

Війна як політравма і досвід життєвої кризи особистості

Л.М. Гридковець*

Київський інститут бізнесу та технологій, м. Київ, Україна

*Corresponding author. E-mail: grydkovec@ukr.net

Paper received 11.11.15; Accepted for publication 24.11.15.

Анотація. У даній статті розглянуто підхід до розуміння війни з позиції полі- психотравматичного досвіду особистості. Представлені найбільш вагомі складники травматизації як учасників бойових дій, так і осіб, що опинилися в епіцентрі екстремальних ситуацій пов'язаних із війною. Досліджено безпосередні та віддалені ознаки дії травматичних подій на життєдіяльність особистості. Поданий короткий аналіз результатів емпіричного дослідження щодо механізмів активізації-гальмування психотравматизації особистості в умовах бойових дій та життєвої небезпеки.

Ключові слова: бойові дії, війна, психотравма, стрес, стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, деприваційна травма, базові реакції

Наслідки війни для особистості належать до категорії політравматичного досвіду, оскільки війна завжди супроводжується: переживанням травматичного досвіду екстремальних ситуацій (обстріли і розстріли, переховування, засідки, обшуки, зради, насильство, підриви на розтяжках та мінах, стрес тощо), втратою рідних, близьких, знайомих, втратою здоров'я (активізація хронічних захворювань, поранення, больові синдроми); втрата майна і всього того, що було набуто людиною протягом багатьох років; вимушені масові переселення тощо; реакція суспільства як стрес в період після воєнних дій (оформлення допомоги, пенсій, отримання державних пільг тощо).

Звісно, найбільш значимими у перерахованому списку є людські жертви у всіх їх проявах та різноманітті.

Різні напрямки травматичного досвіду особистості в умовах ведення війни розглядали такі психологи, як: А.В. Дмитрієв, О. Запорожець, Л. Кітаєв-Смик, А. Ленгле, І.Г. Малкіна-Пих, М. Мюррей, М.М. Решетніков, М.М. Матяш, Є.В. Тарасова, А.В.Щеглов, О.В. Тімченко, В.Франкл, В.Є.Христенко, Л.І. Худенко, А. Штуценбергер, Л.Н. Юр'єва та ін.

Метою статті є презентація структури психотравматичного досвіду осіб зони бойових дій.

Досвід теперішньої української історії може бути корисним для світової психології і, в першу чергу, в контексті напрацювання ефективних механізмів допомоги мирному населенню та учасникам бойових дій.

Війна на Сході України з позиції

травматичного досвіду учасників бойових дій

По-суті з усіма перерахованими вище наслідками війни, Україна стикнулася в наслідок офіційно неоголошеної агресії з боку Росії на Донбасі та Луганщині. І попри те, що події у східному регіоні відповідають всім атрибутам війни, в офіційних джерелах події і надалі називаються антитерористичною операцією (АТО), що в свою чергу посилює травматичність емоційного досвіду учасників бойових дій. Наведемо два приклади із листів добровольців:

– «Потом было Старобешеве и первые раненые, первые погибшие (земля пухом Героям 40-ки), обстрелы "градом", дальше были бои под Иловайском. Жизнь под Иловайском показала, что люди без "кожуры" способны на многое и экстремальные ситуации из сильных могут сделать слабыми, а слабых-сильными. Мы не обученные, не подготовленные со стрелкотней были брошены против танков и людей

с боевым опытом... Духом мы были сильнее. Научились работать группами, строить укрепления, окапываться, стрелять, зачищать и рубиться. Потом был предательский "зеленый коридор"...» [7].

– «Не буду говорить за усіх, скажу за себе... Я вже розумів що ми з тої "зельонки" не вийдем, але були ранені яких ми мали підтримувати... Бігли вправо – там вибух, розвернулись, побігли вліво – там також вибух, вибігли на поле – горить пшениця і полум'я находить на нас... ми знову в посадці... знову чуем свист, знову залягли... а перед очима, немов фотографії бачиш своїх дітей, дружину, батьків...» [10].

Безперечно, ми можемо наводити багато різних свідчень, але всі вони пронизані, не залежно від спрямованості і контексту, болем, і цей біль викликаний як ситуаціями втрати, так і позицією влади щодо невизначеності подій. У подібних кризових ситуаціях слід розглядати: стан гострого горя учасників подій, переживання втрат, кризи заручництва, больові відчуттях в наслідок поранень, посттравматичний стресовий розлад. Тож розглянемо деякі із них.

