

УДК 614.2

ВПЛИВ КАТАСТРОФ І ВІЙН НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ТА СУСПІЛЬСТВА (ДОСВІД АТО)

(повідомлення перше)

О.В. Богомолець, доктор медичних наук, професор, народний депутат України, голова парламентського комітету з питань охорони здоров'я

І.С. Трінька, кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби, начальник кафедри авіаційної, морської медицини та психофізіології Української військово-медичної академії

Ю.П. Романенко, майор міліції, головний психофізіолог Міністерства внутрішніх справ України, заступник начальника Державної установи «Центр психіатричного і психофізіологічного забезпечення» МВС України

А.В. Сергієнко, кандидат медичних наук, доцент, полковник міліції у відставці, голова Комітету військових ветеранів Чорнобиля Всеукраїнської асоціації «Афганці Чорнобиля»

Т.А. Сергієнко, капітан медичної служби спеціального резерву, головний спеціаліст команди 4001 Департаменту контррозвідки Служби безпеки України

Т.Б. Ричкова, капітан, помічник Міністра оборони України

Резюме. *Стаття узагальнює багаторічний досвід авторів щодо організації медичної і психолого-психіатричної допомоги особовому складу правоохоронних органів і військ, цивільному населенню в умовах стихійних лих і техногенних катастроф, локальних бойових дій, тощо. Розкриваються основні напрямки щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я військовослужбовців, правоохоронців і цивільного населення з урахуванням досвіду останніх подій в Україні.*

Ключові слова: *надійність персоналу, особиста безпека людини, медицина катастроф, психіатрія катастроф, екологічна психіатрія, професійне довголіття, психопрофілактика і корекція станів здоров'я.*

Вступ. Вивчення психічних розладів, психологічних реакцій та інших змін нервово-психічного здоров'я особового складу правоохоронних органів, військ і цивільного населення під впливом екстремальних чинників воєнного і мирного часу (широкомасштабні бойові дії, локальні конфлікти, миротворчі операції, стихійні лиха, аварії та ін.), окрім використання традиційного підходу («адаптація-дизадаптація»¹), вимагає постійного пошуку нових методологічних і методичних форм для поглибленого розуміння ситуацій [1, 5, 6].

Землетрус, повінь, аварія — це лише приклади лих. Вичерпний перелік подібних ситуацій скласти неможливо, як і передбачити їхній характер. Проте, важливо і необхідно скласти певну теоретичну схему, щоб прогнозувати основні з них для попередження і подолання медико-соціальних наслідків, надання адекватної допомоги [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9].

На сьогодні нам відомі основні реакції і розлади психіки, що виникають в період катастроф, але ми майже нічого не знаємо про наслідки подібних реакцій і розладів, що розвиваються в подальшому житті у людей і

¹дизадаптація і дезорганізація, тобто недосконала, неповна, порушена адаптація і організація. На відміну від дезадаптації і дезорганізації – відсутність будь-якої організації і будь-якої адаптації.

їхнього потомства. Не виключені можливі генетичні наслідки таких аварій, які повинні бути досліджені і стати відомими людству.

При сучасному переході від психіатрії хвороб до вивчення проблем психічного здоров'я надзвичайно важливо знати не лише етіологію і патогенез захворювань, але й чинники, необхідні для забезпечення психічного здоров'я людини, зміна яких може призвести до виникнення захворювань. Таким чином, дисципліна психіатрія потребує розділу, де були б проаналізовані і вивчені відповідні фактори довкілля. Такою дисципліною може стати екологічна психіатрія, з підрозділами – біоекологічна, соціально-екологічна і медико-географічна психіатрія (можливе відокремлення інших розділів психіатрії) [1, 2, 3, 6, 10, 11].

Актуальність дослідження. Геомагнітне, електромагнітне поле землі, її інфра- і ультразвуковий фон, ультрафіолетове випромінювання, сила гравітації, хімічний склад атмосфери і вологість, радіочастотний акустичний фон, радіаційний фон, біологічний вплив мікробів і вірусів, хімічний склад рослинної і тваринної їжі і багато чого іншого впливає на організм людини і є невід'ємними складовими її життя. При повільних їхніх змінах і раптових перепадах в людському організмі відбуваються «аварії», що можуть створити умови, несумісні з життям, гостро або хронічно пошкоджуючи життєво важливі органи і системи людини, його генетичну структуру, створюючи сприятливі умови для виникнення хвороб наступних генерацій.

