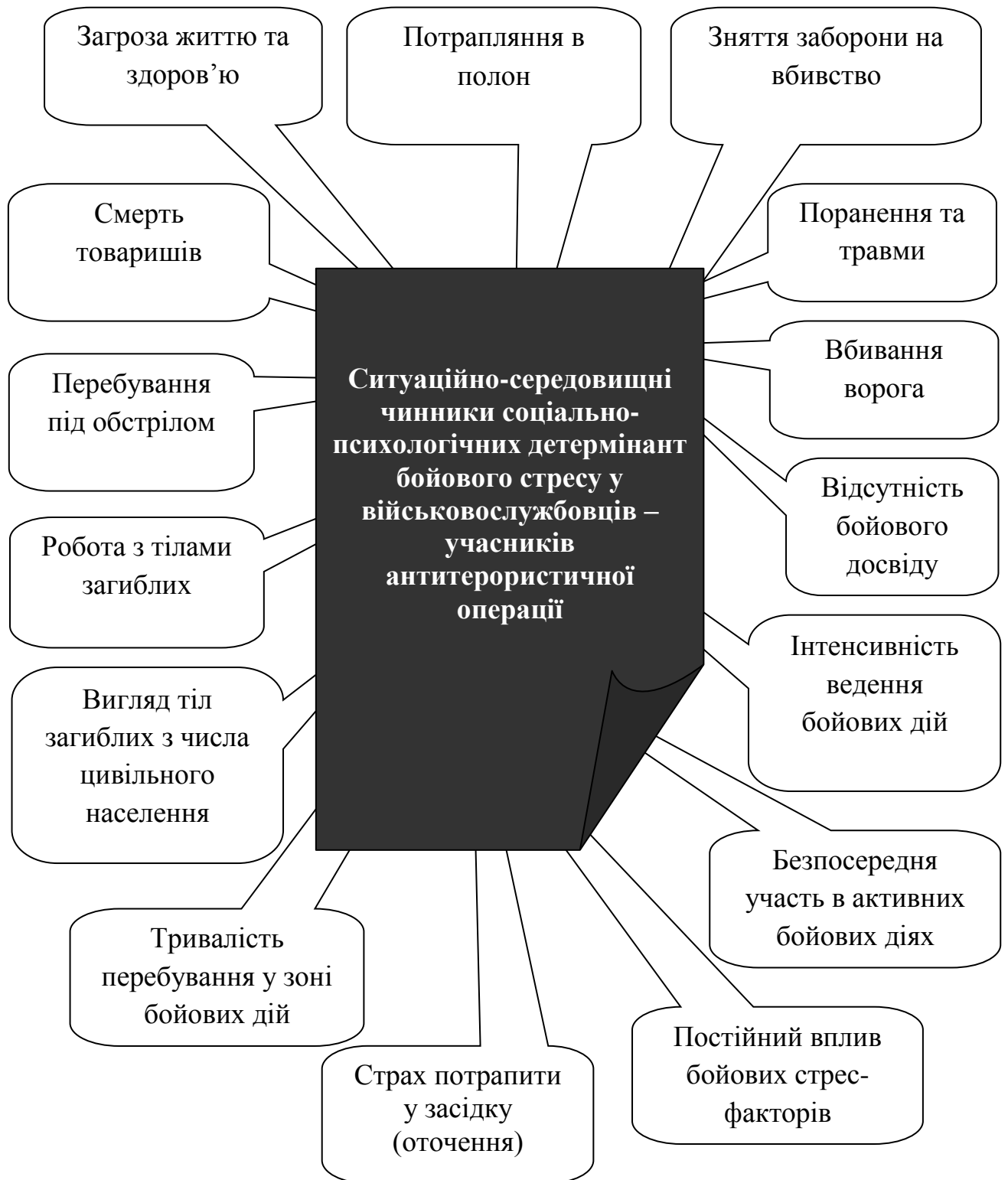
Спираючись на результати експертних висновків та подальше визначення факторної структури соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, у другому розділі нашого дослідження були виокремлені основні ситуаційно-середовищні чинники, що призводять до бойового стресу високої інтенсивності у комбатантів (див. рис. 3.1.).

З метою їх подальшого вивчення було проведено анкетування в кожній з виділених нами груп досліджуваних. Результати анкетування відображені у таблиці 3.1, з якої можна побачити, що найбільша кількість недосвідчених військовослужбовців, які служать приблизно 2 роки (тобто їх служба у Збройних Силах України почалася фактично з участі в антитерористичній операції), спостерігається у першій групі досліджуваних (30,69 %).

А це, у свою чергу, дозволяє зробити висновок про те, що **недостатній професійний досвід слугує детермінантою виникнення бойового стресу.** Про це свідчить і наявність (відсутність) досвіду участі в інших військових конфліктах.

І хоча ми бачимо досить малі відсотки (це залежить від кількості таких людей у групах), але при цьому можемо спостерігати певний зв'язок, який свідчитиме про те, що чим більший досвід участі у бойових діях, тим менший прояв бойового стресу. Таким чином, **недостатній досвід участі у бойових конфліктах є детермінантою бойового стресу.**





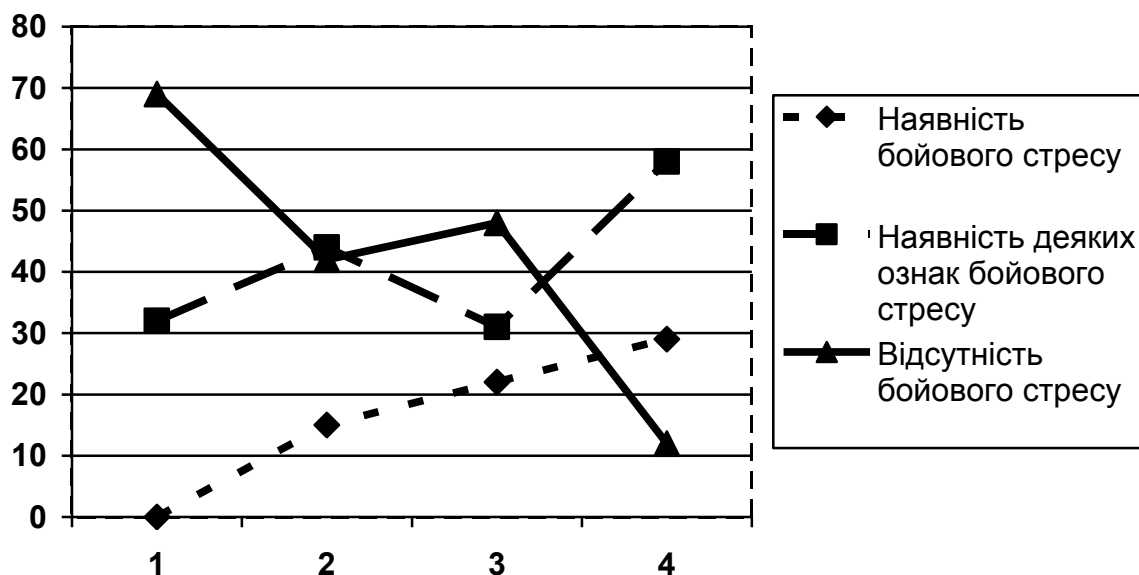
**Рис. 3.1. Основні ситуаційно-середовищні чинники соціально-психологічних детермінант бойового стресу у комбатантів**

**Ситуаційно-середовищні чинники соціально-психологічних детермінант  
виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників  
антитерористичної операції**

<b>Показники</b>	<b>Група 1 (у %)</b>	<b>Група 2 (у %)</b>	<b>Група 3 (у %)</b>
Кількість років служби в ЗСУ:			
– до 2 років;	30,69	10,23	5,41
– від 2 року до 10 років;	64,42	76,52	71,23
– більше 10 років	4,89	13,25	23,36
Участь у інших військових конфліктах	0	2,41	5,41
Тривалість перебування у зоні бойових дій:			
– до 1 місяця;	0	13,25	12,33
– від 1 місяця до півроку;	48,28	60,25	56,16
– до 1 року;	31,05	13,25	28,77
– більше 1 року	20,67	13,25	2,74
Перебування під обстрілом	100	65,06	76,71
Загроза для життя	93,11	83,13	87,66
Ведення стрільби у відповідь	86,21	66,27	58,9
Вбивали ворога	62,07	46,99	28,77
Бачили смерть інших	86,21	57,83	73,97
Поранення або травми	62,07	34,94	17,81
Найстрашніші переживання, пов'язані з війною	93,11	64,86	64,38
Впевненість у власній безпеці	68,97	62,65	82,19

Питанню тривалості перебування військовослужбовців у зоні проведення бойових дій хоча і приділяється з боку військових дослідників дуже багато уваги та на теперішній час воно залишається відкритим.

З таблиці 3.1. можна побачити, що насправді найбільша кількість людей, які перебували у зоні бойових дій до року та більше року, належить до першої групи. Але за цими даними дуже важко простежити будь-яку залежність. Тому, зробивши деякі перерахунки, ми отримали такі результати (див. рисунок 3.2.).



*Примітка:* 1 – перебування у зоні бойових дій до 1 місяця; 2 – перебування у зоні бойових дій від 1 місяця до півроку; 3 – перебування в зоні бойових дій від півроку до року; 4 – перебування в зоні бойових дій більше року.

**Рис. 3.2. Залежність виникнення бойового стресу від часу перебування військовослужбовця в зоні бойових дій**

Так, стосовно наявності бойового стресу можна побачити прямо пропорційну залежність, тобто чим більше часу військовослужбовець знаходиться у зоні бойових дій, тим більші прояви бойового стресу у нього будуть спостерігатися. Таким чином, ми можемо стверджувати, що **час перебування у зоні бойових дій є детермінантою виникнення бойового стресу.**

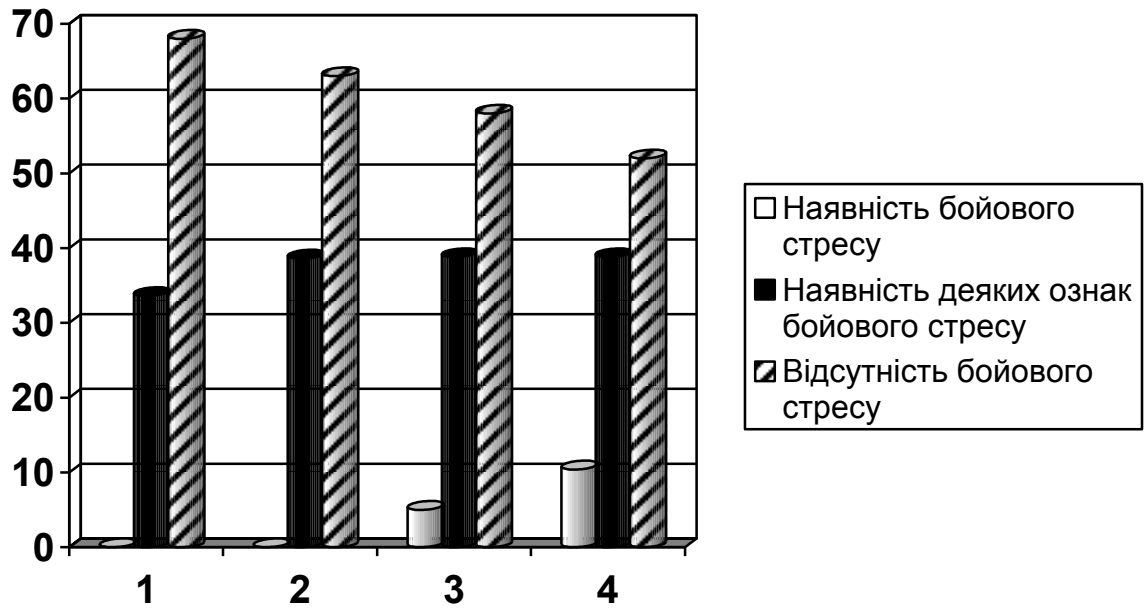
Розглянемо кожний з виділених нами часових етапів окремо.

У військовослужбовців, які перебувають у зоні проведення антитерористичної операції до одного місяця, наявність ознак бойового стресу фактично дорівнює нулю, наявність деяких ознак бойового стресу відмічається на рівні 33,33 %, повна відсутність бойового стресу – на рівні 66,67 %. Тобто ***військовослужбовці можуть перебувати у зоні бойових дій до одного місяця без вагомої шкоди для свого психічного здоров'я.***

При перебуванні військовослужбовців у зоні проведення антитерористичної операції тривалістю від одного місяця до півроку ми спостерігаємо негативні зміни: рівень бойового стресу і деяких його проявів зростає (14,64 % та 43,9 % відповідно), а його відсутність зменшується.

При перебуванні військовослужбовців у зоні проведення антитерористичної операції тривалістю від півроку до року ми бачимо подальше зростання наявності ознак бойового стресу (21,73 %), але що стосується інших показників (див. рис. 3.2.), то спостерігається певний стрибок у протилежному напрямі. Було б логічним, якби наявність деяких ознак бойового стресу продовжувала зростати, а його відсутність спадала. Але ми спостерігаємо протилежну картину. На наш погляд, це можна пояснити тим, що серед даної частини обстежуваних, які знаходилися у зоні бойових дій від півроку до року, була досить вагома частка тих військовослужбовців, які пройшли декілька ротацій по 2–3 місяці. Тобто можна припустити, що *якщо військовослужбовець за півроку служби не отримав бойового стресу або у нього спостерігатимуться лише деякі його прояви, то наступні півроку він може продовжувати службу більш ефективно, використовуючи отриманий професійний досвід*, про що було зазначено вище. Таким чином, можна зробити висновок, що *для ефективного ведення бойових дій військовослужбовці повинні перебувати у зоні проведення антитерористичної операції декілька коротких ротацій*.

У зв'язку з зазначеним вище, постає питання щодо тривалості однієї ротації. Це можна підрахувати, розбивши часові періоди на більш короткі. Отримані результати наведено на рисунку 3.3.



*Примітка:* 1 – тривалість перебування в зоні бойових дій до 1 місяця; 2 – тривалість перебування в зоні бойових дій до двох місяців; 3 – тривалість перебування в зоні бойових дій до трьох місяців; 4 – тривалість перебування в зоні бойових дій до 4 місяців.

**Рис. 3.3. Динаміка розвитку бойового стресу у військовослужбовців залежно від тривалості їх перебування в зоні бойових дій**

Як бачимо з рисунку 3.2, протягом перших двох місяців не спостерігатиметься серед більшої частини військовослужбовців проявів бойового стресу; інші показники теж майже не відрізнятимуться один від одного. Отже, **щоб зберегти психічне здоров'я військовослужбовців, вони можуть перебувати у зоні проведення бойових дій декілька ротацій, тривалістю до двох місяців кожна, але загалом не більше року.**

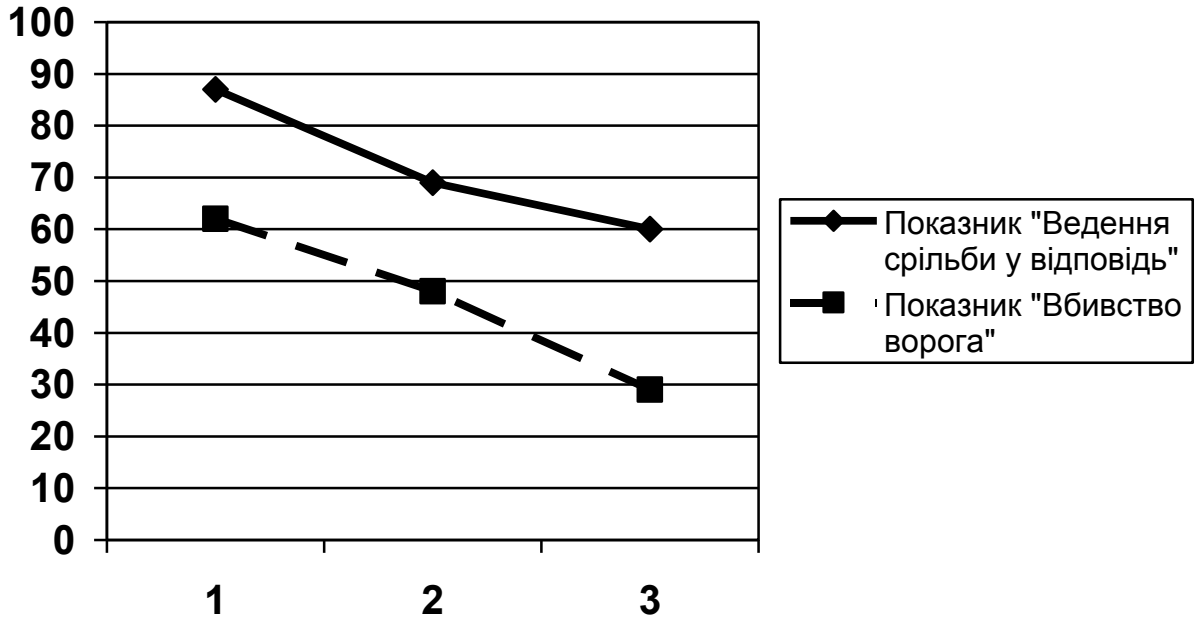
Надалі розглянемо показники, які наші експерти охарактеризували як *найбільші стрес-фактори безпосередньо бойових дій*: (1) перебування під обстрілом, (2) наявність ситуацій, що загрожують життю, (3) вбивання ворога та (4) безпосереднє бачення смерті інших людей. При цьому у наших анкетах ми вирішили додати ще один показник, який вважаємо теж досить

психотравматичним для самих військовослужбовців, – «Ведення стрільби у відповідь».

Проаналізувавши дані, що відображені у таблиці 3.1., ми можемо побачити, що найбільша кількість військовослужбовців, які піддалися впливу перерахованих стрес-факторів, має наявність бойового стресу високої інтенсивності, але ми спостерігаємо, що ці фактори також впливали і на значну кількість військовослужбовців другої та третьої груп. Тому, на наш погляд, можна стверджувати, **що перераховані вище найбільш стресогенні фактори бойової обстановки є детермінантою зростання інтенсивності бойового стресу (але при цьому, є можливості, як показує практика, зменшити негативний вплив цих факторів на психіку військовослужбовців).**

Слід звернути увагу на показники «Ведення стрільби у відповідь» та «Вбивання ворога». І в першому і в другому випадку ми спостерігаємо прямо пропорційну залежність, тобто, *чим більша кількість військовослужбовців стріляла у відповідь та вбивала ворога, тим більший рівень бойового стресу діагностувався у групі* (див. рисунок 3.4.).

Якщо ми порівняємо між собою два зазначені вище показники (див. рис. 3.4.), то можна побачити, що не всі військовослужбовці, які стріляли у відповідь, вважають, що вони вбили ворога. Це, на наш погляд, пояснюється використанням військовослужбовцями значної кількості РСЗВ. А при використанні РСЗВ немає впевненості у тому, що ти дійсно знищив ворога. Психотравматичний вплив цього показника полягає в тому, що при використанні РСЗВ є велика ймовірність того, що можуть бути жертви серед цивільного населення окупованих територій. І як зазначають самі військовослужбовці, ворог, знаючи це, розташовується навмисне біля населених пунктів, щоб наші війська не могли нормально вести вогонь.



*Примітка:* 1 – група досліджуваних № 1; 2 – група досліджуваних № 2; 3 – група досліджуваних № 3.

**Рис. 3.4. Порівняння показників «Ведення стрільби у відповідь» та «Вбивство ворога» у трьох досліджуваних групах**

Досить логічно, що показник «Найстрашніші переживання, пов'язані з війною» має прямо пропорційну залежність від наявності бойового стресу та гострого стресового розладу. Ми спостерігаємо, що у другій та третій досліджуваних групах найстрашніші переживання у житті пов'язані з ситуаціями, які відбулися у мирний час.

Розглянемо наступний показник – це «Поранення та травми». Згідно з таблицею 3.1. максимальну кількість травмованих військовослужбовців ми спостерігаємо у першій групі. Загалом, ми можемо стверджувати, що **травма або поранення є детермінантою виникнення бойового стресу високої інтенсивності.** Хоча, слід зазначити, що серед досліджуваних не було ампутантів, тобто, всі ці військовослужбовці після отримання травми повернулися до своєї професійної діяльності, деякі з них після одужання знову брали участь у бойових діях.

У першій групі змін у тілі після травми зазнали 37,5 % військовослужбовців. При цьому 37,5 % з усієї кількості травмованих у першій групі зазначають, що отримання травми не змінило їх ставлення до себе, 25 % вважають себе скаліченими та нікому непотрібними та ще 37,5 % змінили ставлення до себе та інших на краще, більше стали цінувати життя.

У другій групі змін у тілі після травми зазнали 46,15 % військовослужбовців, при цьому 69,23 % не змінили ставлення до себе, 7,7 % вважають себе скаліченими та нікому непотрібними та 23,07 % змінили ставлення до себе та інших на краще.

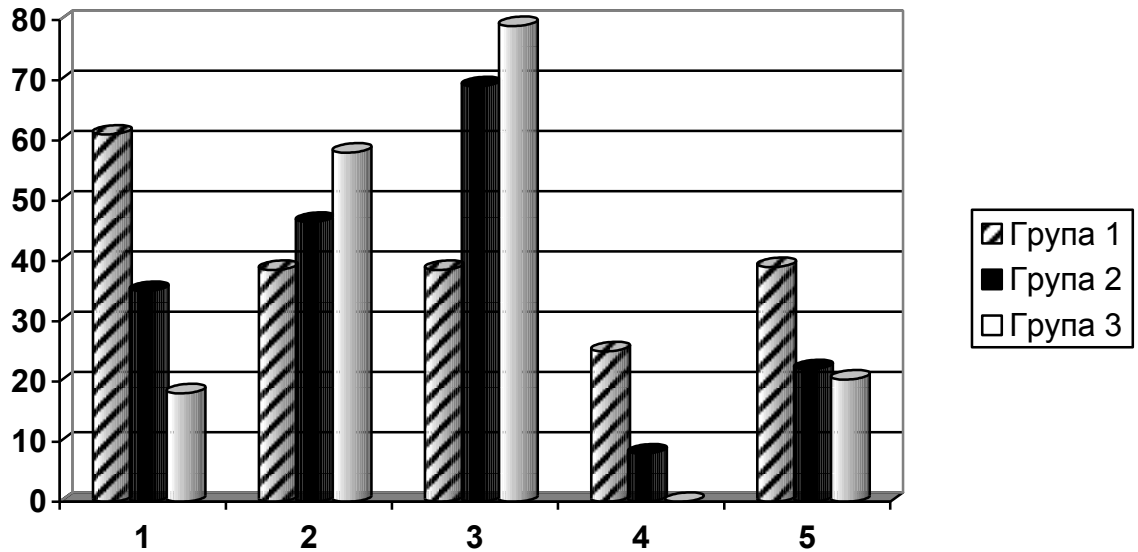
У третій групі змін у тілі після травми зазнали 57,14 % досліджуваних, не змінили ставлення до себе 79,13 % військовослужбовців, змінили на краще 20,87 % респондентів. Результати наведені на рисунку 3.5.

Розглянувши рисунок 3.5., можемо спостерігати той факт, що **на виникнення бойового стресу впливатиме не сила травми, а кількість травмованих**, оскільки ми бачимо, що у першій групі, в якій рівень бойового стресу найвищий, а показник змін тіла після поранення або травми найнижчий. З іншого боку, незважаючи на те, що у військовослужбовців третьої групи рівень зміни тіла при травмі найвищий, у них ставлення до себе залишається незмінним – вони не вважають себе скаліченими. На наш погляд, це можна пояснити тільки індивідуальними особливостями самих військовослужбовців.

Наступним фактором серед ситуаційно-середовищних чинників, який необхідно розглянути, споглядання тіл загиблих та робота з ними. Цей фактор має певні психологічні особливості, що підривають впевненість військовослужбовця у власній безпеці.

*По-перше*, споглядання на тіла загиблих призводить до того, що військовослужбовець замислюється над тим, що будь-якої миті, під час чергового обстрілу або наступу ворога це може трапитись з ними.





*Примітка:* 1 – травма або поранення; 2 – зміна тіла після травми або поранення; 3 – ставлення до себе залишилося незмінним після травми або поранення; 4 – відчуття скаліченості та непотрібності; 5 – зміна ставлення до себе та інших на краще.

**Рис. 3.5. Наслідки отримання травми або поранення у трьох досліджуваних групах**

*По-друге*, при роботі з тілами загиблих відбувається певна психологічна ідентифікація: однаковий вік, один рід військ, у якому служили загиблий та військовослужбовець, вони з одного регіону та ін.

*По-третьє*, відбувається дуже сильне «емоційне включення» при взаємодії з особистісними речами загиблого (телефон, фотокартки, іграшка дитини загиблого та ін.), що для військовослужбовця ця втрата стає особистим горем, навіть якщо він не був добре знайомий із загиблим.

*По-четверте*, у наших силових структурах відсутні певні традиції й гідне ставлення до тіл загиблих та до самого процесу поховання, що не може не впливати на свідомість військовослужбовця.

*По-п'яте*, споглядання тіл загиблих з числа цивільного населення, особливо жінок та дітей, дуже негативно впливає на психіку військовослужбовця.

Таким чином, *робота з тілами загиблих та споглядання тіл загиблих є детермінантою виникнення бойового стресу.*

Розглянувши ситуаційно-середовищні чинники соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу в учасників антитерористичної операції, які були визначені нашими експертами та підтверджені обробкою анкетних даних військовослужбовців, ми можемо зробити висновок, що *умови бою, в яких перебуває військовослужбовець, зводять до мінімуму одну з базових потреб людини – потребу у безпеці.*

Підрив цієї базової потреби є настільки сильним, що навіть при поверненні додому військовослужбовці не відчують себе у повній безпеці, про що, свідчать дані, наведені у таблиці 3.1: «Впевненість у власній безпеці» (перша група – 68,97 %, друга група – 62,65 %, третя група – 82,19 %). Як бачимо, – навіть у третій групі, в якій у військовослужбовців не спостерігається проявів бойового стресу, цей показник не дає 100 % результату.

### 3.2. Результати емпіричного вивчення соціально-політичних чинників соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції

---

---

Другу позицію за своєю значущістю у виникненні бойового стресу займають соціально-політичні чинники (див. рис. 3.6.).

Проаналізувавши чинники, які увійшли до цього блоку факторів, ми можемо побачити, що більшість з них належать до базових потреб людини згідно з класифікацією А. Маслоу [177], а саме – до фізіологічних потреб:

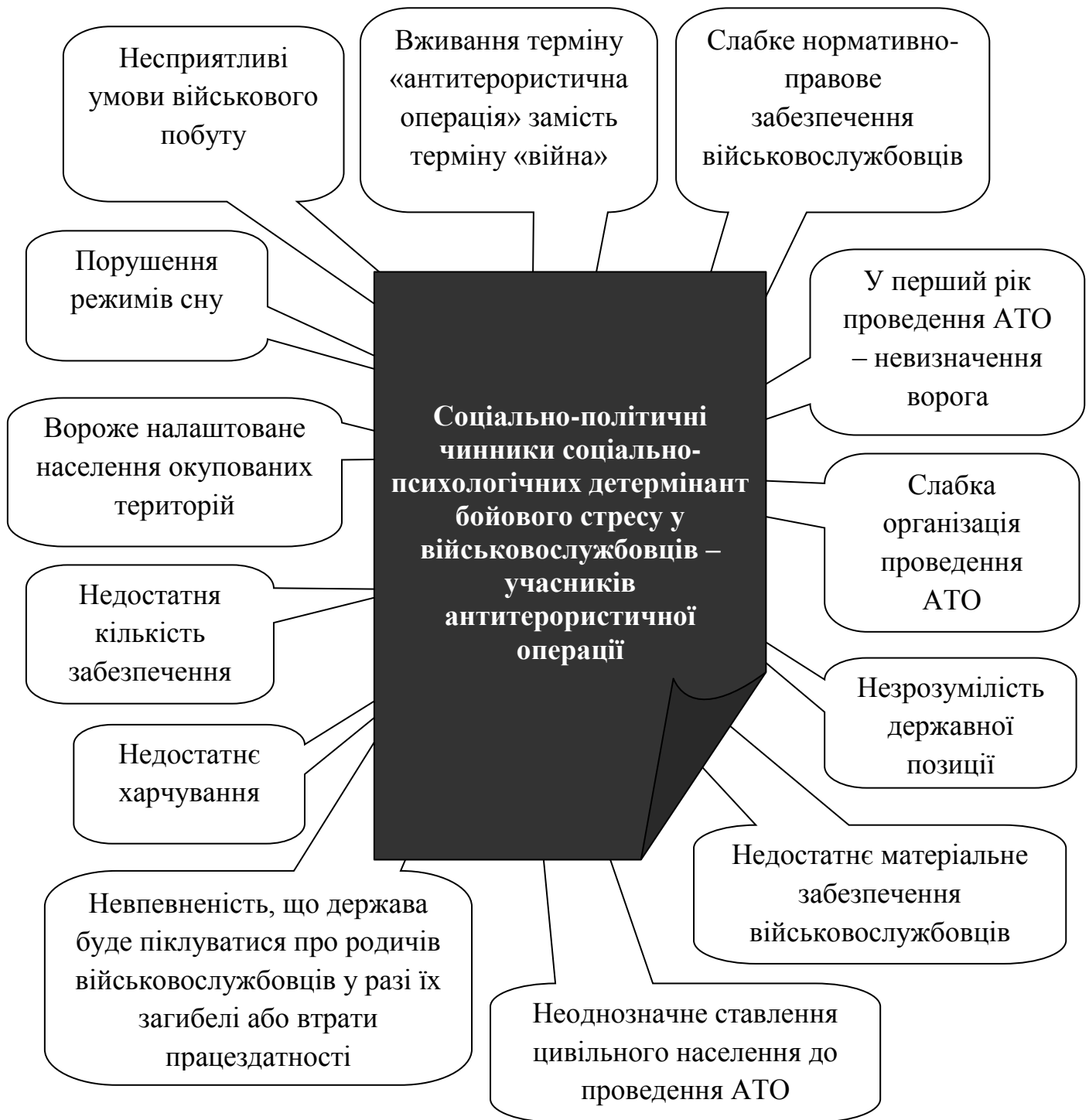
- ✓ несприятливі умови військового побуту;
- ✓ порушення режимів сну;
- ✓ недостатнє харчування;
- ✓ недостатня кількість забезпечення.

При проведенні індивідуальної психологічної роботи з учасниками дослідження, нам стало відомо, що близько 94,67 % військовослужбовців найбільшою кризовою ситуацією на війні вважають:

- ✓ нестача (а іноді й повну відсутність) їжі, води, боеприпасів;
- ✓ несправність техніки;
- ✓ відсутність укриття, а також досвіду та інструменту для його побудови.

До фізіологічних потреб можна віднести і потребу у власному здоров'ї. У зв'язку з цим нами були внесені до анкети показники фізичного та психічного здоров'я військовослужбовців, а також параметри їх м'язового напруження (див. табл. 3.2).

З отриманих результатів (див. табл. 3.2.) можна побачити, що по кожному з виділених нами параметрів існує певна залежність. Так, параметри фізичного та психічного здоров'я зворотно пропорційні рівню бойового стресу, тобто **чим більший рівень бойового стресу, тим менша впевненість військовослужбовців у власному фізичному та психічному здоров'ї.**



**Рис. 3.6. Основні соціально-політичні чинники соціально-психологічних детермінант бойового стресу у комбатантів**

Також слід зазначити, що військовослужбовці в усіх трьох групах вважають себе більш психічно здоровими, ніж фізично.

**Стан здоров'я військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

<b>Показники</b>	<b>Група 1 (у %)</b>	<b>Група 2 (у %)</b>	<b>Група 3 (у %)</b>
Фізичне здоров'я	55,17	80,72	97,26
Психічне здоров'я	75,86	83,13	97,26
М'язове напруження	34,48	21,68	0

Стосовно *параметрів м'язового напруження та наявності травми* або поранення маємо прямо пропорційну залежність, тобто *чим вищий параметр, тим вищий прояв бойового стресу*.

Зазначимо, що м'язове напруження належить до реакцій бойового стресу. Загалом м'язове напруження спостерігається в районі спини та ніг. Якщо розглядати причини виникнення м'язового напруження, то можна пояснити його виникнення в умовах бойових дій за двома напрямками:

(1) – фізичний, який визначає, що причини м'язового напруження пов'язані з носінням бронежилету;

(2) – психосоматичний, який свідчить про те, що напруження у спині пов'язане з переживанням підтримки (непідтримки) з боку інших (з підтримкою батьків та родичів; близьких, які залишилися на стороні, що підконтрольна ворогу; з загальною підтримкою української армії цивільним населенням тощо).

Хотілося б особливо звернути увагу на той факт, що при аналізі ситуаційно-середовищних та деяких соціально-політичних чинників, ми зіштовхуємося з проблемою незадоволення базових потреб військовослужбовців (маються на увазі фізіологічні потреби та потреба у безпеці). І хоча стаття 3 Закону України «Про оборону України» [178] зазначає, що «...підготовка держави до оборони включає забезпечення Збройних Сил України... підготовленими кадрами, озброєнням, військовою

та іншою технікою, продовольством, речовим майном, іншими матеріальними та фінансовими ресурсами», реалії АТО демонструють нам зовсім інше.

Ми не будемо наводити у своєму дослідженні ті оцінки, які лунали з вуст досліджуваних стосовно матеріально-технічного, продовольчого та майнового забезпечення військ у зоні АТО (особливо у перші місяці ведення бойових дій). Зрозуміти вкрай негативний тон цієї розмови можна, як можна і потрібно зробити висновки з тих недоліків, що відкрилися у всебічному забезпеченні наших військовослужбовців. Ми ж лише можемо констатувати, що *незадоволення базових потреб безумовно, є детермінантою виникнення бойового стресу.*

При цьому зазначимо, що у військовослужбовців – учасників АТО на перший план висувається потреба у безпеці, на другий – задоволення фізіологічних потреб. Тобто ми можемо припустити, що *бойовий стрес впливає та змінює систему потреб людини і, як наслідок, ціннісно-сміслову сферу ветерана АТО. Це припущення, на наш погляд, можна віднести до однієї з особливостей прояву бойового стресу у військовослужбовців.*

Розглянемо соціально-політичні чинники, які не менше впливають на виникнення бойового стресу.