Тема заручництва набула особливої актуальності для України за останні два роки, коли велика кількість військових, волонтерів, журналістів та мирних громадян стали жертвами заручництва в зоні АТО. На основі досліджень В.Є. Христенко [18] та результатів власної психологічної та психотерапевтичної практики можемо виділити наступні етапи соціальної поведінки заручників: *споглядальна фаза* (домінування невербального спілкування, спостереження за іншими, дослідження соціального оточення і прогнозу розгортання ситуації, активізація базових захисних реакцій «відкидання», проявлення агресії, як форми розрядки напруги при подальшому виснаженні); *фаза диференціації* (відступ від стереотипної поведінки; відбудовування серед заручників функціонального розподілу ролей (лідери, спостерігачі, активісти тощо)); *фаза групової ідентифікації* (уточнення рольового статусу заручників; активізація допомоги особливо постраждалим; створення неформальних мікрогруп); *фаза проявлення* (проявлення особистісних рис заручників, що або сприяють розвитку групи, або навпаки – призводять до її руйнації). У залежності від особистісних якостей заручників формуються наступні базові стратегії їх поведінки: *істероїдна* (для жінок більше характерний плач та причитання, для чоловіків – агресивна поведінка; накопичення агресії супроти терористів чи обставин часто-густо стає передумовою героїчних вчинків); *стійка*

(внутрішні якості особистості проявляються через незламність цінностей, розумну сміливість та обережність, і є резервом для оточуючих в переживання заручництва); *подавлена* (домінація переживання страху та безпорадності в притул до розвитку шизоїдних проявів); *інтеграційна* (відбувається інтеграція заручника у простір терориста: за розрахунково-зисковими показниками, за емоційно-почуттєвими). В умовах сьогодення розроблені методичні рекомендації для тих, хто опинився в заручниках [9]. Зазначені рекомендації можуть врятувати життя і місцевому населенню, що знаходиться в зоні АТО.

Больові відчуття в наслідок поранень

«Коли людина отримує тілесні ушкодження, в її організмі автоматично спрацьовує система захисту <...>. Тимчасове блокування болю дозволяє організму направити енергію в потрібне русло. Шок заглушує не тільки фізичний біль, але й емоційну реакцію на травму. Цей стан шоку необхідний для виживання. Він оберігає нас до тих пір, поки ми не знайдемо здатність впоратися з болем. Проте, яким би необхідним не був механізм шоку, він діє лише тимчасово. Біль також необхідна нам. Не відчувши болю, ми не дізнаємося про отримані пошкодження. Біль також може подавати нам сигнал про те, що ми потребуємо допомоги», – зазначає М. Мюррей [15].

Під час військових операцій до утворення ран призводять травми, інфекції, хірургічне втручання. Так М. Страус (Strauss M.B.) дає наступну класифікацію ран відповідно їхньої схильності до загоєння [4]: «*здорові*» (загоєння перебігає нормально і вимагає мінімального втручання), *проблемні* (процес загоєння порушений, для пацієнта виникає загроза ампутації на рівні голілки, а то й вище), *незагоєвані* (ймовірність незагоєвання особливо висока незалежно від лікування, а ризик ампутації високий). Дослідження таких фахівців як Е. Бродбент (E. Broadbent), М. Гібсон (M.C. Gibson), К.Ву (Woo K.Y.), Д. Кесолт-Гласер (J.K. Kiecolt-Glaser), Л. МакГуїре (L. McGuire), П. Рейнвіл (P. Rainville), П.Т. Маруша (P.T. Magucha), П. Прайс (P.E. Price) тощо, показують, що наслідки больових відчуттів та стресу впливають на швидкість загоєння ран.

