УДК 616-058:159.91:355:001.8

В.В. Кальниш[1], Г.Ю. Пишнов[2], Д.В. Варивончик[2]

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

[1]ДУ «Інститут медицини праці Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна
[2]Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета *– провести аналіз особливостей відновлення психофізіологічного статусу учасників антитерористичної операції з використанням сучасних засобів медико-психофізіологічної реабілітації.*
Матеріали та методи*. Використано аналітичний аналіз клініко-функціональних і психофізіологічних заходів реабілітації комбатантів у різних функціональних станах.*
Результати*. Дезадаптація комбатантів призводить до розвитку специфічних функціональних станів, які потребують відповідної психофізіологічної корекції та реабілітації. Виявлено, що в процесі комплексних лікувально-реабілітаційних заходів спостерігаються різнонаправлені результати – від швидкого поліпшення самопочуття до зниження показників поведінкової саморегуляції та соціальної адаптивності. Для вирішення поставлених завдань використовуються доступні і надійні методи медико-психологічної реабілітації, які обов'язково враховують фактор індивідуальності. Під цим розуміють рівень зниження професійно важливих якостей людини, наявність патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливість нею різноманітних медико-психологічних методів і ступінь їх переносимості.*
Висновки*. Підкреслено, що низка психофізіологічних проблем у комбатантів і постраждалих унаслідок бойових дій вказує на нагальну необхідність створення психофізіологічної служби з метою вирішення проблеми психофізіологічного забезпечення діяльності та реабілітації людини.*
Ключові слова*: бойовий стрес, комбатанти, реабілітація, соціальна адаптація, психофізіологічний супровід, відновлення професійної діяльності.*

Вступ

Відомо, що психофізіологічні порушення в постраждалих при збройних конфліктах значною мірою зумовлені бойовим стресом (БС), який є дестабілізуючим і передпатологічним станом, що обмежує функціональні резерви організму та підвищує ризик дезінтеграції психічної діяльності і стійких соматовегетативних дисфункцій, тому може призводити до бойових стресових розладів [3].

В умовах сучасної реальності проведення бойових дій на сході, при проведенні комплексних лікувально-реабілітаційних заходів у поранених спостерігається достатньо швидке поліпшення суб'єктивного самопочуття – кількість скарг на стан здоров'я та рівень ситуаційної тривоги помітно зменшуються, але при цьому знижуються показники поведінкової саморегуляції, моральної нормативності та здатності до успішного спілкування з оточуючими [6].

Завдання лікувально-профілактичних закладів полягають у швидшому одужанні військовослужбовців, поверненні їх до нормального життя, професійному відновленні, соціальній адаптації.

Таким чином, дезадаптація комбатантів спричиняє розвиток специфічних функціональних станів, які потребують відповідної психофізіологічної корекції та реабілітації. У зв'язку з цим вивчення закономірностей функціонального відновлення організму в процесі реабілітації, поновлення працездатності людини є важливим науково-практичним завданням сьогодення, значення якого важко переоцінити, особливо в умовах проведення антитерористичної операції (АТО) і наростаючої кількості комбатантів, що піддалися дії надмірного стресу при безпосередньої участі в бойових діях [1].

Мета роботи – провести аналіз особливостей відновлення психофізіологічного статусу учасників АТО з використанням сучасних засобів медико-психофізіологічної реабілітації.

З'ясування особливостей адаптації в організмі у постстресовий період та впровадження розроблених принципів реабілітації сприятимуть суттєвому економічному та соціальному ефекту, який сприятиме збереженню здоров'я учасників АТО, поверненню їх до активного суспільного життя, підвищенню працездатності та збереженню професійного здоров'я.

Матеріали та методи

При визначенні стратегії соціально-психологічної реабілітації поранених слід керуватися поняттям реабілітації як певного комплексу медико-психологічних заходів і системи соціальної діяльності. Мета і того, і іншого полягає не тільки у приведенні до фізіологічної норми функціонального стану організму, емоційної, моральної та мотиваційної сфер особистості, але й у

відновленні професійно важливих якостей військовослужбовця, від яких залежить його військово-професійна працездатність. Основними методами можна вважати медико-клінічні, психофізіологічні та психологічні.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними різних авторів, психічні порушення виникають у 20–70% осіб, які беруть участь у збройних конфліктах, та у 3–4 рази підвищують рівень захворюваності на психічні розлади в армії порівняно з мирним часом.

