

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ У КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ ПОНЯТТЯ БОЙОВОЇ ПСИХОТРАВМИ

MEDICO-PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS IN THE CONCEPTUALIZATION OF COMBAT PSYCHOTRAUMA

У статті розглянуто феномен бойової психотравми як одного з найбільш значущих психологічних наслідків участі у бойових діях. Визначено основні аспекти стресових реакцій у військових, зокрема психологічні, фізіологічні та соціальні наслідки «бойового виснаження», «гострих бойових реакцій». Окрему увагу приділено посттравматичному стресовому розладу (ПТСР) як найпоширенішій формі прояву бойової психотравми. Наведено аналіз чинників ризику пролонгованої психотравматизації, серед яких виокремлено фазовість та кумулятивність бойової психотравми, а також індивідуальні психічні, психологічні, психофізіологічні ресурси військовослужбовців. Зазначено, що тривала дія бойового стресу в комбінації з особистісними чинниками може суттєво знижувати адаптаційний потенціал. Здійснено аналіз підходів до тлумачення психотравми в дослідженнях із психосинтезу, зокрема як синтетичного комплексу психофізіологічних та особистісних наслідків психотравматизації. При цьому окремі соматичні симптоми та психофізіологічні зміни можуть бути як причинами, так і наслідками психотравми. Автори акцентують увагу на необхідності інтегрувати описово-діагностичний та структурно-функціональний підходи до концептуалізації поняття бойової психотравми, розглядають конструкт травматичного комплексу як функційне поле для медико-психологічних інтервенцій у сумісній роботі клінічних психологів, психотерапевтів, неврологів та психіатрів. Це поле визначає як психофізіологічні обмеження внаслідок травматизації, так і можливість посттравматичного зростання за умови актуалізації індивідуальних психологічних ресурсів пацієнта. Ключовою заувагою є розуміння особистості лікаря та психолога як визначального чинника у виборі стратегій надання комплексної допомоги: на подолання констатованих наслідків патологізації або на розвиток адаптаційних та суб'єктивних здатностей військових.

Ключові слова: бойова психотравма, психотравма, психотравматизація, стрес, травматичний стрес, тривалий травматичний стрес, посттравматичний стресовий розлад.

The article examines the phenomenon of combat psychotrauma as one of the most significant psychological consequences of participation in combat operations. Key aspects of stress reactions in military personnel are identified, including psychological, physiological, and social effects of «combat fatigue» and «acute combat reactions.» Special attention is given to post-traumatic stress disorder (PTSD) as the most common manifestation of combat psychotrauma. The paper provides an analysis of risk factors of prolonged psychotraumatization, highlighting the phases and cumulative nature of combat psychotrauma, as well as the individual mental, psychological, and psychophysiological resources of military personnel. It is noted that prolonged exposure to combat stress, combined with personal factors, can significantly reduce adaptability potential. The study explores approaches to understanding psychotrauma in psychosynthesis research, particularly as a synthetic complex of psychophysiological and personal consequences of psychotraumatization. Specific somatic symptoms and psychophysiological changes are discussed as both causes and effects of psychotrauma. The authors emphasize the need to integrate descriptive-diagnostic and structural-functional approaches in conceptualizing the notion of combat psychotrauma. They consider the construct of the traumatic complex as a functional framework for medico-psychological interventions in the collaborative work of clinical psychologists, psychotherapists, neurologists, and psychiatrists. This framework identifies both psychophysiological limitations resulting from trauma and the potential for post-traumatic growth, provided that the patient's individual psychological resources are activated. A key consideration is the understanding of the personality of the physician and psychologist as a determining factor in selecting strategies for providing comprehensive assistance: either addressing established pathological consequences or fostering the adaptive and subjective capacities of military personnel.

Key words: combat psychotrauma, psychotrauma, psychotraumatization, stress, traumatic stress, prolonged traumatic stress, post-traumatic stress disorder.

УДК159.9:355]:616.895
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.57>

Курасва А.А.

магістерка психології,
асистентка кафедри психології
ПВНЗ «Київський медичний
університет»

Гусятник О.С.