Для поліпшення життя осіб з хронічними болями від ран, на думку більшості з перерахованих фахівців необхідно застосовувати системний підхід для пошуку ключових детермінант болю і виявлення їхнього взаємозв'язку. «В якості неприємного фізичного та емоційного досвіду, біль викликає стрес, що веде до каскаду фізіологічних подій, які перешкоджають загоєнню ран. Кілька стратегій, щоб зменшити стрес і занепокоєння можуть бути ефективними, щоб зупинити порочне коло болю, стресу і загострення болю» [6]. Проте існує ще одна категорія больових відчуттів, це, так звані «*фантомні болі*», які належать до найбільш складних больових синдромів, які може пережити особистість після ампутації не тільки кінцівок, але й будь-якої частини тіла. «Фахівці встановили, що біль такого роду має нейропатичний характер і належить до групи так званих деафферентаційних болів, у яких переважає центральний генератор болю з патологічними соматосенсорними процесами в структурах центральної нервової системи. Зокрема, одна з поширених медичних

теорій пов'язує існування фантома з активністю кори головного мозку, а саме з центрами, що відповідають за схему тіла. Крім того, розглядається роль таламічних структур, ретикулярної формації і спинного мозку. По суті, фантомні болі – це один із проявів різноманітних екстероцептивний відчуттів, поряд з тактильними, тиску, температурними та іншими.» [17].

Для описання *травматичної реакції на стрес та посттравматичного стресового розладу* (ПТСР) звернемося до міжнародної класифікації хвороб МКХ-10. Розділ (F43) «Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації»:

– F43.0 Гостра реакція на стрес, що може супроводжуватися "втечею" від реальності (аж до стану дисоціативного ступору – F44.2) або гіперактивністю, а також часткова або повна амнезія (F44.0) як реакція на стресову подію. [8; 14]. Ще одним проявом гострої реакції на стрес є бойова і оперативна стресова реакція (combat and operational stress reaction) та бойова втома (combat (battle) fatigue), що представляють нормальну реакцію особистості на ненормальний стрес бойових дій. [12].

– F43.1 Посттравматичний стресовий розлад

Результат відтермінованої або тривалої відповіді на стресову подію (короткий або тривалий) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Офіційний діагноз ставиться лише через півроку від пережитої стресової ситуації і відзначається, відповідно до МКХ-10.

Українськими науковцями з М.М. Матяш та Л.І. Худенко з Київського медичного університету УАНМ були проведені дослідження особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції [11], що показали: «маніфестація ПТСР у досліджуваних представлена у вигляді таких варіантів: вторгнення-проникнення (з наявністю нав'язливих спогадів про обставини психічної травми (коли минуле «тримає»), тривожність, паніка, страх); уникання-витіснення (намагання уникати будь-яких обставин, думок, спогадів, що нагадують ситуацію психічної травми (тригерів як частин минулого досвіду); гіперактивації (у клінічній картині переважали симптоми гіперактивації або гіперафект, з більш характерним для цього типу потягом до компульсивного (нав'язливого) переживання травматичних подій, несвідоме прагнення до повторного програвання травматичних ситуацій).»

– F43.2 Розлад пристосувальних реакцій, що є станом суб'єктивного дистресу і емоційного розладу з варіабельними проявами, зокрема: пригніченість настрою, настороженість або неспокій (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь, включає деяку ступінь зниження здатності діяти в повсякденному житті. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція або порушення інших емоцій і поведінки. [14].

Криза вимушеного переселення

На кінець червня 2015 року за даними, озвученими Головою Управління Верховного комісаріату ООН у справах біженців (УВКБ ООН) Антоніо Гутеррішем ,

«у світі зареєстровано 19,5 млн біженців та 38,2 млн осіб, які були переміщені в межах своїх країн. Кожен 122 житель Землі належить до однієї із категорій: біженці, вимушені внутрішні переселенці, і ті, що очікують на переселення. Так, наприклад лише у Сирії зафіксовано майже 4 мільйони біженців і 7,6 мільйона переміщених. Відповідно до звіту, кількість переміщених осіб у Європі на даний момент зросла 6,7 мільйона. [16]. Проте за останні кілька місяців в зв'язку з подіями в Сирії та Близькому Сході кількість біженців різко зросла.

