

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 30.11.2016.

PROPENSITY TO ADDITIONS IN SERVICE PERSONS: AN EXPERIENCE OF HISTORICAL RESEARCH

Valery Naumov

Public Institution "Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National
Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kiyev

e-mail: dgylia.as@gmail.com

Abstract

Background. The influence of extreme factors of military service on the adaptive capabilities and health of service persons is considered. As the modern living conditions are characterized by an increased number of emergencies and their consequences social strains, it is necessary to create actively functioning armed military units, including territories with local violent conflicts, to ensure law and order. **The aim:** to analyze the historical experience of different states on the study of service persons' addictive behaviour in different historic periods and battlelike situations. **Results:** It has been revealed that the features of the basic life support systems functioning in service persons who are under the conditions of violent conflicts make it possible to view the presence of significant changes in their state of health, up to pathological ones. The combating physiological stress, adaptive capabilities of service persons, psychosocial characteristics of the individuals predispose to addictive behavior. **Conclusions:** the researches made allow to offer some precautionary mechanisms of influence on service persons personality for preventing addictions and addictive behavior and its consequences.

Key words: addiction, addictive behavior, service person, combat situation, psychoactive substances.

ІСТОРИЧНИЙ ДОСВІД ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТЕЙ ДО АДИКЦІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В. Л. Наумов

КУ «Інститут неврології, психіатрії, наркології НАМН України», м. Київ, Україна

Актуальність. Під час воєн і збройних конфліктів поряд з ростом агресивності і посиленням депресивних проявів завжди відбувається збільшення частоти саморуйнівної поведінки. Однією з його різновидів є адиктивна поведінка. Даний термін має на увазі ситуаційну психічну залежність щодо психоактивних речовин до того, як від них сформувалася фізична залежність. Адикція (addiction – згубна звичка) виникає в умовах бойових дій як вторинний синдром по відношенню до невротичних і афектних (тривожно-депресивний) розладів; її формуванню сприяють тривалий відрив від звичайної життєдіяльності та зміні соціальних умов, що сприяє появі соціально-психологічної депривації, ностальгічним переживанням військовослужбовців. Психоактивні речовини виконують роль своєрідного стрес-протектора, купующого тривогу що дозволяє «піти від нестерпної дійсності». Безумовно, такий спосіб захисту від стресу швидко призводить до духовного та фізичного саморуйнування особистості військовослужбовця.

Аналіз історичних даних щодо вивчення адикцій у військовослужбовців вказують на імовірність трансформації адиктивної поведінки в наркологічну патологію, яка істотно збільшується у військовослужбовців з невисоким рівнем соціальної адаптованості в дослужбовий період, а також у осіб, які тривалий час знаходяться в умовах бойової ситуації. Вирішальну роль в переході від донозологічного етапу зловживання до розгорнутої клічної залежності грає його тривалість, пов'язана з організацією своєчасного виявлення адиктивів [1, 10]. Тому на сучасному історичному етапі становлення Української державності та цілісності території, особливої актуальності набуває вивчення соціально-психологічної детермінації девіантної поведінки військовослужбовців в сукупності конкретних умов сьогодення. Вивчення досвіду інших держав в рамках дослідження формування та розвитку адикцій військовослужбовців в різні історичні періоди, може сприяти профілактиці порушень поведінки серед військовослужбовців, зниженню «напруги» між потребами особистості та обов'язками з виконання військового обов'язку, відродженню громадської думки про

важливості «школи військової служби» в процесі становлення особистості, розгляду питань придатності до військової служби військовослужбовців з девіантною поведінкою виходячи з соціально психологічних особливостей кожного військовослужбовця.

Методи дослідження: контент-аналіз теоретичних та емпіричних досліджень проявів адикцій військовослужбовців інших держав в різноманітні історичні періоди при різноманітних бойових ситуаціях.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особливу увагу військовими психологами і психіатрами приділяється своєчасному виявленню психічних розладів і змін, що займають проміжне положення між психічною нормою і прикордонної психічною патологією. При цьому в останні роки особливий акцент робиться на вивченні передпатологічних (передхворобливих, донозологических) станів.

