

ТЕОРЕТИКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВНАСЛІДОК БОЙОВОЇ ТРАВМИ

М.М. Пустовойт¹, О. С. Юрценюк², Н. М. Іванова², В.М. Пашковський²

¹Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

²Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключові слова:
трансформація
особистості, бойова
психічна травма,
бойовий стрес,
посттравматичний
стресовий розлад,
розлади особистості.

Клінічна та
експериментальна
патологія 2023. Т.22,
№3 (85). С. 62-73.

DOI:10.24061/1727-4338.
XXII.3.85.2023.10

E-mail:
pmm2109@gmail.com

Мета роботи – на основі системного підходу до вивчення індивідуально-психологічних, патопсихологічних та психосоціальних особливостей дослідити профіль особистості військовослужбовців з особистісними розладами, що виникли внаслідок перенесеної бойової травми, в проекції двох різних сучасних діагностичних класифікацій психічних розладів (МКХ-11 та DSM-5) із урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на формування синдрому комплексу, його трансформацію та можливість зворотнього розвитку.

Висновки. 1. Аналіз сучасної літератури свідчить, що проблематика трансформації особистості в процесі подолання життєвих криз є доволі актуальною. Вона розглядається науковцями в різних аспектах і проявах, однак зі збільшенням напрацювань не вистачає саме комплексних обґрунтованих теоретичних досліджень. У зв'язку з військовими діями, що тривають, а також зростанням частоти психічних розладів внаслідок перенесеної бойової травми, особливої актуальності набуває дослідження трансформації особистості саме у військовослужбовців. 2. Бойовою психічною травмою є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптаційних можливостей. 3. В умовах переходу вітчизняної психіатрії на нову класифікацію МКХ-11 розуміння трансформації особистості під впливом бойової травми в розвиток особистісних розладів постає як одне з найбільш актуальних питань сучасної теоретичної та практичної психіатрії. Відповідно, виникає завдання розробки та використання додаткових інструментів об'єктивізації оцінки ступеня тяжкості. 4. Враховуючи вищевказане, можна стверджувати, що розробка алгоритмів діагностики та диференційної діагностики трансформації структури особистості в особистісні розлади у військовослужбовців в результаті перенесеної бойової травми, а також розробка рекомендацій щодо реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців із особистісними психічними розладами, які виникли в результаті перенесеної бойової травми, є актуальним, необхідним та своєчасним завданням.

Key words:
personality transformation,
combat trauma, combat
stress, post-traumatic
stress disorder, personality
disorders.

THEORETICAL AND PHENOMENOLOGICAL APPROACHES TO STUDYING THE CONCEPT OF PERSONALITY TRANSFORMATION OF MILITARY SERVICEMEN AS A CONSEQUENCE OF COMBAT TRAUMA

M. M. Pustovoyt¹, O. S. Yurtsenyuk², N. M. Ivanova², V. M. Pashkovsky²

¹National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

²Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Clinical and experimental
pathology 2023. Vol.22,
№ 3 (85). P. 62-73.

The purpose of the work – to investigate the personality profile of military personnel with personality disorders resulting from combat trauma, based on a systematic approach to the study of individual-psychological, pathopsychological, and psychosocial features, in the projection of two different modern diagnostic classifications of mental disorders (ICX-11 and DSM-5) taking into account the pathogenetic and pathoplastic influence of the premorbid personality structure on the formation of the syndrome complex, its transformation and the possibility of reverse development.

Conclusions. 1. The analysis of modern literature shows that the issue of personality transformation in the process of overcoming life crises is quite relevant. It is considered by scientists in various aspects and manifestations, however, with the increase in development, there is a lack of comprehensive, substantiated theoretical research. In connection with the ongoing military operations, as well as the increase in the frequency of mental disorders as a result of combat trauma, the study of personality transformation in military personnel is of particular relevance. 2. Combat mental trauma is a deformation

of the psychological mechanisms of self-regulation and a breakthrough by the combat stress factor of the protection of the psyche of the individual, as a result of which there is an excess of its adaptive capabilities. 3. In the context of the transition of domestic psychiatry to the new classification of ICD-11, understanding the transformation of personality under the influence of combat trauma into the development of personality disorders appears as one of the most urgent issues of modern theoretical and practical psychiatry. Accordingly, there is a task of developing and using additional tools for the objectification of severity assessment. 4. Taking into account the above, it can be argued that the development of diagnostic algorithms and differential diagnosis of the transformation of the personality structure into personality disorders in servicemen as a result of combat trauma, as well as the development of recommendations for the rehabilitation and resocialization of servicemen with personal mental disorders that arose as a result of combat trauma, is relevant, necessary and timely.

Вступ

Проблема трансформації особистості в процесі подолання життєвих криз, як свідчить аналіз сучасної літератури, є доволі актуальною. Вона розглядається вченими в різних аспектах і проявах, однак зі збільшенням напрацювань не вистачає саме комплексних обґрунтованих теоретичних досліджень. На часі вона є ще й тому, що напружена економічна, соціально-політична ситуація, зокрема продовження військових дій в Україні, створюють несприятливе підґрунтя для стабільного розвитку суспільства, призводять до збільшення протиріч у ньому. Окремому індивіду доводиться адаптуватись до таких змін, а у локальних проявах це призводить до кризових ситуацій, долаючи які особистість трансформується, і своїми індивідуальними особистісними змінами впливає на загальну ситуацію в соціумі. Особливої уваги потребує трансформація особистості військовослужбовців, яка відбувається в результаті впливу бойової травми.

Мета роботи

На основі системного підходу до вивчення індивідуально-психологічних, патопсихологічних та психосоціальних особливостей дослідити профіль особистості військовослужбовців з особистісними розладами, що виникли внаслідок перенесеної бойової травми, в проекції двох різних сучасних діагностичних класифікацій психічних розладів (МКХ-11 та DSM-5) із урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на формування синдрому комплексу, його трансформацію та можливість зворотнього розвитку.

Основна частина

Сучасні підходи до розуміння травматизації особистості, зокрема внаслідок бойової психічної травми. Наше суспільство переживає важкі часи, які мають значний вплив на психічне здоров'я та емоційний стан кожної особистості. Створюється ситуація постійної напруженості, тривоги та фрустрації. Проте найбільшим потрясінням сьогодення є ведення на території України повномасштабної війни з лютого 2022 року. Ці та інші чинники, як і сама ситуація війни, що характеризується надекстремальним впливом на психіку людини, викликаючи в неї бойовий травматичний стрес, призвели до того, що частина бійців, котрі повертались із зони проведення Клінічна та експериментальна патологія. 2023. Т.22, № 3 (85)

бойових дій, мали психологічну травму. Зрозуміло, що наявність такого масового феномена, як психологічна травма, на теренах сучасної і незалежної України є новим і нетиповим явищем. Деякий відсоток військовослужбовців мають яскраво виражені ознаки психологічної травматизації і здебільшого не можуть або не знають, як упоратися зі станами та відчуттями, які вони переживають. Тому першочерговим завданням є розробка важливого концептуального підходу до розуміння феномена «психологічна травма».

У своїх наукових працях А. Молохов розкрив історію розвитку уявлень про психічну травму, виділяючи три етапи [15]:

1. Психологічний, для якого характерний акцент на травмуючому факторі без зв'язку його з психічним і соматичним преморбідом [29,43,44].

2. Клініко-описовий, коли проводяться визначення основних клінічних форм психогенії [4].

3. Патологічний, згідно з яким в основу концепції психогенії покладені ідеї представників наукової школи І. П. Павлова.

