

Клініко-психологічний аналіз станів психологічної дезадаптації у військослужбовців державної прикордонної служби України

Михайло Черняєв

Харківська Медична Академія Післядипломної Освіти

Мета роботи. Мета роботи - здійснити клініко-психологічний аналіз станів психологічної дезадаптації у військослужбовців Державної Прикордонної Служби України, які брали участь у бойових діях.

Контингент і методи дослідження. За умови інформованої згоди, на базі Госпіталю Державної Прикордонної Служби України, було обстежено 159 військовослужбовців (ВС) Державної прикордонної служби України (ДПС), які брали участь у бойових діях. Комплексне обстеження включало використання клініко-психологічного і психодіагностичного методів.

Результати дослідження. З загальної кількості обстежених, у 103 респондентів (64,7%) були виявлені окреслені ознаки психологічної дезадаптації (ПДА) різної інтенсивності (основна група, ОГ), у 56 осіб (35,3%) - одиничні окремі ознаки ПДА (група порівняння, ГП). До ОГ було включено 69 осіб (43,4%) зі сформованими симптомами ПДА, що, за рекомендацією авторів методики, трактувалось нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості, та 34 особи (21,4%), в яких було встановлено наявність окресленої дезадаптивної симптоматики, почасти, синдромологічної оформленості. До ГП, відповідно, увійшли 52 респонденти (32,7%), які мали окремі поодинокі ознаки ПДА, що вказувало на донозологічну вираженість й несформованість її симптомів, а також 4 особи (2,5%) з відсутніми наявними ознаками ПДА.

В ході роботи була встановлена наявність широкого спектру патопсихологічних та негативних соціально-психологічних феноменів, асоційованих з ПДА у ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях. Серед основних проявів - наявність афективних розладів рівня легкої депресії (субдепресії), коморбідних проявів аддиктивної поведінки на рівні ризикованого або шкідливого вживання алкоголю, тютюну, кави (чаю), каннабіоїдів, седативних і стимулюючих препаратів, переїдання, перегляду телевізійних передач, користування інтернетом, комп'ютерними та азартними іграми, а також зниження рівню загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя.

Висновок. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів для ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях.

Актуальність

Однією з проблем, з якими стикаються країни, які проводять військові операції, є психологічні наслідки участі в бойових діях, що розвиваються як відповідь на потужне джерело травматичного досвіду екс-комбатантів [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Станом на теперішній час в Україні

налічується майже 370 тисяч учасників бойових дій, серед яких співробітники Державної прикордонної служби України займають окреме місце [8].

Охорона державного кордону є особливим видом правоохоронної діяльності, який передбачає наявність значного кола екстремальних чинників, таких як реальна або можлива загроза життю і здоров'ю; фізичні, психологічні перевантаження; дефіцит необхідної інформації для прийняття рішення; невизначеність ситуації; динамічна зміна обстановки; конфлікти; погрози; кризи; стреси; дефіцит часу; очікування; різкий перехід від монотонної діяльності до динамічної; суттєво завищені вимоги [9, 10, 11].

Однак, не дивлячись на те, що перебування в кризовій ситуації є частиною професійної діяльності прикордонника, участь у бойових діях або охорона державного кордону в умовах бойових дій, є надзвичайними й надсильними стресовими чинниками [8, 12, 13], які у значній кількості випадків формують у індивіда патологічну відповідь псевдоприспособлення, що, в рамках концепції «передхвороби», проявляється у вигляді проявів постстресової психологічної дезадаптації, різноманітних за клінічною варіативністю й інтенсивністю [14, 15, 16].

Безперечно, на теперішній час дослідниками країн, що мають досвід участі у військових конфліктах, насамперед, Ізраїлю, Хорватії, США та України, розроблені теоретичні аспекти і практичні питання щодо виникнення, попередження і усунення патологічних проявів дезадаптивного реагування на участь у бойових діях як фактор наднормового травматичного стресу, проте, тенденція до персоніфікації будь-яких лікувально-реабілітаційних втручань, що панує зараз у світовій медицині, диктує необхідність розробки питань диференційованих підходів до роботи з окремими специфічними групами, що мають патогномонічні особливості діяльності, на відміну від загальної популяції.

Мета роботи

Мета роботи - здійснити клініко-психологічний аналіз станів психологічної дезадаптації у військослужбовців Державної Прикордонної Служби України, які брали участь у бойових діях.

