

## ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.96 + 616-036.83:612.176  
DOI 10.24195/2414-4665-2024-3-11

**Тетяна Дегтяренко-Мельник,**  
доктор медичних наук, професор,  
академік Національна академія наук вищої освіти України,  
професор кафедри фізичної реабілітації, біології і охорони здоров'я,  
Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»,  
вул. Старопортофранківська, 26, м. Одеса, Україна,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4462-8863>

**Олена Бобро,**  
кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри фізичної реабілітації, біології і охорони здоров'я,  
Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»,  
вул. Старопортофранківська, 26, м. Одеса, Україна,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8255-5541>

**Родіон Ягомін,**  
кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри фізичної культури та спорту,  
Одеський національний технологічний університет,  
вул. Канатна, 112, м. Одеса, Україна,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8342-5156>

### НАСЛІДКИ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ У СУЧАСНИХ УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ З ПОЗИЦІЇ АДАПТИВНОЇ АБІЛІТАЦІЇ

Стаття присвячена висвітленню наслідків психотравмуючих подій та визначенню структури невротичних розладів, які виходять на перший план у подіях воєнного часу. Негативний вплив сучасних стресогенних подій згодом може ініціювати в ранньому та віддаленому періодах посттравматичні стресові розлади, які мають нав'язливий характер і погіршують життєдіяльність та здоров'я особи.

У ході спостереження військовослужбовців, що проходили реабілітацію після лікування у багатопрофільному госпіталі, була визначена структура психоневрологічних розладів. Застосовувалися: клініко-катамнестичний метод обстеження та психологічні діагностичні методики.

За результатами першого етапу дослідження, серед обстеженого контингенту (124 особи) домінували невротичні прояви, які виходили за рамки фізіологічних адекватних адаптаційних реакцій. Визначалась наявність окремих невротичних проявів у вигляді підвищеної дратівливості; нестриманості; емоційної напруженості; швидкої втомлюваності; нічних сновидінь, які насичені військовою тематикою та пережитим бойовим досвідом, а також вегетативних дисфункцій.

На другому етапі дослідження, у віддалений період, провідним проявом порушень став депресивний синдром з астеничними включеннями, який виникав за умови тривалих значущих психотравмуючих ситуацій. Серед цих осіб виявлялася виразна соціальна дезадаптація у поєднанні із прагненням до ізоляції від суспільства. Етапами розвитку посттравматичних змін невротичного характеру є: 1) гостра реакція на стрес; 2) невротичні реакції; 3) невротичні стани; 4) невротичний розвиток особистості.

Наслідки психотравматичних подій у сучасних умовах воєнного часу є вельми загрозливими. Це актуалізує застосування різноманітних методів реабілітації, спрямованих на відновлення здоров'я осіб, що мають психоневрологічні розлади, задля можливості суспільства включити кожного із зазнавших посттравматичних змін у життєвий та трудовий процес. При цьому абілітація є допоміжним комплексом заходів, що проводиться за допомогою інформаційних технологій та спрямована на формування та покращення фізичних, психічних, соціальних навичок особистості. Як усунути чи зменшити ризик здоров'ю за рахунок власної поведінки, наскільки обайливо та відповідально людина ставитиметься до власного тіла, значною мірою залежить від соціального навчання.

**Ключові слова:** абілітація, післястресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, психотравмуючі події, реабілітація.

**Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми.** Актуальність визначення методів та можливостей реабілітації та абілітації наслідків психотравмуючих подій продиктована сучасними реаліями. У зв'язку із зростанням чисельності військовослужбовців – учасників бойових дій, внутрішньо перемішених осіб, біженців, формується нова генерація осіб, які потребують допомоги після перенесених психотравмуючих подій. Спостерігається підвищення випадків, коли після заподіяного стресу людині у процесі реадптації потрібна програмна комплексна лікувально-реабілітаційна та соціальна допомога. Визначено, що у ситуації вищезазначеного стресу підвищується розвиток психогенних психічних розладів (Волошин та ін., 2014). Необхідність комплексного підходу до лікувально-реабілітаційних та абілітаційних програм підтверджують дані про наявність нейроендокринних порушень при психотравмуючих подіях, що можуть привести до посттравматичного стресового розладу (Dammann, 2015; Gilbertson, 2007).

Таким чином, більшість обставин, з якими стикаються вищезазначені верстви громадян, відноситься до негативних та екстремальних, мають катастрофічний характер та сприяють формуванню посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вже доволі багато уваги приділено визначенню діагностики посттравматичного стресового розладу (Cook et al., 2015; Rubin et al., 2008; Rubin, 2014). Відомо також, що глибина завданої психічної травми залежить від низки чинників-ампліфікаторів, основні з яких – це вирогідність втрати життя, втрати соціальних зв'язків, відчуття безпорадності (Davidson et al., 1990). Окрім сили дії психотравмуючих чинників, прогностичне значення має час їхнього впливу на людину (Юр'єва, 2005). Було також відзначено кумулятивний ефект травмуючих подій: чим більше особа їх переживала, тим вищим був ризик розвитку ПТСР (Eytan, 2004).

