

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Навчально-науковий інститут № 3
Кафедра психології, соціології та педагогіки*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни

«ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ПОЛІЦЕЙСЬКОГО»
вибіркових компонент освітньо-професійної програми першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти

**Правоохоронна діяльність (Поліцейські)
Law Enforcement (Police Officer)**

за темою – **«СТРЕС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СЛУЖБОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ
ПРАЦІВНИКІВ ПОЛІЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»**

Вінниця 2024

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 14.08.2024 № 8

СХВАЛЕНО

Вченою радою ННІ № 3
Протокол від 09.08.2024 № 8

ПОГОДЖЕНО

Секцією науково-методичної ради
з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін ХНУВС
Протокол від 13.08.2024 № 7

Розглянуто на засіданні кафедри педагогіки та психології (Протокол від 08.07.2024 № 13)

Розробник:

доцент кафедри педагогіки та психології факультету № 3, кандидат педагогічних наук, доцент – Павло Червоний.

Рецензент:

професор кафедри педагогіки та психології факультету № 3, кандидат психологічних наук, доцент – Світлана Харченко.

План лекції

1. Професійний стрес: поняття, ознаки, причини
2. Структурний аналіз стресу
3. Основні підходи до подолання стресу.
4. Поняття бойового стресу
5. Змінені психічні стани поліцейських, викликані бойовий діями.

Рекомендована література:

Основна

1. Екстремальна юридична психологія в діяльності персоналу органів внутрішніх справ : наук.-практ. посібник : / О.М. Бандурка, В.С. Венедиктов, О.В. Тімченко, В.Є. Христенко. - Х. : Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2015. - 319 с.

2. Барко В. І. Психологічне супроводження оперативно-розшукової діяльності : навч. посіб. / В. І. Барко, Ю. Б. Ірхін, Т. Р. Морозова, Д. Й. Никифорчук. – К. : РВЦ КНУВС, Друкарня МВС, 2014.

Допоміжна

1. Лапшина В. Л. Професіоналізм в діяльності поліції: проблеми теорії та практики : підручник / В. Л. Лапшина. – Х. : Вапнярчук Н. М., 2014. – 224с.

Інформаційні ресурси в Інтернеті

2. Геращенко О. С. Особливості психологічної підготовки працівників патрульної поліції до діяльності в екстремальних і надзвичайних ситуаціях. / Щ. С. Геращенко // Зб. наук. пр. До нової концепції юридичної освіти. 2018. – С. 95-97. URL: <http://www.sulj.oduvs.od.ua/archive/2018/1/26.pdf>

3. Крашеніннікова Т.В. Комуникативна компетенція працівника Національної поліції: Навчальний посібник. – Дніпро: Адверта, 2017. – 107 с. URL:

https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/464/1/%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%B7_%D0%9A%D0%9A%D0%9F%D0%9D%D0%9F_9%2C11.pdf

4. Левенець О. А. Принципи розвитку психологічної стійкості працівників ОВС при виконанні професійної діяльності у ризиконебезпечних ситуаціях / О. А. Левенець // Юридична психологія та педагогіка. - 2014. - № 1. - С. 135-145. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2014_1_16.

5. Мухіна Г. В. Юридична психологія : навчально-методичний посібник / Г. В. Мухіна ; за заг. ред. В. М. Бесчастного. – Київ: ВД «Дакор», 2019. – 236 с. URL: <https://dakor.kiev.ua/wp-content/uploads/Jurydychna-Psyhologija.pdf>

6. Психологія екстремальної діяльності : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. URL: http://books.ndcnangu.co.ua/knigi/posib_psykholohiia_ekstr_diialn_2016.pdf

7. Шинкаренко І.О. Професійна деформація жінок-поліцейських: проблеми та шляхи подолання / О.І. Шинкаренко // Матеріали І Всеукраїнського круглого столу (ДДУВС, 18.05.2018) Актуальні напрями психопрофілактичних

Текст лекції

1. Професійний стрес: поняття, ознаки, причини

Без перебільшення діяльність поліції є складною в багатьох аспектах, а в умовах війни тим паче. Поліцейські вимушені виконувати свої обов'язки, постійно наражаючись на небезпеку, оскільки вони мають справу з постійними насильницькими ситуаціями, такими як мародерство, злочинність, терористичні акти тощо. В умовах війни, поліції доводиться мати справу, з різного роду воєнними злочинами, на кшталт, сексуальне й фізичне насильство стосовно жінок, дітей та мирного населення взагалі. Все це завдає болісних переживань, травм та надзвичайного стресу поліцейським. Хоча науково доведено, що особистість працівника поліції є психологічно стійкішою до різного роду стресу на відміну від інших верст населення, однак науковці впевнені, що тривала дія стресових факторів має катастрофічні наслідки для їх психічного стану та здоров'я в цілому. Поліція відіграє вирішальну роль у боротьбі зі злочинами, котрі мають місце в період воєнних дій, адже вони вимушені бути більш пильними та готові швидко відреагувати на злочин, не зважаючи на небезпеку потрапити під обстріл чи отримати поранення. Проблеми з психічним здоров'я поліціантів пов'язані з нестабільними графіком роботи, перевантаженістю та насильством, що провокує виникнення посттравматичного стресового розладу.

