

УДК 159.99

ПСИХОЛОГІЯ СТРАХУ НА ВІЙНІ

О.Г. Сиропятов, доктор медичних наук, професор, голова Товариства біологічної психіатрії**Н.О. Дзеружинська**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця**В.В. Бодян**, майор медичної служби, начальник терапевтичного відділення військового госпіталя м.Дніпро (в/ч А 4615)**К.Ю. Марушенко**, майор медичної служби, старший викладач кафедри військової терапії Української військово-медичної академії

Резюме. У статті обговорюються різні емоційні стани, що виникають у військовослужбовців під час бою, їх дефініції, систематика та можливі заходи подолання.

Ключові слова: бойова втома, фрустрація, психічна напруженість, страх, паніка, психологічна підготовка військовослужбовців.

Вступ. Страх є одним з головних психологічних явищ, пізнання якого дозволить військовій психології довести свою спроможність. Страх на війні природний, багатоликий, усюдисущий, заразливий. Людський страх, на відміну від страху тварини, свідомий і екзистенційний. Є страх паралізуючий і страх, що переходить в бойове збудження [14]. Згідно з американськими даними, під час війни у В'єтнамі «виражений страх відчували 80-90% учасників бою». Генерал П. М. Краснов в роботі «Душа армії» підкреслює необхідність для попередження та подолання страху у військовослужбовців у бойовій обстановці знання основних положень психологічної та педагогічної науки, так як головною силою, успіхом битв є і буде людина, як воїн і боєць» [7]. У роботі «Дослідження бою» генерал М. М. Головін (1907) таким чином описував психічний стан людини в бою – перемогти і ухилитися від небезпеки. Він пише, що велике значення має воля і довільна увага бійця. Мужність – антитеза почуття страху. Головним завданням науки, що досліджує бій, на думку М.М. Головіна, є визначення того моменту, коли людина втрачає розум і коли мотиви його діяльності остаточно переносяться в область несвідомості (почуття, інстинкту). У боротьбу з афективним страхом тепер має вступити несвідоме: 1) навички,

доведені до автоматизму; 2) почуття, укорінені в афективному несвідомому, у вигляді патріотизму і солідарності. М.М. Головін далі пише: "...щоб ідея війни отримала достатню силу в характері бійця, вона повинна ґрунтуватися на національному почутті». Велике значення для подолання страху бійцями має широке використання командирами навіювання і сили особистого прикладу [3].

Таким чином, можна відзначити, що страх – це одна з головних цілей залякування, рушійних сил і знарядь збройного протиборства. Вітчизняний військовий психолог В. М. Полянський (1910) писав, що перемога і поразка в бою є величини суто психологічні і що достатньо вивести з ладу 17-20% особового складу, щоб змусити вцілілих бійців відмовитися від продовження бойових дій [12]. Американськими дослідниками встановлено, що у війнах ХХ століття війська зазнають психологічної поразки вже при 6% безповоротних втрат. Страх на війні повсюдний. Під час Другої світової війни 90% її учасників відчували страх, а 50% вегетативні прояви еквівалентні страху – неконтрольоване сечовипускання і діарею [1]. Зазначено, що контрольований страх має спонукальну силу, а неконтрольований страх є руйнівним. Посилюють страх такі фактори: час експозиції факторів страху, втома, попереднє вимушене

безсоння, почуття ізольованості, втрата управління бойовою ситуацією [8]. Німецький психолог Е. Дінтер вказував на різке зростання ступеня страху і втоми у бійців після 40 днів зіткнення з противником (цит. по [5]). Результати проведених психологами Дж. Аппелем і Г. Вібе досліджень послужили рекомендаціям для Пентагону обмежити термін перебування солдатів в зоні бойових дій 180 днями [20]. Під час бою воїни відчувають страх по-різному: 39% – до початку бою, 16% – після бою, 36% – безпосередньо в бою [17]. Через страх, як це зазначав С. Л. А. Маршалл, на досвіді Другої світової війни, прицільний вогонь ведуть тільки 15% солдатів [9].

