

УДК 159.9.88

DOI <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-9>

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ТА КОРЕКЦІЇ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

Разумовська Тетяна Вікторівна,

аспірантка кафедри психології та соціальної роботи

Центральноукраїнського державного університету

імені Володимира Винниченка

ORCID ID: 0000-0002-3264-0032

У статті здійснюється клініко-неврологічний аналіз стану військовослужбовців, синдромні розлади, в тому числі й сексуальні дисфункції в умовах воєнного стресу.

Багатовекторний клініко-неврологічний аналіз військовослужбовців, учасників бойових дій виявляє тривалі функціональні неврологічні розлади в структурі ПТСР з характерними фрагментарністю, переривчастістю, епізодичністю в умовах впливу шкідливих соціальних інформаційних стресорів. Виявляється, порушення виникає, коли один з компонентів (психічний, нейрогуморальний, еректильний, еякуляторний) виявляє відхилення від норми під впливом соціальних стресорів у мирний час.

За результатами емпіричного дослідження виявлено, що у військовослужбовців превалюють показники травматичного стресу, а саме: «надмірна пильність» і «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами». Власне «надпильність», переважно, проявляється у вигляді постійного фізичного та психічного напруження, що не дає змоги особистості розслабитися і відпочити. Внаслідок чого військовослужбовці зловживають наркотичними або лікарськими речовинами, задля того, щоб набутти розслаблення.

Втім, не домінуючими показниками травматичного стресу є «перебільшене реагування», «непрохані спогади і галюцинаторні переживання», «проблеми зі сном», «провина того, хто вижив». Інші показники мають прояв незначно або частково.

Також виявлено, що еректильна дисфункція найчастіше спостерігалася у учасників бойових дій, передусім, після військової операції. Переважно причиною сексуальної дисфункції у військовослужбовців є незначні стресові фактори для рядових військовослужбовців і значні соціальні стресори для військовослужбовців, які отримуються психологічних норм.

Розглядається процес соціально-психологічного відновлення особистості військовослужбовця, що постає у таких етапах: підготовчий, базисний та підтримувальний, на кожному з них застосовуються певні реабілітаційні технології. Власне органічне поєднання процедурних, технічних моментів реабілітації і ціннісно-сміслових аспектів підтримання та відновлення психологічного здоров'я особистості забезпечує послідовне успішне проходження кожного з етапів.

Ключові слова: *військовослужбовці, воєнний стрес, неврологічні розлади, психологічні корекція, сексуальні дисфункції.*

Razumovska Tetiana. Psychological features of manifestations and correction of sexual disorders in military personnel under conditions of military stress

The article provides a clinical and neurological analysis of the state of military personnel, syndromic disorders, including sexual dysfunctions under conditions of military stress.

A multidisciplinary clinical and neurological analysis of military personnel, combatants reveals long-term functional neurological disorders in the structure of PTSD with characteristic fragmentation, intermittency, and episodicity under the influence of harmful social information stressors. A manifested disorder occurs when one of the components (mental, neurohumoral, erectile, ejaculatory) shows abnormalities under the influence of social stressors in peacetime.

The results of the empirical study revealed that military personnel have predominant indicators of traumatic stress, namely: «excessive vigilance» and «substance abuse». In fact, «excessive vigilance» mainly manifests itself in the form of constant physical and mental stress, which does not allow a person to relax and rest. As a result, servicemen abuse drugs or medications in order to relax.

However, the non-dominant indicators of traumatic stress are «exaggerated reaction», «unwanted memories and hallucinatory experiences», «sleep problems», and «survivor's guilt». Other indicators are slightly or partially manifested.

It was also found that erectile dysfunction was most often observed in combatants, especially after a military operation. The main cause of sexual dysfunction in servicemen is stress factors for the majority of servicemen, and a significant social stressor for servicemen who adhere to psychological norms.

The process of social and psychological restoration of a serviceman's personality is considered, which consists of the following stages: preparatory, basic and supportive, each of which uses certain rehabilitation technologies. The organic combination of procedural, technical aspects of rehabilitation and value-semantic aspects of maintaining and restoring the psychological health of the individual ensures the consistent successful passage of each stage.

Key words: military personnel, military stress, neurological disorders, psychological correction, sexual dysfunctions.

