

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ОСІБ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ УЧАСТЬ В БОЙОВИХ ДІЯХ**

**І.С. Трінька, В.В.Кальниш, О.В.Мальцев**

*Українська військово-медична академія*

**Резюме.** У статті здійснено теоретичний аналіз проблеми адаптації в умовах бойових дій. Акцентується увага на змінах психофізіологічного стану в екстремальних умовах та умовах реальної вітальної загрози, а також необхідності проведення спеціальних досліджень з обґрунтування організаційних та психофізіологічних підходів до створення системи психофізіологічного забезпечення діяльності військовослужбовців.

**Ключові слова.** Адаптація, бойові дії, психофізіологічний стан.

**Вступ.** Складна військово-політична і соціально-економічна ситуація, яка на сьогодні склалася в Україні, потребує удосконалення медико-психофізіологічного забезпечення військ з метою вирішення актуальних проблем оборони країни. У зв'язку з цим виникає необхідність вивчення зарубіжної літератури, яка описує зміни психофізіологічного стану у осіб що приймають участь в бойових діях.

В першу чергу слід відмітити, що військова служба являє собою важливий і важкий етап розвитку особистості. Незвичні психічні і фізичні навантаження, суворо регламентований характер діяльності і спілкування, відносна соціальна ізоляція обумовлюють новизну умов життєдіяльності людини. Перший період перебування у військовому колективі має надзвичайний вплив на особистість, що призводить до розладів психофізіологічних функцій, які викликають дезадаптацію поведінки і діяльності. Особистість включається в історично сформовану систему відносин. Включення в нову систему відносин створює таке переплетіння суспільного і генетичного компонентів, які переломлюючись в свідомості, формують нові функціональні системи поведінки, установки, концептуальну модель поведінки, риси особистості.

**Мета статті** – здійснити теоретичний аналіз проблеми адаптації до професійної діяльності в умовах бойових дій

**Матеріали та методи дослідження.** Використовувались зарубіжні джерела, що описують зміни психофізіологічного стану у осіб що приймають участь в бойових діях. Метод дослідження – системно-оглядовий

**Результати дослідження та їх обговорення.** Пристосування до нових умов життєдіяльності викликає суттєву перебудову особистості. Порушення нормативної поведінки і сценарію професійної діяльності частіше виникають при зростанні психічних і фізичних навантажень. Для них характерна

одноманітність формального прояву у кожного індивіда у виді афективних реакцій, депресивно-іпохондричних станів і дезадаптивної поведінки – від емоційного напруження, роздратованості, гарячкості до формування реакцій неадекватної відповіді. Останнє проявляється в порушенні дисципліни та нормативної поведінки в колективі. Первинним особистісним проявом розладу діяльності є порушення найбільш тонких і високоспеціалізованих функцій, окремих компонентів самосвідомості (поява депресивно-іпохондричного стану) і соціальної свідомості (реалізація афективних станів). Причиною цих проявів є «визволення» більш «низьких поверхів психіки», які при хронічному впливі призводять до емоціонально-вольової і нервово-психічної нестійкості [16].

Часте відтворення в пам'яті одних і тих самих еферентних відповідей на екстремальну ситуацію, сприяє формуванню динамічного стереотипу поведінки і різко обмежує залучення нових структур в пристосувальні реакції. Іншими словами, формується тенденція до стереотипного реагування на будь-які зовнішні і внутрішні стимули стресового характеру і стимули, які викликають афективне збудження[7].

