

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Військова академія, Одеса

Досліджено розлади психологічного та фізичного здоров'я в учасників бойових дій. Результати підтвердили наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії різного ступеня вираження, емоційних розладів, функціональних порушень стану фізичного здоров'я. Доведено вплив вираженого психоемоційного стресу на підвищення рівня захворюваності на соматичні хвороби як прояв психосоматичного розладу.

Ключові слова: психоемоційні стани, депресивні стани, розлади здоров'я, учасники бойових дій, симптоми посттравматичного стресового розладу.

Здоров'я людини належить до найбільш актуальних і складних проблем. Ця тема пов'язана з фундаментальними аспектами людського життя, одним із яких є участь у бойових діях. Досвід комбатантів можна вважати найбільш кризовим станом, адже військовослужбовець протягом тривалого часу вимушений перебувати під сильним психоемоційним тиском, який можна прирівняти до стресового стану, що долається постійним вольовим зусиллям. Така загрозна для життя ситуація дається людині за надто високу ціну, що неминуче відображається на її здоров'ї. Як свідчать результати наукових досліджень [1–3], у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, спостерігаються різного ступеня вираження якісні зміни у фізичному й психічному стані. Статистика свідчить, що майже у 20% учасників бойових дій за відсутності фізичних вад відзначено нервово-психічні зміни та певні рівні їх розладів; серед поранених цей показник зростає майже у 1,3 разу і досягає 33% при тому, що, за даними літератури, це лише частина невіршеної проблеми [1–3]. Загострення цієї ситуації починає активізуватися через деякий час, коли військовослужбовець повертається до звичних умов життя, наприклад, коли військова частина повертається до пункту постійної дислокації.

За даними експертів, в учасників бойових дій (порівняно зі здоровими людьми) у два-три рази частіше діагностуються захворювання серцево-судинної системи, серед яких домінують гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки [4–8]. Такий стан військовослужбовців супроводжується загальною слабкістю, запамороченнями, головними болями й сексуальними розладами, болем у ділянці серця, порушеннями сну, фобіями, що негативно позначається на самопочутті та працездатності, а в інвалідів ця ситуація доповнюється ще й проблемами, пов'язаними з отриманими пораненнями і травмами.

Серед основних поведінкових розладів військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції (АТО) на сході України, превалюють відчуття страху (57,4%), демонстративність поведінки (50,0%), прояви агресії (58,5%) та підозрілість до оточуючих (75,5%). Треба також додати до цього переліку конфліктність (із родичами та колегами по роботі), вибухи гніву, що дуже часто ускладнюється зловживанням алкоголем і вживанням наркотичних речовин [2, 9]. При цьому слід наголосити на тому, що в разі тривалого впливу психотравмуючої ситуації та емоційних реакцій — стенічних (гнів, агресія) й астенічних (туга, відчай, депресія) — у людини формуються стійкі психосоматичні розлади [10, 11].

За сучасними науковими поглядами, психосоматичні розлади — це відображення душевного життя у тілесних проявах, тобто реакцією особистості на стрес можуть бути як невротичні, так і психосоматичні розлади, які є соматичними еквівалентами психічних. Ці групи порушень свідчать про різні засоби переробки внутрішньоособистісного конфлікту — психічного або соматичного [2, 12, 13].

Якщо патологічна ситуація поступово хронізується, то внаслідок цього формується новий стійкий стан вегетативної нервової системи, який заважає її нормальній функціональній рухливості, обмежує гнучкість її адаптації до зовнішніх подразників та внутрішніх змін організму за рахунок механізмів, які уподібнені епілептоформному синдрому [14]. Через це можливий розвиток вегетативної та метаболічної недостатності, що й стає причиною порушення роботи внутрішніх органів.

На думку деяких сучасних дослідників, невротичні й психосоматичні прояви є специфічними варіантами психологічної адаптації, що протистоять особистісному (духовному) зростанню [12].

Ознакою зарахування соматичного захворювання до психосоматичних є наявність психологічно

значущих для певної особистості подразників із навколишнього середовища, які пов'язані з виникненням або загостренням цього фізичного порушення, причому не тільки в учасників війн та катастроф [2, 12, 13, 15], а також у їхніх потомків [16].