У війнах останнього часу зростає кількість санітарних втрат психіатричного профілю. Наприклад, в арабо-ізраїльській війні 1973 року 1/3 втрат були викликана психологічними причинами. У сучасній війні звичайним озброєнням санітарні втрати психіатричного профілю можуть досягати 50% від загальної кількості всіх втрат. Дослідження показали, що як у чоловіків, так і у жінок вираженість клінічних проявів і психологічних порушень зростали в міру наростання ступеня тяжкості розладу. Виявлені відмінності клінічної картини розладу у чоловіків і жінок. Показано, що у чоловіків спостерігається велика стійкість до ризику розвитку розладу у віддаленому періоді у відповідь на вплив стресорів, але при розвитку розладу чоловіки мають тенденцію до більш тяжких його проявів. У жінок у віддаленому періоді після важкої психічної травми ризик розвитку ПТСР вище, але менш виражена інтенсивність клінічних і психологічних проявів розладу [15].

Травматичний стрес, пов'язаний з переживанням ситуацій, що загрожують життю і здоров'ю, у своєму повному вираженні проявляється посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Клінічна картина ПТСР включає симптоми вторгнення, симптоми уникнення, негативні зміни в когнітивній та емоційній сферах, а також значущі зміни збудливості і реактивності. Вперше даний розлад було включено в систему класифікації

психічних розладів у 1980 р., і протягом усього часу інтерес до цього розладу зростає, проводяться великі дослідження, в першу чергу у ветеранів бойових дій. У своєму дослідженні причин і механізмів ПТСР С. Heim, С. В. Nemeroff (2009) роблять висновок про те, що симптоми ПТСР можна вважати відображенням викликаних стресом змін нейробіологічних систем при екстремальному стресі [19]. Велике значення, при цьому, відводиться неадекватній адаптації нейросистем. Виявлено, що у пацієнтів з ПТСР спостерігаються порушення гіпоталамо-гіпофізарної-адреналової системи (ГГАС) у відповідь на стресори. У дослідженнях R. Yehuda et al. (1998) продемонстровано, що ризик розвитку ПТСР вищий у тих пацієнтів, у яких була виявлена в гострий посттравматичний період нижча концентрація кортизолу [21]. В рамках нейроанатомічного підходу до дослідження ПТСР доведені порушення в гіпокампі. Структурно-анатомічні дослідження пацієнтів з ПТСР показали зменшення обсягів гіпокампу у цієї групи порівняно з групою норми. Там, де було виявлено зниження обсягу гіпокампу, воно становило від 5% до 26% і відрізнялося білатеральністю [18]. Очевидно, тривалий вплив стресу і пов'язаний з ним високий рівень глюкокортикоїдів можуть в результаті порушень нейрогенеза пошкоджувати гіпокамп, приводячи до зниження розгалуженості дендритів і щільності дендритних шипиків, багатих синапсами [19]. Ще однією структурою, задіяною в регуляції нейробіологічної реакції на стрес, є медіальна префронтальна кора (mPFC), яка відіграє значну роль в погашенні стрес-реакцій і емоційній реактивності, гальмуванні вивченого страху. У хворих з ПТСР знижений обсяг префронтальної кори, включаючи передню поясну звивину (ACC). В цілому, сучасний стан досліджень ПТСР свідчить про те, що центральними нейробіологічними характеристиками ПТСР є наступні зміни: 1) зміни функціонування ГГАС; 2) зміна нейрохімічних параметрів; 3) зрушення в роботі серотонінергічної, ГАМК-ергічної, глутаматергічної, нейропептида Y і опіоїдних

систем; 4) структурні зміни гіпокампу та передньої поясної звивини; 5) підвищена реактивність амігдали; 6) знижена активність префронтальної кори [19].

Разом з тим, незважаючи на достатньо велику кількість досліджень, проведених у рамках нейроанатомічного підходу, чітке пояснення причинно-наслідкового зв'язку між специфікою функціонування цих двох областей мозку (гіпокампу та префронтальної кори) і розвитку ПТСР на даний момент відсутнє. Більш інформативними з точки зору нейробиології ПТСР і поведінкових розладів можуть вважатися дослідження функціональних змін.

