



ISSN 2450-6486

<http://ehs.eeipsy.org>DOI: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2025.4.11>

This publication was made with the funds of a joint Grant of
EEIP (Ukraine - France) and ChF "Education: Future"



Петро ЛІПСЬКИЙ,
Ольга ЄВСЄЄВА

Травматичний стрес і посттравматичний стресовий розлад як герокритична точка онтогенезу*

PETRO LIPSKY, OLGA YEVSEEVA. **Traumatic stress and post-traumatic stress disorder as aging critical points of ontogenesis.** *In this article, the problems of traumatic stress, post-traumatic stress disorder in military officers, retired military personnel and civilians are analyzed simultaneously from the points of view of wide inter-disciplinary sciences - physiology, psychology, sociology, and gerontology, taking into account the current conditions of Ukrainian society. An attempt is made to consider traumatic stress as a direction point in a person's life trajectory from the standpoint of gerontology, that is - the "gero-critical point", from which an affected person could be "guided" to the active life-style trajectory, slowing down the aging processes, and increasing longevity without diseases of old age. Opinions regarding improvement of the system of valeological and psychological education are provided in order to form valeological competence and involve each person in pursuit of health and longevity.*

Keywords: traumatic stress, post-traumatic stress disorder, gerocritical point, aging, longevity, valeological competence.

1. Вступ і постановка проблеми

Українське суспільство внаслідок неефективності соціального управління прийшло до глибокої системної кризи і дрейфує до соціальної та гуманітарної катастрофи. Зовнішні та внутрішні загрози національній безпеці досягли критичних меж. Війна на Сході призводить до щоденних смертей та інвалідизації (каліцтва) молодих працездатних людей, великої кількості невладштованих біженців, переселенців з дітьми. На людей діють потужні стресогенні фактори.

Більшість бійців, котрі повертаються із зони військових дій, отримали на передовій травматичний стрес. Як відомо травматичний стрес виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані із серйозною загрозою життю або здоров'ю. Зрозуміло, що наявність такого масового травматичного досвіду на теренах сучасної, незалежної України є новим і нетиповим явищем. Більшість бійців, що повертаються із АТО і мають яскраво виражені посттравматичні стресові розлади (ПТСР), здебільшого не можуть, та і не знають, як з цими станами і розладами справитися. ПТСР почали серйозно вивчати після війни американців у В'єтнамі. Війна, яка зараз руйнує нашу країну, незвичайна, гібридна. Таких війн раніше не було ніде, ні в Афганістані, ні в Чечні – не було таких жорстоких сутичок і страшних смертей. Більше того, психіка травмується ще й тим, що на цій війні змушені воювати слов'яни зі слов'янами, які раніше жили в одній країні, а від бойових дій обох сторін гинуть мирні люди, в тому числі і діти. Прогнозується, що державу Україну в найближчі часи, на превеликий жаль, чекає посттравматичний стресовий «цунамі», тому, що економіці і системі охорони здоров'я нашої країни проблематично буде витримати проведення стількох медичних експертиз, пов'язаних зі зверненнями поранених та інвалідів, не кажучи вже про їх лікування та подальшу реабілітацію, в тому числі і психологічну, яка може тривати багато років [2]. ПТСР бійців, які повернулися з фронту, мають негативний вплив не лише на учасника зони бойових дій, а й на його близьке оточення – сім'ю, друзів, знайомих, які досить часто не знають, як себе правильно поводити і реагувати [23].

Як свідчить статистика, психічні захворювання виявлені у 10 – 20% учасників бойових дій.

Розповсюдженість ПТСР виявляється у 70 % учасників бойових дій. Хронічний характер ці розлади приймають у 50 % військовослужбовців, звільнених у запас. Окремі прояви спостерігаються у 45 %, гострі – у 18 % військовослужбовців запасу [2].

Було встановлено, що у 25% комбатантів, що воювали у В'єтнамі і не мають каліцтва, досвід бойових дій послужив причиною розвитку несприятливих психічних наслідків. Серед поранених і калік кількість страждаючих ПТСР набагато більше - до 42% [23].

Середні показники частоти ПТСР в умовах військового часу (15-30%) не співпадають із загальними даними про поширеність ПТСР після важкого стресу в мирний час (0,5-1,2%), але для деяких груп виявляються цілком рівними: високі показники поширеності ПТСР відзначаються у жертв злочинів (15-50%).

Отже, отримання військовослужбовцями бойових психічних травм, які в свою чергу призводять до розладів психічної діяльності, повної або часткової втрати боєздатності, а потім, при поверненні до мирного життя – до втрати працездатності та дезадаптації у соціумі.