Згідно з результатами досліджень Ж. Хілгард і А. Шутценбергер [16] щодо трансгенераційного зв'язку й проблем трансгенераційної передачі, виявлено тілесний психосоматичний і соматопсихічний аспект (bodymind) [17] наслідків військових травм у кількох поколінь, в окремих потомків в'язнів концтаборів, учасників війн, військово-полонених. Найбільш яскраві випадки пов'язані з потомками людей, що постраждали при битві під Седаном (1870), від газових атак у бойових сутичках біля Іпра (1915), Вердена (1916), які супроводжувалися різними симптомами спазмів або запальних явищ (кашель, першіння, часті бронхіти, астма) [16].

Деадаптацію як основний механізм формування психологічних і психосоматичних розладів можна звести до зовнішнього чинника, який є певним тригером (стрес, конфлікт, різка зміна життєвих обставин), і внутрішнього фактора (відсутність зовнішньої символічної основи на духовному рівні; перфекціонізм на мотиваційному рівні; дезадаптивні переконання і помилки мислення на когнітивному рівні; негативний емоційний багаж у вигляді наслідків психотравм і конфліктів на емоційному рівні). У цьому сенсі дуже важливим напрямком є не тільки психокорекція з метою підвищення стійкості до стресу і фрустраційної толерантності, а й психопрофілактика (підвищення адаптивних можливостей) шляхом навчання людини методів психологічної самопомогі.

Метою цієї роботи було дослідження взаємозв'язку проявів розладів здоров'я (фізичного і психологічного) в учасників бойових дій.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів деонтології було комплексно обстежено 102 військовослужбовця через 3–5 міс після їх повернення із зони АТО протягом 2015–2016 рр. У віковій категорії від 24 до 30 років було 25,4 % комбатантів, у віці від 31 до 35 років — 27,3 % респондентів, а решта — особи віком від 35 до 50 років.

Вибір методів дослідження для експериментальної частини роботи був обумовлений потребою вивчення психологічних і фізичних розладів у військовослужбовців та стану їхнього здоров'я, а саме використано: шкалу оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОІБД) [3], шкалу оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) [3], опитувальник «Особистісний профіль кризи» [3] та шкалу

депресії Бека [9]. У дослідженні застосовано такі методи: спостереження, бесіда, тестування, статистична та якісна оцінка даних. Отримані результати аналізувалися за допомогою методів математичної статистики [11].

Під час проведення індивідуальних бесід із респондентами було встановлено, що у середньому військовослужбовець, перебуваючи в зоні АТО, отримує достатній бойовий досвід для виконання завдань за призначенням у термін від 2 до 8 міс. Дослідження за допомогою ШОІБД свідчить, що його помірний рівень мали 25,4 % опитаних, підвищений — 14,3 %, що у цілому становить 39,5 % від загальної кількості обстежених військовослужбовців.

Для діагностики психоемоційного стану учасників АТО було використано ШОВТП (табл. 1).

Серед загальної кількості військовослужбовців симптоми вторгнення спостерігалися по-різному: у 51,3 % респондентів відзначався низький рівень їх прояву; у 26,5 % — середній, у 9,3 % — підвищений та у 14,5 % — високий.

Симптоми уникання за ШОВТП було виявлено у 61,2 % респондентів — на низькому рівні, у 20,4 % — на середньому, у 13,5 % — на підвищеному та у 6,3 % — на високому.

Прояв симптомів фізіологічного збудження за зазначеним опитувальником визначався у 59,4 % респондентів — на низькому рівні, у 30,2 % — на середньому, у 7,5 % — на підвищеному та у 4,3 % — на високому.