Так, при проведенні психологічної роботи з військовослужбовцями – учасниками АТО та при обробці анкетних даних ми стикнулися з тим, що переважна більшість досліджуваних (86,7 %) визначають факт вживання терміну «антитерористична операція» стосовно подій, що відбуваються на сході держави, як подразник, що провокує певні негативні емоції.

З метою з'ясування, чому саме цей фактор так негативно впливає на психіку військовослужбовців, ми провели аналіз законодавчої та нормативно-правової бази стосовно правомірності використання терміну «антитерористична операція» замість вживаного у світі терміну «збройна агресія».

Нагадаємо, що у 1974 році на 29 сесії Генеральної асамблеї ООН була прийнята резолюція щодо «Визначення агресії» [179]. Так, у статті 1 цієї резолюції наведено таке визначення агресії: «Агресією є застосування військової сили державою проти суверенітету, територіальної цілісності чи політичної незалежності іншої держави або будь-яким іншим чином, несумісним зі статутом ООН» [179]. Згідно з цією резолюцією виокремлені й види дій однієї держави проти іншої, що розцінюються ООН як агресивні. До них належать:

- ✓ вторгнення або напад збройних сил держави на територію іншої держави або будь-яка військова окупація, який би тимчасовий характер вона не мала, що є наслідком такого вторгнення чи нападу, або будь-яка анексія території іншої держави або її частини із застосуванням сили;

- ✓ блокада портів чи берегів держави збройними силами іншої держави;

- ✓ заслання державою чи від імені держави озброєних банд, угруповань та регулярних сил або найманців, які здійснюють акти застосування збройної сили проти іншої держави настільки серйозного характеру, що це дорівнює перерахованим вище актам, або її масштабна участь в них [179].

Виходячи з зазначеного вище, вважаємо правомірним визначити в законі України «Про оборону України» [178] ситуацію, що склалася в Автономній республіці Крим та на Сході нашої країни, актом агресії Російської Федерації проти суверенітету та територіальної цілісності України.

Що стосується терміну «антитерористична операція», то це поняття вперше було визначено в законі України «Про боротьбу з тероризмом» [180]: «Антитерористична операція – комплекс скоординованих спеціальних заходів, спрямованих на попередження, запобігання та припинення терористичної діяльності, звільнення заручників, забезпечення безпеки населення, знешкодження терористів, мінімізацію наслідків терористичної діяльності».

У зв'язку з тим, що в законі України «Про боротьбу з тероризмом» [180] не згадуються такі ключові поняття, як «агресія», «окупація», «анексія», «територіальна цілісність», ми можемо констатувати, що антитерористична операція є **внутрішньою (!) національною проблемою держави.**

Таким чином, певні протиріччя, що існують в межах використання терміну «антитерористична операція» замість вживаного у світі терміну «збройна агресія», не можуть бути непоміченими широкими верстами населення України, а тим паче тими, хто бере безпосередню участь у бойових діях.

*З психологічної точки зору ця невизначеність формує на підсвідомому рівні у військовослужбовців відчуття обману з боку держави, невпевненості у своєму майбутньому та є, на наш погляд, однією з причин виникнення бойового стресу.* Мабуть не випадково цю причину як негативний подразник визначають майже 100 % військовослужбовців. Адже для них різниця у поняттях «антитерористична операція» та «війна» є дуже принциповою та важливою, оскільки вони на передовій точно розуміють, з ким воюють і хто є реальним ворогом.

При цьому існує безліч правових моментів, які б при правильному визначені понять могли надати нашим військовослужбовцям суттєвої підтримки. Наприклад, за міжнародним правом жодна з країн не може надати Україні збройної підтримки, оскільки за всіма правовими документами на території нашої держави війни немає. При проведенні антитерористичної операції Україна може розраховувати лише на виконання вимог пунктів, зазначених у законі України «Про боротьбу з тероризмом» [180].

Розглянемо наступний блок соціально-політичних чинників, який був виділений експертами («Нормативно-правове забезпечення військовослужбовців»; «Невпевненість, що держава буде піклуватися про родичів військовослужбовців у разі їх загибелі або втрати працездатності»; «Незрозумілість державної позиції»; «Матеріальне забезпечення



військовослужбовців»). Вищезазначені показники можна розглядати крізь потребу у власній безпеці. На наш погляд, для підтвердження того, що базова потреба у безпеці військовослужбовців у зв'язку з наявністю саме соціально-політичних чинників не задовольняється, достатньо, знов-таки, проаналізувати деякі законодавчі та нормативно-правові акти.

Так, у законі України «Про військовий обов'язок» [181] зазначено, що «...за громадянами України, які проходять військову службу за призовом по мобілізації, на особливий період, але **не більше одного року**<sup>4</sup>, зберігаються місце роботи (посада), середній заробіток на підприємстві, в установі, організації, незалежно від підпорядкування і форм власності».

На жаль, нам відомо багато випадків ігнорування цього закону (особливо на початку проведення антитерористичної операції): призваних за мобілізацією звільняли попереднім числом, оскільки роботодавцям не вигідно було тримати таких робітників (і такі випадки фіксувалися навіть після прийняття Закону України № 1275 від 20 травня 2014 року, який передбачав покарання за таке ставлення до захисників держави).

Крім того, деякі підприємці та представники кадрових органів знайшли лазівку, яким чином обійти цей закон. Адже у цьому законі зазначено, що робоче місце (посада) зберігається не більше року, а як відомо велика кількість військовослужбовців перебували у зоні антитерористичної операції довше, ніж термін, зазначений у законі (особливо військовослужбовці перших хвиль мобілізації).

Візьмемо для аналізу інші законодавчі акти України. Так, згідно зі статтею 15 закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [182] військовослужбовцям, які були призвані на військову службу за призовом у зв'язку з мобілізацією, здійснюється виплата одноразової грошової допомоги «...за період такої служби з дня їхнього зарахування на службу.... Зазначена допомога

---

<sup>4</sup> Виділено нами.

виплачується на день демобілізації...». Умови та порядок виплати такої одноразової грошової допомоги визначені Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 р. № 460 [183]. Згідно з цією Постановою військовослужбовці, які були призвані на військову службу за призовом у зв'язку з мобілізацією та звільняються зі служби після прийняття рішення про демобілізацію, мають право на одноразову грошову допомогу в розмірі 4 % місячного грошового забезпечення за кожний повний календарний місяць служби, але не менш як 25 % місячного грошового забезпечення (це не стосується військовослужбовців строкової служби). Якщо ми зробимо деякі математичні розрахунки, виходячи з того, що заробітна платня у військовослужбовців, які служать за контрактом, складає приблизно 7 000 гривень, то 4 % – це 280 гривень за кожний місяць служби! Чи можуть бути сумірними втрати, яких зазнав військовослужбовець у зоні АТО, з тією матеріальною допомогою, яку він отримає від держави після демобілізації? Дозвольте на це запитання відповіді не надавати.

Крім виплат одноразової грошової допомоги у разі звільнення військовослужбовців, призваних на військову службу за призовом у зв'язку з мобілізацією, існують й інші виплати (додаткові винагороди):

- ✓ за безпосередню участь в антитерористичній операції;
- ✓ за успішне виконання бойового завдання;
- ✓ за безпосередню участь у бойових діях;
- ✓ за знищення ворожої техніки [184].

Додаткові винагороди виплачуються також військовослужбовцям, які під час виконання завдань були захоплені у полон, зникли безвісти чи загинули (у таких випадках винагороду отримували члени сім'ї військовослужбовця).

Однак при проведенні бесіди з комбатантами та ветеранами АТО нами було встановлено, що перераховані вище винагороди виплачувалися у повному обсязі лише на перших порах проведення антитерористичної операції (наказ Міністра оборони України від 02 лютого 2015 року № 49

«Про особливості виплати винагород військовослужбовцям, особам рядового і начальницького складу в особливий період та під час проведення антитерористичних операцій»). Зі зниженням інтенсивності ведення бойових дій ці винагороди були переглянуті, а деякі й зовсім скасовані.

Вважаємо не зовсім досконалим і закон України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб» [185].

Згідно з даним законом передбачено виплати членам сімей у разі загибелі (смерті) годувальника-військовослужбовця. Однак максимальну пенсію у вигляді 70 % від заробітної плати можна отримати лише тоді, якщо у військовослужбовця є одна неповнолітня дитина або дружина без дітей. У всіх інших випадках у разі загибелі (смерті) годувальника-військовослужбовця виплати членам родини передбачені значно менше. Хоча, як ми вважаємо, справедливо було б зовсім інше, – чим більше у військовослужбовця неповнолітніх дітей, тим більша повинна бути соціальна виплата від держави.

Виклик нарікання і закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [186]. Так, згідно зі статтями 12, 13, 15 цього закону та Постанови Кабінету Міністрів України № 1303 від 17 серпня 1998 року «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» безкоштовні ліки та лікарські засоби можуть отримати учасники бойових дій, інваліди війни та родичі загиблих **в аптеках, при медичному закладі, лікар якого видав рецепт на лікування певних захворювань, що зазначені у документі**<sup>5</sup>. Безоплатний відпуск лікарських засобів провадиться лише у разі амбулаторного лікування основного захворювання, за яким хворим надано пільги.

---

<sup>5</sup> Виділено нами.

На наш погляд, нормативно-правові акти, що визначають безкоштовне придбання ліків, є далекими від реальності хоча б з тієї причини, що ліків для усіх зазначених у законодавчому акті хвороб може не бути в наявності в аптеці військового госпіталю.

Однак, попри деяку недосконалість законодавчої бази стосовно різноманітних видів забезпечення ветеранів АТО, треба чесно констатувати, що уряд країни робить усе можливе, щоб гарантувати учасникам антитерористичної операції гідне життя.

Так, згідно з результатами наших досліджень, які представлено у таблиці 3.3., найбільший показник того, що з приходом на службу покращилося матеріальне становище, мають військовослужбовці третьої групи (84,93 %), а найменший – першої групи (55,17 %).

Таблиця 3.3

**Матеріальне забезпечення військовослужбовців – учасників  
антитерористичної операції**

<b>Показники</b>	<b>Група 1 (у %)</b>	<b>Група 2 (у %)</b>	<b>Група 3 (у %)</b>
Покращення матеріального становища з приходом на службу	55,17	67,47	84,93
Житлові умови:			
– власне житло;	13,79	24,09	17,81
– винаймають житло;	48,26	63,27	56,16
– живуть з батьками;	34,48	7,23	17,81
– гуртожиток.	3,47	5,41	8,22
Можливість дозволити собі речі, необхідні для нормального існування	69,23	73,49	89,04
Достатнє матеріальне забезпечення армії	6,89	12,05	8,22

На наш погляд, це дуже важливий показник, оскільки робота повинна не тільки приносити моральне задоволення, а й матеріально забезпечувати людину. Іншими словами, робота повинна бути корисною не тільки для соціуму, а й для самого працівника, задовольняючи, в першу чергу, його

базові потреби, до яких, безумовно можна віднести наявність житла та можливість платити за нього.

Ми констатуємо, що *недостатнє матеріальне забезпечення військовослужбовців та їх родин є детермінантою виникнення бойового стресу.*

Наступний показник – «Незрозумілість державної позиції» доволі яскраво можна проілюструвати на прийнятій у 2015 році Воєнній Доктрині.

Так, у пункті 20 Указу Президента України «Про воєнну доктрину» [187] зазначено: «Головним принципом застосування сил оборони у воєнному конфлікті є **активна оборона**<sup>6</sup> з метою завдання противнику поразки та примушення його до припинення воєнних (бойових) дій...». Тобто прийняття Воєнної Доктрини в Україні узаконило ведення позиційної війни, як основної форми бойових дій у зоні проведення АТО.

З психологічної точки зору головною метою ведення позиційної війни є виснаження особового складу противника. Активні наступальні бойові дії при цьому не ведуться, однак саме при позиційній війні найбільше страждатиме психічний стан і військовослужбовців своєї армії. Адже війна ведеться, так би мовити, «з місця», часто перетворюючись на безглузду бійню.

Останні дослідження науковців науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України [188, 133-134] доводять, що маневрений спосіб ведення війни попри збільшення кількості втрат висуває менше вимог до толерантності психіки воїна, ніж позиційна війна з довготривалим напруженим очікуванням в атмосфері небезпеки.

Чим більше триватиме антитерористична операція з елементами позиційної війни, тим ми будемо спостерігати більшу кількість

---

<sup>6</sup> Виділено нами.

військовослужбовців з ознаками гострого стресового розладу та посттравматичних стресових порушень [188, с. 133–134 ].

Факторами, що збільшуватимуть емоційну напругу в умовах ведення позиційних військових дій, будуть: (а) постійна загроза нападу противника; (б) труднощі у розрізненні мирних жителів та сепаратистів; (в) імовірність несподівано потрапити на заміновану ділянку або під обстріл. Отже, у більшості військовослужбовців виявлятимуться часті сенсорні аберації та «ілюзії передових постів» [188, с. 133–134].

Страх та тривога, відчуття своєї уразливості долатимуться та компенсуватимуться захисним механізмом агресивної та дисоціальної поведінки. Почуття ворожого оточення, що дуже сильно вимотує особовий склад, нерідко призводитиме до жорстокості по відношенню до цивільного населення. Може спостерігатися й зростання рівня споживання алкоголю та інших психоактивних речовин, частішатимуть випадки порушення дисципліни [188, с. 133–134 ].

І останнє, про що треба сказати, – небезпека прояву такої поведінки ще більше зростатиме у зв'язку з розосередженням військ, які діятимуть дрібними групами.

Таким чином, «Незрозумілість державної позиції» через ведення *лише позиційної війни є одним з чинників виникнення та загострення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.*

Наступний чинник – «Невизначення ворога (особливо у перший рік проведення антитерористичної операції)». Це питання є досить болючим та психологічно важким не тільки для військовослужбовців – учасників АТО, а й для всього українського суспільства. Адже зрозуміти, що наш брат – слов'янин, з яким нас пов'язувала вікова дружба, вмить став нашим ворогом, – дуже нелегко!

Згідно з документами Генерального Штабу про проведення антитерористичної операції [189] інформація про перетин державного кордону України колонами військової техніки Збройних сил Російської

Федерації почала надходити до штабу антитерористичної операції та Генерального штабу з 25 серпня 2014 року. ***Остаточно факт вторгнення регулярних підрозділів Російської Федерації було підтверджено 26 серпня 2014 року після захоплення у полон військовослужбовців повітрянодесантних військ Збройних Сил Російської Федерації.***

Лише через півтора року після початку проведення антитерористичної операції та через рік після офіційного визнання того, що війська Російської Федерації перетнули державний кордон, Указом Президента України від 24 вересня 2015 року була затверджена воєнна доктрина, в якій Російська Федерація визначалась агресором [187]. Однак і до сьогодні як на міжнародному рівні, так і всередині нашої країни щодо цього питання ведуться дискусії, тому можна зазначити, що виділений експертами показник ***«Невизначення ворога» і до теперішнього часу є детермінантою виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.***

Розглядаючи наступний показник – «Організація проведення антитерористичної операції», ми спиралися на документ, підготовлений Генеральним Штабом Збройних Сил України спільно з Центральним науково-дослідним інститутом Збройних Сил України [189]. У цьому документі наведено детальний опис початку проведення на сході України антитерористичної операції. Проаналізувавши цей документ, ми прийшли до таких висновків:

1. Упродовж першого року проведення антитерористичної операції не був чітко визначений ворог, що не дозволило оцінити сили противника та завадило об'єднати українське суспільство проти зовнішньої загрози.

2. Низький рівень психологічної підготовки, яку протягом багатьох останніх років цілеспрямовано знищували, вважаючи її зайвою витратою часу та фактично ототожнюючи її з політичною підготовкою, що проводилася у Збройних Силах колишнього СРСР.

3. Виникнення недовіри до командування антитерористичною операцією через незрозуміння їх бойових наказів (майже всі наступальні дії, які б могли завершитися поразкою ворога з тих чи інших причин були перервані, не доведені до завершення, і, навпаки, коли підрозділи потребували відступу для оновлення сил, їх залишали на займаних позиціях, після чого вони несли дуже великі втрати серед особового складу).

4. Несвоєчасна ротація, яка призводила до панічних реакцій серед комбатантів, оскільки військовослужбовцям, які перебували у зоні активних бойових дій більше необхідного терміну, нічого конкретно не пояснювали.

5. Після прийняття Воєнної Доктрини та підписання Мінських домовленостей – ведення лише позиційної війни, яка з психологічної точки зору є більш виснажливою для психіки військовослужбовців, ніж активні наступальні дії.

6. Необхідність виконувати накази командування щодо суворого дотримання режиму припинення вогню в той час, коли ворог продовжував вести обстріли з озброєння забороненого калібру всупереч Мінським домовленостям.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, *що слабка організація проведення антитерористичної операції (особливо на початковому етапі проведення АТО) є детермінантою виникнення бойового стресу.*

Наступні показники – «Вороже налаштоване населення окупованих територій» та «Неоднозначне ставлення цивільного населення до проведення антитерористичної операції» – мають у собі одну причину – ми програємо на території Донецької та Луганської областей інформаційну складову цієї гібридної війни, яку проводить агресор стосовно нашої держави.

Більшість місцевого населення Донбасу вважає, що саме українська сторона є агресором, саме українська армія не дає громадянам Донецької та Луганської областей спокійно жити, руйнує їх домівки та вбиває людей.

Саме ворожість з боку місцевого населення руйнує у свідомості наших військовослужбовців образ захисника-визволителя. Поява сумнівів стосовно



власної позитивної ролі у врегулюванні військового конфлікту на сході країни негативно впливає на спрямованість військовослужбовця, його мотивацію, систему цінностей і взагалі на його боєздатність.

Ось чому ми вважаємо, що **негативне ставлення до української армії з боку окремих осіб з числа населення, що мешкає в зоні проведення антитерористичної операції, є детермінантою виникнення бойового стресу.** Проте, незважаючи на негативне ставлення окремих осіб з числа місцевого населення, більшість військовослужбовців вважають, що на сьогодні є можливість примирення населення України (показник «Можливості примирення населення України»: перша група – 75,86 %, друга група – 59,04 %, третя група – 73,97 %).

### 3.3. Супутні чинники соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції

---

Третю позицію за своєю значущістю у виникненні бойового стресу займають супутні чинники соціально-психологічних детермінант (див. рис. 3.7.).



**Рис. 3.7. Основні супутні чинники соціально-психологічних детермінант бойового стресу у комбатантів**

Розглянемо кожний супутній чинник соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу на основі результатів обробки анкетних даних військовослужбовців (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Супутні чинники соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

<b>Показники</b>	<b>Група 1 (у %)</b>	<b>Група 2 (у %)</b>	<b>Група 3 (у %)</b>
Середній вік	~26 років	~26 років	~26 років
Місце проживання: – місто; – селище	65,52 34,48	67,45 32,55	71,23 28,77
Рід військ: – сухопутні; – повітряні сили; – ВДВ; – інші	53,62 13,79 27,47 5,12	54,21 24,09 10,84 10,86	46,58 26,03 2,74 24,65
Наявність вищої освіти	27,59	35,53	43,84
Сімейний стан: – одружений; – неодружений; – розлучений; – цивільний шлюб	20,69 62,07 13,79 3,45	32,53 59,04 5,41 6,02	35,62 56,16 2,74 5,48
Діти: – немає; – одна дитина; – дві і більше	79,31 13,79 6,9	67,47 21,69 10,84	67,12 17,81 15,07
Виховання у повній сім'ї	75,86	73,49	84,93
Наявність братів/сестер: – немає; – один; – багатодітна родина	31,04 37,93 31,03	21,46 41,19 37,35	17,81 58,9 23,29
Матеріальний достаток сім'ї у якій виховувався військово-службовець: – забезпечена; – середній достаток; – малозабезпечена	23,08 53,84 23,08	24,09 41,19 34,72	35,62 38,36 26,02

Показники	Група 1 (у %)	Група 2 (у %)	Група 3 (у %)
Спогади про дитинство:			
– позитивні;	86,21	95,18	94,52
– негативні;	13,79	2,41	5,48
– відсутні	0	2,41	0
Образи на батьків та родичів:	31,03	30,12	43,84
Тілесні покарання:			
– справедливі;	75,86	51,81	46,58
– несправедливі;	17,24	4,82	2,74
– не було	6,9	43,37	50,68
Приниження з боку батьків та родичів:			
– допомогли стати сильнішим;	41,38	13,25	20,55
– призвели до зневіри в себе;	0	4,82	2,74
– не було	58,62	81,93	76,71
Можливість спілкуватися з родичами та друзями	51,72	65,06	86,37
Рівень задоволеності цим спілкуванням:			
– задоволені;	44,83	35,53	38,36
– хотілося б більше спілкуватися;	44,83	58,45	58,9
– незадоволені	10,34	6,02	2,74
Повага з боку інших	72,41	73,49	97,26
Бажання кар'єрного росту	100	80,72	94,59
Можливості кар'єрного росту	82,76	62,23	94,59
Я – високоінтелектуальна людина	62,07	40,96	50,69
Я – розвинена людина	79,31	75,91	87,67
Служба у ЗСУ – добровільний вибір	93,11	92,77	100
Підтримка родичів стосовно поглядів на проведення АТО	59,04	65,52	73,97
Плани на майбутнє	96,55	85,54	79,45

В анкетах, які заповнювали військовослужбовці, ми дещо розширили сутність супутніх чинників для того, щоб надати їм більш конкретного визначення.

Згідно з таблицею 3.4 середній вік досліджуваних військовослужбовців трьох виділених нами груп був однаковий і становив приблизно 26 років.

Існує думка, що жителі великих міст більше піддаються впливу стресу, ніж жителі селищ [190]. Однак згідно з отриманими результатами ми не можемо це стверджувати однозначно, оскільки, як видно з таблиці 3.4., серед наших респондентів міських жителів значно більша частина, ніж сільських.

Для того, щоб визначити вплив місця проживання на розвиток бойового стресу у військовослужбовців, нами було виокремлено серед респондентів дві групи (міські та сільські жителі) та отримали такі результати.

Так, серед міських жителів бойовий стрес та гострий стресовий розлад отримали 16,39 % наших респондентів-військовослужбовців, деякі прояви бойового стресу та гострого стресового розладу відмічено у 42,63 % досліджуваних, а 40,98 % наших респондентів не мають ознак бойового стресу та гострого стресового розладу.

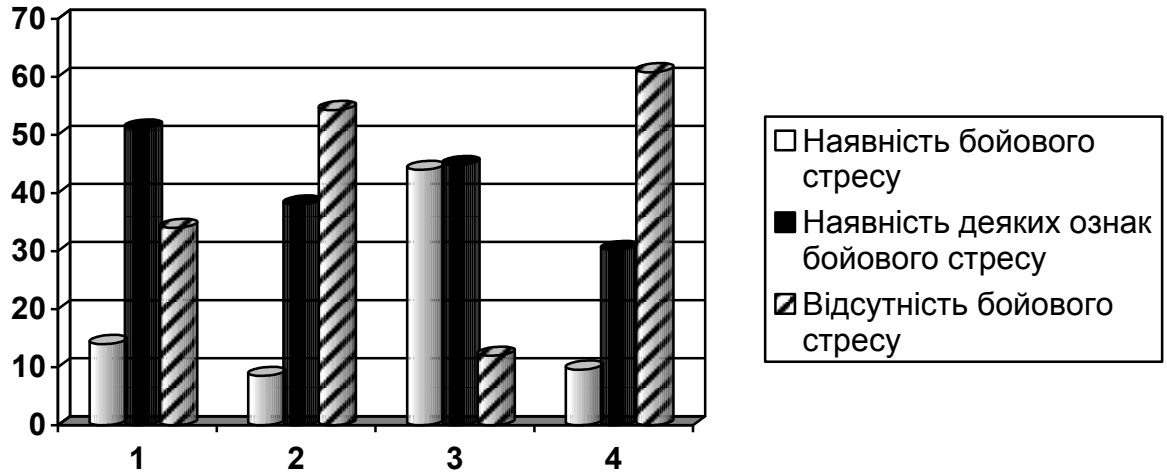
Серед військовослужбовців, які проживають у селищах, 13,04 % мають бойовий стрес та гострий стресовий розлад, 47,82 % – мають деякі прояви бойового стресу та гострого стресового розладу, 39,14 % не мають ознак бойового стресу та гострого стресового розладу.

Оскільки ми бачимо, що різниця не є досить суттєвою, то можна припустити, що **місце проживання військовослужбовця до його служби у складі Збройних Сил України не може вважатися детермінантою виникнення бойового стресу.**

У таблиці 3.4. у графі «Рід військ» наведено відсотковий показник наявності того чи іншого роду військ у кожній групі. Але ці дані нам не дають можливості висвітлити залежність виникнення бойового стресу від служби військовослужбовця у конкретному роді військ. Провівши додаткові розрахунки, ми отримали результати, подані на рисунку 3.5.

Такий високий показник прояву бойового стресу у представників аеромобільних військ пов'язаний радше з тим, що на початку проведення антитерористичної операції саме аеромобільні війська несли дуже великі

одномоментні втрати особового складу (наприклад, катастрофа літака Іл-76, в якій загинуло 40 десантників та 9 членів екіпажу).



*Примітка:* 1 – сухопутні війська; 2 – повітряні сили; 3 – аеромобільні (десантні) війська; 4 – інші.

**Рис. 3.5. Наявність бойового стресу у військовослужбовців різноманітних родів військ**

Наявність у повітряних силах найнижчого серед респондентів показника бойового стресу, на наш погляд, обумовлюється тим, що саме військовослужбовці даного роду військ найменше стикаються з ворогом віч на віч та не перебувають довгий час у зоні бойових дій (на сьогодні, в основному, повітряні сили виконують завдання з перевезення поранених та транспортування особового складу та техніки).

Таким чином, ми можемо констатувати, що **найбільше бойовий стрес отримуватимуть військовослужбовці, які знаходяться у безпосередній близькості від ворога (у нашому випадку це аеромобільні та сухопутні війська).**

Стосовно сімейного стану та наявності дітей можна спостерігати такі залежності: найбільша кількість одружених військовослужбовців та військовослужбовців, які мають дітей (не важлива їх кількість) належать до

третьої групи. Оскільки різниця між показниками невелика, то ми не можемо з впевненістю стверджувати, що відсутність дружини та дітей є детермінантою виникнення бойового стресу. Але слід зазначити, що у ході проведення психологічної роботи з військовослужбовцями – учасниками антитерористичної операції дуже багато з них говорили нам про те, що спогади про родину (батьків, дружину, дітей) не давали їм зламатися в страшних умовах бойових дій, а навпаки, надавали їм сили. **Таким чином, бажання побачити своїх рідних є найбільшим стимулом для того, щоб вижити в умовах проведення антитерористичної операції.**

Наступні супутні чинники, які ми внесли до анкети – «Сімейні відносини військовослужбовця» (тут мається на увазі сім'я, у якій виріс військовослужбовець).

Включення даного питання до нашого дослідження було не випадковим. Адже ми є прибічниками позиції, яку озвучив Ю. Щербатих у роботі «Психологія стресу та методи корекції» [191, с. 78–85], в якій визначив головні фактори, що впливають на розвиток у людини стресових розладів, а саме:

- ✓ генетичну схильність (реакція людей на ті чи інші стрес-фактори на 30–40 % визначається генами, отриманими від батьків, отже, одні люди від самого початку більш схильні до стресу, ніж інші);
- ✓ протікання вагітності у матері;
- ✓ тип вищої нервової діяльності (меланхоліки більш схильні до виникнення стресу, ніж флегматики, холерики схильні до великих емоційних спалахів та агресії, але оскільки ці реакції не довготривалі, то вони не доводять організм до стресу);
- ✓ ранній дитячий досвід (психотравмуючі переживання перших семи років життя ускладнюють протікання стресових реакцій упродовж подальшого життя);

✓ батьківські сценарії (у кожної людини є свій індивідуальний сценарій стресової поведінки, який ми отримуємо від наших батьків та використовуємо протягом життя) [191, с. 78].

Ми переконані, що попередній травматичний досвід людини (у тому числі і дитячі травми) роблять людину менш стійкою до стрес-факторів екстремальних умов (і перш за все, до надзвичайних ситуацій природного, техногенного або соціального походження).

Наступний чинник, який заслуговує на нашу увагу при дослідженні детермінант виникнення бойового стресу, – це «Спотворений тип сімейного виховання» (0,548). Проаналізувавши результати, які наведені у таблиці 3.4., можна відзначити таке. Більшість військовослужбовців у всіх трьох групах виховувались у повних сім'ях, тобто наші дослідження не дають певної інформації, яка б дозволила стверджувати, що цей фактор є детермінантою виникнення бойового стресу. Хоча Ю. Щербатих зазначає, що **чим більше родичів та знайомих у людини, тим вище його стійкість до стресу** [191, с. 80]. На наш погляд, *виховання у неповній сім'ї впливає на те, що у хлопчиків не формується повноцінного стереотипу поведінки своєї статі, виникає формування неадекватних захисних механізмів та невротичних реакцій*. Те ж саме можна сказати й про матеріальне забезпечення сім'ї та спогади про дитинство (у більшості вони позитивні).

Ми можемо спостерігати і досить суперечливу картину: у першій та другій групі приблизно однакові значення показника того, що військовослужбовці пам'ятають образи на батьків та родичів (31,03 % та 30,12 % відповідно). У третій групі цей показник має більше значення (46,58 %). Але коли йдеться про тілесні покарання та приниження, ми бачимо таке. У першій групі не було тілесних покарань лише у 6,9 % респондентів, що дуже відрізняється від показників другої та третьої групи (43,37 % та 50,68 % відповідно).

Приниження з боку батьків у першій групі не було у 58,62 % військовослужбовців. На наш погляд, не має значення, чи це були



справедливі покарання чи ні, або це допомогло стати сильнішим, або призвело до зневіри в себе – все це оцінки дорослої людини. Для дитини, у будь-якому разі, тілесні покарання та приниження з боку родини, а особливо батьків, є травматичною подією. А показники, які говорять про те, що досить невелика кількість військовослужбовців з першої групи пам'ятає образи на родичів (31,03 %), свідчать про наявність захисних механізмів. Це ще раз звертає нашу увагу на ранній травматичний досвід. Таким чином, ми можемо стверджувати, що ***дитячі травми є детермінантою виникнення бойового стресу.***

Наступний супутній чинник, що виділили експерти та який ми розглянемо, буде «Думки про сімейні проблеми та турботи» (0,505). Значущість цього чинника знайшла своє відображення і при психологічній роботі з військовослужбовцями – учасниками антитерористичної операції, майже всі вони дуже хвилювалися з приводу того, а чи зможуть вони надалі забезпечувати свої родини (особливо це стосується військовослужбовців, які були призвані до лав армії з числа цивільного населення), чи будуть у разі отримання ними травми, або їх загибелі забезпечені їх родини. Ці думки відволікають військовослужбовців від якісного виконання своїх службових задач та у деякому ступені, підвищує їх рівень тривожності. Тобто ми можемо припустити, що ***думки про сімейні проблеми та труднощі є детермінантами виникнення бойового стресу.***

Розглянемо показники, які можна віднести до вищих потреб людини за класифікацією А. Маслоу – це потреби у любові та дружбі, повазі, самореалізації [177]. Серед супутніх чинників соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу ми можемо виділити такі: «Відсутність підтримки з боку родичів» («Підтримка родичами поглядів щодо антитерористичної операції»), «Можливості спілкування з родичами та друзями», «Рівень задоволеності цим спілкуванням»), «Повага інших», «Бажання кар'єрного росту», «Можливості кар'єрного росту».

Показник «Відсутність підтримки з боку родичів», який був визначений експертами, ми дещо розширили та внесли додаткові чинники окрім «Підтримка родичів поглядів щодо антитерористичної операції» ще «Можливість спілкуватися з родичами та друзями» та «Рівень задоволеності цим спілкуванням».

Як можна побачити з таблиці 3.4., найменшу можливість у спілкуванні має перша група (51,72 %), а найбільшу – третя група (86,37 %). Проаналізувавши ці результати можна припустити, що чим більше військовослужбовець спілкується з родиною та друзями, тим менші у нього прояви бойового стресу, а у подальшому і гострого стресового розладу. На наш погляд, **недостатнє спілкування з родиною та друзями є детермінантою виникнення бойового стресу**, але може бути і наслідком **бойового стресу**, оскільки нам відомо, що саме погіршення відносин з родиною є однією з основних реакцій бойового стресу.

Слід звернути увагу на інше: незважаючи на найменший відсоток у першій групі щодо можливості спілкування з родичами та друзями, саме в цій групі ми можемо спостерігати найбільший відсоток задоволеності цим спілкуванням (44,83 %). На нашу думку, це пов'язано з тим, що у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, на початковому етапі повернення до умов нормального життя виникає неспроможність ділитися своїми переживаннями з родичами, у більшості з них виникає страх за те, що близькі почнуть вважати їх психічно хворими. Це призводить до загострення поняття ідентичності, виокремлення «своїх та чужих» (при чому до «своїх» відносять якраз не близьких та родичів, а побратимів, які були також на війні та лише які й зможуть зрозуміти весь біль тих переживань). Це дуже актуальна проблема, яка потребує окремого детального розгляду та особливої уваги сучасних екстремальних та кризових психологів.

Наступний чинник, який був розглянутий у цьому блоці, – «Підтримка родичами поглядів щодо антитерористичної операції». Результати, які ми отримали, дійсно свідчать, що така проблема існує і є досить

психотравматичною для військовослужбовців. Можна наводити безліч прикладів. Ось один з них, який досить чітко висвітлює усю глибину переживань військовослужбовців з приводу зазначеного показника. Так, при проведенні психологічної роботи з одним із учасників антитерористичної операції, військовослужбовець поділився таким: «Коли почалася війна, мої батьки вирішили не залишати домівку, що знаходиться на окупованій території. Мати мене благала, щоб я залишив Збройні Сили України та приїхав до рідної домівки, але я не погодився. Тепер вона майже кожний день телефонує і запитує: «Що синку, коли прийдеш нас вбивати?» Це просто нестерпно (плаче)». На наш погляд, цей приклад (а таких немало) служить доказом того, **що «Відсутність підтримки родичів» є детермінантою виникнення бойового стресу.**

Наступним показником є повага інших. Це, безумовно, суб'єктивна оцінка військовослужбовців щодо того, чи поважають їх інші. Але вона також базується й на власній самооцінці – «Мене поважають, отже, є за що».