Зростання проявів дезадаптації супроводжується порушенням внутрішніх умов мотивації у вигляді слабого передбачення наслідків, здатності регулювати поведінку в різних ситуаціях, емоційної стійкості [14]. І як наслідок це сприяє розвитку транзиторних поведінкових розладів, переважно пасивно-захисного типу. Необхідно підкреслити, що основними характеристиками інтелектуальної зрілості являються здатність самостійно ставити найближчі і віддаленні життєві цілі і знаходити відповідні способи їх досягнення. Для осіб з нервово-психічною нестійкістю характерні такі особливості розумової діяльності, як в'язкість мислення (це тенденція до збереження стандартних збережених принципів, способів мислення в різних умовах), нездатність змінити свою точку зору та форму поведінки, прояви поверхневості суджень і рішень [16]. Дослідження показали, що основні прояви нервово-психічної нестійкості характеризуються такими ознаками, як незрілість, нерозвиненість індивідуально-домінантних рис особистості, навіюваність, конфліктність, залежність, схильність до мавпування, послаблення самоконтролю, нестійкість або навпаки, ригідність установок. Порушення регуляторних функцій та моральності проявляються у вигляді таких якостей, як егоцентризм, споживацтво, гальмування власних прихильностей, схильність до імпульсивних рішень, надмірне бажання домінування, агресивність. Порушення функціонування вказаних механізмів ззовні проявляється в різноманітних формах неадекватної поведінки: професійної неспроможності (низька ефективність діяльності, невиконання правил експлуатації техніки, аварійність з вини військовослужбовця, травматизм); недотримання дисциплінарних і

соціальних норм (схильність до прирікань і невиконання наказів, порушення службових обов'язків, самовільне залишення частини, ранній алкоголізм, агресивна поведінка по відношенню до колег, сексуальні відхилення, випадки суїциду, крадіжки, ухилення від військової служби); ускладнення відносин з іншими військовослужбовцями (конфліктність, озлобленість, грубість по відношенню до оточуючих, ізольованість, замкнутість в групі, зневажливе відношення до важливих для групи цілей, підозрлість, невпевненість, нездатність протистояти впливу оточуючих, образливість, нестійкість, претензії на винятковість, потреба в загальній увазі і захопленні)[2].

Також є дані, наприклад, що заняття з військово-медичної підготовки не являються дуже ефективними. Після проведення занять 71% респондентів вважали себе готовими до надання першої медичної допомоги, 12% - не готовими, інші 17% - затруднялись дати відповідь на питання [14]. Однак в бойових умовах перша медична допомога надавалась в порядку самопомоги в 14% випадків, взаємодопомоги – 58% випадків, а особовим складом медичної служби – в 25%. Якість першої медичної допомоги була не достатньо висока, так вважали 21% опитаних. В момент поранення у 22% військовослужбовців виникали страх і повна розгубленість. 25% втратили свідомість, 16% відчували сильну біль. Не дивлячись на проведені заняття, вони погано уявляли собі, що поранення може викликати подібні стани. Авторами були виділені основні фактори, які викликають найбільші психоемоційні напруження при веденні бойових дій. Серед них провідні місця займали смерть бойових товаришів та вигляд важкопораненого.

В період підготовки до бойових дій, на основі результатів психофізіологічного обстеження військовослужбовців поділяють на три групи [11]. Перша група (біля 25% військовослужбовців) характеризується оптимальним функціональним станом організму, адекватним рівнем тривожності, високим адаптаційним потенціалом. Як вважають автори, із числа військовослужбовців першої групи при хорошій професійній підготовці доцільно створювати ударно штурмові підрозділи. Висока боєздатність підрозділів, сформованих із числа військовослужбовців першої групи, і мінімальні санітарні та безповоротні втрати в них позитивно впливають на морально-психологічну готовність до бойових дій інших військовослужбовців. Друга група (50-60% військовослужбовців) характеризується задовільним функціональним станом організму. Досягнення високої бойової ефективності можливо після проведення заходів психофізіологічної корекції. Військовослужбовців другої групи доцільно використовувати в підрозділах підтримки. Третя група (15-20% військовослужбовців) характеризується незадовільним функціональним станом організму і різким зниженням професійної працездатності. Під час бойових дій серед військовослужбовців

третьої групи відмічається найбільша кількість санітарних і безповоротних втрат. Їх доцільно використовувати в підрозділах забезпечення поза зоною бойових дій.

В.А. Пономаренко пише, що «афганський» і «чеченський» синдроми виявили силу впливу на психіку специфічних для війни травмуючих факторів, які викликають епідемію психологічних травм військовослужбовців. Ці травми з патофізіологічної точки зору відносяться до системних пошкоджень механізмів регуляції гомеостатичних констант і призводять до відхилень сценаріїв життєвих ситуацій [12]. Увесь досвід афганської і чеченської війн показав: психофізіологічних резервів в умовах бойового стресу вистачає на 25-35 днів, а в осіб до 25 років навіть і менше. Він підкреслював що з позицій психології особистості боєготовність можна визначити як здоровий стан бойового духу і високий рівень важливих професійних якостей військовослужбовців.