Контингент і методи дослідження

За умови інформованої згоди, на базі Госпіталю Державної Прикордонної Служби України, було обстежено 159 військослужбовців (ВС) Державної прикордонної служби України (ДПС), які брали участь у бойових діях.

Комплексне обстеження включало використання клініко-психологічного і психодіагностичного методів.

Скринінг психічного стану здійснювали з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча (1992), а поглиблений аналіз стану психоемоційної сфери здійснювали за допомогою шкали А. Бека BDI (за В. С. Підкоритовим, 2003). Адиктивний статус екс-комбатантів оцінювали, застосовуючи батарею AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського (І. В. Лінський зі співавт., 2009). Для отримання об'єктивної картини щодо індивідуально-психологічних ресурсів респондентів, вивчали їх життєстійкість (Д. А. Леонтьев, Е. І. Рассказова, 2006). Про особливості соціально-психологічної адаптації та психосоціального функціонування судили за результатами застосування методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонд (за Д. І. Райгородським, 2001), та методики оцінки якості життя Н. Mezzich в адаптації Н. О. Марути (2004).

Статистична обробка результатів дослідження включала використання пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel). Для перевірки

статистичних гіпотез застосовано параметричні і непараметричні статистичні методи.

Результати та їх обговорення

За даними скринінгу стану психічної сфери, з загальної кількості обстежених, у 103 респондентів (64,7%) були виявлені окреслені ознаки психологічної дезадаптації (ПДА) різної інтенсивності (основна група, ОГ), у 56 осіб (35,3%) – одиничні окремі ознаки ПДА (група порівняння, ГП) (Табл. 1). Отже, до ОГ було включено 69 осіб (43,4%) зі сформованими симптомами ПДА, що, за рекомендацією авторів методики, трактувалось нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості, та 34 особи (21,4%), в яких було встановлено наявність окресленої дезадаптивної симптоматики, почасти, синдромологічної оформленості. До ГП, відповідно, увійшли 52 респонденти (32,7%), які мали окремі поодинокі ознаки ПДА, що вказувало на донозологічну вираженість й несформованість її симптомів, а також 4 особи (2,5%) з відсутніми наявними ознаками ПДА.

| Амплітуда вираженості психологічної дезадаптації | Обстежені, n=159 | |
|---|------------------|------|
| | Абс. к. | % |
| Відсутність наявних ознак психологічної дезадаптації, < 20 балів | 4 | 2,5 |
| Нервово-психічна нестійкість, окремі ознаки психологічної дезадаптації, 21 - 30 балів | 52 | 32,7 |
| Висока вірогідність психологічної дезадаптації, невротизація, 31 - 40 балів | 69 | 43,4 |
| Виражена психологічна дезадаптація, ≥41 бала | 34 | 21,4 |

Таблиця 1. Загальний розподіл обстежених за вираженістю ознак ПДА

Дослідження особливостей адиктивної поведінки з використанням комплексу AUDIT-подібних тестів виявило ряд важливих закономірностей (Табл. 2).

| Адиктивний об'єкт | Групи пацієнтів | | p |
|--------------------|-----------------|-------------|-------|
| | ОГ, n=103 | ГП, n=56 | |
| AUDIT | 7,73±6,32 | 5,50±6,90 | <0,05 |
| SPORT-UDIT | 6,17±5,59 | 9,09±6,54 | <0,01 |
| FOOD-UDIT | 7,52±7,14 | 5,20±6,99 | <0,05 |
| SEX-UDIT | 4,88±4,65 | 6,75±4,36 | <0,01 |
| WORKING(EDU)-UDIT | 5,01±2,89 | 6,29±3,33 | <0,01 |
| TV-UDIT | 9,20±2,53 | 7,20±4,30 | <0,05 |
| INTERNET-UDIT | 8,81±1,90 | 6,54±4,36 | <0,05 |
| GAMBLING-UDIT | 7,19±5,87 | 5,64±6,15 | <0,05 |
| COMP-UDIT | 9,65±2,53 | 6,80±5,11 | <0,05 |
| SHOPPING-UDIT | 2,76±1,99 | 2,02±2,14 | <0,01 |
| READING-UDIT | 1,76±1,58 | 2,25±1,31 | >0,05 |
| TOBACCO-UDIT | 15,32±7,51 | 13,00±11,84 | >0,05 |
| COFFEE (TEA)-UDIT | 8,31±4,30 | 5,04±4,68 | <0,01 |
| CANNABIS-UDIT | 6,73±6,10 | 2,48±2,66 | <0,01 |
| SOLVENTS-UDIT | 0,00±0,00 | 0,00±0,00 | >0,05 |
| SEDATIVE-UDIT | 7,71±7,17 | 4,59±4,61 | <0,01 |
| STIMULANT-UDIT | 4,67±2,91 | 3,14±3,22 | <0,01 |
| OPIATE-UDIT | 0,00±0,00 | 0,00±0,00 | >0,05 |
| PSYCHODELICS -UDIT | 0,00±0,00 | 0,00±0,00 | >0,05 |