При вивченні наслідків техногенних аварій, стихійних лих звертає на себе увагу не тільки поява «нових хвороб» (навіть невелика кількість випадків), але і факти, коли незначний вплив факторів сприяє переходу на нижчий рівень здоров'я, зниження психосоматичного потенціалу, психічної активності, вимушеної зміни професії. Доводиться використовувати такі незвичні і незрозумілі терміни з тієї причини, що і самі зміни психічного здоров'я у цих випадках не досягають ступеню традиційних хвороб і потребують нового усвідомлення і вивчення. Всі вони є так

званими пограничними станами, оскільки є наслідком зміни запасу стійкості (сталості), зниження толерантності психосоматичних систем організму до умов зовнішнього середовища і вимог життя.

Можливо, з позицій екологічної психіатрії необхідно знати і зміни стану здоров'я людей-мігрантів, які звикли до одних, але змушені жити в цілком інших географічних умовах. Згубний для здоров'я характер таких змін не завжди можна пояснити лише психологічними чинниками (ностальгія) – нове зовнішнє середовище може виступати шкідливим, ворожим, навіть етнічно не відповідним.

Спеціальні наукові дослідження за вказаними напрямками дозволять істотно просунутись вперед у питаннях наукового прогнозування впливу екстремальних чинників мирного і воєнного часу на психічне здоров'я особового складу органів і військ, цивільного населення, а також корекції та реабілітації осіб з психічною травмою, в тому числі з оперативно-бойовою психічною травмою.

Перенесені психічні травми часто деформують особистість, що веде до порушення соціальної адаптації і відхилень (девіацій) поведінки. В 15 – 20 % випадків у населення, яке перебувало в екстремальних ситуаціях, розвиваються посттравматичні стресові розлади, і зберігаються протягом всього життя. Тому, поряд з медико-психологічною корекцією і психіатричною допомогою, особливого значення набувають соціальні заходи попередження психічних розладів і порушень поведінки, набуття відповідних знань і навичок з екстремальної психології.

Відомо, що будь-яка катастрофа має політичні, економічні, соціальні і медично-психологічні наслідки із складною взаємодією цих параметрів залежно від її конкретних особливостей, що і визначає можливу загрозу психічному здоров'ю окремої особистості, мікросоціальної групи або суспільства в цілому.

Оцінюючи з клініко-психопатологічних позицій війни і катастрофи як масивні, екстраординарні психічні травми, що є значним чинником ризику виникнення психічної

дизадаптації, доцільним є акцент уваги на деяких принципових положеннях з даної проблеми:

1. Проблема психічного здоров'я суспільства може розглядатися тільки через вирішення проблеми психічного здоров'я особистості (особистої безпеки людини). Незважаючи на те, що проблема особистості в медичній психології є провідною, до нинішнього часу єдиної теорії особистості немає. Являючи собою єдність біологічного і соціального, «ідеальна» особистість, на наш погляд, може розглядатися лише як всебічно і гармонійно розвинена, урівноважена з суспільством, з найближчим оточенням і сама з собою система, здатна найкращим чином вирішувати професійні, особисті і суспільні задачі. В практичному відношенні в структурі особистості можливе визначення двох підструктур: ендопсихіки і екзопсихіки. Ендопсихічна організація зумовлена біологічними факторами, вона відображає внутрішній механізм особистості, її своєрідний внутрішній каркас, і включає в себе такі прояви, як темперамент, характер, розумова обдарованість, а також сукупність основних психічних функцій (сприйняття, пам'ять, емоції і т.д.). Зміст екзопсихіки визначається ставленням особистості до зовнішніх об'єктів – індивідуальна система відносин людини з довкіллям, різноманітні форми взаємодії з зовнішнім світом, соціальним оточенням. При такому підході особистість вважається не як сукупність окремих психічних процесів, а як цілісне утворення, яке включає в себе ієрархічні підструктури із властивими їм складним співвідношеннями соціального і біологічного параметрів.

2. Найважливішим чинником, що забезпечує стан психічного здоров'я людини, є адаптована психічна діяльність. При системному підході до оцінки «психічної адаптації» остання може бути представлена як результат діяльності цілісної самокерованої системи, активність якої забезпечується не просто сукупністю окремих компонентів (підсистем), а їхньою взаємодією, що викликає нові інтегративні якості (не притаманні

окремим елементам). При цьому, провідне місце в ієрархії ланок психічної адаптації належить підсистемам, що забезпечують пошук, сприйняття і переробку інформації; емоційне реагування; соціально-психологічні контакти; неспання і сон; ендокринно-гуморальна регуляція. При психотравмуючому впливі відбувається, передусім, порушення найбільш складних форм соціально детермінованого, адаптованого і відносно стабільного стереотипу реагування. Система психічної адаптації динамічна, вона завжди знаходиться в розвитку. Стан психічної дизадаптації відбувається внаслідок «прориву» строго індивідуального для кожної людини функціонально-динамічного утворення, так званого «бар'єру психічної адаптації», що базується на двох основах (біологічній і соціальній), по суті є їх єдиним інтегрованим функціонально-динамічними проявом.