Особливої уваги потребують психодинамічні концепції психічної патології, до прикладу теоретичні формулювання психоаналітика Р. Фейєрберна, котрий вважав, що важливе місце у формуванні психопатології займають травматичні переживання дитини, що примушують її почувати себе такою, яку не люблять. На його думку, дитина відмовляється від стосунків із матір'ю і занурюється у внутрішній світ [37]. На думку К. А. Левіна, в основі розвитку дезадаптивного стану лежить непатогенний інтрапсихічний конфлікт аверсія-апетенція, тобто небажаний шлях до бажаного результату [42]. Ідею, що істеричні симптоми є результатом травмуючих подій, висунув П. Брике [34], а Ж.-М. Шарко першим відніс симптоми дисоціації до мозкових змін, зумовлених травмуючою подією. Але саме наукові роботи З. Фрейда і Й. Брейєра привернули велику увагу до розуміння явища травми. Простежуючи зв'язок істерії і травми, З. Фрейд робить такі висновки: «Наші істеричні хворі страждають на спогади. Їхні симптоми є залишками і символами спогадів про відомі (травматичні) переживання» [28].

Отже, психічна травма – це феномен, записаний у досвіді людина і в колективному несвідомому кожної людини [42,43]. Вивчення впливу психічної травми на структурування подальшого життя людини є актуальним у контексті практичної психіатрії та психології.

Традиційно поняття «психічна травма» тлумачиться як душевне потрясіння, що супроводжується глибокими і болісними переживаннями людини, які зумовлені драматичними подіями її життя та інфантильними фіксаціями. Розглядаючи травму як джерело і причину виникнення неврозів, З. Фройд зазначає, що: «... травматичний вплив може здійснюватись будь якою подією, яка викликає почуття жаху, страху, сорому, душевного болю, і, відповідно, від ступеня сприйняття особистістю залежить вірогідність того, чи пережите набуде характеру травми». Коли механізми переробки травматичного досвіду виявляються недієвими, це призводить до стійких порушень енергетичної системи. Накопичення такого типу збуджень може бути зумовлене як однією подією (сильна емоція), так і нагромадженням збуджень, кожне з яких окремо переноситься суб'єктом легко. Інколи психіка суб'єкта неспроможна подолати психологічне навантаження, а посилення кількості збуджень викликає захисні реакції.

Зогляду на вищевказане травматичне переживання, яке «протягом короткого часу призводить у душевному житті до такого сильного подразнення, що звільнення від нього чи його нормальна переробка не вдається», також може спричинити значні порушення витрати енергії. Згідно з дослідженнями З. Фройда, порушення психічної рівноваги суб'єкта спричиняє не безпосередньо психічна травма, а неусвідомлені патогенні спогади про неї. Спогади про пережитий травматичний досвід, які лишаються неусвідомленими, зберігають свій емотивний заряд і здатні імперативно впливати на психіку суб'єкта упродовж його життя. Зазначимо, що свідомо відтворюються лише окремі фрагменти досвіду дитинства, які в уяві суб'єкта важко асоціюються з інфантильними детермінантами. У психоаналізі поняття «травма» набуло значення драматичної події життя особи, суб'єктивна значущість якої визначалася зумовленими нею болісними афектами. Травмуючий ефект події визначається індивідуальною «чутливістю» такого суб'єкта. Травмуюче значення події зумовлюється психологічним станом суб'єкта у момент здійснення події та об'єктивною ситуацією (соціальними обставинами, які визначають ступінь адекватності реакції). Серед таких факторів З. Фройд виділяв психічний конфлікт, який не дозволяє суб'єкту інтегрувати цей досвід у свідому частину своєї особистості та психологічний «захист». Таким чином, у виникненні психічної травми важливу роль відіграють як об'єктивні, так і суб'єктивні умови. Сила впливу травмуючої події на переживання суб'єкта залежить від її змісту, спогадів про неї, її раптовості. Значимі (фіксовані) переживання суб'єкта часто пов'язані з драматичними (травмуючими) подіями раннього періоду розвитку й зумовлюють залежність суб'єкта від пережитого досвіду. У контексті науково-практичних пошуків психодинамічного підходу Т. Яценко [30-32] констатовано, що переживання набуває травматичного характеру не внаслідок кількісного показника (повторюваності), а через значущість події для суб'єкта, що стає підґрунтям для формування деструктивних тенденцій

психіки. Формування індивідуально-неповторних психічних закономірностей визначається емоційною значущістю подій, які дитина переживає у контексті індивідуальних ідентифікацій (перенесень, заміщень). Для позасвідомого значущість події є більш вагомим показником, ніж кількісні чи статеві ознаки, які згодом іманентно переходять у передсвідоме. Розвиток теми взаємозв'язку переживань суб'єкта з психічною травмою потребує звернення до поняття «травма народження», яке вперше було введено австро-американським психоаналітиком О. Ранком і є центральним у концепції первинної травми. О. Ранк стверджував, що переживання людиною страху народження є прообразом переживання всіх інших ситуацій небезпеки. Порушення гармонійного єднання дитини з матір'ю (під час народження) викликає тривогу у дитини: незахищеність перед зовнішнім світом може стати причиною виникнення прагнення повернутися до первинного стану, а неможливість такого повернення і призводить до неврозу. У своїй монографії «Травма народження» [20] він зазначав, що доросла людина на несвідомому рівні тією чи іншою мірою відчуває сум за втраченою гармонією. У контексті такої теорії одним з основних завдань психоаналізу було усунення спогадів про травму народження шляхом усвідомлення пацієнтом власних страхів і розуміння того, що відокремлення дитини від матері – необхідний процес психічного розвитку.

Переживання травми завжди супроводжується яскраво вираженими емоціями, фактором актуалізації для яких є емоціогенний стимул (зовнішній або внутрішній). Оскільки психічна травма носить в основному емоційний характер, можна вважати, що вона потребує водночас і внутрішнього, і зовнішнього стимулу. Різні за глибиною і значимістю події та ситуації залишають у душі людини індивідуально-неповторний зміст. Незначуща для людини інформація швидко зникає з пам'яті, а інформація, сприйнята через переживання, запам'ятовується надовго, у разі значимого переживання (позитивного чи негативного) залишається на все життя (фіксується).

Особливості переживань у психотравмуючих ситуаціях, кризових і посттравматичних станах детально розглядають такі українські дослідники, як Н. Тарабріна [22], Т. Титаренко [23,24] та інші. Вважається, що істинною проблемою для людини в кризовій ситуації (ситуації неможливості реалізувати внутрішні потреби свого життя) є не усвідомлення сенсу ситуації, а іманентне формування її значення, смислотворення. Як зазначає автор, діяльність, що спрямована на створення ситуації можливості реалізувати життєві необхідності, і є переживанням. У критичній ситуації травми відбувається активізація «долаючого» переживання – «особливої форми активності, спрямованої на відновлення душевної рівноваги, втраченого сенсу існування, на формування доцільності». Результатом психологічної діяльності переживання може стати усвідомлення людиною того, що відбулося, і сенсу всього свого життя. Без такого усвідомлення перебудова життєвої позиції особистості практично неможлива, а отже,

неможливе відповідне подолання психологічної травми. Тобто переживання, як особлива форма активності, дозволяє людині у кризовій життєвій ситуації пережити складні події, отримати завдяки переоцінці цінностей усвідомленість власного існування. Після травмуючої події людина відчуває у собі певні зміни: з'являється почуття незахищеності та невпевненості у собі, що, звісно, проявляється у змінах поведінки (зникає легкість та невимушеність) та взаємодії з іншими людьми. Психологічна література з проблеми психотравми говорить про прямий та опосередкований вид травматизації [25,26]. Пряма травматизація – це критична подія, яка стосується особи, і пригнічує її здатність контролювати ситуацію, а також ставить під сумнів поняття безпеки, уміння і значення. Опосередкована травматизація – це критична подія, що стосується особи, породжує травматичні наслідки для рятувальників і соціальних працівників, які мають своє коріння в характері події або в передачі емоцій. З огляду на такі види травматизації ми можемо виділити первинну травматизацію (коли людина була безпосереднім учасником або свідком події) і вторинну травматизацію (коли людина перетворилася на свідка події через розповіді інших людей, перегляд хроніки подій, читання газет і т.д.).