З другої сторони в «мирному соціумі» при такій системній кризі також наростає потенціал травматичних стресорів (безробіття, злочинність, корупція, насилля, бандитизм, обман, знущання з людей, особливо пенсіонерів в державних інституціях, порушення фундаментальних прав людини, алкоголізм, наркоманія, загальне погіршення стану здоров'я людей та інші негативні чинники). Це призводить в цілому до масової психічної травматизації населення, позамежного соціального напруження, повної зневіри людей в можливості держави (більшість людей «зависає» у стадії хронічної депресії), що передається всім громадянам, втягуючи їх в «катастрофічний стан». Велика маса працездатних людей намагається змінити соціум проживання шляхом еміграції «в тепліші краї» (близько 40 % проявляє бажання виїхати будь-куди не лише з економічних міркувань – для заробітку на проживання, а й для кращого майбутнього своїх дітей, бо не бачать покращення ситуації в найближче десятиліття). Інша частина населення «провалюється» в ілюзорний рай алкоголізму, наркоманії, проституції, або ідуть на суїцид. Ці явища, за свідченням соціологів, є ознаками глибоких патологічних процесів в українському суспільстві. Отже, в країні виникла суцільна екстремальна ситуація і наближається соціальна

катастрофа. Загальною причиною соціальної нестабільності, суспільної напруженості з великим потенціалом конфліктів є порушення «11-ої заповіді» (вона сформульована для управлінців відомим економістом Германом Дейлі: не можна допускати безмежної нерівності між людьми в державі, неконтрольованого присвоєння життєвих благ певною соціальною групою). Сумним є те, що в нашої держави немає соціально-державних інструментів для «виправлення» такої соціально-економічної деформації. Тому можна прогнозувати стихійні процеси перманентної революційної ситуації, війни (зовнішньої та внутрішніх конфліктів з переходом в громадянську війну).

В таких умовах психологічної, соціальної та валеологічної допомоги потребують дуже багато людей. «Ми не можемо оминати реалії кризового сьогодення нашої держави, коли соціальні процеси досягають кульмінації трагедії і неминуче зростає травматизація великих груп людей і цілих народів. Сьогоднішня трагедія України призводить до появи величезної кількості людей, які потребують психологічної допомоги» [29].

Створити в такий кризовий час державні структури соціальної та психологічної допомоги для великої маси людей, які цієї допомоги потребують, нереально. Тому одним із виходів, крім заміни влади на більш моральну і більш ефективну, ми бачимо створення системи психологічної та валеологічної освіти і просвіти, формування психологічної та валеологічної компетентності всього населення для подання допомоги та самопомочі, для виживання народу, соціальної стабілізації і, в подальшому, економічного зростання.

Повертаючись до постраждалих від непомірних травматичних стресів, ми можемо констатувати, що переважна частина населення «іде», як говорять геронтологи (виділяючи два типи старіння: прискорене і нормальне), по траєкторії прискореного (патологічного) старіння (в Україні – близько 90%). А лише одиниці, які долають ПТСР, переводять поза межі для особистості стресові події в життєвий досвід, стають сильнішими, переходять на траєкторію активної життєдіяльності в соціумі, на шлях нормального (з мінімальною обтяженістю геріатричними патологіями) старіння і активного довгожиттєвства. Ми здійснюємо пошук валеологічних технологій, з допомогою яких можна збільшити кількість людей, які, оволодівши певною психологічною та валеологічною компетентністю, можуть свідомо управляти процесами успішного

подолання ПТСР і переходом в контингент довгожителів і активних лідерів оздоровлення людей.

2. Аналіз попередніх досліджень

До вивчення проблеми травматичного стресу та ПТСР зверталися як зарубіжні, так і українські вчені [цит. за 23], серед них Г. Сельє [26], чия фундаментальна робота заклала теоретичні основи поняття про загальний адаптаційний синдром; Р. Волошин, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус, чий науковий доробок стосується вивчення механізмів розвитку травматичного стресу, його симптоматики, фаз та причин розвитку; В. А. Доморацький, Н. Е. Крилов, А. Л. Пушкарьов, котрі досліджували особливості корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій; І. Котенєв, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. І. Яковенко, які значним чином впровадили в психологічну практику технології діагностики та подолання стресових розладів; І. Малкіна-Пих, праці якої були спрямовані на психологічну допомогу в кризових ситуаціях; Ф. Шапіро, який займався вивченням психотерапії емоційних травм. Проблематикою особливостей переживання психологічної травми займалися А. Кардинер, Б. Колодзін, Р. Пітман, Л. Хохлов, Дж. Ялом та ін. Автори аналізували вплив травматичних подій на формування психологічної травми, утворення захисних механізмів, що часто були симптомами посттравматичних стресових розладів