3. Специфіка і рівень об'єктивно діючих на населення потужних соціальних чинників сьогодення (докорінні соціальні зміни в постсоціалістичному суспільстві, життя в соціально і екологічно несприятливих умовах, міжнаціональні, міжконфесійні і збройні конфлікти і т.ін.) набувають форми «соціальних катаклізмів». Наслідком цього є збільшення соціально-психологічної напруженості в суспільстві, що призводить до масового прояву так званих «соціально-стресових розладів», як особливої групи невротичних і соматоформних порушень. Життєва катастрофа в цих випадках дещо розтягується в часі, необхідному для усвідомлення того, що саме відбувається. Це відрізняє спостережувані розлади від посттравматичних стресових розладів і гострих реакцій на стрес. В їхній основі полягають глибокі деструктивні процеси (ламання соціальних, професійних і інших індивідуально-значущих стереотипів, нестабільний стан якості життя і т.п.). Це загальне несприятливе соціально-психологічне тло істотно знижує ступінь психічного здоров'я особистості і суспільства в цілому.

4. Різноманітна нервово-психічна патологія виявляється як безпосередньо під час

екстремальної ситуації, так і згодом, коли ситуація минає, і коли постраждали зіштовхуються із складними проблемами особистісно-психологічного, економічного і соціального характерів. При цьому проблеми одного реально постраждалого мимоволі стають проблемами його найближчого оточення, іноді призводячи і до його психічної декомпенсації («в'єтнамський синдром», «афганський синдром», тощо), що проявляється, щонайменше, в трьох основних напрямках: особистісно-психологічному, власне психіатричному і психосоматичному.

5. Істотний негативний вплив на можливість збереження і зміцнення психічного здоров'я населення відіграє упереджене ставлення до психіатрії з боку суспільства. Звернення до психіатра вимагає ледве не громадянської мужності з боку людини, як правило тому, що психіатрія в побутовій суспільній свідомості немовби займається лише «тяжкими» психічними захворюваннями. Не випадково, до недавнього часу до неї часто ставилися як до «карального сегменту» медицини.

Таким чином, розглядаючи екстремальні події в житті людини і суспільства у вигляді потенційної загрози психічному здоров'ю, ще раз необхідно підкреслити, що їхні наслідки носять багатогранний, різноплановий характер. Якщо ця проблема є актуальною для силових відомств, кандидати на службу до яких проходять жорсткий психофізіологічний і медичний добір, то вона є актуальною і для цивільного населення. В даний час заходи психопрофілактики вже виходять за рамки компетенції тільки психіатрів і можуть виявитися дієвими лише за умов об'єднання зусиль фахівців у галузі соціальної медицини, соціальної і медичної психології, психофізіології, нейрофізіології і фізичного виховання. Розпочинатися ця робота повинна ще з ланки середньої школи, а, згодом, і під час навчання у середніх і вищих навчальних закладах.

Розв'язання проблеми можливе лише за умови об'єднання зусиль фахівців різних галузей і відомств, коли дана проблема з області

чисто медичної стане соціальною і загальнодержавною. Вагомий вклад для її вирішення може внести тісна взаємодія фахівців інших країн, які володіють відповідним теоретичним і практичним досвідом.

Завдання дослідження.

1. Вивчення основних чинників, що призводять до виникнення і зростання оперативно-бойової психічної травми (ОБПТ) у реальних умовах. Розробка методів щодо своєчасного розпізнавання таких чинників.

2. Розробка методів та математичних моделей щодо прогнозування ризику виникнення ОБПТ.

3. Розробка методів психофармакологічної підтримки та психологічної корекції оптимальної бое- і працездатності в умовах значних фізичних навантажень, монотонії, гіпогіпертермії, гіпоксії, інформаційно-емоційного перевантаження, депривації та ін.

4. Пошук, розробка та впровадження військово-медичних технологій (психофармакологічних, психолого-психотерапевтичних, психофізіологічних, психоінформаційних, інструментальних та ін.) щодо запобігання ОБПТ, а також для збереження і підвищення боездатності через вплив на свідомість та вольові якості особистості.

5. Оперативно-психологічне застосування методів інтегративної психології і оперативно-бойової психофармакології у заходах з підвищення боездатності оперативного складу і агентурного апарату в особливих умовах: покращення професійних якостей, наркоаналіз, інтенсивний допит, легендування біографії, трансформація світогляду, реабілітація після інтенсивної психоінформаційної ворожої обробки тощо.