Вступ

Розлади особистості та поведінки підтверджують колапс конституційних та психологічних механізмів компенсації та адаптації, що в мирний час призводить до порушення поведінкових стереотипів у вигляді гетероагресії або аутоагресії, що недоцільно [2; 3]. Найчастіше ознаки ненормальної поведінки або аномальних розладів особистості, роздутості особистісних психологічних типів проявляються раптово, як «грим серед ясного неба». Родичі та колеги зазвичай соромляться незвичної поведінки. У таких випадках в бойових умовах необхідно враховувати високий професіоналізм армії і особливу делікатність ситуації, пов'язану з певним ступенем сексуального фіаско учасників бойових дій, що свідчить про типовий чоловічий стереотип поведінки, що не допускає «слабкості» в сексуальній сфері. Навіть грайливі натяки на можливість сексуальної дисфункції викликають ненормальні особистісні та поведінкові реакції, підтверджуючи вузькість «нормативних реакцій», які характерні навіть для тих, хто належить до кола приятелів [3].

Таким чином, використання багатовекторного клініко-неврологічного аналізу стану військовослужбовців в різних субпопуляціях дозволяє своєчасно виявляти не тільки синдромні розлади, але і сексуальну дисфункцію.

Отже, **метою** нашої статті є висвітлення проявів клініко-неврологічного аналізу стану сексуальних дисфункцій військовослужбовців та психологічні засоби їх корекції.

Матеріали та метод

Виявлений в цілому взаємозв'язок між типом статевої конституції і структурою психологічного типу особистості у цієї групи військовослужбовців є стандартною еволюційною зміною в біологічному розвитку.

Використання принципу багатовекторного аналізу дозволяє більш виважено оцінювати статево конституцію військовослужбовців, учасників бойових дій, використовуючи показник векторного визначення статевої конституції. Середнє арифметичне цих шкал визначає генотипічні показники статевої конституції з урахуванням конституціональних і типологічних умов. Шкала векторного визначення статевого складу чоловіків передбачає вивчення 7 показників з визначенням вихідних показників. Показники, що становлять шкалу, можна розділити на 2 групи, які істотно відрізняються один від одного. Перші 4 показники (вік сексуального збудження, вік першої еякуляції, трохаптеріальний індекс і оволосіння на лобку) виявляються вже в підлітковому віці. Наступні показники – максимальне перевищення, час входження в смугу умовного фізіологічного ритму (UFR) чоловічої сексуальної активності, рівень зрілої сексуальності або конституційно обумовленої сексуальної активності.

Військовослужбовці зі структурою шизоїдного психотипу і середньою статевою конституцією характеризуються аномальною мінливістю у вигляді нейрогуморальних і психічних компонентів помірно вираженого ступеня, які обмежують сексуальні здібності суб'єкта, підтверджуючи конституціональну типологію і схильність нейроендокринної системи.

Однак, крім конституційної та типологічної схильності статевої системи, ми виявляємо психологічну схильність та/або недостатність. Поєднання 2-х і більше конституціональних і типологічних схильностей проявляється руйнуванням механізмів сексуальної компенсації і адаптації, що проявляються сексуальною дисфункцією, яка в свою чергу «провокує» механізми психічної і декомпенсації і дезадаптації, що призводить до психосоматичних, особистісних і поведінкових розладів нервово-психічного, невротичного рівня, підвищеної чутливості в умовах соціального стресового впливу.

Аналіз векторної шкали в структурі сексологічного обстеження у військовослужбовців з епілептоїдною структурою психотипу відповідає середньому типу статевої конституції. У той же час у епілептоїдних військовослужбовців виявлено найнижчий індекс, максимальну кількість сексуальних ексцесів і найвищий умовно-фізіологічний ритм сексуальної активності в порівнянні з військовослужбовцями з шизоїдним психотипом і циклоїдними структурами. Варіабельність індексу вказує на ризик порушень в нейрогуморальному компоненті, що підтверджує важливість багатоканальності в забезпеченні надійності сексуальної функції. З іншого боку, аналізовані показники відображають силу або слабкість компенсаторного конституціонального механізму сексуальної функції або широку амплітуду і високу клінічну «чутливість» розглянутої напівбіологічної ознаки.

Слід зазначити, що результати обстеження свідчать про більш високі резервні можливості, більш надійний конституціональний і типологічний механізм захисту статевої системи у військовослужбовців з епілептичною структурою, в порівнянні з циклоїдною і шизоїдною структурами й низхідними в порядку ослаблення захисного механізму.

Феноменологія сексуальної дисфункції у учасників бойових дій діапазону психологічних нормативних впливів характеризується фрагментарністю і зниженням лібідо на короткий період (2–3 дні – 1–2 тижні). Однак під час вживання невеликої кількості алкогольних напоїв (100–200 грамів) або під час перегляду еротичних мелодрам, порнографічних фільмів, тривалих бесід з партнерами на еротичні або сексуальні теми, вони відчують реалізацію лібідо з подальшою ерекцією, еякуляцією і повноцінним статевим актом. Поєднання різних методів і технік психотерапії, натуропатії та медикаментозної терапії дозволяє посилити конституціональні і типологічні механізми компенсації та адаптації статевої системи, ВНД і запобігти рецидивам ПТСР у вигляді функціональної невропатії, коморбідним сексуальним дисфункціям.