Механізми вікового розвитку, прискореного старіння вивчали відомі українські геронтологи В.Фролькіс, О.Коркушко, Д.Ф. Чеботарьов та інші [30-31]. Володимир Фролькіс запропонував генно-регуляторну теорію старіння, яка нині визнана в світі, концепцію вітаукту, як «боротьбу» процесів старіння і антистаріння. Вивчаючи роль генетичних факторів в розвитку адаптаційних можливостей людини в екстремальних умовах (субмаксимальні фізичні навантаження, гіпоксичні та гіперкапічні навантаження) в лонгітудинальних спостереженнях на близнюках (як об'єктах генетичних досліджень) ми запропонували вивчати так звані «герокритичні точки» онтогенезу (ГТО), після вступання організму людини в які починаються процеси прискореного старіння [15-19]. При вивченні та достатньому розумінні молекулярно-біологічних, генетичних, психофізіологічних механізмів розвитку ГТО можна розробляти персоніфіковані програми оздоровлення людини, стимулювання життєвої енергії, підвищення загальної резистентності

та розширення адаптаційних можливостей організму і подовження меж активного довголіття.

Цілі даної роботи:

1. Здійснити аналіз проблеми травматичного стресу, посттравматичних стресових розладів комбатантів та мирних жителів в умовах нинішньої специфіки українського суспільства одночасно з широкими міждисциплінарних позицій наявного досвіду (фізіологія, психологія, соціологія, геронтологія).

2. Розглянути травматичний стрес як «точку» на життєвій траєкторії людини з позицій геронтології, тобто як «герокритичну точку», з якої можна було б «переводити» постраждалих на траєкторію активної життєдіяльності, сповільнення процесів старіння та довгожителства без хвороб старості (геріатричних патологій).

3. Викласти свої міркування про удосконалення системи валеологічної та психологічної освіти і просвіти, шляхи формування валеологічної компетентності та включення кожної людини в боротьбу за своє здоров'я і довголіття.

Відповідно, стаття має інтегральний характер і складається з 3-ох частин: травматичний стрес і ПТСР; критичні точки прискороеного старіння, вкорочення життя і можливості «омолодження»; фрагменти роздумів про побудову ефективної валеологічно-медичної системи оздоровлення нації.

Ставлячи перед собою таку «всеосяжну» інтеграційну мету – здійснити міждисциплінарний синтез, ми виходили з можливості об'єднання нашого попереднього досвіду наукової та педагогічної роботи в різних галузях (частина цього досвіду представлена в наукових публікаціях): в авіакосмічній психофізіології - вивчення ролі генетичних факторів у розвитку адаптаційних можливостей організму при максимальних і субмаксимальних навантаженнях різного характеру; в геронтології - вивчення процесу старіння як зниження рівня адаптаційних можливостей організму та знаходження «герокритичних точок» на траєкторії онтогенезу з можливістю зниження біологічного віку по відношенню до паспортного (оздоровлення/«омолодження»); пошук та розробка психолого-педагогічних технологій освіти та просвіти населення з метою оздоровлення (валеологічна та психологічна просвіта і формування валеологічної компетентності людей).

3. Виклад основного матеріалу

Одразу відмітимо, що для представлення короткого аналізу механізмів травматичного стресу та ПТСР ми використали матеріали укладачів методичного посібника [22]. Концепцію стресу, як загального адаптаційного синдрому, запропонував канадський вчений Ганс Сельє в 1936 р. [26]. Стрес, як неспецифічна реакція організму на сильні подразники, у своєму розвитку, як правило, проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності; 3) стадію виснаження. Г. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом перебудови гомеостатичних механізмів організму при пристосуванні до різних по модальності, але сильних, подразників. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» – тобто афективні переживання, які супроводжують стрес і такі, що ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Психофізіологічний апарат формування емоцій першим включається в стресову реакцію при дії екстремальних і руйнуючих чинників. У результаті активуються функціональні вегетативні системи і їх специфічне ендокринно-гормональне забезпечення, що регулює поведінкові реакції. Розвивається емоційний стрес, тобто комплексна реакція-відповідь людини на стресори навколишнього світу. Він включає в себе як первинні емоційні та поведінкові реакції на екстремальні дії біологічного чи соціального середовища, які опосередковуються на гормональному рівні адренергічними механізмами, так і більш тривалі в часі реакції, які детермінуються на фізіологічному рівні кортикостероїдами наднирників.

