

Кокун О.М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми / О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська // Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 19. –Харків.: НУЦЗУ, 2016. - С. 146 – 152.

УДК 159.9.072.42 : 159.97

Кокун О.М., доктор психологічних наук, професор, головний науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України
Kokun O.M., Doctor of Psychology, Professor, Senior Scientist of Humanitarian problems' Research Centre of the Armed Forces of Ukraine

Пішко І.О., начальник науково-дослідної лабораторії Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України
Pischko I.A. Head of the Research Laboratory of Humanitarian problems' Research Centre of the Armed Forces of Ukraine

Лозінська Н.С., старший науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України
Lozinska N.S. senior research worker of Humanitarian problems' Research Centre of the Armed Forces of Ukraine

**ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВУ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ОТРИМАЛИ БОЙОВІ ФІЗИЧНІ
ТА ПСИХІЧНІ ТРАВМИ
FEATURES OF NEGATIVE MENTAL STATES OF SERVICEMAN WHO RECEIVED
COMBAT PHYSICAL AND MENTAL TRAUMAS**

Резюме.

В статті викладено результати емпіричних досліджень, що характеризують особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми в зоні АТО. У переважній більшості з них встановлено високий рівень травматизації, виражене порушення психічного стану, гострі та посттравматичні стресові розлади, високі показники невротизації, виражений депресивний стан та негативні особистісні зміни за шкалами іпохондрії та істерії.

Ключові слова: негативні психічні стани, військовослужбовці, бойові травми, антитерористична операція.

Резюме.

В статье изложены результаты эмпирических исследований, характеризующие особенности проявления негативных психических состояний у военнослужащих, получивших боевые физические и психические травмы в зоне АТО. У подавляющего большинства из них установлено высокий уровень травматизации, выраженное нарушение психического состояния, острые и посттравматические стрессовые расстройства, высокие показатели невротизации, выраженное депрессивное состояние и негативные личностные изменения по шкалам ипохондрии и истерии.

Ключевые слова: негативные психические состояния, военнослужащие, боевые травмы, антитеррористическая операция.

Summary.

The article presents the results of empirical studies that characterize features of negative mental states of serviceman who received combat physical and mental traumas in the anti-terrorist operation area. 167 soldiers participated in the study. More than 80% of them have acute and post-traumatic stress disorders, high rates of neuroticism and expressed disturbances of their mental states. The vast majority of them have significant and longstanding decrease of all self-estimated indicators of a psycho-physiological state (well-being, activity, mood, ability to work, self-confidence, etc.), a high level of trauma shown by the indexes: trauma re-experiencing - "invasion", symptoms of "avoidance" and "physiological hyperactivity"; they also

show expressed depression and negative personality changes according to the scales of hypochondria and hysteria.

Keywords: negative mental conditions, servicemen, combat traumas, anti-terrorist operation.

Постановка проблеми. Під час участі у антитерористичній операції на сході країни значна кількість військовослужбовців отримала бойові фізичні та психічні травми. Це зумовило виникнення нагального завдання запровадження ефективної системи медико-психологічної реабілітації таких військовослужбовців. Одним із її важливих передумов є кількісне та якісне вивчення особливостей вияву в них негативних психічних станів, а також визначення методичного інструментарію та критеріїв їх діагностики.

Аналіз наукових публікацій. До психічних станів, які негативно впливають на виконання різних видів діяльності, найчастіше відносять стрес, нервово-психічна напругу, стомлення, депресію, тривогу та ін. [2]. У сучасній екстремальній психології чинники військово-професійної діяльності, які можуть викликати негативні психічні стани, прийнято поділяти на специфічні і неспецифічні. До першої групи відносять: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовців; поранення, контузії, травми, каліцтва; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця. До другої групи відносяться такі стресори: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військовослужбовця [1].