Зниження лібідо у обстежених учасників бойових дій свідчить про те, що воно в основному спостерігається у всіх психотипів, що належать до групи ПАЛ. Зниження лібідо характеризується втратою інтересу до інтимної сторони життя і обмеженням соціально-психологічних мотивацій. Парадоксальна ситуація виникає, коли на інтелектуальному рівні учасник бойових дій відчуває побоювання з приводу зниження або відсутності лібідо, але не відчуває ніякого реального потягу.

Тривале клінічне спостереження за динамікою лібідо у військовослужбовців і результати сексологічних, патопсихологічних, клінічних і неврологічних обстежень підтверджують можливість феноменологічної диференціації військовослужбовців в залежності від їх положення в конституціональному безперервному просторі. Обсяг психологічних нормативних акцентів у військовослужбовців в значній мірі збігається з функціональними неврологічними розладами, масштаби яких були знижені за рахунок ступеня тяжкості порушень першої стадії енцефалопатії з недостатністю кровообігу і копулятивного циклу.

З бійцями з групи ПАЛ домогтися появи лібідо за допомогою подібних ситуацій практично неможливо. У цих патологічних випадках рекомендуються комплексні методи відновної терапії, що включають психотерапію, натуропатію і медикаментозну терапію, які сприяють відновленню механізмів конституціональної компенсації та адаптації статевої системи, відновленню

психологічної структури ВНД і особистості. З іншого боку, патогенетичні методи усувають етіологічні механізми функціональних неврологічних розладів та енцефалопатії.

Ерекційна дисфункція найчастіше спостерігалася у учасників бойових дій в перші дні після операції. У багатьох випадках причиною сексуальної дисфункції у військовослужбовців є незначні стресові фактори для рядових військовослужбовців і значні соціальні стресори для військовослужбовців, які дотримуються психологічних норм.

Більшість з них є еталоном «супермена» в очах своїх близьких, родичів і звичайних осіб, на тлі чого навіть найменша звістка про сексуальну дисфункцію здавалася образливою, що принижує гідність людини і веде до гетероагресії або самоагресивності. Найбільш частими випадками самогубств були дії військовослужбовців з енцефалопатією, що відносяться до групи ПАЛ. Було встановлено, що військовослужбовці з циклоїдними психотипами і шизофренічними психотипами, що відносяться до групи ПАЛ, були особливо вразливі, коли останні «не бачили перспектив» для повноцінного життя. Можна припустити, що представники цих психотипів, що належать до діапазону ПАЛ, характеризуються найбільшим ризиком аномальної самоагресивної поведінки в соціально несприятливому середовищі. Учасники бойових дій з епілептичним, шизофренічним і циклоїдним психотипами в діапазоні психологічних норм, які страждають функціональною невропатією, з епілептичними психотипами в діапазоні ПАЛ реагують на розвиток сексуальної дисфункції в стресових соціальних ситуаціях. Це захворювання характеризувалося тенденцією до регресу.

Результати

Комплексна оцінка стану військовослужбовців, що включає психологічні та патопсихологічні результати, дозволяє адекватно оцінити прояви ПТСР у всьому клінічному розмаїтті. Крім того, варіабельність сексологічних або патопсихологічних показників в ході порівняльного дискримінантного аналізу слугує підґрунтям для твердження про важливість і роль сексуальної дисфункції в загостренні або рецидиві ПТСР на віддаленій стадії.

У дослідженні брали участь 107 військовослужбовців, учасників військових дій, віком від 25 до 35 років.

Упродовж емпіричного дослідження нами було застосовано психодіагностичну методикку «Шкала психологічного стресу RSM-25» [1]. Окрім цього використовувалися анкети щодо самооцінювання власного стану.

За показником «надмірна пильність» спостерігається тенденція до явного ПТСР. Встановлено, що явний ПТСР мають 59,2% респондентів. Окремі незначно виражені симптоми ПТСР виявляються у 25,9%.

За показником «перебільшене реагування» спостерігається тенденція до окремих і незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремі та незначно виражені симптоми ПТСР мають 51,8% опитаних. Відсутність симптоматики виявляють 44,4%.

За показником «притупленість емоцій» спостерігається тенденція до окремих і незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремі та незначно виражені симптоми ПТСР мають 44,4% опитаних військовослужбовців. Часткове ПТСР виявляється в 40,7%.

