

Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців /
О. А. Блінов // Вісник НАОУ. – К. : Міленіум, 2006. – Вип. 2. – С. 118–124.

О.А.Блінов, заступник начальника
кафедри психології НАОУ,
кандидат психологічних наук, доцент

ВПЛИВ СТРЕС-ФАКТОРІВ ДІЯЛЬНОСТІ НА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

У статті вказується, що завжди праця військовослужбовців пов'язана з небезпекою для життя, значним впливом стрес-факторів на їх психіку. Ціна цієї небезпеки, впливу стрес-факторів у кожної людини індивідуальна, при надмірному навантаженні на психіку воїна цей вплив може привести до психічних розладів.

Ключові слова: бойова психічна травма, бойовий стрес, бойовий шок, бойове стомлення, бойові стресові розлади, посттравматичні стресові реакції, стрес-фактори, розлади психіки, страх, паніка, психічне перевантаження воїнів, санітарні втрати психоневрологічного профілю.

Досвід бойових дій свідчить, що війська разом з неминучими фізичними втратами несуть значні психогенні втрати. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями психічних травм, які в свою чергу приводять до розладів психічної діяльності, повної чи часткової втраті боєздатності. Світова статистика наочно свідчить про ріст актуальності проблеми психогенних втрат в процесі бойових і миротворчих операцій, локальних війн і конфліктів.

Бойова психічна травма – переживання великої сили, яке викликане короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, яка може привести до розладів психіки різного ступеня важкості.

Основним психотравмуючим фактором бойової обстановки є небезпека, як переживання за своє життя і фізичне здоров'я. Це переживання є самим сильним і як правило пов'язане з сприйняттям жахливої картини загибелі і поранень інших людей.

Аналіз бойової діяльності різних категорій військовослужбовців показує, що основні психологічні труднощі викликають фактори реального бою, що надають пригноблюючий вплив на психіку воїна або ведуть до її перезбудження, а в подальшому і до зриву діяльності [1; 6; 7; 8; 9; 10].

У військовій психології прийнято виділяти дві основні групи стрес-факторів, що створюють ускладнення в діяльності військових спеціалістів:

- група «Х» - фактори, що надають безпосередній емоційний вплив на особистість військовослужбовця;

- група «У» - фактори, що надають опосередкований емоційний вплив, який залежить від його професійних можливостей.

До групи «Х» належить:

- небезпека (загроза). Небезпека сприймається як об'єктивно існуючий збіг обставин або предметів, загрозливих життю і здоров'ю людей. Кров, важкі поранення або смерть бойових товаришів, руйнування укриттів, будівель або бойової техніки, як правило, паралізує непідготовлену для холоднокрівного сприймання цього психіку людини. При цьому небезпека може бути реальною або уявною. Неадекватне сприймання небезпеки веде до помилок, до перенапруженості, до зриву діяльності. При цьому зростає загроза поразки від противника.

Військовими психологами ретельно досліджується характер впливу на бойову активність воїнів об'єму фізичних і психологічних втрат. Н.Н. Головін ввів навіть спеціальний термін "межа моральної гнучкості військ", під якою розумів їх здатність продовжувати бойові дії незважаючи на втрати. За його даними у війнах кінця XVIII і всього XIX віку середня межа моральної гнучкості військ оцінювалася в 25% кривавих втрат, після чого вони втрачали здібність до опору.

Американські фахівці в 80-х роках досліджували залежність поразки військ від рівня їх втрат в 80 операціях і боях Другої світової війни і арабо-ізраїльських конфліктах. Вони прийшли до висновку, що в середньому війська терплять невдачу (припиняють активні бойові дії) при втратах рівних 6% (4% в наступі і 8% - в обороні);

- зненацькість (несподіванка). Як правило, її ефективний вплив на психіку людей досягається по трьох основних параметрах: за часом, по місцю і за рішенням. Наприклад, ініціатива у виборі часу, місця удару, здійснення маневру належать противнику, діючому в зоні відповідальності підрозділу. Противник завжди прагне до створення новою, тобто нестандартної (незвичайної) для підрозділу ситуації;