М. Горовиць відзначає, що травматичні переживання спричиняють руйнування когнітивних схем людини, зміну її інформаційного патерну, який регулює та організовує сприйняття і поведінку [41]. Тому для зниження гостроти переживання починають діяти процеси психічного захисту і когнітивного контролю (наприклад, у формі заперечення, емоційної глухоти), які значно ускладнюють подолання травми. Особливого значення феномен переживання набуває у контексті психодинамічної теорії.

Отже, психічна травма – це подія в житті людини, яка викликає особливо сильні переживання в умовах нездатності суб'єкта до адекватної реакції; вона спричиняє стійкі зміни і деструктивні наслідки в душевному житті та поведінці людини. Залежність суб'єкта від пережитого досвіду, який має емоційне навантаження і визначає наявність тенденції «до минулого», потребує психокорекції глибинного спрямування. Метод активного соціально-психологічного пізнання дозволяє виявити вплив травматичних фіксацій на неусвідомлені переживання суб'єкта, які спричиняють формування деструктивних тенденцій психіки [12].

Поняття бойової психічної травми. Бойова психічна травма (БПТ) – це прорив бойовим стрес-фактором захисного шару психіки (злам психологічної стійкості), що супроводжується руйнуванням базових цінностей особистості та формуванням патологічних механізмів регуляції поведінки. Ця травма займає значне місце у структурі бойового ураження психіки військовослужбовців: збільшує в 3-4 рази психічну захворюваність в армії та на 10-50 % послаблює боєздатність військ. Симптоматику БПТ різної складності виявляють приблизно у 40 % поранених. Бойові психічні травми комбатантів можуть тривалий час їх переслідувати та є найважливішою

перешкодою на шляху адаптації до військової служби у місцях постійної дислокації, а також мирного життя після звільнення з лав збройних сил [7,8]. Ознаки бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових розладів (ПТСР) можуть зберігатися упродовж тривалого часу. За даними різних авторів, клінічно оформленими ПТСР страждають від 12,5 до 44 % ветеранів війни, а часткові ознаки цього симптомокомплексу у віддалений період виявляються у 63-91,5 % випадків [9-11].

У 1889 р. Г. Оппенгейм увів термін «травматичний невроз», що пояснював психічні розлади у військовослужбовців, які брали участь у війні. Він вважав причиною травматичного неврозу органічні порушення головного мозку, що виникли у результаті як фізичних, так і психологічних факторів впливу. Поняття «травматичний невроз» було обумовлене не лише участю у бойових діях, а взагалі переживаннями людиною травмуючої ситуації будь-якого характеру.

На відміну від Г. Оппенгейма, який акцентував увагу на травматичності самої ситуації, французький невролог Ж.-М. Шарко та його послідовники вважали емоції та шок причиною травматичного неврозу. На їхню думку, «нервовий шок» вводить пацієнта у стан, подібний до гіпнотичного, що є необхідною умовою травматичного самонавіювання, яке призводить до істеричного симптому (наприклад, коли думка про параліч згодом зумовлює сам параліч).

Погляди на травму П. Жане (дисоціативний компонент травми) і З. Фрейда (зв'язок «спогади – афект – реагування») заклали основу сучасного визначення травми [28].

За класифікацією DSM-V, травматичною подією можна називати тоді, коли вона пов'язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або якою-небудь іншою загрозою фізичній цілісності як самої людині, так і її близьких. Психологічний підхід щодо визначення змісту й сутності поняття «психологічна травма» оперує певним термінологічним рядом: життєва активність особистості; саморегуляція, що тлумачиться як природна здатність людини до самоцілення за допомогою внутрішніх ресурсів організму, активація та тілесне усвідомлення цієї здатності сприяє подоланню психотравмуючої ситуації; психотравмуюча ситуація як тривала ситуація, під час якої накопичується багато негативних впливів, кожен з яких сам собою не є досить значущим, але коли їх багато і вони діють упродовж певного часу, їхня дія ніби наростає і виникає хвороба.

Травматична ситуація також впливає на базові переконання людини, перевіряючи їх на міцність, а в деяких випадках повністю підриваючи їх [56]. Психологічна природа травми характеризується такими особливостями:

1. Психологічну травму відносять до неусвідомлених форм психічної діяльності, тобто, до підсвідомого.
2. Невизначеністю і гнучкістю [22].
3. Наявністю внутрішнього конфлікту як несумісності, зіткнення суперечностей ставлення особистості – З. Фрейд

4. Психологічно значущістю психотравмуючої ситуації для особистості (суб'єктивність сприйняття) [42].

5. Психотравмуюча дія локалізується не поза, а всередині індивіда.

6. Симптоми включають уникання, інтрузії та збудження, візуальні образи (флешбеки), проблеми сну, репресивність [28]. Психологічна травма – це дисфункціональний стан, дезадапційний розлад, які ще не набули якісних характеристик хвороби. Передхворобливий стан – це функціональна дезадаптація, яка може трансформуватись у захворювання або тривало перебігати як стадія функціональної готовності організму до розвитку певного захворювання [1,2].

Ми дотримуємось думки, що, незважаючи на наявність виразного патологічного радикала (невротичні і патохарактерологічні реакції), психологічна травма (психічні і поведінкові реакції) відрізняється від психічної травми відсутністю декількох компонентів для діагностики сформованого психічного розладу відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Оскільки психологічна травма має невизначений прогноз щодо формування нозології, її слід розглядати на рівні донозологічного реєстру [1-3].

Травматичний стрес – це особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини. У цьому випадку стрес для людини є травматичним та може стати причиною психологічної травми [25,26]. Також травматичний стрес має деякі відмінні особливості: подія, що відбулася, усвідомлюється (людина розуміє те, що з нею сталося та з якої причини у неї погіршився психологічний стан); існують зовнішні причини, які зумовлюють цей стан; пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя; подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності [8,9].

Розвиток посттравматичного стресового розладу внаслідок перенесеної бойової травми. Моделі формування ПТСР. Нозологічний аспект.

Термін «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» був вперше запропонований М. Хоровіц. Ним розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб. Відповідно до МКХ-11 (Міжнародного класифікатора хвороб – основного діагностичного стандарту в європейських країнах) слідом за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися ПТСР. Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як втрата близької людини, що відбулася через природні причини; тяжка хронічна хвороба; втрата роботи; сімейні конфлікти тощо. До стресорів, що виходять за межі звичайного людського досвіду, належать ті події, які можуть травмувати психіку майже будь-якої здорової людини: стихійні лиха; техногенні катастрофи; події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння у «ситуацію заручника», руйнування власного житла тощо) [41].

Отже, ПТСР – це комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це, у першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу для власного життя, смерть або поранення іншої людини (особливо близької), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років – у цьому полягає особливість ПТСР [23,24,28].

Теоретичні моделі ПТСР. Наразі не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію та механізми виникнення й розвитку ПТСР. Проте існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виокремити наступні підходи: психодинамічний (психоаналітичний); когнітивний; психосоціальний; психобіологічний (психофізіологічний).

Психодинамічні (психоаналітичні), когнітивні та психосоціальні моделі належать до психологічних моделей [6,7]. Вони розроблені шляхом аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя. Відповідно до психодинамічного підходу травма призводить до порушення процесу символізації. З. Фройд розглядав травматичний невроз як нарцистичний конфлікт та увів поняття стимульного бар'єра. Внаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідинозна енергія зміщується на суб'єкта. Фіксація на травмі є спробою її контролю. У сучасній класичній психодинамічній моделі наслідками травматизації розглядаються: регрес до оральної стадії розвитку та зсув лібідо з об'єкта на «Я»; ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів; використання примітивних захистів; автоматизація «Я»; ідентифікація з агресором; регрес до архаїчної форми функціонування «Над-Я»; деструктивні зміни «Я-ідеалу». Ця модель не пояснює повністю симптоматику травматичного реагування, наприклад, постійне відігрування травми. Окрім цього, у досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, яка не зумовлює, однак, розвиток неадаптивної реакції на стрес. Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР – це когнітивне оцінювання та переоцінювання травмуючого досвіду, яке відображено у когнітивних психотерапевтичних моделях. Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка травмуючої ситуації є основним фактором адаптації після травми. Вона найбільше сприятиме подоланню її наслідків у випадку, коли причина травми у свідомості її жертви, яка страждає на ПТСР, набуває екстернального характеру та знаходиться поза особистісними особливостями людини (широко відомий принцип: не «я поганий», а «я зробив поганий вчинок»). У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається та підвищується віра у реальність буття, раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю за ситуацією. Головним завданням при цьому є відновлення у свідомості гармонійності

існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих, оскільки саме таке оцінювання найбільшою мірою спотворюється у жертв травматичного стресу.

