

Особливості дизаптаційного синдрому у військовослужбовців національних контингентів

А.А. Озерянський
старший науковий
співробітник НДВ
організації медичного
забезпечення,
НДІ ПВМ ЗС України,
полковник медичної
служби

В статті розглянуто особливості протікання адаптаційного процесу у військовослужбовців національних контингентів після прибуття їх до місць виконання миротворчих місій і стадію порушення адаптації – розвиток дизаптаційного синдрому. Стаття містить результати наукових досліджень з проблем адаптації, стресу, структури показників і форм агресії, посттравматичних стресових розладів та рекомендації, які можуть бути використані для удосконалення системи відбору та підготовки військовослужбовців до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки.

В статье рассмотрены особенности протекания адаптационного процесса у военнослужащих национальных контингентов после прибытия их к местам прохождения миротворческих миссий и стадию нарушения адаптации - развитие дизадаптационного синдрома. Статья содержит результаты научных исследований по проблемам адаптации, стресса, структуры показателей и форм агрессии, посттравматических стрессовых расстройств и рекомендации, которые могут быть использованы для совершенствования системы отбора и подготовки военнослужащих к участию в международных операциях по поддержанию мира и безопасности.

The article deals with the peculiarities of adaptation process in the national military forces after their arrival into the places of peacekeeping missions and the stage of adaptation disorder – the development of disadaptation syndrome. The article presents the results of research on adaptation, stress, structure, the structure of parameters and forms of aggression, post-traumatic stress disorders and recommendations that can be used to improve the system of selection and training of military personnel for participation in international peacekeeping operations.

Ключові слова: адаптація, стрес, дизаптаційний синдром, національний контингент, миротворчі місії, реабілітаційні заходи.

Постановка проблеми

Реформування Збройних Сил України, та перехід їх на контрактну основу і все більш зростаюча роль армії у міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки у різних регіонах світу призводять до підвищення вимог до стану здоров'я особового складу і створюють для нього цілком нові, нерідко досить незвичні умови служби. Це спонукає до більш ретельного відбору до професійної армії і до відповідного суворого моніторингу військовослужбовців [1; 2]. Запорукою успішного виконання завдань, що поставлені перед миротворцями, є наявність високого рів-

ня професійного здоров'я, що створює умови для максимального прояву професійно важливих якостей під час виконання службових обов'язків за умов впливу екстремальних чинників. Особливу увагу необхідно приділяти психологічним особливостям військовослужбовців, тому що ці якості суттєво впливають на поведінку в екстремальних умовах. Тому важливим постає питання пов'язане з порушенням адаптаційних механізмів та виникненням так званого дизаптаційного синдрому у військовослужбовців національних контингентів.

Тут ще постає проблема впливу на вій-

ськовослужбовців кліматогоеографічних та екологічних чинників. Не менш проблематичними є психосоціальні аспекти адаптації військовослужбовців, пов'язані з веденням бойових дій і подальшим звільненням із військової служби [1].

Вченими встановлено, що в якості стресу для осіб ряду професій виступає сама їх професійна діяльність (в тому числі – професія військового з її особливостями завдань, що виконуються, участь в миротворчих місіях, віддаленість від родини й таке інше). Однак виразність стресової реакції буде, безумовно, залежати від інтенсивності, тривалості, частоти впливу стресорного фактора, а також пристосувальних можливостей індивідуума.

Наслідком впливу сильного стресу може бути виникнення особливої групи нервово-психічних розладів, відомих як посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Ці розлади є безпосередньою причиною зривів професійної діяльності, передчасного звільнення, суїцидів, міжособистісних конфліктів, зловживання алкоголем та інших негативних явищ.