- новизна (нестандартність) обстановки. Між гарантією прогнозу і реальним розвитком бойової ситуації, як правило, виявляється розрив, який є в бою джерелом дистреса. Причина цього бачиться в невідповідності між розумінням ситуації обличчям що приймає рішення і реальним її розвитком. Досвід бойових дій підрозділів у В'єтнамі і на Близькому Сході показав, що способи дій противника в ході війни змінюються періодично. У кожному конкретному бою застосовувалися окремі абсолютно нові елементи, прийоми, дії, які ставили командирів підрозділів в дуже складне положення, викликане чинником новизни;

- невизначеність. Це дефіцит або суперечність особистісно значущої інформації. Бойова обстановка, як правило, буває дуже невизначеною: цілей в смузі ведення бою багато, а інформації про них мало. До того ж, психологічні операції, що застосовуються противником знижують достовірність цієї інформації, підвищують її невизначеність. Не можуть виключити нестачу інформації про противника, техніці та бойові засоби. В засобах відображення інформації (мапа, таблиці, і та ін.) командир бачить лише сили противника, що відображаються у вигляді умовних позначок, таблиць і формулярів. За ними він повинен уявити собі весь реальний бойовий склад противника що діє в секторах вогню, що включає бойову

техніку і живу силу противника. У умовах застосування противником засобів радіоелектронної боротьби. Командир вимушений в бою оцінювати обстановку за порівняно неповної і недостатньої інформації про дії противника.

Невизначеність в бойовій діяльності командира створюється також у випадку, коли, наприклад, до району оборони наближаються з різних напрямів декілька угруповань і невідомо, які з них будуть завдавати удару, а які виконують імітаційно-відволікаючу роль.

За неповною і уривчастою інформацією командир повинен уміти прогнозувати картину майбутніх дій;

- відповідальність. Відповідальність за прийняте рішення і його виконання перед країною, перед старшим командиром, перед законом і моральними вимогами, перед підлеглим особовим складом;

- негативні емоційні реакції. Стрес (дистрес), страх, переляк, тривога, стан боязні, афективний жах;

- монотонія від надлишку часу. Монотонія в період тривалого очікування здатна дестабілізувати діяльність окремих воїнів, в тому числі і командирів, що володіють такими особливостями характеру, як: демонстративність, збудливість, гіпертимність, афективна екзальтованість;

- групова ізоляція. Вимушена самотність при виконанні бойових задач. Особливо важко переноситься екстравертами. За даними американського психолога Р.У.Сторма бойові можливості ізольованого від своїх військ підрозділу можна вважати наполовину втраченим в продовж 48 годин через зниження морального духу військовослужбовців;

- клаустрофобія. Групова ізоляція агорафобія замкненого, наприклад, в укритті при нанесенні ударів противником. Супроводиться неусвідомленим прагненням покинути це укриття, незважаючи, при цьому, на ще більш зростаючу загрозу безпеки;

- втомленість. Втома особового складу знижує боєздатність підрозділів. Відомо, що втома непомітна в перші дні, може раптово і гостро

виявитися в ході бойових дій. Через добу без сну різко знижується уявна діяльність людини, через двоє безсонних діб можливі грубі помилки в прийнятті рішення, імпульсивні дії, через троє діб без сну - людина знепритомніє.

За поглядами американських військових психологів порушення режиму сну є одним з основних чинників виникнення бойових психічних травм. Людина в стані неспанья якби акумулює втому. Тому контроль за відпочинком, сном особового складу повинен вестися постійно. Командири зобов'язані використовувати будь-яку можливість для обігріву воїнів в холодний час року, просушування одягу і спорядження.

Пропонується застосування спеціальних психотонізаторів, стимуляторів, транквілізаторів для оптимізації психічних станів військовослужбовців, зняття втоми, напруженості, страху. Пропонується чай з доданням трав: звіробою, м'яти, валеріана і ін. Також вживання глюкози. І це не випадково тому що глюкозу і навіть звичайний цукор можна розглядати як фармакологічні засоби. Вважається, що глюкоза і сахароза швидко засвоюються організмом, сприяють підвищенню активності, зниженню тривожності, пригніченості, поновленню енергетичних витрат, зняттю деяких больових відчуттів, поліпшенню нічного зору і т.ін.;

- дискомфорт - відсутність нормальних умов для життя і бойової діяльності. Порушення ритмів життєдіяльності (звичного чергування, активної діяльності, сну, відпочинку, їжі і та ін.), часта зміна кліматичних умов, погані погодні умови і ін.