6. Розробка і наукове обґрунтування комплексної програми зміцнення і збереження фізичного і психічного здоров'я осіб допризовного віку і студентської молоді в нових умовах, вивчення механізмів розвитку початкових (передусім - донозологічних) проявів психічних розладів, розробка засобів щодо їх корекції і лікування.

7. Створення нових організаційно-штатних структур (Центрів психічного здоров'я, Центрів особистої безпеки людини тощо) для забезпечення ефективної системи психопрофілактики на більш високому методологічному рівні з використанням сучасних досягнень медичної і педагогічної науки.

8. Залучення державних органів і неурядових громадських організацій України, відповідних структур Міністерства оборони, МВС, СБУ (інших силових відомств), Міністерства охорони здоров'я і Міністерства освіти і науки, засобів масової інформації та ін. до вирішення задач щодо збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я цивільної молоді, військовослужбовців і правоохоронців.

Результати дослідження та їх обговорення. З метою вивчення особливостей нервово-психічних змін у особового складу і цивільного населення безпосередньо у зоні бойових дій, протягом лютого-березня 2015 р. авторами статті здійснено виїзд на волонтерських засадах у Сектор «М» зони АТО. Виїзд здійснювався за сприяння і підтримки Департаменту капеланів Української греко-католицької церкви і командування Сектору «М».

Відвідувались бойові порядки наступних військових частин та підрозділів: 18 омпб 28 омбр; 21 омпб 28 омбр; 23 омпб 28 омбр; 37 омпб; 2БТГр 17 отбр; 23 омпб 93 омбр; 79 оаембр; 36 обр БО; 2323 орлр 54 орб; рр 4 омпб, а також окремі негласні розвідувально-пошукові і оперативно-технічні підрозділи МВС, СБУ, ДПС.

Робота проводилась в групах та індивідуально. Застосовувались методи дебрифінгу, кризової інтервенції та індивідуальної психологічної консультації. Проводилась діагностична робота за допомогою низки методик, розроблених фахівцями МО України. Основний напрям діагностичної роботи - вивчення наявності ознак переживання військовослужбовцями гострої реакції на стрес, втоми, негативних наслідків впливу стресу, який не пов'язаний з виконанням бойових завдань.

Під час спілкування з особовим складом підрозділів були задіяні більше 85 % військово-службовців від наявного особового складу.

У військовослужбовців виявлено ознаки негативних емоційних станів у вигляді песимістичного настрою, пригніченого стану, роздратованості, конфліктної поведінки, вербальної агресії, брутальної конфліктної поведінки.

Велика кількість військовослужбовців на момент відвідування знаходилась у стані алкогольного сп'яніння. Діагностовано один випадок гострого алкогольного психозу у стані редуції.

Причини такого стану:

низька мотивація виконання завдань АТО: (кадрові військові підрозділи мають значно більший бойовий досвід безпосереднього зіткнення з противником, і зберегли належний рівень боєготовності. На відміну від таких, підрозділи, що мають незначний бойовий досвід, висувають необґрунтовано високі вимоги до командування, тобто мають не виправдано високий рівень різних вимог, що призводить до фрустрації особового складу. Для подолання фрустрації військовослужбовці застосовують девіантні способи поведінки: зловживання алкоголем, іншими доступними психоактивними речовинами);

відсутність належної підготовки під час мобілізації та бойового злагодження підрозділів;

відсутність професійного психологічного відбору та добору;

недостовірні інформація щодо ротації підрозділу;

недосконалість системи лікувально-евакуаційного забезпечення;

низький рівень санітарно-гігієнічного, протиепідемічного забезпечення, що призводить до розповсюдження шкірних захворювань, кишково-шлункових розладів нез'ясованого походження тощо;

організаційно-штатні порушення при заміщенні посад психологів і медичних працівників;

порушення комунікативного зв'язку між керівництвом батальйонів та особовим

складом підрозділів з одного боку і між керівництвом батальйонів і командуванням Сектору, з іншого;

інформаційний голод, та відсутність роз'яснювальної роботи серед особового складу стосовно соціальних гарантій, умов грошового, речового, та інших видів постачання; низький рівень вказаних видів постачання з боку Держави і залежність від волонтерського постачання;

відсутність системного централізованого управління: штаб Сектору і його служби (зокрема – медична, психологічна) практично не впливають на стан подій і носять декоративний характер.

Для кожної людської популяції існує своє кількісне співвідношення якісно різних станів нервово-психічного здоров'я, яке оптимально забезпечує виживання даної популяції в мінливих екологічних умовах.