Травмуючий вплив не проходить безслідно для психіки людини, згодом можуть розвинути посттравматичні стресові розлади, які мають нав'язливий характер і погіршують життя. Згідно з мнемічною моделлю Д. Рубіна, Д. Бернтсен, М. Боні (Rubin et al., 2008), причиною ПТСР може бути стійке збереження в пам'яті «патогенного спогаду» про негативну подію. За відсутності своєчасної та адекватної комплексної терапії у частини осіб розвиваються психосоматичні розлади. Таким чином незадовільна реабілітація та соціально-психологічна адаптація осіб, що зазнали психотравмуючих обставин та ветеранів, сприяє хронізації перебігу посттравматичних стресових розладів (Михайлов та ін., 2014).

Реабілітацію в принципі розуміють як залучення або повернення людини, що зазнала погіршення або втрату здоров'я, у суспільство. Реабілітацію вважають однією із проблем охорони здоров'я, хоча її необхідно розглядати як соціальну політику держави. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнає реабілітацію як «комбіноване і координоване застосування медичних,

соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки і перепідготовки (перекваліфікації) індивідуума на оптимум його працездатності».

Методів реабілітування доволі багато, їх вибір залежить від нозології та та об'єму ушкоджень організму, спричинених хворобою. Доволі часто як методи реабілітації використовують латеральну світлотерапію, гіпнотерапію, фізіотерапію (Коростій та ін., 2015). Фахівці ДЗ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України» (Одеса) у реабілітаційному періоді постраждалих у ході надзвичайних ситуацій пропонують комплекс медико-біологічних засобів: бальнеотерапію, таласотерапію, грязелікування, кліматолікування, тощо (Напресенко та ін., 2014). Таким чином, реабілітація включає в себе усі заходи, що спрямовані на зменшення дії інвалідизуючих факторів і умов, що призводять до фізичних та інших дефектів, а також на забезпечення можливостей досягнення соціальної інтеграції.

**Мета та завдання.** *Мета дослідження:* висвітлити першорядне значення проблеми реабілітації та абілітації в сучасних умовах воєнного часу та зазначити етапи можливого розвитку посттравматичних змін невротичного характеру у осіб, що зазнали психічного і фізичного перевантаження.

*Основні завдання:* 1) представити тлумачення понять «реабілітація» та «абілітація» та вказати їх змістовну сутність; 2) вказати можливі прояви невротичних порушень у осіб, які зазнали психотравмуючих подій у ранньому постстресовому розладі; 3) визначити структуру невротичних порушень осіб, які зазнали психотравмуючих подій у віддаленому постстресовому розладі; 4) зазначити етапи розвитку посттравматичних змін невротичного характеру.

**Методи дослідження.** У ході досліджень у період 2016–2020 рр. динамічно спостерігалися різні категорії військовослужбовців – учасників антитерористичної операції (АТО), що проходили курс реабілітаційного лікування та відновлення в умовах багатопрофільного військового госпіталю. У дослідженні приймали участь 124 особи. Середня тривалість служби в умовах збройного конфлікту на момент обстеження склала 54 дні (1,8 міс.).

У процесі виконання роботи застосовувалися методи обстеження, що використовують при діагностиці негативних психічних станів військовослужбовців (Агаєв та ін., 2016). Клініко-катамнестичний з використанням уніфікованої карти, даних медичної документації (історій хвороби, переказних епікризів, виписок); психологічно-діагностичний, що включає комплекс методик ЗМІЛ, Люшера, Спілберга-Ханіна, САН, адаптовані карти що орієнтовані для діагностики посттравматичних стресових розладів у теперішній час (Безшейко, 2016).

За критеріями часу дослідження, що було проведено, умовно поділено на два етапи: перше обстеження осіб, що зазнали психотравмуючих подій, здійснювалось протягом перших чотирьох місяців після участі

в активних діях; друге – через рік і більше після участі в бойових діях (віддалений післястресовий період).

**Результати.** Той факт, що важкі чи середні, тимчасові чи хронічні перенавантаження можуть викликати або провокувати психічні розлади – не новина. Залишається незрозумілим, подібні події є причиною чи пусковим фактором; чим можна пояснити варіабельність реакцій на навантаження; чому одні люди дуже швидко реагують порушенням деяких психічних чи соматичних функцій, а інші здатні проявляти резистентність. Вихідними пунктами є стресові події (стресори). Індивідуальні процеси пристосування до стресів та їх подолання значною мірою визначають вид та інтенсивність стресових реакцій. Цей процес може змінюватися під впливом складної взаємодії особистісних факторів, тенденцій та стилю подолання, а також таких змінних, як соціальна підтримка та наявність релевантних осіб. Властивості особистості та соціальні ознаки можуть сприяти як посиленню, так і послабленню стресової реакції, впливаючи на її тип, інтенсивність та тривалість. Чи погіршать ці фактори стрес або пом'якшать його – залежить від багатьох обставин, у тому числі від типу перенавантаження, а також від особливостей самих факторів та їх взаємодії з іншими видозмінювальними або опосередковувальними змінними. Крім того, стресори можуть брати на себе функцію керування перебігом вже існуючого розладу.

