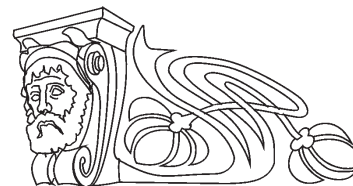




Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2023. Т. 23, вып. 4. С. 438–444  
*Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2023, vol. 23, iss. 4, pp. 438–444  
<https://phpp.sgu.ru> <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444>, EDN: QZSXYS

Научная статья  
УДК 616.895:355.4

## Проблемы и пути комплексной проработки последствий боевого стресса и боевых травм



Г. Н. Малюченко

Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского, Россия, 410012, г. Саратов, ул. Астраханская, д. 83

Малюченко Геннадий Николаевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и консультативной психологии, [mgn1802@yandex.ru](mailto:mgn1802@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-3756-5366>

**Аннотация. Введение.** В статье анализируются теоретические подходы к пониманию внутриспсихических механизмов, порождающих боевые стрессы и психотравмы. Привлечено внимание специалистов к психофизиологическим и индивидуально-типическим факторам, влияющим на возникновение и протекание боевых посттравматических стрессовых расстройств. **Теоретический анализ.** Представлены этапы исследований последствий участия человека в боевых действиях, проводимых за последнее столетие. Рассмотрены научные взгляды на роль в развитии боевых посттравматических стрессовых расстройств таких врожденных свойств нервной системы, как сила нервных процессов, их уравновешенность и динамичность. Раскрыто значение типа темперамента человека в его реакциях на специфический боевой стресс, а также роль пластичности высшей нервной деятельности как фактора преодоления патологических факторов внешней среды, в том числе в приложении к условиям военных событий. **Заключение.** Анализируются индивидуальные факторы преодоления боевых стрессов и психотравм, проявленных в форме физиологических и психологических дисфункций, включая факторы, определяющие непосредственные психические реакции участников боевых действий. Формулируются выводы о наиболее эффективных путях коррекции общего функционального состояния психики и нервно-мышечного аппарата комбатанта.

**Ключевые слова:** симптоматика, боевой стресс, боевая психотравма, боевое посттравматическое стрессовое расстройство, свойства нервной системы, высшая нервная деятельность, тип темперамента, физиологические дисфункции, психологические последствия участия в боевых действиях

**Для цитирования:** Малюченко Г. Н. Проблемы и пути комплексной проработки последствий боевого стресса и боевых травм // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2023. Т. 23, вып. 4. С. 438–444. <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444>, EDN: QZSXYS

Статья опубликована на условиях лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International (CC-BY 4.0)

Article

**Problems and ways of comprehensive study of the consequences of combat stress and combat injuries**

**G. N. Malyuchenko**

Saratov State University, 83 Astrakhanskaya St., Saratov 410012, Russia

Gennady N. Malyuchenko, [mgn1802@yandex.ru](mailto:mgn1802@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-3756-5366>

**Abstract. Introduction.** The article is devoted to the analysis of theoretical approaches to understanding the intrapsychic mechanisms that generate combat stress and psychotrauma. This article draws the attention of specialists to the psychophysiological and individual-typical factors affecting the occurrence and course of combat PTSD. **Theoretical analysis.** The stages of research on the consequences of human participation in hostilities conducted over the past century are presented. Scientific views on the role of such innate properties of the nervous system as the strength of nervous processes, their balance and dynamism in the development of combat PTSD are considered. The significance of the type of human temperament in his reactions to specific combat stress is revealed. The role of plasticity of higher nervous activity as a factor of overcoming pathological environmental factors, including its application in the conditions of military events, is also revealed. **Conclusion.** In conclusion, the analysis of the factors of overcoming combat stress and psychotrauma manifested in the form of physiological and psychological dysfunctions, including individual factors that determine the mental reactions of participants in combat operations, is carried out. Conclusions are drawn about the most effective ways to correct the general functional state of the psyche and neuromuscular apparatus of the combatant.