Установлено, що половина військовослужбовців національної гвардії США, які повернулися із зони бойових дій, страждає на психічні розлади.

Найбільш виразні психічні порушення спостерігаються в осіб, які знаходилися в зоні бойових дій понад три місяці. У всіх обстежених, які отримали поранення в ході локальних війн або в період збройних конфліктів, відмічаються різного ступеня вираженості зміни психічного стану. Ці зміни проявляються передусім неадекватними реакціями на емоційний і фізичний стрес: від відносно короткотривалого відчуття дискомфорту з різними симптомами емоційної напруги до психічних розладів невротичного і психотичного характеру.

Симптоматика цих порушень поліморфна, вона розглядається в рамках неврозоподібних порушень, соматовегетативних, емоційно-вольових розладів, нападів паніки, фобій, уникаючої поведінки, істеро-конверсійних дисфункцій, антисоціальної та агресивної поведінки.

Медико-психологічна реабілітація спрямована на особистість хворого, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в сім'ї, у професійному колективі та інших суспільних групах. Її завдання полягає в найшвидшому усуненні хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подоланні іпохондричних фіксацій тощо. За допомогою психокорекційних і психотерапевтичних методів підвищується стійкість до несприятливих психогенних впливів, коригується система взаємовідносин особистості, пом'якшуються соматичні та вегетативні розлади, формується активна позиція хворого щодо подолання недуги, зростає його роль у процесі отримання допомоги. Медико-психологічна реабілітація ветеранів базується на основних положеннях інтегративної копінг-концепції, згідно з якою, подолання стресу – це процес, в якому індивід чинить спроби: змінити або ліквідувати проблему; зменшити її інтенсивність, змінивши власну точку зору на дану проблему; полегшити її вплив, відволікаючись на що-небудь або застосовуючи інші різні способи подолання.

Для вирішення поставлених завдань використовуються доступні і надійні методи медико-психологічної реабілітації, які враховують особливості, з одного боку, функціонального стану соматичної та психічної сфери поранених, а з іншого – призначеної лікуючим лікарем терапії. При цьому враховується фактор індивідуальності – рівень зниження професійно важливих якостей людини, наявність патохарактерологічних змін особистості, сприйняття нею різноманітних медико-психологічних методів і ступінь їх переносимості.

Оскільки людський, як і будь-який інший живий організм, біологічно не запрограмований переносити масивні психічні травми, період реабілітації при тяжких пораненнях характеризується пролонгованим емоційним стресом, сила і тривалість якого визначаються не тільки негативними наслідками понесених втрат, часто незворотних (у випадку, наприклад, ампутації кінцівки тощо), але й більшою мірою особистісними якостями пораненого.

Згідно зі звітом консультативної групи армії США з психічного здоров'я, у 2007 р. 28% комбатантів мали клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними інших дослідників, ПТСР становить 10–50% усіх психопатологічних наслідків війн. Тобто кожен другий учасник бойових дій страждає на психофізіологічну та емоційну дезадаптацію [4, 20].

Зрозуміло, що при впливі на людину надзвичайно потужних емоційних факторів, серед яких провідною є бойова травма, суттєво змінюється функціональний стан, емоційна та психічна сфера, у тому числі працездатність. Зазвичай погіршується професійна надійність працівників і пов'язана з цим висока ціна помилки. Особливо це стосується професій з надмірним впливом стесорних факторів, що безпосередньо стосуються небезпеки людей [5].

Відомо, що працездатність не є величиною постійною, вона змінюється в часі. Основною причиною зміни працездатності є сама робота. Зазвичай працездатність знижується при тривалому виконанні роботи. Зниження працездатності під впливом виконаної роботи вважається стомленням. При цьому є чимало даних, які свідчать, що, крім робочого навантаження, в реальній трудовій діяльності на працездатність певним чином впливають несприятливі умови праці, у тому числі ті, що випливають із характеру виконуваної роботи. Суттєво знижується працездатність при надмірному впливові шкідливих факторів, зокрема психоемоційного стресу.

Дослідники стресу виявили тенденцію відповідати на такі стресові ситуації однаковими характерними реакціями, що пояснюється напрацьованою в процесі індивідуального розвитку системою психологічних механізмів [2]. Епідеміологічні та клінічні спостереження свідчать про те, що в людській популяції існує не менше 30% індивідів, які зберігають нормальні фізіологічні показники навіть при тривалих і гостро виражених напругах. Усе це вказує на те, що в живих організмах закладені механізми стійкості до різного роду стресів.