Науковці К. Menard й М. Arter визначили, що поліцейські є в групі ризику, тому в наслідок надмірного стресу частіше потерпають від депресивних станів та схильні до самогубства. Подібна тенденція завдає шкоди стійкості офіцерів поліції, що істотно впливає на якість виконуваних обов'язків, особливо в умовах війни, котрі висувають підвищені вимоги до широкого спектра правоохоронних послуг. Імовірні післявоєнні наслідки викликають особливе занепокоєння, оскільки це може негативно вплинути на психічне здоров'я поліціантів. Безумовно, що поліція не може себе цілковито убезпечити від стресу. В умовах воєнних дій, поліція є «вагомою службою», котра повинна продовжувати свою

діяльність та реагувати на виклики, навіть в той час, коли ведуться активні бойові дії.

Ще у 2010 році L. Slocum вказував, що негативний минулий досвід та перенесений стрес здійснюють істотний вплив на здатність людини опиратися стресовим факторам в майбутньому. Можна припустити, що поліцейські, котрі вимушені працювати в умовах війни, будуть менш готові протистояти новим стресовим факторами, що негативно відбивається на їх діяльності. Тобто, діяльність поліції в умовах війни, активних бойових дій та при постійних обстрілах, припускаємо, будуть зменшувати готовність поліцейських справлятися з іншими стресами, які притаманні їх професії.

Цікавою є думка М. Moon та С. Jonson, котрі відмічають, що стрес у поліцейських зворотно пов'язаний з їх відданістю справі, тобто ті, хто відчуває більше стресу, пов'язаного з діяльністю, менш віддані своїй професії.

Науковцям та практичним психологам залишається з'ясувати, чи призведе війна до збільшення плинності поліцейських кадрів, оскільки імовірність цього є доволі високою, через надмірний стрес та вигорання офіцерів поліції.

Психологічна стійкість до стресу у поліцейських – це здатність опиратися, пристосовуватися та відновлюватися після негараздів і стресів, а також вміння повертатися до позитивного стану психічного здоров'я та добробуту за допомогою стратегій подолання.

Професійний стрес – це суміш стресорів, пов'язаних із роботою, особистісними характеристиками людини, та стресорів, які впливають поза організацією. Такі стресори можуть призвести до появи симптомів професійного захворювання або серйозного психічного розладу.

Причини професійного стресу можна розділити на головні й безпосередні.

Головна причина виникнення стресу пов'язана з індивідуальними особливостями людини: психологічними, фізіологічними, професійними.

Безпосередніми причинами можуть послужити такі події, як конфлікт із керівництвом, дефіцит часу, складнощі завдання, проблемні ситуації у процесі комунікації, наслідком яких є розвиток психічної напруженості й стресу. Найчастіше безпосередні причини пов'язані зі складністю завдання й умовами діяльності.

Додаткові фактори життя людини можуть також вплинути на виникнення або збільшення стресу. До цієї категорії можна віднести:

- глобальні фактори, що впливають на стрес, – зростання безробіття, злочинність, економічні та політичні кризи, воєнні дії;
- особистісні фактори – фінансові або юридичні проблеми, сімейні конфлікти, вікові й життєві кризи, втрата близьких, вимушене розлучення з родиною.

До негативних *наслідків професійного стресу* можна віднести:

- зниження працездатності, погіршення показників роботи;
- зниження адаптаційних можливостей організму;
- деформації особистості: переживання самотності, спустошення, депресії, хронічна втома й вигорання;
- фізіологічні проблеми, хвороби адаптації (серцево-судинні захворювання, виразкова хвороба шлунка, гіпертонія та ін.).

До числа високонапружених ситуацій у правоохоронній діяльності Л. М. Аболін відносить:

- гостроподійні ситуації (затримка злочинця, збройний опір, переслідування, напад, аварійна ситуація, дорожньо-транспортна пригода, арт обстріли, документування воєнних злочинів, втрата домівки, майна і т.і.); особливо варто відзначити ситуації застосування працівником поліції зброї на влучення;
- ситуації агресивного вербального протистояння (у тому числі прямі загрози життю й здоров'ю співробітника поліції, спроби шантажу, спроби укласти протиправну угоду, образа тощо);
- ситуації підвищеного ризику, пов'язані з ухваленням рішення за дефіциту часу; підвищена відповідальність за рішення;
- службові розслідування, пов'язані, насамперед, з моральною погрозою працівникові;
- протистояння й прихована боротьба різних підрозділів правоохоронної системи (відомча ворожнеча); внутрішньо-колективні конфлікти зі співробітниками; конфлікти з населенням.

2. Структурний аналіз стресу

Стрес (від англ. *stress* – напруження) – психічний та фізичний стан напруження, який виникає у відповідь на різноманітний екстремальний вплив. Сукупність зовнішніх впливів (стрес-факторів), які сприймаються особистістю як надмірні вимоги і створюють загрозу її самоповазі, самооцінці, викликають відповідну емоційну реакцію різної інтенсивності – негативне за своїм забарвленням суб'єктивне відчуття напруженості, стурбованості, похмурих передчуттів.

Концепцію стресу вперше запропонував Г. Сельє, який установив, що організм у відповідь на різноманітний інтенсивний вплив реагує адаптивно-захисними механізмами, сукупність яких він назвав адаптаційним синдромом. Г. Сельє виділив три стадії протікання стресового процесу (адаптаційного синдрому):

Стадія 1. Тривога (виникає постійно протягом життя). На цій стадії організм зіштовхується з різноманітними екстремальними факторами середовища й намагається пристосуватися до них. При цьому опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім вмикаються захисні механізми («фаза протитоку»).

Стадія 2. Резистентність (адаптація, опір). На цій стадії відбувається адаптація до нових умов за рахунок напруги функціонуючих систем організму. Спостерігається сильне фізіологічне збудження, стійке відображення дії стресора.

