

УДК 612.825.8:613.685

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ ВПЛИВУ БОЙОВИХ УМОВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

А.В. Швець, підполковник медичної служби, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, начальник науково-дослідного відділу психофізіології людини в особливих умовах Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. Розроблено методiku оцінки впливу комплексу шкідливих чинників в умовах проведення антитерористичної операції на функціональний стан та працездатність військовослужбовців, яка не тільки дозволяє за допомогою двополюсних шкал кількісного та якісного оцінити внесок окремого психофізіологічного чинника з урахуванням можливих ситуацій, які виникають під час виконання службових обов'язків, але й спонукає військовослужбовця сфокусуватись на тих ключових моментах, які підсвідомо сприятимуть самостійному подоланню ПТСР.

Ключові слова: функціональний стан, посттравматичні стресові розлади, шкідливі чинники праці.

Вступ. Проблема вивчення впливу психоемоційного стресу на організм людини та особливості трансформації її функціонального стану знайшла своє відображення у багатьох наукових працях [9, 11, 13, 17, 20]. При цьому, зазвичай, погіршується професійна надійність працівників та знижується працездатність, виявляються дизадаптаційні реакції. Особливо це стосується військовослужбовців, які виконують свої завдання в зоні проведення антитерористичної операції (АТО).

Одним з найбільш виражених стресових факторів є бойовий стрес, що призводить до масштабних негативних наслідків як у соціальному, економічному плані, так і особистісному житті [2, 3, 6].

У практиці психофізіологічних досліджень військовослужбовців в стресових умовах виявляється емоційна нестабільність та порушення ефективності бойовій діяльності, загострення хронічних захворювань, зниження надійності діяльності [12, 15, 17]. Використання психофізіологічних підходів надає значні можливості для проведення корекції функціональних станів (ФС) та відновлення працездатності. Дослідження [1], проведені на базі нашого інституту свідчать про те, що дизадаптивні розлади у миротворців під

впливом бойового стресу проявляються переважно у вигляді донозологічних і перед патологічних порушень, що утруднює клінічну картину захворювання.

У міжнародній класифікації хвороб [4] визначені нозологічні форми, що мають етіологічний зв'язок із впливом інформаційного чинника в умовах АТО: психічні розлади та розлади поведінки (клас V), гостра реакція на стрес (F43), реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43.0), посттравматичний стресовий розлад (F43.1); фактори, що впливають на стан здоров'я населення й звернення до установ охорони здоров'я (Клас XXI): потенційна небезпека для здоров'я, пов'язана із соціально-економічними й психосоціальними обставинами (Z55-Z65), проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям (Z56), загроза втратити роботу (Z56.2), напружений робочий розклад (Z56.3), конфлікт із начальником і товаришами по службі (Z56.4), невідповідна робота (Z56.5), інше фізичне та психічне напруження в роботі (Z56.6); до депресій відносяться депресивні епізоди (F32), рекурентні депресивні розлади (F33) та ін.

Існує велика батарея психодіагностичних методик оцінки дизадаптивних станів в екстремальних умовах, де визначаються копінг-

стратегії поведінки, рівень невротизації, емоційного вигорання тощо [8]. Разом з тим, методів дослідження впливу екстремальних умов діяльності (на прикладі АТО) на функціональний стан військовослужбовців, які б дозволили оцінити ступінь дизадаптації та пов'язати його з характером професійної діяльності, а також сприяли формуванню позитивного емоційного стану, не розроблено.

Тому метою даної роботи було удосконалення методології психофізіологічного оцінювання впливу комплексу шкідливих чинників службової діяльності в умовах АТО на функціональний стан військовослужбовців.

Матеріали та методи дослідження.