Стрес може виявлятися і в результаті травмуючої події. Але поняття травми «травматичні перенавантаження», «травматичний стрес» або, просто, «психологічна травма», незважаючи на часте вживання, визначається в основному в загальних словах: подія високої інтенсивності за одночасної відсутності можливості адекватного подолання та перевищення пристосувального потенціалу індивіда, наслідком чого можуть бути порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стресом.

У зв'язку з цим людині необхідна інформація про те, як захиститись від згубного впливу стресових факторів. Тут і проявляється роль абілітації, що передбачає навчання людини методам вирішення проблем, які виникають зі здоров'ям, вдаючись до допомоги фахівця в галузі медичних, психологічних інформаційних технологій. Зважаючи на соціологічні аспекти при аналізі соматичних порушень і душевних розладів встановлено, що міжособистісні та структурні заходи, що підвищують відповідність між саморегуляцією, соціоемоційною мотивацією надають сприятливий вплив на здоров'я. Як усунути чи зменшити ризик здоров'ю за рахунок власної поведінки, наскільки дбайливо та відповідально людина ставитиметься до власного тіла, значною мірою залежить від соціального навчання.

Абілітація передбачає можливість корекції соматичних розладів за профілем захворювання особи. Завжди має гігієнічну та профілактичну спрямованість та активно спрацьовує при наявності зворотнього зв'язку. Роль абілітації як нового напрямку у розвитку охорони здоров'я визначається насамперед тим, що по суті вона передбачає навчання людини методам вирішення про-

блем, що виникають зі здоров'ям, вдаючись до допомоги спеціаліста в галузі інформаційних технологій.

І в цьому випадку не обійтися без реабілітації. Метою інтервенції реабілітації є покращення здоров'я людей, що включає не тільки лікування, але також профілактику, попередження ускладнень та подальших розладів, причому здоров'я означає не тільки відсутність хвороби.

Реабілітація переслідує мету не тільки адаптування хворих до оточуючого середовища, але й також втручання в їх безпосереднє оточення і суспільство загалом для сприяння їхньої соціальної інтеграції. Реабілітація, яка проводиться за участю населення, включає заходи, що починаються на рівні групи населення і базуються на її ресурсах. Вона охоплює осіб з порушеннями функцій, що призводять до інвалідності, осіб, які мають фізичні та інші дефекти, а також їхні сім'ї та громаду загалом.

Метою реабілітації є відновлення соціальної значущості всіх груп населення, що дістали будь-яку форму каліцтва внаслідок спадкових або придбаних захворювань чи інших чинників. З цієї метою реабілітація передбачає надання всебічної допомоги. Завдяки розвитку соціальних досягнень суспільства задля зберегання активності членів суспільства. Доволі часто професійна і соціальна реабілітація пропонується як єдиний процес.

За результатами першого етапу дослідження, було визначено, що у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, виявлялися психічні порушення невротичного плану. Ці порушення були обумовлені пережитим бойовим досвідом, пов'язаним із позамежною психотравмуючою ситуацією, що виходить за рамки звичайного життя. Зазначені розлади розвивалися, як правило, протягом першого року і найвища точка їх динаміки припадала на період мирного життя ветеранів після виписки зі стаціонару та звільнення зі Збройних сил України, коли небезпека для життя та здоров'я вже минула, що перешкоджало їх адаптації як у макро-, так і в мікросоціальному середовищі. Наявність раніше невластивих їм форм реагування доволі часто призводила до формування своєрідного «порочного кола», яке перешкоджало редукції психопатологічних змін на початковому етапі і спричиняло їх поступову фіксацію та трансформацію в невротичні розлади.

У результаті комплексного обстеження ветеранів, було виділено в ранньому постстресовому періоді наступні різновиди порушень (табл. 1).

За результатами першого етапу дослідження, серед обстеженого контингенту домінували невротичні прояви, які не виходили за рамки фізіологічних адаптаційних реакцій (59,4%). Особи цієї групи не пред'являли скарг на здоров'я, проте, при обстеженні їх клініко-анамнестичним та психологічним методами виявлялися окремі прояви психічного неблагополуччя. Визначалась наявність окремих невротичних проявів у вигляді підвищеної дратівливості; нестриманості; емоційної напруженості; швидкої втомлюваності; нічних сновидінь, які насичені військовою тематикою та пережитим бойовим досвідом, а також вегетативних дисфункцій.

