

Особливості змін деяких психологічних показників у миротворців в особливих умовах діяльності

А.А. Озерянський
полковник медичної служби, старший науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення, Науково-дослідний інститут проблем військової медицини ЗС України

У статті досліджено особливості процесу адаптації військовослужбовців українського миротворчого контингенту до виконання завдань в особливих умовах діяльності. Представлено дані про структуру агресивних особистісних характеристик миротворців, що виникли за час миротворчої операції та позначаються на якості професійної діяльності. Надано рекомендації з організації подальшої реабілітації українських миротворців.

В статье исследованы особенности процесса адаптации военнослужащих украинского миротворческого контингента к выполнению задач в условиях особой деятельности. Представлены данные о структуре агрессивных личностных характеристик миротворцев, возникших за время миротворческой операции и отражающихся на качестве профессиональной деятельности. Даны рекомендации по организации дальнейшей реабилитации украинских миротворцев.

In this article the peculiarities of Ukrainian peacekeepers' adaptation for performing tasks in a special condition have been investigated. The peacekeepers' personal characteristics which connected with data of aggressive structure have been emerged during peacekeeping operations and in turn reflected in their professional work. The recommendations for further rehabilitation of Ukrainian peacekeepers have been proposed.

Ключові слова: *дизадаптаційний синдром, посттравматичні стресові розлади, агресивність, миротворчі контингенти.*

Постановка проблеми

Важливою науковою проблемою в Збройних силах України є розроблення шляхів підтримання на належному рівні надійності та ефективності професійної діяльності військовослужбовців у екстремальних умовах.

Наслідки воєн не обмежуються лише інвалідизацією колишніх військовослужбовців. Усе більшу увагу спеціалістів привертає проблема віддалених наслідків бойової психічної травми. Обстеження ветеранів локальних воєн і збройних конфліктів останніх десятиріч показує, що для значної частини їх учасників війна не закінчується з припиненням бойових дій. Симптоми бойового стресу трансформуються в посттравматичні стресові розлади (ПТСР) і можуть тривати роками. У деяких випадках формується пов'язаний

із бойовою психічною травмою психопатологічний стан, що проявляється на всіх рівнях: фізіологічному, психологічному та соціальному.

На фізіологічному рівні – це комплекс психосоматичних розладів і захворювань. За даними обстежень ветеранів війни у В'єтнамі, що проводилося в США в 1988 р., у 30,6% із них спостерігалися ПТСР. У 55,8% осіб, які мають ПТСР, було виявлено пограничні нервово-психічні розлади. При обстеженні радянських військовослужбовців, які брали участь у війні в Афганістані, у 17% виявлено ознаки ПТСР [7].

Аналіз останніх досліджень і публікацій

З повною впевненістю можна стверджувати, що не кожна людина в умовах за-

грози життю здатна працювати стабільно та продуктивно. За даними Американської психологічної асоціації, під час Другої світової війни тільки 25% особового складу підрозділів активно й адекватно діяли на передовій під час бою [1].

Учені Н. J. Normann и P. Maschke [13] проаналізували дані анкетного опитування особистісних якостей, необхідних для прогнозування успішності роботи пілотів. За допомогою побудованої моделі множинної регресії виникла можливість прогнозувати успішність діяльності з точністю 73,8%, а якщо додати результати анкетного опитування, то її точність зросла до 79,3%. Отже, на надійність діяльності впливають і особистісні характеристики людини.

При характеристиці дистимічного варіанта психодизадаптаційного стану (емоційна нестійкість, роздратованість, виражене невдоволення, перепади настрою, конфліктність, порушення дисципліни) В.Я. Семке та А.Б. Савіних приділяють велике значення негативному впливові вербальної агресії на якість службової діяльності [11]. Відновлення функціонального стану після стану психічної дизадаптації відбувається декількома шляхами, одним із яких є невротичний, що пов'язаний із появою поведінкових патернів, які полегшують стан. Це може бути соматизація або агресія (аутоагресія) [5]. Крім того, прихована агресивність у осіб із нормальним чи граничним рівнем артеріального тиску є фактором, що прискорює розвиток артеріальної гіпертензії [16].