Сучасний стан вивченості проблеми адитивної поведінки особистості носить міждисциплінарний (психіатрія, кримінологія, правознавство, статистика, антропологія, етнографія, філософія, соціологія, психологія та ін.) і дискусійний характер. Наукові уявлення про адиктивну поведінку знайшли своє відображення в працях багатьох зарубіжних вчених: А. Бандури, Ч. Дарвіна, Е. Дюркгейма, Ч. Ломброзо, А. Маслоу, К. Роджерса, Г. Саллівана, Дж. Тернера, Г. Тешфела, В. Франкла, Е. Фромма, Г. Шихі та ін. Окремі науково теоретичні підходи (соціологічний, біологічний, емпіричний тощо), що приділяють увагу переважно якогось одного аспекту проблеми, закономірно доповнюють один одного і різноманітні поведінкові девіації та адикції військовослужбовців можуть бути розглянуті як єдиний комплекс. В цьому відношенні значний інтерес представляє вивчення різних форм девіантна-делінквентної, адиктивної, ауто- і гетероагресивної поведінки внаслідок їх широкого поширення серед молодих військовослужбовців.

Виклад основного матеріалу. Ще в середні століття деякі воєначальники давали своїм солдатам перед боєм наркотики (переважно гашиш), щоб тим було легше вбивати інших і вмирати самим. Звернемо увагу на етимологію слова assassin, що означає по-англійськи і по-французьки «вбивця», походить від «haschischin», тобто «начинений гашишем». «Гашишини» називалася одна з арабських військових сект [1, 2, 5, 6, 21].

Вивчення проблеми зловживання психоактивними речовинами військовослужбовцями воюючих армій почалося з моменту зародження військової психіатрії. У період японсько-китайської війни, в яку у 1904 р. була втягнута і Україна,

алкоголізм і алкогольні психози зайняли провідне місце (майже 51%) в структурі психічної захворюваності солдатів і офіцерів, відтіснивши на другий план переважали в мирний час «неврастенічні психози». З 1350 душевнохворих офіцерів третину перенесли алкогольні психози. У солдатів ж алкогольною залежністю за частотою вийшли на друге місце після епілепсії [6]. Вже тоді було помічено, що алкогольні психози частіше спостерігалися в тилкових частинах. У діючих частинах переважав неврастенійний психоз, яких там відзначався в 8 разів частіше (16,6%), ніж в тилкових [7, 8, 11]. Число хворих на алкоголізм зростала в міру затягування війни і падіння її популярності серед населення. В результаті, відсоток алкогольних психозів за другий рік японсько-китайської війни збільшився з 30,9% до 40,5%, в тому числі в діючих частинах – з 9,2% до 18,8%. Висока частота захворювань алкогольного генезу пояснювалася «майже повною бездіяльністю військ», «потребою підбадьорити нервову систему», «заливанням горя» [4, 6, 7, 8, 11]. Серед причин смертності від нещасних випадків в 10-х армійських корпусах українських військ (переважали отруєння ханшін (китайської горілкою) [8, 9, 11, 14, 16]. Узагальнюючи досвід війни, В. М. Бехтерев [4]. зробив висновок, що зростання рівня психічних розладів в діючій армії в чималому ступені було пов'язане з різким зростанням наркологічної патології.

В першу світову війну проблема алкоголізації особливо гостро стояла в німецькій і французькій армії. Так, алкогольні психози в Кенігсберзької психіатричній клініці склали 21,5%, з яких гострих психозів було 5,5% і випадків хронічного алкоголізму – 16% [6]. Зазначалося поява важкого «гострого алкоголізму», нерідко зі смертельним результатом [8, 24, 25]. Р. Шарон [24] навіть вважав, що «алкоголізм є головною і безпосередньою причиною душевних захворювань на війні». В армії в роки першої світової війни алкогольних психозів майже не зустрічалося, що було пов'язано з введенням у 1914 році «сухого закону». Зате почастишали отруєння сурогатами алкоголю і випадки морфінізму, число яких ще більше зросло в роки Громадянської війни 1917-1921 рр. [4, 8, 12]. У Європі під час першої світової війни (1914-1918 рр.) надзвичайно поширився кокаїнізм [25].

