

*Приходько І. І., доктор психологічних наук, С.Н.С.,
начальник НДЦ Національної академії Національної
гвардії України (м. Харків)*

ТИПІЗАЦІЯ РЕАГУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ НА ЕКСТРЕМАЛЬНІ УМОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Представлено основні концепції наукових досліджень психогенних розладів, які виникають у військовослужбовців під час ведення бойових дій у сучасних локальних військових конфліктах та після їх закінчення. З використанням кластерного аналізу результатів емпіричного дослідження 194 військовослужбовців Національної гвардії України визначено три основні типи реагування на екстремальні ситуації в умовах проведення антитерористичної операції: астеничний, стеничний, дистеничний.

Ключові слова: екстремальна діяльність, військовослужбовці, антитерористична операція, типи реагування особистості.

Представлены основные концепции научных исследований психогенных расстройств, возникающих у военнослужащих во время ведения боевых действий в современных локальных военных конфликтах и после их завершения. С использованием кластерного анализа результатов эмпирического исследования 194 военнослужащих Национальной гвардии Украины определены три основных типа реагирования на экстремальные ситуации в условиях проведения антитеррористической операции: астенический, стенический, дистенический.

Ключевые слова: экстремальная деятельность, военнослужащие, антитеррористическая операция, типы реагирования личности.

Постановка проблеми. Актуальність дослідження психогенних розладів, які виникають під час службово-бойової діяльності (СБД) військовослужбовців Національної гвардії України (НГУ) у процесі проведення антитерористичної операції (АТО), обумовлена виникненням широкого кола різноманітних ознак бойової психічної травми (БПТ) під час цієї діяльності та по її завершенню. Вони в абсолютній більшості спочатку проявляються лише на донозологічному рівні, коли суб'єктивно не відчуються як хвороба, не порушують соціальну адаптацію людини у звичайних умовах, але проявляються у специфічних негативних умовах життєдіяльності. Згодом дані зміни в учасників бойових дій можуть трансформуватися в «хронічні зміни особистості після переживання катастрофи» (ця рубрика представлена в міжнародній класифікації хвороб (МКБ-10)) або як окрема діагностична категорія «посттравматичні стресові розлади» (ПТСР) в DSM-III (1980), які в останній час є предметом дослідження багатьох вчених у різних країнах [3, 5-8, 10-13].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема прогнозування поведінки людей в екстремальних умовах діяльності, а також оцінка вірогідності збереження їх психічного здоров'я та працездатності після впливу екстремальних факторів завжди була у центрі уваги досліджень науковців та практичних психологів. Особливе місце серед екстремальних ситуацій займають локальні

військові конфлікти, до яких можна віднести події на Сході України. Результати проведених досліджень особистісних змін у військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях, показали, що незалежно від інтенсивності психоемоційних навантажень зміна структури психологічних характеристик людини, в основному, має негативний характер [3, 5-8]. Отримані дані показують, що тільки 25 % військовослужбовців, які беруть участь у збройних конфліктах і локальних війнах, адекватно реагують на бойову обстановку і спроможні вести активні бойові дії [5]. В інших відбувається дезорганізація психічної діяльності, яка може призводити до розвитку різних патологічних реактивних станів: у 10-25 % особового складу виникають гострі реактивні психози, у 35 % стійкі психічні порушення, які можуть зберігатися протягом усього життя, які розглядаються як посттравматичні стресові розлади (ПТСР) [3]. Якщо враховувати, що в психічних реакціях військовослужбовців на вплив психогенних факторів в екстремальних умовах відзначаються істотні розходження, що, насамперед, пов'язано з суб'єктивністю сприйняття подій, які відбуваються [6]. Так, в умовах психологічного стресу в одних виникає руховий ступор, в інших, навпаки, з'являється психомоторне збудження. Деякі сприймають те, що відбувається, як смертельну загрозу, інші відзначають усього лише певний елемент ризику. Коли враховувати, що характер психічних реакцій

людини на вплив психогенних факторів залежить від психологічних особливостей особистості, то можна припустити, що й характер наслідків впливу факторів психотравмуючих ситуацій для конкретної людини багато в чому зумовлюватиметься її індивідуально-психологічними особливостями. Вищеперераховані ознаки різноманітних психогенних розладів обумовлюють широке коло різноманітних порушень, які різними авторами описуються як бойові психічні травми, гострі реакції на стрес, соціально-стресові розлади, комбатантна акцентуація особистості, ПТСР та ін. [3, 5-13].