До групи чинників «У» належать:

- дефіцит часу на оцінку обстановки, вироблення і прийняття рішень в умовах високої динаміки бою (при цьому ворог здійснює маневр). Час перебування цілей в зонах прийняття рішень і постановки завдань дуже малий. Адже навіть в спокійній і мирній обстановці, якщо людина кудись запізнюється або щось не встигає зробити, то при цьому відчуває психологічний дискомфорт. А в умовах психічної напруженості в бою цей

дискомфорт набуває пригноблююче значення;

- підвищення темпу дій. Це вимагає швидкості, як моторних дій, так і приймання рішень. При цьому ефективність майбутнього рішення може бути забезпечена на підставі випереджального відображення, передбачення назріваючих подій. Встановлено, що високо інтенсивні бойові дії сприяють швидкому наростанню перевтоми військовослужбовців і загальному зростанню психотравматизації приблизно в 1-2 рази в порівнянні з низько інтенсивними діями;

- крайня інтелектуальна складність рішень. Розкриття задуму дій противника є найбільш складною творчою роботою командира. Противник може діяти декількома угрупованнями. Тому в бойовій ситуації дуже важливо правильно оцінити: яке угруповання противника виконує відволікаючі і розвідувальні цілі, а яка ударні. Ніяк не можна піддаватися на провокацію відволікаючої групи, включитися в бойову діяльність за нею. Бо вона має своїм головним завданням розкрити систему розташування військ. При цьому буду забезпечена розвідувальна інформація реальне ударне угруповання, що наближається до наших позицій потайно;

- надлишок інформації. Є межі можливостей за одночасною обробкою певної кількості задач за одиницю часу. Але противник завжди нав'язує свою тактику і вирішує свої задачі різними силами, які можуть перевищувати можливості наших сил та засобів ведення бою. Командир в будь-якому випадку зобов'язаний продовжувати виконання бойових задач і будь-якою ціною перешкодити реалізації задумів противника;

- поєднання декількох видів діяльності одночасно:

- а) аферентні операції - сприймання інформації: отримання наказів і команд з вищестоящих КП засобами зв'язку, отримання інформації від начальників служб, представників авіаційних сил, взаємодіючих з дивізією (полком, бригадою) в зоні її відповідальності, від командирів підлеглих підрозділів і членів бойового розрахунку КП, від постів і рота по засобах зв'язку, від військ, що прикриваються і постів візуального спостереження

також засобами зв'язку або встановленими сигналами, контроль за результатами бойових дій;

б) логічні операції. Вони пов'язані з переробкою інформації, оцінка обстановки і прийняття рішення на постановку вогневих задач підрозділам (ціле-показання, ціле-розподілення);

в) еферентні операції. - пов'язані із здійсненням прийнятих рішень: ціле-показання, ціле-розподілення;

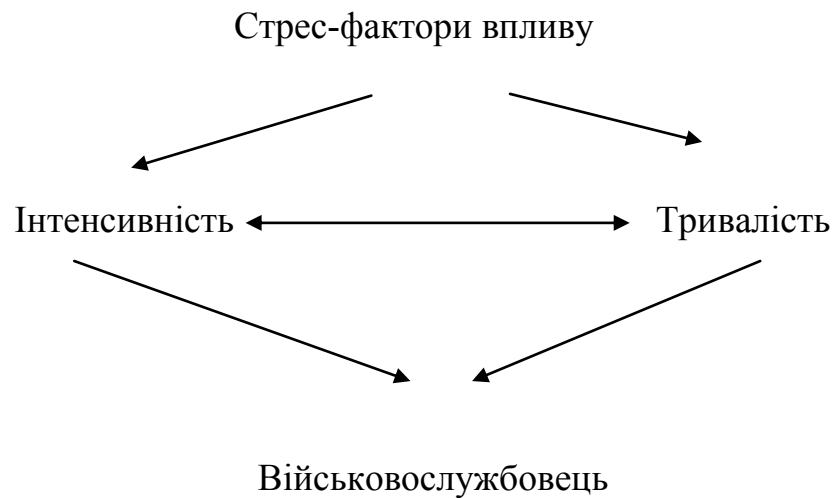
- ступінь злагодженості дій фахівців. членів бойового розрахунку КП і командирів підрозділів, що знаходяться у взаємодії.