Деякі видатні психіатри, під час другої світової війни (1939-1945 рр.), рекомендували призначати прийом помірних доз алкоголю перед боєм – з метою профілактики психогенних шоків реакцій [7, 8]. Зрідка зустрічалися випадки морфінізму пояснювалися лікарськими призначеннями наркотиків для зменшення болю внаслідок поранень і соматичних захворювань [14]. Разом з тим, дані по армії США періоду другої світової війни свідчать про велику кількість військовослужбовців, що

прибігали до прийому алкоголю і наркотиків. З війною пов'язують і прокотилася тоді в ряді західних країн епідемію герої нової наркоманії [25].

Під час війни в Кореї зловживали наркотиками або алкоголем від 30 до 45% американських солдатів [17, 19, 20]. На початку війни у В'єтнамі психічні розлади становили лише 5% від числа бойових санітарних втрат. Однак в подальшому, коли серед військовослужбовців поширилася наркотизація, цей показник зріс до 60% [22, 23]. Зі складу американського експедиційного корпусу в Індокитаї щорічно звільнялися як «невиліковні наркомани» до 2 тис. військовослужбовців [19, 21, 23]. Від 50 до 90% солдатів вживали марихуану епізодично, 10-20% – щодня. З них від 10 до 30 % мали наркотичний досвід у дов'єтнамському періоді [18, 19, 23-25].

Після того, як восени 1970 р. В'єтнам був раптово затоплений високоочищеним героїном, доступним за ціною і можливості придбання, було зареєстровано зростання числа смертей, пов'язаних з його зловживанням, в тому числі від передозувань [17, 19, 20]. Відсоток наркозалежних збільшувався в міру тривалості служби у В'єтнамі. За даними Міністерства оборони США героїн вживали близько 10% комбатантів. З 25 тисяч споживачів героїну наркоманами були близько півтори тисячі. За даними анонімних опитувань, 16 % солдатів брали героїн епізодично, 10 % – більше 10 разів на місяць і 4 % – щодня [17, 19, 20, 21]. Основними споживачами наркотиків були молоді солдати у віці від 18 до 23 років. Серед офіцерів такими були від 10 до 20% [19].

Однак, реальна поширеність наркотизації залишалася невідомою в зв'язку з тим, що військовослужбовці, які вживали ПАР, часто звільнялися з армії в адміністративному порядку [18, 20]. Зловживання алкоголем і наркотиками навіть через багато років після війни широко поширені серед ветеранів. Встановлено, що багато хто з них тривалий час використовують спиртне в якості снодійного [18].

Проблема зростання адиктивних розладів серед військовослужбовців досить гостро стояла і під час військових дій французьких військ в Алжирі в 1954-1962 рр. [18, 21, 23, 24], в частинах португальської морської піхоти, що діяли проти визвольних сил в Гвінеї-Біссау в 1964-1968 рр. [20, 21], в британських військах в ході Фолклендського конфлікту [22, 23], в учасників війни в Лівані 1975-1987 рр. [21]. Високий рівень зловживання ПАР, виявлений серед солдатів американських підрозділів, розгорнутих в зоні військових дій у Перській Затоці, ще більше зріс після повернення їх на батьківщину [18, 22, 25].

На думку ряду авторів, вживання ПАР дозволяло комбатантам тимчасово справлятися з психологічними проблемами і вносило внесок у порівняно низьку

частоту психічних захворювань в американській армії в роки війни у В'єтнамі [17, 19]. За словами солдатів, прийом наркотиків допомагав їм звільнитися від напруги, полегшував існування на війні [19, 25] і ставав стратегією подолання з бойовим стресом [22, 24].

