**Тетяна Кириченко, Олена Данілова**

**(Переяслав, Україна)**

**ДЕСТРУКТИВНИЙ ВПЛИВ ПТСР НА ТИПОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Проблема дослідження психогенних розладів, спричинених психологічною травмою в бойових діях під час локальних бойових дій, які згодом призводять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців на віддалених етапах, набуває дедалі більшої актуальності в останні роки; поширеність розладів адаптації зростає [6].

Сучасні соціально - інформаційні стресори воєнного часу, взаємодіючи з природними людськими факторами, раніше зміненими під впливом війни, провокують рецидиви ПТСР та формують розлади соціального стресу поза діагностичними рамками ПТСР або мають патогенний деструктивний вплив на особистість військовослужбовців, які тривалий час перебували в зоні бойових дій.

Адаптація до умов гострого та тривалого бойового стресу вимагає швидкої зміни попередніх стереотипів свідомості та поведінки, без яких виживання в

Посттравматичний стресовий розлад часто проявляється як психосоматичні розлади.

Найпоширенішими психосоматичними розладами є:

1. Псевдоневрологічні розлади: гіперестезія, психогенні головні болі, запаморочення.

2. Судинна дистонія.

3. Функціональні захворювання серця: кардіоміопатія, серцеві аритмії, ішемічна хвороба серця.

4. Псевдоревматизм.

5. Порушення глибини та ритму дихання.

6. Абдомінальні синдроми: порушення апетиту, нудота, блювання, діарея.

7. Урологічні прояви: дизурія, нічний та денний енурез.

8. Сексуальні дисфункції.

9. Шкірні прояви: свербіж, кропив'янка, атопічний дерматит, екзема [4, 6, 7].

Окрім психосоматичних розладів, невротичні розлади можуть виникати також у людей, які опинилися в екстремальній ситуації.

З наукової точки зору, невроз – це захворювання, спричинене впливом важких психотравмуючих обставин, що мають на меті блокувати або знищувати найважливіші, центральні, особистісно значущі цінності та орієнтації.

Неврози – це тимчасові функціональні розлади без органічного ураження мозку. На розвиток неврозів впливають не лише психологічно травматичні ситуації, а й емоційне ставлення.

Механізми психологічного захисту окремої людини не здатні гарантувати, що людина з неврозом адаптується до складної ситуації в межах норми [3, 4, 5, 6, 7].

Перебування людини в екстремальній ситуації, і зокрема участь у військових діях, нерозривно пов'язане з глибокими емоційними та психологічними переживаннями [7].

Як уже зазначалося, постійні емоційні переживання, почуття тривоги та занепокоєння за власне життя та життя близьких можуть призвести до психосоматичних та невротичних розладів [1, 2, 6].

Про існування нерозривного зв'язку між психічним, у випадку емоційного, переживанням та соматичною реакцією. Фокус психосоматичних страждань завжди знаходиться в органі, який, з точки зору індивіда, є найбільш вразливим та важливим для життєвих процесів та виживання організму [1, 5].

Вибір органів по суті вказує на переважну спрямованість захисних та адаптивних механізмів. Тяжкість соматичного розладу зрештою залежить від характеристик стресового переживання, конституції нервової системи людини та всього її життєвого шляху [3].

Соматичні розлади розуміються як симптоми та синдроми розладів у соматичній сфері, що зумовлені індивідуальними психологічними особливостями людини та пов'язані зі стереотипами її поведінки, реакціями на стрес та способом подолання конфлікту [2].

Основним критерієм психосоматичного захворювання є наявність стимулів навколишнього середовища, які пов'язані з початком або погіршенням певного розладу [1, 6].

Психосоматичні розлади включають усі функціональні розлади внутрішніх органів і систем, виникнення та розвиток яких тісно пов'язані з нейропсихіатричними факторами, переживанням гострої чи хронічної психологічної травми або зі специфічними особливостями особистісної та емоційної реакції особи.

Коли емоційний стрес перевищує можливості людини впоратися з ним, різні стресори пошкоджують організм і призводять до психологічних або фізичних захворювань.

У деяких випадках емоційний стрес також може призвести до розвитку хронічних захворювань, тоді як в інших випадках він активує власні системи захисту організму від стресових ситуацій.

Емоційний стрес спочатку виникає як захисна реакція на конфліктну ситуацію і лише за надмірної гостроти або тривалості неминуче призводить до виражених невротичних та психосоматичних порушень.

У разі екстремальної ситуації існують такі можливості для виникнення емоційного стресу:

* зниження психічної стійкості;
* розвиток неврозу;
* розвиток соматовегетативних розладів;
* розвиток неврозу в поєднанні з соматовегетативними розладами.

Способи боротьби з емоційним стресом:

1) невроз без вираженого зв'язку з психосоматичними симптомами;

2) психосоматичне захворювання без значних невротичних симптомів.

Наслідками гострого та хронічного емоційного стресу можуть бути різні порушення вищої нервової діяльності, включаючи невротичні розлади, причому початкова стадія має захисний характер та обмежує руйнівну дію емоційного стресу [3].

Невротичні та психосоматичні розлади мають спільну рису: їхнє виникнення та розвиток пов'язані не лише з психогенними, а й з біологічними факторами. Майже всі неврози людини є результатом поєднання психогенних та соматогенних факторів [4].

При розгляді етіології неврозів ряд дослідників [1, 3, 6, 7] зосереджується на факторах біологічної природи (спадковість, конституція, перенесені захворювання).

Найважливішими клінічними факторами невротичних розладів є реакції (афективний шок, невротичні реакції); неврози (стани); невротичний розвиток особистості [3, 4, 6].