Причини появи бойової психічної травми та її прояви у воїнів. Під час бойової діяльності, в військовослужбовців у результаті впливу факторів бойової обстановки можуть виникати порушення психіки, які ведуть до часткової або повної втрати їхнього бойового потенціалу [2; 3; 4; 5].

Психічні травми викликаються бойовим стресом, під яким розуміється багаторівневий адаптаційний процес в умовах бойової обстановки, який супроводжується напруженою механізмів саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Зв'язані з бойовим стресом функціональні порушення (бойові стресові розлади) включають широкий спектр станів розладів психічної діяльності - від короточасних психологічних реакцій до реакцій прикордонних станів і стійких хворобливих процесів.

Бойова психічна травма - це патологічний стан центральної нервової системи, що формується у наслідку бойового стресу і перевищує адаптаційний потенціал людини. Відбувається порушення психічної діяльності людини щодо об'єктивного відображення дійсності під впливом стрес-факторів зовнішнього середовища (часткова втрата зору, слуху, пам'яті, адекватного сприйняття, ступор, емоційний шок тощо). Орієнтовний процес появи і розвитку бойової психічної травми наданий на схемі 1.

Схема 1.

Схема появи і розвитку бойової психічної травми

Зміст бойової психічної травми полягає у включенні патопсихологічних механізмів регуляції гомеостазу, накопиченні морфологічних змін в структурах центральної нервової системи, наростанні специфічної дисгармонії особистості і готовності до психопатологічного синдромостворення. Пов'язані з бойової психічної травмою функціональні порушення (бойові стресові розлади) включають широкий спектр станів дезінтеграції психічної діяльності - від короточасних дизадаптивних реакцій передпатологічного передсиндромального регістра до стійких, нозологічно склавшихся хворобливих процесів.

Бойова психічна патологія це синдромально і нозологічно структуровані клінічні прояви бойової психічної травми, виникнення яких обумовлено зривом компенсації і генералізації патогенетичного механізму.

Специфіка бойової психічної травми вимагає упровадження обґрунтованих методів її діагностики, лікування і реабілітації потерпілих, внесення відповідних коректив в програми підготовки фахівців, здатних як в мирний, так і у військовий час виконувати весь широкий комплекс задач психопрофілактики.

Зміст психічної травми зовсім не обов'язково включає компонент події, що відбувся. Визначаючим є інформаційно-семантичний аспект психотравми, що полягає в когнітивній негативній оцінці ситуації як вже існуючої, так і прогнозованої, але від цього не менше емоційно обтяжливої.

Тому до категорії бойової психічної травми, повинні бути віднесені і зміни психічного стану у військовослужбовців, які чекають відправлення в район бойових дій. В цих випадках часто спостерігаються різноманітні стресові реакції, які починаються з елементарних психо вегетативних і закінчуються розгорненими картинами психічних розладів.

Бойові психічні травми неминуче супроводжуються іншими видами бойових травм, наприклад, хірургічних. Звичайно, психопатична симптоматика розвивається не у всіх поранених. Але те з них, у яких вона отримала свій розвиток повинні підлягати своєчасному лікуванню. Тому всебічний прогноз санітарних втрат психіатричного профілю повинен обов'язково проведений з урахуванням і таких категорій уражених.

Приведений список симптомів не вичерпує їх переліку. В кожному випадку конкретні прояви БПТ багато в чому залежать від умов бою, індивідуально-психологічних і групових особливостей особового складу і т.д.

Такі психічні розлади стали вивчати психіатри. У різний час психічні розлади бойової обстановки позначали термінами "травматичний невроз", "військовий психоневроз", "бойова втома" та ін. Розвиток навчання про клініку і патогенез психічних розладів воєнного часу нерозривно зв'язано з іменами В.М.Бехтерева, П.Б.Ганнушкина, А.В.Гервера, В.А.Гіляровського, Ф.И.Іванова, Б.П.Осипова, С.А.Суханова, Г.Е.Сухаревой, Е.А.Шевалева, Г.Е.Шумкова і цілого ряду інших видатних психологів і психіатрів.