У континуумі популяції комбатантів зони АТО за нервово-психічним станом здоров'я ми виділили наступні групи осіб:

- з патологічними (нозологічними) станами;
- з донозологічними станами;
- з окремими ознаками нервово-психічної нестійкості;
- психічно здорові.

У кількісному відношенні ці групи досить стабільно співвідносяться наступним чином: 4:10:25:61. Екстремальні ж впливи змінюють кількісне співвідношення якісно різних станів нервово-психічного здоров'я популяції в бік збільшення донозологічних і нозологічних станів. Наявні нервово-психічні розлади у зоні АТО вийшли за межі компетенції психологів і потребують втручання психіатрів. Тобто, проблема з чисто психологічної перетворилася на соціально-психологічну і соціально-медичну. Тільки офіційно зареєстрованих випадків суто психічних розладів серед комбатантів зони АТО станом на 1 січня 2015 року сягала понад 5000 чол.

Для розрахунку необхідних сил і засобів психолого-психіатричної служби зони АТО в залежності від санітарних втрат медико-психологічного і психіатричного профілю

доцільно використовувати запропоноване нами правило «трьох п'ятірок».

У п'ятої частки (перша п'ятірка) військовослужбовців та правоохоронців, які беруть безпосередню участь у бойових діях, виявляються ознаки психічної дизадаптації у вигляді особливостей поведінки, психологічного реагування, а також короткочасних афективних реакцій. Серед цієї групи у приблизно п'ятої частки (друга п'ятірка) короткочасні афективні реакції трансформуються у пограничні розлади невротичного рівня. У п'ятої частки цієї групи (третья п'ятірка) наявні розлади психотичного рівня. Конкретна екстремальна ситуація, стан і характер нервово-психічних розладів диктуватимуть провідні методи корекції психічного стану постраждалих.

Оперативно-бойовою психічною травмою (ОБПТ) вважають такі стани нервово-психічної діяльності постраждалих у зоні антитерористичних і бойових дій, що виникають під впливом комплексу чинників, маніфестують у вигляді різних клінічних форм дезорганізації свідомості і призводять до втрати боєздатності, зниження професійного довголіття.

Існуючий у клінічній психіатрії нозоцентричний підхід, в основі якого лежить синдромологічний діагноз, не враховує механізмів виникнення і закономірностей формування ОБПТ, а тому не може бути використаний у військовій психіатрії при встановленні діагнозу. Звідси з'являється проблема підготовки фахівців (клінічних, оперативних психологів і психіатрів) в галузі ОБПТ, здатних вирішувати практичні завдання психолого-психіатричного супроводу особового складу. Окремої психолого-психіатричної підготовки потребуватимуть фельдшери й лікарі загального профілю окремих оперативно-бойових підрозділів.

Застосовувані в даний час психопрофілактичні і лікувально-реабілітаційні заходи виявилися недостатньо ефективними і забезпечують лише припинення ядерного деструктивного психосоматичного процесу, що

не завжди дозволяє зберегти на службі повноцінного фахівця, тобто спостерігається феномен прихованої інвалідності і скорочення професійного довголіття.

Поряд із загальноприйнятими в медичній та психолого-психіатричній практиці організаційними принципами, для зони АТО більш специфічними є наступні:

наближеність (розгортання сил і засобів психолого-психіатричної служби безпосередньо в зоні бойових дій, що не тільки впливає на терміни надання медичної допомоги, але і здійснює непрямий психотерапевтичний вплив на військовослужбовців і населення);

невідкладність (надання психолого-психіатричної допомоги в найбільш ранні терміни, причому не тільки при розладах, що вимагають проведення заходів невідкладної терапії, але і з метою попередження розвитку таких розладів);

етапність (поєднання процесу лікування постраждалих з їхньою евакуацією за призначенням);

простота (можливість призначення певних лікувально-діагностичних заходів не тільки в стаціонарних, але й у польових умовах);

спрямованість не тільки на нормалізацію психічного стану, але і на якнайшвидше відновлення боєздатності потерпілих.

Тенденція до збільшення кількості «прихованих» і наявних інвалідів серед учасників АТО через нервово-психічні розлади здоров'я, зростання алкоголізації-наркотизації серед них, випадки самогубств, криміналізація і поява рентних тенденцій, вимагають негайної розробки і впровадження єдиної Міжвідомчої мобільної психолого-психіатричної Служби сил АТО при РНБО. Реалізація даних принципів на практиці можлива лише за умови запровадження Міжвідомчої мобільної психолого-психіатричної служби Збройних Сил (МВС, СБУ, ДПС тощо). Така взаємодія уже відпрацьована в ряді країн (військово-медичний загін швидкого реагування EMIR у Франції, система NDMS у США та ін.).