У наших минулорічних дослідженнях було встановлено, що вияв негативних психічних станів у військовослужбовців, які готувалися до відправки в зону АТО, у першу чергу, відобразився у порівняному зниженні показників самооцінки психофізіологічного стану («самопочуття» та «активності»). Як показала діагностика військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій, різні негативні психічні стани в них починають виявлятися асинхронно. Зокрема, депресивні тенденції, підвищення тривожності, зниження рівня самооцінки різних параметрів психофізіологічного стану ще не набули відчутного прояву [3]. Однак, у цих дослідженнях брали участь військовослужбовці, які бойових психічних травм не зазнали.

Бойову психічну травму (БПТ) розуміють як патологічний стан ЦНС, сформований в результаті бойового стресу, який перевищує адаптаційний потенціал конкретної особистості, і утворює pathos бойової психічної патології. Сутність БПТ полягає у включенні патофізіологічних механізмів регуляції гомеостазу, накопиченні морфологічних змін в структурах ЦНС, наростанні специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворювання. Пов'язані з БПТ функціональні порушення (бойові стресові розлади) включають широкий спектр станів дезінтеграції психічної діяльності – від короткочасних дезадаптивних реакцій предпатологічного, предсиндромального регістру до стійких хворобливих процесів [4].

У розвитку БПТ виділяють:

- гостру реакцію на стрес (F 43.0);

- посттравматичний стресовий розлад - ПТСР (F43.1) [5].

- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0).

Формулювання мети статті. У даній статті ми викладемо результати наших емпіричних досліджень, що характеризують особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми в зоні АТО.

Викладення основних результатів дослідження.

Дослідження особливостей вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми, проводилися в Головному військово-клінічному центрі “КВКГ” МО України впродовж грудня 2014 р. - березня 2015 р. Всього було проведено 2 серії досліджень. У першій взяло участь 42 військовослужбовця, у другій – 125 (разом – 167 військовослужбовців). Оскільки у кожному дослідженні використано різний набір психодіагностичного інструментарію, їх результати проаналізовані окремо

Результати першого дослідження

У першому дослідженні взяли участь 42 військовослужбовця (всі чоловіки) віком 22 - 44 роки, які поступили до шпиталю впродовж листопада 2014 р. – січня 2015 р. З 42 досліджуваних 37 брали участь у бойових діях (з них 4 перебували в полоні). Тривалість перебування в зоні АТО у переважній більшості склала 2 - 4 місяці. Практично всі досліджувані військовослужбовці мали медичний діагноз гострої реакції на стрес.

У дослідженнях використовувався такий методичний інструментарій:

1. Шкала оцінки впливу травматичної події.
2. Опитувальник травматичного стресу (В. Котеньова).
3. Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
4. Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР (В. Котеньова).
5. Експрес-опитувальник Primary Care PTSD Screen.
6. Шкала депресії Е. Бека.

За **Експрес-опитувальником Primary Care PTSD Screen Primary Care PTSD Screen**, результат, який свідчить про наявність *посттравматичного стресового розладу*, зафіксовано у 28 (65%) досліджуваних військовослужбовців. Це – 3 або 4 позитивних відповідей на чотири питання щодо події, яка протягом останніх 30 днів спричинила: 1) нічні кошмари або постійні, проти своєї волі, думки про цю подію; 2) докладання зусиль до того, щоб не думати про подію, або умисне уникнення ситуацій, які нагадували про неї; 3) постійно насторожений стан і здригання з кожного приводу; 4) відчуття спустошеності або відрізаності від інших людей, занять або зовнішнього світу.

Діагностика за **Скороченою шкалою тривоги, депресії та ПТСР** (В. Котеньова) показала, що виражене *порушення психічного стану* мають 34 (81%) досліджуваних військовослужбовців – 5 і більше відповідей «так» на питання методики (таблиця 1).