Таблиця 2. Показники за AUDIT-подібними тестами у військовослужбовців ДПС України, які брали участь у бойових діях

У ВС ДПС з ознаками ПДА були виявлені ознаки ризикованого надмірного вживання алкоголю, на межі безпечного вживання (показник незначно перевищує 7 балів: $7,73 \pm 6,32$ балів), тоді як у ВС ДПС без ознак ПДА показник за тестом відповідав безпечному вживанню (дещо ближче до верхньої межі норми: $5,50 \pm 6,90$ балів). Розбіжності у показниках між групами ВС з ПДА та без ПДА статистично значущі ($p < 0,05$). Загалом, серед обстежених ВС не було виявлено випадків небезпечного вживання алкоголю зі шкідливими наслідками і залежного стану (у жодного з обстежених показник за тестом не перевищував 15 балів), хоча ознаки ризикованого надмірного вживання алкоголю були виявлені більш ніж у половини ВС з ознаками ПДА (55 осіб або 53,4%) і у 22 (39,3%) ВС без ознак ПДА.

Зворотна ситуація виявлена із залежністю від спортивних занять: цей варіант адиктивної поведінки виявився більш притаманним ВС без ПДА. Показник у цій групі відповідає помірному рівню адикції ($9,09 \pm 6,54$ балів), а у ВС з ознаками ПДА - наближається до межового рівня норми ($6,17 \pm 5,59$ балів); розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$).

Залежність від їжі більшою мірою виявилася більш поширеною серед ВС з АД, показник незначно перевищує межу норми ($7,52 \pm 7,14$ балів), тоді як у ВС без ознак ПДА відповідає нормі ($5,20 \pm 6,99$ балів); розбіжності у показниках статистично значущі ($p < 0,05$).

Ознак залежності від сексу в обох групах не виявлено; кількісний показник виявився значуще ($p < 0,01$) більшим у ВС без ознак ПДА: $6,75 \pm 4,36$ балів проти $4,88 \pm 4,65$ балів у ВС з ознаками ПДА.

Аналогічно, рівень показників за тестом WORKING(EDU)-UDIT, що виявляє залежність від роботи (навчання) в обох групах в межах норми, при цьому у ВС без ознак ПДА він значуще ($p < 0,01$) більший, ніж у ВС з ознаками ПДА: $6,29 \pm 3,33$ балів проти $5,01 \pm 2,89$ балів.

Натомість, ознаки залежності від перегляду телевізійних передач більшою мірою виражені у ВС з ознаками ПДА (рівень відповідає помірній залежності: $9,20 \pm 2,53$ балів проти $7,20 \pm 4,30$ балів, $p < 0,05$).

Схожа картина має місце і щодо Інтернет-залежності: у ВС з ознаками ПДА виявлено помірний рівень залежності: $8,81 \pm 1,90$ балів, тоді як у ВС без ознак ПДА показник був значуще ($p < 0,05$) меншим і склав $6,54 \pm 4,36$ балів.

Показник ігрової залежності у ВС з ознаками ПДА склав $7,19 \pm 5,87$ балів, що відповідає верхній межі норми / нижній межі помірної залежності, тоді як у ВС без ознак ПДА показник в межах норми: $5,64 \pm 6,15$ балів, що значуще менше, ніж у ВС з ознаками ПДА ($p < 0,05$).

Аналогічно, у ВС з ознаками ПДА було виявлено помірний рівень комп'ютерної залежності (показник $9,65 \pm 2,53$ балів), тоді як у ВС без ознак ПДА показники в межах норми, ближче до верхньої межі ($6,80 \pm 5,11$ балів), що значуще ($p < 0,05$) менше, ніж у ВС з ознаками ПДА.