Так, В.О. Пономаренко виділяє певні добіологічні бар'єри, які попереджають негативний вплив бойового стресу на військовослужбовця, – це психічне здоров'я, світоглядні установки, розвинене відчуття військового обов'язку та професіоналізм особового складу [8]. Автор визначає, що при бойовому стресі відбувається інтеграція двох основних завдань для особистості: зберегти інших та себе (іноді інших раніше, ніж себе). Вчений доводить, що у бойових умовах досвід та знання відіграють провідну роль при порятунку себе, крім цього, для порятунку інших необхідні такі додаткові психологічні якості, як честь, гідність, інші «духовні паттерни» особистості.

В.О. Бодров, О.О. Обознов пропонують стійкість до стресу розглядати як інтегративну властивість особистості – стресостійкість, яка характеризується необхідним ступенем адаптації індивіда до впливу екстремальних факторів середовища та професійної діяльності; детермінується рівнем активації ресурсів організму та психіки індивіда; проявляється у показниках його функціонального стану та працездатності [1].

За даними Ю.І. Погодіна та ін., загальна характеристика психічного стану військовослужбовців залежить від особистісних особливостей і періоду бойової діяльності: наприкінці бойових дій у 80 % офіцерів було виявлено виражені ознаки бойової психічної травми (астенізація та різні дезадаптаційні розлади), які в певній мірі потребували спеціалізованої медико-психологічної допомоги [7].

Дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців перед початком бойових дій у Чечні та на першому етапі їх ведення, яке проведено В.С. Новіковим, показало, що тільки 28 % особового складу були практично здоровими, у 72 % виявлено

астено-депресивні (46 %) або психотичні (26 %) реакції, які потребували оперативної психофізіологічної та фармакологічної корекції [5]. Автор відзначив, що найбільші зміни у психічному стані військовослужбовців відбувалися під час їх тривалого знаходження та ведення затяжних бойових дій: практично в усіх обстежених відмічалися ознаки астенізації з різними нервово-психічними розладами, нервово-психічна нестійкість збільшувалася з 22 % на початку ведення бойових дій до 38 % після 21-49 доби бойових дій. У цілому, вважає автор, у 52 % було визначено задовільний рівень психофізіологічної боєздатності особового складу, у 48 % – незадовільний: з тривалим знаходженням у зоні бойових дій у військовослужбовців погіршувалися загальне самопочуття, а також деякі психологічні характеристики, збільшувалася ситуативна тривожність, з'являлися ознаки істероїдних акцентуацій особистості (імпульсивність, демонстративність).

Достатньо ґрунтовними є дослідження В.С. Новікова та ін., які вивчали проблему психофізіологічної корекції та реабілітації військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях в Афганістані та республіках Закавказзя [6]. За результатами психофізіологічного та соціально-психологічного дослідження десантників, які приймали участь у бойових діях в Афганістані, більше 70 % з них пред'являли різні психосоматичні скарги, практично кожний четвертий відчував значні труднощі у реадaptaції до служби у мирних умовах. Подібні зміни були у військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях в республіках Закавказзя. Так, більше ніж у 50 % особового складу були різні особистісні акцентуації, рівень депресивних реакцій та тривожно-фобічних проявів спостерігався у 28 %, психопатичних рис – у 48 %; більше 50 % офіцерів висловлювали скарги на порушення сну та апетиту, у 81 % офіцерів, які приймали участь у бойових діях в Чечні, виявлена виражена асенізація, що потребувала проведення психофізіологічної та фармакологічної корекції.