З позиції психофізіологічної моделі відповідь на травму – це результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментом. Згідно з сучасними даними під час стресового впливу зростає секреція норадреналіну, що призводить до збільшення його рівня у плазмі, до зниження в головному мозку рівня норадреналіну, допаміну, серотоніну, до зростання рівня ацетилхоліну, виникнення болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендogenousними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіну та допаміну в мозку корелює зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів, є центральним у синдромі реакції на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендogenousними опіоїдами, може призводити до виникнення опіоїдної залежності та пошуків ситуацій, схожих на травматичну. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, яка пригнічує продовження поведінки, що призводить до генералізації умовної реакції на пов'язані з первісним стресором стимули. Пригнічення функціонування гіпокампа може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід [5,6]. Інформаційна модель ПТСР є спробою науково-емпіричного синтезу трьох моделей ПТСР: когнітивної, психодинамічної (психоаналітичної) та психобіологічної (психофізіологічної). Згідно з інформаційною моделлю ПТСР стрес – це сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними (інтелектуальними) схемами (уваленнями) суб'єкта. У зв'язку з цим відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись універсальному принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію у несвідомій формі. Проте, відповідно до тенденції до завершення (ефект незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структурі особистості, а травма більше «не зберігається в активному стані». Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку. Такий феномен реагування – це нормальна реакція на шоковую інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та такими, що блокують опрацювання інформації.

Відповідно до психосоціального підходу модель реагування на травму є багатофакторною, тому необхідно врахувати значення кожного фактора у розвитку реакції на стрес [25,26,28]. Поряд із цим розробники та прихильники психосоціального підходу також підкреслюють виняткову необхідність врахування факторів навколишнього середовища, а саме: фактори соціальної підтримки; релігійні вірування; демографічні фактори; культурні

особливості; наявність або відсутність додаткових стресів тощо. Виділяють ще деякі умови, що впливають на інтенсифікацію ПТСР: ступінь суб'єктивності сприймання ситуації як загрозової; ступінь об'єктивності реальної загрози для життя; ступінь наближеності суб'єкта до місця трагічних подій (він міг фізично не постраждати, але бачити наслідки катастрофи, трупи жертв тощо); ступінь замученості близьких суб'єкта.

Дослідження виявили, що існує тісний зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, тобто способами подолання ПТСР (усунення та уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти до групи взаємодопомоги тощо), та успішністю подальшої адаптації [39,45]. Встановлено, що найефективнішими є три наступні стратегії боротьби з ПТСР, які використовуються комплексно: цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин; усвідомлення носієм травматичного досвіду оборотного значення травматичної події для подальшого життя; реадaptaція потерпілого та вироблення навичок самопомоги, що здійснюється за участі професійних психологів. Перша з цих стратегій була використана при розробці психодинамічних моделей, що описують процес розвитку ПТСР-синдрому та виходу з нього як пошук оптимального співвідношення між патологічною фіксацією та травмуючою ситуацією і її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадувань про травму є найбільш адекватною у гострому періоді та допомагає подолати наслідки раптової травми. Під час розвитку післястресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмуючої ситуації на значущу частину буття суб'єкта [16,17,19].

Комплексний посттравматичний стресовий розлад. У деяких осіб психотравмуючі переживання мають хронічний характер, оскільки виникли від множинної травматизації. Звісно, у таких випадках її наслідки більш виражені й для окреслення значно складнішої форми ПТСР, яку називають «комплексний посттравматичний стресовий розлад». Його додатковими симптомами є виражені порушення регуляції емоцій (виражена дисфорія, порушення контролю злості, самопошкоджуюча поведінка як форма емоційної саморегуляції тощо), порушення свідомості (тривалі стани дереалізації деперсоналізації), самосприяття (відчуття власної безпомічності, ідентичність жертви, виражений сором та відчуття власної дефективності тощо), виражені порушення у сфері соціальних стосунків (соціальна ізоляція, виражена недовіра до оточуючих), порушення у системі цінностей та деякі інші симптоми [21]. Якщо комплексна травма мала місце у дитинстві під час формування особистості, то її наслідки є не лише у симптомах ПТСР, а й у порушенні особистісного розвитку, дезорганізації системи прив'язаності, інших порушеннях. На жаль,

в Україні ще дуже слабка система соціального захисту дітей, більшість яких проживає тривалий час у вскрай неблагополучному, травматичному середовищі [18,27].

Особливості та критерії діагностики гострого стресового розладу та розладу адаптації. Під час гострої реакції на стрес (ГСР) симптоми зберігаються до одного місяця, а під час посттравматичного стресового розладу – більше місяця. Під час відстроченої реакції на стрес (відтермінований варіант ПТСР) симптоми з'являються після трьох, шести місяців, іноді через кілька років. У психологічній науці виділено критерії діагностики гострої реакції на стрес, до яких належать: переживання важкого психічного або фізичного стресу; розвиток симптомів розпочинається безпосередньо протягом години; різні ступені вираженості напруги тривожності та вегетативних проявів, а у більш тяжких випадках: звуження уваги, очевидна дезорієнтація, гнів, агресія, відчай, безглузда гіперактивність; при усуненні стресу симптоми редукуються не раніше, ніж через 8 годин, при збереженні стресу – не раніше, ніж через 48 годин; відсутність ознак будь-якого іншого психічного розладу (крім тривожного). Гострий стан пов'язаний із впливом фактора несподіваності та раптовості [27]. До гострих стадій належать:

1. Реактивний розлад прихильності в дитинстві (DSMV 313.89; МКХ 10 F94.1, МКХ 11 6B44)
2. Розлад соціальної активності в дитинстві (DSMV 313.89; МКХ 10 F94.1, МКХ 11 6B44)
3. Гострий стресовий розлад (DSMV 308.3; ICD 10 F43.0, ICD 11 QE84)
4. Розлади адаптації (DSMV 309.0-9; МКХ 10 F43.20-28, МКХ 11 6B43)
5. Посттравматичний стресовий розлад (DSMV 309.81; МКХ 10 F43.10, МКХ 11 6B40)
6. Комплексний посттравматичний стресовий розлад (МКХ 11 6B41)
7. Стійка зміна особистості після катастрофічного досвіду (МКХ 10 F62.0).

Симптоми та тривалість гострого стресового розладу та розладу адаптації. Гострий стресовий розлад (DSMV 308.3; МКХ 10 F43.0, МКХ 11 QE84).

Стани заціпеніння, розгубленості, смутку, тривоги, гніву, відчаю, надмірної активності, бездіяльності, соціальної замкнутості, амнезії, деперсоналізації, дереалізації або ступору. Вегетативні ознаки тривоги (наприклад, тахікардія, пітливість, почервоніння) є загальними і можуть бути наявні; ознаки вторгнення/інтрузії (лише в DSMV). Початок відбувається одразу після травми, до 3 днів / 1 місяця.