Оцінка впливу бойових умов на ФС військовослужбовців є важливим завданням для прийняття рішення щодо обсягу, термінів, засобів та способів психокорегуючого впливу на військовослужбовців з метою їх швидкого повернення в стрій або в мирні умови життєдіяльності. На основі досвіду, отриманого під час курсів з нейролінгвістичного програмування самоуправління посттравматичною стресовою реакцією «Pucelik Consulting Group», методики оцінки впливу травматичної події Тарабриної Н.В. [10], восьми навичок, які необхідні під час ведення бойових дій та роблять цивільне життя складнішим [21], методики оцінки рівня життєстійкості [5], діючої «Гігієнічної класифікації праці ... 2014 р.» [7], а також інших психодіагностичних методик оцінки дизадаптивних станів в екстремальних умовах [8], розроблено комплексний опитувальник для виявлення впливу бойових умов на функціональний стан військовослужбовців з точки зору військової психофізіології.

Результати досліджень та їх обговорення. Відомо, що діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який передбачає наявність травми в структурі психіки, відбувається за допомогою спеціально підбраного комплексу клініко-психологічних методик, сама ж людина, як правило, не усвідомлює зв'язку симптомів свого стану з травматичним впливом. При цьому вплив

психічної травми відбувається двома основними шляхами: або це постійні нав'язливі думки і переживання про травмованих подію, або старанне їх уникнення. І в тому, і в іншому випадку «чорна діра травми», за образним висловом одного з американських дослідників ПТСР-синдрому Р. Пітмана [19, с. 182-189], з невідворотністю притягує до себе всі думки і почуття суб'єкта. Тому важливим кроком у допомозі таким військовослужбовцям є пошук причинно-наслідкового зв'язку симптомів страждання з травматичним переживанням і подальшою інтеграцією свідомості суб'єкта.

Разом з тим, важливим завданням з психофізіологічної точки зору, є виявлення наслідків бойової травми на етапі предпатологічних змін. Відомо, що до непатологічних (фізіологічних) невротичних явищ відносяться реакції на бойовий стрес (адаптаційні реакції). Вони проявляються в підвищеній емоційній напруженості і психомоторних змінах, викликаних страхом (безліч недоцільних рухів; безладне, безцільне метання; ступорозне знерухомлення; уривчаста, незв'язна мова). До названих симптомів додаються такі вегетативні реакції, як прискорене сечовипускання, дисфункція шлунку та кишечника; нудота, запаморочення, ознобоподібний тремор; зміна пігментації шкірних покривів; відчуття нестачі повітря, відчуття задухи; відчуття сильної фізичної слабкості, жару або холоду тощо. Крім того, аналізуючи зв'язок між травматичними життєвими подіями і наступними психологічними симптомами, які могли виявлятися протягом довгого часу, Горовіц (Horowitz M. J., 1976) зі співавторами відзначили, що найчастіше прояви психологічних реакцій впливали на фізіологічні зміни.

Тому І блок розроблюваного опитувальника призначений для оцінки фізіологічної напруженості. Він розширений додатковими, змістовно іншими, фізіологічними характеристиками у порівнянні з стандартними 7 запитаннями цієї шкали [10] і направлений на виявлення у досліджуваного проявів злості, дратівливості; гіпертрофованої реакції переляку від бойової обстановки;

труднощів з концентрацією уваги; психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами про надзвичайні ситуації, безсоння. Шкали цього блоку дозволяють оцінити ступінь регуляторних змін у вегетативній нервовій системі. Якщо використовувати аналогію з фізичною травмою, то це можна порівняти з наявністю запалення: навіть не факт, що воно пов'язане безпосередньо з травмою, хоча наявність травми цілком може служити причиною погіршення прогнозу і в будь-якому випадку процесу відновлення здоров'я.

II блок опитувальника призначений для оцінки життестійкості. Він базується на опитувальнику Сальваторе Мадді [16], який практично не відображений у вітчизняних публікаціях. Особистісна характеристика як життестійкість (*hardiness*) віддзеркалює міру здатності особистості витримувати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість і не знижуючи успішність діяльності. Життестійкість являє собою систему переконань про себе, про світ, про відносини зі світом. Цей блок включає в себе три порівняно автономних компонента: втягнення, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життестійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішнього напруження в стресових ситуаціях за рахунок управління власним стресом і сприйняттям його як менш значущого.