За показником «агресивність» спостерігається тенденція до часткового ПТСР. Встановлено, що часткове ПТСР мають 62,9% респондентів. Окремі та незначно виражені симптоми мають 18,5% осіб. Явний ПТСР виявлено у 18,5%.

За показником «порушення пам'яті та концентрації уваги» спостерігається тенденція до часткового ПТСР і до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що часткове ПТСР і незначно виражені симптоми ПТСР мають 40,7% учасників опитування у кожному з розподілів. Явний ПТСР мають 18,5%.

За показником «депресія» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що незначно виражені симптоми ПТСР мають 62,9% опитаних. Часткове ПТСР мають 29,6%.

Таблиця 1

Результати дослідження неврологічного аналізу стану військовослужбовців, що перебувають в умовах воєнного стресу (у відсотках)

Показники стресу	Симптоматика відсутня	Окремі симптоми ПТСР	Часткове ПТСР	Явне ПТСР
Надмірна пильність	0	25,9	14,8	59,2
Перебільшене реагування	44,4	51,8	3,7	0
Притупленість емоцій	0	44,4	40,7	14,8
Агресивність	0	18,5	62,9	18,5
Порушення пам'яті, концентрації уваги	0	40,7	40,7	18,5
Депресія	0	62,9	29,6	7,4
Загальна тривожність	7,4	51,8	37,0	3,7
Напади люті	14,8	33,3	48,1	3,7
Зловживання наркотичними та лікарськими засобами	11,1	40,7	14,8	33,3
Непрохані спогади та галюцинаторні переживання	33,3	66,6	0	0
Проблеми зі сном	14,8	55,5	29,6	0
Провина того, хто вижив	7,4	77,7	14,8	0

За показником «загальна тривожність» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що часткове ПТСР і незначно виражені симптоми ПТСР мають 51,8% респондентів у кожному з розподілів. Часткове ПТСР мають 37%.

За показником «напади люті» спостерігається тенденція до часткового ПТСР. Встановлено, що часткове ПТСР мають 48,1% опитаних учасників. Окремі та незначно виражені симптоми ПТСР мають 33,3%.

За показником «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 40,7%. Явний ПТСР мають 33,3% опитаних.

За показником «непрохані спогади та галюцинаторні переживання» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 66,6% учасників опитування. Відсутність симптоматики виявлено у 33,3%.

За показником «проблеми зі сном» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 55,5% опитаних. Часткове ПТСР мають 29,6%.

За показником «вина того, хто вижив» спостерігається тенденція до окремо та незначно виражених симптомів ПТСР. Встановлено, що окремо та незначно виражені симптоми ПТСР мають 77,7% респондентів. Відсутність симптоматики спостерігається у 7,4%, часткове ПТСР мають 14,8%.

Аналіз таблиці 1 показує, що у військовослужбовців домінуючими показниками травматичного стресу є «надмірна пильність» і «зловживання наркотичними та лікарськими речовинами». Це явище можна прокоментувати тим, що «надпильність» проявляється у вигляді постійного фізичного та психічного напруження, яке не дає змоги людині розслабитися і відпочити. У зв'язку з чим військовослужбовці зловживають наркотичними або лікарськими речовинами, щоб розслабитися.

Не домінуючими показниками травматичного стресу є «перебільшене реагування», «непрохані спогади і галюцинаторні переживання», «проблеми зі сном», «провина того, хто вижив».

Решта показників проявляють себе незначно або частково.

Клініко-неврологічний багатовекторний аналіз стану військовослужбовців, які є учасниками бойових дій, в тривалий період рецидиву ПТСР показує формування стійких синдромних розладів (імпотенція, фобія, тривога, тривожно-рецесивний синдром, астено-рецесивний синдром, астено-фобічний), структура яких достовірно об'єктивована порушення циклу спарювання. У 76% випадків сексуальна дисфункція у вигляді порушень психічного та/або нейрогуморального, та/або еректильного, та/або еякуляторного компонентів була причиною рецидиву та загострення симптомів клінічної енцефалопатії, особистісних та поведінкових розладів у військовослужбовців у структурі ПТСР.

Досліджуваний особистісно-психологічний тип військовослужбовців з ознаками середньої статевої конституції характеризувався сексуальною дисфункцією, що систематично виникала в деструктивних соціальних умовах. Клініко-неврологічний, сексолого-патологічний і математичний аналіз показує, що сексуальна дисфункція обумовлена конституціональною і типологічною схильністю статевої системи, а також наявністю поєднання психологічних особистісних схильностей.