Таблиця 1

Діагностичні результати за Скороченою шкалою тривоги, депресії та ПТСР

№	Стани	«Так»	%
1	Нездатність “розслабитися” (напруженість)	29	67
2	Роздратування і поганий настрій	34	79
3	Вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент	35	81
4	Неуважність, погане зосередження уваги	29	67
5	Сильний смуток, печаль	22	51
6	Сильна утомленість, нестача енергії	29	67
7	Потрясіння або паніка	13	30
8	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію	29	67
9	Труднощі із засипанням, погіршення сну	34	79
10	Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної	14	33
11	Кількість «так» 5 і більше	34	81

При цьому, найбільш характерними проявами таких станів для військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми стали: «вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент» (діагностується у 81% досліджуваних); роздратування і поганий настрій (79%); труднощі із засипанням, погіршення сну (79%); нездатність «розслабитися», напруженість (67%); неуважність, погане зосередження уваги (67%); сильна утомленість, нестача енергії (67%); прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію (67%).

За **Шкалою депресії Е. Бека** у переважної більшості військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми, діагностується *депресивний стан* (таблиця 2).

Таблиця 2

Діагностичні результати за Шкалою депресії Е. Бека (n = 42)

№	Ступінь депресії	Бали	N	%
1	Депресія відсутня	0-4	2	5
2	Легкий ступінь депресії	5-7	4	10
3	Середній ступінь депресії	8-15	9	21
4	Високий ступінь депресії	≥ 16	27	64

Так, відсутні ознаки депресії лише у 5%. У 10% наявний її легкий ступінь. Ще 21% досліджуваних має середній ступінь депресії. А істотно переважають у вибірці (64%) військовослужбовці з високим ступенем депресії. При цьому нагадаємо, що, за результатами досліджень викладених у попередньому розділі, у військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій після відносно нетривалого там перебування (до 1 - 2 місяців), і які не отримали бойових поранень, депресивних тенденцій зафіксовано не було.

Діагностика за **Шкалою оцінки впливу травматичної події** (таблиця 3) також свідчить про високий рівень *травматизації досліджуваних*.

Таблиця 3

Діагностичні результати за Шкалою оцінки впливу травматичної події

№	Показник	Рівень	Бали	n	%
1	Вторгнення	низький	0 - 4	4	10
2		середній	5 - 8	2	5
3		підвищений	9 - 12	6	14
4		високий	≥ 13	30	71
5	Уникнення	низький	0 - 4	4	10
6		середній	5 - 8	4	10
7		підвищений	9 - 12	2	5
8		високий	≥ 13	32	75
9	Фізіологічне збудження	низький	0 - 4	4	10
10		середній	5 - 8	3	7
11		підвищений	9 - 12	6	14
12		високий	≥ 13	29	69

Високі рівні «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічного збудження» зафіксовано у 69 - 75 % військовослужбовців, продіагностованих у шпиталі. Якщо порівнювати за цими показниками їх із іншими вибірками [3], то високий рівень «вторгнення» було зафіксовано у 14% військовослужбовців, які участі у бойових діях не брали, і у 42% після участі у бойових діях в зоні АТО. За «уникненням», відповідно – у 32% і 64%, за «фізіологічним збудженням» – у 8% і 44%.

Вираженість *негативних психічних станів* у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми, за всіма показниками **Опитувальника травматичного стресу** істотно перевищує як показники військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях (таблиця 4), так і тих, які були продіагностовані відразу після повернення із зони бойових дій.

Таблиця 4

Відмінності діагностичних показників вибірок військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях (вбірка 1) та тих, які отримали бойові фізичні та психічні травми (вбірка 2) за Опитувальником травматичного стресу