Таблиця 1

## Структура невротичних розладів у ранньому постстресовому періоді

№ з/п	Різновид порушень	%
1	Непаталогічні (фізіологічні) адаптаційні реакції	59,4
2	Невротичні реакції, з переважанням астенічних симптомів	37,1
3	Невротичні реакції, з переважанням депресивних симптомів	17,5
4	Невротичні реакції, з переважанням істеричної симптоматики	14,0
5	Неврози	5,6
6	Неврастенія	3,5
7	Депресивний стан	1,4
8	Істеричний стан	0,7
9	Нав'язливість	0,7
Усього		100

У результаті застосування реабілітаційних та абілітаційних заходів у осіб, що брали участь у дослідженні, спостерігалось зниження частоти та ступеня вираженості психопатологічних проявів.

На другому етапі дослідження, при подальшому спостереженні у обстежених осіб серед станів психічної дезадаптації у віддаленому постстресовому періоді, було виділено наступні невротичні порушення (табл. 2).

Особливістю психічних розладів на другому етапі дослідження, порівняно з першим, є виділення частини з них у групу невротичних розладів особистості та посттравматичних стресових розладів.

Серед обстежених осіб виявлялася різко виражена соціальна дезадаптація у поєднанні із прагненням до ізоляції від суспільства. Розвитку депресивного синдрому сприяли обставини, що травмують саму особистість: різні побутові ситуації, що викликають загострене почуття справедливості та самолюбство. Зіткнення з психотравмуючими факторами відбувалося за єдиним, вже виробленим сценарієм і не викликало більше яскравих емоційно-вегетативних реакцій. Характерною була також наявність недиференційованої тривожності та пошук її підкріплення серед радіо- та теленовін на тлі неглибокої, але стійкої та одноманітної депресії, нерідко з вираженим іпохондричним радикалом. Провідними відмінними рисами

порушень цього типу стала наявність своєрідного «інкубаційного» періоду після припинення психотравмуючих впливів, а потім поява психопатологічної симптоматики, що у своєму змісті відображає перенесену в минулому психотравму. Серед інших ознак, властивих усім особам цієї групи, слід відзначити стійке невизнання наявності у себе будь-якої психічної патології, що виражається у відсутності активних скарг на стан психічного здоров'я, відмови від відповідної медичної та психологічної допомоги. Разом з тим, для всіх обстежених властивий потяг до алкоголю з метою «полегшення душевного стану».

Серед особливостей перебігу ПТСР у даного контингенту була відносна редукованість симптоматики: підвищена напруженість, рівень бадьорості з безсонням, наднапруженість, посилена реакція на переляк. Порушення, що відзначаються у осіб, які брали участь у дослідженні у віддаленому постстресовому періоді за своєю суттю були проявами астенізації (зниження фізичного тону, денна сонливість, підвищена дратівливість у поєднанні зі швидкою стомлюваністю, пітливість, складність розумової концентрації).

Застосування клініко-катамнестичного методу дозволило встановити, що післястресові зміни у своєму розвитку найчастіше відбувалися поступово та вкладалися у етапи, представлені на рисунку 1.

Таблиця 2

## Структура невротичних порушень у віддаленому післястресовому періоді

№ з/п	Різновид порушень	%
1	Без ознак психічної дезадаптації	12,8
2	Невротичні реакції, з переважанням астенічних симптомів	11,7
3	Невротичні реакції, з переважанням депресивних симптомів	6,4
4	Невротичні реакції, з переважанням істеричної симптоматики	3,2
5	Неврози	30,9
6	Неврастенія	18,1
7	Депресивний стан	7,4
8	Істеричний стан	3,2
9	Нав'язливість	2,1
10	Невротичний розвиток особистості	9,6
11	ПТСР	35,1
Усього		100



Рис. 1. Етапи розвитку посттравматичних змін

Перший етап (гострої реакції на стрес) тривав від моменту психічної травми до зниження гострого афективного реагування та початку усвідомлення того, що сталося. Стан характеризувався афективно звуженою свідомістю, відчуттям, що все відбувалося з іншими людьми, відсутністю почуттів та емоцій, порушенням почуття часу, страхом за життя. Емоційний шок поєднувався зі швидкою зміною варіантів реагування (гіпо- та гіперкінетичних), проте переважали загальмованість, «механічне» виконання команд та своїх дій. Точне визначення його тривалості малозначні труднощі через часткову амнезію з подальшим психологічним заміщенням, але цей проміжок не перевищував кількох десятків хвилин.

Другий етап (невротичних реакцій) починався з моменту усвідомлення того, що сталося. Психічні розлади носили нестійкий характер, відрізнялися значною поліморфністю симптоматики, не досягали вираженості окремих типів невротичних синдромів, але їх поява була тісно пов'язана з психотравмуючою подією. За тривалістю даний етап займав проміжок від 1- го до 3-х місяців, протягом яких основне місце займали емоційно-афективні, сенсомоторні та вегетативні складові.