Показники залежності від нав'язливих закупівель (патологічного шопінгу) в обох досліджених групах виявилися незначними, і відповідали нормі; при цьому у ВС з ознаками ПДА вони були вищими ($2,76 \pm 1,99$ балів проти $2,02 \pm 2,14$ балів, $p < 0,01$).

Значущих розбіжностей у залежності від читання в обох досліджених групах не виявлено, при цьому показники відповідають низькому рівню ($1,76 \pm 1,58$ балів і $2,25 \pm 1,31$ балів відповідно, $p > 0,05$).

Також не було виявлено значущих розбіжностей у залежності від тютюнопаління, однак,

показники в обох групах високі, і відповідають помірного рівню залежності: відповідно $15,32 \pm 7,51$ балів і $13,00 \pm 11,84$ балів ($p > 0,05$).

Залежність від кави (чаю) помірного рівня була виявлена у ВС з ознаками ПДА (показник склав $8,31 \pm 4,30$ балів), а у ВС без ознак ПДА показник був в межах норми ($5,04 \pm 4,68$ балів) і значуще ($p < 0,01$) меншим.

У ВС з ознаками ПДА було виявлено значуще ($p < 0,01$) більш часте вживання каннабіоїдів, ніж у ВС без ознак ПДА, хоча середній показник в обох групах відповідає нормальним значенням ($6,73 \pm 6,10$ балів і $2,48 \pm 2,66$ балів відповідно).

У ВС з ознаками ПДА виявлено деяке перевищення нормального рівня за залежністю від вживання седативних препаратів ($7,71 \pm 7,17$ балів проти $4,59 \pm 4,61$ балів), $p < 0,01$.

Також ВС з ознаками ПДА значуще частіше вживають стимулятори у порівнянні з ВС без ознак ПДА, однак, кількісні показники за цією адикцією є невисокими і не перевищують середньонормативних значень ($4,67 \pm 2,91$ балів і $3,14 \pm 3,22$ балів відповідно, $p < 0,01$).

Серед обстежених ВС не було виявлено осіб із залежністю від розчинників, опіатів та психоделічних препаратів.

При інтерпретації наведених даних слід мати на увазі, що обидві групи були представлені учасниками бойових дій, що також могло впливати на наявність та виразність різних видів адикцій.

Цікаві результати були одержані при інтерпретації результатів дослідження рівня депресії у ВС ДПС, які брали участь у бойових діях (Табл. 3).

| Показник | Групи пацієнтів | | p |
|--------------------------------|------------------|-----------------|----------|
| | ОГ, n=103 | ГП, n=56 | |
| Загальна оцінка за шкалою Бека | $13,02 \pm 5,54$ | $8,84 \pm 7,30$ | $< 0,01$ |
| Когнітивно-афективна сфера | $8,31 \pm 3,84$ | $5,89 \pm 5,02$ | $< 0,01$ |
| Соматизація проявів депресії | $4,71 \pm 2,48$ | $2,95 \pm 2,77$ | $< 0,01$ |

Таблиця 3. Показники за шкалою депресії Бека у військовослужбовців ДПС України, які брали участь у бойових діях

Загальний рівень депресії у ВС з ознаками ПДА відповідав рівню легкої депресії (субдепресії) – понад 9 балів, і склав $13,02 \pm 5,54$ балів, а у ВС без ознак ПДА, хоча й не перевищували межі норми, але були близькими до граничного значення: $8,84 \pm 7,30$ балів. Розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,01$). У ВС з ознаками ПДА також було виявлено значуще вищі показники за когнітивно-афективною шкалою ($8,31 \pm 3,84$ балів проти $5,89 \pm 5,02$ балів у ВС без ознак ПДА, $p < 0,01$) та за субшкалою соматичних проявів депресії ($4,71 \pm 2,48$ балів проти $2,95 \pm 2,77$ балів відповідно, $p < 0,01$).