№	Показники	Вибірка	N	M	t	p≤
1	А – подія травми	1	66	50,67	-6,89	0,001
		2	42	62,45		
2	В – повторне переживання травми (вторгнення)	1	66	48,36	-10,4	0,001
		2	42	72,12		
3	С – уникнення	1	66	50,85	-7,60	0,001
		2	42	70,76		
4	D – гіперактивація	1	66	53,24	-9,14	0,001
		2	42	74,00		
5	F – дистрес і дезадаптація	1	66	54,76	-6,76	0,001
		2	42	70,38		
6	<i>Посттравматичний стресовий розлад</i>	1	66	51,52	-10,6	0,001
		2	42	75,98		
7	а – подія травми	1	66	50,17	-6,58	0,001
		2	42	62,45		
8	b – дисоціативні симптоми	1	66	53,06	-7,90	0,001
		2	42	74,33		
9	с – повторне переживання травми (вторгнення)	1	66	46,91	-10,9	0,001
		2	42	70,52		
10	d – уникнення	1	66	51,70	-8,34	0,001
		2	42	69,93		
11	е – симптоми гіперактивації	1	66	52,33	-9,03	0,001
		2	42	74,21		
12	f – дистрес і дезадаптація	1	66	56,58	-6,74	0,001
		2	42	72,45		
13	<i>Гострий стресовий розлад</i>	1	66	52,48	-10,6	0,001
		2	42	77,74		

За результатами проведеної діагностики, більше, ніж 80% досліджуваних, які отримали бойові фізичні та психічні травми, може бути поставлені діагнози «гострого стресового розладу» та «посттравматичного стресового розладу».

Також закономірним наслідком отримання військовослужбовцями бойових фізичних та психічних травм є суттєве зниження в них всіх використаних в дослідженні *показників самооцінки психофізіологічного стану*. Зокрема, у таблиці 5 наведено порівняння таких військовослужбовців із вибіркою військовослужбовців, які не отримали бойових поранень, продіагностованих відразу після повернення із зони бойових дій за **Методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна**.

Таблиця 5

Відмінності діагностичних показників вибірок військовослужбовців, які не отримали бойових поранень (вбірка 1) та тих, які отримали бойові фізичні та психічні травми (вбірка 2) за Методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану

№	Показники	Вибірка	N	M	t	p≤
1	Самопочуття	1	36	63,56	3,32	0,001
		2	42	45,36		
2	Активність	1	36	65,56	3,95	0,001
		2	42	44,40		
3	Настрій	1	36	59,50	2,19	0,05
		2	42	46,43		
4	Працездатність	1	36	69,78	3,86	0,001
		2	42	46,88		
5	Зацікавленість в участі в АТО	1	36	48,28	1,48	-
		2	42	36,02		
6	Бажання виконувати завдання в АТО	1	36	45,64	1,29	-
		2	42	34,88		
7	Впевненість у своїх силах	1	36	70,56	2,71	0,01
		2	42	52,19		

У даному випадку, в другій вибірці спостерігається значне (істотно нижче за популяційні норми), погіршення показників самопочуття, активності, настрою, працездатності та впевненості у своїх силах, що виявилися достовірно нижчими, ніж у військовослужбовців, які бойових поранень не отримали. Власне ці показники й характеризують, у першу чергу, різні компоненти психофізіологічного стану. Ще два показника, які були використані в дослідженні як додаткові – зацікавленість в участі в АТО та бажання виконувати завдання в АТО, також виявилися значно нижчими у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми (і найнижчими у порівнянні із всіма іншими показниками шкалою самооцінки), однак не досягнувши рівня достовірності $p \leq 0,05$.

Результати другого дослідження

У другому дослідженні взяли участь 125 військовослужбовців (всі чоловіки) віком 21 - 45 років, які поступили до шпиталю впродовж вересня 2014 р. – березня 2015 р. Тривалість перебування в зоні АТО у переважної більшості склала 2 - 4 місяці. Практично всі досліджувані військовослужбовці мали клінічний діагноз гострої реакції на стрес (ГРС) (F 43.0) – 115 осіб. В них відзначено такі психічні синдроми: астенічний, тривожно-фобічний, та депресивний.

У дослідженнях використовувався такий методичний інструментарій:

1. Опитувальник «Міні-мульти».
2. Тест РНП «Рівень невротизації і психопатизації».
3. Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS).
4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
5. Методика "Диференційної діагностики депресивних станів" В.Зунга (адаптація Т. Балашової).