У таблиці 3.4. ми бачимо досить високі показники у всіх трьох групах (перша – 72,41 %, друга – 73,49 %, третя – 97,26 %). Людину поважають за її якості та вчинки. Ми спостерігаємо такий зв'язок: **чим більший рівень бойового стресу та гострого стресового розладу, тим більше військовослужбовцю здається, що його не поважають інші.** Насамперед, як було зазначено вище, це власна оцінка своїх якостей та вчинків. Оскільки нам невідомо, чи були такі ж результати цього показника до участі у антитерористичній операції, то **ми не можемо стверджувати, що вони є детермінантою виникнення бойового стресу. На наш погляд, це більш схоже на прояв почуття провини за певні свої дії та вчинки під час бойових дій.**

У таблиці 3.4. також наведені показники «Бажання кар'єрного росту» та «Можливості кар'єрного росту». У всіх трьох групах дуже високі результати, причому у першій групі бажання кар'єрного зростання (надалі працювати у Збройних Силах України) виявили 100 % військовослужбовців,

незважаючи на те, що про добровільний вступ до Збройних Силах України зазначили 93,11 %. Так, різниця невелика, але все ж таки вона має позитивну тенденцію. Це свідчить про те, що незважаючи на страшні події, які довелося пережити військовослужбовцям, вони не вирішили покидати армію. Це, на наш погляд, і є патріотизм, той справжній, з яким не народжуються, а який виховується лише на полі бою (у другій і третій групі дещо інша картина – див. таблицю 3.4.).

Що стосується можливостей кар'єрного росту, то у третій групі цей показник повністю збігається з показником бажання кар'єрного росту (94,59 %). На наш погляд, це свідчить про те, що у військовослужбовців третьої групи не має сумнівів у тому, що в них все вийде. А ось у першій та другій групі ці сумніви спостерігаються. Багатьма військовослужбовцями зазначено, що їх можливості кар'єрного росту залежать тільки від них самих, тому можна припустити, що ці сумніви пов'язані саме з індивідуальними особливостями. Хоча були висловлені сумніви щодо того, «чи буду я потрібен своїй державі в лавах Збройних Силах України після закінчення антитерористичної операції?» Тож питання залишається поки що відкритим.

Незважаючи на незадоволення базових потреб військовослужбовців під час ведення бойових дій, ми спостерігаємо, що після повернення у них з'являються вищі потреби. На наш погляд, це свідчить про те, що бойовий стрес – не є остаточним діагнозом, який не піддається корекції, а навпаки, при своєчасній медичній, соціальній та психологічній реабілітації людину можна повернути до нормального життя, тим самим запобігти виникненню посттравматичного стресового розладу.

Показники високоінтелектуальної та розвиненої особистості є досить неоднозначними. До них можна віднести показник наявності вищої освіти, наведений у таблиці 3.4. Можна побачити, що найбільший відсоток (43,84 %) військовослужбовців з вищою освітою належать до третьої групи, причому, можна спостерігати певну залежність: **чим менший рівень освіти, тим більший прояв бойового стресу, а отже, і наявності гострого стресового**

*розладу.* Оскільки у наше визначення бойового стресу входить інтелектуальна складова, то можна припустити, **що низький рівень освіти (інтелектуальних здібностей) є детермінантою виникнення бойового стресу.**

Розглянемо ще один значний показник – «Зловживання алкоголем». Вживання алкогольних напоїв у зоні проведення антитерористичної операції є одним з найпоширеніших правопорушень, що призводить до величезних людських втрат. Відповідальність військовослужбовців за розпивання спиртних напоїв, згідно з КпАП ст. 172 (20), та виконання службових обов'язків у нетверезому стані призначається у вигляді утримання на гауптвахті протягом 5 діб та штрафом у 2 465 грн, а при повторному випадку – 4 845 грн. Але, як ми розуміємо, під час ведення бойових дій перевезення на гауптвахту правопорушника майже неможливо, тому у кращому випадку задовольняються штрафами. Також у таких випадках відповідальність лягає й на командира. Хоча у зоні проведення бойових дій не завжди існує можливість впоратися з цією проблемою, оскільки кількість правопорушників може значно збільшитись, а важелів впливу на них на жаль недостатньо. Отже цей закон не має належної сили у зоні проведення антитерористичної операції.

«Аватар» – термін, який придумали самі учасника антитерористичної операції. Цим ганебним терміном називають військовослужбовців, які зловживають спиртними напоями в зоні бойових дій, заважають виконувати професійні обов'язки іншим, паплюжать честь української армії та ставлять під загрозу життя та здоров'я своїх побратимів. Таким чином, **зловживання спиртними напоями у зоні проведення антитерористичної операції є детермінантою виникнення бойового стресу, але слід зазначити, що ця проблема може бути й наслідком участі у бойових діях, тобто військовослужбовець у такий спосіб буде намагатися позбутися болісних переживань.**

У нашому дослідженні були введені ще декілька питань, які нам дають можливість більш глибоко проаналізувати проблему виникнення бойового стресу.

Результати відповідей на питання «Що Вам допомогло пережити травмуючі події війни?» наведені у таблиці 3.5.

Проаналізувавши ці відповіді, ми можемо зробити висновок, що *першій групі більш притаманні деструктивні ресурси подолання кризової ситуації, а представникам другої та третій груп – емоційні та інтелектуально-соціальні ресурси*. Іншими словами, *залежно від наростання сили діючих стрес-факторів бойової обстановки у людини спочатку відключається інтелектуальна складова у боротьбі з травмуючою ситуацією, а потім соціальна та емоційна*.

Окремо хотілося б звернути увагу на відповіді респондентів на питання «Найкризовіша ситуація на війні». Відповіді досліджуваних розподілилися таким чином.

**Перша група:** (а) наслідки вживання алкоголю; (б) обстріл (особливо коли розумієш, що не встигаєш до укриття); (в) Іловайський котел; (г) події у Дебальцево; (д) оточення; (е) нестача їжі та води; (ж) нестача боєприпасів; (и) смерть побратимів; (к) майже потрапив в полон; (л) думки про те, що нас відправили на вірну смерть.

**Друга група:** (а) оточення (Іловайський та Дебальцевський котли); (б) несправність техніки; (в) потрапляння у засідку; (г) розгубленість під час першого обстрілу; (д) вигляд тіл загиблих; (е) непорозуміння з керівництвом; (ж) бої під Луганськом; (и) обстріл; (к) смерть товаришів; (л) повзти майже півкілометра до позиції своїх хлопців, щоб відремонтувати кулемет; (м) голод; (н) відсутність питної води; (п) відсутність укриття та інструменту для його організації; (р) байдужість командирів до свого особового складу; (с) бої під Саур-Могилою; (т) серпень-вересень 2014 року; (у) Луганська область; (ф) повний розвал нашого фронту; (х) неможливість оцінити обстановку, прийняти правильне рішення; (ц) постійна загроза життю;

## Відповіді респондентів на запитання: «Що Вам допомогло пережити травмуючі події війни?»

Відповіді представників першої досліджуваної групи	Відповіді представників другої досліджуваної групи	Відповіді представників третьої досліджуваної групи
Реабілітація (27,58 %)	Важко відповісти (45,78 %)	Важко відповісти (45,22 %)
Моя девіантна поведінка (20,67 %)	Підтримка близьких та друзів (24,09 %)	Близькі та друзі (27,39 %)
Моя кохана (17,25 %)	Я сам собі допоміг (6,02 %)	Усвідомлення того, що я тут роблю і заради чого (8,23 %)
Відпочинок вдома, спокій (10,34 %)	Реабілітація (4,82 %)	Був морально та психологічно готовим (8,23 %)
Велика зайнятість роботою (6,89 %)	Кохання (4,82 %)	Відпочинок (5,49 %)
Власна професійна підготовка (6,89 %)	Бажання зберегти своє життя та здоров'я (3,6 %)	Грошові виплати (1,36 %)
Близькі (3,46 %)	Відпочинок (3,6 %)	Кохання (1,36 %)
Помста за побратимів (3,46 %)	Підтримка командира (2,4 %)	Патріотизм (1,36 %)
Важко відповісти (3,46 %)	Впевненість у своїй зброї (2,4 %)	Спорт (1,36 %)
	Професійна підготовка (1,21 %)	
	Музика (1,21 %)	

(ш) обстріл зі установок «Смерч» та «Град» під час несення патрульної служби у відкритому полі (до укриття було приблизно 400 метрів); (ц) відсутність часу на відпочинок.

*Третя група:* (а) некомпетентність командирів (особливо на початку АТО); (б) спроби всіх заспокоїти; (в) несправна техніка; (г) перший обстріл з міномету; (д) недостатнє тилове забезпечення; (е) відсутність здорового глузду; (ж) Дебальцевський котел; (и) перебування під безперервним обстрілом протягом багатьох годин; (к) початок війни; (л) переживання за власне життя; (м) обстріл на Трьохізбенці; (н) стрільба по своїх; (п) не знаєш, куди летимо і що там чекає; (р) на руках загинув побратим; (с) танковий бій.

Підводячи підсумок, слід визнати, що при правильному підході до організації та забезпечення української армії кризових ситуацій на війні було б значно менше. Перелік основних кризових ситуацій на війні дає нам можливість ще раз впевнитися в тому, що **наявність та інтенсивність бойового стресу не залежить тільки від стрес-факторів бойових дій**, оскільки, як можна побачити вище, одні й ті самі ситуації описуються в різних групах досліджуваних. Слід звернути увагу й на те, що чим менший прояв бойового стресу та гострого стресового розладу, тим більше військовослужбовці відкриті для спілкування (у першій групі дуже сухо і коротко називали кризові ситуації у порівнянні з іншими двома групами).

На запитання: «Що вам необхідно для ефективного ведення бойових дій?» відповіді у всіх трьох групах були приблизно однакові: «Добре спорядження та свої товариші по службі, краще озброєння та техніка, краща підготовка, добре тилове забезпечення, компетентні командири, хороший настрій, бути психологічно готовими, бажання керівництва перемогти, єдина мета, добрі взаємини у колективі, хороша точна розвідка, краще забезпечення моєї сім'ї». Роблячи висновок з відповідей військовослужбовців на це запитання, хотілося б наголосити, що для ефективного ведення бойових дій



непотрібно щось особливе. Треба лише повернутися обличчям до наших захисників та хоча б спробувати зрозуміти їх психологію.

## Висновки за розділом

---

---

Всебічне вивчення особистості досліджуваних дозволило констатувати, що:

✓ якщо у військовослужбовця за півроку служби в умовах антитерористичної операції не виявлено бойового стресу або у нього спостерігаються лише окремі його прояви, то наступні півроку він буде продовжувати службу більш ефективно, максимально використовуючи отриманий професійний бойовий досвід;

✓ перебування військовослужбовців у зоні проведення бойових дій декілька ротацій тривалістю до двох місяців кожна, але загалом не більше року дозволяє максимально зберегти їх психічне здоров'я;

✓ чим більший рівень бойового стресу, тим менша впевненість військовослужбовця у власному фізичному та психічному здоров'ї;

✓ залежно від наростання сили стрес-факторів бойової обстановки у військовослужбовця спочатку відключається інтелектуальна складова у боротьбі з травмуючою ситуацією, а потім соціальна та емоційна;

✓ чим менший прояв бойового стресу та гострого стресового розладу, тим більше військовослужбовці відкриті для спілкування.

До **ситуаційно-середовищних чинників** соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу належать:

✓ недостатній професійний досвід;

✓ недостатній досвід участі у бойових конфліктах;

✓ тривалий час перебування у зоні бойових дій;

✓ перебування під обстрілом, наявність ситуацій, що загрожують життю, ведення стрільби у відповідь, вбивання ворога та безпосереднє бачення смерті інших людей;

✓ травма або поранення;

✓ робота та споглядання тіл загиблих, як військовослужбовців, так і цивільного населення.

До **соціально-політичних чинників** соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу належать:

- ✓ незадоволення базових потреб;
- ✓ вживання терміну «антитерористична операція» замість «війна»;
- ✓ слабе нормативно-правове забезпечення військовослужбовців;
- ✓ невпевненість, що держава буде піклуватися про рідних у разі втрати військовослужбовцем працездатності або його загибелі;
- ✓ незрозумілість державної позиції;
- ✓ недостатнє матеріальне забезпечення;
- ✓ ведення позиційної війни замість активних бойових дій;
- ✓ невизначення ворога.

До **супутніх чинників** соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу належать:

- ✓ дитячі психічні травми;
- ✓ думки про сімейні проблеми та труднощі;
- ✓ недостатнє спілкування з родиною та друзями;
- ✓ відсутність підтримки з боку родичів;
- ✓ низький рівень освіти (інтелектуальних здібностей);
- ✓ зловживання спиртними напоями у зоні проведення антитерористичної операції.

**РОЗДІЛ 4**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ  
ДЕТЕРМІНАНТ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ –  
УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**



Нагадаємо, що у попередніх розділах ми визначили *бойовий стрес* як *переживання, що виникає у військовослужбовців під безпосередньою чи опосередкованою дією стрес-факторів бойової обстановки та проявляється у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізіологічних та поведінкових реакцій*. Бойовий стрес є невід'ємною частиною процесу психотравматизації військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.

Нами були визначені ситуаційно-середовищні, соціально-політичні та соціально-психологічні чинники соціально-психологічних детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців, тобто ті чинники, які залежать від типу бойових дій, що проводяться, від нормативно-правового забезпечення військовослужбовців та членів їх родин, від особливостей військового забезпечення та організації антитерористичної операції, від соціальної підтримки населення своєї армії та т. ін. Але, на наш погляд, цього недостатньо для того, щоб повністю описати причини виникнення бойового стресу у комбатантів. У даному розділі ми спробували визначити індивідуально-психологічні та індивідуально-типологічні особливості військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, які найбільше впливають на виникнення та розвиток бойового стресу.

І розпочнемо ми цей розгляд з кореляційного аналізу залежності бойового стресу від особистісних показників військовослужбовців, які були отримані нами за допомогою батареї психодіагностичних методик, описаних у підрозділі 2.4. (див. табл. 4.1).

Як можна побачити з таблиці 4.1., майже всі виділені нами особистісні показники військовослужбовців мають пряму кореляцію з бойовим стресом.

**Кореляційні показники залежності рівня бойового стресу від  
особистісних характеристик військовослужбовців – учасників  
антитерористичної операції**

Показник	Рівень кореляції
Надпильність	0,336***
Перебільшене реагування	0,811***
Притуплення емоцій	0,523***
Агресивність	0,587***
Порушення когнітивних процесів	0,740***
Депресія	0,844***
Загальна тривожність	0,778***
Напади люті	0,315***
Зловживання алкогольною/наркотичною речовиною	0,518***
Непрохані спогади	0,705***
Проблеми зі сном	0,283***
Провина того, хто вижив	0,748***
Оптимізм	-0,192**
Особистий адаптаційний потенціал (стійкість до бойового стресу)	-0,636***
Поведінкова регуляція	-0,684***
Комунікативний потенціал	-0,549***
Морально-етична нормативність	-0,496***
Військово-професійна спрямованість	-0,443***
Відсутність схильності до девіантних форм поведінки	-0,584***
Відсутність суїцидального ризику	-0,497***
Гіпертимна акцентуація	-0,024
Тривожна акцентуація	0,341***
Дистимічна акцентуація	0,200**
Педантична акцентуація	0,192**
Збудлива акцентуація	0,452***
Емотивна акцентуація	0,044
Застраюча акцентуація	0,250***
Демонстративна акцентуація	0,055
Циклотимічна акцентуація	0,356***
Екзальтована акцентуація	0,193**
Іпохондрія	0,279***
Депресія	0,416***
Істерія	0,311***
Психопатія	0,137*
Паранойяльність	0,348***
Психастенія	0,211***

Закінчення табл. 4.1

Шизоїдність	0,288***
Гіпоманія	0,545***
Захисний механізм «витіснення»	0,319***
Захисний механізм «регресія»	0,505***
Захисний механізм «заміщення»	0,406***
Захисний механізм «заперечення»	0,128
Захисний механізм «проекція»	0,387***
Захисний механізм «компенсація»	0,331***
Захисний механізм «гіперкомпенсація»	0,422***
Захисний механізм «раціоналізація»	0,085
Копінг-стратегія «конфронтація»	0,258***
Копінг-стратегія «дистанціювання»	0,236***
Копінг-стратегія «самоконтроль»	0,113
Копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки»	0,103
Копінг-стратегія «прийняття відповідальності»	0,306***
Копінг-стратегія «втеча-уникнення»	0,400***
Копінг-стратегія «планування вирішення проблеми»	0,000
Копінг-стратегія «позитивна переоцінка»	0,094
Подія травми	0,559***
Дисоціативні симптоми	0,775***
Повторне переживання травми	0,826***
Симптоми «уникнення»	0,425***
Симптоми гіперактивації	0,861***
Дистрес та дезадаптація	0,772***

Примітка: \* при  $p \geq 0,1$ ; \*\* при  $p \geq 0,05$ ; \*\*\* при  $p \geq 0,01$ .

Показники оптимізму, особистісного адаптаційного потенціалу, поведінкової регуляції, комунікативного потенціалу, морально-етичної нормативності, військово-професійної спрямованості, відсутність схильності до девіантних форм поведінки та до суїцидальної поведінки мають зворотну кореляцію, тобто чим вищі ці показники, тим менший рівень бойового стресу у військовослужбовців.

Не мають взаємозв'язку з бойовим стресом показники захисних механізмів заперечення та раціоналізації, гіпертимна, емотивна та демонстративна акцентуації характеру та показники копінг-стратегій – самоконтроль, пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми та позитивна переоцінка (виділено чорним кольором у табл. 4.1).

**4.1. Визначення індивідуальних особливостей військовослужбовців – учасників АТО за допомогою багатофакторного опитувальника ММРІ («Міні-мульти»).**

Згідно з результатами, відображеними у таблиці 4.1., ми можемо констатувати, що деякі люди, у зв'язку зі своїми індивідуально-психологічними та індивідуально-типологічними особливостями, можуть бути більш схильними до впливу бойового стресу, а інші – менш схильними.

За допомогою методів математичної статистики була проведена обробка отриманих сирих даних та визначені середні показники за шкалами та *t*-критерій Стьюдента, який надав нам можливість оцінити достовірну різницю між групами. Результати дослідження наведені у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

**Визначення достовірної різниці між показниками індивідуальних особливостей військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

	Група 1	Група 2	Група 3	<i>t</i> - критерій Стьюдента		
	$\bar{X}_1 \pm \delta$	$\bar{X}_2 \pm \delta$	$\bar{X}_3 \pm \delta$	<i>t</i> <sub>1-2</sub>	<i>t</i> <sub>2-3</sub>	<i>t</i> <sub>1-3</sub>
Іпохондрія	55,03±6,21	52,17±8,18	49,29±6,74	1,962	2,412	4,115
Депресія	50,83±10,92	45,18±10,35	39,66±8,52	2,430	3,654	4,944
Істерія	52,90±10,02	49,40±10,35	41,71±12,38	1,605	4,175	4,742
Психопатія	52,38±12,59	43,53±15,16	43,45±10,17	3,084	0,038	3,403
Паранойяльність	54,55±17,50	48,95±11,16	42,88±7,85	1,613	3,967	3,458
Психастенія	51,31±17,82	43,86±9,94	42,29±11,63	2,140	0,899	2,521
Шизоїдність	57,31±13,82	48,63±11,81	46,23±11,02	3,020	1,309	3,857
Гіпоманія	54,31±12,89	47,67±11,30	37,19±6,19	2,461	7,301	6,844

*Примітка:* нормальний інтервал показників становить від 40 до 70 балів

Перш за все ми звернули увагу на той факт, що існує достовірна відмінність за всіма показниками між першою та третьою групою. Це



свідчить про те, що індивідуальні особливості військовослужбовців, у яких діагностувався високий рівень бойового стресу, відрізняються від індивідуальних особливостей військовослужбовців, в анамнезі яких не спостерігалися прояви бойового стресу.

Виходячи з тези про те, що рівень бойового стресу напряму залежить від часу перебування військовослужбовця у зоні бойових дій (див. підрозділ 2.3 монографії, рис. 2.4.), ми припустили, таке:

1. *Третя група військовослужбовців*, у яких не спостерігалися ознаки бойового стресу, у більшості своєї може співвідноситися з військовослужбовцями, які щойно прибули у зону проведення антитерористичної операції та ще не були у ситуаціях, які б загрожували їх життю та здоров'ю.

2. *Другу групу військовослужбовців* можна співвіднести з військовослужбовцями, які певний час знаходяться у зоні бойових дій, але інтенсивно не потрапляли в ситуації вітальної загрози.

3. *Першу групу військовослужбовців*, у яких ми діагностували високий рівень бойового стресу, можна ототожнити з військовослужбовцями, які дуже довго знаходяться у зоні бойових дій та багатократно піддавалися дії великої кількості стрес-факторів бойової обстановки.

Враховуючи вищезазначене, відзначимо таке.

У військовослужбовців, яким властива *іпохондрія*, її прояви спостерігатимуться з самого початку участі комбатанта у бойових діях та матимуть достовірну різницю на кожному з виділених нами часових проміжків (поведінкові прояви цього типу істотно зростатимуть та матимуть більш виражений характер упродовж усього часу перебування військовослужбовця в зоні антитерористичної операції).

Цей показник характеризуватиметься підвищеним рівнем психічного та фізичного стомлення, роздратуванням, нестерпним психічним напруженням, зростанням втоми, розкаянням та навіть слізьми. Відмітимо, що спалахи роздратування завжди є проявом слабкості військовослужбовця. Тому при

наявності проявів роздратування військовослужбовець швидко втрачатиме фізичні та психічні сили.

Показник *депресії* на початковому етапі матиме значення, яке виходитиме за нижню границю норми. Це свідчитиме про низький рівень тривоги у військовослужбовця та високий рівень спілкування. Але цей показник матиме інтенсивні зміни протягом усього часу перебування військовослужбовця в зоні бойових дій, тобто навіть найбільш життєрадісні та комунікабельні особистості досить швидко втратять ці свої якості.

Показник *істерії* не проявляється у військовослужбовців на початковому етапі, стрибок проявів істеричного характеру ми можемо побачити в середині терміну їх перебування у зоні бойових дій, а потім він залишиться незмінним.

Це можна пояснити одною з характеристик даного показника, а саме тим, що військовослужбовці такого типу намагатимуться виглядати більш значущими, кращими, ніж вони є насправді. Виходячи з того, що саме час перебування у зоні бойових дій дозволить чітко зрозуміти, хто є хто насправді, ми можемо припустити, що військовослужбовці, які проявили якусь, на їх погляд, непристойну поведінку, почнуть інтенсивно проявляти істероїдні риси свого характеру.

Поведінкові прояви у військовослужбовців, яким властивий *психопатійний тип характеру*, починаються з самого початку інтенсивно, тримаються на такому рівні аж до появи окремих проявів бойового стресу, а потім різко зростають. Це, на наш погляд, обумовлюватиме девіантну поведінку військовослужбовців.

Показник *паранойяльності* проявлятиметься не відразу, а лише поступово, починаючи з того моменту, коли військовослужбовець певний час пробуде в зоні бойових дій. Можливо з цієї причини ми часто зустрічали військовослужбовців, які, незважаючи на отримані поранення та травми, бажали повернутися у зону бойових дій з однією метою – помститися. Хоча, як показує досвід, така мотивація є згубною перш за все для самого

військовослужбовця, оскільки іноді помста реалізується ціною власного життя.

Показник *психастенії*, який характеризується підвищеним рівнем тривожності, проявляється інтенсивно залежно від часу перебування військовослужбовця в зоні антитерористичної операції.

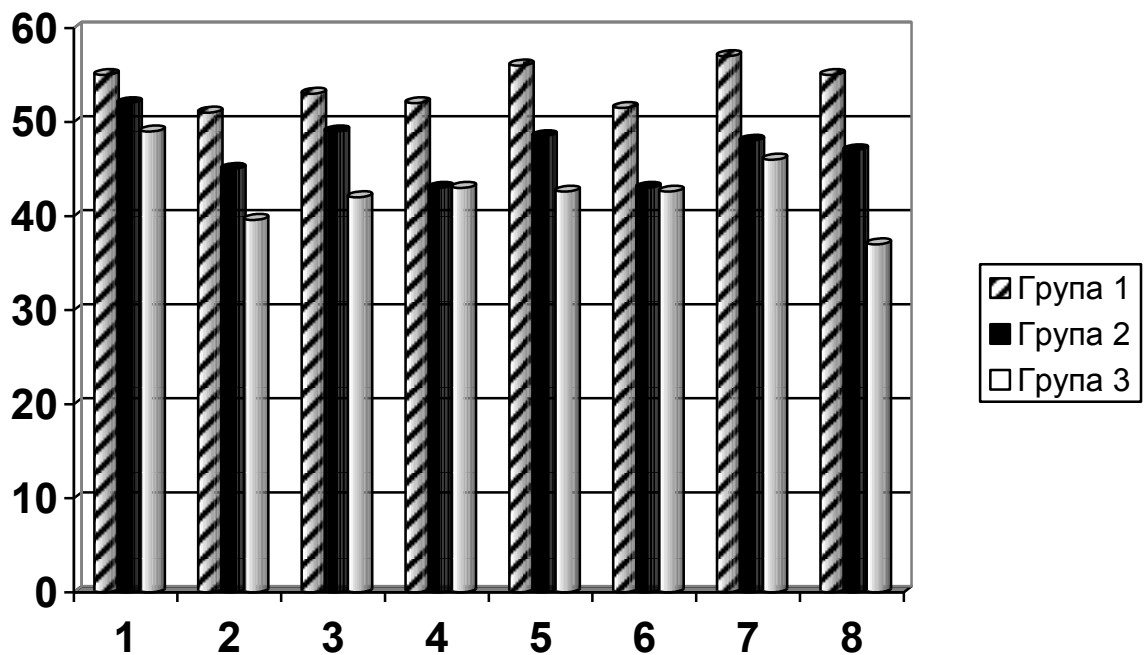
Якщо загалом говорити про тривожність військовослужбовця, то тут доцільно звернутися до американських досліджень [192], в яких зазначається, що *тільки досвідчений солдат, у якого не спостерігаються прояви бойового стресу, матиме низький рівень тривожності під час бою*. Навіть досвідчений солдат, але з високим рівнем бойового стресу, матиме приблизно такий рівень тривожності, як і молодий недосвідчений військовослужбовець. Тому можна зробити висновок, що рівень тривожності, який є основною рисою психастенічного типу, буде високий у всіх військовослужбовців, незалежно від типу їх особливостей.

У військовослужбовців з *шизоїдним типом характеру* спостерігаються сильні його прояви вже на початковому етапі знаходження в зоні антитерористичної операції. Ці прояви залишаються незмінними аж до виникнення бойового стресу. Потім відбувається різкий стрибок у підвищенні проявів шизоїдного характеру.

Показник *гіпоманії* на початковому етапі перебування військовослужбовця в зоні антитерористичної операції знаходиться на позначці менше норми, що свідчить про зниження активності та рівня міжособистісного спілкування, однак потім ми можемо спостерігати стрімке зростання цього показника.

На нашу думку, зростання показника гіпоманії можна пояснити тим, що чим довше військовослужбовці знаходяться у зоні бойових дій, тим більше вони починають цінувати своїх колег, спілкування з ними, хоча іноді це може переростати у надмірну активність, рухову збудженість, що може призводити до необміркованих та необачних дій, які заважатимуть оточуючим та ставитимуть під загрозу їх життя та здоров'я.

Проаналізувавши отримані результати (див. табл. 4.2), ми можемо побачити, що всі середні показники знаходяться у нормі (від 40 Т-балів до 70 Т-балів), окрім показників депресії (39,66) та гіпоманії (37,19) у представників третьої групи. Якщо аналізувати отримані дані з точки зору особистісних розладів, то можна зробити такий висновок, що, загалом, навіть при наявності бойового стресу високої інтенсивності, у більшості військовослужбовців не спостерігаються особистісні розлади, хоча, як ми бачимо з рисунку 4.1. спостерігається прямо пропорційна залежність між рівнем бойового стресу та проявами певних властивостей особистості. Можна припустити, що *бойовий стрес загострює властивості особистості (тобто, те, що було притаманне людині, матиме більш істотний прояв при наявності бойового стресу).*



*Примітка:* 1 – іпохондрія; 2 – депресія; 3 – істерія; 4 – психопатія; 5 – паранойяльність; 6 – психастенія; 7 – шизоїдність; 8 – гіпоманія.

#### **Рис. 4.1. Властивості особистості військовослужбовців**

У першій групі найбільший прояв таких властивостей особистості: шизоїдність (57,31), іпохондрія (55,03) та паранойяльність (54,55).

Спробуємо надати більш розгорнуту характеристику цим властивостям особистості.

Перш за все необхідно зазначити, що шизоїдні риси характеру базуються на меланхолічному або флегматичному темпераменті, але в їхньому становленні відіграє важливу роль і фактор виховання. Нерідко шизоїди ототожнюються з інтровертами.

Військовослужбовці шизоїдного типу у своїй професійній діяльності більшою мірою орієнтовані на внутрішні відчуття й переживання, ніж на зовнішні ситуативні, а особливо ті, що стосуються інших. Основною властивістю військовослужбовця шизоїдного типу є його замкнутість, нелюдимість, нетовариськість, при чому, чим старша людина, тим більше порушується його спілкування з оточуючими. Для підтримки нормальних відносин у колективі це не дуже позитивні якості.

До типових ознак таких військовослужбовців можна віднести нездатність переживати яскраві емоції та зниження рівня повсякденного емоційного реагування. Вони часто можуть проявляти емоційну холодність стосовно своїх близьких, нездатність до емпатичних відносин, ніжності, теплоти в спілкуванні. Такі військовослужбовці дуже рідко розповідають своїм близьким те, що вони пережили в умовах антитерористичної операції, тим самим провокуючи виникнення вторинної психотравматизації. Однак для військовослужбовців, які відносяться до шизоїдного типу, нетиповим є і гнів. Така особа не схильна орієнтуватися на задані норми та правила, тому іноді в них можуть спостерігатися девіантні форми поведінки.

Наступний показник – показник іпохондрії – близький до астено-невротичного типу. Іноді він називається залежним типом [193]. На жаль основною його характеристикою є ухиляння від будь-якої відповідальності, розчинення власних потреб у потребах інших та підпорядкування їм. Ці військовослужбовці бояться мати власну думку, страшаються самотійності та відчувають безпорадність на самоті. Вони пасивні, безініціативні,

задовольняються тим, що є, не докладають ніяких зусиль для того, щоб змінити на краще ситуацію.

Психологічний портрет такого військовослужбовця можна доповнити підвищеною емотивністю, сентиментальністю і жалісливістю. Загалом такі особистості не звикли протистояти труднощам та дуже негативно переносять стани фізичного та психічного напруження, що, на наш погляд, і обумовлює виникнення у них бойового стресу.

Психологічний портрет військовослужбовця паранойяльного типу відрізнятиметься від інших надмірною чутливістю до невдач і відмов з боку оточення. Це, на нашу думку, пов'язано з завищеною самооцінкою й високим рівнем вимог до соціального оточення. Як зазначає І. Малкіна-Пих [194, с. 151–153], такі люди вважають, що всі навколо зобов'язані рахуватися з їх думкою та справами й схильні бурхливо реагувати у разі невідповідності реальності їх очікуванню.

До специфічних рис належать: підозрілість, пошук прихованого, загрозливого змісту у вчинках навколишніх, схильність до містичного та ірраціонального пізнання дійсності. Такі військовослужбовці можуть бути марновірними, схильними до спотворення фактів шляхом неправильного їх тлумачення. Це, в свою чергу, може викликати непорозуміння та конфлікти з оточуючими.

Ще однією характерною рисою є підвищене почуття образ. Параноїк прямолінійний у висловах та вчинках, ревнивий і схильний до правдолюбства й пошуку справедливості навіть у дрібницях, але тільки у тих випадках, коли це йому вигідно. Таким військовослужбовцям характерні не тільки гнів та мстивість, а й почуття гнітючого страху. Тобто, єдина можливість керувати таким військовослужбовцем – постійно підтримувати у нього почуття страху за допомогою власного авторитету.

Психічний стан таких військовослужбовців можна охарактеризувати як сукупність страху та сорому. Крім того, у військовослужбовців паранойяльного типу часто проявляється почуття провини, яке не усвідомлюється та проєцирується як сором. Це теж один з методів впливу та контролю.

Ще однією характеристикою, яка, на наш погляд, найбільш сприяє виникненню бойового стресу, є невідчуття військовослужбовцем повної безпеки, тобто військовослужбовець постійно знаходиться у стані нервової напруги, що спричиняє більш швидко виснаження нервової системи. Таким чином, витрачається дуже багато енергії на виявлення загрози в оточуючих.

Такі особистості підозрілі та схильні перекладати відповідальність на інших дуже високо оцінюють прояви сили та влади, все, що слабке та неповноцінне, викликає у них презирство та відразу.

*До другої групи* входять такі властивості особистості: іпохондрія (52,17), істерія (49,4) та паранойяльність (48,95). Порівнюючи перші дві групи, ми спостерігаємо єдину відмінність – наявність у другій групі замість шизоїдних рис характеру протилежних по своїй суті – істеричних, але за критерієм Стьюдента ми бачимо, що достовірних відмінностей у показнику істерії немає. Тобто можна стверджувати, що і у першій і у другій групі істероїдний тип характеру проявляється однаково.