Стадія 3. Виснаження. Якщо стресор продовжує діяти тривалий час, відбувається виснаження ресурсів організму і зрив систем адаптації, знижується опір. Виявляється неспроможність дій захисних систем та зростання порушень узгодженості життєвих функцій.

Для стресу завжди існує багато причин та факторів. Найбільш важливими з них є наступні:

Перша категорія факторів – це стресогенні події в житті людини, пов'язані із взаєминами з оточуючими людьми.

Друга категорія – тип особистості людини, яка більш схильна до стресу,

ніж інші.

Третя – фактори оточуючого середовища, що сприяють розвитку стресу у людини (підвищена температура повітря, ціни, реформи, інфляція, війна, бойові дії, загроза здоров'ю і життю).

Перша категорія – стресогенні життєві події, що викликані нашими взаєминами з оточуючими людьми.

Види стресу:

Еустрес – викликаний позитивними подіями, або той, що дозволяє мобілізуватись та ефективно працювати.

Дистрес – викликаний негативними подіями, або той, що зменшує наші можливості.

Реальний стрес – реальна небезпека для людини (швидка їзда, агресивна поведінка фанатів, робота на висоті та ін.)

Фантомний стрес – уявна небезпека (страх перед важливою розмовою, негативне уявлення про своє майбутнє та ін.)

Короткостроковий – повсякденний стрес, викликаний малозначними ситуаціями. Приклади: сварка із керівником, запізнення на роботу, пляма на сорочці, сексуальні відносини, швидка їзда на автомобілі, вечірка із друзями.

Період адаптації: швидкий, середньої тривалості

Критичний – стрес, викликаний критичними життєвими ситуаціями. Приклади: травма, загибель близького, розлучення, народження дитини, зміна роботи, закінчення навчання, одруження.

Бойовий стрес розуміється як багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін.

Період адаптації: Довгий, може потребувати значних змін в житті.

Хронічний – довготривалий стрес, що продовжує діяти на людину. Приклади: складна ситуація на роботі, тривалий конфлікт у сім'ї, переживання та спогади травматичних подій, тривалі перебування під обстрілами.

Період адаптації: Довгий. Потребує значних змін в житті, ставленні до

стрес-факторів, допомоги спеціаліста.

Л. Царенко описує чотири типи реагування на травматичну подію:

- без ознак порушення адаптації;
- непатологічна психічна адаптація - гостра стресова реакція;
- патологічна психічна дезадаптація;
- адаптаційні розлади.

Реагування на травматичну подію без ознак порушення адаптації. Коли відбувається подія, небезпечна для життя людини, яка її переживає, організм **готується до інтенсивного реагування** (боротьби, втечі). Якусь мить триває стан шоку: відключаються лімбічна і кортикальна системи мозку, функціонує лише його найдавніша стволова частина, активізується парасимпатична нервова система. Виділяються гормони, необхідні для швидкого і сильного реагування на ситуацію – адреналін, норадреналін, кортизон. Виділяються і знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла, - така реакція зменшує страждання, оберігає від больового шоку.

Наступний етап - **збудження**: активізуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, та симпатична нервова система. Впродовж певного часу (від 3 до 8 годин) людина без шкоди для власного здоров'я (без сну, їжі і води) може переносити такі навантаження, які не змогла б перенести в стані звичайного функціонування. Коли небезпека минає, починається етап розрядки, що характеризується, зокрема, неконтрольованим тремтінням тіла (воно може тривати кілька годин), так організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події чи через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупиняти не можна, оскільки розрядка не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски.

Наступний етап - **втома**. У цей період включається неокортекс та системи соціального й емоційного контролю. Людина може відчувати пригнічення, бажання плакати. Якщо сльози стримувати, то емоційної розрядки не відбувається, і внутрішнє напруження може нашкодити фізичному і психічному здоров'ю. Якщо ж потерпілому вдається поплакати і розділити з кимось горе, то настає полегшення і починається вихід із травми, повернення до звичайного

життя. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення нового досвіду: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо це необхідно, змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки.

Непатологічна психічна адаптація - гостра реакція на стрес. У багатьох із тих, хто переживає емоційну травму, одразу після травматичної події виникають короточасні симптоми та проблеми, гостра стресова реакція, що втихає впродовж кількох днів чи тижнів. Такий перебіг травми є нормальною реакцією нормальної людини на ненормальну ситуацію.

Гострий розлад триває не менше, ніж два дні – але не довше ніж чотири тижні. Протягом місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнятися від ПТСР, за винятком того, що під час травми або зразу після неї може розвинутишя шоківий стан. Він характеризується уповільненням психічної і моторної активності. Поряд із цим спостерігаються стани відчуження; розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи — як нереальні, “неживі”; змінюється сприйняття звуків. Найчастіше на екстремальну подію люди реагують психомоторним збудженням, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, слабomodульованим. Часто повторюються однакові фрази, мовлення може бути монологічним, судження поверховими. В такому стані важко залишатися в одному положенні: люди то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з’являтися почуття спраги чи голоду. Коли реальна загроза зникає, настає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмівної ситуації (від 15 до 30 днів). В цьому стані, як правило, не скаржаться і не звертаються за допомогою.

Патологічна психічна дезадаптація. При патологічних варіантах реакції на травматичну стресову подію у людини може розвинутишя “психогенний ступор” – енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухомою (в стані “заціпеніння” чи колапсу) або її реагування на зовнішні подразники (шум, світло, дотики)

уповільнене: зіниці в'яло реагують на світло, дихання повільне, безшумне, неглибоке. У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази).