**Keywords:** symptoms, combat stress, combat psychotrauma, combat PTSD, properties of the nervous system, higher nervous activity, type of temperament, physiological dysfunctions, psychological consequences of participation in hostilities

**For citation:** Malyuchenko G. N. Problems and ways of comprehensive study of the consequences of combat stress and combat injuries. *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2023, vol. 23, iss. 4, pp. 438–444 (in Russian). <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444>, EDN: QZSXYS

This is an open access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0)



## Введение

В любой науке имеют место две тенденции: а) инертность представлений о предмете исследований, в то время как сам предмет (в данном случае – психика человека) постоянно изменяется и б) стремление к углублению узких «кроличьих нор», т. е. копанию того, что и так раскопано, т. е. глубоко изучено. Боевые стрессы и психотравмы стали предметом систематических научных исследований еще в начале XX в. С тех пор психологическая наука и практика проделала в них много «кроличьих нор», но взгляд на предмет в целом не слишком расширился. Например, до сих пор ведутся дискуссии о том, требуется ли при лечении психотравм применять фармакотерапию в так называемые «золотые часы» и какие препараты при этом следует (не следует) назначать.

Когда в начале 70-х гг. XX в. американское научное сообщество впервые столкнулось с такой масштабной проблемой, как «дезадаптивное поведение ветеранов Вьетнамской войны», перед исследователями стояла задача скорейшей выработки наиболее продуктивного подхода к его пониманию и путям устранения запускающих его интрапсихических механизмов. В итоге была создана сеть специальных исследовательских центров социальной помощи ветеранам войны. Анализ накопленных в них клинических данных свидетельствовал о том, что всех обследуемых комбатантов объединяет *три ключевых признака*: а) высокие риски суицидального поведения; б) акты импульсивного реагирования с элементами насилия к окружающим; в) неблагополучие в семейной и социальной жизни.

Обобщив накопленные к концу 70-х гг. XX в., разрозненные эмпирические данные, американский психиатр М. Горовиц предложил все подобные расстройства с отмеченной выше и сходной симптоматикой выделить в один синдром под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) как не соответствующий другим, ранее открытым [1]. Так, начиная с 1980 г., данный синдром под аббревиатурой «PTSD» стал известен научному миру и был включен в официальный американский диагностический стандарт DSM-3.

Примечательно, что примерно в те же годы по сути параллельно развивались и другие подходы к исследованиям данного типа расстройств. Так, например, несколько иные трактовки последствий боевых стрессов и психотравм встречаются в работах П. Верн, который ввел в активный научный лексикон понятие «flashbacks» (навяз-

чивые воспоминания), рассматривая их как наиболее важную проблему ветеранов войн. Такие воспоминания, возникающие и днем, и ночью (в форме кошмарных сновидений), сопровождаются острыми, болезненными переживаниями, которые часто перетекают в длительные угнетенные состояния, соединенные со слабо контролируемыми страхами, сомато-вегетативными расстройствами, чувством вины либо с полной апатией и отчуждением ко всем прошлым интересам [2]. Наука и практика до сих пор находятся в поиске эффективных способов купирования «флэшбеков», включая подбор психотропных лекарств и аппаратную физиотерапию.

Особо отметим, что согласно принятым в мировой медицине правилам процесс подбора наиболее подходящих и эффективных медикаментозных средств требует тщательной предварительной диагностики индивидуальных психических свойств и личностных особенностей пациентов, так как именно они определяют их реакции на любые медикаментозные процедуры и препараты. Однако многие авторы указывают, что количество валидных психодиагностических методик, применяемых для оценки особенностей проявления посттравматических стрессовых расстройств в различных его формах (включая комплексные) пока весьма ограничено [3].

Как следствие, требуется признать такой парадоксальный факт: накопление значительного объема клинических исследований и иных эмпирических материалов пока не приблизило научное сообщество к созданию ряда оптимальных терапевтических методов лечения ПТСР и к (комплексным) ПТСР. Масса клинических случаев с различными исходами порождает пока лишь расхождения у теоретиков и вопросы у практиков.

Следует обратить внимание на тот факт, что к созданию абсолютно эффективных схем лечения ПТСР пока не приблизилась ни одна из стран, активно участвовавших в последнее столетие в боевых действиях. Однако, если в одних странах постепенно создаются некие достаточно самостоятельные, а значит и культурно-сообразные подходы к пониманию феноменологии боевых психотравм, к схемам их лечения (например, Израиль), то в других преобладают заимствованные теории и практики, а значит, методики и алгоритмы. В современной России имеют место обе названные тенденции: одни специалисты ищут самостоятельные подходы и схемы лечения [4], не пренебрегая мировым опытом, другие тяготеют к копированию готовых алгоритмов [5].