*Третя група* відрізняється від перших двох відсутністю паранойяльних та істеричних властивостей особистості, при цьому в ній, окрім іпохондрії (49,29) та шизоїдності (46,23), з'являється показник психопатії (43,45), який характеризується безсердечною байдужістю до почуттів інших, нездатністю до співчуття, безвідповідальністю, зневагою до соціальних норм, нездатністю до підтримки стійких відносин, дуже низькою фрустраційною толерантністю та низьким порогом появи агресивної та насильницької поведінки, відсутністю усвідомлення власної вини, схильністю звинувачувати оточуючих або виправдовувати власну негативну поведінку, постійною дратівливістю, схильність до контролю та прояв владності [194, с.151–153].

В. Райх зазначає, що з точки зору фізичних даних для цього типу характерним є атлетичний вигляд, манера поведінки зарозуміла, тобто такі особистості ведуть себе стримано та холодно або презирливо та агресивно. Такі результати співвідносяться з американськими дослідженнями, які говорять, що при постійному веденні активних бойових дій через 60 діб 98 % військовослужбовців божеволіють і лише 2 % є реальною бойовою силою

армії. І саме ці 2 % – становлять військовослужбовці з психопатичними розладами [195].

Таким чином, військовослужбовці з психопатичними рисами характеру менше піддаються впливу бойових стрес-факторів та менше схильні до виникнення бойового стресу високої інтенсивності.

Слід також зазначити, що лише у третій групі є показники, які виходять за нижні границі нормальності, – це депресія (39,66) та гіпоманія (37,19). Ми вважаємо, що низький рівень показників депресії та гіпоманії свідчить про низький рівень тривоги, відчуття своєї значущості, сили, енергії та бадьорості.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що **наявність певних рис характеру є детермінантами виникнення бойового стресу високої інтенсивності.**

Результати проведеного нами кількісного аналізу індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців наведено в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

**Кількісний аналіз індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

	<b>Група 1 (кількість людей, у %)</b>	<b>Група 2 (кількість людей, у %)</b>	<b>Група 3 (кількість людей, у %)</b>
Іпохондрія	13,79	17,25	34,35
Депресія	0	8,43	1,37
Істерія	10,35	16,87	9,59
Психопатія	10,35	11,25	13,69
Паранойяльність	31,03	16,87	10,95
Психастенія	13,79	3,62	5,48
Шизоїдність	13,79	9,64	21,92
Гіпоманія	6,9	16,07	2,73



Отримані результати (див. табл. 4.3) дають можливість зробити такі висновки. Ми бачимо, що у кожній групі досить багато військовослужбовців з іпохондричним типом (група 1 – 13,79 %, група 2 – 15,25 %, група 3 – 34,35 %). На наш погляд, ці показники характеризують не окремих військовослужбовців, а відображають сучасний стан нашого суспільства, й особливо молоді: це пасивне ставлення до всього оточуючого, погане перенесення фізичної та психічної напруги, ухиляння від будь-якої відповідальності, страх мати власну думку. На жаль, це все стосується психологічного портрету сучасної молодої людини, який залежить не тільки від рівня виховання та освіти, а й від тієї системи загальноприйнятих цінностей, які є у сучасному суспільстві. Хоча з іншого боку, якщо розглядати іпохондрію як надмірне переживання за власне здоров'я та життя, то логіка у загостренні цих особистісних проявів без сумніву є. Однак тоді спостерігається інша, досить цікава закономірність: чим більший рівень бойового стресу, тим менша кількість людей переживає з приводу власного здоров'я, тобто **бойовий стрес призводить до зниження інстинкту самозбереження, а це є передумовою виникнення психічних захворювань.**

Стосовно паранойяльного типу характеру військовослужбовців, то тут ми спостерігаємо таку картину: група 1 – 31,03 %, група 2 – 16,87 %, група 3 – 10,95 %.

Військовослужбовців з паранойяльними проявами найбільше у першій групі, що свідчить про підвищення рівня занепокоєності своїм майбутнім, тим, наскільки військовослужбовець буде потрібен своїй державі після повернення додому.

Ми спостерігаємо значну кількість військовослужбовців у першій та третій групах з ознаками шизоїдного типу (група 1 – 13,79 %, група 3 – 21,92 %). На наш погляд, цей індивідуально-психологічний тип є досить «підступний», оскільки на перших етапах ведення бойових дій саме він дає можливість військовослужбовцю абстрагуватися від зовнішнього світу (адже, головним із захисних механізмів шизоїда є занурення у власний внутрішній світ) та певний час не піддаватися психотравматизації (про що,

доречи, свідчить відсутність достовірної різниці між показниками другої та третьої груп досліджуваних).

Якщо такого військовослужбовця своєчасно не замінити (не провести ротацию), то у нього настане перевантаження негативним досвідом і дуже різко (водночас) виникне бойовий стрес (причому на цьому етапі шизоїдні характеристики особистості цьому сприятимуть, оскільки військовослужбовець не з ким не ділиться своїми переживаннями). Отже, можна зробити висновок, що шизоїдні особистості більш стійкі до бойового стресу, але тільки незначний час.

У другій групі спостерігається певна кількість військовослужбовців істероїдного типу характеру (16,87 %). Він формується, як правило, на базі холеричного або меланхолічного темпераменту, оскільки підвищена емоційність та вразливість виступають важливими характеристиками істеричних рис.

Головною особистістю таких військовослужбовців є егоцентричне прагнення перебування у центрі уваги. Ці особи не здатні до легких ступенів переживань, що може бути основною причиною виникнення проявів бойового стресу у цих військовослужбовців.

Власні промахи витісняються, не беруться до уваги. Типовим у критичній ситуації є несправедливе обвинувачення оточуючих, уникнення прийняття на себе відповідальності, а також спроба захистити себе та подати жертвою обставин.

Найбільш схильними до появи бойового стресу є, на наш погляд, особи психастенічного типу.

Основу психастенічного типу особистості становить холеричний або меланхолічний тип темпераменту, тобто темпераменти з високим рівнем нейротизму. Це ріднить цей тип з істеричним, який у свою чергу ми спостерігаємо у другій групі. Основними рисами психастеніка є сором'язливість, зніяковілість, боязкість, нерішучість. У таких військовослужбовців ускладнюються контакти з оточуючими через

неможливість впоратися з переживаннями, пов'язаними з підвищеним почуттям рефлексії й заниженої самооцінки, така людина боїться бути смішною, незграбною, поганим співрозмовником, боягузом. Боязкість призводить до того, що людина стає замкнутою.

Немаловажною характеристикою психастеніка є надуманість та обережність. Надуманість охоплює як відношення оточуючих до нього («засуджують», «не довіряють»), так і іпохондричність, тобто підвищену тривожність стосовно свого здоров'я. Психастенік проявляє обачність навіть там, де вона виявляється зайвою. Сумніви можуть терзати такого військовослужбовця тривалий час та стати причиною погіршення емоційного стану.

Головним захисним механізмом є ізоляція та знищення зробленого. Якщо звернути увагу на дитячі травми таких військовослужбовців, то тут спостерігається страх буди осудженим або наказаним, тобто можна припустити, що у дитинстві вони піддавалися приниженню та насильству з боку батьків.

Також однією з характеристик є зосередженість на деталях. Це спостерігалось при перевірці анкет, коли достатня кількість військовослужбовців на питання про час перебування в зоні антитерористичної операції чітко вказували дату відправки та дату прибуття.

В. Райх [196] зазначає, що даному типу характеру властиві прояви нав'язливих станів. Охайність та прагнення до досконалості зменшує можливості таких військовослужбовців адаптуватися до негативних умов навколишнього середовища. Будучи авторитарними, вони вимагають підпорядкування, при цьому охоче виконують доручення вищестоящих осіб – також в авторитарній манері. У них висока працездатність, але лише в умовах, що не вимагають гнучкого пристосування до мінливих умов роботи. Вони присвячують себе роботі, обходячи увагою сім'ї та друзів. Їм не властива спонтанність. Постійний страх зробити помилку, що отруює радість від роботи, робить їх в прийнятті рішень нерішучими.

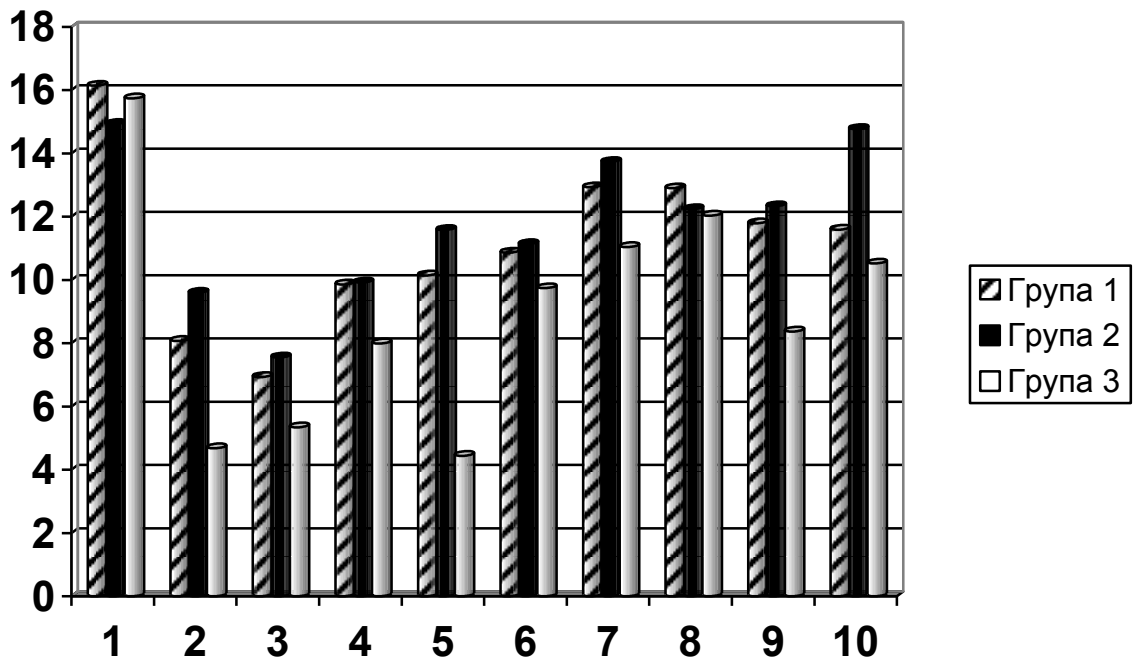
Таким чином, провівши детальний аналіз індивідуальних властивостей військовослужбовців, можна зробити такий висновок. До бойового стресу,

**на нашу думку, найменш схильні військовослужбовці психопатійного типу характеру. Найбільш схильні до появи бойового стресу військовослужбовці психастенічного та паранойяльного типу. Що стосується військовослужбовців шизоїдного типу, то вони ефективно протистоять бойовому стресу, але досить недовго.**

Низька кількість військовослужбовців, яким характерні показники депресії та частково гіпоманії, на наш погляд, обумовлена професійним відбором, але, як показує дослідження, він є не достатньо ефективний.

**4.2. Визначення акцентуації характеру військовослужбовців за допомогою опитувальника «Методика вивчення акцентуацій особистості» К. Леонгарда – С. Шмішека**

Результати дослідження наведені на рисунку 4.2. та занесені до таблиці 4.4.



*Примітка:* 1 – гіпертимна, 2 – тривожна, 3 – дистимічна, 4 – педантична, 5 – збудлива, 6 – емотивна, 7 – застрягаюча, 8 – демонстративна, 9 – циклотимічна, 10 – екзальтована.

**Рис 4.2. Акцентуації характеру військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

Опис результатів дослідження доцільно розпочати знов-таки з результатів кореляційного аналізу, який наведений у таблиці 4.1. З даних цієї таблиці можна побачити, що *кореляційний зв'язок з бойовим стресом відсутній у таких показників акцентуацій, як емотивна, демонстративна та гіпертимна.*

Як ми бачимо з таблиці 4.4. сильно виражених акцентуацій немає навіть у військовослужбовців першої групи.

**Визначення достовірної різниці між показниками акцентуацій характеру  
військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

Назва акцентуації характеру	Група 1	Група 2	Група 3	<i>t</i> -критерій Стьюдента		
	$\bar{X}_1 \pm \delta$	$\bar{X}_2 \pm \delta$	$\bar{X}_3 \pm \delta$	$t_{1-2}$	$t_{2-3}$	$t_{1-3}$
Гіпертимна	16,14± 3,35	14,93±6,42	15,74±5,65	1,288	-0,840	0,439
Тривожна	8,07 ±5,26	9,59±5,03	4,68±3,12	-1,355	7,405	3,243
Дистимічна	6,93 ±4,10	7,55±3,93	5,34±3,47	-0,713	3,732	1,842
Педантична	9,86 ±3,85	9,92±4,51	7,99±3,74	-0,062	2,922	2,237
Збудлива	10,14 ±6,08	11,58±5,45	4,44±3,61	-1,128	9,746	4,731
Емотивна	10,86 ±4,97	11,13±4,58	9,74±4,18	-0,257	1,986	1,075
Застрягаюча	12,93 ±3,58	13,73±3,09	11,04±3,25	-1,076	5,286	2,465
Демонстра- тивна	12,90 ±3,10	12,24±3,69	12,03±4,61	0,932	0,317	1,102
Циклотимічна	11,79 ±6,31	12,33±4,35	8,37±3,52	-0,421	6,278	2,756
Екзальтована	11,59± 4,72	14,77±4,30	10,52±5,27	-3,196	5,471	0,994

*Примітка:* показник вважається вираженим, якщо результат перевищує 12 балів, максимальне значення – 24.

Це свідчить про те, що при бойовому стресі навіть високої інтенсивності психіка військовослужбовця залишається ще у нормі. Загалом не спостерігається чіткої тенденції росту акцентуацій відповідно до росту і рівня гострого стресового розладу.

*Ми спостерігаємо, що майже всі акцентуації мають свій найбільший прояв у другій групі, а потім спадають.* Як показує *t*-критерій Стьюдента, цей спад є незначним, крім тривожної та екзальтованої акцентуацій.

У військовослужбовців третьої групи акцентуовані риси особистості відсутні, тобто у них відсутні ознаки розбалансованості та дисгармонії.

У другій групі найбільший прояв мають застрягаюча, циклотимічна та екзальтована типи акцентуацій. При цьому достовірних відмінностей між другою та першою групою по цих шкалах немає (окрім екзальтованої акцентуації), тож будемо вважати, що і до першої групи вони також належать.

Розглянемо більш детально кожну акцентуацію, що проявляється у військовослужбовців другої групи.

Особи *застрягаючого типу* характеризуються тим, що у них надовго затримуються афекти (короткочасні сильні емоційні переживання). Представники даного типу як би «застрягають» на певних думках і почуттях, особливо коли справа стосується почуття їх власної гідності, гордості, самолюбства. Як правило, вони застрягають на ситуаціях, що стосуються їх самих, – якась абстрактна соціальна справедливість або несправедливість, вчинена відносно інших людей, їх цікавить меншою мірою.

Такі люди проявляють схильність до конфліктів з оточуючими, довго не забувають образ, яких колись зазнали (як їм здавалося). Представникам застрягаючого типу акцентуації властиві підозрілість і мстивість. У таких людей часто виникають думки про те, що до них хтось несправедливо поставився, навіть коли це не зовсім так.

Для людей цього типу характерні наполегливість у досягненні поставлених цілей, тривала вольова напруга і, як зазначав К. Леонгард [196], твєрдолюбість; вони часто ставлять підвищені вимоги не тільки до інших, а й до себе. Поради слухають дуже рідко. Багато представників застрягаючого типу, особливо в молоді роки, честолюбні і самовпевнені, що в поєднанні із завзятістю нерідко дозволяє їм досягати високих результатів у різних сферах діяльності.

Фактично тільки паранойяльний тип характеру переростає в ознаки акцентуацій, тобто, можна стверджувати, що ***військовослужбовці з застрягаючим типом акцентуації є найбільш вразливими і схильними до особистісних розладів.***

Найбільш характерна *особливість циклотимічної акцентуації* полягає в хвилеподібній зміні поведінки – від збудження до депресії. У такого військовослужбовця як би з'єднані два типи людини – гіпертимний і дистимічний, які змінюють один одного (нагадаємо, що у попередніх дослідженнях нами ні гіпертимних, ні депресивних рис характеру у військовослужбовців не виявлено).

Ці два полюси поведінки постійно чергуються, іноді навіть без будь-яких зовнішніх причин. На відміну від інших типів акцентуації характеру (схожих на перший погляд – афективно-екзальтованих, емотивних й інших) циклотимічний тип характеризується не тільки радісними, піднятими емоціями, підвищеною балакучістю, різноманіттям і стрибками ідей. А сумні події викликають у нього смуток і пригніченість, а й сповільненість реакції, мислення, поведінки.

Зазвичай, в більш дорослому віці ці акцентуації посилюються, і часті зміни стану стомлюють людину, роблять її поведінку непередбачуваною, суперечливою, піднесений настрій змінюється дратівливістю і агресивністю.

Багато дослідників циклотимічного типу акцентуації відзначають одночасну наявність двох станів, але в різних пропорціях. Під час стану збудження часто виникає тінь смутку і, навпаки, в стані депресії з'являється «наліт гумору». Іноді такі стани дозволяють краще зрозуміти особливості характеру цих людей.

Настрій та поведінку таких військовослужбовців дуже важко зрозуміти, що негативно впливатиме на відносини не тільки з товаришами по службі, а й на родинні зв'язки. У таких військовослужбовців будуть спостерігатися труднощі при проведенні психотерапевтичних заходів, оскільки військовослужбовцю тяжко визначити пріоритети для себе, життєві цілі та т. ін.

Представникам *афективно-екзальтованого*, або просто екзальтованого *типу акцентуації* властивий надзвичайно широкий діапазон емоційних



станів, причому часто їх реакція на якийсь зовнішній подразник значно сильніше, ніж у представників інших типів.

Такі люди можуть легко прийти в справжній екстаз від радісної, але не найбільш визначної події, а навіть невелика печаль може привести їх до глибокої скорботи (теж стосується і проявів гніву). Будь-які їхні емоції виражаються яскраво, щиро. Внутрішня вразливість, радісні або сумні переживання, мають прояв у тому числі і зовні – в словах, діях, емоціях.

Однак мотивується екзальтація, зазвичай, тонкими внутрішніми мотивами. Людина такого типу, незалежно від статі, прагне розширити кількість своїх контактів і пережитих емоцій.

Оточуючих підкуповують умінням щиро радіти чужим успіхам, а також яскравим співпереживанням і співчуттям чужому горю. Але звідси йдуть і відразливі риси – зайва тривожність за інших і за себе, часто схильність до панікерства. Більшість представників екзальтованого типу схильні до перебільшення. Їм властива часта зміна настрою, деякі можуть проявляти конфліктність.

Такі військовослужбовці починають цінувати кожную хвилину свого життя: якщо це радість – вони максимально, наскільки це можливо, радіють, якщо це горе – то вони максимально горюють.

Стосовно прояву ознак акцентуації характеру можна зробити висновок, що при дії екстремальних стрес-факторів у військовослужбовців проявляються ознаки акцентуованих рис, які до цього їм були не властиві. Це підтверджує нашу думку, що перебування в зоні проведення бойових дій змушує особистість змінитися, щоб вижити самому. Якщо після повернення не пройти курс психологічної реабілітації, то ці акцентуовані риси можуть стати стійкими рисами особистості. Отже, наслідком бойового стресу є зміна певних ознак особистості.

### 4.3. Визначення регуляторних механізмів військовослужбовців – учасників антитерористичної операції

---

---

Для того щоб визначити регуляторні механізми, нами були використані такі методики: опитувальник «Індекс життєвого стилю» Келермана – Плутчика – Конте та копінг-тест Р. Лазаруса.

Результати кореляційного аналізу, які наведені в таблиці 4.1., свідчать про відсутність взаємозв'язку між бойовим стресом та такими захисними механізмами, як заперечення та раціоналізація, хоча згідно з рисунком 4.3. раціоналізація і заперечення є одними з основних захисних механізмів військовослужбовців. На жаль вони не впливають на рівень розвитку бойового стресу, що говорить про недостатній рівень психологічного захисту перед негативними стрес-факторами бойових дій.

Отримані нами результати дозволяють констатувати і той факт, що існуюча на сьогодні в армії психологічна підготовка повністю не вирішує проблему зниження психотравматизації військовослужбовців, оскільки неможливо натренувати захисні механізми (адже вони формуються з дитинства та є неусвідомлюваними процесами).

«Заперечення» – механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість заперечує фруструючі обставини, що викликають тривогу. Як правило, дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які, будучи очевидними для оточуючих, не приймаються, не визнаються самою особистістю. Іншими словами, інформація, яка турбує і може призвести до конфлікту, не сприймається. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, що суперечать основним установкам особистості, або інформація, яка загрожує самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу особистості [198]. На нашу думку, прояв цього захисного механізму є характерною особливістю військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. Адже свідомість нашого солдата не хоче сприймати той факт, що відбувається братовбивча війна.

При «раціоналізації» особистість створює логічні (псевдорозумні) обґрунтування своєї або чужої поведінки, дій чи переживань, викликаних причинами, які вона (особистість) не може визнати через загрозу втрати самоповаги. При цьому нерідко можна спостерігати очевидні спроби знизити цінність недоступного для особистості досвіду. Так, опинившись у ситуації конфлікту, людина захищає себе від його негативної дії шляхом зниження значущості для себе та інших причин, що викликали цей конфлікт або психотравматичну ситуацію.

З такими військовослужбовцями дуже важко працювати, адже вони намагаються знецінити всі спроби психолога допомогти їм (див. табл. 4.5.).

Таблиця 4.5

**Визначення достовірної різниці між показниками захисних механізмів військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

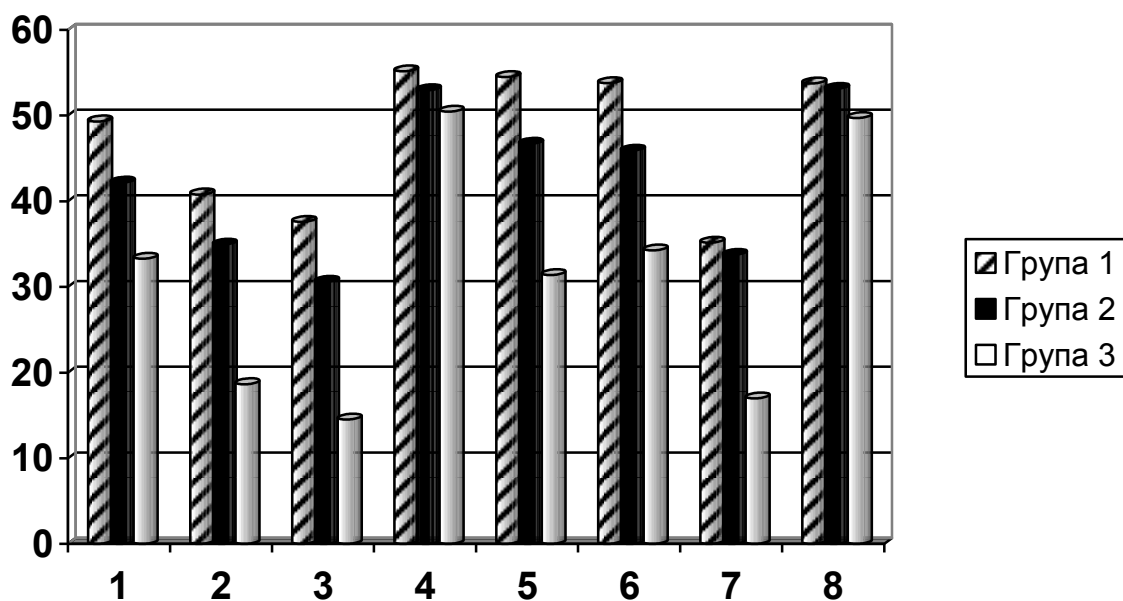
Назва захисного механізму	Група 1	Група 2	Група 3	t -критерій Стьюдента		
	$\bar{X}_1 \pm \delta$	$\bar{X}_2 \pm \delta$	$\bar{X}_3 \pm \delta$	t <sub>1-2</sub>	t <sub>2-3</sub>	t <sub>1-3</sub>
Витіснення	49,31±18,31	42,17±18,35	33,29±15,90	1,807	3,238	4,134
Регресія	40,79±23,68	34,94±18,50	18,65±10,91	1,209	6,791	4,835
Заміщення	37,59±20,64	30,60±21,43	14,52±17,72	1,553	5,128	5,292
Заперечення	55,17±12,37	52,94±15,79	50,45±19,92	0,776	0,859	1,444
Проекція	54,48±17,85	46,69±22,80	31,39±18,30	1,877	4,643	5,851
Компенсація	53,79±18,60	45,90±21,47	34,25±19,36	1,887	3,566	4,733
Гіперкомпенсація	35,17±17,65	33,73±19,92	16,99±14,97	0,365	5,977	4,893
Раціоналізація	53,74±19,99	53,11±16,76	49,70±19,24	0,151	1,174	0,930

*Примітка:* захисний механізм вважається вираженим при мінімальному значенні 50.

Результати дослідження за методикою «Індекс життєвого стилю» Келермана – Плутчика – Конте військовослужбовців – учасників антитерористичної операції виділених нами трьох груп наведені на рисунку 4.3.

У всіх трьох групах досліджуваних (окрім «заперечення» та «раціоналізація») значний прояв мають такі захисні механізми, як «проекція» та «компенсація».

З проявом «проекції» нам дуже часто приходилося стикатися, особливо при проведенні психологічної роботи з військовослужбовцями. Досить часто чуєш вислови, які підтверджують наявність даного захисного механізму: «Зі мною все гаразд, а ось йому дуже погано. Допоможіть йому».



*Примітка:* 1 – витіснення; 2 – регресія; 3 – заміщення; 4 – заперечення; 5 – проекція; 6 – компенсація; 7 – гіперкомпенсація; 8 – раціоналізація.

**Рис. 4.3. Захисні механізми військовослужбовців – учасників  
антитерористичної операції**

В основі проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям і таким чином стають ніби вторинними. Дуже важко собі сказати: «Зі мною щось відбувається, в мене є сумніви щодо мого психічного здоров'я».

«Компенсація» проявляється у спробах знайти відповідну заміну реальної чи уявної нестачі, дефекту, нестерпного почуття іншої якості,

найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, достоїнств, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Часто це відбувається при необхідності уникнути конфлікту з цією особистістю і підвищити почуття самодостатності. При цьому запозичені цінності, установки або думки приймаються без аналізу та переструктурування і тому не стають частиною самої особистості.

Це проявляється, на нашу думку, тоді, коли військовослужбовці стверджують: «Ми всі герої». Але ж насправді це далеко не так.

Для подолання власного почуття провини, сорому і спрацьовує цей психологічний механізм захисту.

З таблиці 4.5. видно, що достовірна різниця між показниками захисних механізмів спостерігається у всіх трьох групах. На нашу думку, це ще раз свідчить про те, що ***чим більшим є негативний вплив бойової обстановки на психіку військовослужбовця, тим більший прояв матимуть захисні механізми.***

Таким чином, ***чим більший вплив бойового стресу, тим більшу кількість та інтенсивність прояву захисних механізмів необхідно для того, щоб зберегти психіку військовослужбовця***, хоча ми спостерігаємо той факт, що ***наявність захисних механізмів не може зберегти військовослужбовця від виникнення бойового стресу високої інтенсивності та подальшого розвитку гострого стресового розладу.***

Стосовно копінг-стратегій ми теж спостерігаємо досить невтішну картину. ***Усі позитивні копінг-стратегії («самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «планування вирішення проблеми», «позитивна переоцінка») не мають кореляційного зв'язку з виникненням бойового стресу високої інтенсивності.*** Таким чином, постає питання щодо ефективності сучасних методів психологічної допомоги, оскільки майже всі вони побудовані за однойменними принципами.

У таблиці 4.6. наведені результати дослідження копінг-стратегій військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.

Результати дослідження за методикою копінг-тест Р. Лазаруса подано на рисунку 4.4.

З таблиці 4.6. видно, що майже всі копінг-стратегії мають свій прояв та достовірну різницю між другою й третьою групами і між першою та третьою. Майже у всіх показниках копінг-стратегій відсутня достовірна різниця між першою та другою групами.

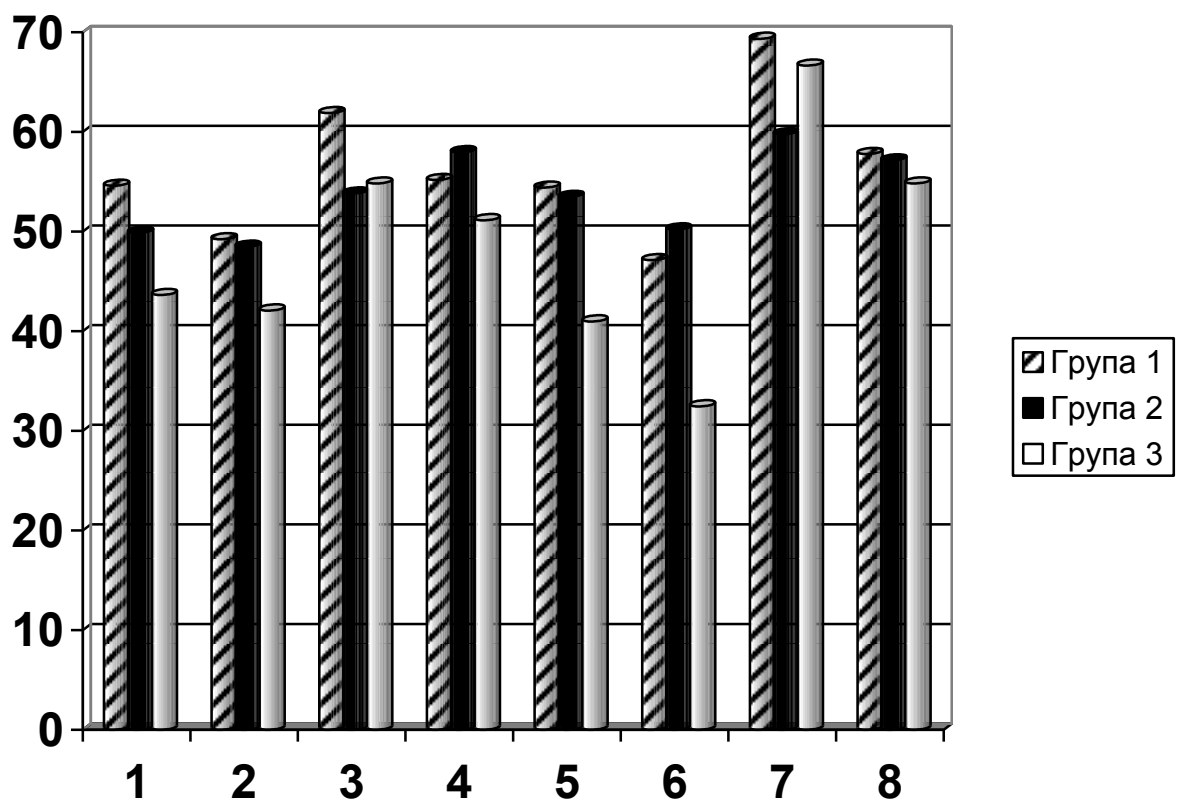
Таблиця 4.6

**Визначення достовірної різниці між показниками копінг-стратегій  
військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

Назва копінг-стратегії	Група 1	Група 2	Група 3	t-критерій Стьюдента		
	$\bar{X}_1 \pm \delta$	$\bar{X}_2 \pm \delta$	$\bar{X}_3 \pm \delta$	$t_{1-2}$	$t_{2-3}$	$t_{1-3}$
Конфронтація	54,60±9,97	49,86±17,94	43,64±11,40	1,755	2,615	4,803
Дистанціювання	49,23±15,56	48,48±16,14	42,08±15,96	0,222	2,484	2,078
Самоконтроль	61,90±15,22	53,82±15,77	54,82±18,03	2,439	-0,365	2,010
Пошук соціальної підтримки	55,17±13,36	57,96±18,14	51,14±18,54	-0,877	2,317	1,224
Прийняття відповідальності	54,41±15,56	53,48±16,56	40,98±21,04	0,270	4,085	3,536
Втеча-уникнення	47,13±15,52	50,21±16,14	32,46±14,92	-0,911	7,133	4,353
Планування вирішення проблеми	69,35±21,45	59,77±23,22	66,67±21,69	2,026	-1,917	0,568
Позитивна переоцінка	57,79±18,88	57,15±15,49	54,83±19,67	0,166	0,809	0,706

На нашу думку, *при виникненні бойового стресу копінг-стратегії остаточно формуються та надалі залишаються незмінними. Це не стосується лише конфронтаційного копінгу, який має достовірні відмінності у всіх групах.*

Загалом із конструктивних копінг-стратегій, як показано у таблиці 4.6., залишилась одна – «прийняття відповідальності», яка безумовно характеризує наших військовослужбовців з позитивної сторони. Навіть молоді лейтенанти, які потрапляють у зону антитерористичної операції, дуже швидко дорослішають (вони зовсім відрізняються від своїх однолітків, які не брали участі у бойових діях). Адже їм приходится брати на себе відповідальність за людей, якими вони керують.



*Примітка:* 1 – конфронтація; 2 – дистанціювання; 3 – самоконтроль; 4 – пошук соціальної підтримки; 5 – прийняття відповідальності; 6 – втеча-уникнення; 7 – планування вирішення проблеми; 8 – позитивна переоцінка.

**Рис. 4.4. Копінг-стратегії військовослужбовців**

Копінг-стратегії – «конфронтація», «дистанціювання», «втеча-уникнення» – у сучасній психологічній науці прийнято називати неконструктивними копінгами. Але, на наш погляд, коли йдеться про війну,

ми не можемо нехтувати навіть неконструктивними копінг-стратегіями, якщо від них буде залежати життя та здоров'я наших військовослужбовців.

Ми переконані, що неконструктивні копінг-стратегії можна і треба використовувати при наданні першої психологічної допомоги, зробивши їх більш конструктивними. Наприклад, «конфронтацію» можна розглядати не як цілеспрямовану поведінкову активність, а як їй чіткий вектор і виховувати за її допомогою ненависть до ворога.