Бельгійські медики, які проводили дослідження стану здоров'я своїх військовослужбовців, що приймали участь у міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки на Балканах, заявили про появу так званого «балканського синдрому». Цей синдром спостерігався в 3446 з 10832 обстежених і виражався в підвищеній стомлюваності, дратівливості, частих головних болях і болях у спині. Повторні дослідження, проведені Військовим комітетом НАТО і медичними фахівцями бельгійської армії, дозволили зробити висновок, що «балканський синдром» є психологічною реакцією військовослужбовців на участь у воєнних діях. У результаті було прийняте рішення про створення в бельгійських збройних силах нової медичної структури, призначеної для полегшення адаптації військовослужбовців до умов військової служби.

Поряд з фізичними навантаженнями, гіпоксією та температурними впливами для військовослужбовців національних

контингентів велике значення має такий екстремальний фактор техногенного походження як швидке переміщення в інші часові пояси, що призводить до десинхронозу, який потребує достатньо довгого періоду часу для адаптації.

Особливості перебігу дизадаптаційного синдрому у військовослужбовців полягають в тому, що в результаті комплексної і потужної дії різних факторів: клімату, емоційного стресу, специфіки професійної діяльності (несення бойових чергувань, побутових факторів, загрози інфекційного зараження та інш.) дизадаптаційний синдром може формуватися прискорено, з досить швидкою втратою професійного здоров'я.

Поняття здоров'я військовослужбовців включає не тільки нормальну чи патологічну структуру органів і функцій, але включає в себе ще, так званий, функціональний резерв, який і дає можливість стійко адаптуватися до тривалих навантажень (кліматичних, фізичних, психологічних та інш.) без виникнення патологічних проявів [3].

У результаті аналізу групи респондентів з сильними та дуже сильними виявленнями стресу отриманий соціально-психологічний портрет військовослужбовців національного контингенту ЗС України, які перебувають в стані хронічного стресу: вік – 25–35 років, вища освіта, наявність дітей, відсутність власного житла [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Вивчаючи прояви невротичних розладів у військовослужбовців, О.С. Фадєєв, В.В. Куликов, О.Е. Чернов визначили три основних варіанти дизадаптації: невротичний, що веде до внутрішнього конфлікту, поведінковий, що характеризується конфліктністю та делінквентністю, та соматичний, за якого виникає соматизація афекту, психологічний дискомфорт і розвиток психосоматичних розладів [5].

У значної частини осіб ПТСР хронізуються. Крім того, при ПТСР досить часто діагностуються коморбідні розлади. Так,

J.H. Shoreetal (1989) у 29 % хворих із ПТСР спостерігав прояви депресії, у 28 % – ознаки генералізованого тривожного розладу, у 12 % – фобії, у 10 % – залежність від алкоголю.

Необхідно відзначити надзвичайну важливість проблеми соціально-психологічної адаптації в осіб, які перенесли ПТСР, що залишається актуальною не тільки в перші роки після перенесеної травматичної події, а й протягом десятиліть [6].

Досвід сучасних військових конфліктів і локальних воєн свідчить про те, що у 75 % військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, спостерігається дезорганізація психічної діяльності з порушеннями самооцінки, оцінки ситуації та адекватності реагування на неї [7].

Таким чином, виникає необхідність у комплексному дослідженні дизадапційного синдрому у військовослужбовців, його своєчасній діагностиці та динамічному спостереженні за усуненням його проявів у військовослужбовців національних контингентів, професійна діяльність яких пов'язана з виконанням завдань в особливих умовах.

Не вирішені раніше частини загальної проблеми

Існує низка психологічних та психофізіологічних методик які пропонуються для дослідження дизадапційних зрушень у миротворців, але, на жаль, вони не всі є ефективними в застосуванні. Пошук більш достовірних методик для раннього виявлення дизадапційних проявів залишається актуальною проблемою. Також виникає необхідність у комплексному дослідженні показників стресостійкості, тривожності, ПТСР, агресивних та інших психологічних якостей та впливу їх на службу діяльність миротворців.

Формулювання цілей статті

Метою статті є дослідження психологічних особливостей протікання дизадапційного синдрому у військовослужбовців національних контингентів з урахуванням впливу цих особливостей на професійну діяльність миротворців та для подальшого

використання в системі профілактичних та реабілітаційних заходів.