Окрім зазначених вище станів, у людини можуть розвинутиись галюцинації, маячня, а також реакції страху. Галюцинації - сприйняття (зорове, слухове, чуттєве) неіснуючих об'єктів, що переживаються особистістю як реальні. Це особливий різновид мимовільних спогадів про травмівні події, коли пам'ять така яскрава, що актуальні події здаються не такими реальними, як спогади. У цьому стані людина поводить ся так, ніби вона знову переживає колишню подію; вона діє, думає і відчуває так, як тоді, коли доводилося рятувати своє життя. Маячня – сукупність різних уявлень, суджень, ідей людини, що не відповідають дійсності (проте вона переконана у своїй правоті), і які викликають тривогу, відчуття небезпеки.

3. Основні підходи до подолання стресу.

Причинами психологічного стресу й реакціями емоційної напруги можуть бути різні ситуації, оскільки кожна особистість надає різного значення тим або іншим факторам. У цьому ракурсі потрібно розглянути поняття емоційної стійкості.

Емоційна стійкість – якість психіки, що виражається в непадвпливовості стану занадто емоційного збудження під час виконання важкої діяльності.

Емоційна стійкість зменшує негативний вплив сильних емоційних переживань, попереджує крайній стрес, сприяє прояву готовності до дій у напружених ситуаціях. Вона характеризується динамічними (динамічність, гнучкість, лабільність) і змістовими (види емоцій і почуттів) характеристиками емоційного процесу.

Емоційна стійкість як якість особистості є єдністю *компонентів*:

а) мотиваційного досвіду – сила мотивів значною мірою визначає емоційну стійкість;

б) емоційного досвіду особистості, накопиченого у процесі подолання негативних впливів в екстремальних ситуаціях;

в) вольового досвіду, що виражається у свідомій саморегуляції дій,

приведення їх у відповідність до вимог ситуації;

г) інтелектуального компоненту, який полягає в оцінці і визначенні вимог ситуації, прогнозі її можливої зміни, прийнятті рішень щодо способів виходу з ситуації.

Завдяки емоційній стійкості забезпечується перехід психіки на новий рівень активності. Емоційна стійкість має певний вплив на формування стресостійкості працівника.

Стресостійкість – це здатність людини витримувати стресові навантаження без негативних наслідків. Визначаючи рівень стресостійкості, слід враховувати індивідуально-особистісні якості людини, рівень стресу, типові для цієї людини реакції на стрес.

Дослідження В. С. Ротенберга і В. В. Аршавського виявили, що основним компонентом поведінки, який визначає стійкість організму до різних шкідливих впливів, є пошукова активність. Пошукова активність – це діяльність, спрямована на зміну несприятливої ситуації.

Існує три групи *способів подолання стресу*:

1. Психологічні – аутогенне тренування, медитація, раціональна терапія.
2. Фізичні – лазня, масаж, спорт, рефлексотерапія.
3. Біохімічні – ліки, алкоголь, фітотерапія.

Можна також говорити про:

- засоби самодопомоги – дихальні вправи, медитація та ін.
- засоби, що вимагають присутності іншої людини, – психотерапія, секс, дружнє спілкування.

Розрізняють також два *напрямки в подоланні стресу*:

- профілактичний – посилення захисних сил організму, зміна ставлення до психотравмуючих переживань, розвиток позитивного мислення;
- терапевтичний – нейтралізація стресу, що вже виник, шляхом цілеспрямованого впливу на його тілесні та емоційні прояви.

Посттравматичний синдром (далі – ПТС) – негативний тривалий психоемоційний стан, що є наслідком надсильного травмуючого впливу.

У клінічному плані посттравматичні стресові розлади підрозділяються на

гострі, хронічні й відстрочені.

Гострі ПТС характеризуються фіксацією на пережитій травмі, зниженою реактивністю, когнітивними й вегетативними порушеннями, зміною настрою, виникають безпосередньо після впливу екстремальних факторів. Гострі ПТС можуть або поступово редукуватися, або перейти в хронічну форму.

Відстрочені ПТС відрізняються від гострих посттравматичних розладів певним періодом безсимптомного перебігу, що може тривати кілька місяців.

Для **хронічних розладів** характерні періодичні раптові напливи яскравих образних спогадів, безсоння, нічні кошмари, приступи паніки, порушення концентрації уваги й «провали» у пам'яті, емоційні порушення (запальність, підвищена дратівливість, гнів, почуття провини та інше).

Рекомендації Г.Сельє щодо стресів

Канадський учений, лікар і біолог Г. Сельє багато років вивчав стреси та їхній вплив на організм людини.

Учений дійшов висновку, що людина, яка керуватиметься правилом “поводься так, щоб завоювати любов інших, викликати прихильність і доброзичливість оточення”, створить для себе максимум психологічного комфорту й можливості успіху.

4.Поняття бойового стресу

Під час Першої світової війни починається вивчення воєнних психогеній. У той час зустрічалися випадки масових самогубств через страх йти в бій. На думку А. Гревера, найсильніший вплив на військових має артилерійський вогонь (1915). Т.Селемон ввів у науку поняття «артилерійський шок». У військових відзначалися пригнічений настрій, дратівливість, розлади сну й апетиту. При сполученні психотравми і каліцтва у хворих була виражена настирливість, іпохондричність, некритичність до своєї поведінки.