Одним із найбільш виражених стресових факторів, які існують на сьогодні в складних умовах України, є бойовий стрес, що призводить до масштабних негативних наслідків як у соціальній, економічній, так і в особистісній площині.

Всесвітні війни та локальні конфлікти XX ст. показали багато прикладів негативної дії

посттравматичного стресу [21]. У ході та після закінчення бойових дій США у В'єтнамі американці страждали від масової неадекватності поведінки серед ветеранів, які повернулися. У період війни у В'єтнамі загинули 58 226 американських вояків [14]. Після повернення з війни покінчили життя самогубством утричі більше ветеранів; третина осуджених в американських тюрмах на той час були учасниками війни у В'єтнамі.

Виділяють два типи причин бойового ПТСР. По-перше, це психотравма, яка спричинила помітні стресові зміни психічного й фізичного стану та наявні порушення поведінки (агресію, панічну втечу, інтроверсію тощо). По-друге, це ПТСР в осіб, які успішно брали участь у боях, але не здатні до реадаптації в мирному житті.

Багаторічні дослідження, під керівництвом Н.В. Тарабріної, довели, що «після дії бойового травматичного психологічного стресу участники бойових дій мусять фактично по-новому відтворювати в умовах мирного життя структуру суб'єктивного життєвого простору, у тому числі структуру ставлення до себе, самооцінки та орієнтації щодо змісту життя» [7].

Важливою специфічною особливістю ПТСР є те, що після закінчення періоду, насиченого психотравмуючими подіями, коли зникає емоційне перевантаження, багато людей вважають, що повернулося добре самопочуття. У них немає скарг на стан власного здоров'я, і минулі психотравми здаються забутими. Але пізніше виявляється, що це латентний (прихований, перехідний) період формування ПТСР, і хвороба до них повертається знову [8].

Кількість тестів, призначених для діагностики працездатності в умовах дослідження, досить значна. Застосовувані показники передусім можна розділити на «об'єктивні» та «суб'єктивні». До об'єктивних показників працездатності зазвичай відносяться: зміни кількісних і якісних показників праці; зміни функціонального стану нервової системи. До суб'єктивних показників відносяться відчуття втоми, млявості, хворобливі відчуття. Ці суб'єктивні переживання свідчать про психічні стани, які розвиваються при зниженні працездатності. Психічний стан при стомленні зазвичай позначається терміном «втома». Крім цього, в процесі трудової діяльності можуть спостерігатися інші психічні стани, пов'язані з особливою зацікавленістю в результатах роботи або, навпаки, з байдужістю до них, стан тривожності тощо. Усі ці стани позначаються на відповідних суб'єктивних показниках.

Несприятливий вплив надмірного стресу на працездатність позначається на всіх показниках працездатності. Наявні дані свідчать про те, що при надмірних стресорних факторах у процесі роботи спостерігається більш рання поява і об'єктивних, і суб'єктивних ознак зниження працездатності. Описані також деякі інші особливості динаміки зниження працездатності при роботі в умовах післядії стресу. Насамперед це наявність хвилеподібних коливань як продуктивності діяльності, так і фізіологічних показників протягом робочого дня. Відзначена своєрідність суб'єктивних відчуттів при роботі, переважання в них симптомів млявості і сонливості, іноді проявів дратівливості.

Різниця в динаміці працездатності при роботі в різних функціональних станах дала змогу встановити, що в людини, яка знаходиться в передпатологічному стані, під час роботи розвиваються особливі зміни функціонального стану, можливо, пов'язані з індивідуальними особливостями особистості, що суттєво знижують працездатність [10, 16, 19].

У літературі описані випадки розбіжності між об'єктивними і суб'єктивними показниками працездатності при виконанні роботи особами в різних функціональних станах (після дії надмірного стресу). Відомо, що особливості функціонального стану таким чином впливають на людину, що суб'єктивні відчуття частіше випереджають появу об'єктивних ознак зниження працездатності.

Дослідження в цьому напрямку допоможуть узагальнити існуючі уявлення про психофізіологічні механізми трансформації функціональних станів після дії надмірного стресу та розробити адекватні профілактичні заходи й заходи корекції, які дають змогу підвищити працездатність і надійність діяльності.