В останні роки в закордонній і вітчизняній практиці психічні розлади воєнного часу розглядають через призму "бойових стресових розладів". На Україні питання бойової патології вивчаються на кафедрі психології Національної академії оборони України, а також кафедрі військової терапії за курсом психіатрії Української військово-медичної академії.

Бойові психічні травми в 3-4 рази збільшують психічну захворюваність в армії і на 10-50% послаблюють боєздатність військовослужбовців збройних сил. В даний час прийнято вважати, що в умовах сучасної війни питома вага захворювань психоневрологічного профілю складе близько 10% загального числа хворих. Середньодобові санітарні втрати за рахунок гострих реактивних станів можуть скласти не менш 0,1-0,2% від чисельності військ, по яких застосовуються або можуть бути застосовані засоби масової поразки [4]. Крім того, бойові стресові розлади спостерігаються в 20-30% потерпілих хірургічного і терапевтичного профілів.

Сучасні бойові дії характеризуватимуться ні з чим не порівнянними втратами людей. Саме в цих умовах особливо гостро встануть питання поповнення особового складу. Одним з головних джерел такого поповнення може бути повернення до підрозділів певних контингентів уражених в боях після їх реабілітації.

Під санітарними втратами психоневрологічного профілю слід розуміти хворих і уражених різними видами зброї, у яких єдиним або провідним синдромом хворобливого стану, захворювання (ураження) є нервово-психічні порушення.

Серед них буде немало комбінованих поразок (поєднання легких травм, опіків, поразок отруйними речовинами, проникаючою радіацією з психозами, гострими реактивними станами, закритою травмою головного мозку і т.д.).

Умовний розрахунок втрат психоневрологічного профілю у відсотках до загального числа санітарних втрат поданий у таблиці 5.

За висновками фахівців, переважне число санітарних втрат психоневрологічного профілю в сучасному бою буде представлено наступними трьома групами уражень (захворювань):

1. Гострі реактивні стани;
2. Закрита травма мозку;
3. Нервово-психічні розлади при ураженні отруйними речовинами.

Експерти вважають, що значні втрати в живій силі за рахунок бойових психічних травм на фоні втрат пораненими і убитими негативно позначаються на боєздатності військ, створюють значне навантаження на різні етапи медичної допомоги, причому, в основному, в зоні бойових дій.

Відзначена пряма залежність числа випадків і важкості симптомів бойових психічних травм від тривалості і напруженості бою, а також від вражаючої дії використаної ворогом зброї.

В цілому, цей вид санітарних втрат набуває найбільше поширення там, де вище бойове навантаження на особовий склад, сильніше відчуються фактори стресу, вірогідніше реальна (або передбачувана) небезпека отримати поранення або бути убитими.

У міру накопичення емпіричного та теоретичного матеріалу з цієї проблеми у 80-х роках XX століття виникла нова галузь психологічної науки – психологія травматичного стресу. Найбільшого поширення та розвитку вона набула у США, Великій Британії, Франції, Ізраїлі, а згодом і в Росії. Від тоді стресові наслідки почали вивчати не взагалі, а як наслідки бойового стресу, які виникають безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після певного періоду часу. Було встановлено, що виникненню бойових психічних травм сприяють.

А). Психічне перевантаження воїнів у бойовій обстановці:

- постійна реальна загроза життю;
- жорстка відповідальність за виконання бойового завдання;
- недостатність і невизначеність інформації що надходить;
- дефіцит часу під час ухвалення рішення;
- невідповідність рівня військово-професійної підготовленості особистості воїна реальним умовам бойової діяльності;
- негативна психологічна установка воїна до дій у бойових умовах;
- кумулятивний і індуційований варіант перебігу реакцій у групах людей, наприклад, миттєве поширення паніки серед воїнів;
- повна, або часткова ізоляція воїнів від основних сил тощо та ін.

Б). Бойові, фізіологічні перевантаження:

- фізичне виснаження в результаті перенапруження та порушення режиму харчування;

- порушення режиму сну;

В). Умови бойової діяльності:

- виконання розпорядку дня і дисциплінарних вимог;

- організація побуту, забезпечення потреб і запитів воїнів;

- незвичні умови служби та бойових дій (клімат, погода, місцевість);

- переживання особистого характеру.

Знання цих причин практично визначає основні напрями роботи з психогігієни, психопрофілактики та психологічну реабілітацію воїнів.