Как правило, каждый специалист отталкивается от своего личного видения того, что составляет ключевые особенности реагирования психики на боевые травмы. Его оценка первых последствий боевых стрессов и симптоматики боевых травм также зависит от расставляемых им акцентов. Кроме того, один специалист может работать в основном с «комбатантами» – активными участниками военных событий, а другой обобщает эмпирический опыт, полученный при работе с «мирными свидетелями» активных боевых действий. Это порождает множество вариантов описаний, как симптоматики, так и динамики боевых ПТСР, что во многом вызвано различными форматами, исходными мотивами и количеством времени участия человека в военных событиях.

Вероятно, по этим же причинам современные авторы в своих описаниях по-разному акцентируют значение тех или иных «внешних условий» и «внутренних факторов», влияющих на психические реакции участников боевых действий и развитие у них ПТСР. Более того, некоторые исследователи не учитывают жизненный опыт и ценности, которые человек имел до момента столкновения с военными событиями и боевой травмой. Однако следует отметить, что предшествующие военным событиям сценарии личностного развития, выраженные в определенных жизненных событиях, усвоенных навыках, смыслах, ценностях, так или иначе предопределяют общий вектор личностных изменений, возникающих под воздействием боевого стресса, психотравмы и пр.

### Теоретический анализ

Периодический пересмотр определений расстройств, вызванных боевыми травмами, диагностических показателей ПТСР (кПТСР) в МКБ показывает, что среди специалистов ведутся непрерывные диспуты, вызванные новыми клиническими данными. Как показывает анализ научных публикаций по данной теме, так называемый «латентный период» после травмы у разных авторов также может колебаться от нескольких недель до 5–6 мес. Специфика изучения последствий боевых стрессов и боевых травм заключается в том, что их последствия, как правило, исследуются уже постфактум, т. е. после возникновения и критического нарастания типичной симптоматики. При этом авторы часто отмечают, что в развитии боевых ПТСР ключевую роль играет личностный потенциал, накопленный военнослужащим в предшествующий период его жизни [6].

Следует признать, что в 80% клинических случаев представители науки и практики имеют дело лишь с теми отсроченными последствиями участия человека в военных событиях, которые четко подпадают под соответствующие диагностические критерии МКБ. Однако весь спектр возможных последствий такого рода событий намного шире и неизбежно включает как «нетипичные» аффективные реакции, так и разнообразные когнитивные искажения, которые часто становятся «минами замедленного действия» и оказывают неожиданно значительное влияние на развитие личности в отдаленной перспективе. Иными словами, специалистам необходимо тщательно изучать все последствия боевых травм.

По данным различных исследований, патологическая реакция психики на боевые травмы может возникнуть в одном случае спустя 3–4 недели, а в другом – спустя 3 или 4 года. При прогнозе отдаленных последствий боевых травм следует учитывать, что время и интенсивность проявления симптоматики ПТСР зависят не только от качества помощи, оказанной в первые «золотые часы», но и от таких врожденных характеристик, как темперамент и базовые свойства нервной системы человека. Свойства высшей нервной деятельности, в частности сила нервных процессов, их уравновешенность и подвижность, выделенные еще И. П. Павловым, позже, ближе к середине XX в., были дополнены трудами Б. М. Теплова и В. Д. Небылицына в терминах «динамичность» и «лабильность». Все данные свойства имеют прямое отношение к индивидуальным типам реагирования на боевой стресс и травму. По всей вероятности, специфика индивидуальных реакций также значительно зависит от таких (пока еще слабо изученных) индивидуальных качеств, как *резильентность* (способность к быстрой реадaptации в стрессовых ситуациях) и *проактивность* (способность расставлять приоритеты, не поддаваясь импульсивным реакциям).

В русле изучения исходных психофизиологических предпосылок, определяющих спектр индивидуальных реакций человека на длительное пребывание в боевой обстановке, был построен научный труд известного западного психиатра, специалиста в области антропологии и психоанализа А. Кардинера. Он смог систематизировать психические феномены, связанные с участием в боевых действиях, что нашло отражение в изданной в 1941 г. монографии «Травматические неврозы военного времени». Долгие годы этот труд оставался одним из главных практических руководств для медицинских



специалистов, занятых лечением психических расстройств у ветеранов боевых действий [7].