здобувач магістерського рівня освіти за спеціальністю 053 – Психологія
Університет Григорія Сковороди
в Переяславі

Гущина Т.Ю.

к.психол.н., доцентка,
доцентка кафедри психології
ПВНЗ «Київський медичний
університет»

Постановка проблеми. Перемога України в російсько-українській війні безпосередньо залежить від психологічної готовності військових до ведення бойових дій, зокрема їхньої витривалості як набутого вміння особистості тривалий час залишатися боєздатними в умовах постійної загрози. Однак бойова психотравма викликає суттєві зміни у психофізіологічних процесах, що супроводжується появою сильних негативних емоційних станів, таких як тривога, страх, а також важке розумове та фізичне виснаження на тлі хронічного стресу, який прогресує в усіх аспектах життя комбатантів.

Українськими вченими і клініцистами докладно досліджено посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та генералізований стресовий розлад (ГСР) у військових, на основі чого визначено ключові завдання для медико-психологічної реабілітації ветеранів. Однак недостатньо уваги приділено розробленню психостабілізаційних заходів безпосередньо на лінії бойового зіткнення, де травматичний стрес досягає найвищого рівня. Попередньо нами досліджено проблеми сугестивності військових та розвитку їхніх саморегуляційних навичок із метою ситуативного подолання

бойового стресу [1; 3]. Установлено, що психоедукаційні засоби посттравматичної стабілізації на основі аутосугестії можуть не лише покращити моральний стан та витривалість бійців, а й запобігти довготривалим наслідкам їх психотравматизації. Однак у вітчизняній науці недостатньо розроблено загальну медико-психологічну концепцію бойової психотравми з урахуванням світового досвіду клінічних та емпіричних досліджень у цій царині.

Мета статті – здійснити теоретичний аналіз медико-психологічних засад до обґрунтування та концептуалізації поняття бойової психотравми.

Виклад основного матеріалу. У сучасній психології поняття «психологічна травма», так само як «психічна травма», не має чіткого означення. Спочатку ці поняття широко вживалися в межах теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років минулого століття у кризовій психології, але перші дефініції травми зародились у ранніх роботах З. Фрейда, а також у дофрейдівських дослідженнях Ж. Шарко та Й. Броера. Власне З. Фрейд сформулював першу психоаналітичну теорію травми, у якій дане явище визначено як глибоко вкорінений у несвідомому афект, який негативно впливає на психіку людини і становить основу для невротичних розладів [7, с. 12]. У неофрейдизмі та сучасному психоаналізі природу психотравми розуміють переважно так само: вона є проявом неусвідомленого досвіду ранньої травматизації психогенного походження, який виражається через неврози (невротичні розлади) або невротичні (неврозоподібні) стани, хоча в клінічній психології в основі названих станів не вбачають психогенних причин.

У наших дослідженнях із психосинтезу ми послуговуємося поняттями «психотравма» або «травма» у значенні комплексу психофізіологічних (психічних) та особистісних (психологічних) наслідків психотравматизації. У межах реабілітаційних заходів цей комплекс може стати основою для посттравматичного зростання особистості військового або патологізуватись у разі відсутності системи належного психічного відновлення та психологічного супроводу [4]. Ми вживаємо поняття психотравми синтетично, тобто без розмежування психічного та психологічного формовиявлення травматичного комплексу як складного утворення. У структурі цього комплексу ми розрізняємо травмовану та захисну субособистості (напівавтономні різноспрямовані частини особистості), між якими виникає ідентифікаційна невизначеність, що виражається у тривалому домінуванні захисту, з якою ідентифікує себе людина (явище лімінальної паузи). При цьому окремі соматичні симптоми та психофізіологічні зміни можуть бути як при-

чинами, так і наслідками психотравми. Однак в історії медико-психологічних досліджень простежуються різні підходи до концептуалізації поняття бойової психотравми, яке сьогодні, на жаль, через війну вимагає уточнення.