Виклад основного матеріалу дослідження

Дослідження проводилися в місцях розташування військових частин, де військовослужбовці проходили бойове злагодження перед відбуттям до миротворчих місій, а також у місцях обсервації, куди прибували миротворці після виконання миротворчих місій.

У ході досліджень було обстежено 254 військовослужбовці, які направлялися для виконання миротворчих місій до Іраку та Ліберії, і 390 миротворців, які поверталися з місій. усі військовослужбовці були чоловічої статі, віком 21-46 років.

Визначення психофізіологічних якостей миротворців проводилося шляхом вивчення рівня наступних психологічних і психофізіологічних показників: реактивної та особистісної тривожності – методика Спілбергера-Ханіна [8]; рівня психоемоційної стійкості та соціальної зрілості – методика «Миротворець» [9]; рівня нервово-психічної стійкості – методика «Прогноз» [8]; суб'єктивної оцінки самопочуття, активності, настрою – методика «САН» [8]; визначення рівнів функціональної рухливості нервових процесів – комп'ютерна система «ДІАГНОСТ-1» [10]; самооцінки стресостійкості особистості [11]; діагностики показників і форм агресії – методика А. Басса і А. Дарки [11]; концентрації та стійкості уваги – методика «Коректурна проба з літерами» (таблиця Анфімова) [10]; ступеня виразності посттравматичних стресових реакцій (розладів) – методика «Міссісіпська шкала» [12].

Статистична обробка отриманих даних здійснювалась методами варіаційної статистики та аналізу альтернативних показників.

Показники рівнів реактивної (ситуаційної) й особистісної тривожності за методикою самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна у 135 військовослужбовців до виконання місії та 154 військовослужбовців після повернення з місії представлено в таблицях 1 і 2. Як видно із

Таблиця 1

Розподіл військовослужбовців за показниками ситуаційної тривожності (методика Спілбергера-Ханіна), (%)

Категорія миротворців	Структура обстежених за рівнями тривожності, %				
	відмінно	добре	підвищ.	незадов.	Погано
До ротації	55**	31,7*	10,5	1,4	1,4
Після ротації	38,2	45,5	12,8	2,6	0,9

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$ відповідно.

Таблиця 2

Розподіл військовослужбовців за показниками особистісної тривожності (методика Спілбергера-Ханіна)

Категорія миротворців	Структура обстежених за рівнями тривожності, %				
	відмінно	добре	підвищ.	незадов.	Погано
До ротації	55*	34	7*	4	0
Після ротації	42	42	14	1,3	0,7

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$ відповідно.

Таблиця 3

Розподіл однозначних відповідей, що визначають мотиваційні пріоритети миротворців, (%)

Варіант відповіді	Розподіл однозначних відповідей, що визначають мотиваційні пріоритети миротворців, (%)	
	до місії	після місії
Випробувати себе в екстремальних умовах	11,8	18,2*
Підвищити свій професійний рівень	38,2	25,0*
Заробити гроші	40,5	56,8**

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$ відповідно.

Таблиця 4

Розподіл миротворців за показниками психоемоційної стійкості, (%)

Категорія миротворців	Структура обстежених за рівнями психоемоційної стійкості, %			
	високий	достатньо високий	середній	низький
До ротації	90***	7***	2	1
Після ротації	57	41	2	0

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні *** – $p < 0,001$.

даних, наведених у таблицях, спостерігається одноманітна тенденція до зниження відсоткового співвідношення показників як реактивної (ситуаційної), так і особистісної тривожності в групі з низьким (відмінним) рівнем тривожності (реактивна тривожність – на 16,8 %, особистісна – на 13 %), а також спостерігається збільшення кількості військовослужбовців із показниками рівнів тривожності вище норми (реактивна – на 3 %, особистісна – на 5 %).

При визначенні мотивації миротворців щодо участі в міжнародних операціях з підтримання миру та безпеки була використана анкета «Миротворець». Розподіл однозначних відповідей на запитання «Чим Ви керуєтесь при участі в миротворчій місії найбільше?» подано в табл. 3.