Найбільш виражені зміни психофізіологічного стану відмічаються у військовослужбовців в умовах реальної вітальної загрози: при веденні бойових дій, участі в миротворчих операціях, виконанні аварійно-рятувальних робіт з ліквідації наслідків масштабних екологічних та антропогенних катастроф. Виникнення екстремальних ситуацій (загроза втрати здоров'я або життя) суттєво порушує базові відчуття безпеки людини, зокрема, віри в те, що життя організоване у відповідності з певним порядком та піддається контролю. Такі події можуть приводити до розвитку хворобливих станів – травматичного і посттравматичного стресу, та інших невротичних і психічних розладів. [17].

Комплексне соціально-психологічне вивчення і психофізіологічне обстеження учасників бойових дій в Афганістані десантників свідчить про те, що більше 70% із них пред'являли різні психосоматичні скарги [9]. Практично кожен четвертий десантник відчував значні труднощі в реадптації до військової служби в мирних умовах. Це виражалось в підвищеній конфліктності з оточуючими, трансформації деяких ціннісних орієнтацій, зниженні установки на професіональну діяльність та задоволеності внутрішньо груповими контактами.

Подібні зміни в поведінці спостерігались у військовослужбовців, які приймали участь в миротворчих операціях в республіках Закавказзя. Більше 50% обстежених мали різноманітні акцентуації особистості. Рівень вираження депресивних реакцій та тривожно-фобічних проявів перевищував популяційні нормативи у 27-28% військовослужбовців миротворчих підрозділів, а психопатичні риси особистості – у 48%. Більше 50% офіцерів, які проходили службу в Таджикистані, пред'являли скарги на порушення сну і апетиту, що часто супроводжувались нав'язливими станами фобічного характеру [5].

У 81% офіцерів мотострілкових частин, які протягом місяця приймали участь в бойових діях в Чеченській республіці в 1995 г., виявлена виражена астенізація, яка потребувала проведення психофізіологічної і фармакологічної корекції. Всі опитані військовослужбовці вважали за доцільне і бажане проведення психофізіологічної корекції безпосередньо під час ведення бойових дій. Тому вкрай необхідна присутність у військових формуваннях, які ведуть бойові дії, або виконують миротворчі операції, психофізіологічної групи для вирішення оперативних медико-психологічних задач, в першу чергу для проведення заходів з психофізіологічної корекції функціонального стану організму комбатантів [4]. Такі групи можуть оперативно втручатись в процес адаптації військовослужбовців до швидко змінюваних ситуацій під час ведення бойових дій.

За даними польських військових досліджень (Stanislav Pnicksi 2014) причиною непридатності до військової служби за кордоном в 42,1% випадках являються розлади адаптації, а в 29,2% - невротичні розлади. Причому прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) спостерігаються у 2,8% військовослужбовців. Негативні реакції на бойовий стрес у польського контингенту в Іраку проявлялись у 2,9 військовослужбовців на 1000 учасників місії. Однак численні невротичні розлади проявляються тільки через певний час після закінчення місії. Так, найбільш часті діагнози як зустрічаються у ветеранів, в основному, охоплюють: адаптаційні розлади – 33,3%, синдром ПТСР – 28,5%, невротичні і соматичні розлади – 22,2%, розлади пов'язані з вживанням алкоголю – 9,7% та ін.

Встановлені факти чітко відповідають результатам, які підтверджують, що саме важкість бойового досвіду переважно визначає особливості подальшого посттравматичного розвитку особистості [19,20,25]. В дослідженнях [22] було показано, що серед ветеранів у В'єтнамі, які мають важкий бойовий досвід, цей розладу складає 31%, що значно вище відповідного коридору середніх показників (від 15,2 до 20%). Resnick Н. і співавтори [24] встановили, що випадки антисоціальної поведінки і затримання правоохоронними органами, значно частіше спостерігались саме серед ветеранів В'єтнаму з важким бойовим досвідом. Зловживання наркотиками та алкоголем також характерне в першу чергу цій категорії учасників бойових дій [18,21], що знайшло своє підтвердження в багатьох сучасних роботах.