Складна військово-політична і соціально-економічна ситуація в Україні потребує раціонального розподілу наявних людських і економічних ресурсів для вирішення актуальних проблем оборони країни. У зв'язку з цим актуальним є вивчення зарубіжної, зокрема, російської літератури, яка розкриває і описує заходи щодо медико-психофізіологічного забезпечення військ, заснованих на досвіді проведення локальних військових компаній [1].

Одним з основних напрямів профілактичної роботи медичної служби армії та флоту є удосконалення системи охорони здоров'я військовослужбовців, своєчасне та ефективне проведення власне медичних профілактичних заходів [18]. При цьому розширення заходів щодо психофізіологічної корекції та реабілітації військовослужбовців сприятиме підвищенню боєздатності частин і підрозділів [11]. Необхідність корекції та реабілітації у військовій ланці медичної служби обумовлена особливостями контингентів, які призиваються до Збройних Сил України, зниженням адаптаційних можливостей у частини військовослужбовців після захворювань і травм, а також унаслідок несприятливого впливу на організм факторів військової праці – кліматичних зон, наповненості об'єктів військової техніки і озброєнь, екстремальних фізичних і психічних навантажень. У зв'язку з цим слід враховувати, що останніми роками у 3 рази зросла кількість молодих людей, які до призову в армію ніде не працювали і не навчалися, в 7,5 разу – вживали наркотики, у 2 рази – перебували на обліку в органах Міністерства внутрішніх справ. Кожен третій з опитаних призовників і військовослужбовців строкової служби байдуже ставився до ухилення від військової служби, а 30% схвалювали такі вчинки [17]. В обстежених курсантів одного з окружних навчальних центрів загальний рівень інтелектуального розвитку та рівень нервово-психічної стійкості знизився практично на 40% [11].

Такі обставини негативно позначаються на придатності призовників до служби за конкретними військовими спеціальностями з урахуванням психологічних і психофізіологічних характеристик. Найбільш виражені зміни психофізіологічного стану відзначаються у військовослужбовців в умовах реальної вітальної загрози: при веденні бойових дій, участі в миротворчих операціях, виконанні аварійно-рятувальних робіт із ліквідації наслідків великих екологічних і антропогенних катастроф.

Комплексне соціально-психологічне вивчення та психофізіологічне обстеження десантників, що брали участь у бойових діях в Афганістані, показало, що понад 70% з них мали різні психосоматичні розлади [6, 9]. Практично кожен четвертий десантник відчував значні труднощі в реадаптації до служби в мирних умовах. Це виражалося в підвищенні конфліктності з оточуючими, трансформації деяких ціннісних орієнтацій, зниженні установки на професійну діяльність і задоволеність внутрішньогруповими контактами.

У 81% офіцерів мотострілкових частин, які брали участь протягом місяця в бойових діях у Чеченській Республіці в 1995 р., виявлено виражену астенізацію, що потребувала проведення психофізіологічної і фармакологічної корекції. Усі опитані військовослужбовці вважали доцільною і бажаною психофізіологічну корекцію безпосередньо під час ведення активних бойових дій. Тому у військових формуваннях, які ведуть бойові дії або виконують миротворчі функції, вкрай необхідна присутність психофізіологічної групи для вирішення оперативних медико-психологічних завдань, насамперед для проведення заходів щодо психофізіологічної корекції функціонального стану організму комбатантів [12].

У практиці психофізіологічних досліджень військовослужбовців часто зустрічаються докази тісного взаємозв'язку самопочуття, працездатності й різноманітних проявів психічних станів, передусім емоційної нестабільності та порушень ефективності бойової діяльності військовослужбовців, що проявляється у вигляді тимчасових або хронічних порушень професійної та соціальної поведінки [4]. Використання психофізіологічних підходів дає широкі можливості для проведення корекції функціональних станів, сприяє усуненню або зменшенню впливу психотравмуючих факторів на психіку, запобігає зривам діяльності військовослужбовців.