Объединив понятийное поле психоанализа и психиатрии, А. Кардинер ввел в науку понятие «центральный физионевроз», который проявляется у лиц, имеющих боевой опыт, в большей или меньшей степени, но в любом случае служит исходной причиной для нарушений целого ряда личностных функций. А. Кардинер первым установил, что хронический военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу, и дал первое комплексное описание его симптоматики, которое остается актуальным и по сей день:

сверхвозбудимость психики, сохраняющаяся в мирное время;

бесконтрольные реакции на внезапные раздражители;

потеря согласованности и целеполагания в любой деятельности;

искаженное восприятие под влиянием чувств страха и ужаса;

фиксация на обстоятельствах психотравмирующего события;

периодические «провалы» в болезненные переживания;

предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям;

нарушение режимов сна и бодрствования.

Стоит заметить, что большая часть последующих разработок, вплоть до конца XX в., по сути проводилась в русле заданного Кардинером научного подхода к пониманию причин возникающих психофизических нарушений и их последствий во внешнем поведении участников боевых действий. Изменилась лишь терминология: ближе к концу XX в. на первый план в лексиконе клинической психологии и психиатрии вышли такие понятия, как «боевой стресс» и «боевая психотравма», определяющие соответствующие группы симптомов и понимание их непосредственных и отдаленных последствий.

Однако следует принимать во внимание тот факт, что боевой стресс в отличие от боевых травм возникает почти у всех участников боевых действий, имеет свойство накопления, вызывает истощение психики, что во многом предопределяет тяжесть реакций на последующие психотравмирующие события. Таким образом, это самостоятельное явление, которое часто остается в тени. Вместе с тем именно соединение боевого стресса (точнее, дистресса) и боевой травмы может вызывать осложненные расстройства и длительные последствия для физического и психического здоровья [8]. Обобщая данные, полученные на различных выборках лиц, имеющих

признаки боевого стресса и боевых психотравм, исследователи часто обнаруживают следующие проявления коморбидности:

увеличение фоновой и ситуативной тревожности от гнетущих мыслей и негативных чувств во всех необычных ситуациях;

сложности с расслаблением в течение времени дневного бодрствования и с засыпанием в ночные часы;

иррациональные действия и ритуалы, возникающие на фоне социально ориентированного активизма;

ослабление способности к концентрации внимания, временные и частичные провалы в памяти;

когнитивные искажения, проявляемые в отношении внешнего мира и своего места в нем;

склонность к употреблению алкоголя или психоактивных веществ;

импульсивные эмоциональные реакции, склонность к насилию;

повышенная утомляемость и внезапные перепады настроения;

депрессивные состояния с навязчивыми суицидальными мыслями.

Как отмечалось ранее, период весьма длительных, систематических и комплексных исследований боевых ПТСР и иных последствий боевых травм приходился на 70-е гг. XX в. В это время огромную роль играл такой макро-социальный фактор, как общественное мнение. Это произошло после провальной для Белого дома военной кампании во Вьетнаме. Фокусировка внимания на социально-политических факторах, влияющих на возникновение ПТСР, позволила вскрыть неявные причины массовой предрасположенности военных ветеранов к употреблению ПАВ и совершению самоубийств. Было установлено, что психика большинства комбатантов оказалась весьма чувствительной и уязвимой к общественным оценкам их ратных подвигов и военной операции в целом. Тогда впервые в науке было закреплено понимание того, что распространенность психических дисфункций среди участников боевых действий следует рассматривать в прямой связи с возникшим социальным контекстом. Оказалось, что негативные общественные оценки могут крайне отрицательно воздействовать на развитие боевых травм и боевых ПТСР [9].

Более того, как показали дальнейшие события, военная медицина и психологическая наука США при всем своем авторитете и финансовых вливаниях оказались бессильны остановить процесс нарастания психопатологий среди ветеранов, вернувшихся с войны. Этот процесс, являясь



прямым следствием захлестнувшего все слои тогдашнего общества «вьетнамского синдрома», по сути полностью обесценивал их военные заслуги. Неслучайно «вьетнамский синдром» стал первым в новейшей истории социально-психологическим явлением, которое систематически исследуется последние полстолетия. Научные знания о деструктивном воздействии данного явления должны учитываться в полной мере при реализации внутренней информационной политики в Российской Федерации как во время, так и после окончания специальной военной операции.