Як показують дані табл. 3, для багатьох миротворців основою мотивації щодо участі в місії є матеріальні чинники. Після повернення з місії, за даними анкети, значення цього показника зростає на 16,3 %.

Розподіл по рівнях при дослідженні рівнів психоемоційної стійкості за допомогою анкети «Миротворець» подано в табл. 4.

Аналіз результатів свідчить, що за час

виконання місії загальний рівень психоемоційної стійкості залишився в межах норми, але спостерігається зменшення показника високого рівня в сторону його пониження на 33 %.

Показники соціальної зрілості, отримані за допомогою анкети «Миротворець», подано в табл. 5.

Показники, приведені в табл. 5 вказують на те, що за час виконання миротворчої місії рівень соціальної зрілості миротворців зріс з 54 % до 79%.

Аналізуючи дані обстеження за методикою «Прогноз», визначено, що 70% військовослужбовців знаходяться в оптимальному функціональному та психофізіологічному стані. Імовірність психологічних зривів визначено у 20,9 % миротворців.

Приведені в табл. 6 дані свідчать, що за час місії відсоток миротворців із високим рівнем НПС (нервово-психічної стійкості) зменшився на 23,6%. Також спостерігається збільшення кількості миротворців із задовільним і незадовільним рівнем після виконання миротворчої місії на 12%.

Показники суб'єктивної оцінки військовослужбовцями свого самопочуття, активності та настрою подано в табл. 7.

Таблиця 5

Розподіл військовослужбовців за показниками соціальної зрілості за анкетною «Миротворець», (%)

Категорія миротворців	Розподіл обстежених за рівнями соціальної зрілості, %			
	виразна	достатня	задовільна	Слабка
До ротації	54**	42**	3	1
Після ротації	79	17	4	0

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні ** – $p < 0.01$.

Таблиця 6

Розподіл військовослужбовців за рівнями нервово-психічної стійкості за методикою «Прогноз», (%)

Категорія миротворців	Групи за рівнями нервово-психічної стійкості, %			
	I рівень (високий)	II рівень (добрий)	III рівень (задовільн.)	IV рівень (незадовільн.)
До ротації	48,6***	41,0**	10,4**	0
Після ротації	25,0	52,6	21,1	1,3

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні: ** – $p < 0.01$, *** – $p < 0.001$ відповідно.

Наведені в табл. 7 дані свідчать, що за час місії відсоток військовослужбовців із високим (відмінним) рівнем знизився на 17,6%, а також з'явилося 9,4 % військовослужбовців із задовільним і незадовільним рівнем самооцінки самопочуття, активності та настрою.

Дані щодо функціональної рухливості нервових процесів отримані з допомогою методики «Діагност-1» наведено в табл. 8.

Наведені дані в табл. 8 свідчать, що за час перебування миротворців у місії кількість військовослужбовців з низьким і нижчим за середній рівнями ФРНП збільшилася на 19 %. Водночас кількість миротворців із середнім і вищим за середній рівнями зменшилася на 19 %.

Отримані дані за тестом самооцінки

стресостійкості особистості військово-службовців подано в табл. 9.

Наведені дані в табл. 9 вказують на те, що за час перебування в місії кількість військовослужбовців з високим і дуже високим рівнями стресостійкості особистості зменшилася на 6 %. Водночас виявлена група військовослужбовців із середнім рівнем стресостійкості особистості – 3,6 %.

Дані щодо структури показників і форм агресії, отримані за допомогою методики А.Басса та А.Дарки, у миротворців до та після місії надано в табл. 10.

Як показують дані табл. 10, для багатьох військовослужбовців після повернення з місії є характерним зростання показників високих рівнів форм агресії та зменшення показників низьких рівнів форм агресії.