У психофізіологічних дослідженнях поняття психотравми вперше представлено в теорії Г. Сельє як синонім стресу або особлива форма загальної стресової реакції організму у відповідь на надзвичайно травматичну, спричинену негативними емоціями ситуацію [6]. У межах названої теорії явище травматичного стресу виникає тоді, коли стресогенний чинник є вкрай сильним протягом тривалого часу і тому переважує фізіологічні та психічні адаптаційні можливості людини, руйнує її психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психофізіологічного «зламу» в організмі. У нормальних умовах переживання стресу мобілізує адаптаційні ресурси організму і сприяє пристосуванню до змін (еустрес), однак травматичний стрес (в умовах травматичної ситуації) виснажує ці адаптаційні можливості (дистрес).

Ознаки травматичного бойового стресу вперше описано в медичній літературі на базі діагностичних звітів під час громадянської війни у США, коли Я. да Коста виявив психічні розлади, які він спостерігав у солдатів. Лікар досліджував групу фізично здорових ветеранів американської громадянської війни і встановив, що вони скаржилися на прискорене серцебиття, біль у зоні серця, тахікардію, тривогу, головний біль, погіршення зору та запаморочення. Оскільки він не зміг пояснити ці симптоми як міокардит, він назвав їх «хворобливим чутливим серцем», що стало відомим як синдром да Кости [10].

У деяких зарубіжних працях психотравма визначається як стан сильного страху, який відчуває людина під час зіткнення з раптовою подією, потенційно загрозливою для її життя. Цей страх перевищує можливості індивіда, що ускладнює самоконтроль та вибір ефективної реакції [16]. Отже, психотравму ототожнюють з емоцією, що, на нашу думку, звучує її сутність як складного явища або комплексу, про що нами зазначено попередньо.

Серед актуальних теорій психотравми широкого визнання набула теорія за П. Левіном (P. Levine), у якій поєднано результати досліджень у галузі психології, психотерапії, а також біології, психофізіології та нейронауки. На думку автора, травма є проривом у захисному бар'єрі, що оберігає людину від зовнішніх впливів, і виражається через надзвичайно сильне відчуття безпорадності [14]. Ми вважаємо, що в контексті проблеми участі особистості в бойових діях даний підхід потребує не лише уточнення поняття захисного бар'єру як психічної передумови чи психологічної здатно-

сті, яка формується в процесі фахової військової підготовки, а й урахування кумулятивної природи бойової травматизації.

Друга світова війна привернула увагу до стресових реакцій у військових, що призвело до появи терміна «невроз воєнного часу». Реакції, пов'язані з участю в бойових діях, стали об'єктом численних досліджень. Різні автори вживали різні назви для цього явища, зокрема «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз» та «посттравматичний невроз». А. Кардінер (A. Kardiner) у своєму першому систематизованому дослідженні назвав це явище «травматичний невроз війни». Він увів поняття «центрального фізіоневрозу», що описує порушення низки психофізіологічних функцій, які забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. А. Кардінер уперше надав повний опис симптомів цього неврозу і зауважив, що він має як психологічний, так і фізіологічний компоненти [13]. Натомість у дослідженнях травми полону Р. Грінкер (R. Grinker) та Дж. Шпігель (J. Spiegel) увели такі поняття, як «стрес боїв і битви», «гостра бойова реакція», «втома від боїв», «виснаження від боїв». Вони описали загальні симптоми, які відчували солдати, що повернулися з полону, зокрема виявили підвищену стомлюваність, депресію, погіршення пам'яті та концентрації уваги, нічні кошмари, фобії, агресію, недовір'я і посилену активність симпатичної нервової системи [11].

У 1952 р. Американське психіатричне товариство включило в Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів другого перегляду (DSM-II) поняття «реакція на сильний емоційний і фізичний стрес», що стало основою для формування психологічного змісту поняття «травма». Однак через 16 років цю діагностичну категорію виключили з класифікації, хоча проблеми, з якими стикалися військовослужбовці, що повернулися з в'єтнамської війни, знову привернули увагу фахівців. У 1980 р. діагноз було «відновлено» в класифікації третього перегляду (DSM-III) під назвою «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), який прижився сьогодні [2, с. 180–186] і включений у міжнародну класифікацію хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-11) разом із розладом порушення адаптації [5].