Група ВС з ознаками ПДА характеризувалася нижчими показниками життестійкості порівняно з ВС без ознак ПДА. При цьому слід зазначити, що кількісні показники як життестійкості в цілому, так і її окремих складових (залученості, контролю та прийняття ризику) у обох досліджених групах є нижчими за середньонормативні показники (Табл. 4).

| Показник | Групи пацієнтів | | p |
|-------------|------------------|------------------|----------|
| | ОГ, n=103 | ГП, n=56 | |
| Залученість | $25,54 \pm 9,72$ | $29,86 \pm 9,49$ | $< 0,01$ |

| Показник | Групи пацієнтів | | p |
|------------------|-----------------|-------------|-------|
| | ОГ, n=103 | ГП, n=56 | |
| Контроль | 24,20±6,63 | 26,68±6,92 | <0,05 |
| Прийняття ризику | 11,83±3,28 | 12,59±4,42 | >0,05 |
| Життєстійкість | 61,57±18,03 | 69,13±19,04 | <0,05 |

Таблиця 4. Показники за шкалою життєстійкості у ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях

Показник залученості, що характеризує переконання індивіда у тому, що його участь у подіях приносить йому максимальну користь та ресурс, у досліджених ВС виявився низьким, що свідчить про наявність почуттів відторгнення, відчуження від життя, неспроможність повною мірою насолоджуватися власною діяльністю. При цьому у ВС з ознаками ПДА показник залученості був значуще нижчим, ніж у ВС без ознак ПДА: 25,54±9,72 балів проти 29,86±9,49 балів (p<0,01).

Показник контролю, що проявляється переконанням індивіда у тому, що втручання в події і боротьба з обставинами дає можливість змінити хід подій і досягти бажаного результату, у обстежених також виявився невисоким, що може розглядатися як прояви відчуттів безпорадності, відсутності можливості впливати на хід подій і схильності «плисти за течією». Це показник у ВС з ознаками ПДА також є значуще меншим, ніж у ВС без ознак ПДА: 24,20±6,63 балів проти 26,68±6,92 балів (p<0,05).

У ВС з ознаками ПДА також дещо нижчим виявився показник прийняття ризику – переконання у тому, що різноманітні події є джерелом розвитку через надбання життєвого досвіду, і позитивного, і негативного, хоча ці розбіжності статистично не значущі: 11,83±3,28 балів проти 12,59±4,42 балів (p>0,05).

Загальний показник життєстійкості, що розглядається як екзистенційна характеристика, яка дозволяє індивіду менше залежати від ситуативних переживань, долати тривогу та ефективно функціонувати в ситуаціях невизначеності, у ВС з ознаками ПДА був значуще (p<0,05) нижчим, ніж у ВС без ознак ПДА: 61,57±18,03 балів проти 69,13±19,04 балів. Невисокі показники життєстійкості свідчать про високий рівень залежності обстежених ВС від поточних переживань і схильність до підвищеної тривожності та недостатньо ефективного функціонування в умовах невизначеності.

У обстежених ВС в цілому виявлені помірні показники ЯЖ, як в цілому, так і за окремими сферами. При цьому ВС з ознаками ПДА виявили гірший рівень ЯЖ яка за всіма окремими сферами, так і в цілому ([Табл. 5](#)).

| Сфера якості життя | Групи пацієнтів | | p |
|--|-----------------|------------|-------|
| | ОГ, n=103 | ГП, n=56 | |
| Суб'єктивне благополуччя/задоволеність | 14,60±4,54 | 17,04±6,43 | <0,05 |
| Виконання соціальних ролей | 24,37±6,55 | 27,71±8,00 | <0,01 |
| Зовнішні життєві умови | 24,38±2,93 | 25,59±3,36 | <0,05 |
| Показник якості життя | 6,33±1,39 | 7,03±1,77 | <0,05 |

Таблиця 5. Показники за шкалою якості життя Mezzich в адаптації Н. О. Марути у ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях

Так, показник за сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності у ВС з ознаками ПДА склав 14,60±4,54 балів, у ВС без ознак ПДА – 17,04±6,43 балів (p<0,05), за сферою виконання соціальних ролей – відповідно 24,37±6,55 балів і 27,71±8,00 балів (p<0,01), за сферою зовнішніх життєвих умов – відповідно 24,38±2,93 балів і 25,59±3,36 балів (p<0,05). Загальний показник якості життя у ВС з ознаками ПДА склав 6,33±1,39 балів, у ВС без ознак ПДА –

7,03±1,77 балів (p<0,05).