Страх – це захисна природна реакція організму людини, обумовленого його оточенням. У психології страх є емоційним процесом. Так, в теорії диференційованих емоцій К. Ізарда, страх віднесений до базових емоцій, тобто є вродженим емоційним процесом, з генетично заданими фізіологічними компонентами, строго визначеними мімічними проявами і конкретним суб'єктивним переживанням. Причинами страху вважають реальну або уявну небезпеку. Людина, предмет або ситуація можуть стати джерелами страху в результаті: а) формування гіпотез – уявних джерел шкоди; б) очікування шкоди; в) безпосереднього зіткнення з сконструйованим уявним об'єктом страху. Страх мобілізує організм для реалізації унікаючої поведінки або утікання [4].

У деяких дослідженнях з позицій інформаційної теорії розглядаються структурно-динамічні варіанти функціонального зв'язку між страхом і інтуїцією: страх, як індикатор, блокатор, регулятор, мотиватор інтуїції [10].

А. Р. Караяні, Ю. М. Караяні (2015) виділяють симптоми, фактори, каталізатори, функції страху і динаміку страху в бою [6]. Виділяється контрольований і неконтрольований страх, останній вид страху є деструктивним. Згідно інформаційної теорії емоцій П. В. Симонова (1987) невмотивований страх провокується недоліком інформації [13]. За В. Франклом, страх – це сигнал про нестачу сенсу діяльності [16]. До каталізаторів

страху відноситься: час експозиції факторів страху, бойова втома, заборгованість сну, почуття ізольованості і самотності воїнів. Під динамікою страху розуміється вираженість страху перед початком бою.

У динаміці емоційних станів, що призводять до страху, виділяють наступні види негативних емоційних станів: переляк, тривога, боязнь, страх, жах. Кожна з форм цих емоційних станів має свою характеристику і динаміку проявів. Переляк – це миттєва реалізація вродженої орієнтовної програми дій в загрозливій ситуації. Тривога – емоційний стан, що виникає в ситуації невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні можливого несприятливого розвитку подій. Стан страху являє собою опредмечену конкретизовану тривогу і є реакцією на безпосередню небезпеку. Жах – позамежний страх, що викликається надзвичайно небезпечними складними обставинами, паралізує волю і моторну активність. Окремою формою колективного або групового страху є паніка (від грец. *panikon* – несвідомий жах), що опановує одночасно групою людей у процесі взаємного «зараження» і супроводжується втратою здатності до тверезої оцінки обстановки і хаотичною моторною активністю.

Найбільш важливими характеристиками паніки є наступні:

виникає в групах великої чисельності (натовпі);

викликається почуттям некерованого страху, заснованого на реальній або уявній загрозі;

це найчастіше стихійно виникаючий неорганізований стан і поведінка людей;

для людей в панічному стані характерна поведінкова невизначеність – стан розгубленості, хаотичність у діях і неадекватність поведінки в цілому [11].

Все вище викладене обумовлює необхідність вивчення умов виникнення та феноменології проявів страху у військовослужбовців-комбатантів, факторів сприяючих їх подоланню та відновленню психологічного здоров'я цих осіб.

Матеріали та методи дослідження. Дослідницька гіпотеза – тригерним механізмом розвитку ПТСР у комбатантів є широкий спектр негативних емоцій, стрижневим переживанням серед котрих є страх війни.

Мета дослідження – вивчити феноменологію емоції страху и споріднених емоційних фрустраційних станів для розробки рекомендацій щодо профілактики ПТСР.

Проаналізовано 21 тематичне літературне джерело з описом феноменології та нейрофізіології страху та його місця в формуванні ПТСР. Об'єкт дослідження: військовослужбовці – комбатанти (50 осіб чоловічої статі, середній вік $28,4 \pm 3,2$ р.), які розповідали в ході клінічного інтерв'ю про пережиті емоції страху и демонстрували ознаки ПТСР при клініко-катамнестичному дослідженні (тривалість катамнезу 3 роки). Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, клініко-катамнестичний, клініко-феноменологічний, бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Обговорення питань страху при бойових діях наштовхнулося на низку труднощів, пов'язаних з небажанням військовослужбовців говорити про негативні емоції зі сторонніми людьми. Однак вегетативні реакції у ветеранів свідчили про вираженість переживань і важливість для них цієї проблеми. При спостереженні за ними для розпізнавання симптомів страху у комбатантів виявлялися такі вегетативні прояви: тремтіння, прискорене серцебиття і дихання, неадекватний сміх або небезпечна поведінка, сухість у роті, збліднення обличчя, тунельний зір. Серед психічних симптомів страху були такі прояви, як нездатність приймати рішення, когнітивний дефіцит (нездатність виділити головне), нестача впевненості в собі, почуття розпачу аж до паніки, неконтрольовані агресія або гнів, реакції «повз», ступор, а іноді конфліктні взаємини з товаришами по службі і порушення дисципліни з командуванням.