Однією з основних проблем в осіб, які зазнали екстремальних навантажень і отримали важку бойову травму, є пристосування до кардинально зміненого соціального середовища. [13]. Сформовані в бойовій обстановці функціональні системи, діяльність яких спрямована на збереження життя, формують певний емоційно-поведінковий стереотип. Слід зазначити, що бойова і мирна обстановка настільки різні, що після виходу з бойових дій людина потребує відновлення функціональних систем «мирного часу» шляхом включення адаптаційних механізмів, спрямованих на відновлення і вироблення поведінкових програм, адекватних умовам життєдіяльності. За численними клінічними спостереженнями, неузгодженість між наявними в людини прагненнями, уявленнями, можливостями дій нерідко призводить до різного роду емоційних розладів, які найчастіше проявляються виникненням страху, туги, лабільністю настрою, депресією або озлобленістю, підвищеною агресивністю. У разі порушення психічної адаптації спостерігається різна за якістю і ступенем вираженості дезорганізація соціальних контактів, знижуються можливості саморегуляції власних вчинків, посилюється егоцентрична поведінка, змінюється ставлення до трудової діяльності тощо. Зміна соматичного статусу, пов'язаного з пораненням, часто позбавляє таких осіб реальних перспектив у подальшому житті, викликає необхідність перебудови ціннісних орієнтацій.

У складних сучасних реаліях виникають ситуації, при яких існує нагальна необхідність надання масової медико-психологічної допомоги родичам загиблих або важко травмованим бійцям. У такому випадку проводиться відповідна підготовка лікарів-психологів і психофізіологів для роботи в подібних умовах [15]. Передусім інформаційне середовище, в якому знаходяться родичі постраждалих, характеризується значним превалюванням емоційного фону над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. Постійне спілкування між собою, співпереживання і взаємопосилення негативних емоційних станів приводять до швидкого наростання рівня психічної напруги. У даній ситуації засоби масової інформації (ЗМІ) відіграють неоднозначну роль щодо людей, які переживають трагедію: з одного боку, ЗМІ підтверджують родичам, що громадськості не байдуже їхнє горе, а з іншого – підвищують загальну напругу. За даними авторів, негативна роль ЗМІ певною мірою обумовлена діяльністю офіційних представників уряду і посадових осіб, які не забезпечують журналістів повною і конкретною інформацією, що не дає чіткого уявлення про реальну ситуацію.

Аналіз роботи з надання медико-психологічної допомоги родичам загиблих свідчить про існування трьох періодів у динаміці психічного стану членів їхніх сімей. Перший період – «Етап очікування» – характеризується яскраво вираженим нервово-психічним напруженням, обумовленим надією на неправдивість отриманої інформації про загибель військовослужбовця. У цей період спостерігаються психологічні стресові реакції з переважанням астено-депресивних і психоастенічних реакцій. На даному етапі найбільш ефективним психокорекційним заходом є фармакологічна корекція, спрямована на нормалізацію функціонального стану. Водночас, психологічна корекція дає лише відносний позитивний ефект. Другий період – «Етап дозволу» – починається з моменту появи офіційних повідомлень про загибель військовослужбовців. Він триває близько 3 діб і супроводжується агресивними, істероїдними і фобічними реакціями, нераціональними формами поведінки. Негативні емоції переважають над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. На

даному етапі найбільш ефективними психокорекційними заходами є соціальна підтримка і фармакологічна корекція функціонального стану родичів. Психологічна корекція (зокрема, раціональна психотерапія і сугестивні методи) дає незначний ефект. Третій період – «Етап відносної стабілізації психічного стану» – характеризується наявністю переважно астенічних, астено-депресивних і сенситивних реакцій. На даному етапі відмічається відносне переважання раціонального компонента над негативними емоційними реакціями. Найбільш ефективними заходами в цей період, на відміну від попередніх, є методи психологічної корекції (раціональна психотерапія, сугестивні методи корекції) на тлі фармакологічної підтримки. У цей час у родичів загиблих військовослужбовців проявляються психосоматичні розлади, загострюються хронічні захворювання. Таким чином, слід зазначити, що в перший час найбільш ефективним методом є фармакокорекція, спрямована на нормалізацію сну. В окремих випадках з цією ж метою можна використовувати сугестивну терапію. На наступних етапах позитивне значення має раціональна психотерапія. Крім фармакокорекції і психологічної корекції застосовуються методи електрофізіологічної корекції (транскраніальний вплив) функціонального стану. У кабінеті психологічного розвантаження, технічно оснащеному телевізором, відеомагнітофоном, аудіомагнітолою, комплектами аудіо- та відеокасет, проводяться відповідні корекційні курси. Ефективною є групова психотерапія у формі бесід, основним завданням яких є формування в родичів адекватного уявлення про те, що їхні рідні загинули, але життя триває і треба налаштовуватися на вирішення насущних проблем. У разі проведення цих заходів слід враховувати ряд об'єктивних і суб'єктивних факторів, які ускладнюють роботу лікаря-психолога. Справа в тому, що концентрація значної кількості людей, які перебувають у стані вираженого емоційного стресу у відносно невеликому просторі, створює сприятливі умови для взаємного психічного індукування, швидкого розвитку істероїдних реакцій та інших нераціональних форм поведінки людей.