ПТСР має такі психофізіологічні зміни, як підвищена активність катехоламінової системи, що викликає компенсаторну активацію структур, які призводять до збільшення викиду ендогенних опіїдних пептидів (ЕОП) у кров. Це пояснюється цитопротекторними та стрес-лімітуючими властивостями цих пептидів. Проте в міру хронізації стресу спостерігається виснаження опіїдної системи, яка є особливо чутливою, і зниження рівня ЕОП порівняно з початковими значеннями. На психологічному рівні нестача ЕОП може проявлятися в реак-

ціях тривоги, агресії, дисфорії та у хронічному больовому синдромі [15]. Дисрегуляція серотонінергічної системи у пацієнтів із психотравмою корелює з порушеннями сну, сплесками агресії, а також зловживанням наркотичними речовинами чи алкоголем. Також виявлено стійкі зміни рівня кортизолу в крові у пацієнтів, які мають прояви психотравми, як у гострій фазі, так і протягом прийдешніх наслідків [12].

Психотравматизація в умовах бойових дій за Р. Когеном (R. Cohen) та Ф. Агерном (F. Ahearn) має три фази екстремального стресу: 1) передвпливова фаза, що включає відчуття загрози і занепокоєння; 2) фаза впливу, коли домінуючою емоцією є страх; 3) фаза післядії, що супроводжується низкою ушкоджень психофізіологічного функціонування [9]. Водночас доведено, що психотравматизація має кумулятивний характер, тобто наслідки попередньої травми можуть спричиняти більш серйозні емоційні реакції на наступні [8]. Саме тому, на нашу думку, концептуалізація бойової психотравми лише через явища ПТСР та комплексний ПТСР має суттєві обмеження: в умовах постійної загрози і небезпеки ці діагнози передбачають, що вплив травми тимчасовий і належить до першого травматичного досвіду. За нашими спостереженнями, особливості бойового травматичного стресу значно змінюють динаміку переживання психотравми в подальшому житті військових, що зумовлено різними чинниками: інтенсивністю та екстремальністю першого травмуючого впливу, недостатністю часу для формування механізмів психологічного захисту, «позаособистісним» стилем реагування, складним смисловим навантаженням (семантикою) психотравми та вираженістю сомато-вегетативного компонента стресової реакції.

Установлено, що у осіб, які зазнають тривалих, повторних або багаторазових стресових подій (тривалий травматичний стрес), ПТСР проявляється частіше, ніж у тих, хто пережив лише одну стресову подію [12]. Це означає, що численні стресові чинники можуть загострювати симптоми ПТСР, оскільки початкова травма може зменшити психологічні (структурно-функціональні) ресурси людини для подолання наступних стресових чинників. Окрім того, людина може вже страждати від клінічного або субклінічного посттравматичного стресового розладу, коли виникають нові стресові чинники, а тому в основі концептуалізації поняття бойової травми варто інтегрувати описово-діагностичний (статичний) підхід та структурно-функціональний (прогностичний).

Висновки. За результатами здійсненого теоретичного аналізу переважно класичних зарубіжних праць з означеної проблеми нами встановлено, що здійснені медико-психоло-

гічні дослідження зумовили появу та усталення двох підходів до концептуалізації поняття «бойова травма»: описово-діагностичний та структурно-функціональний.

Описово-діагностичний підхід базується переважно на методах спостереження та клінічного інтерв'ю і пояснює бойову психотравму фактуально та постфактуально, зокрема на основі статистичних даних щодо психофізіологічних змін та їхньої подальшої динаміки. За цим підходом більшість наукових уявлень про бойову психотравму ґрунтується на теорії стресу, а також емпіричних дослідженнях його видів та наслідків. Перевагою цього підходу є об'єктивація таких симптомокомплексів у травмованої особистості комбатанта, які констатуються вимірним шляхом і перевіряються методами статистичної обробки даних. Власне, йдеться про клінічний підхід до концептуальних уявлень про травму особистості в умовах бойових дій.