З точки зору А. Перконіга [22], алкоголізм та інші форми залежності, дійсно, не збільшують ймовірність розвитку інших стресових розладів. В іншому дослідженні відзначається, що навіть важке пияцтво може не призводити до серйозної професійної дисфункції в бойовій обстановці, проте воно збільшує ризик довгострокових медичних проблем. Зокрема, серед військових журналістів, багаторазово висвітлювали події різних воєн, рівень вживання алкоголю перевищував відповідні показники контрольної групи в два рази у чоловіків і в три рази у жінок. Число зловживали спиртними напоями чоловіків було в три рази більше, а жінок – в сім разів більше. Разом з тим поширеність алкогольної залежності серед військових журналістів не перевищувало показників американської популяції [18]. Ці дані підтверджують думку про стреспротективної дії алкоголю і свідчать на користь того, що звернення до спиртного є своєрідний вид реактивних станів.

Вивчення досвіду військової психіатрії показує, що зловживання ПАР та залежність від них являє собою самостійну проблему сучасної війни [1, 3, 5]. З'ясування клінічного перебігу та чинників зловживання ПАР на ТВД є важливим з різних точок зору. По-перше, вживання наркотиків істотно знижує боєздатність особового складу, по-друге, хворі токсикоманіями і наркоманії, деморалізують в силу свого хворобливого стану, роблять масу антисоціальних і кримінальних вчинків, по-третє, алкоголізм і наркоманія займають значне місце серед причин санітарних втрат і, крім того, катамнез даної категорії найчастіше свідчить про виражену соціальну дізадаптацію.

Для позначення наявності ситуаційної психічної залежності та пошукової активності щодо ПАР до того, як від них сформувалася фізична залежність, використовується поняття «адиктивна поведінка». Його вважають однією з форм деструктивної поведінки [10]. Існує погляд на адиктивну поведінку як на різновид патохарактерологічних реакцій [15].

Термін «адиктивні розлади» прийшов до нас з американської медичної літератури [18, 20]. Походить він від англійського слова «addiction» – схильність, згубна звичка, наркоманія і об'єднує в загальну клініко-динамічну групу нарконаправлений варіант поведінки (зловживання різними ПАР без формування залежності) і наркологічні нозоформи (як результат трансформації адиктивної

поведінки у хворобу) [10]. Семантика терміна дає можливість позначити їм дуже поширене соціальне явище, яке супроводжує численні війни, етнічні конфлікти, політичні та соціально-економічні потрясіння ХХ століття. Адиктивні розлади в умовах бойової ситуації представлені переважно донозологічними формами зловживання (адиктивна поведінка). На думку ряду вчених, аддикція виникає як вторинний симптом по відношенню до невротичних і афектних розладів, а основним механізмом розвитку залежності є несвідоме прагнення до самолікування від них [20, 2, 24, 25]. Є дані, що в народності, в яких вживання алкоголю або інших ПАР не поширене, значно вище рівень невротичних розладів [12, 13].

Наркотизація розглядається як процес подолання стресу, в якому ПАР виконує роль своєрідного стрес-протектора, який курирує тривогу і дозволяє «піти від реальності», обумовлюючи тим самим мотивацію його прийому [5, 9]. На думку П.І. Сидорова (2001) «люди, які зіткнулися з неможливістю змінити своє негативне емоційний стан продуктивним шляхом і не мають ефективних способів психологічного захисту, виявляються перед вибором: невроз або вживання токсикантів». Однак, ризик формування залежності особливо високий у осіб, що мають схильність [13]. Шляхом «фармакотоксичної регресії» як засобу психологічного захисту особистість знаходить вихід з нестерпної, болісної дійсності. Відомо, що алкоголь, опіати і каннабіоїди, включаючись в психофармакологічні механізми, надають виразний анксиолітичний ефект [19, 22].

Передбачається, що прикордонна психічна патологія пов'язана з вродженим або набутим дефіцитом протитривожних, ейфорогенних, антиноцицептивних та інших лігандів ЦНС, мають стрес-протективну функцію. У цих випадках наркотик виступає і як засіб, що компенсує медіаторний дефект [24, 25].

Трансформація адиктивної поведінки в алкоголізм і наркоманію багато в чому залежить від наркогенної речовини і частоти її прийомів. Разом з тим, деякі дослідники підкреслюють важливу роль преморбідних особистісних девіацій: деяких типів розладів особистості, відсутністю соціально спрямованих інтересів, переважання гедоністичної установки, дефектів виховання [6, 10, 15, 19].