#### 4.4. Визначення адаптаційного потенціалу військовослужбовців – учасників антитерористичної операції за допомогою методики «Адаптивність – 200»

---

---

Розробники методики «Адаптивність – 200» [172] визначають особистісний адаптаційний потенціал як суму показників рівня нервово-психічної стійкості військовослужбовця і його толерантності до несприятливих дій професійної діяльності (показник поведінкової регуляції), комунікативних можливостей військовослужбовця і вміння побудувати міжособистісні відносини у колективі (показник комунікативного потенціалу) та здатності військовослужбовця дотримувати моральні норми поведінки, вміння підкорятися груповим і корпоративним вимогам (показник морально-етичної нормативності).

З результатів кореляційного аналізу, наведеного у таблиці 4.1., можна стверджувати, що усі показники мають зворотну кореляцію, тобто **чим вищі показники адаптаційного потенціалу військовослужбовця, тим менший рівень гострого стресового розладу та відповідно й бойового стресу.**

Згідно з результатами, наведеними у таблиці 4.7, та поданими на рисунку 4.5. можна побачити таку залежність: чим більші адаптаційні можливості військовослужбовця, тим менший рівень гострого стресового розладу буде діагностуватися у нього. Тобто **недостатні адаптаційні можливості є психологічною детермінантою виникнення бойового стресу.**

Дамо характеристику кожному з показників за методикою «Адаптивність – 200» у виділених нами трьох групах досліджуваних.

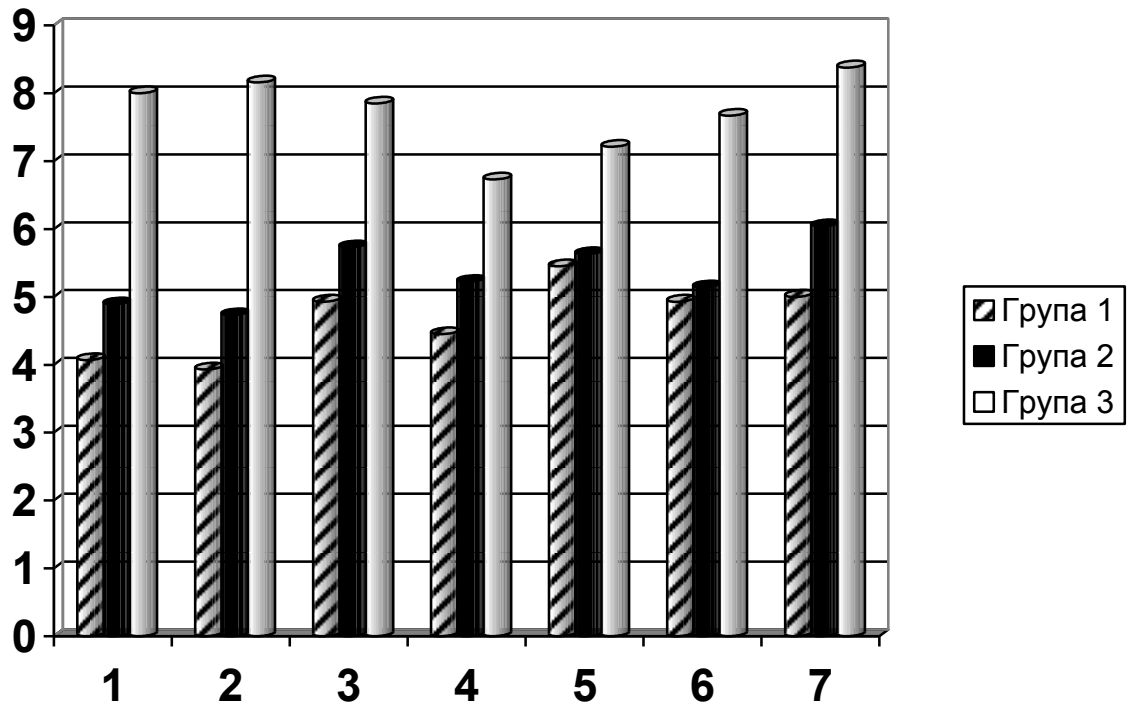
Результати, які ми отримали за методикою «Адаптивність – 200» щодо визначення *рівня особистісного адаптаційного потенціалу* військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, наведені у таблиці 4.8.

**Визначення достовірної різниці між показниками особистісного адаптаційного потенціалу  
військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

Показник	Група 1	Група 2	Група 3	t-критерій Стьюдента		
	$\bar{X}_1 \pm \delta$	$\bar{X}_2 \pm \delta$	$\bar{X}_3 \pm \delta$	$t_{1-2}$	$t_{2-3}$	$t_{1-3}$
Особистісний адаптаційний потенціал (стійкість до бойового стресу)	4,07±2,07	4,89±2,30	8,00±1,53	-1,789	-10,046	-9,276
Поведінкова регуляція	3,93±2,09	4,73±2,11	8,16±1,39	-1,782	-12,114	-10,070
Комунікативний потенціал	4,93±2,15	5,73±2,01	7,85±1,66	-1,761	-7,208	-6,567
Морально-етична нормативність	4,45±1,50	5,22±2,03	6,73±1,53	-2,153	-5,279	-6,872
Військово-професійна спрямованість	5,45±2,01	5,63±1,93	7,21±1,28	-0,415	-6,086	-4,368
Відсутність схильності до девіантних форм поведінки	4,93±1,96	5,14±2,01	7,67±1,30	-0,501	-9,413	-6,936
Відсутність суїцидального ризику	5,00±3,01	6,04±2,95	8,38±1,45	-1,603	-6,417	-5,789

*Примітка:* чим менше значення показника, тим більший негативний прояв він має.

Відповідно до рисунка 4.5. середні показники особистісного адаптаційного потенціалу у першій групі досліджуваних знаходяться на задовільному рівні (4,07), у другій групі – на достатньому (4,89), у третій групі – на високому рівні (8,0).



*Примітка:* 1 – особистісний адаптаційний потенціал; 2 – поведінкова регуляція; 3 – комунікативний потенціал; 4 – морально-етична нормативність; 5 – військово-професійна спрямованість; 6 – схильність до девіантних форм поведінки; 7 – суїцидальний ризик.

**Рис. 4.5. Адаптаційні можливості військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

З таблиці 4.8. видно, що у першій групі найбільша кількість військовослужбовців (у порівнянні між усіма групами досліджуваних) мають низький рівень особистісного адаптаційного потенціалу (24,13 %), що свідчить про недостатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості.

Високий рівень особистісного адаптаційного потенціалу, який свідчить про високий рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості та про повну відповідність військовослужбовців вимогам, що пред'являються в умовах бойової діяльності, найменшим є у першій групі (13,81 %).

Хоча при цьому у першій групі спостерігається найбільша кількість військовослужбовців з достатнім рівнем адаптаційного потенціалу, який свідчить, що більшість військовослужбовців (41,38 %) в основному відповідають вимогам, що ставить перед ними бойова діяльність

Таблиця 4.8

**Рівень особистісного адаптаційного потенціалу військовослужбовців –  
учасників антитерористичної операції**

<b>Рівень показника</b>	<b>Група 1 (у %)</b>	<b>Група 2 (у %)</b>	<b>Група 3 (у %)</b>
Низький	24,13	16,87	0
Задовільний	20,68	29,91	27,39
Достатній	41,38	38,55	32,87
Високий	13,81	14,72	39,74

У таблиці 4.9. наведені результати показника *поведінкової регуляції* у трьох групах.

Таблиця 4.9

**Рівень показника поведінкової регуляції військовослужбовців**

<b>Рівень показника</b>	<b>Група 1(%)</b>	<b>Група 2 (%)</b>	<b>Група 3 (%)</b>
Низький	24,13	16,87	0
Задовільний	31,05	32,53	2,74
Достатній	44,82	37,35	31,14
Високий	0	13,25	66,12

Згідно з рисунком 4.5. середні показники поведінкової регуляції у першій групі мають задовільний рівень (3,93 – найменший показник у групі), у другій – достатній (4,73), у третій – високий (8,02).

З таблиці 4.9. можна побачити, що показник поведінкової регуляції впливає на виникнення бойового стресу, тобто військовослужбовці з високим та достатнім рівнем нервово-психічної стійкості будуть менше піддаватися впливу стрес-факторів бойової обстановки. Таким чином, **низький рівень нервово-психічної стійкості є детермінантою виникнення бойового стресу.**

У таблицях 4.10. та 4.11. наведені дані показників *комунікативного потенціалу та морально-етичної нормативності.*

Таблиця 4.10

**Рівень показника комунікативного потенціалу військовослужбовців**

Рівень показника	Група 1(%)	Група 2 (%)	Група 3 (%)
Низький	24,13	7,23	0
Задовільний	17,24	21,69	2,74
Достатній	48,28	49,39	39,73
Високий	10,35	21,69	57,53

Таблиця 4.11

**Рівень показника морально-етичної нормативності військовослужбовців**

Рівень показника	Група 1(%)	Група 2 (%)	Група 3 (%)
Низький	0	8,43	0
Задовільний	65,52	30,12	8,21
Достатній	27,58	46,98	58,9
Високий	6,9	14,47	32,89

Згідно з рисунком 4.5. середні показники *комунікативного потенціалу* у першій і другій групах – на достатньому рівні (4,93 та 5,73 відповідно), а у третій групі – на високому рівні (7,85).

Середні показники *морально-етичної нормативності* в усіх групах – на достатньому рівні (4,45, 5,22 та 6,73 відповідно).

З таблиці 4.10. видно, що найбільшу кількість військовослужбовців з низьким рівнем комунікативного потенціалу ми спостерігаємо у першій групі, відповідно найвищий показник високого комунікативного потенціалу належить до третьої групи. Отже, до групи з відсутніми ознаками бойового стресу належить більшість військовослужбовців (57,53 %) з високими комунікативними здібностями, які швидко адаптуються у новому колективі, легко встановлюють контакти з оточуючими, у міжособистісному спілкуванні неконфліктні, завжди адекватно оцінюють свою роль та 39,73 % військовослужбовців, у яких у цілому немає проблем з адаптацією, але вони іноді можуть неправильно будувати стратегію своєї поведінки при встановленні міжособистісних контактів, у більшості випадків на критику реагують адекватно та з притаманною їм достатньою здатністю до корекції поведінки.

З таблиці 4.11. ми бачимо, що у першій групі немає військовослужбовців з низьким рівнем морально-етичної нормативності, але на жаль ми діагностуємо, що більшість з них має задовільний рівень, який характеризується тим, що такі військовослужбовці в цілому не дотримуються або не прагнуть дотримуватися загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності їх особистісні інтереси, як правило, переважають над груповими. Після участі у бойових діях для них дуже важливими стають поняття ідентичності та єдності з побратимами.

Таким чином, можна зробити висновок, що бойові умови позитивно впливають на рівень комунікативного потенціалу, тим самим збільшуючи у військовослужбовців важливість таких понять, як «єдність», «колектив», «спільна мета».

Однак такий рівень морально-етичної нормативності у першій групі може обумовлювати і невиконання наказів та проявів девіантної поведінки, але тільки на початковому етапі ведення бойових дій.

Таким чином, ми можемо узагальнити *характеристику військовослужбовця, який буде найменше підлягати впливу бойових стрес-факторів залежно від рівня його особистісного адаптаційного потенціалу: високий рівень нервово-психічної стійкості, що характеризується високим рівнем працездатності, в тому числі в бойових умовах; висока толерантність до несприятливих психічних та фізичних навантажень; достатня швидкість адаптації до військового колективу, неконфліктність; адекватна оцінка своєї ролі у колективі.*

Стосовно *військово-професійної спрямованості*, то в усіх трьох групах вона на достатньому рівні, тобто можна вважати, що більшість військовослужбовців орієнтовані на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах. Такі ж результати ми отримали при опитуванні. Отже, можна зробити висновок, що **військова спрямованість не є детермінантою виникнення бойового стресу.**

Середній показник «Схильність до девіантних форм поведінки» у першій і у другій групах має достатній рівень (4,93 та 5,14 відповідно), тобто загалом відмічається наявність окремих ознак нераціональної побудови міжперсональних взаємостосунків, іноді допускається порушення соціально ухвалених норм поведінки. У третій групі цей показник знаходиться майже на високому рівні (7,67).

Для наочності ми вважали за доцільне порівняти виділені нами групи між собою показником «Схильність до девіантних форм поведінки» (див. табл. 4.12.), причому об'єднавши низький та задовільний рівні (оскільки при цих рівнях спостерігаються прояви девіантної поведінки, що відрізняється лише ступенем свого прояву) та високий і достатній рівні.

З таблиці 4.12. ми бачимо, що у перших двох групах схильність до девіантних форм поведінки присутня майже у половини військовослужбовців.

**Рівень схильності до девіантної поведінки військовослужбовців**

<b>Рівень показника</b>	<b>Група 1(%)</b>	<b>Група 2 (%)</b>	<b>Група 3 (%)</b>
Наявність девіантної поведінки або деяких її проявів	48,27	44,58	0
Відсутність девіантної поведінки	51,73	55,42	100

Це можна пояснити тим, що *схильність до девіантної поведінки може бути як детермінантою виникнення бойового стресу, так і його наслідком.*

Тобто, якщо у військовослужбовця є схильність до прояву девіантної поведінки, то бойовий стрес високої інтенсивності в нього виникне обов'язково. Результати дослідження військовослужбовців – представників третьої групи, доводять, що у них немає схильності до таких форм поведінки. Але після повернення із зони бойових дій ми спостерігали серед наших досліджуваних напади люті та агресії (див. рисунок 4.5.), що в свою чергу з великою вірогідністю може призвести до девіантних форм поведінки.

Наступний показник є дуже важливий при психологічній роботі з військовослужбовцями – учасниками антитерористичної операції. Це *показник суїцидального ризику* (див. табл. 4.13.).

Таблиця 4.13

**Рівень суїцидального ризику у військовослужбовців**

<b>Рівень показника</b>	<b>Група 1 (у %)</b>	<b>Група 2 (у %)</b>	<b>Група 3 (у %)</b>
Відсутність ознак	48,27	67,55	98,63
Наявність деяких ознак	27,57	12,05	1,37
Наявність суїцидального ризику	24,16	20,40	0



Як показав досвід проведення антитерористичної операції, ця проблема була, є і залишається досить актуальною. Випадки суїциду дуже тяжко переживають не тільки родичі загиблого, а й усі оточуючі.

З таблиці 4.13. виходить, що до суїцидального ризику у першій групі схильні 24,16 % військовослужбовців. У 27,57 % досліджуваних першої групи виникають думки про суїцид і лише у 48,27 % військовослужбовців, у яких діагностовано наявність бойового стресу, відсутні ознаки суїцидального ризику.

Хоча є і деякі суперечливі моменти, які досить важко пояснити. Наприклад, найбільший відсоток (96,55 %) мають саме військовослужбовці першої групи стосовно планів на майбутнє і майже у всіх ці плани досить приємні, сповнені позитивними емоціями та довготривалі.

Це, на наш погляд, можна пояснити тільки індивідуальними особливостями, наприклад, проявом істероїдних рис характеру.

***Суїцидальний ризик можна визначити як наслідок бойового стресу.*** Хоча нам невідомо кількість військовослужбовців, у яких ця схильність була до участі в антитерористичній операції. Якщо виключити з цієї кількості військовослужбовців осіб, які мали таку схильність до бойових дій та, наприклад, осіб, які мають істероїдні риси характеру, то ці досить високі, на наш погляд, відсотки суїцидального ризику будуть значно меншими.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що **детермінантою виникнення бойового стресу, яку ми визначили за допомогою методики «Адаптивність–200», є низький рівень нервово-психічної стійкості.**

*До факторів, які сприяють розвитку бойового стресу та підвищенню його інтенсивності, відносяться низький рівень комунікативного потенціалу та схильність до девіантних форм поведінки.*

*До наслідків бойового стресу можемо віднести схильність до девіантних форм поведінки (дивись вище) та суїцидальний ризик.*

*Розглянемо реакції бойового стресу. Не випадково І. Ушаков відмічав, що «питання діагностики та корекції змін, які відбуваються при дії стрес-*

факторів бойової обстановки на людину, відносяться до числа найбільш актуальних у фізіології, психології та медицині сьогодення» [115].

Спираючись на визначення бойового стресу, як переживання, яке виникає у військовослужбовців під безпосередньою чи опосередкованою дією стрес-факторів бойової обстановки та проявляється у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізіологічних та поведінкових реакцій, можна стверджувати, що **реакції бойового стресу не завжди можливо діагностувати на ранніх стадіях його виникнення, а тим паче в бойових умовах.** Це пов'язано з індивідуально-психологічними особливостями військовослужбовців, їх регуляторною сферою, станом здоров'я, військово-професійною спрямованістю, соціально-побутовою ситуацією, яка склалася на момент відправлення у зону бойових дій, а також з вихованням, мотивацією та іншими причинами.

Як можна побачити з таблиці 4.14, усі показники мають пряму кореляцію з бойовим стресом.

Розглянемо відмінності між реакціями бойового стресу у військовослужбовців виділених нами трьох груп досліджуваних (див. табл. 4.14).

З таблиці 4.14 видно, що всі показники мають достовірну різницю у всіх трьох групах, отже, можна стверджувати, що чим **більший прояв бойового стресу, тим більший прояв матимуть його реакції.**

Так, у *третьій групі*, до якої входять військовослужбовці, в яких відсутні прояви бойового стресу, ми спостерігаємо незначні показники надпильності, нападів люті, агресивності та проблем зі сном. Отже, можна зробити висновок, що участь у бойових діях не проходить безслідно для військовослужбовців, незначні реакції все-таки є, але, на нашу думку, вони досить швидко минають та не впливають на професійну діяльність у зоні бойових дій.

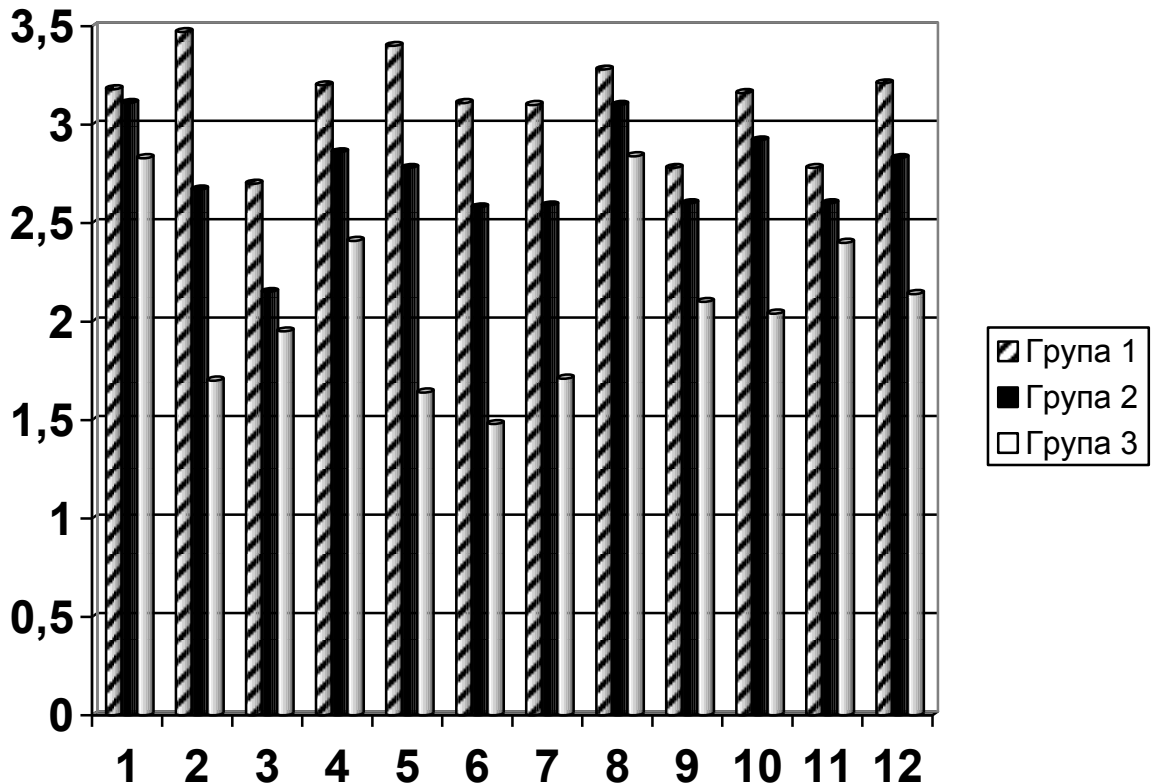
**Визначення достовірної різниці між показниками реакцій бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції трьох виділених нами груп досліджуваних**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	t- критерій Стьюдента		
	$\bar{X}_1 \pm \delta$	$\bar{X}_2 \pm \delta$	$\bar{X}_3 \pm \delta$	$t_{1-2}$	$t_{2-3}$	$t_{1-3}$
Надпильність	3,18±0,61	3,11±0,36	2,83±0,41	0,580	4,418	2,793
Перебільшене реагування	3,47±0,59	2,67±0,39	1,70±0,48	6,850	13,801	14,418
Притуплення емоцій	2,70±0,43	2,15±0,41	1,95±0,24	5,997	3,827	8,867
Агресивність	3,20±0,58	2,86±0,55	2,41±0,40	2,794	5,856	6,735
Порушення когнітивних процесів	3,40±0,76	2,78±0,58	1,64±0,76	4,026	10,379	10,552
Депресія	3,11±0,62	2,58±0,49	1,48±0,38	4,221	15,637	13,218
Загальна тривожність	3,10±0,78	2,59±0,45	1,71±0,39	3,289	13,084	9,165
Напади люті	3,28±0,45	3,10±0,53	2,84±0,34	1,822	3,685	4,811
Зловживання алкоголем та/або наркотичними речовинами	2,78±0,48	2,60±0,44	2,10±0,43	1,808	7,169	6,644
Непрохані спогади	3,16±0,38	2,92±0,42	2,04±0,45	2,832	12,613	12,773
Проблеми зі сном	2,87±0,61	2,60±0,39	2,40±0,47	2,235	2,957	3,799
Провина того, хто вижив	3,21±0,58	2,83±0,58	2,14±0,33	3,020	9,310	9,419

*Примітка:* показники мають свій прояв, починаючи зі значення 2,5.

У другій групі, якій характерні деякі прояви бойового стресу, ми спостерігаємо прояв майже всіх реакцій, окрім притуплення емоцій, хоча цей показник має теж граничне значення. Серед другої групи найбільший прояв мають показники надпильності, нападів люті та непроханих спогадів.

У першій групі, до якої належать військовослужбовці з бойовим стресом, найбільший прояв мають показники перебільшеного реагування, порушення когнітивних процесів та напади люті. Отримані результати наведено на рисунку 4.6.



*Примітка:* 1 – надпильність; 2 – перебільшене реагування; 3 – притуплення емоцій; 4 – агресивність; 5 – порушення когнітивних процесів; 6 – депресія; 7 – загальна тривожність; 8 – напади люті; 9 – зловживання алкогольними та/або наркотичними речовинами; 10 – непрохані спогади; 11 – проблеми зі сном; 12 – провина того, хто вижив.

**Рис.4.6. Показники реакцій бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції трьох виділених нами груп**

Таким чином, спираючись на результати, наведені у таблиці 4.14, можна констатувати, що:

- **показник надпильності** виникатиме у військовослужбовців ще на початковому етапі підготовки до участі в бойових діях, під час перебування у зоні бойових дій збільшуватиметься та у подальшому залишиться незмінним;
- **показник перебільшеного реагування** виникатиме та інтенсивно зростатиме, коли військовослужбовець певний час пробуде в зоні проведення антитерористичної операції;

- **показник притупленості емоцій** почне повільно виникати у зоні бойових дій, але свій інтенсивний прояв матиме лише при наявності у військовослужбовця бойового стресу;

- **показник агресивності** інтенсивно виникатиме на початковому етапі підготовки до участі в бойових діях та повільно зростатиме у подальшому.

- **порушення когнітивних процесів** на початковому етапі підготовки до участі в бойових діях не спостерігатиметься, деякі прояви виникатимуть у зоні бойових дій, але свій найбільший прояв цей показник матиме вже при наявності у військовослужбовця бойового стресу високої інтенсивності.

- **депресивні стани** будуть фактично відсутніми на початковому етапі підготовки до участі в бойових діях, з'являтимуться безпосередньо під час знаходження військовослужбовця в зоні бойових дій та у подальшому матимуть повільне зростання;

- аналогічну картину, як і з депресивними станами, ми можемо спостерігати з **показником загальної тривожності**;

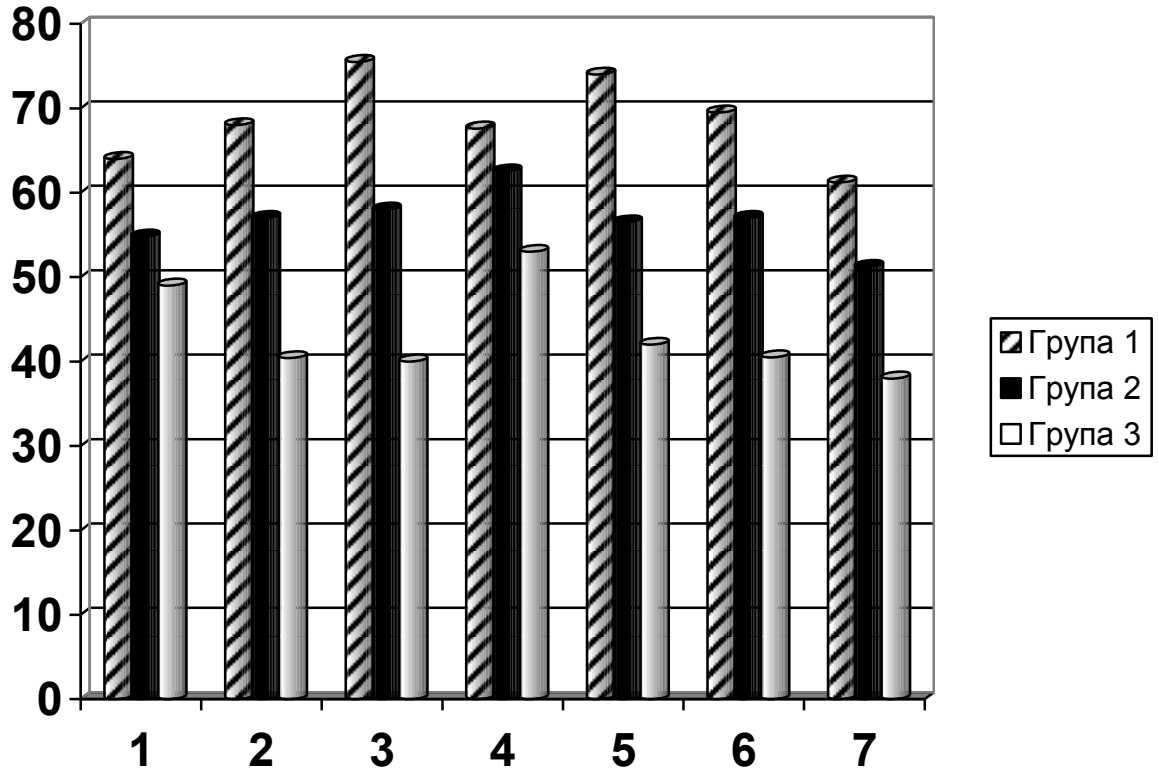
- **напади люті** матимуть свій інтенсивний прояв на початковому підготовчому етапі, посилюватимуться у зоні бойових дій та у подальшому залишаться незмінними.

- **зловживання алкоголем** не має явних проявів на початковому етапі, з'являється у зоні бойових дій та має досить високий рівень при бойовому стресі. Але слід зазначити, що на етапі проведення мобілізаційної підготовки, деякі військовослужбовці проявляють схильність до зловживання алкоголем. На нашу думку, це не пов'язано з підготовкою та відправленням до зони бойових дій, а є залежністю, яка виникла набагато раніше;

- показники **«непрохані спогади»** та **«провина того, хто вижив»** матимуть свій особливий прояв у зоні бойових дій та у подальшому будуть лише повільно зростати;

- **проблеми зі сном** виникатимуть вже на підготовчому етапі та матимуть тенденцію до зростання.

На рисунку 4.7. нами представлено три групи досліджуваних за діагностичними критеріями бойового стресу.



*Примітка:* 1 – подія травми; 2 – дисоціативні симптоми; 3 – повторне переживання травми; 4 – симптоми «уникнення»; 5 – симптоми гіперактивації; 6 – дистрес та дезадаптація; 7 – депресія.

**Рис. 4.7.** Діагностичні критерії бойового стресу

З рисунка 4.7. можна побачити, що серед досліджуваних *першої групи* найбільшими критеріями, які вплинули на прояв бойового стресу, були: повторне переживання травми (75,54), симптоми гіперактивації (74,08), дистрес та дезадаптація (69,69).

Наявність «*повторного переживання травми*», на наш погляд, можна охарактеризувати не тільки неприємними спогадами, повторюваними сновидіннями та реакціями на «ключові» стимули [171], а й тим, що більшість військовослужбовців з 1-ї групи перебували у зоні бойових дій

декілька ротацій, при цьому у проміжках між цими ротаціями їм не була надана професійна психологічна допомога, яка б сприяла відновлюванню їх власних психологічних ресурсів.

«*Симптоми гіперактивації*», на наш погляд, обумовлені ненаданням першої психологічної допомоги (безпосередньо у зоні проведення бойових дій) та недостатньою психологічною підготовкою особового складу Збройних Сил (особливо на перших етапах проведення антитерористичної операції).

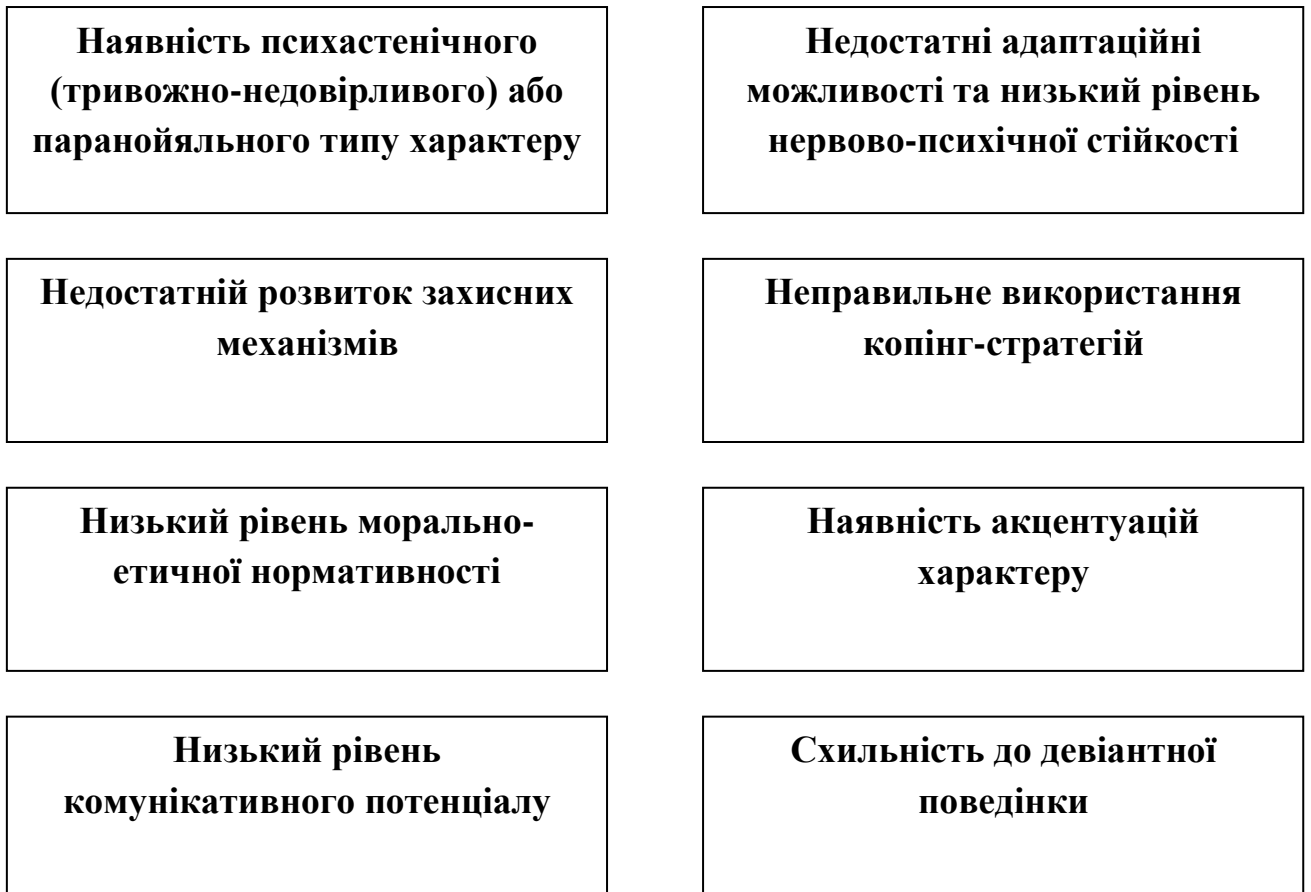
«*Дистрес та дезадаптація*» визначають порушення здатності індивіда до отримання необхідної допомоги, неспроможність особисто повідомити членів сім'ї про пережиті події. Це можна пояснити тим, що в учасників бойових дій підвищується значення поняття «ідентичність», «свій–чужий». Вони вважають, що їх зрозуміти може лише людина, яка сама побувала в умовах проведення антитерористичної операції.

У другій та третій групах максимальний прояв має критерій «*симптоми уникнення*». Наявність цього критерію має, на наш погляд, двояке значення. З одного боку, це може бути уникнення переживання горя, а з іншого – уникнення переживання сорому та відрази за деякі власні вчинки.