Наприклад, за американськими даними, 30% усіх ветеранів В'єтнамської війни мали виражені пост-травматичні стресові реакції протягом всього їхнього життя. На 1988 рік у 15,2% ветеранів-чоловіків і 8,5% жінок було зареєстровано пост-травматичні стресові розлади. Серед національних меншин ці відсотки більші: 27,9% серед іспаномовних ветеранів, 20,6% - ветеранів негритянського походження. Досвід В'єтнамської війни був використаний під час підготовки американських військ у Перський затоці.

У зв'язку з цим, усі стрес-фактори, які викликають бойові психічні травми, американськими вченими були поділені на три групи:

- стресори бойової обстановки (загроза життю, отримання поранень) що діють на військовослужбовців, які приймають участь у спеціальних підрозділах і виконуючих бойові завдання на теренах ворога;

- не бойові стресори бойової обстановки (смерть солдат ворога, страх перед застосуванням ворогом ракетних ударів або атак з використанням хімічної та біологічної зброї, очікування наземних бойових дій, загальні негативні умови життєдіяльності у пустелі та ін.);

- стресори, що пов'язані з відправкою у зону бойових дій (ізоляція від родини, близьких, друзів, товаришів по службі. Особливо це стосується

військовослужбовців, які призвані із запасу).

В наслідок дії цих стрес-факторів, у воїнів виникають труднощі у функціонуванні психіки. Можна навести таку психологічну кваліфікацію розладів їхньої психіки у бойових умовах:

1. Розлади психіки, провідною ознакою яких є фобія – патологічний страх, характерними симптомами якого є серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок тіла, мимовільне відділення сечі та калу, параліч кінцівок, заїкання, німота).

Можна виділити три основні клінічні форми страху:

- рухова – виявляється у неконтрольованих діях і рухах, наприклад втеча від небезпеки;

- ригідна – виявляється пасивністю, недостатності миміки, байдужості, окляканні;

- прихована – виявляється у гарячковій пасивності, безглуздій активності, які призводять до зриву виконання бойового завдання, у штабах така форма активності паралізує результативну роботу, породжує протилежні накази, розпорядження тощо.

Колективною формою страху є паніка – стан масового страху перед реальною або уявною небезпекою яка нарастає в процесі взаємної індукції, що блокує здатність воїнів реально оцінювати обстановку, мобілізацію вольових ресурсів і організацію спільних цілеспрямованих дій.

2. Бойовий шок і бойове стомлення. Бойовий шок має три стадії:

- перша розвивається протягом кількох годин, діб і характеризується почуттям тривоги, що поступово зростає страхом і погіршенням настрою.

- друга, це гостра стадія – продовжується від кількох днів, до кількох тижнів. Виявляється розвитком психосоматичних порушень невротичного характеру;

- третя (хронічна стадія) – характеризується тривалою, психічною, декомпенсацією із змінами особистості.

Під бойовим стомленням розуміють психічні розлади, які

виникають у воїнів через кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

3. В окрему групу можна виділити так звані посттравматичні стресові реакції (ПТСР), що виникають після деякого часу. Пост-травматичний синдром включає групу психічних розладів, які виникають внаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта „витіснити” із свідомості найбільш несприятливі епізоди.

Основні форми прояву пост-травматичного синдрому:

- ослаблення пам'яті і труднощі конкретизації уваги, постійна підвищена настороженість, думки про самогубство, почуття постійної стомленості, неспроможність концентрувати увагу, труднощі засипання і порушення сну;

- частково або повна соціальна дезадаптація, зловживання алкоголем, прийом наркотиків, головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади, спалахи гніву і агресії по відношенню до інших людей або предметів;

- сни і нав'язливі спогади, що повторюються, про психотравмуючі події, які іноді асоціюються із якими-небудь вчинками, подіями;

- прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, які можуть нагадати психотравмуючих обставинах; нездатність відтворити в пам'яті події, супутні психотравмуючій ситуації; втрата інтересу до значущих раніше форм життєдіяльності (наприклад, до спорту); відчуття "укороченого майбутнього", нездатність до співпереживання з іншими людьми, до сімейного життя.