Інші автори найбільш значущими особистісно-психологічними факторами вважають малу стійкість до стресу, знижену пристосованість, адаптованість, високий рівень тривоги і депресії [3, 5, 19, 25]. Ризик збільшується при зустрічі з психотравмуючими ситуаціями. Викликане ними переживання смисловтрати, руйнування особистісної структури супроводжується зміною ціннісної орієнтації з

домінуванням деструктивних механізмів обумовлення потреб. Певні зміни особистості, таким чином, відбуваються вже на донозологічному етапі [1, 8, 14]. Їх провідні ознаки – спотворення структури самосвідомості, деформація міжособистісних зв'язків, порушення механізмів соціальної перцепції [2, 10, 15].

У структурі санітарних втрат психіатричного профілю в Афганістані адиктивні розлади посіли друге місце після реактивних станів і склали серед рядових 31,1% (гашишна, опійнова і полісубстантна форма адикції), серед офіцерів і прапорщиків - 35,2% (алкоголізм, алкогольні психози, так зване «звичне пияцтво»). Рівень їх в ході війни щорічно зростає. Адиктивні розлади у військовослужбовців 40-ї армії створили велику і несподівану для медичної служби проблему, так і не вирішених в повному обсязі за роки війни [13]. Тривалий перебіг війни в Афганістані сприяв зростанню числа військовослужбовців, які зловживають ПАР. Наприклад, в 1980 році випадків вживання наркотиків військовослужбовцями строкової служби зареєстровано не було. У 1981 році з'явилися поодинокі вказівки на вживання героїну і гашиша. У 1982 році лікувалося вже 14 осіб, в 1983 році таких офіційно зареєстровано було близько 200, а через психіатричне відділення 650 військового госпіталю в Кабулі пройшло вже 50 осіб. До кінця 1985 року в медичну службу армії надійшли офіційні списки, що включали 232 людини, які вживають наркотики. Починаючи з цього року, психіатричним об'єднанням почало наполегливо впроваджуватися принцип обліку осіб, що вживають наркотики за такими градаціями: «мають одноразовий контакт»; «епізодичне вживання»; «систематичне вживання»; «наркоманії з розгорнутою клінічною картиною» Безсумнівна недосконалість цієї градації пояснюється браком теоретичних знань і наявності практичного досвіду в області наркології не тільки у військових лікарів, але навіть у самих психіатрів. Однак навіть такі офіційні дані, безсумнівно, відбивали неухильне зростання цієї проблеми і вказували на необхідність пошуку її вирішення.

Висновки і пропозиції. Через брак вітчизняних епідеміологічних досліджень щодо поширеності адиктивних порушень в популяції ветеранів локальних війн, пошлемося на дані, зарубіжних досліджень. Так, під час воєн в Кореї і В'єтнамі від 30 до 45% американських військовослужбовців брали наркотики або зловживали алкоголем, багато в подальшому ставали залежними від них. На думку ряду авторів [17, 19, 22], вживання психоактивних речовин дозволяло комбатантам тимчасово справлятися з психологічними проблемами. У першому періоді війни у В'єтнамі все психічні розлади становили лише 5% від числа бойових санітарних втрат. Однак в

подальшому, коли американську армію захлеснула хвиля наркоманії, цей показник зріс до 60%. Зі складу експедиційного корпусу збройних сил США, який перебував в Індокитаї, щомісяця звільнялися як «невеликовні наркомани» від 1 до 2 тис. Військовослужбовців. Серед них 50% вживали марихуану, 17,4% – опіум, 2,5% – героїн. Основні представники цієї групи – молоді солдати у віці від 18 до 23 років, причому в бойових підрозділах відсоток наркологічної адикції був вище, ніж в тилкових. Серед офіцерів і унтер-офіцерів особи, які вживали наркотики, становили від 10 до 20%. Наочно позначено тісний взаємозв'язок адиктивних розладів з іншими формами деструктивної поведінки: було встановлено, що з солдатів, що містяться на гауптвахті у зв'язку з протиправними діями, 63% постійно приймали марихуану, а понад 40% американських солдатів, які повертаються з Південного В'єтнаму, проявляли схильність до агресивної поведінки і насильства [19 25]. Ці цифри свідчать на користь ситуаційної обумовленості використання ПАР в бойовій обстановці.