Висновки

Отримані результати дають змогу вважати, що в подібних ситуаціях ефективність роботи фахівця-психолога або лікаря-психіатра обмежена часовими рамками. В умовах надзвичайної ситуації робота фахівця найбільш продуктивна протягом 5–7 діб, потім її ефективність знижується. Тому якщо надзвичайна ситуація носить затяжний характер, доцільно передбачити зміну фахівців-психологів (лікарів-психіатрів) через 10 діб.

Перспективи подальших досліджень

Низка психофізіологічних проблем у комбатантів і постраждалих унаслідок бойових дій вказує на нагальну необхідність відновлення (створення) психофізіологічної служби, привернення уваги керівних органів та усього суспільства до проблеми психофізіологічного забезпечення діяльності та реабілітації людини.

Література

1. *Белинский А. В.* Современные подходы к медицинской реабилитации военнослужащих с пограничными психическими расстройствами / А. В. Белинский // Военно-медицинский журнал. – 2000. – № 8. – С. 25–34.
2. *Бодров В. А.* Психология и надёжность. Человек в системе управления техникой / В. А. Бодров, В. Я. Орлов // Институт управления РАН. – Москва, 1998. – С. 186.
3. *Глебов В. Г.* Психологическая адаптация военнослужащих к служебно-боевой деятельности в условиях вооруженного конфликта / В. Г. Глебов // Ориентир. – 2005. – С. 36–39.
4. *Глушко А. Н.* Психофизиологические основы психогигиены и психопрофилактики / А. Н. Глушко // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 63–70.
5. *Глушко А. Н.* Психофизиологические подходы к повышению работо- и боеспособности военнослужащих / А. Н. Глушко // Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325, № 1. – С. 66–68.
6. *Дудин С.* Профилактика боевых психических расстройств у военнослужащих специальными методами психологической подготовки / С. Дудин // Информационно-методический сборник. – Москва : ЦВСППИ ВС РФ, 1993. – № 4 (7). – С. 39.
7. *Зеленова М. Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в афганистане / М. Е. Зеленова, Е. О. Лазебная, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2. – С. 34–49.
8. *Калмыкова Е. С.* Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е. С. Калмыкова, Е. А. Миско, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С. 70–80.
9. *Куницын Н. В.* Особенности психического сотояния военнослужащих, проходивших боевую службу в горно-пустынной местности / Н. В. Куницын // Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов. – Санкт-Петербург, 1993. – С. 15–17.
10. *Методичні* рекомендації «Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах / уклад.: О. К. Напрєєнко, О. Г. Сиропятов, О. В. Друзь, В. С. Гічун, А. Є. Горбань, Н. О. Дзеружинська, Н. Ю. Напрєєнко. – Київ, 2014. – 36 с.
11. *Новиков В. С.* Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих / В. С. Новиков, А. А. Боченков, С. В. Чермякин // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 3. – С. 53–57.
12. *О проблеме* психофизиологической реабилитации / А. Н. Глушко, Б. В. Овчинников, Д. А. Яньшин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 3. – С. 46–48.
13. *О психофизиологическом* состоянии ранених / И. Ю. Быков, В. М. Петрукович, А. О. Иванов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 6. – С. 54–59.
14. *Особенности* клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / О. Н. Малашенко, В. А. Новиков, В. Б. Ласков, А. В. Погосов // Военно-медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 48–54.
15. *Особенности* оказания медико-психологической помощи родственникам погибших моряков атомной подводной лодки «КУРСК» / А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин, В. К. Шамрей, А. Ю. Кондратьев // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 2. – С. 5–13.
16. *Пышнов Г. Ю.* Концепция универсальности трансформаций функциональных состояний организма работающего человека при развитии утомления: сообщение 1. термины, понятия, гипотезы / Г. Ю. Пышнов, В. В. Кальниш // Український журнал з проблем медицини праці. – 2011. – № 2 (26). – С. 11–19.
17. *Фомиченко А. О.* О некоторых проблемах комплектования Вооруженных Сил по призыву / А. О. Фомиченко // Информационно-методический сборник. – Москва : ЦВСППИ ВС РФ, 1993. – № 4 (7). – С. 8–9.
18. *Чиж И. М.* Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И. М. Чиж, Е. Г. Жиляев // Военно-медицинский журнал. – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 4–10.
19. *Чиж И. М.* Основные итоги и направления развития медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации / И. М. Чиж // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 1. – С. 4–10.
20. *Altered* resting psychophysiology and startle response in Croatian combat veterans with PTSD / T. Jovanovic, S. D. Norrholm, A. J. Sakoman // Int. J. Psychophysiol. – 2009. – № 71 (3). – P. 264–268.
21. *Wilson J. P.* Predicting PTSD among Vietnams. Post-Traumatic Stress and the War Veteran Patient / J. P. Wilson, G. E. Krauss ; ed. W.E. Kelly. – N.Y., 1986. – P. 102–147.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2016 р.