Розлади адаптації (DSMV 309.0-9; МКХ 10 F43.20-28, МКХ 11B43). Виражений дистрес, який не залежить від тяжкості чи інтенсивності стресора, включаючи надмірне занепокоєння, повторювані та тривожні думки про стресор або постійні роздуми про його наслідки. Додаткові психологічні симптоми розладу адаптації можуть включати симптоми депресії або тривоги, а також імпульсивні «екстерналізуючі» симптоми, зокрема посилене вживання тютюну, алкоголю чи інших речовин.

Після того, як стресор і його наслідки закінчилися, симптоми зникають протягом 6 місяців.

Симптоми та тривалість стійкої зміни особистості після переживання катастрофи. Тривала зміна особистості, яка спостерігається щонайменше протягом двох років після впливу катастрофічного стресу. Стрес має бути настільки потужним, що немає необхідності враховувати особисту вразливість, щоб пояснити глибину його впливу на особистість. Розлад характеризується ворожим або недовірливим ставленням до світу, соціальною ізоляцією, почуттям порожнечі або безнадійності, хронічним відчуттям «перебування на межі», ніби постійно під загрозою та відчуженням. Такому типу змін особистості може передувати посттравматичний стресовий розлад.

Симптоми та тривалість ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад (DSMV 309.81; МКХ 10 F43.10, МКХ 11 6B40) має такі симптоми: вплив події або ситуації надзвичайно загрозливого або жахливого характеру; повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто запам'ятовується, а й переживається як така, що відбувається знову тут і зараз. Зазвичай це проявляється у формі яскравих нав'язливих спогадів або образів; спогади, які можуть варіювати від легкого (існує тимчасове відчуття того, що подія повторюється в теперішньому часі) до важкого ступеня (існує повна втрата усвідомлення оточуючого) або повторювані сни чи кошмари (вторгнення/інтрузія); навмисне уникання нагадувань, які можуть викликати повторне переживання травматичної події (оніміння); постійне відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, на це вказує підвищена настороженість або посилена реакція переляку на такі подразники, як несподівані звуки. Гіперпильні люди постійно охороняють себе від небезпеки і відчувають нібито вони або їх близькі знаходяться під безпосередньою загрозою чи в конкретних ситуаціях чи в більш загальному плані (гіперзбудження). Початок посттравматичного стресового розладу може виникнути в будь-який час протягом життя після впливу (травми).

Симптоми та тривалість комплексного ПТСР. Комплексний посттравматичний стресовий розлад (МКХ 11 6B41) включає такі симптоми: вплив події або ситуації надзвичайно загрозливого або жахливого характеру; повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто запам'ятовується, а й переживається як така, що відбувається знову тут і зараз. Зазвичай це проявляється у формі яскравих нав'язливих спогадів або образів; спогади, які можуть варіювати від легкого (існує тимчасове відчуття того, що подія повторюється в теперішньому часі) до важкого ступеня (існує повна втрата усвідомлення поточного оточення), або повторювані сни чи кошмари (вторгнення/інтрузія); навмисне уникнення нагадувань, які можуть викликати повторне переживання травматичної події (оніміння); постійне відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, на це вказує підвищена настороженість або посилена реакція переляку на такі подразники, як несподівані звуки. Гіперпильні люди постійно охороняють себе

від небезпеки і відчувають нібито вони або їх близькі знаходяться під безпосередньою загрозою чи то в конкретних ситуаціях, або в більш загальному плані (гіперзбудження); серйозні та поширені проблеми в регуляції афекту; стійкі переконання про себе як про принижених, переможених або нікчемних, що супроводжуються глибоким і всепроникаючим почуттям сорому, провини або збій, пов'язаний зі стресором; постійні труднощі у підтримці стосунків і відчуття близькості з іншими; розлад призводить до значного порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування. Початок і тривалість: початок посттравматичного стресового розладу може виникнути в будь-який час протягом життя після впливу [3,39,45].

Трансформація особистості під впливом перенесеної бойової травми. Теоретико-феноменологічний аспект. Опираючись на «Загальну психопатологію» Карла Ясперса [29], можна стверджувати, що психологічною (психіатричною) категорією, яка об'єднує в собі ендогенний (вроджений / генетично обумовлений / закладений природою) та психогенний (обумовлений впливами оточуючого середовища / історією життя людини) фактори та є безпосереднім результатом їх тісної взаємодії є особистість, в якій гармонійно (або дисгармонійно) поєднується індивідуальне та загальне.

Для розуміння трансформації особистості нам необхідно вивчити поняття особистісної ідентичності військовослужбовців. Є припущення, що особистісна самоідентифікація військовослужбовця є проявом формування його позитивної «Я-концепції», усвідомлення змісту військової служби як духовної потреби щодо захисту своєї держави та загальнолюдських європейських цінностей. Процес формування особистісної самоідентифікації військовослужбовця може мати певну вікову динаміку. Вона розвивається залежно від переживання особою значущих біографічних подій та сформованих у неї духовних цінностей, що в подальшому може впливати на виконання нею своїх службових обов'язків [14].

У західній науково-філософській та психологічній школі дослідження ідентичності активно ведуться з початку 70-х років ХХ ст. Цій проблемі присвячені численні роботи, які мають міждисциплінарний характер і об'єднують вчених різних наукових галузей. До наукового доробку зарубіжних дослідників з цієї проблематики належать праці Ю. Габермаса, Г. М. Фуко, К. Ясперса [29].

Феномен ідентичності є досить популярним і серед української наукової спільноти. Чимало філософських думок зорієнтовано на проблему ідентичності української нації в історіософських концепціях В. Винниченка, І. Франка, М. Грушевського, Д. Донцова, М. Драгоманова, М. Костомарова. Серед вітчизняних вчених у дослідженнях із психології, соціології та філософії 1990-х-початку 2000-х років цю проблему вивчали: В. Андрущенко, В. Барков, В. Білодід, В. Бех, А. Васильченко, Я. Верменич, І. Вільчинська, Г. Волинка, В. Воронкова та інші. При вивченні феномену ідентифікації особи з різними

спільнотами чимало науковців підкреслюють, що потреба будь-якої людини належати до соціуму, відчувати себе часткою суспільства, бути членом певної референтної групи та усвідомлювати єдність з її представниками є докорінною потребою особистості [36,37,39,40]. У національній ідентифікації виокремлюють два аспекти – етнічну та громадянську ідентичності. Змістом громадянської ідентичності є усвідомлення особою власної належності до загальнонаціональної спільноти. Етнічна ідентичність віддзеркалює усвідомлення людиною себе як представника певного етносу.

Процес самовизначення людини через членство в соціальній структурі суспільства прийнято називати «соціальною ідентифікацією» особистості. Результатом ідентифікації особи з різними спільнотами є численні ідентичності, актуальність і значущість яких варіюють залежно від часу й ситуації. Їх поєднання складає цілісну соціальну ідентичність особистості, важливе місце в структурі якої посідає ідентифікація з національною спільнотою [14].

У науковій літературі поняття ідентичність ґрунтується саме на аналізі національної ідентичності. Існує наукова думка, що ідентифікація особистості військовослужбовця – це процес ототожнення, уподібнення себе з образом захисника, воїна. Змістом цього процесу є суб'єктивне відчуття належності до військової спільноти на основі стійкого емоційного зв'язку, що виникає в особистості як результат формування відносно стійкої системи усвідомлених уявлень і оцінок реально існуючих диференціюючих та інтегруючих ознак цієї соціальної групи, а також прийняття групових норм та цінностей. Прийнято розглядати ідентичність особистості військовослужбовця у трьох аспектах: 1) як соціально-психологічний результат когнітивно-емоційних та ціннісних процесів ідентифікації людини з образом військовослужбовця; 2) як мотиваційно-когнітивне ядро готовності до проходження військової служби; 3) як важливий компонент у структурі загальної соціальної ідентичності особистості, невід'ємну частину Я-образу особистості.