Канадська дослідниця з питань біженців та інвалідів К.-М. Варгас (Claudia María Vargas) цілком служно вважає, що біженці з конфліктних зон часто продовжують відчувати травму від переслідування, позбавлення волі, тортур і переселення протягом тривалого часу, і є дуже важливим - зрозуміти проблеми сімей біженців та їхніх громад. [5]. Переселенці та біженці, подібно до учасників бойових дій, також стикаються з проблемою втрати особи і перебування в умовах екстремальних ситуацій. Для початку розглянемо дослідження когорти науковців Т. Шейха (T. Sheikh) А. Мухаммада (A. Mohammed), В. Ебіті (W. Ebiti), Д. Айка (J. Ike) та ін., здійснені серед внутрішньо переміщених осіб в Кадуні (Північно-Західна Нігерія). За допомогою Гарвардської анкети дослідження травми, методики Міжнародного діагностичне інтерв'ю (CID) для діагностики депресії було виявлено: 42,2% осіб мали діагноз ПТСР; 79,1%, мали погані умови життя, і тільки 12 (4,7%) мали погане соціальне забезпечення. Було виявлено, що причиною психотравми, в першу чергу, було: знищення особистого майна (96,1%), евакуація зі свого міста (96%), присутність при насильстві (88%), погіршення стану здоров'я (83,7%) тощо. Більше половини (58%) досліджуваних мали 11-15 травматичних подій (з 19). Проте, посттравматичний розлад розвивався переважно у осіб, які стали свідком смерті близьких людей, а також у тих, хто мав схильність до депресивних станів. [3].

Дослідження іноземних колег К. Горст-Унsworth (C. Gorst-Unsworth) та Е.Голденберг (E. Goldenberg) [1] показують, що депресивні стани у біженців різняться в залежності від національності та місця перебування біженців. Так серед іракських біженців депресивні стани (за PSE) були виявлені у 44%, натомість у біженців з В'єтнаму – лише 14%. На думку дослідників така відмінність обумовлюється як культурним фактором, так і соціальними негараздами при переселенні, а також тяжкістю пережитих подій (на відміну від в'єтнамських біженців іракські в більшості пережили тортури).

Проте, проблема біженців та вимушених переселенців стала надзвичайно актуальною з 2014 року і для України. За даними УВКБ ООН [16], серед майже 60 млн. переміщених осіб, 1,3 млн. складають громадяни країни, які мусили залишити свої домівки після анексії Криму та подій у Східному регіоні. На даний момент Україна посідає 9 місце у світі за кількістю біженців та переселенців, з яких половина (51%) – з Донецької та Луганської областей, 60% внутрішньо переміщених осіб (ВПО) – пенсіонери, 12% – діти, 4% з обмеженими фізичними можливостями.

Україна з одного боку досліджує міжнародний досвід допомоги біженцям та переселенцям, але також

має свою власну специфіку. Фахівці Державної служби надзвичайних ситуацій (ДСНС), що працюють з внутрішньо-переміщеними особами зі східних регіонів в Україні заявляють про наступні проблеми переселенців [13]: перебування в постійному стресі (в наслідок отриманої інформації від близьких та рідних, що залишилися в зоні АТО); підвищена тривожність та страх (психологічні травми проявляються через невпевненість у завтрашньому дні; в результаті інформаційного дисонансу, обумовленого різними (часто протилежними) позиціями – із місцевих ЗМІ та від родичів та знайомих.); гіперболізоване відчуття справедливості (будь-яка затримка соціальних виплат сприймається не лише як порушення своїх прав, але як особиста образа); конфронтація між місцевими жителями та тимчасово переміщеними особами в наслідок відчуття чужородності та ворожості; фіксація на втратах і зведення комунікацій до скарг.

З особистої практики допомоги біженцями можемо зазначити, що організаціями і службами допомоги біженцям на перших етапах були допущено ряд помилок, а саме: весь акцент допомоги зводився на забезпечення продуктами та одягом, місцем проживанням; психологічна допомога обмежувалася масово-розважальними заходами, а також вислуховуванням претензій і скарг; мало приділялося уваги позитивно-когнітивним механізмам облаштування на новому місці і розвитку активної позиції у входженні в нову суспільну громаду (мотивація на пошук роботи, на самостійне забезпечення родини, на знаходження сталого помешкання для сім'ї тощо).

Допущені помилки призвели до того, що у багатьох переселенців сформувалася інфантильно-споживацька позиція, яка дезактивувала особистісну активність щодо самостійного відповідального облаштування на новому місці і активізувала претензійну позицію щодо зовнішнього забезпечення всіх особистісних потреб (при відсутності зв'язків з реальністю). Наприклад, особа, що в місце основного проживання займала посаду із зарплатнею в 1500 грн. при переселенні вимагає від відповідних структур забезпечення себе роботою із зарплатнею в 10 000 грн.

Зазначена ситуація почала виправлятися службами допомоги біженцям лише в 2015 році.