Актуальные проблемы психофизиологического состояния участников боевых действий

В.В. Кальныш[1], Г.Ю. Пышнов[2], Д.В. Варивончик[2]
[1]ГУ «Институт медицины труда Национальной академии медицинских наук Украины», г. Киев, Украина
[2]Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель – провести анализ особенностей восстановления психофизиологического статуса участников антитеррористической операции с использованием современных средств медико-психофизиологической реабилитации.

Материалы и методы. Использован аналитический анализ клинико-функциональных и психофизиологических мероприятий реабилитации комбатантов в разных функциональных состояниях.

Результаты. Дезадаптация комбатантов приводит к развитию специфических функциональных состояний, требующих соответствующей психофизиологической коррекции и реабилитации. Выявлено, что в процессе комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий наблюдаются разнонаправленные результаты – от быстрого улучшения самочувствия до снижения показателей поведенческой саморегуляции и социальной адаптивности. Для решения поставленных задач используются доступные и надежные методы медико-психологической реабилитации, которые обязательно учитывают фактор индивидуальности. Под этим понимают уровень снижения профессионально важных качеств человека, наличие патохарактерологических изменений личности, ее восприимчивость к различным медико-психологическим методам и степень их переносимости.

Выводы. Подчеркнуто, что ряд психофизиологических проблем у комбатантов и пострадавших вследствие боевых действий указывает на настоятельную необходимость создания психофизиологической службы с целью решения проблемы психофизиологического обеспечения деятельности и реабилитации человека.

Ключевые слова: боевой стресс, комбатанты, реабилитация, социальная адаптация, психофизиологическое сопровождение, восстановление профессиональной деятельности.

Actual problems of psycho-physiological state of combatants

V.V. Kalnysh[1], G.Yu. Pyshnov[2], D.V. Varivonchik[2]
[1]SI «Institute for Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine
[2]Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analyze features of the restoration of psycho-physiological status of the participants counter-terrorist operation using modern means of medical and psycho-physiological rehabilitation.

Materials and methods: analytical analysis of clinical-functional and psychophysiological combatants rehabilitation measures in different functional states.

Results. Disadaptation combatants leads to the development of specific functional states, requiring a corresponding psychophysiological correction and rehabilitation. It was revealed that in the process of comprehensive treatment and rehabilitation observed the different results - from the rapid improvement in health, to reducing of indexes of behavioral self-regulation and social adaptability. For achieving the objectives using available and reliable methods of medical and psychological rehabilitation is required to take into account individual factors. This refers to the reduction of level of professionally important qualities of the person, the presence pathocharacterological changes of personality, its susceptibility of various medical and psychological methods and the degree of recipiency.

Conclusions. It was stressed that a row of psychophysiological problems of combatants and victims of the hostilities, is the urgent need to establish a psycho-physiological service to solve the problem of psychophysiological activity maintenance and rehabilitation of the person.

Kay words: combat stress, combatants, rehabilitation, social adaptation, psychophysiological maintenance, restoration of occupational activity.

Відомості про авторів

Кальниш Валентин Володимирович – д.б.н., проф., завідувач лабораторії психофізіології праці ДУ «Інститут медицини праці Національної академії медичних наук України»; вул. Саксаганського, 75, м. Київ, 01033, Україна.

Пишнов Георгій Юрійович – д.мед.н., старший науковий співробітник, професор кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Варивончик Денис Віталійович – д.мед.н., старший науковий співробітник, завідувач кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.