Дослідженням функціонального стану та показників психологічної сфери в особливих умовах діяльності займалися й сучасні вчені співвітчизники [2; 8], які у своїх дослідженнях вказують, що високе фізичне навантаження, емоційний стрес із негативними впливами умов жаркого клімату країн виконання миротворчих операцій, суттєво підвищують вимоги до адаптаційних можливостей людини. У бойовій обстановці часто негативні фактори взаємодіють, що спричиняє серйозні зміни в психофізіологічному стані людини.

На вплив психогенних чинників бойової обстановки організм військовослужбовців відповідає реакцією тривоги. До симптомів нормальної реакції тривоги поряд із проявами дисфункцій з боку серцево-судинної, дихальної та інших систем організму відносяться й прояви апатії або роздратування, що є однією з форм агресії.

Не вирішені раніше частини загальної проблеми

Таким чином, виникає необхідність у комплексному дослідженні показників стресостійкості, тривожності, ПТСР та агресивних якостей особистості військовослужбовців (роздратування, злість, агресивність до оточуючих тощо) і впливу їх на якість службової діяльності.

Формулювання цілей статті

Метою статті є визначення взаємозв'язку показників тривожності, стресостійкості, рівнів агресії та посттравматичних стресових розладів, для врахування особливостей адаптації військовослужбовців миротворчих контингентів у подальших профілактичних і реабілітаційних соціально-медико-психологічних заходах.

Виклад основного матеріалу дослідження

В обстеженні до та після виконання миротворчої місії брали участь 74 військовослужбовці віком 25–35 років. Для дослідження показників і форм агресії було використано методику А. Басса й А. Дарки, що дає змогу виявити важливі показники й такі форми агресії, як фізична, вербальна, непряма, негативізм, роздратування, підозрлість, образа, аутоагресія (почуття провини). Методика включає 75 тверджень, відповіді на які повинні стосуватися стилю поведінки та способу життя людини, яка проходить тест. Сума балів, помножена на коефіцієнт, дає змогу отримати нормовані показники, що характеризують індивідуальні та групові результати [9]. Для вивчення особливостей адаптаційних процесів у миротворців були застосовані: опитувальники Спілбергера-Ханіна (для виявлення рівня особистісної та реактив-

ної тривожності); Басса-Даркі (для виявлення рівня агресії та ворожості); опитувальник «Міссісіпська шкала» (для визначення рівня ПТСР) [6]; тест на самооцінку стресостійкості [10].

Аналіз отриманих результатів проводився методами варіаційної статистики, кластерного та факторного аналізів за допомогою пакета STATISTICA 8.0 [14].

Аналіз узагальнених результатів тестування всієї групи осіб показав незначну варіабельність показників і неоднорідність деяких психологічних якостей (за показниками асиметрії та ексцесу) досліджуваних осіб (табл. 1).

Показники ситуативної тривожності розподілилися таким чином: низький рівень – 34,8% осіб, незначно підвищений – 48,3%, помірно підвищений – 16,9%. Щодо показників особистісної тривожності отримано таку структуру показників: низький рівень – 32,6%, незначно підвищений – 51,7%, помірно підвищений – 15,7% осіб.

У структурі ПТСР за методикою «Міссісіпська шкала» виявлено 12,5% осіб, які мають імовірні ознаки ПТСР, 15,6% становила гранична група.

Миротворці, які оцінили свій стан стресостійкості як середній, становлять 3,6%, незначно вище середнього – 11,9%, вище середнього – 40,5%, високий – 42,8%, дуже високий 1,2% осіб.