Сексологічні і патопсихологічні моделі для діагностики рецидиву і загострення ПТСР підтвердили, що домінують військовослужбовці з епілептичними структурами психотипу, потім з циклоїдними структурами, на третьому місці з шизофренічними структурами циклоїди, в залежності від ступеня тяжкості знижується частота сексуальної дисфункції.

Розроблений багатовекторний клініко-неврологічний аналіз сексуальної дисфункції у військовослужбовців у віддалений період формування ПТСР дозволяє виявити осіб з високим ризиком розвитку рецидиву ПТСР в підгрупах військовослужбовців. Створені сексологічні і патопсихологічні моделі диференціальної діагностики аномальної статевої і психотипової мінливості учасників бойових дій дають можливість своєчасно виявити особистість з високим ризиком сексуальних розладів, енцефалопатії, особистісних і поведінкових розладів в структурі ПТСР при проведенні скринінгових тестів.

Для лікування сексуальної дисфункції військовослужбовців, відновлювальної терапії учасників бойових дій, що включає методи і прийоми психотерапії, медикаментозної терапії, розроблені спеціальні патогенетичні комплексні методики. Клініко-терапевтичний аналіз стану військовослужбовців на статистичному рівні підтвердив переваги запропонованої методики порівняно з традиційними методами лікування сексуальних розладів.

Створена методика відновлювальної терапії з багатоцільовим впливом спрямована на відновлення конституціональних механізмів компенсації та адаптації структури психотипу статевої системи, ВНД і особистості при одночасній активації етіологічних ланок, що лежать в основі функціональних неврологічних і церебральних порушень в учасників бойових дій [4].

Синдром невротичного рівня, що порушує компоненти копулятивного циклу в структурі ПТСР, спостерігався в більшості випадків у військовослужбовців, що знаходяться в діапазоні ПАЛ. Сексуальні розлади, що виникають у відповідь на посередні соціальні стресори, підтверджують конституційну і типологічну недостатність статевої системи, яка проявляється у вигляді сексуальної дисфункції. З огляду на особливу вразливість військовослужбовців з групи ПАЛ, психічна травма призводить до невротичних і психосоматичних ускладнень [1, 3].

Процес соціально-психологічного відновлення особистості можна розділити на такі етапи: підготовчий, базисний та підтримувальний, на кожному з яких доцільно використовувати певні реабілітаційні технології, що складаються з відповідних технік. Лише органічне поєднання процедурних, технічних моментів реабілітації і ціннісно-сміслових аспектів підтримання

та відновлення психологічного здоров'я особистості забезпечує послідовне успішне проходження кожного з етапів.

Технології, які доцільно використовувати на підготовчому етапі реабілітації, це технологія подолання недостатньої мотивації щодо власного життя, технологія пошуку ефективних мотиваторів і технологія активізації «сліпих зон» уваги [4].

Найбільш ефективними видаються такі техніки, котрі доцільно використовувати на цьому етапі. Це, по-перше, активізація бажання самозмін, стимулювання позитивних спогадів, зараження позитивним прикладом, що сприяє подоланню низької вмотивованості до змін. По-друге, це техніки мрій про бажане майбутнє, активізація ресурсу подолання перешкод та стимулювання підтримки оточення, що забезпечує появу нових мотиваторів самозмін.

По-третє, це техніка опису власного дня, техніка подолання гіперфокусу на проблемі і техніки активізації рефлексивності, що суттєво покращує самоусвідомлення та сприяє оновленню баченню колишніх «сліпих зон».

Форми роботи, в яких практично використовують відповідні технології, можуть бути дуже різноманітними: щотижнева індивідуальна або групова робота, кількадевні сесії, тематичні майстер-класи тощо.

Висновок

Особливістю соціально-психологічної реабілітації є спрямованість на активізацію життєтворчості людини, яка постраждала внаслідок травми. Реабілітація допомагає відновити прагнення до самоперетворення, здатність до проектування майбутнього життя і реалізації цих проєктів в різних сферах життя.

Перспективою дослідження є подальша концептуалізація досвіду реабілітаційної роботи та розробка цілеспрямованих методик залежно від характеру травми.

Література:

1. Агаєв Н. А., Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія / В.І. Цимбалюк, В.В. Стеблюк, О.В. Друзь, Н.О. Марута, Г.М. Кожіна та ін.; За ред. В.І. Цимбалюка. ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.
3. Психіатрія та наркологія: навч.-метод.посіб. / А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Л.А. Боднар, Г.Т. Сонник. К.: ВСВ «Медицина» 2021. 224 с.
4. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілашук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.