Причиною формування негативних фізичних станів, які сприяють розвитку ПТСР, може бути розвиток популяційного стресу, що визначається як стан після переживання важливих для багатьох людей взаємовідносин із середовищем. Ці стани сприяють значним перевантаженням психологічних і фізіологічних можливостей та ресурсів людей. В деяких випадках зазначені перевантаження можуть перевищувати рівень фізіологічних резервів людини,

що веде до загрози її нормальної життєдіяльності, або до порушення здоров'я. [7]. Психологічні катастрофи, які супроводжують соціальні і воєнні протистояння, природні стихійні лиха, формують певні психофізіологічні реакції великих мас людей [15,3,23]. В період дії вказаних факторів широке розповсюдження отримує розвиток донозологічних психічних порушень, які важко діагностуються, і являються причиною зниження професійної працездатності комбатантів. Це проявляється збільшенням частоти помилкових дій і передумов до порушення статутної поведінки, зменшенням стійкості до стресу перед дією несприятливих факторів середовища, зміни мотивації до виконання завдань командування [1,6,13]. Причому формування хвороби частіше всього розвивається на тлі наявних факторів ризику і характеризується порушеннями взаємовідносин з оточуючими, поступовим наростанням астено-невротичних розладів (що також негативно впливає на якість професійної діяльності) і в подальшому призводить до стійкої психічної дезадаптації.

Інтенсивність впливу подій, які сильно травмують психіку, іноді буває настільки великою, що особистісні якості вже відіграють другорядну роль в генезі ПТСР. В цьому випадку загальні закономірності виникнення і розвитку ПТСР не залежать від того, які конкретно травматичні події стали причиною психологічних і психосоматичних порушень. Має значення лиш те, що ці події носили екстремальний характер, який виходить за межі звичайних людських переживань (наприклад, викликали інтенсивний страх за своє життя, жах та відчуття безпорадності) [8].

При надходженні поранених у лікувальний заклад серед учасників бойових дій виникає ряд проблем, пов'язаних з дією факторів медичного, психологічного, соціального і побутового характеру [2]. Важкість адаптації до нового середовища значно зростає у військовослужбовців, які отримали поранення, особливо якщо бойова травма призвела до інвалідності [10]. Це свідчить про необхідність психофізіологічного супроводу військовослужбовців не тільки в період бою, але й на етапах лікування та реабілітації.

Однією з основних проблем, які виникають у осіб що піддавались впливу екстремальних навантажень і отримали важку бойову травму, являється пристосування до кардинально зміненого соціального середовища [2]. Складені в умовах бойової обстановки функціональні системи (за Анохіним П.К.), діяльність яких спрямована на збереження життя, формують певний емоційно-поведінковий стереотип. Необхідно зазначити, що бойова і мирна обстановка настільки різняться, що після виходу із бойових дій людина потребує відновлення функціональних систем «мирного часу», шляхом включення адаптаційних механізмів, спрямованих на відновлення та створення

адекватних поведінкових програм, які зазнали змін в умовах війни. Як свідчать багаточисленні клінічні спостереження, розлад між наявними в людини цілями та можливостями діяти, нерідко призводить до різного роду емоційних розладів, що найбільш часто проявляються виникненням страху, печалі, лабільного настрою, депресією або озлобленістю, підвищеною агресивністю. В ряді випадків порушення психічної адаптації спостерігається різноманітна за якістю і ступенем вираження дезорганізація соціальних контактів, знижуються можливості саморегуляції своїх вчинків, посилюються егоцентричні бажання, змінюється відношення до трудової діяльності і т. д. Зміни соматичного статусу, пов'язаного з пораненням, нерідко позбавляють таких осіб реальних перспектив в подальшому житті, викликають необхідність перебудови ціннісних орієнтацій.

Виражені порушення в системі психічної регуляції адаптаційного процесу мають місце в підсистемах, від яких залежить емоційне реагування, соціальні контакти, рівень активності та сну. Тому не випадково, що до числа найбільш ранніх проявів порушення регуляторних механізмів відноситься зниження психічної активності, а також різноманітні пресомнічні, інтрасомнічні, постсомнічні та інші психофізіологічні розлади [2]. Їх лікування дозволить якомога швидше відновити боєздатність військовослужбовців.