Особливості професійно-психофізіологічного добору кандидатів для оперативного впровадження.

Постійне перебування у агресивному, ворожому середовищі, диктує особливі вимоги до особистісних якостей розвідника. Для встановлення професійно значущих якостей було проведено дослідження кращих оперуповноважених МВС-СБУ (20 чоловіків, віком 29-37 років, освіта вища), щодо яких є достовірна інформація стосовно їх високо успішної/менш успішної професійної діяльності у період, що передував переходу до управління спеціальних операцій [15, 16, 17, 19, 20].

Проведений аналіз дозволив виділити професійно важливі якості стосовно кандидатів для оперативного впровадження. А саме – а) емоційні якості: емоційна зрілість, емоційна стійкість (сталість), спокійність, наполегливість, вміння «тримати себе в руках» в критичних ситуаціях [14]; б) вольові якості: вміння домінувати, високий рівень волі, стриманість, впевненість у собі, сміливість, незалежність, схильність розраховувати тільки на власні сили [12]; в) інтелект: гнучкість мислення, вміння адекватно оцінювати ситуацію, високу швидкість і точність процесів мислення і реакцій, здатність обирати оптимальну стратегію, використовувати мову, грамотність, загальний рівень культури, здатність до узагальнення і аналізу інформації [12].

Згідно зазначених якостей проведено вибір методик щодо випробування кандидатів для оперативного впровадження з переліку, наданому Департаментом кадрового забезпечення МВС:

1. Контент-аналіз форм щомісячної звітності з виконаної роботи (зразок форм не публікується через гриф обмеженого доступу);

2. 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттела [21]. Опитувальник дозволяє описати структури особистості і виявити особистісні проблеми;

3. Методика особистісного диференціалу, адаптована Інститутом психоневрології ім. В.М. Бехтерева. [14]. Дана методика містить полюси трьох класичних факторів

семантичного диференціалу: «О» (оцінка, самооцінка, самоповага); «С» (сила – вольові якості особистості, здатність прагнути і досягати мети, здатність подолання труднощів); «А» (активність, як показник ступеню товариськості/нетовариськості, фактор соціальної активності особистості) - («ОСА»).

4. Короткий відбірковий тест («КВТ»), або тест багатопараметричного, комплексного оцінювання інтелектуальних здібностей: здатність до узагальнення і аналізу матеріалу; гнучкість мислення; інертність мислення; емоційна компонента мислення; швидкість і точність сприйняття; застосування мови, грамотність; вибір оптимальної стратегії; просторова уява [21].

5. U-критерій Манна-Уїтні [22]. Критерій дозволяє оцінювати розбіжності між двома вибірками за рівнем кількісного показника ознаки. Емпіричне значення критерію відображає зону співпадання/неспівпадання між рядками. Що нижче U_{emp} , то вище вірогідність достовірності розбіжностей.

Результати:

1. За контент-аналізом група кандидатів розподілилась на більш успішних або високо успішних – «ВУ» (11 чол., 55%) і менш успішних – «МУ» (9 чол., 45%). Слід звернути увагу, що в даному випадку поняття менш успішні досить умовне і стосується саме цієї вибірки. А загалом група 20 оперативників – за всіма показниками переважала і перемогла інших претендентів на посади розвідників управління спеціальних операцій.

2. Розподіл по групах «ВУ» і «МУ» показників окремих факторів 16-ти факторного особистісного опитувальника Кеттелу. Фактор «А» (ВУ – 6 стенив; МУ – стени); фактор «В» (ВУ – 8; МУ – 6); фактор «С» (ВУ – 7; МУ – 5); фактор «Е» (ВУ – 8; МУ – 6); фактор «F» (ВУ – 5; МУ – 5); фактор «G» (ВУ – 7; МУ – 5); фактор «H» (ВУ – 7; МУ – 4); фактор «J» (ВУ – 3; МУ – 4); фактор «L» (ВУ – 6; МУ – 5); фактор «M» (ВУ – 4; МУ – 3); фактор «N» (ВУ – 9; МУ – 5); фактор «O» (ВУ – 3; МУ – 6); фактор «Q1» (ВУ – 6; МУ – 4); фактор «Q2» (ВУ – 7; МУ – 4); фактор «Q3» (ВУ – 8; МУ – 5); фактор «Q4» (ВУ – 5; МУ – 7);

фактор «MD» (ВУ – 5,9; МУ – 6,1); і фактор «FB» (ВУ – 6,1; МУ – 5,5).