Набуття провідної ролі в структурі клінічної картини ідеаторного компонента при поступовому зниженні інтенсивності афективно-емоційних розладів свідчило про настання третього етапу – невротичних станів. Формування симптоматики, властивої третьому етапу, займало термін від 2-х місяців після травматичного впливу та зберігало тенденцію до свого розвитку, не обмежуючись рамками дослідження. Поступове ускладнення і поглиблення проявів невротичних порушень призводило до появи розладів, що характеризувалися, головним чином, вираженими відхиленнями у поведінці, що стереотипно повторюються та при-

зводять до порушення соціальної адаптації. Ці ознаки свідчили про перехід посттравматичних розладів на наступний етап – невротичного розвитку особистості.

Отже, стійкі зміни, що виникли в результаті травматичного стресу високої інтенсивності, сприяли втраті особистістю тих якостей, які сприяли її нормальній адаптації до навколишнього середовища, призводячи до розвитку своєрідного «дефекту». Особливості матеріально-побутових, психологічних середовищних факторів з макро- та мікрооточення, безумовно, значніше впливали на терміни соціальної адаптації осіб, але не змінювали всієї послідовності зміни етапів невротичних розладів.

**Обговорення.** Наші дослідження відзначають актуальність проблеми збереження психологічного здоров'я осіб, що зазнали психотравмуючого досвіду, особливо військовослужбовців. Робота військового на цей час супроводжується стресовою реакцією організму, яка без відповідної своєчасної допомоги може призвести до небажаних наслідків.

Провідне місце у структурі розладів невротичного характеру у ранньому періоді займала астенодепресивна симптоматика, яка була виявлена у 40,6% обстежених учасників дослідження, здебільшого це були невротичні реакції. Отримані дані доповнюють інформацію про наявність невротичного розвитку особистості у осіб, що мають «Український синдром», який сформовано в учасників антитерористичної операції, як особливість розвитку ПТСР (Матях, Худенко, 2014).

З приводу реабілітаційних заходів застосовувалась комплексна програма медико-психологічної реабілітації, що базувалась на поєднанні таких методів, як психотерапія, психофармакологія та фізичні методи лікування, що не суперечить загальній схемі відновлення (Юрьєва, 2005). У нашому випадку було застосовано

доволі широкий комплекс засобів по кожному з методів. Доведено, що деякі види індивідуальної психотерапії вже застосовуються при лікуванні військовослужбовців, які страждають на ПТСР (Соченко, Моначин, 2019).

Провідне місце у структурі розладів невротичного характеру у віддаленому періоді займали посттравматичні стресові розлади та власне неврози (40,2% та 35,4%, відповідно); таким чином, порівняно з раннім постстресовим періодом, серед виявленої патології у віддаленому періоді відзначається достовірне переважання структурування невротичної симптоматики багатой на яскраві емоційні реакції. Дослідженнями Центру допомоги учасників АТО та їхнім сім'ям було визначено, що у обстежених бійців доволі часто відмічається наявність нічних сновидінь, які повторюють психотравмуючу ситуацію, характер сну при цьому стає поверхневим (Стаднік, Мушкевич, 2015).

До причин цієї тенденції, що полягає в обтяженні розладів та оформленні їх в окремі нозологічні групи, незважаючи на великий комплекс проведених реабілітаційних заходів, слід віднести насамперед пролонгованість та комплексність травматичного стресу: первинна психічна травма, отримана в екстремальних бойових умовах у подальшому складалася з вторинною (різка зміна способу життя, втрата колишнього кола спілкування, тощо); при цьому остання за силою нерідко відповідала первинній, а за своєю тривалістю, як правило, її перевищувала.

Стійкість і прагнення до хронізації наслідків травматичних впливів минулого, накладання на них нових психотравмуючих подій з поточного повсякденного життя, закладали міцну основу психологічної та соціальної дезадаптації та зумовлювали виражений поліморфізм психологічних проявів, що значно ускладнював їх вивчення та систематику. Це не суперечить даним про те, що ПТСР з вторинними психотичними проявами має більш виражену симптоматику за різними діагностичними шкалами (Горшков та ін., 2024).

Серед усіх ознак та умов, що визначають патогенність психічної травми, особливо слід виділити надзвичайну індивідуальну значущість психотравмуючих подій (Davidson et al., 1990). Саме внаслідок надзвичайної індивідуальної значущості психічна травма не втрачала своєї патогенності і після її усунення, а посідала центральне місце у переживаннях, формуючи базу для розвитку у постреактивному періоді комплексу психопатологічних порушень (Волошин та ін., 2014).

Причиною виникнення цієї «сенсibiliзації» може бути визнано руйнування індивідуального бар'єру психічної адаптації з недостатнім функціонуванням компенсаторних механізмів, які залишилися, що у подальшому призводить до психологічної незахищеності особистості навіть від незначних травм. Зрив механізмів психологічного захисту та «сенсibiliзації», можливо, лежать також в основі виникнення комплексного хронічного травматичного стресу, коли на первинну психічну травму (події воєнного періоду) накладається вторинна травматизація (невлаштованість у мирному

житті). До подібної травматизації, на жаль, можуть бути схильні й інші верстви населення (що раніше нами були згадані), це внутрішньо переміщені особи та біженці. Про це, на жаль, свідчить дослідження ГО «Інфекційний контроль в Україні» за підтримки Corus International у деокупованих та постраждалих від бойових дій регіонах Чернігівської, Сумської, Дніпропетровської і Харківської областей (Напреєнко, Долинський, 2024).