Вважається, що вирішальним етапом становлення ідентичності особистості військовослужбовця – періодом її зміцнення та закріплення – є юнацький вік, коли її розвиток досягає найвищого, інтелектуально-теоретичного рівня та підкріпленний практичним досвідом військової служби. Подальші зміни ідентичності особистості військового є вже не стільки її формуванням, скільки трансформацією, яка залежить від соціально-політичних, економічних та інших умов професійної військової діяльності. У цій сфері досить важлива роль належить визначенню загальної концепції формування психологічної ідентичності військовослужбовця.

Висновки

1. Аналіз сучасної літератури свідчить, що проблематика трансформації особистості в процесі подолання життєвих криз є доволі актуальною. Вона розглядається науковцями в різних аспектах і проявах,

однак зі збільшенням напрацювань не вистачає саме комплексних обґрунтованих теоретичних досліджень. У зв'язку з військовими діями, що тривають, а також зростанням частоти психічних розладів внаслідок перенесеної бойової травми, особливої актуальності набуває дослідження трансформації особистості саме у військовослужбовців.

2. Бойова психічна травма – це деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптаційних можливостей.

3. В умовах переходу вітчизняної психіатрії на нову класифікацію МКХ-11 розуміння трансформації особистості під впливом бойової травми в розвиток особистісних розладів постає як одне з найбільш актуальних питань сучасної теоретичної та практичної психіатрії. Відповідно, виникає завдання розробки та використання додаткових інструментів об'єктивізації оцінки ступеня тяжкості.

4. Враховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що розробка алгоритмів діагностики та диференційної діагностики трансформації структури особистості в особистісні розлади у військовослужбовців в результаті перенесеної бойової травми, а також розробка рекомендацій щодо реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців із особистісними психічними розладами, які виникли в результаті перенесеної бойової травми, є актуальним, необхідним та своєчасним завданням.

Список літератури

- Блінов ОА. Психологія бойової психічної травми. Київ: Талком; 2016. 246 с.
- Блінов ОА. Психологія бойового стресу [автореферат]. Київ; 2020. 43с.
- Блінов ОА, Вернік ОЛ. Встановлення проявів ознак посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. В: Матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи; 2019 Кві 05-06; Київ. Київ; 2019, с. 33-4.
- Ганнушкін ПБ. Клініка психопатій: їхня статика, динаміка, систематика. Київ; 2020. 166 с.
- Друзь ОВ, Гриневич ЮГ, Черненко ЮО. Полуструктуроване інтерв'ю для комплексної діагностики постстресових психічних розладів та принципи клініко-діагностичної процедури. Вісник морської медицини. 2017;1:114-22.
- Друзь ОВ, Гриневич ЮГ, Черненко ЮО. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. Український вісник психоневрології. 2018;26(2):37-43.
- Казмірчук АП, Лашин ОІ, Науменко ВО, Дорохова ОЕ, Черненко ЮО. Особливості формування посттравматичних стресових розладів у гібридних війнах (конфліктах). International Science Project. 2019;23 (Ч 1):21-3.
- Кожина ГМ, Друзь ОВ, Хорошун ЕМ, Зеленська КО, Черненко ЮО. Персоніфікований підхід до корекції стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах повномасштабного вторгнення. Український вісник психоневрології. 2022;30(2):50-3. doi: 10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-8
- Колесніченко ОС. Засади бойової психічної травматизації військовослужбовців. Харків; 2018; с. 13-22.
- Колесніченко О, Приходько І, Мацегора Я, Юр'єва Н. Прогнозування психологічної готовності до ризику фахівців екстремальних видів діяльності. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2016.;2:115-38.
- Колесніченко ОС. Психологічна травматизація військовослужбовців Національної гвардії України. В: Сацковий ВП, Тімченко ОВ, редактори. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології. Харків; 2017, с. 287-311.
- Ладик-Бригдалова АК. Посттравматичні психічні розлади в учасників антитерористичної операції: діагностика, клініка, терапія [автореферат]. Київ; 2017. 19 с.
- Лапчук ВС. Морально-психологічний стан військовослужбовців під час перебування в полоні. В: Матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи; 2019 Кві 05-06; Київ. Київ; 2019, с. 138-9.
- Мозговий ВІ. Методологічні засади дослідження особистісної ідентичності військовослужбовців. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія Психологія. 2016;61:24-8.
- Наумов ВД. Особливості клініко-психопатологічних проявів розладів адаптації, посттравматичних стресових розладів та постстресових розладів особистості в учасників бойових дій. Архів психіатрії. 2018;24(3):136-41.
- Пішель ВЯ, Полив'яна МЮ, Гузенко КВ. Клінічний поліморфізм посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Архів психіатрії. 2017;23(1):75-6.
- Платинюк ОБ. Феноменологія непсихотичних психічних розладів у учасників бойових дій, які одержали поранення. Медицина сьогодні і завтра. 2020;89(4):74-8. doi: 10.35339/msz.2020.89.04.10
- Пустовий ОМ. Дослідження показників і форм агресії учасників бойових дій на сході України. Психологічний часопис. 2017;6:163-72. doi: 10.31108/1.2017.6.10.12
- Радецька ЛВ, Лаба ІО, Смачило АІ, Нечаєва ОО, Лопатенко КО, Баумер ММ. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних сил України – учасників бойових дій. Медсестринство. 2020;4:23-6. doi: 10.11603/2411-1597.2020.4.11868
- Ранк О. Травма народження та її значення для психоаналізу. Київ; 2000. 240 с.
- Рибчук ОС. Психогенні розлади військовослужбовців: історія та сучасність. Вісник Національного університету оборони України. 2019;1:118-23. doi: 10.33099/2617-6858-2019-51-1-118-123
- Романів ОП, Погоріляк КМ. Роль психоневрологічного статусу в моделі формування аутоагресивної поведінки в пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом унаслідок бойових дій на сході України. Україна. Здоров'я нації. 2017;3:342.
- Титаренко ТМ, редактор. Психологія життєвої кризи. Київ: Агрпромвидав України; 1998. Розділ 1, Життєва криза очима психолога; с. 8-38.
- Титаренко ТМ. Кризове психологічне консультування. Київ: Плавник; 2004. 96 с.
- Туриніна ОЛ. Психологія травмуючих ситуацій. Київ; 2017. 160 с.
- Тютюнник ЛЛ. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. Вісник Національного університету оборони України. 2020;2:106-45. doi: 10.33099/2617-6858-2020-55-2-106-115
- Чабан ОС, Безшейко ВМ. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій Клінічна та експериментальна патологія. 2023. Т.22, № 3 (85)