Важливим показником, що впливає на якість професійної діяльності не тільки окремого миротворця, а й усього колективу, є рівень агресії. Так, отримано високі рівні показників за різними шкалами опитувальника Баса-Даркі, а саме за шкалами: «образа» – 71,3%, «фізична агресія» – 48,9%, «почуття провини» – 35,1%, «непряма агресія» – 34%, «негативізм» – 20,2%, «вербальна агресія» – 19,1%, «підозрілість» – 18,1%, «роздратування» – 4,3% осіб.

При визначенні структури показників і форм агресивності у військовослужбовців після виконання миротворчої місії встановлено переважне зростання високих рівнів фізичної ($\approx 50\%$) агресії та образи – (71,3%).

Спостерігається чітка тенденція до суттєвого підвищення рівня негативізму, спрямованого проти авторитету та керівництва, який може наростати від пасивного опору до активних дій проти вимог, пра-

Таблиця 1

Групові статистичні характеристики досліджуваних показників миротворці

№ з/п	Показники	Середня \pm стандартна помилка середньої	Коефіцієнт асиметрії \pm стандартне відхилення	Коефіцієнт ексцесу \pm стандартне відхилення	Нормальний рівень в умовних одиницях
1	Ситуативна тривожність	34,71 \pm 1,12	- 0,43 \pm 0,40	- 0,11 \pm 0,79	< 31
2	Особиста тривожність	35,13 \pm 1,18	- 0,26 \pm 0,41	0,05 \pm 0,81	< 31
3	Стресостійкість	7,05 \pm 0,13	- 0,69 \pm 0,37	0,31 \pm 0,73	> 6
4	Фізична агресія	6,65 \pm 0,22	- 0,50 \pm 0,37	- 0,67 \pm 0,73	4-6
5	Непряма агресія	4,15 \pm 0,20	- 0,14 \pm 0,37	- 0,75 \pm 0,73	4-5
6	Роздратування	5,80 \pm 0,28	0,02 \pm 0,37	- 1,62 \pm 0,73	4-6
7	Негативізм	2,51 \pm 0,24	0,50 \pm 0,37	- 0,94 \pm 0,73*	2-3
8	Образа	2,90 \pm 0,24	0,90 \pm 0,37*	0,87 \pm 0,73	4-5
9	Підозрілість	4,85 \pm 0,28	0,52 \pm 0,37	- 0,71 \pm 0,73	4-6
10	Вербальна агресія	8,70 \pm 0,28	- 0,49 \pm 0,37	- 1,10 \pm 0,73**	4-6
11	Почуття провини	5,95 \pm 0,25	0,09 \pm 0,37	- 0,53 \pm 0,73	4-5
12	Рівень ПТСР	70,46 \pm 2,30	- 0,49 \pm 0,45	- 0,41 \pm 0,88	< 76

Примітка: достовірність відхилення від нормального розподілу з імовірністю

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

вил, законів. У миротворців після ротації з'явилася категорія осіб із високим рівнем підозрілості. Достовірно негативна тенденція до підвищення рівня підозрілості та роздратування свідчить про появу у них схильності до недовіри та обережного ставлення до людей, готовності за найменшого збудження перерости в запальність, різкість, грубість.

Служба в миротворчих підрозділах не мала достовірного впливу на почуття провини та образи у військовослужбовців.

Для подальшого аналізу отриманих результатів було використано кореляційний аналіз за Спірменом. Значимі показники взаємозв'язку отриманих показників наведено в таблиці 2.

Показники тесту на самооцінку стресостійкості пов'язані з рівнями тривожності, роздратування, почуття провини, непрямой агресії та вербальної агресії у зворотному напрямі. При цьому низьким показникам тесту на стресостійкість відповідають високі її рівні. Це свідчить про те, що особам, які оцінили рівень своєї стресостійкості як більш кращий, притаманне підвищення рівнів агресії та тривожності. Отримання досить різнорідної

картини взаємозв'язків між рівнем агресивних проявів та іншими досліджуваними показниками потребує їх поглибленого аналізу.