Узагальнені результати досліджуваних військовослужбовців за 8-ма базисними шкалами Опитувальника «Міні-мульти» наведено у таблиці 6.

Діагностичні результати за Опитувальником «Міні-мульти»

№	Шкала	Значення		
		низькі (до 40 балів)	норма (40 - 70 балів)	високі (більше 70 балів)
1	Іпохондрії	-	14%	86%
2	Депресії	2%	20%	78%
3	Істерії	2%	38%	60%
4	Психопатії	27%	72%	1%
5	Паранояльності	37%	58%	5%
6	Психастенії	7%	90%	3%
7	Шизоїдності	0%	95%	5%
8	Гіпотонії	56%	44%	-

Отримані результати свідчать, що у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми в зоні АТО, виражені *негативні особистісні зміни* діагностуються за шкалами іпохондрії, депресії та істерії.

Так за шкалою іпохондрії високі показники зафіксовано у 86% досліджуваних, що, згідно до змістової інтерпретації цієї шкали, характеризує вираженість в них пасивності, повільності, покірності, повільності пристосування до змін обстановки, низької рівноваги в соціальних конфліктах. За шкалою депресії високі показники мають 78% військовослужбовців, що свідчить про суттєве зниження в них впевненості в собі і схильності впадати у відчай при найменших невдачах. Більше половини з них (60%) мають високі показники за шкалою істерії, котра характеризує осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Зокрема, схильних будь-що звернути на себе увагу, використовувати симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності та вирішувати всі проблеми через "відхід" у хворобу.

За іншими 5-ма шкалами Опитувальника «Міні-мульти» (психопатії, паранояльності, психастенії, шизоїдності та гіпотонії) практично всі досліджувані мають показники в межах норми або низькі.

Повністю узгоджуються з вищенаведеними дані за **Тестом РНП «Рівень невротизації і психопатизації»** (таблиця 7).

Таблиця 3.7

Діагностичні результати за Тестом РНП «Рівень невротизації і психопатизації»

№	Шкала	Діагностичні значення		
		низькі	невизначений діагноз	високі
1	Невротизації	7%	7%	86%
2	Психопатизації	67%	25%	8%

Ми бачимо, що, якщо за шкалою психопатизації високі діагностичні значення мають лише 8% військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми в зоні АТО, то за шкалою *невротизації* високі показники зафіксовано у 86%. Зокрема, це також підтверджує, що для переважної більшості досліджуваних властиві: підвищені емоційна збудливість, тривожність, напруженість, дратівливість, неспокій, розгубленість, безініціативність, незадоволеність бажань, схильність до фіксації на неприємних соматичних відчуттях, зосередженість на переживанні своїх особистісних недоліків, відчуття власної не-

повноцінності, ускладненість у спілкуванні, невпевненість у собі, соціальна боязкість і залежність, погана загальна пристосованість. В них можливі порушення сну, підвищена стомлюваність і інші астеничні прояви.

Результати за **Шкалою Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS)** (таблиця 8) свідчать, що "відсутність депресивного епізоду" діагностується лише в 21% військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми; 59% мають його "малу" вираженість, 15% – "помірну", й ще 5 – "високу".

Таблиця 8

Діагностичні результати за Шкалою Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS)

Депресивний епізод			
відсутній (0-15 балів)	малий (16-25 балів)	помірний (26-30 балів)	великий (більше 30 балів)
21%	59%	15%	5%

Й за **Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)** рівень депресії у межах норми знаходиться приблизно в 20% військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми (таблиця 9). Інші мають її субклінічне (54%) та клінічне (33%) вираження.

Таблиця 9

Діагностичні результати за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

№	Шкала	Діагностичні значення		
		норма (0-7 балів)	субклінічно виражена (8-10 балів)	клінічно виражена (вище 10 балів)
1	Тривога	13%	54%	33%
2	Депресія	20%	58%	22%

Рівень тривоги у межах норми має ще менша кількість військовослужбовців, які перебувають на лікуванні у шпиталі – лише 13%. Ще 58% мають її субклінічне та 22% клінічне вираження.