За даними психіатра військово-морського флоту США W. Nash, який керував програмою контролю бойового стресу серед морських піхотинців, подібні прояви були також і у військовослужбовців США, які приймали участь в активних бойових діях в Іраку [13]. Як з'ясував автор, на відміну від розповсюджених переконань, найбільшою шкодою для психіки були не

тільки страх або жах, які військовослужбовці змушені переборювати на полі бою, але й почуття сорому та провини, що пов'язані з «моральними» травмами, від яких вони страждають. Ним виявлено, що на першому місці виникнення психічних розладів стоять випадки загибелі товаришів по службі, на другому – помилкове відкриття вогню по американським військовослужбовцям, коли гинули товариші по службі, на третьому – відчуття провини за загибель мирного населення, особливо жінок і дітей. W. Nash підкреслює, що ще одним важливим фактором психогенних травм є звільнення з армії, яке з часом супроводжується руйнівним почуттям втрати в тих людей, чие життя обмежувалося винятково військовою службою й які раптово виявилися непотрібними [13].

Таким чином, на сьогодні відсутня чітка класифікація вищезгаданих психічних розладів, які виникають як відстрочена реакція (стан) організму на важку травматичну подію. Як бачимо, у багатьох наукових працях автори розглядали різноманітні аспекти цієї складної і водночас дуже важливої проблеми, але на сьогодні немає публікацій, пов'язаних з емпіричним дослідженням психогенних розладів у представників екстремальних видів діяльності, які приймали участь у проведенні АТО.

Мета статті – визначити типологію реагування особистості на екстремальні умови у військовослужбовців, які приймали участь у проведенні АТО, для розроблення у подальшому заходів профілактики їх виникнення та розвитку.

Виклад основного матеріалу. З метою стабілізації обстановки у Південно-Східному регіоні України, подолання терористичних загроз та збереження територіальної цілісності держави Указом Президента України від 14.04.2014 р. № 405 введено в дію рішення Ради національної безпеки та оборони України від 13.04.2014 «Про невідкладні заходи щодо подолання терористичних загроз і збереження територіальної цілісності України», з підписанням якого фактично було розпочато проведення АТО. Не відновившись фізично та психологічно після подій, які відбувалися з листопада 2013 р. до лютого 2014 р. (так званого «Євромайдану» або «Революції Гідності»), військовослужбовці НГУ почали виконувати СБЗ в рамках проведення АТО, приймаючи безпосередню участь у бойових

діях, що ще більше виснажувало їх фізичні та психологічні ресурси.

Характеризуючи військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях при проведенні АТО, необхідно відмітити, що крім особового складу, які проходять військову службу за контрактом, до лав НГУ в останній час була призвана велика кількість осіб з резерву, а також мобілізованих. Ці дві категорії військовослужбовців призивалися через військові комісаріати областей, але поглиблене психологічне дослідження, яке перед призовом на військову службу за контрактом до НГУ є обов'язковою процедурою проведення у центрах психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору управлінь МВС в областях, не здійснювалося, а на медичних комісіях у кандидатів на службу виявлялися лише можливі психічні розлади лікарями-психіатрами. Тому на військову службу потрапили особи з ознаками особистісних особливостей донозологічного рівня, які визначаються терміном «акцентуації». Ми згодні з авторами концепцій про те, що акцентуації особистості [2] та характеру [4] як категорії, які об'єднують психіатричні та медико-психологічні погляди в проблемі психічного здоров'я людини, розглядаються як крайні варіанти норми з посиленням, загостренням окремих рис і властивостей особистості, які часто є прихованими у звичайних умовах життєдіяльності. При потраплянні таких осіб з прихованими акцентуаціями в стресові умови, пов'язані з виконанням СБЗ в АТО, проявляється вибіркова уразливість до певних негативних психогенне обумовлених факторів та особливостей СБД при збереженні або навіть до підвищеної стійкості до дії інших. Посилення або послаблення окремих характерологічних рис призводить до підвищення або зниження фрустраційної толерантності в певних стресогенних ситуаціях, які виникають при виконанні СБЗ в умовах проведення АТО.

Необхідно відмітити, що особистісні зміни формуються, як правило, протягом тривалого часу. В умовах бойової обстановки за наявності реальної вітальної загрози такі зміни відбуваються значно швидше. У військовослужбовців у залежності від типів реагування на донозологічні ознаки акцентуацій накладалися нові риси характеру, які отримані в умовах проведення АТО, шляхом нашарування на особливості, що вже були набуті.