Нам би хотілося звернути також увагу на один надзвичайно важливий фактор, мало описаний в літературі: активізація первинної деприваційної травми (в учасників Майдану, АТО та біженців), який насправді може бути важливим не тільки для України, але і для інших країн, де ведуться війни.

Нашим дослідження у різному ступені протягом 2014-2015 років була охоплена вибірка в 132 учасників Майдану та АТО, з яких 34 потребували серйозної психологічної допомоги, у 4 з яких виявилася наявність лонгітудної політравми, а саме: не пропрацьований травматичний та посттравматичний синдром з участі у попередніх військових діях (Афганістан, Югославія, Чечня тощо).

Серед 34 учасників 8, перебуваючи в гострому стресовому стані, втратили контроль над собою і зв'язок з реальністю. У всіх восьми осіб виявилася наявність ранньої деприваційної травми до одного року. Четверо з них – були сиротами, від 3 з них відмовилася матір на

першому році життя, ще двоє у віці 5-6 місяців були віддані на виховання бабцям, які задовольняли виключно базові потреби дитини (їсти, пити, спати), два – були небажаними дітьми в сім'ї (один з них пережив ще в утробі матері абортуння, в наслідок чого була вбита друга дитина з двійні). Проте у решті 24 осіб також була присутня тяжка деприваційна травма, пережита у віці: 1-3 роки (16 осіб), 4-6 роки (8 осіб). Саме деприваційна травма спонукає особистість до несвідомого пошуку «своїєї родини», де тебе приймають, люблять, підтримують, в якій тебе бачать «своїм» і ти відчуваєш себе героєм. Спільнота Майдану та побратими з АТО, для хлопців зазначеної вибірки, були саме цією родиною, і тому втрата їх це була не просто втрата друзів, а з огляду активізації первинної деприваційної травми, одночасна втрата люблячих батька та матері, що і призводило до «випадання» з реальності і несвідоме прагнення «утримати батьків біля себе».

Детальне дослідження восьми осіб, що повернулися із зони АТО, пройшовши «котли», безперервні обстріли «градом» і втрату багатьох друзів, але при цьому зберегли позитивне ставлення до життя і прагнення активної дії, з повнотою відповідальності за себе, за сім'ю та Україну, показало, що вони: бажані діти в сім'ї; мали завжди відчуття підтримки і любові з боку батьків; їх рідні ніколи не були жертвами голодоморів, голокостів та репресій (хоча і мали свої життєві труднощі); протягом дитинства хоча і переживали травматичний досвід, проте батьки завжди допомагали в його проходженні; належать до категорії глибоко віруючих осіб.

Крім цього було виявлено, що важливу роль в посиленні чи послабленні травматичного досвіду в умовах бойових дій відіграє фактор задоволення і пригнічення первинної реакції організму в стресовій ситуації. Консультації в телефонному режимі серед бійців АТО, що перебували на передовій під інтенсивними обстрілами «Градів» з боку ворога, показало, що у гострій стресовій ситуації активізується в першу чергу первинні реакції організму із сфери колективного несвідомого, що відображають філогенетичний

розвиток людства, зокрема активізуються команди: «замри», «тікай», «нападай». Під час обстрілів в діалозі вдалося відстежити, що здатністю «завмирати» володіють лише надзвичайно поодинокі особистості. Навіть те, що бійці просто падали на землю і зовні ніби завмирили, насправді не відповідало реакції завмирання, оскільки базові функції: серцебиття, дихання – навпаки набувало інтенсивності, що в подальшому не полегшувало, а ускладнювало їх психологічний стан (після цього кількох бійців просто ловили по полям в стані відсутності зв'язку з реальністю). То ж для завершеності на тілесному рівні базових потреб організму (в гострій стресовій ситуації) має бути задоволена потреба з колективного несвідомого у «втечі», або в «нападі». Оскільки в умовах окопу не можна задовільнити ці базові потреби організму (особливо в умовах заборони відповідати на агресію ворога), виникла необхідність їхньої сублимації. Тому ми з бійцями відстежували, яка первинна реакція включається: нападу чи втечі. При внутрішньому бажанні напасти (понад 80% станів) було рекомендовано їм віджиматися від підлоги в окопі протягом всього часу бомбардування (з певними перервами). При внутрішній реакції «тікати» – лягати на спину і крутити «велосипеда». Саме ці відповідні до «прямої потреби колективного несвідомого» вправи різко знімали стан напруги, запобігаючи розвитку стресових розладів від артобстрілу ворога.