## Висновки за розділом

---

Проведений аналіз індивідуальних властивостей військовослужбовців – учасників антитерористичної операції дозволив виділити основні психологічні чинники соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу (див. рис. 4.8.) та зробити низку принципових висновків:



**Рис. 4.8. Психологічні чинники соціально-психологічних детермінант, що впливають на виникнення та розвиток бойового стресу серед військовослужбовців – учасників антитерористичної операції**

- рівень розвитку бойового стресу залежить від певних індивідуально-психологічних та індивідуально-типологічних особливостей військовослужбовця;



- більш стійкими до виникнення бойового стресу виявляються військовослужбовці з психопатійним та частково шизоїдним типами характеру;

- бойовий стрес є передумовою виникнення психічних розладів (але при наявності бойового стресу у військовослужбовця психічні розлади можуть і не спостерігатися);

- бойовий стрес загострює (у межах норми) властивості особистості, але тільки паранойяльний тип характеру набуває ознаки акцентуації;

- демонстративна, емотивна та гіпертимна акцентуації не корелюють з показником бойового стресу;

- вплив бойового стресу на психіку військовослужбовця викликає зміну рис його характеру;

- при виникненні бойового стресу може спостерігатися прояв циклотимічної та екзальтованої акцентуації, що свідчитиме про розбалансованість нервової системи військовослужбовця;

- максимальний прояв в умовах бойових дій матимуть захисні механізми «заперечення» та «раціоналізація», але оскільки вони не корелюють з показником бойового стресу, то їх використання не зможе врятувати військовослужбовця від психотравматизації. Більш продуктивними виявляються захисні механізми «проекція» та «компенсація», хоча, як показують дослідження, психіка військовослужбовця і при їх використанні все рівно не може стовідсотково протистояти виникненню бойового стресу;

- копінг-стратегії, такі, як «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «планування вирішення проблеми» та «позитивна переоцінка» не є ефективними, оскільки не корелюють з показником бойового стресу;

- неконструктивні копінг-стратегії можуть бути ефективно використані при першій психологічній допомозі військовослужбовцям;

- бойові умови позитивно впливають на розвиток комунікативного потенціалу військовослужбовця, тобто збільшують значення таких понять, як «єдність», «колектив», «побратим»;

- військовослужбовець, який буде найменше підлягати впливу бойових стрес-факторів залежно від рівня його особистісного адаптаційного потенціалу, матиме такі характеристики: високий рівень нервово-психічної стійкості, що обумовлюватиметься високим рівнем працездатності, в тому числі в бойових умовах; високу толерантність до несприятливих фізичних та психічних навантажень; достатню швидкість адаптації до колективу; неконфліктність; адекватну оцінку власної ролі у колективі;

- суїцидальний ризик є наслідком бойового стресу;

- маркерами для визначення бойового стресу можуть слугувати: (1) у військовослужбовця з наявністю бойового стресу: перебільшене реагування та порушення когнітивних процесів; повторне переживання травми; симптоми гіперактивації та дезадаптації; (2) у військовослужбовця з наявністю окремих ознак бойового стресу: прояви надпильності; непрохані спогади та симптоми уникнення.

**ВИСНОВКИ**



У монографії здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо визначення соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції.

*1. Загально-теоретичний та методологічний рівні розгляду даної проблеми дозволили сформулювати низку положень, що сприяють більш повному розумінню категорії «бойовий стрес» у сфері сучасних психологічних досліджень.*

1. До сьогодні залишається не визначеним понятійний апарат категорії «бойовий стрес», який сучасні дослідники розглядають в межах трьох основних напрямків: (1) як *нормальну реакцію організму* на зовнішній несприятливий подразник, обумовлений бойовими діями; (2) як *сукупність психічних станів*, які виникають під дією екстремальних стрес-факторів; та (3) як *процес адаптації* військовослужбовців до діяльності в бойових умовах.

Під бойовим стресом ми розуміємо переживання, які виникають у військовослужбовця при опосередкованому, чи безпосередньому впливі на нього стрес-факторів бойової діяльності та проявляються у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізичних та поведінкових реакцій.

2. Аналіз психологічних досліджень стосовно заявленої теми дозволив упорядкувати причини виникнення бойового стресу, розподіливши їх на зовнішні та внутрішні.

Зовнішніми причинами виникнення бойового стресу є: *бойові* (вид, умови, тривалість та інтенсивність бойових дій, особливості застосовуваної зброї, експлуатації бойової техніки, надійність засобів захисту, тимчасові природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін, ступінь ізольованості діючих на полі бою з'єднань і частин від основних сил) та *соціальні* (ставлення до війни у суспільстві, ступінь популярності війни у свідомості мас, зрозумілість і внутрішнє прийняття цілей війни, представленість соціальних, економічних, національних,

релігійних інтересів, згуртованість військового підрозділу, чітке і авторитетне керівництво бойовими діями).

Серед внутрішніх причин головну роль у виникненні бойового стресу відіграватимуть саме індивідуальні особливості людини, її фізіологічна, емоційно-вольова та когнітивна сфери.

3. У зв'язку з тим, що на сьогодні вітчизняні психологи не мають у своєму арсеналі психодіагностичних методик, які б дозволяли виявляти наявність у військовослужбовців бойового стресу, можливо вирішити цю ситуацію, так би мовити, зворотнім шляхом.

Спираючись на класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації DSM-IV, бойовий стрес є головною детермінантою виникнення гострого стресового розладу у комбатантів. Тому, діагностувавши наявність у військовослужбовця гострого стресового розладу, ми автоматично можемо говорити і про наявність у нього бойового стресу.

4. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу являють собою консорціум *ситуаційно-середовищних, соціально-політичних, супутніх та власне психологічних чинників*.

Основними ситуаційно-середовищними чинниками соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу є: недостатній професійний досвід; недостатній досвід участі у бойових конфліктах; тривалий час перебування у зоні бойових дій; перебування під обстрілом, наявність ситуацій, що загрожують життю, ведення стрільби у відповідь, вбивання ворога та безпосереднє бачення смерті інших людей; травма або поранення; робота та споглядання тіл загиблих, як військовослужбовців так і цивільного населення.

До основних соціально-політичних чинників соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу належать: незадоволення базових потреб; вживання терміну «антитерористична операція» замість «війна»; слабе нормативно-правове забезпечення військовослужбовців;

невпевненість, що держава зможе попіклуватися про рідних у разі загибелі або втрати працездатності військовослужбовця; незрозумілість державної позиції; недостатнє матеріальне забезпечення; ведення позиційної війни замість активних бойових дій; невизначеність ворога.

Серед основних супутніх чинників соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу виділяються: дитячі психічні травми; думки про сімейні проблеми та труднощі; недостатнє спілкування з родиною та друзями; відсутність підтримки з боку родичів; низький рівень освіти (інтелектуальних здібностей); зловживання спиртними напоями у зоні проведення антитерористичної операції.

Основними психологічними чинниками соціально-психологічних детермінант виникнення бойового стресу ми вважаємо: наявність психастенічного (тривожно-недовірливого) або паранойяльного типу характеру; недостатні адаптаційні можливості та низький рівень нервово-психічної стійкості; недостатній розвиток захисних механізмів; не правильне використання копінг-стратегій; низький рівень морально-етичної нормативності; наявність акцентуацій характеру; низький рівень комунікативного потенціалу; схильність до девіантної поведінки.

*II. Проекція теоретичних положень та висновків, зроблених під час проведення емпіричного дослідження, дозволила отримати результати, які повніше розкривають особливості прояву бойового стресу та його вплив на військовослужбовця.*

У ході дослідження доведено:

✓ якщо у військовослужбовця за півроку служби в умовах антитерористичної операції не виявлено бойового стресу, або у нього спостерігаються лише окремі його прояви, то наступні півроку він буде продовжувати службу більш ефективно, максимально використовуючи отриманий професійний бойовий досвід;

✓ перебування військовослужбовців у зоні проведення бойових дій декілька ротаций, тривалістю до двох місяців кожна, але загалом не більше року дозволяє максимально зберегти їх психічне здоров'я;

✓ чим більший рівень бойового стресу, тим менша впевненість військовослужбовця у власному фізичному та психічному здоров'ї;

✓ в залежності від наростання сили стрес-факторів бойової обстановки у військовослужбовця спочатку відключається інтелектуальна складова у боротьбі з травмуючою ситуацією, а потім соціальна та емоційна;

✓ чим менший прояв бойового стресу та гострого стресового розладу, тим більше військовослужбовці відкриті для спілкування;

✓ більш стійкими до виникнення бойового стресу виявляються військовослужбовці з психопатійним та частково шизоїдним типами характеру;

✓ бойовий стрес є передумовою виникнення психічних розладів (але при наявності бойового стресу у військовослужбовця психічні розлади можуть і не спостерігатися);

✓ бойовий стрес загострює (у межах норми) властивості особистості, але тільки паранойяльний тип характеру набуває ознаки акцентуації;

✓ демонстративна, емотивна та гіпертимна акцентуації не корелюють з показником бойового стресу;

✓ вплив бойового стресу на психіку військовослужбовця викликає зміну рис його характеру;

✓ при виникненні бойового стресу може спостерігатися прояв циклотимічної та екзальтованої акцентуації, що свідчитиме про розбалансованість нервової системи військовослужбовця;

✓ максимальний прояв в умовах бойових дій матимуть захисні механізми «заперечення» та «раціоналізація», але оскільки вони не корелюють з показником бойового стресу, то їх використання не зможе врятувати військовослужбовця від психотравматизації. Більш продуктивними виявляються захисні механізми «проекція» та «компенсація», хоча, як

показують дослідження, психіка військовослужбовця і при їх використанні все рівно не може стовідсотково протистояти виникненню бойового стресу;

✓ копінг-стратегії такі як «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «планування вирішення проблеми» та «позитивна переоцінка» не є ефективними, оскільки не корелюють з показником бойового стресу;

✓ неконструктивні копінг-стратегії можуть бути ефективно використані при першій психологічній допомозі військовослужбовцям;

✓ бойові умови позитивно впливають на розвиток комунікативного потенціалу військовослужбовця, тобто збільшують значення таких понять як «єдність», «колектив», «побратим»;

✓ військовослужбовець, який буде найменше підлягати впливу бойових стрес-факторів в залежності від рівня його особистісного адаптаційного потенціалу, матиме наступні характеристики: високий рівень нервово-психічної стійкості, що обумовлюватиметься високим рівнем працездатності, в тому числі в бойових умовах; високу толерантність до несприятливих фізичних та психічних навантажень; достатню швидкість адаптації до колективу; не конфліктність; адекватну оцінку власної ролі у колективі;

✓ суїцидальний ризик є наслідком бойового стресу;

✓ маркерами для визначення бойового стресу можуть слугувати: (а) у військовослужбовця з наявністю бойового стресу: перебільшене реагування та порушення когнітивних процесів; повторне переживання травми; симптоми гіперактивації та дезадаптації; (б) у військовослужбовця з наявністю окремих ознак бойового стресу: прояви надпильності; непрохані спогади та симптоми уникнення.

**Потребують подальшого вивчення:** (а) питання розробки та впровадження психодіагностичного апарату для визначення та подальшого дослідження наявності та рівня бойового стресу у військовослужбовців – учасників локального збройного конфлікту; (б) питання вирішення проблем відновлювального періоду військовослужбовців з ознаками бойового стресу



та бойової психічної травми; (в) зміни, що відбуваються в ціннісно-смісловій сфері військовослужбовців з ознаками бойового стресу та гострого стресового розладу.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

---

1. В зоні АТО несуть службу майже 70 тисяч українських військовослужбовців// Інформаційне агентство «Уніан». Режим доступу: <http://www.unian.ua/society/1319010-v-zoni-ato-nesut-slujbu-mayje-70-tisyach-ukrajinskih-viyskovoslujbovtsiv-poroshenko.html> (дата звернення: 23.11.2016).
2. Клименко О. Розмова з Віктором Миколайовичем Муженком – генералом армії, начальником Генерального штабу – Головнокомандувачем Збройних Сил України...// Електронна газета «Голос України. Газета Верховної ради». Режим доступу: <http://www.golos.com.ua/article/280420> (дата звернення: 7.12.2016).
3. Через війну 6 млн. людей в Україні потребуватимуть психологічної реабілітації// Інформаційне агентство «Уніан». Режим доступу: <http://health.unian.ua/country/1045539-psihologichnoji-reabilitatsiji-cherez-viynu-v-ukrajini-potrebuvatimut-6-mln-osib.html> (дата звернення: 23.11.2016).
4. Олексюк-Нехамес А. Г. Посттравматичний стресовий розлад// Електронна бібліотека «Електронейроміографія – нейрофізіологія». Режим доступу: <http://www.miograf.lviv.ua/?p=1197> (дата звернення 6.12.2016).
5. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015// Режим доступу: [http://lib.iitta.gov.ua/11222/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA\\_2015.pdf](http://lib.iitta.gov.ua/11222/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_2015.pdf) (дата звернення: 12.11.2016).
6. Напреєнко О. К., Сиропятов О. Г., Друзь О. В., Гічун В. С., Горбань А.Є., Дзеружинська Н. О., Напреєнко Н. Ю. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах. Київ, 2014 // Режим доступу: [https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fnmu.ua%2Fuploads%2Ffiles%2FMETHOD%2520REK\(2\).doc&name=METHOD%20REK\(2\).doc&lang=uk&c=584d77ea8b3b](https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fnmu.ua%2Fuploads%2Ffiles%2FMETHOD%2520REK(2).doc&name=METHOD%20REK(2).doc&lang=uk&c=584d77ea8b3b) (дата звернення: 7.12.2016).

7. Максименко С. Д. Про стан та проблеми надання психологічної допомоги суб'єктам освіти в умовах антитерористичної операції на сході країни. Колегія Міністерства освіти і науки України. Рішення від 26 березня 2015 року протокол № 3/3-3// Норматив – професійна нормативно-правова бібліотека. Режим доступу: <http://document.ua/pro-stan-ta-problemi-nadannja-psihologichnoyi-dopomogi-subek-oc233950.html> (дата звернення: 7.12.2016).

8. Вырубов Н. А. Контузионный невроз и психоневроз. Клиническая картина, течение и патогенез. Москва, 1915. С. 4–8.

9. Вырубов Н. А. К постановке вопроса о психозах и психоневрозах войны. Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 5. С. 70–72.

10. Шумков Г. Е. Первые шаги психиатрии в Русско-японскую войну // Доклад на заседании Временного медицинского общества на Дальнем Востоке (31 июля 1904 г.). С. 361.

11. Сегалов Т. Е. К вопросу о сущности контузий современными артиллерийскими снарядами (Morbus decompressionis). Современная психиатрия. 1915. Выпуск 3. С. 103–117.

12. Прозоров Л. А. К вопросу о контузии. Историческая справка. Современная психиатрия. 1917. Выпуск 6. С. 172–174.

13. Корчемный П. А. Военная психология: методология, теория, практика. Москва: Воениздат, 2010 // Режим доступа: [http://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Psihol/abdur/21.php](http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/abdur/21.php) (дата звернення: 12.06.2015).

14. Хорошко В. К. Психиатрические впечатления и наблюдения в районе действующей армии. Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 16. С. 381.

15. Хорошко В. К. Совещание по призрению душевно-больных и нервно-больных воинов. Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 16. С. 209, 212.

16. Тимофеев А. В. Где заболевают душевной болезнью воинские чины действующей армии? Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 16. С. 261–262.

17. Автократов П. М. Призрение, лечение и эвакуация душевнобольных во время Русско-японской войны в 1904–1905 гг. Обзорение психиатрии. 1906. Выпуск 10. С. 665–668.

18. Озерецкий А. И. «Неврастенический психоз» на Русско-японской войне. Обзорение психиатрии. 1906. Выпуск 7. С. 524–525.

19. Автократов П. М. Призрение душевно-больных во время русско-японской войны. Труды 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 495–507.

20. Автократов П. М., Боришпольский Е. С. Организация призрения, лечения и эвакуации душевных больных на театре военных действий. Труды 2-го съезда отечественных психиатров. Киев, 1907. С. 509–523.

21. Тимченко А. В. Военная психология, психотерапия и психиатрия в Царской России конца XIX – начала XX столетия: методическое пособие. Харьков. 1995. С. 67; 64–65.

22. Merskey H. Post-traumatic stress disorder and shell shock. A History of clinical psychiatry. London. 1995. P. 491.

23. Шайкевич М. О. К вопросу о душевных заболеваниях в войске в связи с Русско-Японской войной. Военно-медицинский журнал. 1907. С. 276–292.

24. Караяни А. Г., Сиромятников И. В. Прикладна військова психологія. ЗАО Издательский дом «Питер», 2006 // Режим доступа: <https://www.psyoffice.ru/3789-karajani-a.g.-syromjatnikov-i.v.-prikladnaja.html> (дата звернення: 12.06.2015).

25. Шумков Г. Е. Душевно-больные на войне. О практическом подразделении душевных заболеваний на войне. Военный сборник. 1915. Выпуск 7. С. 92.

26. Шумков Г. Е. Ощущение тревоги как доминирующая эмоция в период ожидания боя. Военный сборник. 1913. Выпуск 11. С. 95–100.

27. Якубович Л. Ф. Психиатрическая помощь на Дальнем Востоке в русско-японскую войну (1904–1905 г.) Журнал невропатологии и психиатрии. 1907. Кн. 4. С. 588–633.

28. Боришпольский Е. С. Об организации психиатрической помощи на театре военных действий в будущие войны. Труды 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 507–523.

29. Ермаков И. Д. Психические заболевания в русско-японскую войну по личным наблюдениям. Журнал неврологии и психиатрии. 1907. Кн. 2. С. 6.

30. Суханов С. А. Психопатии военного времени. Русский врач. 1915. Выпуск 34. С. 800–804.

31. Суханов С. А. Влияние воздушной контузии на центральную нервную систему. Русский врач. 1915. Выпуск 43. С. 1011–1013.

32. Суханов С. А. Материалы к вопросу о психозах военного времени. Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 7. С. 106–108.

33. Асташов А. Б. Война как культурный шок. Анализ психопатологического состояния русской армии в Первую мировую войну. Военно-историческая антропология. Ежегодник. 2002. С. 268–281.

34. Сенявская Е. С. Психология войны в XX веке: исторический опыт России. М.: РОССПЭН, 1999 // Режим доступа: <http://www.e-reading.club/book.php?book=1019663> (дата звернения: 13.06.2015).

35. Федунина Н. Ю., Бурмистрова Е. В. Психическая травма. К истории вопроса. Журнал практической психологии и психоанализа. 2014. Выпуск 1. // Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=3496> (дата звернения: 13.06.2015).

36. Сироткина Е. И. Российские психиатры на Первой мировой войне. Наука, техника и общество России и Германии во время Первой мировой войны. СПб.: Нестор-История, 2007. С. 326–344.

37. Бехтерев В. М. Война и психозы. Обзорник психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1914/1915. Выпуск 4/6, Т.19. С. 317–335.

38. Гервер А. В. О душевных расстройствах на театре военных действий. Русский врач. 1915. Выпуск 34. С. 793–800.
39. Юрман Н. А. Неврастенические психозы военного времени. Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 9. С. 139–142.
40. Грейденберг Б. С. Краткий историко-литературный очерк учения о травматическом неврозе. Травматический невроз. Харьков. 1918. С. 7–14.
41. Давиденков С. Н., Гейманович А. И. Клиника травматического невроза. Травматический невроз. Харьков. 1918. С. 19–57.
42. Давиденков С. Н. Об острых травматических психозах. Психиатрическая газета. 1915. Выпуск 21. С. 341–347.
43. Давиденков С. Н. Случай развившегося во время сражения истерического психоза. Психиатрическая газета. 1916. Выпуск 11. С. 211–213.
44. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма. М.: ОАО Издательство «Медицина», 2005. // Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/2081153/> (дата звернения: 23.06.2015).
45. Чиж. В. Ф. Отчет уполномоченного Красного Креста Киевского района по душевнобольным воинам за 1916 год. Психиатрическая газета. 1917. Выпуск 4. С. 103–104.
46. Кащенко П. П. Некоторые данные из пробной разработки сведений о душевнобольных воинах, произведенной сравнительным статистическо-психиатрическим бюро Земского и Городского союзов. Психиатрическая газета. 1916. Выпуск 18. С. 377–381.
47. Добротворский Н. М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915–1918 гг.). Научная медицина. 1919. Выпуск 1. С. 378–386.
48. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. Теория и практика. СПб.: Питер, 2001 // Режим доступа: <http://fictionbook.ru/static/trials/09/41/39/09413963.html#idm414896> (дата звернения: 23.06.2015).

49. Гольман С. В. Неврозы военного времени (по материалам империалистической войны 1914–1918 гг.). Психозы и психоневрозы войны. Л.: Государственное издательство медицинской литературы. 1941. С. 189–219.

50. Аствацатуров М. И. Функциональные заболевания нервной системы в связи с повреждениями военного времени. Руководство по военной невропатологии. Л., 1936. С. 15–20.

51. Аствацатуров М. И. Современные неврологические данные о сущности эмоций. Современная невропсихиатрия. 1936. Выпуск 1. С. 41–47.

52. Рубинштейн С. М. Рождение героя (психологический очерк). Советская педагогика. 1943. Выпуск 10. С. 43–48.

53. Левитов Н. Д. Презрение к смерти рождает героев, кует победу. Красная звезда. 1941.

54. Теплов Б. Розум полководця. Вчені записки МГУ. 1945. Випуск 90.

55. Абашев-Константиновский А. Л. Острые психотические синдромы во фронтовом районе. Проблемы современной психиатрии М., 1948. С. 431–444.

56. Боднянская Н. Н. О шизофрении военного времени по материалам военно-психиатрических учреждений глубокого тыла. Вопросы психиатрии военного времени. Свердловск, 1947. С. 137–141.

57. Бондарев Н. И. Условия возникновения и развития реактивных состояний. Труды Военно-морской медицинской академии. Л., 1944. Т. 3, ч. 1. С. 46–52.

58. Бондарев Н. И. К лечению больных с явлениями ступора. Невропатология и психиатрия. 1945. Т. 14. Выпуск 5. С. 20–24.

59. Бурназян А. И., Плессо Г. И. Объем, организация и результаты психиатрической помощи на Первом Прибалтийском фронте. Психиатрия и невропатология в Великой Отечественной войне. Рига, 1945. С. 15.

60. Варшавский К. М. О значении первой конференции психиатров Западного фронта. Военная медицина на Западном фронте в Великой

Отечественной войне: Материалы первой конференции психиатров Западного фронта. М., 1944. Выпуск 8. С. 6.

61. Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. М. : Медгиз, 1946. С. 5–10, 67–86, 104–114.

62. Гиляровский В. А. Сомато-психогенные параноиды военного времени. Труды Военно-морской медицинской академии. Л. : ВММедА, 1944. С.15–23.

63. Гиляровский В. А. Психореактивные состояния и нервно-вегетативные реакции военного времени. Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. М., 1944 а. Выпуск 8. С. 76–81.

64. Гиляровский В. А. Динамика невротических состояний в военное время и проблема их лечения. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. Харьков: Государственное медицинское изд-во УССР, 1946 а. С. 285–288.

65. Дьяченко М. И., Феденко Н. Ф. Военная психология. М., Военное издательство, 1967.

66. Бондарев Н. И. Психозы и психоневрозы войны. М., 1964. С. 126–148.

67. Баронов В. А. Нервно-психические расстройства при сотрясении головного мозга в военное время. Военно-медицинский журн. 1966. Выпуск 5. С. 21–25.

68. Магомед-Эминов М. Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация. Вестник МГУ, серия «Психология», 1996. Выпуск № 4. С. 26–30.

69. Знаков В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении. Психологический журнал. 1990. Т. 11. Выпуск 2. С. 99 – 108.

70. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (на материалах землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане): Дис. ... канд. психол. наук. М., 1994



71. Захарик С. В. Крук В. М. Психология посттравматического стресса и работы с ветеранами войны // Материалы международной научно-практической конференции IV «Левитовские чтения». М. : МГОУ, 2009  
Режим доступа:

[https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fwww.brtpsychotherapy.ru%2Fnetcat\\_files%2F19%2F11%2Fh\\_dfe6212ae0fb612f57ab9a8cf4b88f20&name=h\\_dfe6212ae0fb612f57ab9a8cf4b88f20&lang=ru&c=564b6ecc0288](https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fwww.brtpsychotherapy.ru%2Fnetcat_files%2F19%2F11%2Fh_dfe6212ae0fb612f57ab9a8cf4b88f20&name=h_dfe6212ae0fb612f57ab9a8cf4b88f20&lang=ru&c=564b6ecc0288) (дата звернення: 24.07.2015).

72. Китаев-Смык Л. А. Психология боевого стресса. М. : Наука; 1983 // Сайт Китаева-Смыка Леонида Александровича. Режим доступа: <http://www.kitayev-smyk.ru/node/46> (дата звернення: 24.07.2015).

73. Абдурахманов Р. А. Опыт диагностики и коррекции трудностей общения у ветеранов войны в Афганистане // Психология травматического стресса сегодня: тезисы докладов международной конференции (12–15 мая 1992 года). Киев, 1992 а. С. 3–4.

74. Абдурахманов Р. А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана. Психологический журнал. 1992. Т. 13, Выпуск 1. С. 131–134.

75. Бай-Балаева Е. К. К вопросу о социальной ситуации развития личности воинов–интернационалистов, нёсших службу в Афганистане. Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. М., 1989. С. 66–70.

76. Брюсов П. Г. Значение опыта медицинского обеспечения боевых действий в Афганистане для развития военно-полевой хирургии // Военно-медицинский журнал. 1992. Выпуск № 4/5. С. 18–22.

77. Жоголев К. Д., Згода Н. В., Долгий О. Д. Особенности иммунного статуса военнослужащих в период прохождения службы в Республике Афганистан // Опыт советской медицины в Афганистане: тезисы докладов Всесоюзной научной конференции. М., 1992. С. 96–97.

78. Звонников В. М. Особенности развития психических нарушений и оказания помощи лицам, участвовавшим в ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы и в боевых действиях в Афганистане // Психология травматического стресса сегодня: тезисы докладов Международной конференции. Киев, 1992. С. 39.

79. Курпатов В. И., Иутин В. Г. Патоморфоз психогенных заболеваний у военнослужащих в условиях афганской войны. Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: учебное пособие. СПб., 1995. С. 38–45.

80. Краснянский А. Н. К вопросу о социально-психологических проблемах и медицинской реабилитации ветеранов войны в Афганистане // Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты: тезисы докладов Международной научной конференции. 1990. Выпуск 2. С. 35–37.

81. Краснянский А. Н., Морозов П. В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны // Русский медицинский журнал. 1995. Выпуск 4. С. 32.

82. Краснянский А. Н., Тертова И. С., Зверкова И. В. К проблеме реабилитации ветеранов – участников войны в Афганистане. Актуальные проблемы клиники, терапии психических заболеваний и организация психиатрической помощи. М., 1991. С. 199–201.

83. Литвинцев С. В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1994.

84. Лыткин В. М., Лукманов М. Ф., Курынкина Л. И. и др. К вопросу о структуре нервно–психической заболеваемости у ветеранов войны в Афганистане // Психиатрические и медико–психологические вопросы диагностики и оказания помощи при катастрофах и экологических кризисах: тезисы докладов научной конференции. СПб., 1992. С. 53–54.

85. Ляховский А. А., Забродин В. М. Тайны афганской войны. М.: Планета, 1991. С. 152.

86. Знаков. В. В. Психологический портрет участника войны в Афганистане в массовом сознании. Психологический журнал. 1991. Выпуск 6. С. 26–39.

87. Чикишева А. С. Феномен ностальгии и его проблематизация в современном культурологическом знании // Культурологический журнал. 2016. Выпуск 4. Режим доступа: <http://www.cr-journal.ru/rus/journals/152.html&> (дата звернення: 25.11.2016).

88. Шамрей В. К. Психиатрия войн и катастроф: учебное пособие. Санкт-Петербург, СпейЛист, 2015 // Режим доступа: <http://med-tutorial.ru/mlib/b/book/3338363686/> (дата звернення: 15.09.2015).

89. Устюганов А. А. Исследование смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс. Вестник Кемеровского государственного университета. 2010. Выпуск 2 // Электронная библиотека «Киберленинка». Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-smyslovooy-sfery-voennosluzhaschih-perezvivshih-boevooy-stress> (дата звернення: 13.07.2015).

90. Тарабрина Н. В. Клиническая психология СПб.: Питер, 2000 // Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/398795> (дата звернення: 13.07.2015).

91. Герман Д. Психологічна травма та шляхи видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. Львів: Видавництво старого лева, 2015. С. 39–40;

92. Salmon, T.W. The care and treatment of mental diseases and war neuroses ("shell shock") in British army. – N.Y.: N.C.N.H; 1917, P.15.

93. Glover H. Four syndromes of post-traumatic stress disorders: Stressors and conflicts of the traumatized with special focus on the Vietnam combat veteran. 1988. Vol. 1. P. 57–78.

94. Тимченко А. В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. Харьков: ХВУ, 1997. С. 33.

95. Решетников М. М. Психическая травма. СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006 // Режим доступа: <http://medlec.org/lek3-18316.html> (дата звернення: 24.07.2015).

96. Кречмер Э. Об истерии. Питер. 2010// Режим доступа: [http://thelib.ru/books/krechmer\\_ernst/ob\\_isterii-read.html](http://thelib.ru/books/krechmer_ernst/ob_isterii-read.html) (дата звернення: 26.07.015).

97. Китаев-Смык Л. А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. М.: Смысл, 2012 // Режим доступа: <http://readanywhere.ru/kitaev-smyk-leonid-aleksandrovich/books/organizm-i-stress-stress-zhizni-i-stress-smerti/61669/Trial> (дата звернення: 26.07.2015).

98. Kardiner, A. The Traumatic Neurosis of War. N.Y.: Heber, 1941. P. 86–89.

99. Kardiner A., Spiegel H. War Stress and Neurotic Illness. N.Y., 1947. P. 325–330.

100. Raines G. N., Kolb L. C. Combat fatigue and war neurosis. U.S. Nav. M. Bull. 1943.

101. Futterman S. The psychoneurosis of war. H. Bull. Vet. Admin., 1944.

102. Rado S. Psychodynamics and treatment of traumatic neurosis. Psychosomatic Medicine, 1942. P. 362–372.

103. Съедин С. И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки: учебное пособие. Москва, 1992 // Режим доступа: [https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fwww.brtpsychotherapy.ru%2Fnetcat\\_files%2F128%2F169%2Fh\\_f117986cfdaebeb3d43936322ce681a&name=h\\_f117986cfdaebeb3d43936322ce681a&lang=ru&c=566de55c589e&page=1](https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fwww.brtpsychotherapy.ru%2Fnetcat_files%2F128%2F169%2Fh_f117986cfdaebeb3d43936322ce681a&name=h_f117986cfdaebeb3d43936322ce681a&lang=ru&c=566de55c589e&page=1) (дата звернення: 29.07.2015).

104. J. W. Appel, G. W. Beebe. Preventive Psychiatry: An Epidemiological Approach. Journal of the American Medical Association 131. 1946. P. 1468–1471.

105. R. Grinker, H. Spiegel. Men under stress. Philadelphia: Blakeston, 1945. P. 365.

106. Goodwin J. The etiology of combat-related PTSD. In: Williams T. (Ed) Posttraumatic stress disorder: a handbook for clinicians. Cincinnati: DC DAV, 1987.
107. Bourne P. G. Men, stress and Vietnam. Boston: Little Brown&Co, 1970.
108. Figley C. R. Psychosocial adjustment among Vietnam veterans : An overview of the research. In C.R. Figley (Ed.) Stress disorders among Vietnam veterans : theory, research and treatment. N-Y: Brunner/Mazel, 1978.
109. Horowitz M. J. Stress Response Syndromes. Arch. Gen. Psychiatry, 1974, Vol. 31. P. 771–772.
110. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition-Revised. Washington, 1987. P. 247.
111. Arnold A. L. Diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder in Viet Nam Veterans. The Trauma of War: Stress and Recovery In Viet Nam Veterans. Washington, 1985. P. 103.
112. Тимченко А. В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции: методическое пособие. Харьков: ХВУ, 1995. С. 52.
113. Laufer R. S. War Trauma and Human Development: The Viet Nam experience. The Trauma of War: Stress and Recovery in Viet Nam Veterans. Washington, 1985. P. 40.
114. Wilson J. P., Krauss, G.B. Predicting Post-Traumatic Stress Disorder among Vietnam Veterans. Post-Traumatic Stress Disorder and The War Veteran Patient. N.Y., 1986. P. 102–147.
115. Бубеев Ю. А., Ворона А. А. II Всероссийский симпозиум «Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий». Психологический журнал. 2004. Т. 25. Выпуск 4. С. 113–116. // Режим доступа: <http://naukarus.com/ii-vserossiyskiy-simpozium-boevoy-stress-i-poststressovaya-adaptatsiya-uchastnikov-boevykh-deystviy> (дата звернения: 11.08.2015).

116. Ушаков И. Б., Бубеев Ю. А. Боевой стресс: психофизиологические маркеры устойчивости. Сборник научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ. М. : Истоки, 2005. С. 10–12.
117. Ушаков И. Б. Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий. Сборник научных трудов. М. : ИСТОКИ, 2003. С. 47–51.
118. Минеева О. А. Боевой стресс: механизмы развития, классификация, структура реакций. Сборник научных трудов всероссийской конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». М., 2008. С. 187–196.
119. Ушаков И. Б., Голов Ю. С. Боевой стресс: стратегии коррекции. Сборник научных трудов. Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины Министерства обороны РФ. М. : Воентехиниздат, 2002.
120. Блеер А. Методы диагностики и профилактики нарушений состояний организма при боевом стрессе. Спортивный психолог. 2004. Выпуск 1. С. 34–35.
121. Алиев Х. М. Уникальные приемы против стресса (Игра-Тренировка «Найди ключ к себе»). Научно-популярное издание. Махачкала, 1994.
122. Алиев Х. М. Защита от стресса. Как сохранить и реализовать себя в современных условиях. Научно-популярное издание. М. : Изд-во «Мартин», «Полина», 1996.
123. Алиев Х. М. Метод “Ключ в борьбе со стрессом”. Серия «Психологический практикум». Научно-популярное издание. Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 2003.
124. Алиев Х. М., Яковлев В. Ф., Петров В. Е., Филипенкова Н. Ю. Психотехнологии оказания помощи и самопомощи в экстремальных ситуациях: учебно-методическое пособие. Серия «Практическая психология МВД России». М. : Группа АБСОЛЮТ, 2008.