При проведенні кореляційного аналізу встановлено такі позитивні кореляції: «Бойовий досвід»

Таблиця 1

**Результати обстеження учасників
антитерористичної операції за шкалою оцінки
впливу травматичної події**

Показник	Рівень	Бали	Кількість респондентів (%)
Вторгнення	Низький	0–4	51,3
	Середній	5–8	26,5
	Підвищений	9–12	9,3
	Високий	≥ 13	14,5
Уникання	Низький	0–4	61,2
	Середній	5–8	20,4
	Підвищений	9–12	13,5
	Високий	≥ 13	6,3
Фізіологічне збудження	Низький	0–4	59,4
	Середній	5–8	30,2
	Підвищений	9–12	7,5
	Високий	≥ 13	4,3

Таблиця 2

Результати дослідження симптомів депресії у військовослужбовців (за шкалою депресії Бека)

Ступінь депресії	Бали	Кількість респондентів (%)
Субдепресія	0–9	11,4
Помірно виражена	10–18	5,8
Критичний рівень	19–29	57,8
Явно виражена	30–63	25,2

Таблиця 3

Результати обстеження військовослужбовців — учасників антитерористичної операції за методикою «Особистісний профіль кризи»

Шкала тесту	Середні значення	Значення U-критерію Манна — Уїтні
Порушення вегетативної системи	7,3	916
Порушення серцевої діяльності	8,5	640**
Порушення дихання	8,7	730*
Порушення шлунково-кишкового тракту	6,4	950
Проблеми зі сном	8,6	654**
Функціонування уваги	6,3	973
Функціонування сприйняття	5,8	1125
Функціонування мислення	5,7	870
Функціонування пам'яті	6,5	725*
Занепокоєння	8,9	657**
Генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провини)	7,5	685**
Емоційна тупість	6,2	960
Підвищена емоційність, чутливість	6,4	940

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

за ШОІБД ($r = 0,411$, $p \leq 0,05$) з показником «Уникання» за ШОВТП; «Вторгнення» ($r = 0,766$, $p \leq 0,01$) — «Уникання», «Вторгнення» ($r = 0,803$, $p \leq 0,01$) — «Фізіологічне збудження»; «Уникання» ($r = 0,782$, $p \leq 0,01$) — «Фізіологічне збудження» відповідно.

За результатами застосування шкали депресії Бека виявлено субдепресію (легкий ступінь) в 11,4% респондентів, помірно виражену депресію — у 5,8%, критичний рівень депресії — у 57,8%, явно виражену депресію — у 25,2% (табл. 2).

Якісний аналіз субшкал зазначеної методики свідчить про те, що найбільш несприятливими

є показники афективно-когнітивної шкали: сум, песимізм, почуття провини, відчуття покарання, самозвинувачення. За субшкалою соматичних проявів депресії слід відзначити показники безсоння, втомлюваності, втрати сексуального потягу, дисморфофобії, які є ознаками такого стану.

Дані шкали депресії Бека були доповнені результатами тесту «Особистісний профіль кризи» (блоки 2–4), що визначає особистісний профіль пережитої кризи. Тригером розвитку кризового стану є психологічна травма, у цьому випадку — участь у бойових діях на сході України.

Крім відомих симптомів (вторгнення, уникання, фізіологічне збудження), ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є також функціональні порушення та вегетативні й ендокринні розлади: порушення серцевої діяльності, дихання, циклу «сон — неспання». Поряд із ними у військовослужбовців відзначаються емоційні порушення — імпульсивність поведінки, підвищена тривожність, генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провини, страху), депресія. Респонденти відзначають і погіршення пам'яті (табл. 3).

Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок про те, що не всі військовослужбовці в латентний період (до 6 міс) спроможні адаптуватися до цивільного життя.

При опитуванні, а також під час проведення індивідуальних бесід із респондентами було встановлено, що у великої кількості учасників бойових дій психологічні проблеми поєднувалися з тілесними скаргами: порушеннями серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, циклу «сон — неспання», а також вегетативними та ендокринними розладами.

Вегетативні та ендокринні розлади (вегетосудинна дистонія) діагностовано у 47,4% респондентів, генералізований тривожний розлад — у 34,3%, запаморочення — у 32,2%, функціональні порушення шлунково-кишкового тракту — у 12,4%, шкірний свербіж — у 12,2%. На серцеві болі й тахікардії скаржаться 72,6%, на головний біль — 64,2% респондентів; наявність панічних атак відзначають 22,4% військовослужбовців, порушення біологічного ритму (безсоння, гіперсомнія) спостерігається майже у 84,2%, тремор рук — у 15,1%, відчуття психічного дискомфорту — у 34,5% (табл. 4).