За важкістю можна класифікувати такі бойові психічні травми:

- легкого ступеня (I ст.) – виявляються в надмірній дратівливості, замкненості, втрати апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності (короткочасні психологічні реакції);

- середнього ступеня (II ст.) – характеризується легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, страхом;

- важкого ступеня (III ст.) – характеризується порушеннями слуху, зору, координацією рухів і психомоторними розладами від безглуздя вчинків до розвитку ступору.

Втрати особового складу підрозділів мають наступний розподіл (Див. Табл.1).

Таблиця 1.

Розподіл втрат особового складу підрозділів

Фізичні втрати:

Санітарні		Безповоротні
Психогенні	Поранені - психогенні	
I ступінь БПТ (короткочасні психологічні реакції)	I ступінь БПТ (короткочасні психологічні реакції)	
II, III ступінь БПТ	II, III ступінь БПТ	

Наданий розподіл дозволяє:

- зробити розподіл потоку поранених і травмованих у медичні осередки і заклади;

- на основі використання можливостей сучасної психології і психіатрії прискорити повернення військовослужбовців з реактивними станами до своїх підрозділів і таким чином більш раціонально використовувати бойовий потенціал військовослужбовців.

Таким чином, БПТ є наслідком сильного переживання воїном стрес-факторів бойової обстановки і викликають тимчасовий розлад психіки, що приводить до часткової або повної втрати боєздатності. Повністю уникнути БПТ серед військовослужбовців в бойовій обстановці неможливо, проте за допомогою психопрофілактичних заходів, через своєчасне надання психологічної допомоги можна понизити відсоток психогенних втрат.

Література

1. Блінов О.А. Психогенні розлади у військовослужбовців та їх прогнозування. Збірник наукових статей ад'юнктів і здобувачів кафедр КВГІ. - К.: КВГІ, 1996. - С. 3-21.
2. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В. О становлении системы психиатрической помощи военнослужащим в условиях боевых действий //Воен.-мед. журн. - 2002. - № 2. - С. 9-17.
3. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умов. Методичні рекомендації. Військова частина А 0515, Нац. універ. фізич. вихов. і спорту України. Методичні рекомендації. Київ. 2003. – 145 с.
4. Блінов О.А. Прогнозування психогенних втрат // Зб. наукових праць КВГІ. – К.: КВГІ, 1998. – № 1 (6). - С. 9-15.
5. Блінов О.А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. – К.: НАОУ, 2006. – 88 с.
6. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Оказание психиатрической помощи военнослужащим в военное время //Воен.-мед. журн. – 1997. - №6. - С. 12-16.
7. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы //Воен.-мед. журн. – 1997. - №4. - С. 22-26.
8. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Снедков Е.В. Особенности организации психиатрической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. //Воен.-мед. журн. – 1995. - №6. - С. 18-23.
9. Стасюк В.В. Система соціально-психологічного забезпечення функціонування військових підрозділів в умовах збройних конфліктів: Монографія. - К.: НАОУ, 2005. – 322 с.
10. Сыропятов О.Г. с участием Ревенка А.А., Яновского С.С. Избранные

лекции по психиатрии войн и катастроф /Под ред. А.И.Щербака. – К.: Изд. Украинской военно-медицинской академии, 1999. – 108 с.

In the article is indicated, that always labour of servicemen is related to the danger for the life, by considerable influence of stress-factors on their psyche. Cost of this danger, influencing of stress-factors at everybody individual, at the surplus loading on the psyche of warrior this influencing can result in psychical disorders.

Keywords: battle psychical trauma, battle stress, battle shock, battle fatigue, battle stress disorders, posttravmatichni stress reactions, stress-factors, disorders of psyche, fear, panic, psychical overload of warriors, sanitary losses of psihonevrologichnogo type.

В статье указывается, что всегда труд военнослужащих связан с опасностью для жизни, значительным влиянием стресс-факторов на их психику. Цена этой опасности, влияния стресс-факторов у каждого человека индивидуальная, при избыточной нагрузке на психику воина это влияние может привести к психическим расстройствам.

Ключевые слова: боевая психическая травма, боевой стресс, боевой шок, боевая усталость, боевые стрессовые расстройства, посттравматические стрессовые реакции, стресс-факторы, расстройства психики, страх, паника, психическая перегрузка воинов, санитарные потери психоневрологического профиля.