Таблиця 7

Розподіл військовослужбовців за показниками самооцінки самопочуття, активності та настрою за методикою «САН», (%)

Категорія миротворців	Структура миротворців за показниками опитувальника «САН», %				
	відмінно	добре	задовільна	незадовільно	погано
До ротації	92***	8*	0**	0	0
Після ротації	74,4	16,2	7	2,4	0

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$, *** – $p < 0.001$ відповідно.

Таблиця 8

Розподіл миротворців за рівнями ФРНП за методикою «Діагност-1», %

Категорія миротворців	Розподіл військовослужбовців за рівнями ФРНП (%)			
	низький	нижчий за середній	середній	вищий за середній
До ротації	42*	24	32*	2
Після ротації	56	29	15	0

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні * – $p < 0,05$.

Таблиця 9

Розподіл миротворців за рівнями стресостійкості, %

Категорія миротворців	Розподіл військовослужбовців за рівнями стресостійкості (%)					
	дуже високий	високий	вище середнього	незначно вище середнього	середній	нижче середнього
До ротації	4,3*	45,7	32,6	17,4	0	0
Після ротації	1,2	42,8	40,5	11,9	3,6	0

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні * – $p < 0,05$.

Так показники високого рівня фізичної агресії зростають з 13,3 % до 49 %, а низького рівня зменшуються з 17,8 % до 6,3 %. Показники високого рівня непрямой агресії зростають з 6,6 % до 19,1 %, а низького рівня зменшуються з 57,8 % до 30,9 %. Показники високого рівня вербальної агресії зростають з 42,2 % до 71,3 %, а низького рівня зменшуються з 17,8 % до 2,1 %. Показники високого рівня негативізму зростають з 4,4 % до 20,2 %, а низького рівня зменшуються з 77,8 % до 35,1 %. Показники високого рівня підозрілості зростають

з 0 % до 18,1 %, а низького рівня зменшуються з 86,7 % до 21,3 %. Показники високого рівня роздратування зростають з 2,2 % до 34 %, а низького рівня зменшуються з 80 % до 11,7 %.

Дані визначення концентрації уваги, що визначалися у миротворців до та після місії за допомогою методики «Коректурна проба з літерами», наведено в табл. 11.

Наведені дані в табл. 11 вказують на те, що за час перебування в місії відбулося зниження відсоткового значення групи миротворців з високим рівнем концентрації

Таблиця 10

Визначення структури показників і форм агресії за методикою А. Басса та А. Дарки до та після виконання миротворчої місії, %

Категорія миротворців з відповідним рівнем показників агресії		До ротації (n=50) (Кривий Ріг)		Після ротації (n=94) (Старичі)
Фізична агресія	низький	17,8		6,3
	середній	68,9	**	44,7
	високий	13,3	***	49
Непряма агресія	низький	57,8	**	30,9
	середній	35,6		50
	високий	6,6		19,1
Вербальна агресія	низький	17,8	**	2,1
	середній	40		26,6
	високий	42,2	**	71,3
Негативізм	низький	77,8	***	35,1
	середній	17,8	**	44,7
	високий	4,4	*	20,2
Образа	низький	75,6		76,6
	середній	22,2		19,1
	високий	2,2		4,3
Підозрілість	низький	86,7	***	21,3
	середній	13,3	***	60,6
	високий	0	**	18,1
Роздратування	низький	80	***	11,7
	середній	17,8	***	54,3
	високий	2,2	***	34,0
Почуття провини	низький	20		24,5
	середній	48,9		40,4
	високий	31,1		35,1

Примітка. Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдента на рівні: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$, *** – $p < 0.001$ відповідно.

ції уваги на 6,7 %, водночас група з низьким рівнем концентрації уваги зростає на 12,7 %.

Дані щодо рівня показників ПТСР за даними середніх квадратичних відхилень, що досліджувався у військовослужбовців до та після місії, подано в табл. 12.

Як показують дані табл. 12, після виконання місії на 7,1 % збільшилася кількість військовослужбовців, які мають імовірні ознаки ПТСР. Причому в цій же виборці кількість військовослужбовців, які мають показники норми, збільшилася на 3,6 %. Зміни в бік покращання та погіршення психічного стану відбулися за рахунок зменшення групи військовослужбовців із показниками ймовірних ознак ПТСР.