В данном контексте уместно вспомнить историческую фактологию включенную в известный художественный фильм «Форест Гамп». Его сюжет в значительной мере переплетен с ключевыми моментами вьетнамского синдрома, вплоть до включения кинохроники 70-х гг. XX в. В фильме получили отражение по сути два альтернативных варианта реагирования психики человека на экстремальный боевой опыт. Главный герой фильма Форест Гамп попадает на вьетнамский фронт и вскоре оказывается в самом «пекле войны». Ему удается вытащить из-под огня пару своих сослуживцев и командира лейтенанта Дэна Тейлора, с детства запрограммированного на поиски «геройской смерти». Однако Форест Гамп не чувствует себя героем и чаще думает о своей девушке, чем о своем опыте участия в войне.

Покинув госпиталь после ранения, Форест Гамп активно включается в соревнования по настольному теннису. Как известно, игровая активность в настольном теннисе предполагает постоянные быстрые движения глаз, что во многом соответствует методологии и техникам ДПДГ. То есть он интуитивно выбирает и применяет на себе один из эффективных методов переработки негативного опыта посредством четко структурированной двигательной активности глаз и рук. На долгий срок герой погружается в этот спорт и добивается в нем выдающихся результатов. Процесс исцеления его психики строится на сочетании двигательной активности с социально одобряемым спортивным азартом «победителя». По возвращении в США Форест Гамп отнюдь не страдает от чувства вины или разочарования. Однако в скором времени его ждет другой удар судьбы: уход его возлюбленной Дженни. Теперь главный герой применяет несколько иной способ отреагирования: на следующий день он пускается в трехлетний марафон, пересекая множество штатов, приобретая последователей и известность в СМИ. Но вот однажды Форест осознает, что «очень устал» и его забег прерывается так

же внезапно, как начался. На языке бытовой психологии его «отпустило»: чувства отчаяния и смятения, вызванные уходом Дженни, постепенно ушли и сменились чисто физиологическим ощущением усталости. Для проработки второй, более серьезной лично для него, психотравмы он интуитивно находит и применяет такой метод, как растянутый на годы марафонский забег. Так ему удается постепенно «растрясать» свою беду. А то, что «хорошо сработало» в одном случае, не обязательно будет столь же полезно в другом. Об этом следует помнить всем специалистам, практикующим в сфере травматерапии.

Примечательно, что второй герой фильма – лейтенант Дэн Тейлор – представляет совершенно иной тип психики и иной сценарий реагирования на боевую травму. Его реакция по сути сводится к полному распаду его «прежнего Я», построенного на семейных преданиях о «военной косточке» и геройской гибели в бою. Потеряв в войне свою прежнюю идентичность, Дэн Тейлор погружается в серийное и мучительное саморазрушение. Однако подсознательно он продолжает искать выход из нисходящей спирали психотравмы, в которой оказался. Это объясняет, почему при всем своем скепсисе он принимает приглашение от своего бывшего бойца, активно втягивается в бизнес по отлову креветок, а впоследствии принимает свое «новое Я». Вероятно, с полным принятием «зигзагов судьбы» как-то связан и его выбор в качестве невесты девушки вьетнамки.

Один из важнейших посылов данного фильма заключается в том, что его главный герой, с детства имеющий симптомы расстройства аутистического спектра и некоторую задержку интеллектуального развития («IQ-70» мелькнет в эпизоде фильма), оказывается более жизнестойким, чем его окружение. Возможно, авторы фильма пытаются донести зрителю идею о том, что «высокоразвитый интеллект» в ряде случаев скорее препятствует, чем способствует излечению психических травм! Примечательно, что данные некоторых клинических исследований также свидетельствуют о том, что так называемый «высокий уровень интеллекта» может оказаться скорее частью проблемы, нежели ключом к ее разрешению. Поэтому специалистам так важно уметь переключать реакции своих клиентов с интеллектуальных поисков (часто это иррациональное самокопание) в режим телесно ориентированного динамического отреагирования.