Після повернення з зони проведення АТО нами було обстежено 194 військовослужбовця НГУ за допомогою спеціально розробленої анкети, яка складається з 33 тверджень. Проведення кластерного аналізу результатів дослідження дозволило виділити три основних типи реагування на екстремальні ситуації в умовах проведення АТО у залежності від особистісних акцентуацій: астенічний, стенічний, дистенічний.

Аналіз отриманих результатів показав, що до особистісних акцентуацій з астенічним типом реагування добавилися підвищені тривожність, боязкість, настороженість, песимізм, відчуття провини, обмеження контактів з навколишніми, страх за власне життя, непевність у майбутньому, негативне відношення до тих, хто «закосив» і залишився у тилу та не приймає участь у захисті Батьківщини, перегляд ціннісно-смыслових орієнтацій, а також пасивність, апатичність, пригніченість, знижена самооцінка, але критика до свого стану була збережена. При цьому посилювалися емоційна лабільність, уразливість, ранимість, зберігалися постійна фіксація на переживаннях бойової обстановки, нав'язливі спогади сцен бою, загальна загальмованість, погіршення стану. Такі особи не проявляли ніякої ініціативи, фон настрою коливався у бік зниження, часто піддавалися насмішкам і не завжди могли постояти за себе, швидко втомлювалися. Песимізм змінювався приступами страху, сльозами, пошуком співчуття. Фіксація на перенесених психотравмуючих ситуаціях проявлялася у відмові від прийняття самостійних рішень, у «відході в себе», замкнутості, зниженні інтересу до навколишніх. Навіть незначні психічні та фізичні навантаження викликали неприємні відчуття, такі особи часто хворіли, не полюбили, коли їм приверталася увага, постійно думали про домівку, усамітнювалися, легко астенізувалися.

При акцентуаціях стенічного типу реагування у військовослужбовців з'являлися злість, агресивність, жорстокість, грубість, похмурість, схильність до зловживання ненормативною лексики, підозрілість. Маючи високий життєвий тонус, такі особи проявляли власність, прагнули «керувати» та підкоряти себе навколишніх. Під час протидії з боку керівництва такої поведінки вони відповідали «спалахами» гніву, роздратованості, зниження настрою. Дані військовослужбовці часто порушували

військову дисципліну, проявляли схильність до асоціальних та аморальних поступків, правопорушень, зловживання алкоголю. Вони погано переносили жорсткий контроль та вимоги військової дисципліни, монотонну діяльність, змушену самотність. Для них було характерне прагнення до самостійності, вирішення завдань за власним розсудом, відстоювали «свою правоту», боролися за «справедливість», нехтували вказівками старших начальників. У той же час в окремих випадках проявляли мужність, героїзм, зневажаючи особистою безпекою. У період ведення бойових дій для таких військовослужбовців були типові часті афективні спалахи та зниження самоконтролю, злісно-дратівливий настрій, агресивність. Часто проявляли упертість, небажання виконувати накази, підозрілість, жорсткість та підвищену вимогливість до інших, погрози на адресу навколишніх, прагнення відомстити, проявлення садистських схильностей. Почуття «провини» формувало відчуття невиконаного обов'язку, бажання продовжувати службу без надання відпусток та відпочинку. Пережиті психологічні травми проявлялися у сновидіннях загрозливого характеру з частими пробудженнями. На зауваження такі особи реагували дратівливістю з наростанням афекту, не дотримуючись відчуття дистанції. Поведінка практично завжди була зовнішньообвинуваченого характеру, але вони завжди першими були готові до виконання ризиконебезпечних завдань.

Для особистостей з акцентуаціями дистенічного типу реагування характерними були достатня товариськість, вони проявляли готовність стати лідером військового колективу, але й були прагнення служити, самовихваляння, обман, мінливість, нестійкість та поверховість емоцій, часто приймали необмірковані та необґрунтовані рішення. Підвищена здатність до витіснення дозволяла їм «забути» неприємні та важкі ситуації, характерними були короточасність та поверховість неприємних відчуттів, схильність до їх забування. З одного боку прагнули виділитися, були хвалькуватими, проявляли браваду з награною зневагою до безпеки, з іншого вони намагалися не ризикувати своїм життям. У поведінці відмічалися мінливість, нестійкість, демонстративність, нездатність до тривалого напруження, зневага моральними нормами, самооцінка була завищена, відсутні стійкі соціальні установки, поступки відбувалися