Усі військовослужбовці комбатанти розповідали, що виникненню страху часто передували такі негативні емоційні стани, як

переляк, тривога, боязнь, страх, жах. Більшість з них вважали особо деструктивним емоційним станом, який суттєво впливав на психічний стан та бойову готовність, паніку. Військові психологи рекомендують командуванню наступні дії для подолання паніки: усунення дії причин паніки – відбиття контратак, знищення бойових засобів супротивника, ліквідація наслідків бою, тобто картин поразки і жертв, недопущення зустрічі з охопленими панікою людьми.

Військовослужбовці комбатанти також підкреслювали важливість таких факторів, що перешкоджають виникненню страху, як згуртованість підрозділу, інформованість, стан загального здоров'я, наявність «побратимів», які поділяють смисл ведення війни «за єдину Україну», підтримка родичів і друзів за місцем проживання до участі у війні.

Всі ці види негативних емоційних станів зустрічаються у військовослужбовців в бойовій обстановці і вимагають від командування компетентної поведінки, що включає «управління своїм внутрішнім станом», «впливу на інших людей», «здатності психологічно конструктивно вирішувати бойові завдання». При цьому професійна компетентність командування вирішується через усвідомлення мотиваційно-ціннісного, когнітивного, конативного, операціонально-діяльнісного, особистісно-професійного та рефлексивного компонентів. Очевидно, що професійна компетентність є важливою умовою ефективного бойового управління, як власним страхом, так і страхом своїх підлеглих в різних бойових ситуаціях при вирішенні різних завдань військово-професійної діяльності.

Для оцінки психологічного стану військовослужбовців командуванню необхідно розпізнавати не тільки первинні емоції, що гостро порушують діяльність, але і виражені стани більш високого порядку і тривалості: фрустрацію, напруженість, бойову втому. Фрустрація («крах надії») – психічний стан людини, що викликається об'єктивними або суб'єктивними перешкодами на шляху досягнення мети. Виникаючі труднощі не

дозволяють людині здійснити свої наміри і задовольнити свої потреби. Типовими формами фрустрації є: 1) стенична з гнівом і агресією; 2) астенична з почуттям безсилля, пригніченості і відмовою від досягнення мети. Фрустрація долається попередженням перешкод, що насуваються.

Психічна напруженість – психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливої події. Виділяють два види психічної напруженості: операційну та емоційну. У динаміці розвитку психічної напруженості виділяються наступні стадії: 1) стадія тривоги; 2) стадія опору; 3) стадія виснаження. Стійкість до психічної напруженості визначається високим рівнем мотивації і спрямованості особистості військовослужбовця.

Бойова втома – тимчасове зниження боєздатності, яке характеризується відчуттям слабкості, безсилля, втратою мотивації до діяльності.

Подолання цих емоційних станів є запорукою збереження психічного здоров'я військового контингенту та профілактикою виникнення серйозних психічних розладів не тільки під час виконання професійних обов'язків, а і після повернення в мирні умови життя.

Як видно з вищевикладеного, підтримка і підвищення психологічної стійкості військовослужбовців є невід'ємною частиною психологічної підготовки. Під психологічною стійкістю військовослужбовця розуміється професійна якісна характеристика його особистості, обумовлена системою взаємопов'язаних особистісних якостей, професійної діяльності і соціально-психологічних факторів [2].

Висновки

Негативні емоційні стани, що виникають у військово-службовців-комбатантів під час та після участі в бойових діях, впливають на їх стресостійкість та можливість подальшого адекватного, без шкоди особистості виконання професійних обов'язків та повернення до звичайного мирного життя. Можливість виникнення таких станів вимагає проведення

ряду психопрофілактичних заходів для цього контингенту, як на рівні командування так і безпосередньо з особистим складом комбатантів.