Для более ясного понимания того, как строятся индивидуальные пути проработки боевых стрессов и травм, следует рассмотреть их связь



с физиологическими процессами. Как уже говорилось, первая реакция организма на боевой стресс и психотравму во многом зависит от базовых свойств нервной системы, в частности от ее силы или слабости (согласно концепции И. П. Павлова). Однако уже к середине XX в. выдающийся отечественный исследователь Б. М. Теплов существенно пересмотрел и дополнил павловскую теорию новыми экспериментальными данными. Так, например, он был первым, кто смог доказательно раскрыть сильные стороны так называемой «слабой» нервной системы; стал проводить четкие различия между свойствами нервной системы как природными врожденными особенностями (физиологические свойства) и особенностями так называемого «психического склада человека», включая его поведение, типы характера и эмоциональной саморегуляции. Б. М. Теплов называл их «динамическими особенностями», уточняя, что в динамическом аспекте поведения следует выделять скорость, темп, напряженность, вариабельность. При этом он отмечал, что эти динамические особенности не могут быть врожденными, они нарабатываются в процессе взаимодействия человека и среды [10].

Особо следует отметить, что Б. М. Теплов трактовал темперамент как «поведенческое проявление свойств нервной системы» человека, а различия между его типами устанавливал по таким важным критериям, как *приспособляемость к окружающей среде и стойкость в отношении патологизирующих агентов внешней среды*. Значительное место в системе свойств нервной системы Б. М. Теплов и его коллеги отводили понятию «пластичность психики», которая может вполне целенаправленно развиваться. Иными словами, *тип темперамента требует особого учета, но, меняя стиль жизни человека, применяя специальные психотехники, направленные на развитие высокой пластичности ЦНС, можно влиять на ее отдельные типологические особенности*. Данное положение представляется весьма важным для понимания ключевых задач профилактики и лечения боевых стрессов и психотравм.

В структуре темперамента Б. М. Теплов выделял такую значимую компоненту, как эмоциональная возбудимость, включающую выражение эмоций и общую быстроту движений. Из этого следует, что если эмоциональная возбудимость человека относительно высока, то эффективное отреагирование боевого стресса и боевых травм должно осуществляться через систематическую двигательную активность! В противном случае возникает и закрепляется циклически проявляемая, не затухающая патологическая симпто-

матика. Терапия боевых ПТСР при этом будет растянута на долгие годы малопродуктивной борьбы с однажды потревоженной «внутренней стихией».

В ходе поиска наиболее действенных способов отреагирования последствий боевых стрессов и психотравм, специалист должен решить такую задачу, как достижение оптимального эффекта в соотношении базовых свойств нервной системы клиента, характеристик его темперамента и той программы травмотерапии, которая с ним проводится. Вспомним, что типологические особенности нервной системы могут постепенно изменяться под влиянием условий жизни благодаря пластичности нервных процессов. Однако для получения позитивных сдвигов следует тщательно подбирать «ключи воздействия» на более высоких уровнях т. е. инструменты развития саморегуляции личности и коррекции ее взаимодействия с внешней средой.

Рассмотрим приведенный тезис на примере работы с боевым стрессом. Как известно, боевой стресс представляет собой совокупность состояний, переживаемых участниками боевых действий в процессе адаптации к экстремальным условиям, угрожающим их жизни и здоровью. В отличие от «неспецифических стрессов», возникающих в мирной жизни, возникновение боевого стресса часто характеризуется сочетанием следующих составляющих:

- ситуации, угрожающие жизни и здоровью военнослужащего;
- ранения, контузии, увечья или дозы облучения;
- гибель близких людей из числа сослуживцев;
- ужасающие картины смерти и человеческих мучений;
- случаи гибели мирных граждан, ответственность за жизни которых комбатант берет (или вынужден брать) на себя;
- драматические события, в ходе которых затронуты честь и достоинство самого комбатанта или его подразделения.

## Заключение

Интенсивность переживания боевого стресса зависит от взаимодействия двух основных переменных – силы и длительности воздействия на психику комбатанта стрессогенных факторов и особенностей его реагирования на их воздействие. Как показывает практика, боевой стресс, непрерывно длящийся более 72 ч, у подавляющего числа бойцов трансформируется в «специфический боевой дистресс». Выдержать



его могут лишь те, кто имеет соответствующие свойства психики, кто прошел специальную подготовку и, как следствие, имеет иное восприятие указанных факторов. В противном случае никакие «эффективные приемы», направленные на снижение психического напряжения, в боевых условиях не помогут.