Дослідження учасників двох світових війн дозволило вченим запропонувати низку термінів для позначення негативного впливу бойової обстановки на учасників воєнних дій: «кулеметний сон» (Є. Краснушкін; 1949), «невроз переляку» (А. Гревер; 1914), «невроз туги» (С. Суханов; 1915), «воєнний невроз» (Б. Осипов; 1934), «хронічний воєнний невроз» (А. Кардинер; 1941), «воєнна

втома» (В. Гіляровський; 1946), «бойове виснаження» (О. Лурія; 1946). Загальними елементами в описі у різних дослідників були: розлади сну, нічні кошмари, депресія, гіпертрофовані емоційні реакції, підвищений рівень збуджуваності. Було показано, що війна не дає нових, невідомих мирному часу видів психічних розладів, її впливи лише до деякої міри видозмінюють патопластику відомих психічних розладів.

Значний внесок у вивчення патогенетичних механізмів травматичного невроту внесли роботи З. Фрейда (1939). Вчений розглядав воєнний неврот як наслідок «его-конфлікту». Автор виявив існування двох форм реакцій - негативної і позитивної. Перша полягає у витискуванні травми через відмову прийняти її, тоді як друга - реалізація у формі спогадів і переживань. З. Фрейд пропонував відстрочені психічні явища у ветеранів називати «воєнним невротом». Завдяки роботам З. Фрейда в 20-30 рр. травматичний неврот стали розуміти як наслідок нестерпних переживань.

Особливе місце в описі феноменології посттравматичних розладів займають роботи Е. Крепеліна. Вчений визначав психоневрот у солдат як «...стан протесту проти повернення на фронт...». Автором було відзначено, що у таких хворих настрій залишається пригніченим, пацієнти можуть бути плаксивими або похмурими, дратівливими, при цьому вони докладно розповідають про свої нещастя і страждання. Звернено увагу на симптоми «істеричного реагування», наявність «рентних установок». Е. Крепелін уперше показав, що в деяких випадках після психічної травми розлади можуть залишатися постійними і навіть посилюватися.

А. Кардинер звернув увагу на те, що в осіб, які страждають «травматичним невротом», розвивається постійна пильність і надчутливість до загроз зовнішнього світу, у міжособистісному спілкуванні з'являються дратівливість, схильність до вибухових агресивних реакцій. Автор підкреслював, що «ядром невроту є психоневрот. Це виникає на полі бою і зберігається під час внутрішнього процесу організації досвіду».

Досвід Другої світової війни показав, що психічна напруга, викликана страхом і тривогою, є досить великою. Під час війни у Великобританії

проводилися дослідження цивільного населення міст, що піддавалися інтенсивним бомбардуванням. Було відзначено, що почуття пригніченості й страху, після повітряного нальоту зменшувалися, змінюючись ейфоричним збудженням. Після важких нальотів були більш виражені апатія і байдужність. Ця байдужність призводила до того, що ці люди часто не зверталися своєчасно за медичною допомогою.

За даними В. Менингер, у лікувальні установи армії США під час Другої світової війни (з 1 січня 1942 р. по 30 червня 1945 р.) надійшло близько 1 млн. осіб з нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 64 % із психоневрозами й 7 % із психозами. Відповідно до даних С. Бейкер, майже половина військовослужбовців, демобілізованих за станом здоров'я з армії США під час Другої світової війни, страждала нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 70% психоневрозами.

Вивчення наслідків війни в Кореї показало, що втрати боєздатності через психологічні причини, особливо через понад сильну стресову реакцію, можуть досягати чверті загальних втрат в армії. Під час вторгнення в Ліван ізраїльської армії кількість втрат від психічних захворювань в 1,5 рази перевершило кількість убитих. З. Соломоном було показано, що стресам у бойовій обстановці більш чутливі солдати старші 25 років, з більш низьким утворенням і військовим званням, менш підготовлені до бойових дій.

Основною реакцією поліцейського на бойові події є бойовий стрес, відмітною особливістю якого є наявність стрес факторів бойової обстановки.

Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднує їх у декілька моделей:

1. Бойовий стрес розглядається як захворювання, як результат загострення в бойовій обстановці прихованого конфлікту, що раніше мав місце. Цій моделі відповідає термін “травматичний невроз”.

2. Модель “витривалості” або “усталеності”, відповідно до якої кожна людина має межу “тривкості”. У даному випадку не стільки важливою є роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка військовослужбовця, яка характерна при травматичному неврозі, стає

нормою повсякденної поведінки. Цій моделі відповідає термін “бойове виснаження” (Cameron N., 1963).

3. Бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації (Kardiner A., 1947).

4. Модель оточення або “воєнної індукції”. Вона підкреслює головну роль комбінації зовнішніх факторів (Appel J.W., 1966).

5. Модель експериментального неврозу. У даному випадку внутрішній конфлікт, що виникає в людини в бойовій обстановці, розглядається за образом експериментального неврозу І.П. Павлова. Тільки змістом конфлікту є вибір між бажанням вижити та бажанням виконати свій обов’язок (Archibald H.E., Tuddenham R.D., 1965).

6. “Осудлива” модель. Вона відображає погляди тих, хто вважає, що бойовий стрес викликаний боягузливістю та небажанням поліцейських виконувати свій патріотичний обов’язок. Ця ненаукова модель має величезний вплив на вивчення даної проблеми.

Стан бойового стресу в умовах воєнних дій переживає кожен. З’являючись 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, першочергово значимих для збереження життя.