- в зоні антитерористичної операції. Український вісник психоневрології. 2017;25(2):80-4.
28. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. Київ: Навчальна книга-Богдан; 2021. 552 с.
 29. Ясперс К. Психологія світоглядів. 6-е вид. Київ: Юніверс; 2009. 460с.
 30. Яценко ТС. Теорія і практика групової психотерапії. Активне соціально-психологічне навчання. Київ: Вища школа; 2004. 679 с.
 31. Яценко ТС. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика. Київ: Вища школа; 2006. 382 с.
 32. Яценко ТС. Архаїчний спадок психіки: психоаналіз феноменології проблеми. Дніпро; 2019. 283 с.
 33. Boulos D, Garber B. Does screening shorten delays to care for post-deployment mental disorders in military personnel. A longitudinal retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2020[cited 2023 Nov 20];10(8): e037853. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/8/e037853.full.pdf> doi: 10.1136/bmjopen-2020-037853
 34. Briquet P. *Traite clinique et therapeutique de l'hysterie*. Paris: Bailliere; 1859. 517 p.
 35. Brooks SK, Greenberg N. Non-deployment factors affecting psychological wellbeing in military personnel: literature review. *J Ment Health*. 2018;27(1):80-90. doi: 10.1080/09638237.2016.1276536
 36. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000;2(1):47-55. doi: 10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq
 37. Fairbairn WRD. Synopsis of an object-relations theory of personality. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1963;44(2):224-5.
 38. Figley CR, editor. *Trauma and its Wake*. Brunner/Mazel; 1986. Vol 2, Traumatic Stress Theory, Research and Intervention; 364 p.
 39. Forbes D, Pedlar D, Adler AB, Bennett C, Bryant R, Busuttil W, et al. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31(1):95-110. doi: 10.1080/09540261.2019.1595545
 40. Fromm MG. *Lost in Transmission: Studies of Trauma Across Generations*. 1st ed. Abingdon, UK: Routledge; 2012. 250 p.
 41. Horowitz MJ. Psychological response to serious life events. In: Hamilton V, Warburton DM, editors. *Human Stress and Cognition: An Information Processing Approach*. New York: Wiley; 1979, p. 235-63.
 42. Lang PJ, Levin DN, Miller GA., Kozak MJ. Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: the problem of affective response integration. *J Abnorm Psychol*. 1983;92(3):276-306. doi: 10.1037//0021-843x.92.3.276
 43. Solomon Z, Mikulincer M, Jakob BR. Exposure to recurrent combat stress: combat stress reactions among Israeli soldiers in the Lebanon War. *Psychol Med*. 1987;17(2):433-40. doi: 10.1017/s0033291700024995
 44. Schneider RJ, Luscomb RL. Battle stress reactions and the United States Army. *Milit Med*. 1984;149(2):66-9.
 45. Trimble MR. Post-ramatic stress disorder: history of a concep. In: Figley CR, editor. *Trauma and its Wake*. Brunner/Mazel; 1985. Vol 1, The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder; p. 5-14.
 2. Blinov OA. *Psykholohiia boiovoho stresu* [Combat stress psychology] [author's abstract]. Kyiv; 2020. 43 p. (in Ukrainian)
 3. Blinov OA, Vernik OL. Vstanovlennia proiaviv oznak posttravmatychnykh stresovykh rozladiv u viis'kovosluzhbovtziv [Establishing manifestations of post-traumatic stress disorders in military personnel]. V: *Materialy IV Mizhnar. nauk.-prakt. konf. Viis'kova psykhohiia u vymirakh viiny i myru: problemy, dosvid, perspektyvy*; 2019 Kvi 05-06; Kyiv. Kyiv; 2019, p. 33-4. (in Ukrainian)
 4. Hannushkin PB. *Klinika psykhopatii: yikhnia statyka, dynamika, systematyka* [Clinic of psychopathies: their statics, dynamics, systematics]. Kyiv; 2020. 166 p. (in Ukrainian)
 5. Druz OV, Greenevich EG, Chernenko IO. Polustrukturovane interv'iu dlia kompleksnoi diahnostryky poststresovykh psykhichnykh rozladiv ta pryntsyipy kliniko-diahnostychnoi protsedury [Semi-structural interview for complex diagnosis of post-stress psychic disturbances and principles of clinical-and-diagnostic procedure]. *Visnyk mors'koi medytsyny*. 2017;1:14-22. (in Ukrainian)
 6. Druz O, Hrynevych Ye, Chernenko I. *Psykhdiahnostryka posttravmatychnoho stresovoho rozladu u uchasykyv lokal'nykh boiovykh dii* [Psychodiagnostics of the posttraumatic stress disorder in participants of local military operations]. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2018;26(2):37-43. (in Ukrainian)
 7. Kazmirchuk A, Lashin A, Naumenko V, Dorokhova O, Chernenko I. Osoblyvosti formuvannia posttravmatychnykh stresovykh rozladiv u hibrydnykh viinakh (konfliktakh) [Features of formation of posttrammatic stress disorders in hybrid war (conflicts)]. *International Science Project*. 2019;23 (Part 1):21-3. (in Ukrainian)
 8. Kozhyna HM, Druz OV, Khoroshun EM, Zelenska KO, Chernenko IO. *Personifikovanyi pidkhid do korektsii stres-asotsiiovanykh rozladiv u viis'kovosluzhbovtziv v umovakh povnomashtabnoho vtorhnennia* [Personalized approach to the correction of stress-related disorders in soldiers under a full-scale invasion]. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2022;30(2):50-3. doi: 10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-8 (in Ukrainian)
 9. Kolesnichenko OS. *Zasady boiovoi psykhichnoi travmatyzatsii viis'kovosluzhbovtziv* [Principles of combat mental traumatization of servicemen]. Kharkiv; 2018; p. 13-22. (in Ukrainian)
 10. Kolesnichenko OS, Prikhodko II, Matcegora YV, Yurieva NV. *Prohnozuvannia psykhohichnoi hotovnosti do ryzyku fakhivtsiv ekstremal'nykh vydiv diial'nosti* [Prediction psychological preparedness extreme risk of professional activities]. *Zbirnyk naukovykh prats' Natsional'noi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Serii: Pedahohichni ta psykhohichni nauky*. 2016.;2:115-38. (in Ukrainian)
 11. Kolesnichenko OS. *Psykholohichna travmatyzatsiia viis'kovosluzhbovtziv Natsional'noi hvardii Ukrainy* [Psychological traumatization of servicemen of the National Guard of Ukraine]. V: *Sadkovyi VP, Timchenko OV, redaktory. Aktual'ni doslidzhennia v suchasni vitchyzniani ekstremal'ni ta kryzovii psykhohii*. Kharkiv; 2017, p. 287-311. (in Ukrainian)
 12. Ladyk-Bryzhalova AK. *Posttravmatychni psykhichni rozlady v uchasykyv antyterorystychnoi operatsii: diahnostryka, klinika, terapiia* [Post-traumatic mental disorders in the participants of the anti-terrorist operation: diagnosis, clinic, therapy] [author's abstract]. Kyiv; 2017. 19 p. (in Ukrainian)
 13. Lapchuk VS. *Moral'no-psykhohichnyi stan viis'kovosluzhbovtziv pid chas perebuвання v poloni* [Moral and psychological state of servicemen during their stay in captivity]. V: *Materialy IV Mizhnar. nauk.-prakt. konf. Viis'kova psykhohiia u vymirakh viiny i myru: problemy, dosvid, perspektyvy*; 2019 Kvi 05-06; Kyiv. Kyiv; 2019, p. 138-9. (in Ukrainian)
 14. *Mozhovyi VI. Metodolohichni zasady doslidzhennia osobystisnoi identychnosti viis'kovosluzhbovtziv* [Methodological principles of the study of the personal identity of military personnel]. The

References

1. Blinov OA. *Psykholohiia boiovoi psykhichnoi travmy* [Psychology of combat mental trauma]. Kyiv: Talkom; 2016. 246 p. (in Ukrainian)
- Клінічна та експериментальна патологія. 2023. Т.22, № 3 (85)