Опитувальник містить 12 тверджень, за якими досліджуваний оцінює ступінь своєї згоди з кожним з пунктів за 10-бальною шкалою. Низький загальний бал за шкалою життестійкості характеризує військовослужбовця як активного і впевненого у своїх силах, здатного справлятися зі стресом, продовжуючи при цьому ефективно працювати, не втрачаючи душевної рівноваги. Високий бал за характеристикою життестійкості притаманний особам, які не впевнені у своїх силах і здібностях, не можуть впоратися зі стресом. Незначне напруження може викликати у них серйозні переживання, погіршення здоров'я і працездатності.

Цей блок запитань містить 3 субшкали:

1) втягнення (*commitment*) визначається як «переконаність у тому, що залучення в події дає максимальний шанс знайти варту та цікаве для особистості». Людина з розвиненим компонентом залученості отримує задоволення від власної діяльності. На противагу цьому, відсутність подібної переконаності породжує почуття відчуженості, відчуття себе «поза» життям;

2) контроль (*control*) являє собою переконаність у тому, що якщо людина активно намагається вирішити ситуацію, бореться, вона може вплинути на кінцевий результат. В протилежність цьому – відчуття власної безпорадності. Людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сама обирає власну діяльність, свій шлях. Людина зі слабо розвиненим компонентом контролю вважає, що від неї особисто мало, що залежить у житті, відчуває свою безпорадність і легко здається на милість долі;

3) прийняття ризику (*challenge*) – переконаність у тому, що все те, що трапляється, сприяє розвитку за рахунок отриманого (неважливо, позитивного або негативного) досвіду. При високих балах за шкалою прийняття ризику людина розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти при відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту і безпеки. При низьких балах за цією субшкалою людина прагне до незмінності, стабільності в житті, простого комфорту і безпеки. Вона не готова ризикувати: ціна помилки для неї вище, ніж шанс досягти результату.

Структура запитань II блоку за окремими шкалами є наступною:

Втягнення – твердження 1, 4, 7, 10.

Контроль – твердження 3, 6, 9, 12.

Прийняття ризику – твердження 2, 5, 8, 11.

В розробленому опитувальнику певні запитання сформульовані ортогонально у порівнянні з оригінальними. Це зроблено з метою зменшення негативного забарвлення тверджень як основного правила НЛП.

В III блоці сформульовані питання для оцінки впливу фактору вторгнення (intrusion — англ.). Сформовані запитання призначені для визначення впливу травматичної події на теперішній момент. Якщо використовувати аналогію з фізичною травмою, то це по суті розмір рани, тобто та область, де психофізіологічні захисні механізми не справляються (через що виникають флешбеки, кошмари та ін.).

Грунтуючись на поглядах Горовіца (Horowitz M. J., 1976) з приводу реагування на травматичні стресори було визначено реакції, які входять до сфери не тільки вторгнення, але й ухилення в процесі психофізіологічної реакції на стрес.

IV блок призначений для оцінки впливу фактору ухилення. Він дозволяє оцінити ступінь перенапруженості регуляторних систем та захисних компенсаторних механізмів. Якщо використовувати аналогію з фізичною травмою, то цей блок дозволяє оцінити втрачену функціональність через травму (наприклад, ви без проблем спираєтесь на травмовану ногу, або уникаєте на неї спиратися, чи вже не маєте фізичної можливості ходити без милиць).

Слід зазначити, що діагностична цінність III та IV блоків була взята за основу при створенні Американського діагностичного стандарту для психічних порушень (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) та офіційному прийнятті «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР) в якості самостійної нозологічної одиниці. Можна сказати, що дані, зібрані за допомогою шкал вторгнення і ухилення певним чином підтвердили виділення ПТСР як діагностичної категорії.