Таким чином, узагальнення літературних даних і результатів проведеного дослідження дозволяє говорити про те, що адиктивні розлади, що формуються в умовах театру військових дій, в значній частині випадків мають виразну стресогенну природу. По суті вони повністю відповідають критеріям діагностики психогенії К. Ясперса. Від власне реактивних станів їх відрізняє лише нарконаправлений патерн поведінки та інший стереотип синдромокінеза. За аналогією з уявленнями про походження психозів, висловленими Ю.Л. Нуллер в 1993 році, формування адиктивних розладів у комбатантів слід розглядати як ланцюг компенсаторних реакцій на «первинну полонку». Інтенсивний стресовий вплив бойової обстановки у осіб з підвищеною стрес-вразливістю призводить до розвитку у них афективних (переважно тривожно-депресивних) порушень. По відношенню до них адиктивна поведінка стає вторинним і виконує до певного моменту захисно-приспосувальну функцію блокуючи на час стресову симптоматику і попереджаючи запуск психопатологічних механізмів важкого регістра. Однак стратегія захисту від стресу в цьому випадку спочатку є псевдоадаптуючою, неконструктивною. Вживання ПАР знижує боєздатність, швидко призводить до дезадаптації індивіда в мікросоціальному середовищі, а в подальшому обумовлює його духовне і фізичне саморуйнування.

Військовослужбовці з адиктивними розладами, сформованими в допризовній періоді, відновлюють наркотизацію незабаром після прибуття в район бойових дій. Однак у міру збільшення тривалості служби в умовах театру військових дій серед військовослужбовців, залучених до наркотизації, зростає частка осіб, які раніше не

мали наркотичного досвіду, і в подальшому саме вони складають більшість серед зловживаючих. Формування нарконаправленої поведінки серед даної категорії в значній мірі обумовлюється впливом хронічного бойового стресу. Зі збільшенням тривалості перебування в бойовій обстановці істотно наростають ознаки особистісної дисгармонії і дезадаптації, знижуються здібності до критичної оцінки наркотизації та її наслідків для власного здоров'я.

Тривалість служби позначається і на виборі кращого наркотику. Відсоток осіб, які починають вживати гашиш, зменшується, а осіб, які починають вживати гашиш в поєднанні з опіатами, в умовах бойових дій не зустрічається зовсім, однак підвищується статистика військовослужбовців, які вживають опіати. Фактор безпосередньої участі в бойових діях підсилює ризик виникнення більш важких форм адикції. Таким чином, стрес-спровоковані адиктивні розлади мають ряд суттєвих відмінностей від зловживання психоактивними речовинами в звичайних умовах, і перш за все за рахунок чітко простежуються афективних порушень тривожно-депресивного радикала.

Провідними клінічними формами стрес-спровокованих адиктивних розладів є гашишна та опійна адикції. В цілому адиктивні розлади в умовах бойової обстановки представлені переважно донозологічними формами зловживання. Початковий етап їх формування носить виразний реактивний характер і тісно пов'язаний з розвитком в подальшому тривожно-депресивної симптоматики, яка потребує стаціонарного лікування.

Припинення формування такого роду розладів можливо лише тоді, коли усувається стресогена ситуація, або змінюється ставлення до неї самого суб'єкта. В умовах бойової обстановки в деяких випадках реальним є зміна ставлення до ситуації. Це, в першу чергу, можна досягти попередньої бойовою підготовкою, виховними заходами, санітарно-просвітницькою роботою, відпрацюванням конструктивних способів подолання стресу. З іншого боку, реальні перспективи скорочення частоти і вираженості всіх стресових розладів, в тому числі адиктивних, відкриваються під час розробки нових засобів і способів ведення війни, що скорочують безпосередній контакт військовослужбовця з бойовими стрессорами. Реальним вже в даний час стало науково обґрунтоване скорочення термінів перебування військовослужбовця безпосередньо в бойовій обстановці, направлення у відрядження на тертою бойових дій військовослужбовців контрактників, які проходять службу в частинах постійної бойової готовності, проведення з цією категорією військовослужбовців регулярної

психогігієнічної і психопрофілактичної роботи в пред- і постбоевому періодах, створення у військах штату кваліфікованих вихователів і психологів, можливо, введення в штат представників традиційних релігії та конфесій.