**Висновки.** 1. Реабілітація є важливою соціально-медичною ланкою, що проводиться двома шляхами: відновлення здоров'я хворого чи інваліда до максимально можливого ступеня життєдіяльності та готовність і можливість суспільства визнати життєдіяльність індивіда, відповідно до цього включити його у трудовий та життєвий процес. Абілітація є допоміжним комплексом заходів, що проводиться за допомогою інформаційних технологій та спрямована на формування та покращення фізичних, психічних, соціальних навичок особистості.

2. За результатами першого етапу дослідження, серед обстеженого контингенту домінували невротичні прояви, які не виходили за рамки фізіологічних адаптаційних реакцій. Визначалась наявність окремих проявів психічного неблагополуччя у вигляді нічних сновидінь, які насичені військовою тематикою та пережитим бойовим досвідом. Спостерігалась підвищена дратівливість, нестриманість, емоційна напруженість, швидка втомлюваність, розсіяність уваги та вегетативні дисфункції.

3. Провідним проявом порушень на другому етапі дослідження, став депресивний синдром з астеничними включеннями, які виникали при існуванні тривалих значущих психотравмуючих ситуацій. Серед цих осіб виявлялася різко виражена соціальна дезадаптація у поєднанні із прагненням до ізоляції від суспільства.

4. До етапів розвитку посттравматичних змін невротичного характеру відносяться: 1) гостра реакція на стрес; 2) невротичні реакції; 3) невротичні стани; 4) невротичний розвиток особистості.

Подальші дослідження будуть спрямовані на виявлення суттєвих залежностей між ступенем тяжкості фізичного ушкодження та наявністю того чи іншого типу післястресового розладу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., та інші. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : Вид-во НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Безшейко В.Г. Діагностика пост стресових розладів: погляд на проблему. *Медична психологія*. 2016. № 1. С. 99–104.
3. Волошин П. В., Маруга Н. О., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. та інші. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України». Харків: «ІНПТН», 2014, 80 с.
4. Горшков О. О. Баранов І. І. Домініченко Я. Л. Особливості клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу з психотичними симптомами *Укр. мед. Часопис*. 2024. № 4. (164). С. 59–62.

5. Коростій В. І., Поліщук В. Т., Заворотний В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 6. Вип. 76. С. 59–71.
6. Матяш М. М., Худенко Л. І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Укр. мед. Часопис*. 2014. № 6 (104). С. 124–127.
7. Напреєнко О., Долинський Р. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і супутні з ним депресивні симптоми в осіб з регіонів, що значно постраждали від агресії РФ. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 30, Червень 2024. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/517>
8. Напреєнко О. К., Сиропятов О. Г., Друзь О. В. та ін. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: Метод. рекомендації. Націон. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. К.: «НМУ О.О. Богомольця», 2014. 26 с.
9. Невротичні, соматоформні розлади та стрес: Навчальний посібник / за ред. д.м.н., проф. Л. М. Юр'євої. К.: ТОВ ММК, 2005. 96 с.
10. Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник / під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-ге, перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 223 с.
11. Соченко Т. Ю., Моначин І. Л. ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війни в Україні. *Актуальні задачі сучасних технологій: матеріали VIII Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів*. (Тернопіль, 27–28 листопада, 2019 р.). Тернопіль: Вид-во ТМУ, 2019. С. 160–161.
12. Стаднік І. В., Мушкевіч, М. І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО). *Збірник наукових праць РДГУ*. 2015. Вип. 4. С. 244–248.
13. Cook S. L., Swartout K. A., Goodnight B. L., Hipp T. N., Bellis A. L. Impact of violence research on participants over time: Helpful, harmful, or neither? *Psychology of Violence*. 2015. V. 5. № 3. P. 314–324.
14. Dammann G. Posttraumatic stress disorder challenging a mechanistic neuropsychological and monocausal etiological model. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вип. 3 (84). С. 8–15.
15. Davidson J. R. T., Kudler H., Smith R. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives Of General Psychiatry*. 1990. № 47. P. 259–265.
16. Eytan A., Gex-Fabry M., Toskani L., Deroo L., Loustan L., Bovier P.A. Determinants of postconflict symptoms in Abanian Kosovars. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004. Vol. 192 (10). P. 664–671.
17. Gilbertson M. W., Williston S. K., Paulus L. A., Lasko N.B. et. al. Configural cue performance in identical twins discordant for posttraumatic stress disorder: theoretical implications for the role of hippocampal function. *Biological Psychiatry*. 2007. Vol. 62. P. 513–520.
18. Rubin D. C. Schema-driven construction of future autobiographical traumatic events: The future is much more troubling than the past. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2014. V. 143. № 2. P. 612–630.
19. Rubin D.C., Berntsen D., Bohni M.K. A memorybased model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*. 2008. V. 115. P. 985–1011.
20. Rubin D.C., Boals A., Berntsen D. Memory in post-traumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and non-traumatic autobiographical memories in people with and without PTSD symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2008. V. 137. P. 591–614.