Слід зазначити, що кожна особистість повинна мати певний ступінь агресивності, оскільки агресія є невід'ємною характеристикою активності й адаптивності людини. Тому в умовах сьогодення на перший план висувається нормативний підхід. При цьому у визначенні поведінки як агресивної вирішальне місце повинно належати поняттю норми, оскільки вона формує своєрідний механізм контролю за визначенням тих або інших дій.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що рівень агресії індивідуума може виступати не тільки як негативний показник, а й показник своєрідного психологічного захисту для збереження адаптаційного резерву в екстремальних умовах діяльності. Про це свідчать дані й інших досліджень [2]. Кожна особистість повинна мати певний ступінь агресивності, тому що вона є невід'ємною характеристикою активності й адаптивності людини. Однак при визначенні поведінки людини як агресивної вирішальне місце повинно

Таблиця 2

Значимі зв'язки основних досліджуваних показників за Спірменом

Зв'язок показників	Коефіцієнт Спірмена
Ситуативна тривожність і особистісна тривожність	0,45**
Ситуативна тривожність і стресостійкість	- 0,40*
Ситуативна тривожність і роздратування	0,65***
Ситуативна тривожність та образа	0,46**
Ситуативна тривожність і почуття провини	0,53***
Особистісна тривожність і стресостійкість	- 0,49**
Особистісна тривожність і непряма агресія	0,45**
Особистісна тривожність і роздратування	0,54**
Особистісна тривожність і вербальна агресія	0,54**
Стресостійкість і непряма агресія	- 0,60***
Стресостійкість і роздратування	- 0,63***
Стресостійкість і негативізм	- 0,34*
Стресостійкість та образа	- 0,59***
Стресостійкість і вербальна агресія	- 0,50**
Стресостійкість і почуття провини	- 0,54***

Примітка: рівень достовірності * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

належати поняттю «норма», оскільки вона формує своєрідний механізм контролю за тими чи іншими діями.

Це необхідно враховувати в ході проведення професійного відбору осіб для виконання завдань в особливих умовах діяльності. Однак, як було зазначено вище, ця особливість потребує встановлення діапазону оптимального рівня агресії.

Агресія може мати як адаптивний характер («доброякісна» агресія, що проявляється лише в ситуації фрустрації та не зберігається після її завершення), так і дизадаптивний («злроякісна» агресія [15]).

Низькі рівні адаптивних можливостей миротворців призводять до професійних захворювань. Так, А.І. Волошин виділив два взаємопов'язаних етапи соціальної компенсації: збереження біологічного функціонування організму за допомогою медицини та соціальна реабілітація. Особливе значення тут надається психологічній дизадаптації [3].

Досвід сучасних військових конфліктів і локальних воєн свідчить про те, що у 75% військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, спостерігається дезорганізація психічної діяльності особового складу з порушеннями самооцінки, оцінки ситуації й адекватності реагування на неї. За даними спеціалізованого видання «New England journal of medicine», у 15-17% осіб, що повернулися з Іраку, виявлено симптоми «глибокої депресії, загального тривожно-депресивного розладу або посттравматичного стресу». Більше того, наприкінці березня 2004 р. була оприлюднена доповідь військово-медичної служби ЗС США, у якій відзначено значне зростання випадків суїцидів серед американських військовослужбовців. Кількість випадків самогубств серед особового складу у 2002 р. становила 1,2%, у 2003 р. цей показник у цілому досяг 1,28%, а у військах, дислокованих у Кувейті та Іраку, – 1,73% [4].

Проведене нашими співробітниками психофізіологічне обстеження військовослужбовців-льотчиків миротворчого контингенту, які проходили службу в Сьєрра-

Леоне, в умовах, наближених до бойових, визначило, що значна частина (40%) контингенту перебуває в стані психологічної дизадаптації та потребує психокорекційних заходів [8].