Натомість структурно-функціональний підхід актуалізує в умовах психологічної реабілітації проблему індивідуальної психологічної структури постраждалих через застосування психотерапевтичних методів психологічної оцінки та впливу, які об'єктивують функційне (психічне та психологічне) поле для дальших медико-психологічних інтервенцій у сумісній роботі клінічних психологів, психотерапевтів, неврологів та психіатрів. Саме таким є функційне поле в нашій концептуалізації поняття бойової психотравми через конструкт травматичного комплексу. Це поле визначає як психофізіологічні обмеження внаслідок травматизації (описово-діагностичний етап наслідків травмування), так і можливості посттравматичного зростання за умови актуалізації індивідуальних психологічних ресурсів пацієнта (етап відновлення та адаптації). Але динаміка структурно-функціональних змін особистості військових в умовах комплексної медико-психологічної допомоги простежується не лише фактуально, але й прогностично – на основі особистісної готовності вище названих фахівців інтегрувати клінічне та неклінічне професійне мислення, яке зумовлює систему міжособистісних стосунків у процесі лікування, соціальної адаптації та самореалізації військових. Можна виснувати, що особистість лікаря та психолога тут є визначальним чинником у виборі однієї із загальних стратегій надання комплексної допомоги: 1) орієнтованої на подолання констатованих наслідків патологізації (наприклад, ПТСР); 2) орієнтованої на прогнозований розвиток адаптаційних та агентивних (суб'єктних) здатностей військових (наприклад, посттравматичне зростання) з урахуванням клінічно встановлених необоротних обмежень.

У подальших публікаціях ми плануємо представити результати емпіричних досліджень

бойової психотравми, здійснених на основі включених спостережень та психодіагностичних обстежень українських військових.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Гусятник О.С., Кучеренко Є.В. Теоретичні засади дослідження посттравматичної стабілізації військовослужбовців. *Перспективи розвитку сучасної психології*. 2024. Вип. 14. С. 163–166.
2. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR® від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонішин. Львів : Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.
3. Кураєва А.А., Кучеренко Є.В. Зменшення впливу чуток як чинника рефлексивного управління військовослужбовцями в умовах інформаційно-психологічної спеціальної операції. *Перспективи розвитку сучасної психології*. 2023. Вип. 12. С. 130–134.
4. Кучеренко Є. Психосинтез як метод посттравматичного розвитку особистості дорослого в умовах соціальної лімінальності. *Психологічні студії*. 2023. № 4. С. 27–34. <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2023.4.4>
5. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневиц Є.Г. МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. Київ : Моріон, 2024. 300 с.
6. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2022. № 15–16(532–533). С. 29, 37.
7. Турніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник. Київ : Персонал, 2017. 160 с.
8. Brewin C.R., Andrews B., & Valentine, J.D. Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in traumaexposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 2000. P. 748–766.
9. Cohen R. & Ahearn F. *Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims*. Baltimore and London : John Hopkins University Press, 1980. 144 p.
10. Erichsen J.E. *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*. Philadelphia : Henry C. Lea, 1867. 103 p.
11. Glinker R.R. & Spiegel J.P. *Men under stress*. Philadelphia : Blakiston, 1945. 484 p.
12. Jarero I., & Artigas L. AIP model-based acute trauma and ongoing traumatic stress theoretical conceptualization. Jarero I., & Artigas L. AIP model-based acute trauma and ongoing traumatic stress theoretical conceptualization. *Revista Iberoamericana de Psicopatología y Disociación*. Vol. 10. Number 1, 2018. P. 1–10.
13. Kardiner A. *The Traumatic Neuroses of War. Psychosomatic Medicine Monographs*. New York : Heber, 1941. 270 p.
14. Levine P. & A. Frederick. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic Books, 1997. 288 p.
15. Van der Kolk B.A., Greenberg M., Boyd H., Krystal J. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post – traumatic stress. *Biological Psychiatry*. Vol. 20., 1985. P. 314–325.
16. Zettl L. & Josephs E. *Self-Regulation Therapy*. Vancouver : Canadian Foundation for trauma Research and Education, 2001. 258 p.