Таким чином, результати проведених досліджень, виконаних до та після перебування військовослужбовців у миротворчій місії, вказують на певні зміни психофізіологічних показників, які відображають у свою чергу відповідні зміни в стані здоров'я миротворців, що виникли під час виконання ними завдань професійної діяльності у миротворчих місіях.

Під час комплектування національних контингентів необхідно звертати увагу на мотивацію військовослужбовців щодо участі в миротворчій місії. З урахуванням

особливостей завдань, що виконуються особовим складом національного контингенту, сформульовано професійно-важливі вимоги до військовослужбовців, такі як поведінкова активність, соціальна зрілість, рівень домагань, розвиток інтелекту, емоційна стійкість, риси характеру (відвертість, наполегливість), для визначення яких використовувалась анкета «Миротворець».

На жаль, для багатьох військовослужбовців основою мотивації щодо участі в місії є матеріальні чинники. Це пояснюється низьким матеріальним забезпеченням і слабким соціальним захистом військовослужбовців Збройних сил України.

На підставі виявлених психологічних особливостей розвитку дизадаптаційного синдрому, запропоновано систему профілактичних заходів з їх реалізацією на всіх етапах миротворчої діяльності:

- а) у першому періоді (до місії) – психофізіологічна підготовка;
- б) другий період (під час перебування в місії):
 - виявлення ознак дизадаптації;
 - проведення реабілітаційних процедур (психосоматичної регуляції);
- в) третій період (після повернення з місії) – виявлення дизадаптаційних роз-

Таблиця 11

Визначення концентрації уваги за методикою «Коректурна проба з літерами» (таблиця Анфімова)

Категорія миротворців	Розподіл показників концентрації уваги, %			
	високий	достат. високий	середній	низький
До ротації	26,7	34,7	33,3	5,3*
Після ротації	20	34	28	18

Примітка. * – Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдентом на рівні $p < 0,05$.

Таблиця 12

Розподіл військовослужбовців за групами ознак ПТСР (методика «Міссісіпська шкала»), %

Категорія миротворців	Розподіл військовослужбовців за групами ознак ПТСР, %		
	норма	гранична група	імовірні ознаки ПТСР
До ротації	85,7	10,7	3,6*
Після ротації	89,3	0	10,7

Примітка. * – Достовірність різниці відповідних часток за критерієм Стьюдентом на рівні $p < 0,05$.

ладів, лікування, реабілітація (визначення психологічного стану після проведеного санаторно-курортного лікування).

Оцінка ефективності запропонованих заходів здійснюється на всіх етапах професійної діяльності національного контингенту. Отримані дані свідчать про необхідність застосування додаткових заходів щодо нормалізації умов життєдіяльності миротворців, зокрема: комбіноване призначення гексавіту, курс теплової підготовки в кліматичній камері перед миротворчою місією для підвищення стійкості до тепловологого клімату [13]; раціоналізація режиму праці та відпочинку, нормалізація питного режиму з використанням спеціальних напоїв і вітамінізованих добавок, що містять пектин (БАД «Яблопект») тощо [14].

Висновки

На основі проведених досліджень і отриманих результатів виявлено особливості розвитку та протікання дизадаптаційного синдрому у військовослужбовців національних підрозділів Збройних сил України.

1. Встановлено, що головним фактором, який спричиняє розвиток дизадаптації, є психічне напруження, прояви якого реалізуються зростанням рівня ситуаційної тривожності у 16,3 % миротворців; зменшенням рівня високої психоемоційної стійкості у 33 %, зниженням рівня НПС та імовірністю виникнення психологічних зривів у 22,4 %, зростанням показників високих рівнів: фізичної агресії до 49 %, непрямой агресії до 19,1 %, вербальної

агресії до 71,3 %, роздратування до 34%.