під впливом навколишніх. Такі особи могли здійснювати самовільні залишення військової частини та демонстративно-шантажні суїцидальні дії, відрізнялися легковагістю та некритичністю. Якщо виявлялися незначні розлади здоров'я, ці особи перебільшували важкість захворювання, добивалися реалізації власних установок на ці питання, іноді проявляючи демонстративно-шантажні дії. Вони часто давали обіцянки, які не виконували, при цьому переконливо доказували, чому не змогли цього зробити. В залежності від ситуації та періодів перебування в зоні проведення АТО відношення співслужбовців до них було неоднозначним: від позитивного до негативного.

Сполучення донозологічних рис характеру з якостями, набутими під час виконання СБЗ в зоні проведення АТО, призвело до характерологічної трансформації особистості, що у майбутньому дозволило краще адаптуватися до мирних умов життєдіяльності. При цьому практично всі категорії військовослужбовців відмічали, що участь у бойових діях сприяло «дорослішанню та змужнінню», заставляло «по-іншому дивитися на життя», переоцінювати смисл життя та його цінності, по-іншому відноситися до командирів, друзів, родин та близьких. Участь у проведенні АТО багатьом з військовослужбовців дозволила самоствердитися, з більшою повагою відноситися до себе та суспільства до них.

Загальновідомо, що військовослужбовці, які пережили бойовий стрес та бойову психічну травму і не отримали своєчасної кваліфікованої психологічної або навіть психіатричної допомоги, можуть вдаватися до суїцидів, алкоголізації, проявляти конфліктність у стосунках з військовим колективом, керівництвом і родиною [3]. Вони можуть проявляти невмотивовану агресію та насильницькі дії, спричиняти нестатутні відносини (як наслідок, притягуватися не лише до дисциплінарної, але й до кримінальної відповідальності), втрачати віру у цінності своєї праці, недбало ставитися до виконання своїх службових обов'язків, звільнятися, тобто будуть обов'язково виникати розгорнуті різні ПТСР. Також більшість з учасників АТО для зняття напруження, тривожності, втоми, послаблення переживань бойової обстановки та почуття провини перед загиблими періодично вживали алкоголь.

Таким чином, крім бойових та санітарних втрат, у найближчий час слід очікувати психогенні втрати, які пов'язані з негативними психологічними чинниками. «Найнеприємнішим» в цій складній ситуації є те, що по закінченню проведення АТО вони не припиняють своєї дії і наслідки психогенних розладів, наприклад, у вигляді ПТСР можуть виникати протягом наступних років. І якщо під час АТО можна якось обґрунтувати ці втрати, то у мирний час буде зовсім інша відповідальність. За нашими даними, зараз про наміри продовжувати військову службу однозначно висловилися лише 75 % офіцерів (можна спрогнозувати, що їх кількість буде знижуватися), в той час як після Помаранчевої революції бажання продовжити службу висловили 95 % військовослужбовців усіх категорій [10].

Висновки

1. В умовах ведення бойових дій за наявності реальної вітальної загрози відбувається трансформація особистості. У військовослужбовців у залежності від типів реагування на донозологічні ознаки акцентуацій накладаються нові риси характеру, які отримуються в умовах проведення АТО, шляхом нашарування на особливості, що вже були набуті. Проведення кластерного аналізу дозволило виділити три типи реагування особистості на екстремальні ситуації під час проведення АТО: астенічний, стенічний та дистенічний.

2. Для зниження безповоротних, санітарних та психогенних втрат військовослужбовців, які приймають участь у проведенні АТО, пропонуємо проводити психодіагностичні дослідження з визначенням певних груп психологічної готовності до такої СБД. Перша група (до 70 % військовослужбовців) буде характеризуватися достатнім рівнем психологічної готовності до виконання покладених СБЗ, середнім рівнем тривожності, адекватним обстановці, добрими адаптаційними ресурсами. До другої групи (близько 20 % військовослужбовців) буде відноситися особовий склад з високим рівнем психологічної готовності до виконання покладених СБЗ, низьким рівнем тривожності та високими адаптаційними ресурсами. Третю групу (до 10 % особового складу) можна охарактеризувати як осіб з незадовільним рівнем психологічної готовності до виконання покладених СБЗ, недостатнім рівнем адаптаційних ресурсів,

високою тривожністю та, у цілому, низькою професійною працездатністю.