- Journal of VN. Karazin Kharkiv National University. A Series of Psychology. 2016;61:24-8. (in Ukrainian)
15. Naumov VL. Osoblyvosti kliniko-psychopatologichnykh proiaviv rozladiv adaptatsii, posttraumatychnykh stresovykh rozladiv ta poststresovykh rozladiv osobystosti v uchasykyv boiovykh dii [Peculiarities of clinical-psychopathological peculiarities person with adaptation disorders, post-traumatic stress disorder and post-stress personal disorders for participants of military action]. *Arkhiv Psykhiiatrii*. 2018;24(3):136-41. (in Ukrainian)
 16. Pishel VYa, Polyviana MYu, Guzenk KV. Klinichnyi polimorfizm posttraumatychnoho stresovoho rozladu v uchasykyv boiovykh dii [Clinical polymorphism of post-traumatic stress disorders at participants in the ATO]. *Arkhiv Psykhiiatrii*. 2017;23(1):75-6. (in Ukrainian)
 17. Platyniuk O. Fenomenolohiia nepsychotychnykh psykhiichnykh rozladiv u uchasykyv boiovykh dii, yaki oderzhaly poranennia [Phenomenology of non-psychotic mental disorders in injured combatants]. *Medicine Today and Tomorrow*. 2020;89(4):74-8. doi: 10.35339/msz.2020.89.04.10 (in Ukrainian)
 18. Pustovy O. Doslidzhennia pokaznykiv i form ahresii uchasykyv boiovykh dii na skhodi Ukrainy [Study of indicators and forms of aggression of participants of military action in the eastern Ukraine]. *Psychological Journal*. 2017;6:163-72. doi: 10.31108/1.2017.6.10.12 (in Ukrainian)
 19. Radetskaya LV, Laba IO, Smachylo AI, Nechaeva OO, Lopatenko KO, Baumer MM. Osoblyvosti proiaviv boiovykh stresovykh rozladiv u poranenykh viis'kovosluzhbovtziv Zbroinykh syl Ukrainy – uchasykyv boiovykh dii [Peculiarities of manifestations of combat stress disorders in wounded soldiers of the Armed Forces of Ukraine – combatants]. *Nursing*. 2020;4:23-6. doi: 10.11603/2411-1597.2020.4.11868 (in Ukrainian)
 20. Rank O. Travma narodzhennia ta yii znachennia dlia psykhoanalizu [Birth trauma and its significance for psychoanalysis]. Kyiv; 2000. 240 p. (in Ukrainian)
 21. Rybchuk O. Psykhohenni rozlady viis'kovosluzhbovtziv: istoriia ta suchasnist' [Psychogenic disorder of militarymen: history and nowadays]. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*. 2019;1:118-23. doi: 10.33099/2617-6858-2019-51-1-118-123 (in Ukrainian)
 22. Romaniv OP, Pohoriliak KM. Rol' psykhonevrolohichnoho statusu v modeli formuvannia autoahresyvnoi povedinky v patiientiv iz posttraumatychnym stresovym rozladom unaslidok boiovykh dii na skhodi Ukrainy [The role of psychoneurological status in the model of formation of autoaggressive behavior in patients with post-traumatic stress disorder as a result of hostilities in eastern Ukraine]. *Ukraine. Nation's Health*. 2017;3:342. (in Ukrainian)
 23. Tytarenko TM, redaktor. Psykholohiia zhyttievoi kryzy. Kyiv: Ahropromvydav Ukrainy; 1998. Rozdil 1, Zhyttieva kryza ochyma psykholoha [Chapter 1, Life crisis through the eyes of a psychologist]; p. 8-38. (in Ukrainian)
 24. Tytarenko TM. Kryzove psykholohichne konsul'tuvannia [Crisis psychological counseling]. Kyiv: Plavnyk; 2004. 96 p. (in Ukrainian)
 25. Turykina OL. Psykholohiia travmuiuichnykh sytuatsii [Psychology of traumatic situations]. Kyiv; 2017. 160 p.
 26. Tiutiunyk L. Boiovy stres ta shliakhy podolannia yoho psykhotravmuiuichnykh naslidkiv [The combat stress and the ways to overcome its psychotraumatic effects]. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*. 2020;2:106-45. doi: 10.33099/2617-6858-2020-55-2-106-115 (in Ukrainian)
 27. Chaban O, Bezsheiko V. Symptomy posttraumatychnoho stresu, tryvohy ta depresii sered uchasykyv boiovykh dii v zoni antyterrorystychnoi operatsii [PTSD, anxiety and depression in Ukrainian military, exposed to «war zone» stress]. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2017;25(2):80-4. (in Ukrainian)
 28. Froid Z. Vstup do psykhoanalizu. Novi vysnovky [Introduction to psychoanalysis. New findings]. Kyiv: Navchal'na knyha-Bohdan; 2021. 552 p. (in Ukrainian)
 29. Yaspers K. Psykholohiia svitohliadiiv [Psychology of worldviews]. 6-e vyd. Kyiv: Yunivers; 2009. 460 p. (in Ukrainian)
 30. Yatsenko TS. Teoriia i praktyka hrupovoi psykhoterapii. Aktyvne sotsial'no-psykholohichne navchannia [Theory and practice of group psychotherapy. Active socio-psychological training]. Kyiv: Vyscha shkola; 2004. 679 p. (in Ukrainian)
 31. Yatsenko TS. Osnovy hlybyynnoi psykhekorektsii: fenomenolohiia, teoriia i praktyka [Basics of deep psychocorrection: phenomenology, theory and practice]. Kyiv: Vyscha shkola; 2006. 382 p. (in Ukrainian)
 32. Yatsenko TS. Arkhaichni spadok psykhyky: psykhoanaliz fenomenolohii problemy [The archaic heritage of the psyche: psychoanalysis of the phenomenology of the problem]. Dnipro; 2019. 283 p. (in Ukrainian)
 33. Boulos D, Garber B. Does screening shorten delays to care for post-deployment mental disorders in military personnel. A longitudinal retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2020[cited 2023 Nov 20];10(8): e037853. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/8/e037853.full.pdf> doi: 10.1136/bmjopen-2020-037853
 34. Briquet P. *Traite clinique et therapeutique de l'hysterie*. Paris: Bailliere; 1859. 517 p.
 35. Brooks SK, Greenberg N. Non-deployment factors affecting psychological wellbeing in military personnel: literature review. *J Ment Health*. 2018;27(1):80-90. doi: 10.1080/09638237.2016.1276536
 36. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000;2(1):47-55. doi: 10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq
 37. Fairbairn WRD. Synopsis of an object-relations theory of personality. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1963;44(2):224-5.
 38. Figley CR, editor. *Trauma and its Wake*. Brunner/Mazel; 1986. Vol 2, Traumatic Stress Theory, Research and Intervention; 364 p.
 39. Forbes D, Pedlar D, Adler AB, Bennett C, Bryant R, Busuttil W, et al. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31(1):95-110. doi: 10.1080/09540261.2019.1595545
 40. Fromm MG. *Lost in Transmission: Studies of Trauma Across Generations*. 1st ed. Abingdon, UK: Routledge; 2012. 250 p.
 41. Horowitz MJ. Psychological response to serious life events. In: Hamilton V, Warburton DM, editors. *Human Stress and Cognition: An Information Processing Approach*. New York: Wiley; 1979, p. 235-63.
 42. Lang PJ, Levin DN, Miller GA., Kozak MJ. Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: the problem of affective response integration. *J Abnorm Psychol*. 1983;92(3):276-306. doi: 10.1037//0021-843x.92.3.276
 43. Solomon Z, Mikulincer M, Jakob BR. Exposure to recurrent combat stress: combat stress reactions among Israeli soldiers in the Lebanon War. *Psychol Med*. 1987;17(2):433-40. doi: 10.1017/s0033291700024995
 44. Schneider RJ, Luscomb RL. Battle stress reactions and the United States Army. *Milit Med*. 1984;149(2):66-9.
 45. Trimble MR. Post-raumatic stress disorder: history of a concep. In: Figley CR, editor. *Trauma and its Wake*. Brunner/Mazel; 1985. Vol 1, The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder; p. 5-14.

Відомості про авторів:

Пустовойт М. М. – д.мед.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри психіатрії та наркології Івано-Франківського національного медичного університету, м. Івано-Франківськ, Україна.

E-mail: pmm2109@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8689-6220>

Юрценюк О. С. – д.мед.н., доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>

Іванова Н. М. – асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: ivanova.nata@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6317-9920>

Пашковський В. М. – професор, д.мед.н., завідувач кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: VMPashkovskyy@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6066-371X>

Information about the authors:

Pustovoyt M. M. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine.

E-mail: pmm2109@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8689-6220>

Yurtsenyuk O. S. – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology named after S. M. Savenka of the Bukovyna State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>

Ivanova N. M. – assistant professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology named after S. M. Savenka of the Bukovyna State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: ivanova.nata@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6317-9920>

Pashkovsky V. M. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology named after S. M. Savenka of the Bukovyna State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: VMPashkovskyy@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6066-371X>

Стаття надійшла до редакції 17.08.2023

© М.М. Пустовойт, О. С. Юрценюк, Н. М. Іванова, В.М. Пашковський