Бойовий стрес, в той же час, є станом дестабілізуючим, передпатологічним, який обмежує функціональний резерв організму,

Так, Л. Китаєв-Смик бойовий стрес, розділяє на:

- **конструктивний** (з’являються нові, корисні властивості психіки; військовослужбовці стають більш охайними, стежать за зброєю, охоче опановують нові її види, в бою — налаштовані на перемогу, на виживання, по відношенню до полонених і місцевих жителів — лояльні);

- **деструктивний** — характеризується найменшою пристосованістю військовослужбовців до бойової обстановки, навіть у порівнянні з тим, якими вони були, прибувши на фронт, відбуваються деструктивні, руйнівні психологічні

зміни, називають таких військовослужбовців “ті, які зламалися”, “придуркуваті”, “оскаженілі”, необхідна ізоляція в тил;

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

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

Початковий бойовий стрес (бойовий стрес першого рангу). Відомо, що під час раптової небезпеки люди поведуться по-різному: одні активні, збуджені (які наче “вибухнули” або “відважні”), інші – навпаки, пасивно завмирають. Так по-різному “включаються”, “спрацьовують” вроджені програми поведінки під час стресу.

Бойовий стрес другого рангу. Характеризується небажаними, хворобливими порушеннями спілкування та службових взаємовідносин. Стрес 2-го рангу – це ще й початок різних тілесних проявів (психосоматичних хвороб) стресу: артеріальної гіпертонії, стенокардії, гастриту, виразкової хвороби шлунку та кишківника та ін. При цьому, помітно знижуються витривалість і боєздатність поліцейських. Доцільно їх, якщо немає можливості госпіталізувати, хоча б відправити у тиліві підрозділи.

Бойовий стрес третього рангу. Буває у вигляді патофізіологічних (внутрішньотілесних) проявів. Важкий стрес в мирному житті не зустрічається. Включаються механізми самознищення. У тих, що “зламалися” – глибинна депресія, у “придуркуватих” – інфантилізація, у “розлючених” – брутальна агресивність.

О.Г. Караяні та І.В. Сиромятніков розглядають бойовий стрес як багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напруженою механізмів саморегуляції і формуванням пристосувальної поведінки; механізм комплексної мобілізації організму для дій в небезпечних умовах.

Бойовий стрес – це процес мобілізації всіх наявних можливостей організму, імунної, захисної, нервової, психічної систем для подолання життє небезпечної ситуації. Ними також були виділені *рівні бойового стресу*:

- біохімічний (гормональні зміни);
- фізіологічний (об’єм легенів – кисень, очі – різкість і дальність зору, звуження артерій – тиск крові, перерозподіл кров’яних потоків – збільшення енергопостачання, сили м’язів, виведення шлаків);
- психофізіологічний (симпатична і парасимпатична нервова система);
- психологічний (звуження свідомості, концентрація на небезпеці, відчуття тривоги – готовність; мотивація);
- соціально-психологічний (діяльнісне опосередкування спілкування, його згорнутість, зниження етичного статусу).

Також можна говорити про його *специфічні форми* нетравматичний стрес; травматичний (бойова психічна травма); посттравматичний.

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

Наступна класифікація бойового стресу за інтенсивністю передбачає таку градацію:

Бойовий стрес *невисокої інтенсивності* (БСНІ), як правило, ефективно долається більшістю поліцейських та на початковому етапі може сприяти підвищенню їх бойової активності. Надалі, БСНІ або стає звичним для учасників бойових дій, або переходить в бойовий стрес підвищеної інтенсивності.

Бойовий стрес *підвищеної інтенсивності* (БСПІ) (бойовий стрес високої ефективності, дистрес) може значно ускладнити діяльність як окремого поліцейського, так і військових колективів. На індивідуальному рівні БСПІ проявляється в таких формах, як: неадекватне бойовій ситуації підвищення емоційного збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, емоційна “тупість”; поява деструктивних форм мотивації бойової діяльності або, навпаки, бажання “вийти” з бою, будь-якою ціною зберегти собі життя; різке, невластиве конкретному поліцейському зниження дисциплінованості, високий рівень

необґрунтованої дратівливості, гнівливості, агресивності; втрата інтересу до життя, виникнення думок про самогубство; зростання ригідності психічних процесів; поява схильності до панічних настроїв.

На груповому рівні БСПІ проявляється в таких негативних явищах, як: різке погіршення соціально-психологічного клімату і значне зростання конфліктності у військових колективах, помітне зниження рівня згуртованості і взаємовиручки поліцейських, поширення серед них негативного ставлення до виконуваної бойової задачі, командування, формування у військових колективах соціально психологічних передумов до поширення в них панічних настроїв.

Найбільш інтенсивний бойовий стрес (НІБС) проявляється у формах, які перешкоджають здійсненню бойової діяльності на відносно тривалий час. Очевидно, що чим більш інтенсивно поліцейський пережив бойовий стрес в бойовій обстановці, тим більша ймовірність виникнення у нього негативних наслідків після припинення впливу бойових стресорів, серед яких гострі психогенні реакції (гостра стресова реакція, гострі стресові розлади), порушення адаптації. Звертає на себе увагу той факт, що високий ступінь опірності бойовому стресу (за матеріалами російських досліджень) до відправлення військовослужбовців у Чечню складав 89,3%, в той час як після повернення ця цифра різко знижується до 35%. Кількість осіб з низьким ступенем опірності стресу збільшується з 3,3% до 55%.

Реакція поліцейського на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значимості для конкретного учасника бойових дій, так і особливостей його копінг-поведінки (поведінка, спрямована на подолання стресу).

Ефективність копінг-поведінки поліцейського залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки, від наявності у поліцейського досвіду поведінки, спрямованої на подолання стресу в бойовій обстановці.

Бойовий стрес розвивається за певними закономірностями. У прогнозованій ситуації людина відповідає послідовними вчинками, які в підсумку формують поведінку. Під час подій, що загрожують життю, негайну реакцію людини, в

першу чергу, визначають інстинкти, фізичні та психічні особливості особистості. Описано два варіанти гострої реакції на стрес.