3. З урахуванням достатньої професійної підготовки з першої та другої групи військовослужбовців доцільно формувати ударні передові підрозділи. Висока боєздатність підрозділів, які сформовані з військовослужбовців цих груп, а також мінімальні санітарні, психогенні та безповоротні втрати будуть позитивно

впливати на морально-психологічний стан іншого особового складу та їх готовність до виконання СБЗ в зоні проведення АТО. Під час виконання СБЗ у зоні проведення АТО саме військовослужбовців третьої групи відмічається найбільша кількість безповоротних, санітарних та психогенних втрат. Тому таких осіб доцільно використовувати у підрозділах забезпечення поза зоною ведення бойових дій.

Список літератури

1. Бодров В.А. Система психической регуляции стрессоустойчивости человека-оператора / В.А. Бодров, А.А. Обознов // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 4. – С. 32-40.
2. Леонгард, К. Акцентуированные личности. – К.: «Вища школа», 1981. – 375 с.
3. Литвинцев, С. В. Боевая психическая травма / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М.: «Медицина», 2005. – 431 с.
4. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: «Медицина», 1983. – 208 с.
5. Новиков, В. С. Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности военнослужащих / В. С. Новиков // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 37-40.
6. Новиков, В. С. Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевой деятельности военнослужащих / В. С. Новиков, А. А. Боченков, С. В. Чермянин // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 3. – С. 53-57.
7. Погодин, Ю. И. Психофизиологическое обеспечение профессиональной деятельности военнослужащих / Ю. И. Погодин, В. С. Новиков, А. А. Боченков // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 11. – С. 27-36.
8. Пономаренко, В. А. Психология личности и воздействие боевого стресса / В. А. Пономаренко // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 10. – С. 60-63.
9. Прикладна психологія службово-бойової діяльності сил охорони правопорядку [Текст] : підручник / І. І. Приходько, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова та ін. – Х. : Акад. ВВ МВС України, 2012. – 336 с.
10. Приходько, І. І. Психологічний супровід службово-бойової діяльності військовослужбовців Національної гвардії України в екстремальних умовах / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора та ін. // Честь і закон. – 2014. – № 3. – С. 68-74.
11. Ушаков, И. Б. О профилактике психогенно обусловленных расстройств у военнослужащих / И.Б. Ушаков, В.И. Евдокимов, И.А. Беляева // Военно-медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 49-52.
12. Шамрей, В. К. Динамика личностных изменений у ветеранов локальных войн и вооруженных конфликтов / В.К. Шамрей, В.М. Лыткин // Военно-медицинский журнал. – 2006. – № 7. – С. 4-10.
13. Nash, W. P. «The stressors of war» in combat stress injury: theory, research and management / ed. C. R. Figley and W. P. Nash. – New York: Routledge Press, 2007. – P. 11-31.

Prikhodko I. I., doctor of psychology

TYPING PERSON RESPONSE ON EXTREME CONDITIONS OF PROFESSIONAL ACTIVITIES

The basic concept of research of psychogenic disorders that influence military personnel caused by combat actions in modern local military conflicts and after it completion. Using cluster analysis of the results of empirical research of 194 soldiers of the National Guard of Ukraine there were identified three main types of response to extreme situations in terms of anti-terrorist operation: asthenic, sthenic, disthenic. To reduce the death, sanitary and psychogenic loss of the troops taking part in the anti-terrorist operation, proposed to make psychodiagnostic to conduct a study to identify three groups of psychological readiness for such a service and combat activity. The first group (up to 70% of the soldiers) will be characterized by a sufficient level of psychological readiness for the service and combat missions, the average level of anxiety, adequate to the environment, good adaptation resources. The second group (about 20%) will include the staff with a high level of psychological readiness for the performance for the service and combat missions, low anxiety and high adaptive resources. The third group (10%) is characterized as a person with an unsatisfactory level of psychological readiness for the service and combat missions, insufficient adaptation resources, high anxiety and, in general, lower job performance.

Keywords: extreme activities, soldiers, anti-terrorist operation, the type of response of the person