Таким чином, в умовах бойових дій на людину діють надпотужні стресові фактори. Невизначеність обстановки, яка складається, постійне очікування небезпеки, необхідність безперервного логічного і психологічного аналізу швидко змінюваної обстановки, напруження уваги, зіткнення з людським горем, вітальна загроза мають великий вплив на психіку людини і потребують мобілізації всіх її фізичних та психічних можливостей для ефективного вирішення поставлених задач. Тому дослідження даної проблеми необхідне для розробки дієвих заходів щодо профілактики виникнення негативних змін психофізіологічного стану, проведення якісного професійного відбору, моніторингу рівня професійної підготовки, удосконалення системи медико-психологічного забезпечення особового складу військ тощо.

### **Висновки**

1. Перебування в умовах бойових дій викликає підвищені стресові реакції комбатантів. Тому першочерговим завданням є виявлення переліку найбільш агресивних стресорів та визначення їх питомої ваги.

2. Дія надвисоких подразнень викликає розвиток певного ряду емоційних станів у учасників бойових дій. Тому потрібно розробити методичні підходи до виявлення та кількісної оцінки цих станів та заходи щодо їх профілактики та реабілітації.

3. На різних етапах проходження служби в умовах екстремальних ситуацій потрібно застосовувати відповідні заходи щодо збереження здоров'я

комбатантів. Тому потрібні спеціальні дослідження з обґрунтування організаційних та психофізіологічних підходів до створення системи психофізіологічного забезпечення діяльності військовослужбовців.

### **Література**

1. Бодров В.А. Медико-психологические вопросы восстановления профессиональной работоспособности летного состава// Профессиональное здоровье летчиков и летное долголетие. – М., 1989. – С 50-59.;
2. Быков И.Ю., Петрукович В.М., Иванов А.О., Корзунин В.А., Александров М.В. Бондаренко И.В. О психофизиологическом состоянии раненых// Воен.-мед. журнал. – 2001. - № 6. – С. 54-59.
3. Вельдер Р. К вопросу о феномене подсознательной агрессивности// Общественные науки и современность, 1993. - № 3. – С. 183. № 4. – С. 184;
4. Глушко А.Н., Овчинников Б.В., Яньшин Д.А. и др. О проблеме психофизиологической реабилитации // Воен.-мед. журн. – 1994. - № 3. – С. 46-48.
5. Дудин С. Профилактика боевых психических расстройств у военнослужащих специальными методами психологической подготовки// Информ.-метод. сб. - № 4(7). – М.: ЦВСППИ ВС РФ, 1993. – С. 39.
6. Евдокимов В.И. К вопросу о «факторах риска» возникновения у лиц летного состава неврозов и психосоматических заболеваний// Космическая биология. – 1990. – Т. 24. - № 3. – С. 50-53.;
7. Зараковский Г.М., Медведев В.И., Разыграева Н.А. Рискованные социально-психологические ситуации как проявление популяционного психоэмоционального стресса// Физиология человека, 1997. – Т. 23. - № 2. – С. 33-41
8. Калмыкова Е.С., Миско Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса// Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. - № 4. – С. 70-80.
9. Куницын Н.В. Особенности психического состояния военнослужащих, проходивших боевую службу в горно-пустынной местности// Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов. – СПб., 1993.
10. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов// Психол. журн. – 1998ю – Т. 19. - № 2. – С. 15-26.
11. Погодин Ю.И., Новиков В.С., Баченков А.А. Психофизиологическое обеспечение профессиональной деятельности военнослужащих// Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319. - №11. – С. 27-36.;
12. Пономаренко В.А. Социально-психологическое содержание боевого стресса// Психологический журнал. – 2005. – Т. 25. - № 3. – С. 98-102



13. Пономаренко В.А., Гримак Л.П. Кастрица В.Г. Психические состояния и надежность летчика в полете// Актуальные вопросы психофизиологии летного труда. – М., 1988. – С. 84-89.

14. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Полковов С.В., Русанов С.Н., Дорогобед В.С. Медицинские аспекты психологической подготовки войск// Воен.-мед. журн. - 1998. - № 7. – С. 17-20.

15. Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Черемыкин С.В. Психофизиологические аспекты состояния. Поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия// Психологический журнал, 1989. – Т. 10. - № 4. – С. 125-128;

16. Толочек В.А., Современная психология труда // 2-е издание, Питер, 2008. – С 228-258

17. Шойгу Ю.С. М.: Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных // Смысл, 2007. – С. 19

18. Figley C.R. Psychosocial Adjustment among Vietnam Veterans: An Overview of the Research// Stress Disorder Among Vietnam Veterans/ Ed. C.R. Figley. – N.Y. – 1978. – P. 57-70.;

19. Fisher V. Combat Exposure and the Etiology of Postdischarge Substance Abuse Problems Among Vietnam Veterans// J. of Traumatic Stress. – 1991. – V. 4. – № 2. – P. 251-277.;

20. Haley S.A. Treatment Implications of Post-Combat Stress Response Syndromes for Mental Health Professionals// Stress Disorder Among Vietnam Veterans / Ed. C.R. Figley. N.Y. – 1978. – P. 254-267.;

21. Horowitz M.J., Wilner N., Alvarez W. Impact of Event Scale. A measure of subjective // J. Psychosom. Med. – 1979. – V. 41. – P. 209-218.

22. Kulka R., Schieffer W., Fairbank J.A. et al. National Vietnam Veterans Readjustment Study// Report: Preliminary Findings from the National Survey of the Vietnam Generation. Ex. Summary. V/A. – Washington. – D.C. – 1988. – 215 p.

23. Perry J.P., Pugh M.D. Collective Behavior. Response to Social Stress. St. Paul: West Publishing Corp., 1978/ - 324 p.

24. Resnick H., Foy D.B. et al. Antisocial behavior and post-traumatic stress disorder in Vietnam Veterans// J. of Clinical Psychology. – 1989. – V. 45. – № 6. – P. 860-866.

25. Wilson J.P., Krauss G.E. Predicting PTSD among Vietnam Veterans// Post-Traumatic Stress and the War Veteran Patient/ Ed. W.E. Kelly. – N.Y. – 1986. – P 102-147.

**Резюме.** В статье осуществлен теоретический анализ проблемы адаптации в условиях боевых действий. Акцентируется внимание на изменениях психофизиологического состояния в экстремальных условиях та условиях реальной витальной угрозы, а также необходимости проведения специальных исследований

*с обоснованием организационных и психофизиологических подходов к созданию системы психофизиологического сопровождения деятельности военнослужащих.*

**Ключевые слова:** адаптация, боевые действия, психофизиологическое состояние.

**Resume.** *The article is a theoretical analysis of adaptation in terms of fighting. Attention is focused on psychophysiological state changes in extreme conditions and a real vital threat and the need for special research study of organizational and physiological approaches to establishing a system of psychophysiological support of the troops.*

**Key words:** *Adaptation, fighting, psychophysiological state.*

УДК 159.9:355.322

## **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ (ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ) РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

**В.В. Кравчук**

*Українська військово-медична академія*

**Резюме.** *У статті розглянуто ряд проблем щодо створення системи медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації учасників антитерористичної операції. Запропоновано першочергові завдання щодо реформування медичної служби ЗС України з метою попередження психогенних втрат.*

**Ключові слова:** *психологічні розлади, психогенні втрати, система медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації.*

**Вступ.** Діяльність військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України в умовах проведення антитерористичної операції (АТО) тісно пов'язана з тривалою та інтенсивною дією комплексу екстремальних психогенних факторів, що призводять до порушення адаптаційних можливостей організму зазначеного контингенту та розвитку бойових психологічних розладів [3]. Відповідно до міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), до таких психологічних розладів, в першу чергу, слід віднести гостру реакцію на стрес (F43.0), посттравматичні стресові розлади (F43.1) та хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0). У наукових і літературних джерелах досить ґрунтовно описано безпосередні та віддалені наслідки зазначених розладів [4, 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 16, 17 та інші]. Відомо також і те, що результатом їх негативного впливу на психічне здоров'я військовослужбовців і боєздатність військ є формування психогенних втрат, статистика яких, за даними світових літературних джерел, є колосальною 2, 14, 15, 18]. Зокрема, під час Другої світової війни в армії США вони склали більше 17%, під час війни у Кореї –