3. Розподіл за групами «ВУ» і «МУ» середніх показників окремих факторів семантичного диференціалу: фактор «О» (ВУ – $M=1,85$; МУ – $M=0,57$); фактор «С» (ВУ – $M=2,29$; МУ – $M=0,71$); фактор «А» (ВУ – $M=2,0$; МУ – $M=0,29$).

4. За методикою «КВТ» обидві групи значно перевищили норматив, за яким рекомендується зараховувати кандидатів на службу в органи МВС взагалі і в оперативні служби, зокрема. За групами розподіл показників наступний: ВУ – $M=28,3$; МУ – $M=24,6$.

5. Розрахунок U-критерію Манна-Уїтні для методики Р. Кеттела [22, С. 323]. Загальна сума рангів: $165+45=210$. Розрахункова сума:

$$\sum R_i = \frac{N \cdot (N+1)}{2} = \frac{20 \cdot (20+1)}{2} = 210$$

Рівність реальної і розрахункової сум збережено.

Визначаємо емпіричну величину U:

$$U_{эмк} = (11 \cdot 9) + \frac{11 \cdot (11+1)}{2} - 165 = 1$$

Таким чином, за рівнем емоційної стійкості (сталості) оперуповноважені більш успішної групи мають вищу рангову суму (165), ніж група менш успішних оперативників.

Аналогічними розрахунками інших факторів підтверджено, що група оперуповноважених з високими показниками переважає за рівнем інтелекту групу оперативників з низькими показниками. Тобто, представники першої групи мають кращу здатність до узагальнення і аналізу матеріалу, гнучкість мислення, вище швидкість і точність сприйняття.

U-критерій Манна-Уїтні підтвердив, що співробітники першої групи емоційно зріліші, здатні досягати кращих результатів з меншими нервово-психічними витратами, впевнено реагують на реальні життєві складнощі, добре усвідомлюють вимоги дійсності, наполегливі, стійкі у стресових ситуаціях. Представники

першої групи мають і більш розвинені вольові якості.

Таким чином підтвердилась теза, що рівень розвинення професійно важливих якостей особистості пов'язані з ефективністю професійної діяльності. А також, що якісний професійно-психофізіологічний добір можливо проводити без застосування громіздких і коштовних батарей тестів, в кожному конкретному випадку певне оперативне-бойове завдання вимагатиме і певних особистісних якостей виконавців, тобто і оригінальну батарею тестів [13; 18; 21; 23]. За базовий комплект автори пропонують вже апробований вказаний набір тестів.

Висновки

Враховуючи актуальність проблеми, очікування негативних наслідків у стані психічного здоров'я в безпосередніх учасників останніх подій на Сході України та у суспільства в цілому, враховуючи досвід авторів статті щодо організації медичної і психолого-психіатричної допомоги особовому складу органів і військ, цивільному населенню в умовах локальних бойових дій, пропонуємо:

1. Створити міжвідомчу мобільну службу психолого-психіатричного забезпечення зони АТО (на правах самостійного підрозділу при РНБО);

Література

1. Рудой И.С., Сергиенко А.В. Состояние психического здоровья личного состава органов и войск в экстремальных условиях. Аналитический обзор.- К.: РИО МВД УССР, 1990.- 52 с.
2. Рудой И.С., Сергиенко А.В. Состояние психического здоровья человека в условиях катастроф и иных особо экстремальных ситуаций // Материалы международной конференции «Медицина катастроф».- М.: МЗ СССР. Б.и., 1990. - С. 395 - 396.
3. Богай Л.И., Сергиенко А.В., Федосеев Ю.Г. Организация медицинской помощи коллективам, выполняющим служебные задачи по ликвидации последствий аварии, стихийного бедствия // Материалы международной конференции «Медицина катастроф».- М.: МЗ СССР. Б.и., 1990. - С. 159 - 160.

2. Керівникові міжвідомчої служби розробити:

організаційно-штатну структуру Служби у Центрі й на місцях подій у зоні АТО (відповідні науково-обґрунтовані пропозиції наявні в авторів статті);

табелю матеріально-технічного, транспортного оснащення, організаційно-технічних, оперативно-технічних засобів та засобів захищеного мобільного зв'язку;

програми підготовки (перепідготовки) і відповідні методичні матеріали для молодшого, середнього медичного персоналу і лікарського складу (окремо – для медичного персоналу оперативно-бойових підрозділів) з питань оперативно-бойової психічної травми (проекти навчальних програм наявні в авторів статті);

стандарт медичних укладок невідкладної психолого-психіатричної допомоги;

стандарт загальних (базових) та індивідуальних реабілітаційних психолого-психіатричних технологій;

3. Залучити військових лікарів-психофізіологів, лікарів-психіатрів, психологів до розробки і впровадження у навчальний процес нових навчальних програм навчальних закладів силових відомств розділів з медицини катастроф і ОБПТ до клініко-реабілітаційних заходів у якості експертів-консультантів.