При поверненні до мирного життя у більшості військовослужбовців виникають проблеми з функціонуванням організму, які непокоять їх тривалий час. Накопичення емоцій, які не отримали розрядки, найчастіше призводить до розвитку психосоматичних захворювань. Отже, коли людина не може висловити свої почуття, вона демонструє їх за допомогою тіла. Тож функціонування органів і систем безпосередньо пов'язане з діяльністю

Таблиця 4

Діагностичні показники фізичного стану здоров'я військовослужбовців — учасників бойових дій

Скарги на самопочуття	Кількість респондентів, %
Вегетативні та ендокринні розлади (вегетосудинна дистонія)	47,4
Запаморочення	32,2
Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту	12,4
Шкірний свербіж	12,2
Головні болі	64,2
Серцеві болі та тахікардії	72,6
Психопатологічні розлади (генералізований тривожний розлад)	34,3
Психопатологічні розлади (панічні атаки)	22,4
Порушення біологічного ритму (безсоння, гіперсомнія)	84,2
Тремор рук	15,1
Відчуття психічного дискомфорту	34,5

психіки людини. Тіло і психіка — єдине ціле, тому патологічний процес, призводячи до зміни функціонування внутрішніх органів, обов'язково спричиняє зміну психічної діяльності, й навпаки.

Установлено, що військовослужбовці, які постійно перебувають у стані занепокоєння й тривоги, зазвичай мають проблеми зі сном і часто страждають на безсоння. Згодом такі люди починають швидко втрачати сили, а ознаки постійної загальної втоми можуть відображатись як у підвищеній дратівливості та прискіпливості до оточуючих, так і в почутті жалю до себе. Зокрема, згідно з кореляційним аналізом, показник «Тривога» опитувальника «Особистісного профілю кризи» пов'язаний із показником «Безсоння» ($r = 0,517$, $p \leq 0,001$), а також із показником «Дратівливість» за шкалою депресії Бека ($r = 0,488$, $p \leq 0,001$); показник «Дратівливість» ($r = 0,657$, $p \leq 0,001$) — із показником «Безсоння»; показник «Дратівливість» ($r = 0,629$, $p \leq 0,001$) — із показником «Втомлюваність»; показник «Дратівливість» — із показником «Плаксивість» ($r = 0,597$, $p \leq 0,001$); показник «Безсоння» ($r = 0,597$, $p \leq 0,001$) — із показником «Стомлюваність» за шкалою депресії Бека.

Говорячи про симптоми психосоматичних розладів, у першу чергу необхідно перелічити симптоми тілесні, які є на фізіологічному рівні наслідком реакції напруги, а на психологічному — тривоги й фрустрації. При цьому психосоматичні порушення внутрішніх органів є неадаптивними проявами стресової готовності.

Прояви психосоматичних розладів, які мають частково образно-символічне значення («мова тіла»), є також результатом дії захисно-компенсаторних механізмів. Таким чином, подібні конверсійні та дисоціативні механізми психосоматичних порушень відображають внутрішній конфлікт або протистояння свідомої й несвідомої частин особистості, що виявляється в їх дисоціації, а потім він знаходить вихід (розрядку психічної напруги) у психосоматичних симптомах. Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

У військовослужбовців — учасників бойових дій отримано показники, які свідчать про симптоми ПТСР — «Вторгнення», «Уникання», «Фізіологічне збудження».

За шкалою депресії Бека у значної кількості військовослужбовців відзначаються прояви депресії різного ступеня вираження, які можуть бути передумовою виникнення соматичних розладів здоров'я.

Спостерігаються емоційні розлади — генералізований тривожний розлад, наявність панічних атак; порушення біологічного ритму (безсоння, гіперсомнія).

Майже в усіх учасників бойових дій відзначено тілесні скарги: вегетативні та ендокринні розлади, запаморочення; функціональні порушення шлунково-кишкового тракту, головний біль і серцеві болі.

Таким чином, перебування у зоні збройного конфлікту та участь у бойових діях має дуже тяжкі наслідки для людини. Серед опитаних у рамках цієї наукової роботи практично за всіма показниками психологічні та фізичні розлади здоров'я визначалися у понад 50 % комбатантів.