Для профилактики деструктивных последствий боевого стресса требуется поэтапная и комплексная работа с личным составом воинских подразделений, включающая решение следующих задач:

системную диагностику особенностей психофизиологического реагирования человека на боевой стресс;

коррекцию эмоционального и интеллектуального реагирования на негативные факторы, сопутствующие военным событиям;

практическое освоение эффективных способов саморегуляции эмоционально-волевой сферы;

развитие умений адаптивного психофизиологического функционирования в условиях боевых действий.

Таким образом, для оказания действенной помощи комбатантам, переживающим боевой стресс (и его последствия), следует предварительно научить их применять специальные приемы и техники, направленные на развитие таких свойств психики, как лабильность и пластичность.

Целенаправленно активируя данные свойства, можно постепенно скорректировать общее функциональное состояние психики и нервно-мышечный аппарат комбатанта, а значит, хотя бы отчасти снять риски развития боевых ПТСР, препятствуя нарастанию патологической симптоматики. При этом следует помнить, что комбатанты в большей мере проявляют готовность к взаимодействию со специалистом, когда им предлагается проработать последствия длительных боевых стрессов (дистрессов), а не психотравм, что вполне объяснимо, так как термин «боевой стресс» им более понятен и не воспринимается как угроза вторжения в границы их внутреннего мира.

### Список литературы

1. Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder // Archives of General Psychiatry. New York : International University Press, 1980. Vol. 37. P. 85–92.

2. Bourne P. G. The Psychology and Physiology of Stress. New York : Academic Press, 1969. 198 p.
3. Michael B. First. DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis. M. D. Washington : DC, American Psychiatric Publishing, 2014. 226 p.
4. Китаев-Смык Л. А. О посттравматическом стрессовом расстройстве // «Psy.su». URL: <https://psy.su/feed/8267/> (дата обращения: 28.08.2023).
5. Филиппов Д. С., Касьянов Е. Д. Алгоритм лечения посттравматического стрессового расстройства // PsyAndNeuro. ru. URL: <https://psyandneuro.ru/stati/ptsd-treatment/> (дата обращения: 03.09.2023).
6. Delahanty D. L. Toward the predeployment detection of risk for PTSD // American Journal of Psychiatry. 2011. January. Vol. 168, № 1. P. 9–11. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101519>
7. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. New York : Paul B. Hoeber, 1941. 258 p.
8. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. М. : Когито-Центр, 2009. 390 с.
9. Boulanger G., Kadushin C. The Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction. New York : Hillsdale, 1986. 202 p.
10. Теплов Б. М. Избранные труды: в 2 т. Т. 2. М. : Педагогика, 1985. 360 с.

### References

1. Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry. New York, International University Press, 1980, vol. 37, pp. 85–92.
2. Bourne P. G. The Psychology and Physiology of Stress. New York, Academic Press, 1969. 198 p.
3. Michael B. First. DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis. M. D. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014. 226 p.
4. Kitaev-Smyk L. A. About post-traumatic stress disorder. «Psy.su». Available at: <https://psy.su/feed/8267/> (accessed August 28, 2023) (in Russian).
5. Filippov D. S., Kasyanov E. D. Algorithm of treatment of post-traumatic stress disorder. PsyAndNeuro. ru. Available at: <https://psyandneuro.ru/stati/ptsd-treatment/> (accessed September 3, 2023) (in Russian).
6. Delahanty D. L. Towards the pre-deployment detection of risk for PTSD. American Journal of Psychiatry, 2011, January, vol. 168, no. 1, pp. 9–11. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101519>
7. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. New York, Paul B. Hoeber, 1941. 258 p.
8. Tarabrina N. V. Psychologiya posttraumaticheskogo stressa [Psychology of Post-traumatic Stress]. Moscow, Kogito-Center, 2009. 390 p. (in Russian).
9. Boulanger G., Kadushin C. The Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction. New York, Hillsdale, 1986. 202 p.
10. Teplov B. M. Izbrannyye trudy: v 2 t. T. 2 [Selected Works: in 2 vols. Vol. 2]. Moscow, Pedagogika, 1985. 360 p. (in Russian).

Поступила в редакцию 06.09.2023; одобрена после рецензирования 17.09.2023; принята к публикации 13.11.2023  
The article was submitted 06.09.2023; approved after reviewing 17.09.2023; accepted for publication 13.11.2023