За даними американських учених [12], попередженню бойової психічної травми буде сприяти навчання командирів підрозділів і особового складу підрозділів (які виконуватимуть свої професійні обов'язки в екстремальних умовах) методами сучасного розпізнавання психічних розладів. Тому в ході бойової підготовки офіцерському складу викладаються основи психології та психіатрії, а рядовий склад тренується з використанням спрощених методик оцінки виникаючого психічного стресу для відпрацювання навичок самоконтролю та спостереження за станом оточуючих. Важливо, щоб реабілітацію в підрозділах проводили цивільні психологи. Це дає змогу військовослужбовцям бути більш відвертими.

Доведено, що своєчасне проведення комплексу реабілітаційних заходів, що включають психолого-корекційні заходи, значною мірою знижує як інтенсивність переживання гострої стресової реакції, так і ризик виникнення ПТСР у наступному періоді життя.

Для більш якісного вирішення питань соціального захисту та комплексної реабілітації військовослужбовців, інших учасників бойових дій і контртерористичних операцій необхідна законодавча база на державному рівні, а саме – прийняття закону «Про основи державної системи комплексної реабілітації громадян України, які виконують (які виконували) обов'язки, а також тих, що постраждали в умовах надзвичайного стану та військових конфліктів».

У комплексі заходів, що розробляються, важливо передбачити створення єдиної системи обліку та кваліфікації об'єкта реабілітації як учасника бойових дій. Направлення особи у відновлювальний центр повинно залежати від одного інтегрального показника – наявності медичних показань до реабілітації.

Виділяються такі основні напрями роботи зі створення реабілітаційної служби:

- розроблення типових положень щодо організаційно-штатної структури та оснащення реабілітаційних закладів;

- розроблення принципів і порядку організації взаємодії служб, зацікавлених у створенні реабілітаційної системи;

- розроблення медико-економічних стандартів, протоколів і переліку обов'язкових медичних послуг для оздоровчо-реабілітаційних організацій;

- визначення показань (і протипоказань) для направлення пацієнтів у оздоровчо-реабілітаційні заклади, а також порядку взаємодії з іншими лікувально-профілактичними службами й організаціями;

- удосконалення системи підготовки кадрів за спеціальністю «Відновлювальна медицина» (медична та психологічна реабілітація).

Досить важливе питання – навчання спеціалістів. Необхідно створити бригади спеціалістів, адже реабілітаційна програма включає психотерапію, медикаментозне лікування, сімейну терапію, роботу з оточенням.

На жаль, кількість людей, які страждають від перенесених ПТСР, включає не лише військовослужбовців, учасників воєнних дій, а й членів їхніх сімей, у яких частота наявності стресового розладу значно вища, аніж у самих військовослужбовців. Це проблема суспільства в цілому, а не тільки армії та невирішеність її породжує різні негативи (велика кількість суїцидів, утеч з армії, негативного відношення суспільства до армії в цілому).

Висновки

1. Миротворча діяльність чинить на людину значне психоемоційне навантаження, що призводить до змін на психо-

логічному рівні (високих рівнів проявів фізичної агресії у 48,9% осіб, наявність ПТСР у 12,5%).

2. Встановлено, що рівень агресії індивідуума може виступати не тільки як негативний показник, а й як показник своєрідного психологічного захисту для збереження адаптаційного резерву в екстремальних умовах діяльності. Так відмічено достовірне зростання високого рівня фізичної агресії у миротворців після виконання робіт, пов'язаних із підвищеною небезпекою (відповідно з 13,3% до 49%, $p < 0,001$); відмічається аналогічна тенденція до підвищення рівня непрямой агресії, причому достовірно низькі її рівні притаманні групі військовослужбовців перед початком виконання службових обов'язків у складних умовах; подібні зміни виникають і з рінями негативізму, підозрілості та роздратування.

3. Необхідним є встановлення оптимального діапазону норм агресії для миротворців, оскільки з одного боку агресія спрямована на захист організму від впливу дії шкідливих факторів зовнішнього середовища, а з іншого – може призводити до соціальних конфліктів.