За **Методикою "Диференційної діагностики депресивних станів" В. Зунга** (таблиця 10), "стан без депресії" мають 32% досліджуваних. У половини з них ця методика визначила стан "легкої депресії", й ще у 8% "субдепресивний стан".

Таблиця 10

Діагностичні результати за Методикою "Диференційної діагностики депресивних станів" В. Зунга

Характеристика рівня депресії			
стан без депресії (до 50 балів)	легка депресія (51-59 балів)	субдепресивний стан (60-69 балів)	істинний депресивний стан (більше 70 балів)
32%	50%	8%	-

Однак, повної впевненості щодо достовірності отриманих даних за цією методикою в нас немає, оскільки її автори вказують, що оцінювання за нею може бути достовірним лише при індивідуальній діагностиці в присутності кваліфікованого психолога. Однак, цієї вимоги при дослідженні належним чином дотримати не вдалося.

Висновки. Практично всім досліджуваним військовослужбовцям, які отримали бойові фізичні та психічні травми, був поставлений *медичний діагноз гострої реакції на стрес*. За результатами психологічної діагностики, більше, ніж 80% може бути поставлені діагнози «*гострого стресового розладу*» та «*посттравматичного стресового розладу*». В

них наявні високі показники *невротизації* та виражене *порушення психічного стану*, найбільш характерними проявами якого стали: вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент; роздратування і поганий настрій; труднощі із засипанням, погіршення сну; нездатність «розслабитися», напруженість; неуважність, погане зосередження уваги; сильна стомленість, нестача енергії; прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.

Закономірним наслідком, отримання військовослужбовцями бойових фізичних та психічних травм став високий рівень *травматизації* переважної більшості з них за показниками «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічного збудження», який істотно перевищує цей рівень як у військовослужбовців, які участі у бойових діях не брали, так і у військовослужбовців після участі у бойових діях в зоні АТО, які подібних травм не зазнали. Так само вираженість негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми, за всіма показниками, що характеризують наявність *травматичного стресу*, істотно перевищує як показники військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях, так і тих, які були продіагностовані відразу після повернення із зони бойових дій

Також закономірним наслідком отримання військовослужбовцями бойових фізичних та психічних травм стало суттєве зниження в них всіх показників *самооцінки психофізіологічного стану* (самопочуття, активності, настрою, працездатності, впевненості у своїх силах, зацікавленості в участі в АТО, бажання виконувати завдання в АТО).

У переважної більшості військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми, діагностується *депресивний стан* та виражені *негативні особистісні зміни* за шкалами іпохондрії та істерії. У той же час, у військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій після відносно нетривалого там перебування (до 1 - 2 місяців), і які не отримали бойових поранень, депресивні тенденції практично не фіксуються.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці практичних засад психологічної реабілітації військовослужбовців, які зазнали бойових фізичних та психічних травм.

Література

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. О.В. Тімченка - К.: ТОВ "Август Трейд", 2007. - 502 с.
2. Кокун О.М. Психофізіологія: Навчальний посібник / О.М. Кокун. - К.: Центр навчальної літератури, 2006. - 184 с.
3. Кокун О.М. Особливості негативних психічних станів військовослужбовців / О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська // Вісник Національного університету оборони України. - 2014. - Вип. 5 (42). - С. 185 - 190.
4. Снедков Е.В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / Е.В. Снедков, С.В. Литвинцев, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин [Електронний ресурс]. - СПб: Военно-медицинская академия, 2015. - Режим доступу: <http://www.bestreferat.ru/referat-4783.html>
5. Сыропятов О.Г. Клинические стандарты реабилитации комбатантов с боевой психической травмой: Методическое пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://bookz.ru/authors/oleg-siropatov/klini4es_352/1-klini4es_352.html