4. Зюбан В.А., Нечипоренко В.В., Белый Ю.Н., Сергиенко А.В. Профилактика хронического токсического стресса у подводников // Разработка схем применения психофармакологических препаратов для профилактики психоневротических расстройств военного времени.- Л.: ВМедА им.С.М.Кирова, 1990. - С. 8 - 9. Специальный фонд. Инв.№ 9846/н.

5. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О нозоцентрической и функциональной диагностике в военной психиатрии.//Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей.- СПб., 1995.- С. 12 - 15.

6. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В. Особенности оказания психиатрической помощи легкораненым

- и больным на этапах медицинской эвакуации // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей.- СПб., 1995.- С. 73 - 79.
7. Пострелко В.М., Картель М.Т., Сергієнко А.В., Коновалов О.Г., Сосін І.К., Стрелко В.В. Використання ентеросорбційної детоксикації в комплексній терапії екогеннообумовлених астено-депресивних станів. Методичні рекомендації. - Київ: НДІ сорбції та проблем ендоекології НАН України, 1996.- 7 с.
8. Литвинцев С.В., Костюченко А.Л., Давыдов А.Т., Софронов А.Г. Эфферентная терапия неотложных состояний в психиатрии и наркологии. Учебное пособие.- СПб.: ВМА, 1998.- 69 с.
9. Деденко И.К., Стариков А.В., Торбин В.Ф., Пострелко В.М. Эфферентные методы лечения радиационных и токсических энцефалопатий.- Киев, «Нора-Принт», 1998.- 396 с.
10. Сергієнко А.В., Єна А.І., Нечипоренко В.В., Худецький І.Ю. Надання психіатричної допомоги постраждалим внаслідок хімічних катастроф // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої 5-ти річному ювілею Ірпінського військового шпиталю.- Київ, «Дія», 1999.- С. 109 - 112.
11. Сергієнко А.В., Несен О.О., Шамрей В.К. та ін. Медико-психологічні і психіатричні аспекти медицини катастроф // Журн. Експериментальна і клінічна медицина.- Харків, 2000.- №3.- С. 89 - 99.
12. Бондарев Г.И. Тестирование привлекаемых к негласному сотрудничеству// Бюллетень по обмену опытом работы.- К.: МВД Украины, 1992.- № 108.- С. 91-94.
13. Вепринцев В.Б., Манойло А.В., Петренко А.И., Фролов Д.Б. Операции информационно-психологической войны: краткий энциклопедический словарь-справочник.— М., 2005.
14. Головач В.В. Психологическая диагностика личностных качеств негласных сотрудников: Учебное пособие.- К.: КВШ МВД СССР, 1989.- 22 с.
15. Климов Е.А. Психология профессионала / Е.А. Климов.— М.: Дело, 2006.— 210 с.
16. Ковалева О.Е. Лицом к лицу с будущим сотрудником. Как провести эффективное интервью при приеме на работу: учебное пособие / О.Е. Ковалева.— М.: Айрис-Пресс; Рольф, 2006.— 278 с.
17. Комисарова Т.А. Управление человеческими ресурсами: учебное пособие / Т.А. Комисарова.— М.: Дело, 2005.— 317 с.
18. Кондратьев Я.Ю. Психологічне забезпечення діяльності оперативних підрозділів МВС України: Монографія.- К.: НАВСУ, 1999.- 216 с.
19. Кравдин С.В. Методики отбора персонала / С.В. Кравдин.- Алма-Ата, Мастер, 2007.— 457 с.
20. Профилактика профессиональной деформации личности сотрудника органа внутренних дел: Методическое пособие // В.М. Бутыркин.— М.: ГУК МВД России, 2007.— 243 с.
21. Психологическое изучение личности сотрудников органов внутренних дел при аттестации: Учебно-методическое пособие.- М.: ЦОКР МВД России, 2007.— 216 с.
22. Сурков К.В. Принципы оперативно-розыскной деятельности и их правовое обеспечение в законодательстве, регламентирующем сыск: Монография / К.В. Сурков.- СПб.: Санкт-Петербургский юрид. ин-т МВД России, 1996.-216 с.
23. Устюжанина В.М. Влияние профессионального психологического отбора на эффективность деятельности организации (фирмы).- Екатеринбург: Современная гуманитарная академия, 2008.- 56 с.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Савицький В.Л.