125. Алиев Х. М. Антистрессовая подготовка к действию факторов боевой обстановки. Сборник научных трудов «Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий». М.: Изд-во «Истоки», ГосНИИИ военной медицины МО РФ, 2003. С. 86–89.

126. Абдурахманов Р. А. Стрессовые состояния в боевой обстановке и их психологические последствия. Мир психологии. 1998. Выпуск 2. С. 86–88.

127. Бунькова О. А. Симптоматика боевого стресса // Вопросы медицинской и социальной помощи участникам войн, вооруженных конфликтов, контртеррористических операций, лицам пожилого и старческого возраста: тезисы докладов Всероссийского совещания по вопросам реабилитации участников вооруженных конфликтов, контртеррористических операций (7–11 декабря 2003). Екатеринбург: изд-во УГМА, 2003. С. 61–63.

128. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. Психологический журнал. 1999. Т. 20. Выпуск 5. С. 62–74.

129. Снедков Е. В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клиничко-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты. Современная психотерапия. Т. 1. Выпуск 1. 1998. С. 21–25.

130. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма в локальном военном конфликте: методическое пособие. М.: 2003.

131. Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Рустанович А. В. Становление системы оказания психиатрической помощи в локальных военных конфликтах. Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф. И. Иванова). СПб., 2002. С. 35–45.

132. Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Резник А. М. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в Вооруженных Силах России. Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. Выпуск 2. С. 68–72.

133. Литвинцев С. В., Лыткин В. М., Снедков Е. В., Захаров В. И. Особенности саморазрушающего поведения в популяции ветеранов локальных войн // Актуальные проблемы пограничной психиатрии: тезисы докладов Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). СПб, 1998. С. 158–165.

134. Литвинцев С. В., Кузнецов Ю. М. Страницы истории военной психиатрии. СПб., 1998.

135. Лыткин В. М., Шамрей В. К., Костюк Д. П. К проблеме психического здоровья участников боевых действий. Российский психиатрический журнал. 2007. Выпуск 6. С. 63–68.

136. Лыткин В. Боевой стресс и его психологические последствия: конспект лекций. СПб.: Ориентир. 2015. Выпуск 6. С. 58–62. // Режим доступа: <http://voenn.info/docs/ogp/ogp-kl/2015/2015-06-1.shtml> (дата звернения: 15.08.2015).

137. Лыткин В. М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн. Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф. И. Иванова). СПб., 2002. С.45–52.

138. Михайлова Е. В. Адаптация личности к последствиям боевого стресса. Успехи современного естествознания. 2007. Выпуск 9. С. 59.

139. Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов. Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2009 // Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=2590> (дата звернения: 17.08.2015).

140. Нечипоренко В. В. Психические расстройства и особенности медико-психологической реабилитации ветеранов локальных войн с боевыми ранениями. Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. Выпуск 1. С. 52–54.



141. Нечипоренко В. В. Оказание психиатрической помощи военнослужащим в военное время. Военно-медицинский журнал. 1997. Выпуск 6. С. 12–16.
142. Нечипоренко В. В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы. Военно-медицинский журнал. 1997. Выпуск 4. С. 23–26.
143. Овчинников Б. В. Боевой стресс и его фармакологическая коррекция. Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Спб. : Б.и., 1995. С. 136–140.
144. Пономаренко В. А. Психология личности в кругу воздействия боевого стресса. Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий: сборник научных трудов. М. : ИСТОКИ, 2003. С. 4–20.
145. Резник А. М., Сапегин А. Н., Корякина И. Н. Возможности программы «Пси + (психотерапия, сексология, семейная психотерапия, психология, патопсихология, психиатрия)» по диагностике боевого стресса. Сборник научных трудов всероссийской конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий», М., 2010.
146. Резник А. М. Боевые стресс-факторы в восприятии участников контртеррористической операции. Российский психиатрический журнал. 2007. Выпуск 6. С. 69–72.
147. Резник А. М. Психический стресс у участников боевых действий и его субъективное переживание. Военно-медицинский журнал. 2008. Выпуск 4. С. 44–46.
148. Снедков В. Н., Литвинцев С. В., Фастовцев Г. А. Стрессогенные психические расстройства у раненых. Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб : ВмедА, 1995. С.79–82.
149. Снедков Е. В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны): Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992.

150. Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1997.

151. Тарабрина Н. В, Лабезная Е. О., Зеленова М. Е. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс. Труды Института психологи РАН. М., 1997. С. 212–220.

152. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001.

153. Утюганов А. А. Смысловые компоненты переживания боевого стресса. Сибирский педагогический журнал. 2011. Выпуск 3. // Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/smyslovye-komponenty-perezhivaniya-boevogo-stressa> (дата звернения: 17.09.2015).

154. Утюганов А. А. Ценностно-смысловой аспект изучения последствий боевого стресса. Сибирский педагогический журнал. 2009. Выпуск 13. // Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/tsennostno-smyslovoy-aspekt-izucheniya-posledstviy-boevogo-stressa> (дата звернения: 17.09.2015).

155. Иванов А. Л, Жуматий Н. В. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях. Практикум по военной психологии и педагогике. М. : Развитие личности. 2003. Выпуск 4. С. 143–152.

156. Dictionary of Military and Associated Terms. Department of Defense. Joint Publication 1-02 8, 2010.

157. Сыромятников И. Методико-психологическое сопровождение специальных операций. Киев: Издатель О. Т. Ростунов. 2013 // Режим доступа: [http://bookap.info/book/syrovyatov\\_mediko\\_psihologicheskoe\\_soprovozhdenie\\_spetsialnyh\\_operatsiy/gl5.shtm](http://bookap.info/book/syrovyatov_mediko_psihologicheskoe_soprovozhdenie_spetsialnyh_operatsiy/gl5.shtm) (дата звернения: 20.09.2015).

158. Габриель Р. Героев больше нет. Нью-Йорк, 1987.

159. Приходько І. І. Психологічна безпека персоналу екстремальних видів діяльності: автореф. дис... д-ра психологічних наук: 19.00.09. Національний університет цивільного захисту. Харків. 2014 // Режим доступу: <http://extrpsy.nuczu.edu.ua/sites/all/autoreferaty/Prikhodko.pdf>. (дата звернення: 14.10.2015).

160. Башкатов Є. Г., Кравченко О. В., Тробюк Н. Ю. Психологічна підготовка до дій в екстремальних умовах // Шляхи покращення професійної підготовки правоохоронців до дій в екстремальних умовах: тези доповідей науково-практичної конференції (18 грудня 2015 р.). Харків. 2015 // Режим доступу: [http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/Ekstrem\\_umov\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/Ekstrem_umov_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 16.01.2016).

161. Ларіонов С. О., Макаренко П. В. Шляхи оптимізації професійно-психологічної підготовки правоохоронців до дій в екстремальних умовах // Шляхи покращення професійної підготовки правоохоронців до дій в екстремальних умовах: тези доповідей науково-практичної конференції (18 грудня 2015 р.). Харків. 2015 // Режим доступу: [http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/Ekstrem\\_umov\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/Ekstrem_umov_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 16.01.2016).

162. Мілорадова Н. Є., Доценко В. В. Психологічне супроводження та кризова підтримка правоохоронців після участі в екстремальних умовах//Шляхи покращення професійної підготовки правоохоронців до дій в екстремальних умовах: тези доповідей науково-практичної конференції (18 грудня 2015 р.). Харків. 2015 // Режим доступу: [http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/Ekstrem\\_umov\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/426/Ekstrem_umov_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 16.01.2016).

163. Голота А. А. Фактори, що впливають на ефективність морально-психологічного забезпечення військ у сучасних умовах ведення бойових дій // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового

забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 6.04.2016).

164. Єрмоєнко Д. Ю. Відновлення психологічної стійкості прикордонників після зіткнень на державному кордоні // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 6.04.2016).

165. Пенькова Н. Є., Панфілов О. Ю. Психологічні особливості цільової психологічної готовності військовослужбовців Національної Гвардії України до службово-бойової діяльності у процесі проведення антитерористичної операції// Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf)

2016\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf (дата звернення: 6.04.2016).

166. Сподар Я. Б., Приходько І. І., Тімченко О. В. Вдосконалення психологічного забезпечення службово-бойової діяльності військовослужбовців Національної Гвардії України з урахуванням досвіду проведення антитерористичної операції // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 6.04.2016).

167. Самойленко О. О. Особливості психологічної готовності військовослужбовців мобілізованих підрозділів до ведення бойових дій // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 6.04.2016).

168. Середенко М. М., Кізло Л. М. Особливості проведення інформаційно-психологічних операцій на сході України // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення

службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 6.04.2016).

169. Христенко В. Є. Деякі аспекти взаємодії психологів служби порятунку з психологами правоохоронних органів в осередку терористичного акту // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 7.04.2016).

170. Юр'єва Н. В. Деякі аспекти морально-психологічного стану військовослужбовців Національної Гвардії України // Наукове забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України. Актуальні проблеми морально-психологічного, правового забезпечення службово-бойової діяльності Національної Гвардії України: тези доповідей VII науково-практичної конференції (31 березня 2016 р.). Харків. 2016 // Режим доступу: [http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016\\_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf](http://nangu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7-2016_%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-4-%D0%BD.pdf) (дата звернення: 7.04.2016).

171. Котенев И. О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях: методическое пособие. М. : Академия МВД РФ, 1996. С. 3–27.

172. Багаторівневий особовий опитувальник «Адаптивність–200». Порядок застосування психологічного інструментарію, визначеного для проведення професійно-психологічного відбору з кандидатами на військову службу за контрактом: методичний посібник. Головне управління виховної та соціально-психологічної роботи Збройних Сил України. Соціально-психологічний центр Збройних Сил України. Київ, 2010 // Режим доступу: [http://www.mil.gov.ua/content/social\\_adaptation/psychological\\_preparation/recommend\\_PPV\\_kandudat\\_kontract\\_cl.pdf](http://www.mil.gov.ua/content/social_adaptation/psychological_preparation/recommend_PPV_kandudat_kontract_cl.pdf) (дата звернення: 11.01.2016).

173. Методика вивчення акцентуацій особистості К.Леонгарда (модифікація С. Шмішека) // Ваш психолог: психологічний інструментарій. Режим доступу: <http://www.psy.rv.ua/content/metodika-vivchennya-aktsentuatsii-osobistosti-kleongarda-modifikatsiya-sshmisheka> (дата звернення: 15.01.2016).

174. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-mult. Психологический журнал. 1981. Выпуск 3. С. 118–123.

175. Методика «Индекс жизненного стиля» Келерман–Плутчик–Конте // Энциклопедия психодиагностики «PsyLab.info». Режим доступу: [http://psylab.info/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0\\_%C2%AB%D0%98%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D1%81\\_%D0%B6%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE\\_%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%8F%C2%BB](http://psylab.info/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%C2%AB%D0%98%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D1%81_%D0%B6%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%8F%C2%BB) (дата звернення: 15.01.2016).

176. Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ). Журнал практического психолога. М. : 2007. Выпуск 3. С. 93–112.

177. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб. : Питер, 2012 // Режим доступу: <http://anchiktigra.livejournal.com/919766.html> (дата звернення: 21.05.2016).

178. Про оборону України: Закон за станом на 07.07.2016 // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1932-12> (дата звернення: 13.08.2016).

179. Резолюция Генеральной ассамблеи ООН «Определение агрессии» // Режим доступу: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/aggression](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/aggression) (дата звернення: 13.08.2016).

180. Про боротьбу з тероризмом: Закон за станом на 07.07.2016 // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/638-15> (дата звернення: 13.08.2016).

181. Про військовий обов'язок. Закон за станом на 18.10.2016 // Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T223200.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T223200.html) (дата звернення: 23.10.2016).

182. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон за станом на 06.09.2016 // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2011-12/page> (дата звернення: 23.10.2016).

183. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 року № 460 «Порядок та умови виплати одноразової грошової допомоги у разі звільнення військовослужбовцям, призваним на військову службу за призовом у зв'язку з мобілізацією» // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/460-2014-%D0%BF/paran8#n8> (дата звернення: 15.10.2016).

184. Роз'яснення щодо порядку виплат додаткових винагород військовослужбовцям // Офіційний сайт Міністерства Оборони України. Режим доступу: <http://www.mil.gov.ua/ministry/aktualno/do-uvagi-vijskovosluzhbovcziv> (дата звернення: 15.10.2016).



185. Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб. Закон за станом на 18.10.2016 // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2262-12> (дата звернення: 21.10.2016).

186. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Закон за станом на 2.02.2016 // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3551-12> (дата звернення: 21.10.2016).

187. Указ Президента України «Про воєнну доктрину». Закон за станом на 24.09.2015 // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/648/2004> (дата звернення: 15.07.2016).

188. Тімченко В. О., Снісаренко А. Г. «Синдром старого сержанта», або що відбувається з психікою учасника АТО в період позиційного ведення бойових дій // Організаційно-управлінські, економічні, психолого-педагогічні аспекти забезпечення діяльності Єдиної державної системи цивільного захисту (ЄДСЦЗ): тези доповідей І Всеукраїнської науково-практичної конференції курсантів, студентів, ад'юнктів та здобувачів (11 березня 2016 р.). Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2016. С. 133–134.

189. Аналіз ведення антитерористичної операції та наслідків вторгнення Російської Федерації в Україну у серпні-вересні 2014 року // Генеральний Штаб Збройних Сил України, Центральний науково-дослідний інститут Збройних Сил України. Режим доступу: [http://www.mil.gov.ua/content/other/anliz\\_rf.pdf](http://www.mil.gov.ua/content/other/anliz_rf.pdf) (дата звернення: 30.09.2016).

190. Волконская К. Стресс в большом городе // Журнал Мед-инфо. Режим доступу: <http://med-info.ru/content/view/93> (дата звернення: 16.02.2016).

191. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. 2-е изд. СПб. : Питер, 2012. С. 78– 85.

192. Leader's Manual for Combat Stress Control. Field Manual Headquarters FM 22– 51. Washington, DC: Department of the Army, 1994.

193. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М. : Эксмо, 2009.
194. Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. 2-е издание, испр. и дополн. М. : Речь, 2011. С. 151–153.
195. Деникин А. Война – дело психопатов // Режим доступа: <http://www.flashpoint.ru/threads/Война-дело-психопатов-2-процента.49689/> (дата звернення: 11.08.2016).
196. Райх В. Анализ характера. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс. 2000 // Электронная библиотека «Modernlib.ru». Режим доступа: [http://modernlib.ru/books/rayh\\_vilgelm/analiz\\_haraktera/read/](http://modernlib.ru/books/rayh_vilgelm/analiz_haraktera/read/) (дата звернення: 12.08.2016).
197. Леонгард К. Акцентуированные личности. К. : Вища школа, 1981 // Режим доступа: <http://www.e-reading.club/book.php?book=33638> (дата звернення: 12.08.2016).
198. Аверченко Л. К., Андриюшина Т. В., Булигіна А. А., Журевиц Л. А., Залесов Г. М., Звягінцев В. В., Кашник О. І., Крейк А. І., Ніколаєнко В. М., Татарінова Р. Б., Федосихина Е. А., Шибаета С. С. Психологія та педагогіка. Механізми психологічного захисту // Електронна бібліотека «Бібліограф». Москва-Новосибірськ, ІНФРА-М-НГАЭиУ, 2000. Режим доступа: <http://bibliograph.com.ua/psihologia-1/7.htm> (дата звернення: 15.09.2016).

**ДОДАТКИ**



## **Аналіз ведення антитерористичної операції та наслідків вторгнення Російської Федерації в Україну у серпні-вересні 2014 року**

У серпні 2014 року відбулося відкрите вторгнення регулярних підрозділів Збройних Сил Російської Федерації на територію України без оголошення війни. Внаслідок цієї агресії частини територій Донецької та Луганської областей опинилися під окупацією.

Цей факт досі всіляко приховується Російською Федерацією, яка намагається замаскувати свою агресію під так звану «громадянську війну» в Україні. Для цього створено маріонеткові утворення, так звані «Донецьку народну республіку» та «Луганську народну республіку». Політичне та військове управління псевдореспубліками, озброєння та фінансування здійснюється вищим керівництвом Російської Федерації.

Цей документ підготовлено Генеральним штабом Збройних Сил України спільно з Центральним науково-дослідним інститутом Збройних Сил України для того, щоб дати відповідь на справедливий запит українського народу – правдиву інформацію про перемоги та поразки України в серпні-вересні 2014 року, а також про їх передумови та наслідки. Тут наведена інформація, що була отримана з офіційних джерел та підтверджена безпосередніми учасниками подій.

На початку серпня минулого року Україна вже близько двох місяців проводила активну фазу антитерористичної операції з силового звільнення територій Донецької та Луганської областей, що контролювалися підтриманими Росією незаконними збройними формуваннями. За цей період під контролем сил АТО опинилося близько 60 % територій двох областей. Донецьк і Луганськ були блоковані з півночі, заходу та півдня. Лише зі східного напрямку, перш за все, – з території Російської Федерації, бойовики могли отримувати озброєння та підкріплення.

З метою остаточного звільнення територій, зайнятих бойовиками, замисел керівництва АТО у серпні передбачав:

1. Відновлення контролю над державним кордоном з Російською Федерацією, щоб припинити постачання зброї, боєприпасів та матеріально-технічних засобів та живої сили для бойовиків з РФ;

2. Розділення території, яка контролювалася бойовиками, на декілька частин;

3. Оточення найбільших угруповань бойовиків і створення умов для подальшого їх роззброєння, а у разі опору – знищення.

Задля реалізації цього замислу було стратегічно важливо не допустити обстрілів території РФ з боку України та випадкового перетину підрозділами сил АТО українсько-російського кордону, щоб не дати Російській Федерації формального приводу для початку агресії проти України.

Для виконання завдань АТО були сформовані штаб АТО та відповідні органи управління, утворені сектори відповідальності на територіях Донецької та Луганської областей (сектори А, С, Б, Д, район М).

На середину серпня 2014 року у антитерористичній операції було задіяно близько 40 тисяч особового складу, з них:

1. Збройні Сили України – понад 32 тисячі осіб, 5,5 тисяч одиниць важкого озброєння та військової техніки);

2. Національна гвардія – до 3 тисяч осіб;

3. Державна прикордонна служба – до 3 тисяч осіб;

4. Служба безпеки України – до 2 тисяч осіб.

Кількість цих сил і засобів оцінювалася як достатня для виконання визначених завдань. Співвідношення сил АТО до бойовиків було приблизно 1 до 1.

Добровольчі підрозділи (загони) на той час налічували до 4 тисяч осіб, не підпорядковувалися штабу АТО і не входили до складу сил і засобів.

Протягом всього періоду проведення АТО Російська Федерація постійно підтримувала дії бойовиків. Спочатку – через постачання озброєння та живої сили (навчених, екіпірованих та тренуваних найманців) та засилання

розвідувально-диверсійних груп ГРУ, згодом – шляхом проведення артилерійських обстрілів підрозділів ЗСУ зі своєї території. В ніч на 25 серпня 2014 року Росія ввела на територію України вісім батальйонних тактичних груп Збройних сил РФ загальною чисельністю понад 4 тисячі осіб.

Протягом серпня, внаслідок поетапного вторгнення російської армії, якому передувала потужна інформаційно-психологічна операція, кількісна перевага опинилася на боці противника. Це створило низку суттєвих ризиків для сил АТО:

1. Потрапляння в оточення угруповання українських військ на південь від Луганська та виходу в тил силам АТО в районі міста Дебальцеве внаслідок прориву чотирьох батальйонних тактичних груп Збройних сил Російської Федерації;

2. Після потужного артилерійського удару з території РФ, у якому було задіяно близько 200 одиниць артилерії, та подальшого вторгнення російських військ було оточено українське угруповання чисельністю близько 1200 бійців під Іловайськом;

3. Виникла загроза оточення Маріуполя – міста з півмільйонним населенням (входить до десятки найбільших міст України).

Тому керівництво штабу АТО прийняло рішення про відведення окремих підрозділів сил АТО на північ від Луганська і посилення оборони напрямку так званої Бахмутської траси (автодорога Р-66 на ділянці Луганськ – Лисичанськ).

Для деблокування Іловайська було підготовлено резерв зі складу 79-ї та 95-ї аеромобільних бригад ЗСУ кількістю до 2 тисяч осіб. Операція планувалася на 1–2 вересня 2014 року. Але внаслідок потужного вогневого впливу з боку противника на добровольчі підрозділи під Іловайськом, на тактичному рівні було прийнято рішення про виведення українських підрозділів раніше від запланованого терміну під гарантії російських військових – 29 серпня 2015 року. ЗС РФ порушили досягнуті домовленості та фактично вчинили розстріл українських підрозділів, які виходили

встановленими коридорами. Ці та інші злочини вищого керівництва РФ проти України і її Збройних Сил спільно розслідуються Генеральною прокуратурою та Службою безпеки України за кваліфікацією злочинів проти миру, безпеки людства та міжнародного правопорядку.

Протягом 2–5 вересня 2014 року резерв, який готувався для деблокування Іловайська, здійснив рейдові дії в районі населених пунктів Комсомольське – Тельманове – Новоазовськ – Староласпа для зупинення подальшого наступу противника на Маріуполь.



Активні бойові дії велися до 5 вересня 2014 року включно. Тоді ж відбулися переговори на рівні керівництв держав, які завершилися оголошенням режиму припинення вогню та встановлення лінії розмежування сторін задля пошуку дипломатичного рішення. На керівництво Російської Федерації за збройну агресію проти України були накладені міжнародні санкції.

Розвиток подій.

Перший етап (кінець липня – середина серпня).

Бойовики активно продовжували накопичувати сили і засоби. Не припинялися обстріли позицій підрозділів АТО не лише зі стрілецької зброї, а й з танків, протитанкових ракетних комплексів (ПТРК), гармат та мінометів.

Протягом травня-липня 2014 року під час проведення АТО підрозділам Збройних Сил та інших військових формувань України вдалося переламати ситуацію в Донецькій та Луганській областях та взяти її під контроль. По всій території проведення АТО було обладнано понад 120 блокпостів та опорних пунктів. У серпні 2014 року Збройні Сили та інші військові формування України були задіяні у проведенні АТО фактично всім своїм боєздатним складом.

У секторах А, Б та С станом на 12 серпня, внаслідок проведених дій, склалася сприятлива оперативна обстановка, а саме:

– вдалося взяти під контроль ділянку автошляху М-04 на напрямку Новосвітлівка –Хрящувате та значно ускладнити постачання бойовикам зброї та матеріальних засобів у Луганськ. Зазначені дії сприяли взяттю під контроль селища Станиця Луганська;

– проведено блокування міст Іловайськ, Ясинувата, Кіровське, Горлівка та виставлено блокпости і опорні пункти на основних шляхах сполучень, якими здійснювалося постачання бойовикам зброї та боєприпасів;

– встановлено контроль за містами Дебальцеве та Жданівка, звільнено Вуглегірськ та розширено межі контрольованої зони шляхом виставлення



блокпостів по рубежу населених пунктів Чорнухине – Фашівка – Городище – Адріанопіль – Баштевич, а також заблоковано Нижню Кринку зі сходу.

У той же час обстановка у секторі Д була більш напруженою через постійні обстріли підрозділів сектору з важкого озброєння, зокрема, реактивних систем залпового вогню (РСЗВ), як з території, що контролюється бойовиками, так і з території Російської Федерації, що не дозволяло підрозділам ЗС України проводити активні дії. Основні зусилля сектору зосереджувалися на утриманні району кургану Савур-Могила та населених пунктів Благодатне і Петрівське.

Під час планування подальших дій сил АТО по звільненню тимчасово захоплених територій передбачалося, що незаконні збройні формування значно активізують напади на українські блокпости та опорні пункти, зросте інтенсивність обстрілів з гармат, мінометів та РСЗВ як з тимчасово захоплених територій, так і з території Російської Федерації.

Однак керівництво штабу АТО не очікувало, що Російська Федерація здійснить акт вторгнення регулярних збройних сил на територію України без оголошення війни, в порушення норм міжнародного гуманітарного права (права війни).

Хронологія подій під час проведення Антитерористичної операції у цей період була наступною:

27 липня – 13 серпня

У секторі Д було проведено операцію по захопленню стратегічно важливої висоти – кургану Савур-Могила. До операції було залучено 1864 військовослужбовців (батальйонні тактичні групи 95-ї аеромобільної бригади, 25-ї повітряно-десантної бригади, 51-ї та 30-ї механізованих бригад, ракетний дивізіон 19-ї ракетної бригади, артилерійський дивізіон 26-ї артилерійської бригади, реактивна артилерійська батарея 27-го реактивного артилерійського полку, сили і засоби 3-го полку спеціального призначення та авіація Повітряних Сил ЗСУ).

В ході захоплення кургану з 27 липня були проведені рейдові дії батальйонної тактичної групи 25-ї повітряно-десантної бригади з району аеропорту «Краматорськ» в напрямку Дебальцеве – Шахтарськ. Основним завданням рейдового загону було зайняття вигідного плацдарму між містами Торез та Шахтарськ для забезпечення безперешкодного проходу батальйонної тактичної групи 95-ї аеромобільної бригади, яка висувалася з району Слов'янська для проведення рейдових дій в напрямку Дебальцеве – Савур-Могила.

Знищуючи на своєму шляху групи бойовиків, зазначений підрозділ на кінець доби зайняв вигідний плацдарм на східній околиці міста Шахтарськ та взяв під вогневий контроль ділянку місцевості протяжністю до 4 км між Шахтарськом та Торезом. Це дозволило скувати значні сили противника та майже безперешкодно здійснити висування двох батальйонних тактичних груп 30-ї та 51-ї механізованих бригад з району Кутейникове в напрямку населених пунктів Благодатне та Петрівське для підтримки дій штурмового загону 95-ї аеромобільної бригади.

Зранку 28 липня одночасно з двох різних напрямків розпочали висування підрозділи 30-ї та 51-ї бригад – у визначені райони, та 95-ї бригади – для штурму кургану Савур-Могила.

Після поповнення боєприпасів та дозаправлення військової техніки загони 95-ї бригади у взаємодії з першою бтгр 30 бригади провели штурм та захоплення кургану Савур-Могила. Завдяки вмілим діям і тактичним хитрощам вдалося взяти цю висоту без втрат.

У подальшому займані позиції на кургані Савур-Могила були передані батальйонній тактичній групі 51-ї механізованої бригади. Після чого 95 бригада у взаємодії з батальйонною тактичною групою 30-ї механізованої бригади висунулися для звільнення Степанівки.

При цьому підрозділи 51-ї механізованої бригади не змогли протягом наступного дня утримати займані позиції у зв'язку з постійними обстрілами

Савур-Могили артилерією Збройних сил Російської Федерації з її території. Курган знову повернувся під контроль бойовиків.

З метою повернення Савур-Могили 3 серпня силами ротної тактичної групи 51-ї механізованої бригади та загону спецпризначення (103 військовослужбовці) був проведений повторний штурм і встановлено контроль над Савур-Могилою. Це дозволило звузити коло ізоляції з південного напрямку, а саме блокувати з півдня міста Шахтарськ, Торез і Сніжне.

У секторі А – були проведені рейдові дії з району міста Лутугине в напрямку Ребрикове – Ровеньки. До операції залучалося до 1100 військовослужбовців 24-ї механізованої бригади (без 2-ї батальйонної тактичної групи, яка на той час виконувала завдання у секторі Д).

Завданням рейдових дій було заняття рубежу Лутугине – Ровеньки, а також з'єднання в районі м. Ровеньки з підрозділами 95-ї аеромобільної бригади, які на той час здійснювала рейдові дії по тилах противника в секторі Д, та підрозділами 24-ї і 72-ї механізованих бригад, які виконували завдання по охороні та обороні державного кордону на ділянці Зеленопілля – Довжанське – Червонопартизанськ – Ізварине з метою створення зовнішнього кола оточення бойовиків. В подальшому планувалося проведення блокування міста Ровеньки з півдня та південного сходу.

Рейдові дії розпочалися зранку 1 серпня 2014 року. Просуваючись у визначеному напрямку, підрозділи звільняли територію від бойовиків та закріплювалися на вигідних рубежах з обладнанням опорних пунктів та блокпостів. Противник весь час намагався зупинити просування підрозділів 24-ї механізованої бригади, влаштовуючи засідки та наносячи їм вогневе ураження із застосуванням важкої артилерії та реактивних систем залпового вогню (в тому числі – з території Російської Федерації). Противник застосовував таке озброєння, як реактивні системи залпового вогню «Ураган» та «Смерч» (дальність ураження – 35 км та 70 км відповідно).

На кінець 2 серпня 2014 року підрозділам 24-ї механізованої бригади під постійним вогневим впливом противника вдалося вийти на північну околицю Македонівки.

Одночасно противник здійснював інформаційний вплив на мирне населення тих населених пунктів, де закріпилися підрозділи 24-ї бригади. Зокрема, бойовики погрожували знищити їхні будинки артилерійським вогнем. Тому місцеві мешканці вимагали, щоб підрозділи сил АТО залишили ці населені пункти.

Враховуючи вищезазначене, а також збільшення інтенсивності ворожих обстрілів, що могло призвести до значних втрат особового складу, штаб АТО прийняв рішення про припинення рейдових дій та повернення у вихідне положення в район Лутугине – Георгіївка – Успенка.

Крім того, корективи у хід подальших дій внесли інші зміни в обстановці, що склалася, а саме:

- ведення важких боїв підрозділами 95-ї аеромобільної бригади в районі Степанівки не дало можливості продовжити виконання спланованих завдань у визначені терміни;

- ослаблений моральний дух та незадовільне матеріально-технічне забезпечення призвели до неспроможності виконання завдань 2-ю батальйонною тактичною групою 24-ї механізованої бригади та підрозділами 72-ї механізованої бригади, які діяли на ділянці державного кордону Зеленопілля – Довжанське – Червонопартизанськ – Ізварине. Це було пов'язане з постійним вогневим впливом з території Російської Федерації.

У секторі С – у зв'язку з погіршенням обстановки в районі виконання завдань батальйонної тактичної групи 25-ї повітряно-десантної бригади (східна околиця Шахтарська) штабом АТО було прийняте рішення про проведення рейдових та штурмових дій з району Дебальцеве в напрямку населених пунктів Контарне і Шахтарськ. Метою цих дій на початковому етапі було посилення батальйонної тактичної групи 25-ї повітряно-десантної

бригади, яка утримувала позиції на схід від Шахтарська. До операції було залучено 2-гу зведену батальйонну тактичну групу цієї ж бригади.

Проте 1-ша батальйонна тактична група вранці 31 липня здійснила прорив у південному напрямку. Під час відходу вона потрапила у засідку та понесла значні втрати у особовому складі, озброєні та військовій техніці.

На кінець 1 серпня 2-га зведена батальйонна тактична група 25-ї бригади досягла селища Контарне. Всього в ході рейдових та штурмових дій приймало участь 293 військовослужбовці. Але подальші бойові дії стали неможливими, у зв'язку з перекриттям ОБСЄ району катастрофи літака «Малазійських авіаліній» рейсу МН17. У ситуації, яка склалася, було прийнято рішення зайняти та утримувати тактичною групою вигідний рубіж. Протягом 1–7 серпня підрозділи утримували цей рубіж, чим обмежили постачання боєприпасів та інших матеріальних засобів противника в напрямку Донецька. В подальшому у зв'язку з погіршенням обстановки було прийнято рішення про їх відведення.

У секторі Д наступним кроком було проведено операцію по виведенню підрозділів Збройних Сил (24-ї, 51-ї, 72-ї механізованих бригад, 79-ї аеромобільної бригади) та Державної прикордонної служби з-під постійного вогню артилерії РФ на ділянці кордону Дмитрівка – Довжанське – Червонопартизанськ – Ізварине. До операції було залучено батальйонну тактичну групу та артилерійський дивізіон 95-ї аеромобільної бригади, батальйонну тактичну групу та реактивний артилерійський дивізіон 30-ї механізованої бригади, ротну тактичну групу 72-ї механізованої бригади, сили і засоби від 3-го полку спеціального призначення. Всього в ході операції приймало участь 1611 військовослужбовців.

Для її проведення підрозділами 95-ї аеромобільної бригади та 30-ї механізованої бригади протягом 1–5 серпня було взято під контроль Степанівку, що дало можливість підрозділам 95-ї бригади здійснити висування в напрямку Дмитрівки та скувати сили противника. Одночасно підрозділами 72-ї механізованої бригади протягом 6 серпня було наведено

переправу на р. Міус на відстані 3 км північніше Дмитрівки. З метою приховування місця переправи наведений міст було притоплено. Для здійснення переправи підрозділи 24-ї, 51-ї, 72-ї, 79-ї бригад та Державної прикордонної служби були розділені на колони. Під час заходу сонця почався вивід цих колон через переправу. У зв'язку з тим, що міст був притоплений, а особовий склад був невідготовлений до дій у цих умовах (у темряві складно було виявити місце заходу у воду для військової техніки) вдалося переправити лише одну колону.

У ситуації, яка склалася, було прийнято рішення про висування передового загону для пошуку броду, через який можливо переправитися на протилежний бік. Було знайдено стару дамбу, через яку здійснено переправу решти колон. Під час переправи противник намагався нанести вогневе ураження підрозділам, які готувалися до переправи. Але, завдяки вмілим діям командирів, техніка в районах очікування була розосереджена, що дало змогу уникнути значних втрат.

Протягом 6–7 серпня на правий берег р. Міус було виведено до п'яти батальйонів зі складу 24-ї, 51-ї, 72-ї та 79-ї бригад ЗСУ та Державної прикордонної служби, які обороняли державний кордон. Це близько 3 тисяч осіб та понад 250 од. техніки. Втрати за весь період операції (один тиждень) – 74 поранені та 11 загиблих. Безпосередньо під час виходу втрат не було.