Викладені дані про етіопатогенез адиктивних розладів при бойовій ситуації вимагають певного перегляду діагностичних і експертних підходів до військовослужбовців, які проходять службу в бойових умовах, а також поглядів на методи психопрофілактики і лікування осіб з усіма формами адикцій, включаючи адиктивну поведінку.

Література:

1. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Поливанюк В.В., Еверт О. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) // Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
2. Аймедов К.В. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці: цикл наукових праць // Одеса. Прес-кур'єр, 2016. 175 с.
3. Аймедов К.В., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія. Харків: Видавець Строков Д.В., 2016. - 335 с.
4. Бехтерев В. Избранные работы по социальной психологии. // М.: Наука, 1994. 400 с.
5. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек // Харків, 2014. 79 с.
6. Глекель М.С. Психиатрическая практика в иностранных армиях во время мировой войны 1914 - 1918 г. г. //Вопросы психиатрической практики военного времени / Под ред. В.П. Осипова. - Л.: Госуд. изд-во мед. литературы, 1941.- 219 с.
7. Каминский Л. С., Новосельский С. А. Потери в прошлых войнах: Справочная книга. – М.: Медгиз, 1947. - 212 с.
8. Краснушкин Е.К. Психогенный фактор душевных расстройств в военное время // Проблемы психиатрии военного времени.- М., 1945. - С. 207–218
9. Левитський П.М., Язловецький В.С. Вред алкоголя и никотина. - Київ: Радянська школа, 1987. – 121 с.
10. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей): Изд. 2-е,

доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1985.- 416 с.

11. Озерцовский А.И.. О душевных заболеваниях в связи с русско-японской войной за второй год ее // Военно-медицинский журнал (СПб.). - 1906. - № 10. -С. 262–271

12. Рончевский С.П. Вопросы психиатрической практики военного времени // Сборник трудов.- М., 1941.- С. 38–91

13. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. – М.: Издательский центр АГМА, 1999. - 384 с.

14. Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркомании.- М.: Медицина, 1956. - 266 с.

15. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. - Л.: Мед. книга, 1989. - 316 с.

16. Якубович Л.Ф. Психиатрическая помощь на Дальнем Востоке в русско-японскую войну (1904–1905) // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1907. -Т. 7, № 5.- С. 819–874.

17. Boulanger G., Kadushin C. Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N. Y., 1986.

18. French M. T. Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington / M. T. French, H. J. Salome, M. Carney // Soc. Sci. Med. 2002. Vol. 55, N. 12.P. 2267-2282.

19. Holloway, H. C., 1974, Epidemiology of heroin dependency among soldiers in Vietnam, Military Medicine, 139:108–113.

20. Kornor H. From opioid maintenance to abstinence: a literature review / H. Kornor, H. Waal // Drug Alcohol Rev. 2005. Vol. 24, N 3. P. 267-274.

21. Lee K.A., Vaillant G.E., Torrey W.C., Elder G.H. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat // Am-J-Psychiatry. 1995 Apr; 152(4): 516-22

22. Perkonig A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // Acta Psychiatr Scand., 2000, 101, 46-59.

23. Potts M.K. Long-term effects of trauma: post-traumatic stress among civilian internees persons of the during World War II // J-Clin-Psychol. 1994 Sep; 50(5): 681-98

24. Sartor CE, McCutcheon VV, Pommer NE, et al. Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2010;71(6):810–818.

25. Staehelin E. Non-alcohol addiction / E. Staehelin // Клиническая психиатрия: Пер. с нем. - М.: Мед. книга, 1967. - С. 228-248.