Ці шкали отримали широке поширення, і продемонстрували перевагу цього інструменту в численних роботах. Так, були проведені серії досліджень на ветеранах В'єтнаму (Schwarzwald J. et al., 1987; Solomon Z., 1989) і змішаних вибірках (Neal L. et al., 1994), а також на жертвах стихійних катастроф, зокрема, при дослідженні наслідків землетрусів (Anderson K. M., Manuel G., 1994; Carr VJ et al., 1992; Kaltreider N. B. et

al., 1992; Lundin T., Bodegard M., 1993; Paton D., 1990), пожеж (Koopman G., et al., 1994; Maida C. A., 1989; McFarlane A. C., 1988), повеней (Green BL et al., 1994) і ураганів (Waters K. A., 1992). В цих роботах отримано переконливі висновки про придатність зазначених шкал для визначення реакції на травмуючі життєві події, а також для часткового передбачення того, хто буде переживати дистрес через певний час, і визначення динаміки реакцій на травматичні події з плином часу.

Таким чином, існують численні дані, отримані за допомогою шкал вторгнення і ухилення, які свідчать про доцільність їх використання, валідність, надійність та універсальність.

Разом з тим, для психофізіолога важливо знати причинно-наслідковий зв'язок характеру професійної діяльності (різних ситуацій, які зустрічаються при виконанні службових обов'язків) та інформаційного фактору з ФС людини та адаптивними стратегіями поведінки після психотравми.

Тому розроблено V блок, що складається з 13 запитань, які направлені на кількісну та якісну оцінку впливу інформаційного чинника праці на ФС та працездатність людини, а отримані результати можуть дозволити встановити зв'язок можливих ситуацій при виконанні службових обов'язків з ПТСР. Таким чином, перелік запитань опитувальника сформовано у вигляді V блоків.

Основною методологічною основою опитувальника є семантичний диференціал (СД) – метод психолінгвістики, започаткований Чарльзом Осгудом ще у 1952 р. [17]. СД є інструментом кількісного та якісного індексування значення з допомогою двополюсних шкал та дозволяє здійснити комбінування процедур шкалювання з методом контрольованих асоціацій. Застосування СД в психолінгвістиці є продуктивним у дослідженнях, пов'язаних зі сприйняттям і поведінкою людини, з аналізом прагматичних і конотативних значень слів, особистісних смислів.

Текст опитувальника за 10-ти бальною системою (0 - 9) наведено нижче.

І. ФІЗІОЛОГІЧНЕ НАПРУЖЕННЯ

Відчуття страху при виконанні бойових завдань

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 СИЛЬНЕ»;

Відчуття значного приливу сил та прагнення до роботи

«СЛАБКЕ 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 СИЛЬНЕ»;

Відчуття роздратування та гніву при виконанні службових обов'язків

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 СИЛЬНЕ»;

Частота випадків здригання (вздрагивання) при появі непередбачуваної ситуації

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Відчуття того, що Ви ще досі перебуваєте в зоні АТО

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИРАЖЕНЕ»;

Відчуття зниження пильності та концентрації уваги після повернення з АТО

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИРАЖЕНЕ»;

Частота випадків появи неприспятих фізичних відчуттів (пітливість, нудота, серцебиття, перебої ритму дихання тощо) при згадці про події в зоні АТО

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Відчуття того, що зараз трапиться щось погане, жахливе

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИРАЖЕНЕ»;

Відчуття загрози життю «СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 СИЛЬНЕ»;

Ступінь відповідальності за безпеку інших осіб

«НЕЗНАЧНИЙ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЗНАЧНИЙ»;

ІІ. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ

Я переконаний у тому, що потрібний оточуючим мене людям

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Мої мрії часто здійснюються

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Мені здається, що всі мої намагання марні

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Іноді я відчуваю себе зайвим навіть серед друзів

«ТАК 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 НІ»;

Я рідко жалкую про те, що вже зроблено

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Я впевнений, що проблеми, які виникають зараз, можуть бути цілком вирішені

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

У мене відчуття того, що я не живу повним життям, а тільки граю якусь роль

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Мене не лякають думки про те, що буде в майбутньому

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Тепер у мене є стільки проблем, що нічого не хочеться робити

«ТАК 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 НІ»;

Здається, що життя пролітає осторонь від мене

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

Мені здається, що чим менше розчарувань та лиха було в минулому, тим легше жити у майбутньому «ТАК 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 НІ»;

Я впевнений у тому, що зможу втілити в життя все те, що задумав

«ТАК 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 НІ»;

III. ВТОРГНЕННЯ

На скільки Вам важко вести розмову про події в АТО?

«ЛЕГКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВАЖКО»;

Як часто у Вас з'являються думки про пошук безпечного місця (укриття)?

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Як часто у Вас бувають жахливі сни про події в АТО?

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Як часто Вам важко заснути?

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Як часто виникає неконтрольоване відчуття страху після подій в АТО?

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Як часто з'являються думки про події в АТО проти Вашої волі?

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Чи часто мають місце думки, коли окремі явища або дії змушують Вас згадувати події в АТО?

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Окремі картини подій в АТО з'являються у думках

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

IV. УХИЛЕННЯ

Ступінь довіри до оточуючих військовослужбовців

«НИЗЬКИЙ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКИЙ»;

Виразність самостійного блокування думок про неприємні події в минулому

«СЛАБКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 СИЛЬНА»;

Виразність відчуття нереальності подій в АТО

«СЛАБКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

При появі думок про події в АТО Я намагаюсь тримати себе в руках

«НІ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ТАК»;

Бажання видалити все з пам'яті, що нагадує події в АТО

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 СИЛЬНЕ»;

Частота уникнення тих речей, які Вам нагадують неприємні події в минулому

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Відчуття загальмованості (паралізованості) при згадуванні неприємних подій в минулому

«СЛАБКЕ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 СИЛЬНЕ»;

V. СИТУАЦІЇ

Чи пов'язаний характер діяльності з управлінням транспортних засобів: так? ні?;

Частота виникнення небезпечності ситуацій

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Частота виникнення непередбачуваності, невизначеності ситуацій

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Частота виникнення ситуацій появи дефіциту інформації

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Частота появи ситуацій з необхідністю переробки великого обсягу інформації

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Ритмічність надходження інформації «НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Імовірність появи високого темпу роботи

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Частота виникнення відволікаючих чинників (суперечлива інформація) під час служби

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Частота виходу з ладу технічних засобів, якими ви управляли

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»;

Ступінь повторюваності однотипних дій «НИЗЬКИЙ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКИЙ»;

Поява ситуацій, коли необхідна різка зміна звичного порядку діяльності на незнайомий

«РІДКО 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ЧАСТО»;

Ступінь залучення інших фахівців для виконання Ваших функціональних обов'язків

«НИЗЬКИЙ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКИЙ»;

Ступінь надходження різноманітності завдань

«НИЗЬКИЙ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКИЙ»;

Частота виникнення ситуацій дезінформації

«НИЗЬКА 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ВИСОКА»

функціональний стан військовослужбовців, яка не тільки дозволяє кількісного та якісного за допомогою двополюсних шкал оцінити внесок окремого фактору дизадаптації та пов'язати його з можливими ситуаціями під час виконання службових обов'язків, але й спонукає військовослужбовця сфокусуватись на тих ключових моментах, які підсвідомо сприятимуть самостійному подоланню ПТСР. Це також дозволить підібрати адекватні методи та методики оцінки впливу найбільш вагомих чинників, виникаючих при проведенні АТО, на поведінкові реакції військовослужбовців в екстремальних умовах; розробити підходи до прогнозування негативних змін у функціональному стані та поведінкових реакціях військовослужбовців з метою збереження здоров'я, підтримання професійного довголіття, а також розробити психофізіологічні заходи щодо профілактики розвитку дизадаптації, невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних станів тощо у військовослужбовців в умовах АТО та після її завершення.