4. Ураховуючи досвід зарубіжних країн-учасниць миротворчих місій необхідно створити:

- спеціальні медичні та психологічні групи у Збройних силах України, які на місцях місій проводитимуть профілактику психосоматичних розладів у миротворців і надаватимуть необхідну допомогу;

- єдиний медико-психологічний каталог усіх учасників миротворчих місій ЗС України з метою моніторингу стану здоров'я та проведення реабілітаційних заходів;

- медичні реабілітаційні центри для учасників миротворчих місій ЗС України.

Література

1. Боевые стрессовые расстройства // Военная психиатрия / под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамяря. – С.-Пб. : ВмедА, 2001. – С. 232-240.

2. Варус В.І. Аспекти адаптаційного процесу у військовослужбовців українського миротворчого контингенту / В.І. Варус, А.В. Швець, А.М. Губенко // Довкілля та здоров'я. – 2007. – Т. 42. – № 3. – С. 66-70.

3. Волошин А.И. Социальные аспекты приспособления и экология человека / А.И. Волошин // Медицина труда и пром. экология. – 1999. – № 7. – С. 1-5.

4. *Воронцов С.* Влияние боевого стресса на морально-психологическое состояние военнослужащих США и Великобритании / С. Воронцов // Зарубежное военное обозрение. – 2005. – № 5. – С. 32-37.

5. *Гольдберг Д.* Распространенные психические расстройства : Биосоциальная модель / Д. Гольдберг, П. Хаксли / пер. с англ. – К. : Сфера, 1999. – 256 с.

6. Комплексна методика визначення психофізіологічного стану військовослужбовців на етапі професійного відбору для участі у міжнародних миротворчих операціях (Методичні рекомендації) / Автори-укладачі : М.Г. Маслова, В.Л. Володарський, О.А. Поляков та ін. – К. : ННДЦ ОТ і ВБ України. – 2005. – 123 с.

7. *Лабезная Е.О., Зеленова М.В.* Военно-травматический стресс : особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е.О. Лабезная, М.В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62-74.

8. *Опанасенко В.В., Иванов Д.А., Мартынюк Г.М., Левит Й.Р.* Психофизиологический статус летчиков после выполнения миротворческой миссии / В.В. Опанасенко, Д.А. Иванов, Г.М. Мартынюк, Й.Р. Левит // Сучасні аспекти військової медицини : Збірник наукових праць ГВКГ МО України. – К., 2004. – С. 471-476.

9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : Учебное пособие. – Самара : Бахрах-М, 2002. – 672 с.

10. Психология личности : тесты, опросники, методики / Авторы-составители : Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова. – М. : Геликон, 1995. – 236 с.

11. *Семке В.Я.* Клинико-социальное прогнозирование при состояниях психической дезадаптации, которые возникают в условиях севера Сибири / В.Я. Семке, А.Б. Савиних, М.М. Аксенов // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. – Красноярск, 1990. – С. 103-106.

12. *Byrne, C.A., & Riggs, D.S.* The cycle of trauma : Relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder // Violence and Victims. – 1996. –Vol. 11. – P. 213-224.

13. *Hormann H.J.* On the relation between personality and job performance of airline pilots / H.J. Hormann, P. Maschke // Int. J. Aviat. Psychol. – 1996. – 6, № 2. – P. 171-178.

14. *Lewicki P.* STATISTICS Methods and Applications. A comprehensive reference for science, industry, and data mining / Pawel Lewicki and Thomas Hill . – Tulsa OK, USA : StatSoft Inc., 2006. – 832 p. – ISBN: 1-804233-59-7.

15. *Martens Wil J., Zijlmans L.S.M.* Psychological Support Pre- During and Post-Deployment // «NATO Force Health Protection Requirements from Pre- to Post-Deployment : Population Health for the Military», Antalya, Turkey, 7-9 April 2003.

16. *Perini C.* Suppressed aggression accelerates early development of essential hypertension / C. Perini, F.B. Muller, F.R. Buhler // J. Hypertens. – 1991. – № 6. – V. 9. – P.499-503.