References:

1. Agaev NA, Skripkin OG, Deyko AB, Polivanyuk VV, Evert O. Algorithm of the robot of the Viysk psychologist schodo psychologic zabezpechennya professionnoi diyalnosti special warehouse of the Ukrainian Evil Forces (methodical recommendations).- Kiev: Ministry of defense of Ukraine, Research. Centre of humanitarians. problems of the Military Forces of Ukraine, 2016. - 147 p..

2. Aymedov K.V. Biopsychosocial model of help in clinical practice the cycle of scientific works. - Odessa. Pres-Kur'er, 2016.- 175 p.

3. Aymedov K.V., Voloshin P.V., Maruta N.O. Social stress disorder (clinic, diagnosis, prevention): a collective monograph. - Kharkiv: Vidavets Strokov DV, 2016. - 335 p.

4. Bekhterev V. Selected works on social psychology. - М.: Nauka, 1994. - 400 p.

5. Voloshin PV, Maruta NO, Shestopalova LF Dinnostika, terapiya ta profilaktika mediko-psychologicheskikh nalidkiv boiovikh diy in the daily mentalities: the method. Rivers.- Kharkiv, 2014. - 79 p.

6. MS Glekel, Psychiatric Practice in Foreign Armies during the World War, 1914-1918. // Problems of psychiatric practice of wartime: Ed. V.P. Osipova. D., 1941. - 336 p.

7. Kaminsky LS, Novoselsky SA Losses in past wars: Reference book. – М.: Medgiz, 1947. - 212 p.

8. Krasnushkin EK, Psychogenic factor of mental disorders in wartime // Problems of Wartime Psychiatry. - М., 1945. - P. 207-218

9. Levitsky PM, Yazlovetsky V.S. Harm of alcohol and nicotine. - Kiev: Radianska School, 1987. – 121 p.

10. Lichko A.E. Teenage psychiatry: A guide for doctors.- 2nd edition, ext. and pererab.- L.: Medicine, 1985.- 416 p.

11. AI Ozeretskovsky. On mental illnesses in connection with the Russo-Japanese War in its second year // Military Medical Journal (St. Petersburg).- 1906.- N 10.- P. 262-271

12. Ronchevsky SP. Problems of psychiatric practice of wartime: Proceedings. - М.: Medgiz, 1941.- P. 38-91

13. Sidorov PI, Litvintsev C.B., Lukmanov MF. Mental health of veterans of the Afghan war. – М.: The publishing center AGMA, 1999. - 384 p.

14. Strelchuk IV, Clinic and treatment of drug addicts. - М.: Medicine, 1956. - 266 p.

15. Eidemiller EG, Yustitsky VV. Family psychotherapy. L.: Medkniga, 1989.- 316 p.
16. Yakubovich LF. Psychiatric Assistance in the Far East in the Russian-Japanese War (1904-1905) // J. neuropathol. and psychiatry. - 1907. – Vol. T. 7, No. 5. - P. 819 - 874.
17. Boulanger G., Kadushin C. Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N. Y., 1986.
18. French M. T. Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington / M. T. French, H. J. Salome, M. Carney // Soc. Sci. Med. 2002. Vol. 55, N. 12. P. 2267-2282.
19. Holloway, H. C., 1974, Epidemiology of heroin dependency among soldiers in Vietnam, Military Medicine, 139:108–113.
20. Kornor H. From opioid maintenance to abstinence: a literature review / H. Kornor, H. Waal // Drug Alcohol Rev. 2005. Vol. 24, N 3. P. 267-274.
21. Lee K.A., Vaillant G.E., Torrey W.C., Elder G.H. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat // Am-J-Psychiatry. 1995 Apr; 152(4): 516-22
22. Perkonig A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // Acta Psychiatr Scand., 2000, 101, 46-59.
23. Potts M.K. Long-term effects of trauma: post-traumatic stress among civilian internees persons of the during World War II // J-Clin-Psychol. 1994 Sep; 50(5): 681-98
24. Sartor CE, McCutcheon VV, Pommer NE, et al. Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2010;71(6):810–818.
25. Staehelin E. Non-alcohol addiction / E. Staehelin // Клиническая психиатрия: Пер. с нем. - М.: Мед. книга, 1967. - С. 228-248.