Література

1. Иванов Д. А. Психолого-психиатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація / Д. А. Иванов. — Чернівці, 2007. — 424 с.
2. Лытаев С.А. Психофизиология стресса : Учебно-методическое пособие / Сергей Лытаев. — Санкт-Петербург, 2013. — 27 с.
3. Матеріали науково-практичної конференції київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів / О. К. Напреевко, О. Г. Сиропятов, Н. О. Дзеружинська [та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2015. — Т. 23, Вип. 1(82). — С. 132-137.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, Женева, СПб. 1995.
5. Осин Е.Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости. / Е.Н. Осин // Организационная психология. — 2013. — Т. 3. №3. — С. 42–60
6. Пискарев, Ю. Г. Влияние условий труда на состояние здоровья лиц с различным уровнем

Висновки

1. Наведені нозологічні форми, що мають етіологічний зв'язок із впливом інформаційного чинника в умовах АТО, стали основою розроблення блоку оцінки впливу психофізіологічного напруження на функціональний стан військовослужбовців.
2. Розроблена комплексна методика психофізіологічного оцінювання впливу умов АТО на функціональний стан військовослужбовців містить блоки оцінки впливу факторів фізіологічної напруженості, життєстійкості, вторгнення, ухилення, та ситуацій, які зустрічаються при виконанні службових обов'язків.
3. Застосування технології нейролінгвістичного програмування при формулюванні запитань, які стосуються восьми навичок, що необхідні під час ведення бойових дій та роблять цивільне життя складнішим, а також зміни негативного забарвлення тверджень на позитивні може дозволити використовувати опитувальник в лікувально-профілактичних цілях синдрому ПТСР.

физической активности / Ю. Г. Пискарев, С. А. Трофимов // Фундаментальные исследования. — 2011. — № 3. — С. 114-117.

7. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» / Наказ МОЗ України № 248 від 08.04.2014 // Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 6 травня 2014 р. за № 472/25249.

8. Розов В.И. Психология экстремальных ситуаций: адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение / В.И. Розов. — К.: КНТ, 2012. — 412 с.

9. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування (методичні рекомендації/ [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. — Х., 2009. — 31 с.

10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.

11. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов

боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. — 2000. — Т. 3, №2. — С. 183—184.

12. Acute post-traumatic stress symptoms and age predict outcome in military blast concussion / C.L. MacDonald, O.R. Adam, A.M. Johnson [et all] // Brain. — 2015. — V.138, № 5. — P. 1314-1326.

13. Clinical and imaging assessment of acute combat mild traumatic brain injury in Afghanistan / O. Adam, C.L. Mac Donald, D. Rivet [et all] // Neurology. — 2015. — V.85, №3. — P. 219-227.

14. Functional status after blast-plus-impact complex concussive traumatic brain injury in evacuated United States military personnel / C.L. MacDonald, A.M. Johnson, E.C. Nelson [et all] // J. Neurotrauma. — 2014. — V.31, №10: — P. 889-898.

15. Kaikkonen N.M. International military operations and mental health - A review / N.M. Kaikkonen, T. Laukkala // Nord J. Psychiatry. — 2015. — №12. — P.1-6.

16. Maddi S. R. The personality construct of hardiness: I. Effects on experiencing, coping, and strain / S. R. Maddi // Consulting Psychology Journal:

Practice and Research . —1999. — V. 51, №2. — P. 83–94.

17. Neuropsychological outcomes of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder and depression in Iraq-deployed US Army soldiers / J.J.Vasterling, K. Brailey, S.P. Proctor [et all] //Br J. Psychiatry. — 2012. — V. 201, №3. — P. 186-192.

18. Osgood C. E. Method and Theory in Experimental Psychology. — New York: Oxford University Press, 1953. — 87 p.

19. Pitman R.K. Post-traumatic Stress Disorder, Conditioning, and Network Theory // Psychiatric Annals. — 1988. — № 18. — P. 182-189.

20. Soldiers with Posttraumatic Stress Disorder See a World Full of Threat: Magnetoencephalography Reveals Enhanced Tuning to Combat-Related Cues / R.M. Todd, M.J. MacDonald, P. Sedge [et all] // Biol Psychiatry. — 2015. —№5. — P. 101-121.

21. Washington family policy. Welcome home: How to make the difference in the lives of returning war zone veterans (includes Doctor James Munroe's Eight Battlefield Skills That Make Reintegration Challenging) <http://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/readjustment.pdf>

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Власенко О.М.