Підтримання та підвищення психологічної стійкості можливе при належній психологічній підготовці військовослужбовця. Основними завданнями психологічної підготовки є формування навичок і умінь поведінки в бою, психологічних якостей, що сприяють виконанню поставлених завдань. Сутність психологічної підготовки проявляється в моделюванні дій військовослужбовців в бойових умовах з метою підвищення бойових ресурсів. Серед напрямків підтримки і підвищення психологічної стійкості і боєздатності виділяють наступні: соціально-психологічне, професійно-діяльне і індивідуально-психологічне [2]. Соціально-психологічний напрям включає постійне і повне інформування особового складу про умови та особливості майбутніх бойових дій. До професійно-діяльного напрямку відносяться знання і впевнена експлуатація бойової техніки і спорядження. До індивідуально-психологічного напрямку відноситься знання особистісних особливостей кожного військовослужбовця і збереження психічного здоров'я солдатів.

Загальна психологічна підготовка спрямована на формування таких значущих для військовослужбовця якостей, як сміливість, воля до перемоги, рішучість, наполегливість і витримка. Цільова психологічна підготовка проводиться перед початком бойових дій.

Психологічна стійкість бійця перешкоджає прояву страху, що сприяє раціональній оцінці бойової обстановки, мобілізації внутрішніх ресурсів, усуває афектогенну поведінку. Основою підвищення боєздатності військовослужбовців повинна бути комплексна психологічна підготовка бійців, заснована на підвищенні їх стресостійкості та вихованні морального духу для подолання ситуацій фрустрації, психічної напруженості та бойової втоми.

Література

1. Боринг Е. Психология для Вооруженных Сил. Вашингтон: Гарвардский университет, 1943.
2. Военная психология: методология, теория, практика / Корчемный П.А. и др. // Учебно-методическое пособие в 2-х частях. М.: Воениздат, 2010.
3. Головин Н.Н. Исследование боя. Исследование деятельности и свойств человека как бойца. СПб., 1907.
4. Изард К.Э. Теория дифференцированных эмоций // Психология эмоций / Пер.с англ. Питер, 2012. 464 с.
5. Караяни А.Г. Психология США в годы второй мировой войны // Психол. Журн.. 2002. Т.23. №2. С.110–117
6. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Страх на войне: деструктивный фактор или психологический ресурс? // Russian Psychological Journal. 2015. Vol. 12.#1. P. 100–114.
7. Краснов П.Н. Душа армии. Очерки по военной психологии. Берлин: Медный всадник, 1927. С.5–26.
8. Макнаб К. Психологическая подготовка подразделений специального назначения / Пер. с англ. Ю.Бондарева. М., 2002. 384 с.
9. Маршалл С.Л.А. Американцы в бою // Офицер Вооруженных сил / Пер. с англ. Вашингтон, 1991.
10. Никифоров А.В. Психологические координаты интуиции и страха // Психология страха. М.: ВУ, 2014. 254 с.
11. Ольшанский Д.В. Психология масс. СПб: Питер, 2001. 368 с.
12. Полянский В.Н. Моральный элемент в области фортификации. СПб., 1910. С.53–54.
13. Симонов П.В. Мотивированный мозг. М.: Наука, 1987.
14. Теплов Б.М. Проблема индивидуальных различий. М., 1961. 264 с.
15. Тушкова К.В., Бундало Н.Л. Особенности проявлений посттравматического стрессового расстройства различной степени тяжести у мужчин и женщин // Сибирское медицинское обозрение, 2011. Т.68. №2. С.80–84.
16. Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. и нем. Д.А. Леонтьева и др. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
17. Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции. Медицинские, индустриальные и военные последствия стресса / Пер. с англ. М.: Медицина, 1970.
18. Garfinkel S.N., Liberzon I.A. A Review of Neuroimaging Findings//Psychiatric Annals. 2009, Vol 39. #6. Doi: 10.3928/00485713-200905527-01.
19. Heim C., Nemeroff C.B. Neurobiology of posttraumatic stress disorder/CNS Spectr 2009. Vol.14 #1. Suppl. 1. P.13-24.
20. HonB. The worm revisited: The Examination of fear and courage in combat/<http://www.Journal.dnd.ca/vo5/doc/leadership-direction-end.pdf>
21. Yehuda R. McFarlane A.C., Shalev A.Y. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event/ /Biological psychiatry. 1998. Vol. 44. #12. P.1305-1313.