Реактивні психози (афективні шокові реакції), що виникають в екстремальних ситуаціях, характеризуються порушеннями психічної діяльності [2, 4].

Типові прояви включають вегетативні та соматичні порушення серцево-судинної, ендокринної та дихальної систем, а також шлунково-кишкового тракту. У деяких випадках соматичні розлади є основною причиною проявів різних захворювань [1, 3].

Численні зарубіжні автори у своїх дослідженнях вказують на існування відкладених наслідків впливу травматичних воєнних подій [7].

За даними американських дослідників С. Саутвік, С. Марган, А. Дарнелл, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників операції «Буря в пустелі» є відносно легкими після їхнього повернення з Близького Сходу, але їх інтенсивність зростає протягом двох років [1].

Взаємозв’язок бойового досвіду та початком посттравматичного стресового розладу (ПТСР) через два роки свідчить про те, що психопатологічні наслідки травми розвиваються поступово. Обсяг бойового досвіду може бути важливим фактором ризику розвитку ПТСР у майбутньому [4].

Дж. А. Талботт вважає, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) проявляється лише через деякий час, що вказує на критичну фазу, на якій слід вживати профілактичних заходів щодо пацієнта. На думку автора, тоді можна зупинити розвиток ПТСР [3].

Американські дослідники (А. Скодол, С. Шварц) вивчали ізраїльських солдатів, які брали участь у бойових діях, і дійшли висновку, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) часто пов'язаний з афективними розладами та вживанням психоактивних речовин. Особи з симптомами ПТСР мають підвищений ризик розвитку інших психічних захворювань[5].

Через поранення, травми, інфекційно - соматичні захворювання, імунодефіцит та стресові ситуації війни, організм людини біологічно та психологічно ослаблений і тому не може безболісно перейти до життя в мирних умовах [1, 4, 5].

Отже, проблема посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців не обмежується часом, проведеним у бойових діях. Ця проблема насправді стає ще більш значущою одразу після повернення додому.

Психореактивні розлади зазвичай вважаються багатофакторними, де психосоціальні фактори відіграють вирішальну роль [1, 3].

Згідно з дослідженням Б.І. Годереза, люди, які повертаються з військових відряджень, схильні продовжувати оцінювати своє оточення на предмет потенційних небезпек. Дисфорія, що виникає в результаті цього, погіршує їхню працездатність і може призвести до алкоголізму та раптової агресії, зокрема щодо інших членів родини [1].

Довгострокові наслідки бойового стресу вивчалися лише на початку 1980-х років, коли США після війни у В'єтнамі охопила хвиля алкоголізму, наркоманії, злочинності та самогубств. Статистика того часу показувала, що через десять років після закінчення війни кількість ветеранів, які скоїли самогубство, була втричі більшою, ніж втрати американських військових у війні загалом 150 000 осіб. Після серії досліджень вчені дійшли висновку, що причиною цих змін був посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [1, 5].

З точки зору екстремальних умов, що призводять до розвитку психогенних розладів, війна по суті поєднує психотравматичні фактори, властиві майже всім стихійним лихам.

Психологічні розлади під час бойових дій також спостерігалися у цивільних осіб, які не брали безпосередньої участі в конфлікті, але були свідками подій.

Неминучі наслідки цих дій не одразу усвідомлюються, але на відміну від публічно проголошених героїчних вчинків, через певний час призводять до стійкого почуття страху та провини, що деформує особистість. Особистість «мовчки проектується, незважаючи на всі міжособистісні, особливо сімейні, стосунки, і є частиною емоційного поля» [5].

Вважається, що природна психофізіологічна реакція організму на стрес включає порушення сну, втому, дратівливість та легкі вегетативні дисфункції. Ці адаптивні психологічні реакції проявляються на симптоматичному рівні та потребують профілактичних заходів [2, 4].

Фізичні та психічні перевантаження, а також порушення життєвого циклу, мають величезний вплив на організм у бойових ситуаціях (травми, хвороби, інфекції) і як наслідок таких стресів можуть виникати невротичні реакції [1, 3, 4, 7].

Психічні розлади включають невротичні розлади, а також патохарактерні розлади, афективні шокові реакції та адиктивну поведінку [4, 7].

До патохарактерних реакцій належать реактивні стани, що проявляються через ситуативно-пов'язані патологічні поведінкові порушення, призводять до соціально-психологічної дезадаптації та можуть поєднуватися з невротичними порушеннями. Типовими ознаками цього є індивідуалізм, відмова від спілкування, порушення міжособистісних стосунків, а також посилення тривожності та депресії[2, 4].

Прояв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не завжди однаковий. Характерні риси симптомів, що виникають після травматичних переживань, в першу чергу пояснюються особистісними типологічними особливостями.

**Література:**

1. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ: Талком,2020. 700 с.
2. Везерс Ф.В., Бовін М. Дж., Лі Д.Дж., Слоун Д.М, Шнурр П.П., Калупек Д.Г., Кін Т.М., & Маркс Б.П. Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем, для DSM–5 (CAPS‐5): розвиток і початкова психометрична оцінка у військових ветеранів. *Психологічна оцінка*, 30(3). 2018. С. 383-395.
3. БереговаО.В, КовальК.І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту. *Психологія особистості*. 2022. Вип. 42. С. 113-118.
4. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення в звичайних та екстремальних умовах:навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ніка-Центр, 2016. 580 с.
5. Попелюшко Р. П. Причини виникнення та механізм розвитку ПТСР у комбатантів. International Scientific-Practical Conference Actual que stionsand problemsof development of social sciences. Kielce: Holy Cross University. 2019. С. 95–98.
6. Тімченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Х. : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2020. 268 с.
7. Юрченко В.М. Психічні стани людини: систематичний опис. Рівне, 2006. 574 с.