## REFERENCES

1. Agaev, N.A., Kokun, O.M., & Pishko, I.O., et al. (2016). *Zbirnyk metodyk dlia diahnostryky nehatyvnykh psykhychnykh staniv viiskovosluzhbovtziv: etodychnyi posibnyk [A collection of methods for diagnosing negative mental states of military personnel: Methodical manual]*. Kyiv: Publishing House of the National Center of the Armed Forces. 234 p. [in Ukrainian].
2. Bezsheyko, V. G. (2016). *Dyahnostryka post stresovykh rozladiv: pohlyad na problemu [Diagnosis of post-traumatic stress disorders: a view of the problem]*. *Medical psychology – Medychna psykholohiya*, 1, 99–104 [in Ukrainian].
3. Voloshyn, P. V., Maruta, N.O., Shestopalova, L. F., & Linsky, I. V., et al. (2014). *Diahnostryka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii [Diagnostics, therapy and prevention of medical and psychological consequences of hostilities in modern conditions: methodical recommendations]*. Kharkiv: Publishing Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Sciences of Ukraine, 80 p. [in Ukrainian].
4. Horshkov, O. O., Baranov, I. I., & Dominichenko, Y. L. (2024). *Osoblyvosti klinichnoi diahnostryky posttravmatychnoho stresovoho rozladu z psykhotychnymi symptomamy [Peculiarities of clinical diagnosis of post-traumatic stress disorder with psychotic symptoms]*. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian medical journal*, 4, 164, 59–62 [in Ukrainian].
5. Korosty, V. I., Polishchuk, V. T., & Zavorotny, V. I. (2015). *Psykhofarmakoterapiia v kompleksnomu likuvanni ta reabilitatsii posttravmatychnoho stresovoho rozladu [Psychopharmacotherapy in complex treatment and rehabilitation of post-traumatic stress disorder]*. *International neurological Magazine – Mizhnarodnyi nevrolohichnyi Zhurnal*, 6, 76, 59–71 [in Ukrainian].
6. Matyash, M. M., & Khudenko, L. I. (2014). *Ukrainskyi syndrom: osoblyvosti posttravmatychnoho stresovoho rozladu v uchasnykiv antyterorystychnoi operatsii [Ukrainian syndrome: features of post-traumatic stress disorder in participants of an anti-terrorist operation]*. *International neurological Magazine – Mizhnarodnyi nevrolohichnyi Zhurnal*, 6, 104, 124–127 [in Ukrainian].
7. Napreyenko, O., & Dolynskyi, R. (2024). *Posttravmatychnyi stresovyi rozlad (PTSR) i suputni z nym depresyvni symptomu v osib z rehioniv, shcho znachno postrazhdaly vid ahresii RF [Post-traumatic stress disorder (PTSD) and accompanying depressive symptoms in people from regions significantly affected by the aggression of the Russian Federation]*. *Psykhosomatychna medytyna ta zahalna praktyka –Psychosomatic medicine and general practice*. Retrieved from: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/517> [in Ukrainian].
8. Napreyenko, O. K., Syropyatov, O. G., & Druz, O. V. et al. (2014). *Psykhologo-psykhiatrychna dopomoha postrazhdalym uzbroinykh konfliktakh: Metod. rekomendatsii [Psychological and psychiatric assistance to victims of armed conflicts: Method. recommendations]*. Kyiv: Publishing The Nation. Medical University named after O.O. Bogomolets, 26 p. [in Ukrainian].
9. *Neurotychni, somatoformni rozlady ta stres: Navchalnyi posibnyk (2005). [Neurotic, somatoform disorders and stress: Educational manual] / edited by L. M. Yurievoi. K.: TOV MMK [in Ukrainian].*