Група ВС з ознаками ПДА характеризувалася нижчими показниками соціально-психологічної адаптації у порівнянні з ВС без ознак ПДА (Табл. 6).

| Показник | Групи пацієнтів | | p |
|--------------------------|-----------------|--------------|-------|
| | ОГ, n=103 | ГП, n=56 | |
| Адаптивність | 47,25±13,34 | 52,96±11,97 | <0,01 |
| Деадаптивність | 134,44±25,61 | 109,39±45,02 | <0,01 |
| Брехливість ні | 10,30±4,87 | 9,23±3,77 | >0,05 |
| Брехливість так | 14,20±2,17 | 13,45±2,76 | >0,05 |
| Прийняття себе | 9,75±4,54 | 9,66±4,19 | >0,05 |
| Неприйняття себе | 22,09±5,09 | 18,14±8,73 | <0,01 |
| Прийняття інших | 12,37±2,70 | 11,93±2,91 | >0,05 |
| Неприйняття інших | 27,26±6,04 | 22,34±10,05 | <0,01 |
| Емоційний комфорт | 9,13±3,61 | 14,54±3,76 | <0,01 |
| Емоційний дискомфорт | 30,08±5,01 | 25,27±8,61 | <0,01 |
| Внутрішній контроль | 33,84±7,77 | 31,34±8,09 | >0,05 |
| Зовнішній контроль | 34,45±7,46 | 28,91±11,54 | <0,01 |
| Домінування | 3,76±2,70 | 3,36±2,35 | >0,05 |
| Ведомість | 23,82±5,43 | 19,25±8,68 | <0,01 |
| Ескапізм | 17,82±4,27 | 15,00±6,40 | <0,05 |
| Адаптація | 26,20±6,53 | 35,82±14,09 | <0,01 |
| Самоприйняття | 29,75±9,18 | 29,37±6,87 | >0,05 |
| Прийняття інших | 35,72±7,43 | 43,16±16,85 | <0,05 |
| Емоційний комфорт | 23,01±7,45 | 37,88±10,88 | <0,01 |
| Інтернальність | 41,35±4,37 | 46,07±10,01 | <0,01 |
| Прагнення до домінування | 22,51±12,97 | 25,71±15,42 | >0,05 |

Таблиця 6. Показники за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд у ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях

Зокрема, у ВС з ознаками ПДА були виявлені значуще нижчі показники адаптивності: 47,25±13,34 балів проти 52,96±11,97 балів (p<0,01), емоційного комфорту: 9,13±3,61 балів проти 14,54±3,76 балів (p<0,01), адаптації: 26,20±6,53 балів проти 35,82±14,09 балів (p<0,01), прийняття інших: 35,72±7,43 балів проти 43,16±16,85 балів (p<0,05), емоційного комфорту: 23,01±7,45 балів проти 37,88±10,88 балів (p<0,01) та інтернальності: 41,35±4,37 балів проти 46,07±10,01 балів (p<0,01), а також значуще вищі показники дезадаптивності: 134,44±25,61 балів проти 109,39±45,02 балів (p<0,01), неприйняття себе: 22,09±5,09 балів проти 18,14±8,73 балів (p<0,01), неприйняття інших: 27,26±6,04 балів проти 22,34±10,05 балів (p<0,01), емоційного дискомфорту: 30,08±5,01 балів проти 25,27±8,61 балів (p<0,01), зовнішнього контролю: 34,45±7,46 балів проти 28,91±11,54 балів (p<0,01), ведомості: 23,82±5,43 балів проти 19,25±8,68 балів (p<0,01) та ескапізму: 17,82±4,27 балів проти 15,00±6,40 балів (p<0,05).

Висновки

Таким чином, виявлені у дослідженні закономірності свідчать про наявність широкого спектру психопатологічних та негативних соціально-психологічних феноменів, асоційованих з ПДА у ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях. Серед основних проявів - наявність афективних розладів рівня легкої депресії (субдепресії), коморбідних проявів адиктивної поведінки на рівні ризикованого або шкідливого вживання алкоголю, тютюну, кави (чаю), каннабіоїдів, седативних і стимулюючих препаратів, переїдання, перегляду телевізійних передач, користування інтернетом, комп'ютерними та азартними іграми, а також зниження

рівню загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя. Питання причинно-наслідкового зв'язку між цими негативними феноменами та зниженим рівнем особистісної життєстійкості, виявленим у осіб ОГ, становить предмет наших подальших досліджень.

Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів для ВС ДПС України, які брали участь у бойових діях.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Denysenko MM, Lakynskiy RV, Shestopalova LF, Linskiy IV. Basic clinical variants of post-stress disorders are in combatants. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2017; 25(91):40-4. URL: <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/f3b/f3bfe67fa098c208a8ba0f9ad1528212.pdf>
2. Jur'eva LN, Nosov SG, Mamchur AY, et al. Dyagnostyka, korrekcyja y profylaktyka kryzysnyh sostojanyj u uchastnykov voennyh konfliktov. Dnipro: Novaja ydeologyja; 2017:204. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4091/1/%D0%AE%D1%80%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0%20%D0%9B.%D0%9D.,%20%D1%82%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%B8.pdf>
3. Bryan CJ, Morrow CE, Etienne N, Ray-Sannerud B. Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample. *Depress Anxiety*. 2013;30(1):55-60. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22002>
4. Kozira PV. Pathogenetic mechanisms of after stress psychological maladjustment of policeman's after participation in the anti-terrorist operation. *Psychological Journal*. 2016;4(2):211-21. URL: <https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/102/68>
5. Danyk Y, Druz O, Chernenko I. Formation of syndromes of war and their features. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):977-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2550542>
6. Polishhuk VT, Zavorotnyj VI, Sokolova IM, Kozhyna GM. Problema psychologichnyh ta psyhopatologichnyh naslidkiv bojovogo stresu v suchasnyh umovah. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2015;23(84):159-60.
7. Markova MV, Kozyra PV. Post-stress deadaptive states against a background of social changes: the problem analysis. *Medical Psychology*. 2015;1(10):8-13. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2015/1/2>
8. Shynkaruk O. Dyferencijno-psychologichnyj analiz smyslovoi' sfery kombatantiv- prykordonnykiv. *Zbirnyk naukovykh prac' Nacional'noi' akademii' Derzhavnoi' prykordonnoi' sluzhby Ukrainy, Serija: Psychologichni nauky*. 2019;1(1):317-34.
9. Popov VM. Motyvaciynnyj komponent vyvchenoi' bezporadnosti pracivnykiv DSNS Ukraïny. *Zbirnyk naukovykh prac' «Problemy ekstremal'noi' ta kryzovoï psihologii»*. 2014;16(1):165-74.
10. Lazorenko O. Suspension of Border Instructions as Extremely Activities. *Zbirnyk naukovykh prac' Nacional'noi' akademii' Derzhavnoi' prykordonnoi' sluzhby Ukrainy, Serija: Psychologichni nauky*. 2018;2(10):143-54. URL: https://nadpsu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/11/sbornik_2_10_2018_psih.pdf
11. Volynets NV. Professional Activity of the Staff of the State Border Service of Ukraine as a Defining Characteristic of his Personal Psychological Well-Being. *Zbirnyk naukovykh prac' Nacional'noi' akademii' Derzhavnoi' prykordonnoi' sluzhby Ukrainy, Serija: Psychologichni nauky*. 2018;2(10):16-29. URL: <https://nadpsu.edu.ua/wp->



content/uploads/2018/11/sbornik_2_10_2018_psih.pdf

12. Samojlenko O, Dackov A, Zabolotnyj S. Analiz pogljadiv vitchyznjanyh ta zarubizhnyh avtoriv na ponjattja psihologichnoi' gotovnosti vijs'kovosluzhbovciv do vedennja bojovyh dij. Zbirnyk naukovyh prac' Nacional'noi' akademii' Derzhavnoi' prykordonnoi' sluzhby Ukrai'ny, Serija: Psihologichni nauky. 2019;1(1):288-300.
13. Volynets NV. Psychological features of youth's representations about success in life. UPJ. 2018;2(8):17-35. DOI: [http://doi.org/10.17721/upj.2018.2\(8\).2](http://doi.org/10.17721/upj.2018.2(8).2)
14. Markova MV, Rosinsky GS. Disorders of the family health in participants of the battle activities from the point of concept of post-stress psychological maladaptation: clinical and psychological manifestations, mechanisms of formation, psychocorrection principles. Problems of uninterrupted medical training and science. 2019;3(35):5-9. DOI: <https://doi.org/10.31071/promedosvity2019.03.005>
15. Chaban OS, Bezsheyko VH, Khaustova OO, Burlaka OV, Ryvak TB, Kyrylyuk SS. Gender-related differences of stress reactions in Ukrainian combatants. Farmatsiia. 2018;65(2):3-10.
16. Khaustova OO. Psychosocial'na rehabilitacija: problemy i shljahy vyrishennja. NeuroNews. 2016;2(76):25-9