Список літератури

1. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб. / упоряд.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілашук. — Чернівці: Технодрук, 2014. — 133 с.
2. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад; за ред. К. Д. Бабова, І. Я. Пінчука, В. В. Стеблюка. — Одеса: Поліграф, 2015. — 240 с.
3. *Малкина-Пых И. Г.* Экстремальные ситуации: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 960 с.
4. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. — 336 с.
5. *Євдокімова О. О.* Посттравматичні стресові розлади, гострі та віддалені, як наслідок участі у воєнних діях / О. О. Євдокімова, В. І. Заворотній // Право і безпека. — 2014. — № 3 (54). — С. 207–212.

6. *Кожевнікова В. А.* Особливості особистості та поведінкові зміни у осіб, що пережили екстремальні події: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В. А. Кожевнікова; Ун-т цив. захисту України.— Харків, 2008.— 22 с.
7. Кризовий центр медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України та Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.— URL: <http://naps.gov.ua/ua/press-releases/380/>
8. *Лесков В. О.* Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В. О. Лесков; Національна академія Державної прикордонної служби України ім. Б. Хмельницького.— Хмельницький, 2008.— 20 с.
9. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб.; за ред. З. Г. Кісарчук.— К.: Логос, 2014.— 217 с.
10. *Дацков А. В.* Основні напрямки, форми і методи роботи психолога з переходу від психореабілітації комбатанта до його післятравматичної стресової адаптації / А. В. Дацков // Військово-спеціальні науки.— 2016.— № 2 (34).— С.17–21.
11. *Сидоренко Е. В.* Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко.— СПб.: Речь, 2000.— 350 с.
12. *Сандомирский М.* Психосоматика и телесная психотерапия / М. Сандомирский.— М.: Класс, 2005.— 592 с.
13. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (УКПМД), затверджений наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121.— URL: mtd.dec.gov.ua>2016_121_УКПМД_PTSTR
14. *Гельгорн Э.* Эмоции и эмоциональные расстройства. Нейрофизиологическое исследование / Э. Гельгорн, Дж. Луфборроу; пер. с англ. О. С. Виноградовой; под. ред. и с предисл. П. К. Анохина.— М.: Мир, 1966.— 671 с.
15. *Сафін О. Д.* Реабілітація та реадптація учасників бойових дій: психологічний аспект / О. Д. Сафін // Вісн. Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки.— 2016.— Вип. 1.— С. 38–43.
16. *Шутценбергер А.* Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы / А. Шутценбергер.— М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001.— 240 с.
17. *Эриксон М.* Человек из февраля. Гипнотерапия и развитие самосознания личности / М. Эриксон, Э. Росси.— М.: Класс, 2001.— 256 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

И. И. ПАВЕЛКО, М. В. ТВЕРЕЗОВСКИЙ

Исследованы расстройства психологического и физического здоровья у участников боевых действий. Результаты подтвердили наличие симптомов посттравматического стрессового расстройства, депрессии разной степени выраженности, эмоциональных расстройств, функциональных нарушений состояния физического здоровья. Доказано влияние выраженного психоэмоционального стресса на повышение уровня заболеваемости соматическими болезнями как проявление психосоматического расстройства.

Ключевые слова: психоэмоциональные состояния, депрессивные состояния, расстройства здоровья, участники боевых действий, симптомы посттравматического стрессового расстройства.

INVESTIGATION OF PSYCHOLOGICAL AND PHYSICAL HEALTH DISORDERS IN COMBATANTS

I. I. PAVELKO, M. V. TVEREZOVSKIY

Psychological and physical health disorders in combatants were investigated. The results confirmed the presence of symptoms of post-traumatic stress disorder, depression of varying degrees of expression, emotional disorders, physical health functional disorders. The influence of the expressed psycho-emotional stress on the increased level of somatic diseases morbidity as a manifestation of psychosomatic disorder has been proven.

Key words: psycho-emotional states, depressive states, health disorders, combatants, post-traumatic stress disorder symptoms.

Надійшла 22.08.2019