У цілому дослідження серед осіб, що опинилися в гострій стресовій ситуації, обумовленій надзвичайними подіями, показало, що первинно включаються механізми травми колективного несвідомого, потім, родового, сімейного, і в решті-решт особистісного несвідомого. І лише за цим запускається механізм свідомого контролю поведінки особистістю. Отриманий український досвід в галузі досліджень поліпсихотравми осіб, що перебували в зоні активних бойових дій може бути успішно використаним в країнах, що опиняються в ситуаціях як внутрішнього, так і зовнішнього воєнного конфлікту з метою ефективної допомоги як населенню, так і учасникам бойових дій.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gorst-Unsworth, C., Goldenberg, E. Psychological Sequelae of Torture and Organised Violence Suffered by Refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile / first appeared in British Journal of Psychiatry, 172: 90-94, 1998. / URL: <http://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/documents/Gorst-PsychologicalSequelae.pdf>
2. Nigeria / Frontiers in Psychiatry | Affective Disorders and Psychosomatic Research. –September 2014. Vol. 5. Article 127 / URL: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00127/abstract>
3. Sheikh, T., Mohammed A., Agunbiade S., Ike J., Ebiti W., Adekeye O. Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons in Kaduna, Northwestern Nigeria / Frontiers in Psychiatry | Affective Disorders and Psychosomatic Research. September 2014. Vol. 5. Article 127 / URL: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00127/abstract>
4. Strauss, M.B. Problem Wounds: How to Promote Healing, Prevent Recurrence Consultant 2000 (November); 2259-2273/пер. І.Тумак. // Медицина світу: Український медичний портал. / URL: <http://msvitu.com/archive/2003/december/article-1.php>
5. Vargas, M.C., War Trauma in Refugees: Red flags and clinical principles/Trauma and Victimization" issue of Visions Journal. 2007, 3(3). P. 12-13. See more at: <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/trauma-and-victimization-vol3/war-trauma-in-refugees#sthash.8TVYfBFt.dpuf>
6. Woo, Kevin Y. Exploring the Effects of Pain and Stress on Wound Healing// Advances in Skin & Wound Care: January 2012, Vol. 25. Is. 1. p 38-44. / URL: http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2012/01000/Exploring_the_Effects_of_Pain_in_and_Stress_on_Wound.10.aspx
7. Бондаренко С. Про положення добровольчих батальйонів / URL: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1576487375942149&set=a.1567539770170243.1073741829.100007427058328&type=1&theater>
8. Гостра реакція на стрес/ Сучасна діагностика і лікування в психіатрії. Довідник Бібліотека «Здоров'я в Україні» / URL: <http://www.dovidnyk.org/dir/25/136/1432.html>
9. Заручники: посібник з виживання / МедПортал / URL: <http://medport.in.ua/enc/konflktologiya/zaruchniki-posbnik-z-vizhivannya.html>
10. Матвіїв В. Південний котел / URL: <https://www.facebook.com/morfysmat>

11. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції// Український медичний часопис: актуальні питання клінічної практики. -№ 6 (104) – XI/XII 2014 р. / URL: <http://www.umj.com.ua/article/81802/ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii>
12. Медсанбат: бойовий стрес. / URL: <http://www.medsanbat.info/download/бойовий%стрес.pdf>
13. Мілюта В. Психологи назвали п'ять проблем переселенців зі сходу України / UNN, 03.10.2014 / URL: <http://www.unn.com.ua/uk/news/1391947-psikhologi-nazvali-pyat-problem-zhiveliv-skhodu-ukrayini>
14. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра / URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>
15. Мюррей М. Узник иной войны / URL: <http://www.rulit.me/books/uznik-inoj-voyny-read-274463-1.html>
16. ООН: у світі рекордно побільшало біженців // BBC: Україна, 18.06.2015 / URL: http://www.bbc.com/ukrainian/politics/2015/06/150618_un_displaced_rl
17. Фантомные боли после ампутации / Русский медицинский сервер / URL: <http://www.rusmedserv.com/prostheticsextremities/stump-neuralgias/>
18. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы : учебное пособие / В.Е. Христенко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 416 с.