Перший варіант, і найбільш частий, – це психомоторне збудження, що характеризується зайвими, швидкими, часом нецілеспрямованими рухами. Виявляється утруднення концентрації уваги. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, маломодульованим. Часто повторюються одні й ті ж фрази, іноді мова носить характер монологу.

Критерієм переходу психологічної реакції на стрес у психопатологічну, що вимагає медичного (психіатричного) втручання. Клінічна картина описується в цих випадках як “реактивний психоз”. Мають місце дереалізаційні розлади, що проявляються у відчутті відчуження реального світу. Навколишні предмети починають сприйматися як змінені, неприродні, а в ряді випадків – як нереальні, “неживі”.

На думку інших авторів, бойовий стрес, що виникає серед особового складу, необхідно розглядати як поведінку людини, яка сигналізує про те, що вона вже не спроможна далі виконувати завдання, що стоять перед підрозділом.

5. Змінені психічні стани поліцейських, викликані бойовий діями.

Змінені психічні стани, що виникають у поліцейських в період ведення бойових дій, включають:

бойову стресову реакцію (початковий прояв дезадаптаційних розладів),
бойову втоми та
посттравматичний стресовий розлад (ПТСР),
а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології.

Бойова і оперативна стресова реакція (combat and operational stress reaction) та бойова втоми (combat (battle) fatigue) – це первинна нормальна реакція на ненормальний стрес бойових дій. Під час війни люди перебувають під постійним фізіологічним (наприклад, погане харчування, перепад температур, відсутність належної особистої гігієни) та психологічним стресом (наприклад, постійна небезпека, надобережність щодо можливих саморобних вибухових пристроїв чи снайперів, або ж поранення чи смерть товаришів) і, очевидно, що у більшості з них виникатимуть ті чи інші реакції.

Ці реакції часто проявляються як гіперполохливість (сильна реакція, наприклад, на гучний звук), надмірна пильність (боєць завжди на сторожі і готовий діяти), погані сни/жахи, дратівливість, проблеми зі сном, і т.і. Хоча все це і звучить досить негативно, проте деякі з цих реакцій вважаються адаптивними, зокрема, гіперполохливість і надмірна пильність та й інші реакції бойового стресу, такі як зростання фізичної сили, збільшення витривалості, відчуття власної компетентності тощо (тобто не всі стресові реакції є негативними).

“Бойова і оперативна стресова реакція” (БСР) – загальні терміни, що охоплюють всі можливі реакції поліцейських на бойові умови. БСР спочатку виявляється як індивідуальна нездатність людини виконувати свої прямі службові обов’язки. Серед найбільш характерних ознак необхідно відзначити залишення поля бою, нез’ясовану відсутність. Будь-яка поведінка поліцейського, яка тривалий час відрізняється від звичної для нього раніше, може бути ранньою ознакою і симптомом бойового стресу. Для своєчасної діагностики запам’ятати одне просте правило: командирі необхідно добре знати своїх підлеглих і бути готовим помітити будь-які раптові, тривалі чи прогресуючі зміни в їх поведінці, що несуть потенційну загрозу безпеці та функціонуванню підрозділу.

Процес відокремлення військових з Бойовою Втомою від відносно невеликої кількості тих, які мають реальні психічні розлади називається нейропсихіатричним сортуванням.

Бойову втому можна класифікувати як легку або важку.

Легка БВ – мінімальне, незначне порушення функціональності, симптоми присутні, проте значно не впливають на виконання прямих обов’язків; скарги більше суб’єктивні, ніж об’єктивні, тактична ситуація дозволяє залишити бійця виконувати завдання за призначенням.

Важка БВ – очевидні порушення, що впливають на виконання прямих обов’язків або тактична ситуація не дозволяє залишити бійця в підрозділі. Воєнні дії – це ситуація перманентної психотравматизації, яка сприяє емоційному виснаженню, але, разом з тим, війна може мати і позитивний вплив на учасників успішної бойової діяльності.

Процес адаптації до бойових дій триває приблизно 15-25 діб, по закінченню яких поліцейського досягає піку моральнопсихологічних можливостей. Після 30-40 діб безперервного перебування в безпосередньому зіткненні з противником, часто настає їх швидкий спад, пов'язаний з виснаженням духовних і фізичних сил. Тривале очікування активних бойових дій, обмеження рухливості протягом 3 діб знижує працездатність у поліцейських на 30%.

Дослідження бойового стресу в “афганській” і “чеченській” війнах, проведені Є.В. Снедковим суттєво доповнюють і виправляють судження про “бойове загартовування”. Він виявив, що дійсно, у 20,3% військовослужбовців, які протягом 6-ти місяців перебували в бойовій обстановці, підвищуються адаптивні здібності, бійці стають стійкими, обстріляними, здатними успішно протистояти противнику. 42,6% воїнів не мали помітних емоційно-поведінкових змін. Однак у 36,1% - виникає “стійка соціально-психологічна дезадаптація”.

У бойових підрозділах, що беруть участь у боях від 7-ми місяців до 1-го року, кількість солдатів і офіцерів з підвищеною адаптивністю до бойових екстремальних впливів зменшувалася до 5,8%, і навпаки, “стійка дезадаптація”, - порушення здатності адаптуватися до небезпек і тягарів війни, - була відзначена в 61,1%. Перебування більше року в бойовій обстановці створює таку “особистісну дезадаптацію” у 83,3%; через рік вже ні в кого не зберігається підвищена адаптованість до бойового стресу.