У секторах А і Д – 8-11 серпня проведено операцію по «пробиванню» коридору на ділянці Степанівка – Красний Луч – Червона Поляна – Лутугине, з метою створення зовнішнього кола ізоляції та заборони постачання незаконним збройним формуванням зброї та боєприпасів, а також забезпечення безперешкодного проходження українських військових конвоїв.

До проведення залучалися батальйонна тактична група та артилерійський дивізіон 95-ї аеромобільної бригади, 1-ша, 2-га батальйонні тактичні групи, реактивний та артилерійський дивізіони 30-ї механізованої бригади. Всього – 1973 військовослужбовці.

Для продовження рейдових дій здійснено заміну батальйонної тактичної групи 95-ї аеромобільної бригади та 1-ї батальйонної тактичної групи 30-ї механізованої бригади в районі Степанівки. Блокпости та опорні пункти було передано 3-й батальйонній тактичній групі та танковому батальйону 30-ї бригади.

В подальшому здійснено рейд в напрямку міста Красний Луч, в ході якого противник втратив велику кількість особового складу, озброєння та військової техніки.

Для утримання вигідного рубежу в районі міста Міусинськ було направлено 7-му роту 72-ї механізованої бригади, яка разом з 1-ю батальйонною тактичною групою 30-ї бригади забезпечувала коридор на ділянці Степанівка – Красний Луч. Під час рейдових дій розвідкою було виявлено присутність на території України особового складу підрозділів Збройних сил Російської Федерації, які були без документів та розпізнавальних знаків.

Перші зіткнення з підрозділами Збройних сил Російської Федерації, які діяли під виглядом бойовиків, відбулися під час боїв підрозділів 95-ї аеромобільної та 30-ї механізованої бригад в районі міст Красний Луч і Міусинськ.

Просуваючись на північ, підрозділам 95-ї бригади вдалося «перерізати» автошлях між містами Красний Луч та Антрацит, по якому здійснювалося постачання бойовиків, та виставити блокпости на загрозливих напрямках.

Одночасно назустріч батальйонній тактичній групі 95-ї бригади з півночі у напрямку Красна Поляна – Красний Луч висунулися підрозділи 2-ї батальйонної тактичної групи 30-ї бригади, які успішно виконали поставлені завдання та з'єдналися в районі міста Красний Луч з підрозділами 1-ї батальйонної тактичної групи тієї ж бригади, тим самим замкнувши зовнішнє коло оточення.

Розуміючи, що на той час у сил АТО були відсутні резерви, було прийнято рішення про виведення батальйонної тактичної групи 95-ї бригади

в район Дебальцевого шляхом здійснення рейду по тилах противника в напрямку Красний Луч – Дебальцеве.

Батальйонна тактична група 95-ї бригади за дуже короткий проміжок часу, подолавши по тилах противника понад 90 км, знищуючи на своєму шляху всі його комунікації від Красного Луча до Дебальцевого, повернулася у вихідний район біля Слов'янська. Загалом протягом рейдових дій було подолано понад 400 км, із них 170 км з боями.

У секторі А в цей час практично було завершено блокування Луганська і взяття під контроль населених пунктів Лутугине, Георгіївка, Новосвітлівка і Хрящувате. Єдиним шляхом забезпечення бойовиків, що перебували в Луганську, залишався східний напрямок – вздовж річки Сіверський Донець через так званий «курган Князя Ігоря».

Станом на 12 серпня були проведені успішні операції, спрямовані на розрив комунікацій угруповань бойовиків та підрозділів, які підтримували їх з боку Російської Федерації, та практично завершено створення зовнішнього кола їх блокування по рубежу Луганськ – Георгіївка – Лутугине – Красна Поляна – Красний Луч – Міусинськ – Степанівка.

У секторі С проведено операцію підрозділів Збройних Сил спільно з підрозділами Національної гвардії по взяттю під контроль населених пунктів Вуглегірськ, Олександрівське, Ольховатка, Булавинське з метою звуження кола ізоляції та блокування Горлівки зі сходу. До їх проведення від Збройних Сил залучалися зведена батальйонна тактична група 25-ї бригади, артилерійський дивізіон 26-ї артилерійської бригади, реактивна артилерійська батарея 27-ї реактивного артилерійського полку та авіаційна група армійської авіації. Всього до операції було залучено 562 військовослужбовці.

Зранку 12 серпня підрозділи 25-ї бригади спільно з підрозділами Національної гвардії висунулися вздовж залізничного полотна з району Дебальцево в напрямку Вуглегірська. На підходах до Вуглегірська по підрозділах бригади було відкрито вогонь зі стрілецької зброї та



гранатометів, але десантники нанесли вогневе ураження противнику, знищили блокпост бойовиків і увійшли у місто. На кінець дня підрозділи вийшли на західну околицю міста та закріпилися на панівних висотах. В подальшому здійснення контролю за містом було передано підрозділам Національної гвардії.

13 серпня підрозділи 25-ї бригади, не зустрічаючи опору з боку бойовиків, взяли під контроль населені пункти Олександрівське, Ольховатка та Булавинське. Проведення цієї операції дало змогу звузити коло ізоляції та блокувати Горлівку зі східного напрямку, а Єнакієво – з півночі.

Таким чином, на середину серпня були створені умови для блокування бойовиків в районах міст Горлівка, Алчевськ, Стаханов, Луганськ та Донецьк, що дозволяло сподіватися на успішне завершення антитерористичної операції до середини вересня.

#### Другий етап

(друга половина серпня – початок вересня)

Штаб АТО розробив замисел, яким передбачалося створити зовнішнє коло ізоляції по рубежу Станиця Луганська – аеропорт «Луганськ» – Лутугинское – Ребрикове – Ровеньки – Дякове – Дмитрівка – Степанівка – Савур-Могила. Таким чином, для припинення постачання озброєння та нових бойовиків із РФ, планувалося створити певну «буферну зону» між контрольованими бойовиками територіями, з одного боку, та кордоном із Російською Федерацією – з іншого. Водночас такий задум дозволяв захистити сили АТО від обстрілів з боку РФ, оскільки лінія ізоляції була віддалена від кордону на відстань, недосяжну для більшості артилерійських засобів.

В подальшому передбачалося звузити коло ізоляції основних груп бойовиків та змусити їх скласти зброю або знищити (у разі подальшого опору).

Однак, вторгнення Збройних сил РФ 24 серпня 2014 року на територію України та порушення нею міжнародного права, змусило відмовитися від реалізації цього замислу.

Хронологія подій під час проведення антитерористичної операції у цей період була наступною.

У ніч з 13 на 14 серпня, внаслідок несвоєчасного зайняття визначених районів, позицій, неналежного обладнання опорних пунктів, через паніку після вогневого впливу противника, особовий склад 30-ї механізованої бригади (без 1-го та 2-го батальйонів), а також частина сил 51-ї механізованої бригади та 7-ма рота 72-ї механізованої бригади здійснили відхід із займаних позицій в районах населених пунктів Міусинськ, Степанівка та Григорівка.

Цей відхід, за розповідями свідків, фактично перетворився на втечу. Так утворилися прогалини у лінії зовнішнього кола блокування, які не контролювалися рештою військ, що залишилися на своїх позиціях.

Більшість особового складу 30-ї бригади перебувала у панічному стані, відмовлялася виконувати будь-які накази та самостійно відбула до базового табору у Запорізькій області та пункту постійної дислокації у місті Новоград-Волинський (Житомирська область).

За таких умов практично неможливо було забезпечити підтримку підрозділів, які знаходилися в районі кургану Савур-Могила і могли здійснювати корегування вогню артилерії. Довелося дуже швидко проводити уточнення порядку управління військами в зоні проведення АТО.

У зв'язку з відсутністю можливості здійснювати забезпечення та вогневу підтримку з південного напрямку було прийнято рішення про поступове припинення виконання завдань підрозділами 30-ї механізованої бригади на визначених опорних пунктах та підпорядкування її (без одного батальйону) керівнику сектору А.

З відходом 7-ї роти 72-ї та зведеної батальйонної тактичної групи 51-ї механізованих бригад із займаних позицій, у підпорядкуванні сектору Д фактично не залишилося сил і засобів, спроможних виконати весь обсяг

завдань. Попри це, вживалися всі можливі заходи для стабілізації ситуації на цій ділянці лінії зіткнення в районі населених пунктів Степанівка, Мар'їнка, територія на захід від кургану Савур-Могила, Благодатного та Амвросіївки. Для цього туди був направлений тактичний десант зі складу 25-ї повітряно-десантної бригади із завданнями взяти під контроль ситуацію в районі Благодатного. Також було спрямовано декілька груп спеціального призначення та зведений загін добровольців чисельністю 100 осіб зі складу 42-го батальйону територіальної оборони для посилення підрозділів на кургані Савур-Могила. В подальшому зазначений загін 42-го батальйону виконував завдання по сприянню силам і засобам в районі Іловайська.

У свою чергу, бойовики при підтримці далекобійної артилерії та реактивних систем залпового вогню Збройних сил Російської Федерації, які діяли зі своєї території, не перетинаючи державний кордон з Україною, продовжували наносити вогневе ураження по підрозділах в районі кургану Савур-Могила та населених пунктів Петрівське, Амвросіївка, Сонцеве.

При цьому застосування авіації було суттєво обмежено у зв'язку із використанням бойовиками засобів протиповітряної оборони, насамперед ПЗРК. Літаки та вертольоти були фактично нейтралізовані. Загальні втрати авіаційної техніки склали на середину серпня 11 літаків та 9 вертольотів.

У зв'язку з постійними обстрілами позицій наших підрозділів артилерією та РСЗВ з території Російської Федерації вогнева перевага була на стороні противника.

У секторі С з метою розвитку успіху підрозділів 25-ї повітряно-десантної бригади штабом АТО було сплановано проведення пошуково-ударних дій в напрямку Дебальцеве, Булавинське, Малоорлівка, Жданівка, Нижня Кринка.

Пошуково-ударні дії розпочалися 15–17 серпня. До їх проведення залучалися зведена батальйонна тактична група 25-ї бригади, артилерійський дивізіон 26-ї артилерійської бригади, реактивна артилерійська батарея 27-го

реактивного артилерійського полку та авіаційна група армійської авіації. Всього до пошуково-ударних дій було залучено 612 військовослужбовців.

В ході їх проведення в секторі С було створено плацдарми у районах Жданівки та Нижньої Кринки. У подальшому передбачалося діями у напрямку міста Зугрес перекрити трасу Н-21, яка з'єднує Донецьк та Луганськ, що фактично була єдиним шляхом постачання боєприпасів, озброєння, військової техніки та інших матеріальних засобів угрупованню бойовиків в районі Донецька.

Фактично це була дорога життя т.зв. «ДНР» тому що з півночі, заходу та півдня Донецьк був блокований українськими підрозділами. Встановленням блокпостів по коридору північніше Донецька в напрямку на Верхню Кринку було припинено сполучення між Донецьком і Горлівкою.

В секторі А 18–19 серпня проведено штурмові дії підрозділів Збройних Сил з метою закріплення на ділянці автошляху М-04 у районі Новосвітлівки та Хрящуватого та блокування Луганська з південного сходу. До їх проведення залучалися підрозділи 24-го окремого штурмового батальйону, 24-ї механізованої та 80-ї аеромобільної бригад. Усього до пошуково-ударних дій було залучено до 600 військовослужбовців.

У секторі Б 19–20 серпня було взято під контроль місто Ясинувата. До їх виконання залучалися підрозділи 93-ї механізованої та батальйонна тактична група 95-ї аеромобільної бригади. Всього для звільнення Ясинуватої було залучено 315 військовослужбовців.

Зранку 19 серпня підрозділи 95-ї бригади здійснили марш з району Слов'янська та зосередилися у вихідному районі для проведення штурмових дій. Протягом дня підрозділи 95-ї бригади спільно зі зведеним взводом 93-ї механізованої бригади, не зустрічаючи сильного опору з боку противника, внаслідок несподіваного для нього напрямку дій, понесли незначні втрати та зайняли вигідні об'єкти в центральній частині міста.

У ніч на 20 серпня місто було передано під контроль підрозділам Національної гвардії, які у подальшому під натиском противника не змогли утримати Ясинувату і місто знову перейшло під контроль бойовиків.

Окремо необхідно зупинитися на особливостях та відмінностях операції по звільненню Іловайська (24–29 серпня) від інших операцій.

Встановлення контролю над Іловайськом розглядалося як одне з тактичних завдань, що виконувалися підрозділами сектору Б.

До взяття під контроль Іловайська, крім підрозділів Збройних Сил, були залучені частини Національної гвардії. Також за погодженням з керівництвом сектору в операції брали участь підрозділи добровольців, які не входили до складу Збройних Сил, інших військових формувань та правоохоронних органів та не підпорядковувалися ні штабу АТО.

Підрозділи Збройних Сил та Національної гвардії перебували на офіційному обліку в штабі АТО, тому їх можливо було оцінити як з точки зору бойових можливостей, так і з точки зору перспектив застосування. Добровольчі батальйони за цими параметрами було неможливо оцінити, тому що вони не входили до складу сил і засобів АТО. І хоча вони називали себе батальйонами, насправді це були підрозділи, що реально налічували декілька взводів або декілька рот (загальна чисельність – від 20 до 150 чоловік). Також добровольці не мали на озброєнні важкої техніки.

У звільненні Іловайська брали участь шість добровольчих підрозділів (загонів) загальною чисельністю 397 осіб («Донбас» – 192 особи, «Дніпро-1» – 78 осіб, «Світязь» – 23 особи, «Миротворець» – 52 особи, «Херсон» – 27 особи, «Івано-Франківськ» – 25 особи).

Попри високу вмотивованість бійців, рівень їх навченості – як загальний, так і по управлінню підтримуючими підрозділами – був низький. Рівень їх організованості також не сприяв ефективному виконанню завдань. Добровольчі підрозділи входили та виходили з бою на розсуд їх командирів. Вони, зазвичай, заходили в населений пункт і, наразившись на опір

противника, виходили. Це повторювалося декілька разів. Причиною цього був низький рівень тактичної підготовки та відсутність маневру. В таких умовах взяти під контроль Іловайськ не вдалося.

24 серпня у секторі Д, після артилерійського обстрілу з території РФ, залишив свої позиції 5-й батальйон територіальної оборони, який виконував завдання по посиленню ділянок державного кордону на рубежі Кутейникове – Мокроеланчик, виставивши блокпости на загрозованих напрямках. Тим самим було оголено правий фланг наших військ. Особовий склад батальйону залишив зону бойових дій і самовільно повернувся до місця постійної дислокації в Івано-Франківській області.

Такі дії сприяли утворенню прогалин на державному кордоні і, як наслідок, вторгненню підрозділів збройних сил РФ. Їх приховане вторгнення розпочалося 24 серпня 2014 року. Практично не зустрічаючи опору, вони через Амросіївку та Кутейникове просунулися в напрямку Іловайська. З цього моменту співвідношення сил і засобів сторін змінилося на користь противника. При цьому, російські військовослужбовці не мали документів та розпізнавальних знаків на обмундируванні і військовій техніці.

Розвідувальна інформація про перетин державного кордону України колонами військової техніки Збройних сил РФ почала надходити до штабу АТО та Генерального штабу 25 серпня 2014 року. Остаточо факт вторгнення регулярних підрозділів РФ було підтверджено 26 серпня після захоплення у полон військовослужбовців повітряно-десантних військ ЗС РФ.

На той час на територію України було введено до 8 батальйонних тактичних груп збройних сил Російської Федерації:

– на Луганському напрямку – чотири (змішана БТГр від 61-го окремого полку морської піхоти та 200-ї окремої мотострілецької бригади Північного флоту Західного ВО, дві БТГр від 104-го десантно-штурмового полку 76-ї десантно-штурмової дивізії та 20-ї окремої мотострілецької бригади

Південного ВО, БТГр від 247-го десантно-штурмового полку 7-ї десантно-штурмової дивізії повітрянодесантних військ);

– на Донецькому напрямку – чотири (БТГр від 247-го десантно-штурмового полку 7-ї десантно-штурмової дивізії повітрянодесантних військ, дві БТГр зі складу 331-го повітрянодесантного полку 98-ї повітрянодесантної дивізії та 19-ї окремої мотострілецької бригади Південного ВО, БТГр 56-ї окремої десантно-штурмової бригади повітрянодесантних військ).

Зазначені батальйонні тактичні групи були посилені підрозділами спеціального призначення зі складу: 10-ї та 22-ї окремих бригад спеціального призначення Південного ВО; 346-ї окремої бригади спеціального призначення та 25-го окремого полку спеціального призначення 49 А Південного ВО; 24-ї окремої бригади спеціального призначення Центрального ВО та 45-го окремого полку спеціального призначення повітрянодесантних військ, а також 8-ї окремої мотострілецької бригади 58-ї А Південного ВО.

Загалом угруповання збройних сил РФ нараховувало: особового складу – понад 6 тис. осіб; танків – до 70 од.; бойових броньованих машин – до 270 од.; артилерійських систем – до 90 од.; РСЗВ – до 85 од.

З метою стабілізації обстановки та утримання зайнятих позицій керівництвом АТО було прийнято рішення про направлення в зазначений район ротних тактичних груп 92-ї та 93-ї механізованих бригад, двох артилерійських батарея 55-ї артилерійської бригади, висадки десанту 95-ї аеромобільної бригади та батальйонної тактичної групи 72-ї механізованої бригади.

З приводу дій цих підрозділів було багато спекуляцій одразу після завершення подій. Матеріали службових розслідувань свідчать, що причини невиконання завдань полягали в неналежному управлінні та психологічній неготовності особового складу.

Так, штабом АТО тричі ставилися завдання 3-й батальйонній тактичній групі 72-ї механізованої бригади вийти на визначені рубежі для зайняття

оборони. І жодного разу ці завдання не були виконані у зв'язку з невиходом у визначений район у встановлені терміни, чим суттєво були обмежені можливості виконання завдань іншими підрозділами в районі Іловайська.

В доповнення до самовільного відходу зведеної батальйонної тактичної групи 51-ї механізованої бригади з кургану Савур-Могила, з подальшим залишенням Степанівки 3-м батальйоном, танковим батальйоном та іншими підрозділами 30-ї механізованої бригади, додалися дії ротної тактичної групи 92-ї механізованої бригади, яка також припинила виконання завдань. Підрозділ 93-ї механізованої бригади, який висувався на допомогу підрозділам в районі кургану Савур-Могила, також не виконав поставлені завдання.

В той час, як деякі підрозділи сил АТО зтягували та уникали під будь-яким приводом виконання визначених завдань, інші – в районі Іловайська – піддавалися масованим вогневим обстрілам противника.

Дві гаубичні артилерійські батареї 55-ї артилерійської бригади, які були направлені в район міста Старобешеве для підтримки Іловайського угруповання, не здійснили жодного пострілу і внаслідок відсутності маневру та тривалого знаходження на одному місці, були практично знищені противником. Незважаючи на це, для вогневої підтримки підрозділів та вогневого впливу на противника в районі Іловайська в розпорядженні штабу АТО залишалось достатньо сил і засобів.

Вищеописані дії призводили до втрати ініціативи, давали можливість бойовикам та РФ нарощувати і посилювати свої угруповання в районі Іловайська, перекидати туди додаткові сили з інших ділянок. Крім цього, незаконні збройні формування, що підтримувалися росіянами в районі населених пунктів Успенка, Амросіївка та Кутейникове, мали можливість нарощувати свої зусилля, забезпечувати засилання ДРГ в тил наших військ за вогневої підтримки з території РФ.

З втратою управління штабом сектору Д, самовільним відходом значної частини підпорядкованих сил і засобів, неможливістю виконувати весь обсяг



завдань тими силами і засобами, що залишилися, було прийнято рішення про розформування сектору Д.

Починаючи з 24 серпня 2014 року, відповідно до оперативної директиви штабу АТО, керівником сектору Б було розпочато прийом в оперативне підпорядкування військових частин і підрозділів сектору Д.

Сили і засоби, які залишилися від сектора Д після його розформування і були спроможні виконувати завдання, були направлені на посилення підрозділів, що виконували завдання в Іловайську.

Підрозділи 51-ї, 28-ї механізованих бригад та ротної тактичної групи 93-ї механізованої бригади, які втратили боєздатність і увійшли до складу сектора Б, не могли забезпечити стійку оборону рубежів та позицій.

З метою стабілізації обстановки, 3-я батальйонна тактична група 72-ї механізованої бригади та 1-а бригада оперативного призначення Національної гвардії повинні були вийти у визначені райони та перейти до оборони рубежу Кутейникове – Старобешеве – Комсомольське. Ці завдання у повному обсязі не були виконані, що призвело до оголення правого флангу нашого угруповання.

З урахуванням кількісного складу сил і засобів угруповання в районі Іловайська для сковування угруповання противника, нанесення йому вогневого ураження та недопущення виходу у фланг і тил наших військ в районі Маріуполя, керівництво АТО прийняло рішення продовжити спеціальні дії в районі Іловайська.

В подальшому, враховуючи, що обстріли з боку бойовиків та підрозділів Збройних сил Російської Федерації не припинялися, у підрозділів сил АТО закінчувалися боєприпаси, а командири добровольчих підрозділів, не бажаючи тримати оборону в місті, в ультимативній формі вимагали негайного відходу, штаб АТО розробив замисел з деблокування цього угруповання.

На той момент у резерві перебувало до півтора аеромобільного батальйона (близько 800 осіб). Зазначеним замислом передбачалося залучити

для деблокування угруповання в районі Іловайська 79-у та 95-у аеромобільні бригади з додатковою чисельністю близько 2 тисяч осіб, нанести ураження угрупованню військ Збройних сил Російської Федерації та закінчити виконання спеціальних дій у районі Іловайська. Але, у зв'язку з тим, що підрозділи (3-я батальйонна тактична група 72-ї механізованої бригади), які прибули на посилення сектору Б, не виконали завдання з захоплення і утримання визначеного рубежу та затримкою підходів резерву 79-ї аеромобільної бригади, було прийнято рішення провести цю операцію 1–2 вересня 2014 року. Водночас затримка проведення операції з деблокування була пов'язана з різким загостренням обстановки у районі Луганська, де внаслідок вторгнення чотирьох батальйонних тактичних груп Збройних сил РФ створилася реальна загроза блокування наших військ в районі населених пунктів Лутугине та Георгіївка з подальшим виходом в тил нашому угрупованню в районі міста Дебальцеве.

Активна фаза бойових дій між нашими військами та підрозділами Збройних сил Російської Федерації і підтримуваними ними бойовиками відбулася 25–26 серпня. Враховуючи завдані їм втрати, було зроблено висновок, що вони будуть уникати втягування у затяжні бої. З одного боку, це пояснювалося загрозою збільшення втрат, які важко було б приховати від суспільства, а з іншого – могло бути розцінено міжнародною спільнотою як акт агресії проти України та використано для застосування санкцій. Тому Російською Федерацією були застосовані дипломатичні шляхи для припинення бойових дій та ведення вогню.

Не припиняючи обстрілювати українські війська в районі Іловайська, російська сторона запропонувала їм припинити опір, скласти зброю, здати військову техніку і вийти з оточення. Такі умови були відхилені. В подальшому, була досягнута домовленість керівництва сектору Б з представниками Збройних сил РФ про вихід з технікою та зброєю. Згідно з домовленістю, на світанку 29 серпня 2014 року після прибуття 2 БТРів зі складу Збройних сил РФ (один в Многопілля, другий – в Агрономічне)

передбачалося здійснити супровід за двома маршрутами двох колон українських підрозділів до рубежу Старобешево – Новокатеринівка.

Близько шостої ранку 29 серпня в район Многопілля прибув БТР зі складу Збройних сил РФ, де російським офіцером було повідомлено начальнику розвідки оперативного командування «Південь», що умови виходу змінено і вони дозволять вихід українських підрозділів за одним маршрутом, який вони вкажуть, та без зброї, боєприпасів, бойової та іншої техніки. На запитання українського офіцера: «В чому причина зміни домовленості?», російський офіцер телефонував невстановленому абоненту та декілька разів відтягував час по півгодини. Зрештою, було підтверджено дозвіл на вихід сил АТО з захопленим озброєнням. За цей час підрозділи збройних сил Російської Федерації зайняли вигідні позиції та під час виходу впритул розстріляли колони українських військ, які виходили з Іловайська. Незважаючи на надзвичайно критичні обставини, багато українських бійців прийняли цей нерівний бій і знищили значні сили та засоби ЗС РФ. Одночасно керівництвом АТО було задіяно літаки для ураження супротивника. В ході нанесення ударів один літак був уражений. Льотчик катапультивався. Завдяки героїчним діям українських льотчиків було надано приблизні координати розташування російських військ і по них було нанесено ураження артилерією сил АТО.

Генеральний штаб ЗСУ наголошує, що це не був прорив із оточення. Інакше українські війська не йшли б колонами, а проривалися б найбільш безпечними напрямками та здійснювали його вночі декількома маршрутами у відповідному бойовому порядку на широкому фронті. На практиці цього не було, оскільки це був вихід під гарантії російської сторони. Таким чином, ці дії військових РФ повинні кваліфікуватися як військовий злочин. Детальний аналіз з індивідуальними свідченнями учасників Іловайської операції Генеральний штаб планує оприлюднити найближчим часом.

Водночас, решта підрозділів АТО, які діяли на інших ділянках, нанесли вогневе ураження противнику та зупинили його просування. Це дозволило

стабілізувати обстановку на рубежі Маріуполь – Оленівка – Докучаївськ і не допустити оточення Маріуполя. Натомість, підрозділи 1-ї бригади оперативного призначення Національної гвардії не змогли утримати місто Комсомольське та залишили його.

Резерви наших військ, які були створені на той час, були задіяні на інших найбільш загрозливих напрямках, а саме у секторі С в районі міста Дебальцеве та у секторі А в районі села Бахмутівка біля Луганська.

У секторі А (26–27 серпня) штабом АТО було сплановано та проведено штурмові дії в напрямку кургану Гостра Могила, та південної околиці Станиці Луганської. До їх проведення були залучені батальйонна тактична група 80-ї аеромобільної бригади, рота 128-ї гірсько-піхотної бригади, танкова рота 1-ї танкової бригади, реактивний дивізіон 107-го реактивного полку та реактивна артилерійська батарея 27-го реактивного артилерійського полку, дві артилерійські батареї 26-ї артилерійської бригади. Всього до їх проведення залучалося 570 військовослужбовців.

У цілому підрозділам Збройних Сил вдалося виконати поставлені у секторі А завдання. Але натиск бойовиків за підтримки батальйонних тактичних груп збройних сил Російської Федерації змусили підрозділи Збройних Сил відійти з району аеропорту «Луганськ».

Таким чином, на початок вересня у зв'язку з вторгненням підрозділів ЗС РФ визначені завдання у повному обсязі виконати не вдалося. У той же час стратегічні позиції залишилися під контролем сил АТО. Бої під Іловайськом, утримання Бахмутської траси біля Луганська, рейд на схід від Маріуполя та на інших напрямках зірвали ворожі плани широкого прориву і взяття під контроль багатьох стратегічних об'єктів.

Після відходу підрозділів Збройних Сил та добровольчих батальйонів з Іловайська та невиконання завдань іншими підрозділами по виходу на рубіж Старобешеве – Комсомольське операція з деблокування Іловайська втратила доцільність. У зв'язку з цим штабом АТО було розроблено новий замисел

операції для проведення рейдових дій на території, зайнятій підрозділами Збройних сил Російської Федерації та бойовиками.

Замисел передбачав зачистку вихідного району Новотроїцьке – Оленівка – Волноваха, проведення рейдових дій в напрямку Гранітне – Тельманове – Новоазовськ силами 79-ї та 95-ї аеромобільних бригад. Кожна бригада висувалася за свої маршрутом із завданнями порушення комунікацій противника, нанесення ураження його тиловим об'єктам, ліквідації баз бойовиків та забезпечення сприятливих умов нашим військам, які закріплювалися східніше Маріуполя та вздовж р. Кальміус.

В ніч з 2 на 3 вересня, було здійснено марш 79-ї та 95-ї аеромобільних бригад (з районів Краматорська та Слов'янська відповідно) у вихідні райони для проведення ударно-пошукових дій: 79-ї аеромобільної бригади – в район Добропілля; 95 бригади – в район Березівки. Протягом 3 вересня штурмовими загонами цих бригад були проведені ударно-пошукові дії у визначених районах та звільнені від бойовиків Вугледар, Володимирівка, Благодатне, Оленівка, Миколаївка, Докучаївськ та Новотроїцьке. Під час проведення цих дій було виявлено та знищено велику кількість військових ЗС РФ, їх озброєння та військової техніки. В подальшому штурмові загони під покровом ночі зосередилися у вихідних районах для проведення демонстраційних дій (79-а бригада – Привілля; 95-а бригада – Миколаївка).

Починаючи з дев'ятої години ранку цими підрозділами були проведені демонстраційні дії в напрямку Волноваха – Маріуполь та у зворотному напрямку. Після їх проведення штурмові загони 79-ї, 95-ї аеромобільних бригад до кінця дня зосередилися у вихідних районах для проведення рейдових дій 5 вересня: 79-а бригада – Привілля; 95-а бригада – Гранітне.

Для сприяння діям 79-ї та 95-ї аеромобільних бригад в ході рейдових дій було сплановано проведення пошуково-ударних дій в напрямку Маріуполя і Новоазовська підрозділів 23-го батальйону територіальної оборони, Національної гвардії при підтримці 2-ї батальйонної тактичної групи 17-ї танкової бригади та дії підрозділів 1-ї бригади оперативного

призначення Національної гвардії (до 100 осіб) по звільненню міста Тельманове з району Гранітного.

Зранку 5 вересня, використовуючи результати вогневого ураження, при підтримці артилерії загальної та безпосередньої підтримки, штурмові загони 79-ї, 95-ї аеромобільних бригад здійснили перехід річки Кальміус та приступили до рейдових дій за двома маршрутами.

Одночасно підрозділи 23-го батальйону ТрО у взаємодії з танковою ротою другої батальйонної тактичної групи 17-ї танкової бригади та підрозділами Національної гвардії розпочали ударно-пошукові дії в напрямку Маріуполя та Новоазовська.

В ході рейдових дій штурмовими загонами 79-ї та 95-ї аеромобільних бригад у взаємодії з підрозділами Національної гвардії було нанесено вогневе ураження бойовикам і підрозділам Збройних сил Російської Федерації та порушено їх комунікації. В районі міста Тельманове знищено значну кількість бойовиків та зброї.

Противник намагався нанести вогневе ураження по підрозділах, які здійснювали рейдові дії, але умілі дії командирів бригад, які особисто брали участь та керували діями своїх підлеглих, дозволили виконати завдання майже без втрат.

На виконання цього рішення штурмові загони 79-ї та 95-ї аеромобільних бригад були виведені через річку Кальміус у вихідні райони для проведення рейдових дій.

Крім того, під час проведення рейдових дій противнику в районах Іловайська, Кутейникового, Старобешевого було нанесено потужне вогневе ураження, в ході якого він поніс значні втрати в особовому складі, озброєнні та військовій техніці. До вогневого ураження противника було залучено: ракетний дивізіон 19-ї ракетної бригади; гаубичний артилерійський дивізіон 55-ї артилерійської бригади; три реактивні артилерійські батареї 27-ї реактивного артилерійського полку, 72-ї механізованої та 17-ї танкової бригад; самохідна артилерійська батарея 17-ї танкової бригади.

Проведені рейдові дії довели, що у складі сил та засобів, які залучалися до проведення АТО, був достатній резерв, спроможний нанести ураження противнику, зірвати його плани з оточення та захоплення Маріуполя.

Водночас рішення, прийняте на вищому рівні, про припинення вогню з 18.00 5 вересня 2014 року не дало змоги до кінця виконати завдання в ході рейдових дій – просунути в напрямку Новоазовська та здійснити його звільнення.

#### Висновки

Аналіз подій серпня–вересня 2014 року свідчить, що на першому етапі, до збройного вторгнення Збройних сил РФ, завдання, визначені штабом АТО, в основному були виконані.

Вдалося здійснити ізоляцію території, яка була підконтрольна бойовикам. В подальшому, шляхом проведення наступальних, рейдових, пошуково-ударних, штурмових, спеціальних дій Збройними Силами у взаємодії з Національною гвардією вдалося «розрізати» територію, підконтрольну бойовикам, на кілька частин, локалізувати окремі угруповання та знищити їх з мінімальними втратами особового складу сил АТО. Також вдалося не допустити значних жертв серед мирного населення.

Частково вдалося відрізати бойовиків від кордону з Російською Федерацією. Таким чином було значно ускладнено постачання зброї, боєприпасів та бойовиків з боку РФ.

Також вдалося не допустити обстрілів російської території з українського боку, щоб не дати Російській Федерації формального приводу для початку агресії проти України. Адже на той час Збройні Сили України не мали достатніх сил і засобів для оборони у разі повномасштабного вторгнення.

Низка поразок та самовільних відступів окремих підрозділів викрили суттєві недоліки мобілізації та підготовки, озброєння та всебічного забезпечення військ.

Частину вищевказаних проблем вдалося вирішити завдяки суттєвій підтримці українського народу через волонтерів.

Основною причиною зміни співвідношення сил і засобів на користь противника, яке призвело до втрат особового складу і техніки, стало вторгнення підрозділів Збройних сил Російської Федерації на територію України.

Однак, незважаючи на це, Збройні Сили України спільно з Національною гвардією та за участі добровольчих підрозділів зупинили поширення агресії, зірвали плани керівництва Російської Федерації з захоплення південно-східних областей України та втримали стратегічно важливі населені пункти – Станицю Луганську, Щастя, Северодонецьк, Лисичанськ, Дебальцеве, Артемівськ, Слов'янськ та Маріуполь.

В подальшому, завдяки досягненню відносного перемир'я, вдалося значно покращити стан справ у Збройних Силах України, зокрема, налагодити підготовку особового складу, управління, взаємодію, вдосконалити забезпечення, створити резерви, вирішити питання входження добровольчих підрозділів до складу Збройних Сил, Національної гвардії або їх перетворення на спеціальні батальйони Міністерства внутрішніх справ.