REFERENCES

1. Gorst-Unsworth, C., Goldenberg ,E. Psychological Sequelae of Torture and Organised Violence Suffered by Refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile / first appeared in British Journal of Psychiatry, 172: 90-94, 1998. / URL: <http://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/documents/Gorst-PsychologicalSequelae.pdf>
2. Nigeria / Frontiers in Psychiatry | Affective Disorders and Psychosomatic Research. –September 2014. Vol. 5. Article 127 / URL: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00127/abstract>
3. Sheikh, T., Mohammed A., Agunbiade S. , Ike J., Ebiti W., Adekeye O. Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons in Kaduna, Northwestern Nigeria / Frontiers in Psychiatry | Affective Disorders and Psychosomatic Research. September 2014. Vol. 5. Article 127 / URL: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00127/abstract>
4. Strauss, M.B. Problem Wounds: How to Promote Healing, Prevent Recurrence Consultant 2000 (November); 2259-2273/пер. І.Тумак. // Медицина світу: Український медичний портал. / URL: <http://msvitu.com/archive/2003/december/article-1.php>
5. Vargas, M.C., War Trauma in Refugees // Red flags and clinical principles//Trauma and Victimization" issue of Visions Journal. 2007, 3(3). P. 12-13. See more at: <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/trauma-and-victimization-vol3/war-trauma-in-refugees#sthash.8TVYfBFt.dpuf>
6. Woo, Kevin Y. Exploring the Effects of Pain and Stress on Wound Healing// Advances in Skin & Wound Care: January 2012, Vol. 25. Is. 1. p 38-44. / URL: http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2012/01000/Exploring_the_Effects_of_Pain_and_Stress_on_Wound.10.aspx
7. Bondarenko S. On the position of volunteer battalions / URL: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=157648737594214>
8. Acute reaction to stress / modern diagnostics and treatment in psychiatry. Reference Library "Health in Ukraine" / URL: <http://www.dovidnyk.org/dir/25/136/1432.html>
9. Hostages: A Guide to Survival / MedPortal / URL: <http://www.medport.in.ua/enc/konfliktologiya/zaruchniki-posbnik-z-vizhivannya.html>
10. Matviyiv, V. Southern boiler / URL: <https://www.facebook.com/morfysmat>
11. Matyash, M.M., Khudenko, L.I. Ukrainian syndrome: features PTSD participants in the antiterrorist operation // Ukrainian Medical Journal: issues of clinical practice. -№ 6 (104) - XI / XII 2014 р. / URL: <http://www.umj.com.ua/article/81802/ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii>
12. Field hospital, combat stress. / URL: <http://www.medsanbat.info/download/бойовий%стрес.pdf>
13. Milyuta, V. Psychologists have named five problems of immigrants from the east Ukraine / UNN, 03.10.2014 / URL: <http://www.unn.com.ua/uk/news/1391947-psikhologi-nazvali-pyat-problem-zhiveliv-skhodu-ukrayini>
14. ICD 10 – International Classification of Diseases 10th revision / URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>
15. Myurrey, M. Prisoner of other war / URL: <http://www.rulit.me/books/uznik-inoj-voyny-read-274463-1.html>
16. UN: In the world has unprecedentedly increased the refugees // BBC: Ukraine, 18.06.2015 / URL: http://www.bbc.com/ukrainian/politics/2015/06/150618_un_displaced_rl
17. The phantom pain after amputation / Russian medical server / URL: <http://www.rusmedserv.com/prostheticsextremities/stump-neuralgias/>
18. Khrystenko, V.E. Psychology of the victim's behavior: a tutorial / V.E. Khrystenko. – Rostov-on-Don: Phoenix, 2004. – 416p.

War as a polytrauma and experience of life crisis of a personality

L. Hrydkovets

Abstract. In this article the approach to understanding war from the position of polypsychotraumatic experience of a personality is considered. The most significant components of traumatization of combatants and people caught in the midst of extreme situations related to war are represented. Immediate and remote signs of effects of traumatic events on the life of a personality are studied. A brief analysis of the results of the empirical research on the mechanisms of activation- deceleration of psyhotraumatization of an individual in terms of fighting and life risk are given.

Keywords: fighting, war, psychotrauma, stress, stress disorder, post-traumatic stress disorder, deprivation trauma, basic reactions