Бойова психічна травма

Бойова психічна травма – це виникаючий внаслідок впливу бойових стрес-факторів патологічний стан центральної нервової системи, що обумовлює регулювання поведінки постраждалого за допомогою патофізіологічних механізмів. В результаті психотравмування відбувається накопичення змін в структурах ЦНС, наростання специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворення.

Бойова психічна травма займає значне місце в структурі бойових поразок. Вона в 3-4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і від 10 до 50%

послаблює боєздатність збройних сил. У деяких джерелах в якості синоніму “бойової психічної травми” можна зустріти поняття “гостра реакція на стрес”.

Л. Царенко [47] розрізняє наступні **Етапи переживання бойової психічної травми**.

1. *Стан шоку (бойовий шок)* Бліда шкіра; пильний погляд, людина майже не моргає; забуває, що було, що потрібно робити; не виявляє емоцій, описуючи емоційно заряджену ситуацію; відсутність або уповільнення мовлення; холодні кінцівки; тримається окремо від інших, аби почувати себе в безпеці; слабкий м'язовий тонус або сильні спазми.

2. *Надзбудження (бойовий стрес)*. Почервоніння шкіри; часте моргання; різкий сміх; неспокій, метушливість; пітніє; швидке, нестримне мовлення; надмірна пильність, настороженість; емоційні вибухи; надмірна реакція страху, що довго триває; несподіване відчуття жару; різке відведення погляду; надмірна чутливість; напружені м'язи.

3. *Втома (бойове виснаження)*. Песимізм, пригніченість, в'ялість; дратівливість, невдоволення всім (“нічого не хочеться”); тривожність; знервованість; напружений вираз обличчя; брак стійкого контакту очі в очі; голосне мовлення; важко розслабитися; проблеми зі сном і апетитом; працездатність знижена (важко виконувати поставлені завдання, не хочеться вмиватися, голитися тощо).

4. *Вихід із травми*. Хвилеподібно накочується туга, сум, спустошення; може бути почуття провини, образи; періодично хочеться плакати при згадці про травматичні події; в такі моменти з'являється небажання жити; стримування сліз; погіршення імунітету – часті простудні захворювання; психосоматичні розлади (наприклад, проблеми з травленням, підвищення тиску, болить голова тощо).

5. *Адаптація до екстремальної ситуації*. Поліпшення уваги; активізація мислення; загострення вищих почуттів: патріотизму, відповідальності, колективізму, совісті, готовності до самопожертви тощо; віра в свої сили, в успіх, сподівання на краще; здатність терпляче витримувати випробування; емоційна стійкість; здатність до концентрації для вирішення завдання; стійкість до

тимчасових невдач; здатність організму швидко перебудовуватися, підвищення витривалості тощо.

Розглянемо й інші точки зору. Так, В.Г. Ромек вважає, що психологічна реакція на травму включає в себе три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес.

Перша фаза – **фаза психічного шоку** – містить два основні компоненти:

1. Пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності.

2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза – **вплив**. У загальному вигляді типові реакції на цьому етапі можна представити наступним чином:

Типові реакції поліцейських на психічну травму

ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ	ПРОЯВИ НА ПСИХІЧНОМУ РІВНІ	ПРОЯВИ НА ТІЛЕСНОМУ РІВНІ
Гіперактивна форма: - метання в пошуках укриття, буйство; - істеричний сміх або плач; - крики в поєднанні з підвищеною активністю; - дратливість і злість; - агресивність. Загальмованість: - стан заціпеніння (у важких випадках - ступору); - апатія, загальмованість рухів; - непритомні стани. Загальні симптоми: - лякливість; - регрес віку (дитячі реакції); - незв'язне бурмотіння; - сильне тремтіння.	- нездатність концентрувати увагу; - часткова або повна втрата пам'яті; - складнощі із запам'ятовуванням інформації; - підвищена чутливість до шуму, світла і запаху; - порушення логіки і швидкості мислення; - порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій; - ослаблення волі; - зорові і слухові галюцинації.	- ослаблення зору і слуху; - часте сечовипускання; - розлад шлунку; - прискорене, переривчасте дихання; - порушення циркуляції крові, що призводить до оніміння ступень ніг і кистей рук; - сильна напруга м'язів; - прискорене серцебиття; - болі тиснучого та давлючого характеру в області серця і в грудній клітці; - болі в попереку; - болі хірургічних шрамів, старих ран; - неконтрольоване слиновиділення.

Крім того, для цього періоду характерними є виражені емоційні реакції на подію та її наслідки. Це можуть бути тривога, страх, афективний страх, жах, паніка, гнів, плач, звинувачення – емоції, що відрізняються безпосередністю прояву і крайньою інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються реакцією критики або сумніву в собі. Вона протікає по типу “що було б, якби ...” і супроводжується болючим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля і самобичуванням. Ця фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається або “процес одужання”, або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстресового стану в хронічну форму. В останньому випадку людина залишається на другій фазі реагування.

За умови благополучного емоційного відреагування виникає третя фаза – фаза нормального реагування. Її можна представити у вигляді схеми.

ЕМОЦІЙНЕ ВІДРЕАГУВАННЯ

ПРИЙНЯТТЯ РЕАЛЬНОСТІ

АДАПТАЦІЯ ДО НОВИХ ОБСТАВИН

Стадії формування постстресових порушень

ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС (під час критичного інциденту і одразу після нього – до 2 діб)

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (протягом 1 місяця після критичного інциденту - від 2 діб до 4 тижнів)

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (по завершенню одного місяця після критичного інциденту – більше 4 тижнів)

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ (протягом наступного життя людини, яка пережила травму).