10. Posttraumatychni stresovi rozlady: Navchalnyi posibnyk (2014). [Post-traumatic stress disorders: Study guide] / edited by B. V. Mykhailova ; Kh. : KhMAPO. 223 p. [in Ukrainian].
11. Sochenko, T. Yu., & Monachyn, I. L. (2019). PTSD sered viiskovosluzhbovtsev ta veteraniv viiny v Ukrainy [PTSD among military servicemen and war veterans in Ukraine]. *Materialy VIII Mizhnarodnoi naukovo-tekhnichnoi konferentsii molodykh uchenykh ta studentiv "Aktualni zadachi suchasnykh tekhnolohii [Materials of the VIII International scientific and technical conference of young scientists and students "Actual tasks of modern technologies"]*. Ternopil, pp. 160–161 [in Ukrainian].
12. Stadnik, I.V., & Mushkevich, M.I. (2015). Psychological features of experiencing post-traumatic stress disorder (PTSD) by participants in the anti-terrorist operation zone (ATO) [Psyhologichni osoblyvosti perezhyvannia posttraumatychnoho stresovoho rozladu (PTSR) uchasnykamy zony antyterorystychnoi operatsii (ATO)]. *Zbirnyk naukovykh prats RDHU– Collection of scientific works of RDSU*, 4, 244–248 [in Ukrainian].
13. Cook, S.L., Swartout, K.A., Goodnight, B.L., Hipp, T.N., & Bellis, A.L. (2015). Impact of violence research on participants over time: Helpful, harmful, or neither? *Psychology of Violence*, 5, 3, 314–324 [in English].
14. Dammann, G. (2015). Posttraumatic stress disorder challenging a mechanistic neuropsychological and mono-causal etiological model. *Ukrainian Herald of Psychoneurology*, 23, 3 (84), 8–15 [in English].
15. Davidson, J. R. T., Kudler, H., & Smith, R. (1990) Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives Of General Psychiatry*, 47, 259–265 [in English].
16. Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toskani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P.A. (2004). Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (10), 664–671 [in English].
17. Gilbertson, M.W., Williston, S.K., Paulus, L.A., & Lasko, N.B. et.al. (2007). Configural cue performance in identical twins discordant for posttraumatic stress disorder: theoretical implications for the role of hippocampal function. *Biological Psychiatry*, 62, 513–520 [in English].
18. Rubin, D. C. (2014). Schema-driven construction of future autobiographical traumatic events: The future is much more troubling than the past. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 2, 612–630 [in English].
19. Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985–1011 [in English].
20. Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008) Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and non-traumatic autobiographical memories in people with and without PTSD symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 591–614 [in English].

**Tetyana Dehtiarenko-Melnyk,**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Academician of the National Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine,  
Professor at the Department of Physical Rehabilitation, Biology and Health Care,  
The state institution "South Ukrainian National Pedagogical University  
named after K. D. Ushynsky",  
26, Staroportofrankivska Str., Odesa, Ukraine,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4462-8863>*

**Olena Bobro,**

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Associate Professor at the Department of Physical Rehabilitation,  
Biology and Health Care,  
The state institution "South Ukrainian National Pedagogical University  
named after K. D. Ushynsky",  
26, Staroportofrankivska Str., Odesa, Ukraine,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8255-5541>*

**Rodion Yahotin,**

*Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor,  
Associate Professor at the Department of Physical Education and Sports,  
Odesa National University of Technology,  
112, Kanatna Str., Odesa, Ukraine,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8342-5156>*

## THE CONSEQUENCES OF PSYCHOTRAUMATIC EVENTS IN MODERN WARTIME CONDITIONS FROM THE POSITION OF ADAPTIVE HABILITATION

*The article is devoted to highlighting the consequences of psychotraumatic events and defining the structure of neurotic disorders that come to the fore in the events of wartime. The negative impact of modern stressful events can subsequently initiate post-traumatic stress disorders in the early and long-term period, which have an obsessive nature and worsen a person's life and health.*



*During the observation of military personnel undergoing rehabilitation after treatment in a multidisciplinary hospital, the structure of psychoneurological disorders was determined. The clinical-catamnestic method of examination and psychological diagnostic methods were used.*

*It was clearly determined that according to the results of the first stage of the study, among the examined contingent (124 people), neurotic manifestations that went beyond the scope of physiological adequate adaptation reactions dominated. The presence of certain neurotic manifestations in the form of increased irritability was determined; intemperance; emotional tension; quick fatigue; night dreams that are saturated with military themes and combat experience, as well as vegetative dysfunctions.*

*It was determined that at the second stage of the study, in the remote period, the leading manifestation of the disorders was a depressive syndrome with asthenic inclusions, which arose under the condition of long-term significant psychotraumatic situations. Among these individuals, a pronounced social maladjustment was manifested in combination with a desire for isolation from society. The stages of development of post-traumatic changes of a neurotic nature are: 1) acute reaction to stress; 2) neurotic reactions; 3) neurotic conditions; 4) neurotic personality development.*

*It was emphasized that the consequences of psychotraumatic events in modern wartime conditions are very threatening. This actualizes the use of various rehabilitation methods aimed at restoring the health of persons with psychoneurological disorders for the opportunity of society to include each of those who have experienced post-traumatic changes in the life and work process. At the same time, habilitation is an auxiliary set of activities carried out with the help of information technologies and aimed at forming and improving the physical, mental, and social skills of an individual. How to eliminate or reduce the health risk due to one's own behavior; how carefully and responsibly a person will treat his own body, largely depends on social learning.*

**Key words:** *habilitation, post-traumatic stress disorder, post-traumatic stress disorder, psychotraumatic events, rehabilitation.*

*Подано до редакції 02.08.2024*