2. Встановлено, що розвиток дизадаптаційного синдрому у миротворців проходить через зміни функціонального стану та професійної працездатності, що проявляються ознаками психологічної дизадаптації. Ці ознаки реалізуються, головним чином, проявами астеноневротичних станів граничного характеру, у тому числі: 34% – зростанням високих рівнів дратівливості та до 49 % – проявом агресивної поведінки (фізичної агресії); проявами вербальної агресії у 71,3%, зниженням ФРНП у 19 %, з падінням концентрації уваги до низьких показників у 12,7%, появою ймовірних ознак ПТСР у 10,7 % миротворців. Наявність вказаних проявів психологічної дизадаптації є підставою для призначення реабілітаційних процедур у військовослужбовців національних підрозділів.

3. Найбільш інформативними методами для динамічного спостереження та раннього виявлення дизадаптаційного синдрому у військовослужбовців національних підрозділів виявилися психологічні методики досліджень: рівнів нервово-психічної стійкості – методика «Прогноз»; показників психоемоційної стійкості за методикою «Миротворець», показників самооцінки самопочуття, активності та настрою за методикою «САН», показників рівнів і форм агресії за методикою діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки.

4. Запропоновано комплекс профілактичних заходів із використанням психологічних методик на всіх етапах професійної діяльності миротворців.

Список використаних джерел

1. Махнев М. В., Махнев А. В. Медико-соціальні аспекти адаптації військовослужбовців / М.В. Махнев, А.В. Махнев // Воєн.-мед. журнал. – 2000. – № 9. – С. 57-64.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л., 1988. – 116 с.
3. Охременко О.Р. Діяльність у складних, напружених та екстремальних умовах / О.Р. Охременко. – К. : Нац. академія оборони України, 2004. – С. 12-17.
4. Пономаренко Н.О. Проблеми реабілітації військовослужбовців Збройних сил України після виконання місії у складі миротворчого контингенту / Н.О. Пономаренко // Військова медицина України. – 2004. – № 1-2. – С. 110-114.
5. Фадеев А.С. Невротические расстройства у военнослужащих в мирное время / А.С. Фадеев, В.В. Куликов, О.Э. Чернов // Воєн.-мед. журнал. – 2001. – № 3. – С. 39-43.
6. Юревиц А.Ж. и др. Адаптация к профессиональной деятельности / А.Ж. Юревиц, В.С. Аве-

рьянов, О.В. Виноградова и др. // Физиология трудовой деятельности (Основы современной физиологии) / Под ред. В.И. Медведева. – С.-Пб., 1993. – С. 209-284.

7. Єна А.І. Актуальні проблеми і організаційні засади психофізіологічного забезпечення Збройних сил України / А.І. Єна // Військова медицина України. – 2001. – № 1. – С. 54-62.

8. Корольчук Н.С. Методики исследования эффективной и безопасной деятельности военных специалистов / Н.С. Корольчук. – К., 1994. – 53 с.

9. Іванов Д.А. Граничні психічні розлади та дезадаптаційні зриви у військовослужбовців строкової служби / Д.А. Іванов. – К., 2006. – С. 130-132.

10. Макаренко Н.В. Теоретические основы и методики профессионального психофизиологического отбора военных специалистов / Н.В. Макаренко // НИИ проблем военной медицины Украинской военно-медицинской академии. – К., 1996. – 336 с.

11. Психология личности : тесты, опросники, методики / Авторы-составители : к.п.н. доцент Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова. – М. : Геликон, 1995. – 236 с.

12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – С.-Пб. : Питер, 2001. – 272 с.

13. Максимович В.А. Эрготермическая устойчивость человека / В.А. Максимович. – К. : Здоров'я. – 1985. – 128 с.

14. Шевченко В.Є. та ін. Психофізіологічне забезпечення бойових підрозділів в екстремальних умовах: Методичний посібник / В.Є. Шевченко, Б.В. Кравченко, С.А. Галкін / за заг. ред. М.С. Корольчука. – К., 2001.