А.М. Вейн наприкінці минулого століття писав, що «основні хронічні поточні захворювання нашого часу виникають на тлі емоційного неблагополуччя, гострого або хронічного емоційного стресу». К. Судаков зазначав, що «на основі емоційних стресів формуються психосоматичні захворювання: неврози, порушення серцевої діяльності, артеріальна гіпертензія, виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, імунodefіцити, ендокринопатії і навіть пухлинні захворювання». За оцінками деяких західних експертів, до 70% захворювань пов'язані з емоційним стресом. В Європі щорічно вмирає більше мільйона людей внаслідок стресогенних порушень функцій серцево-судинної системи. Вивчення індивідуальних

генотипічних та паратипічних особливостей реакції на стреси різних людей показало, що найбільше страждають серцево-судинна, нервово-психічна, імунна системи, шлунково-кишковий тракт, система коагуляції крові та ін.

Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна та поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми.

Інформація про несприятливу, небезпечну подію є пусковим моментом, що визначає загрозу його виникнення і формує почуття тривоги, психічну напругу на основі актуалізації психічного образу ситуації професійної чи іншої діяльності. Психологічний стрес можна визначити як стан підвищеної психічної напруги з явищами функціональної вегетосоматичної і психічної дезінтеграції, негативними емоційними переживаннями, порушеннями працездатності в результаті несприятливого впливу факторів емоційної взаємодії. Інформаційний стрес – це стан інформаційного перевантаження, коли індивід не справляється з поставленим завданням і не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі, будучи відповідальним за наслідки прийнятих рішень [22; 24].

За деяких обставин емоційне збудження може набути застійної стабільної форми. У цих випадках навіть при нормалізації ситуації застійне емоційне збудження не слабшає, а навпаки, постійно активізує центральні утворення вегетативної нервової системи, а через них змінює діяльність внутрішніх органів і систем. Як правило, в організмі виявляються слабкі ланки і саме вони стають основними у формуванні захворювання.

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. Травматичний стрес – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду [22].

Психічна травма – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини. Іншими словами, психологічна травма – «душевна рана», що «болить», викликає дискомфорт, погіршує якість життя, приносить

страждання людині і оточуючим її близьким людям. Як і будь-яка рана, психологічна травма може бути різного ступеня прояву, і, відповідно, «лікування» буде різним. У ролі стресора виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких, ситуації, при яких порушуються базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду. Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)*. ПТСР – це відстрочена система реакцій на травматичний стрес, що проявляється певними симптомами і синдромами та характеризується певною динамікою протікання в часі. В динаміці переживання травматичної ситуації найчастіше виділяють чотири етапи: *1-й етап - фаза заперечення або шоку*. Цей етап, як правило, відносно нетривалий. Він настає відразу після дії травматичного фактору і проявляється тим, що людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації; *2-й етап - фаза агресії і провини*. Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина, в результаті аналізу травматичної події, направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»); *3-й етап - фаза депресії*. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздим: «Що б я не робив, нічого не зміню». Багато людей «зависають» на цій стадії хронічної депресії і зневіри. Починається прискорене старіння і саморуйнування організму (людина шукає позитивних емоцій в алкоголі, наркотиках, або стає пасивною і самотньою в житті чи може піти на суїцид); *4-й етап - це фаза зцілення*. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна набути з того, що сталося *корисний життєвий досвід*

[22]. Саме ті особи, які зуміли пережити травматичний стрес та ПТСР і «перевести» негативи в корисний життєвий досвід, стають психологічно сильнішими, можуть подавати психологічну допомогу іншим людям. Бо емоційні порушення частіше виникають при відсутності соціальної підтримки, емоційного зв'язку з оточуючими людьми (друзями, членами сім'ї, колегами).

Люди, що страждають на ПТСР, можуть звертатися до спеціалістів різного профілю, оскільки його прояви, як правило, супроводжуються як різними психічними розладами так і психосоматичними порушеннями. При цьому найчастіше здійснюється симптоматичне лікування (серця чи кишечника, нервової системи чи астми...). Це лікування може затягуватися, погіршуючи стан здоров'я людини. Лише мудрий лікар зі системним мисленням може подати ефективну допомогу людині та спрямувати до психотерапевта, а не приписувати психотропні препарати чи фармакологічні засоби симптоматичного лікування окремих систем організму.

У рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

надмірне збудження; 2) періодичні напади депресивного настрою; 3) риси істеричного характеру.

Нині термін ПТСР все частіше використовується стосовно наслідків стресорів мирного часу, таких, як природні, екологічні та техногенні катаклізми, пожежі, нещасні випадки, транспортні і виробничі аварії. Травмуючі прояви «хворого суспільства»: присутність при насильницькій смерті інших у разі розбійного нападу, терористичних дій, сексуальне та інше насильство, порушення фундаментальних прав людини, нанесення образ представниками влади (особливо по відношенню до пенсіонерів, людей з інвалідністю, ліквідаторів-чорнобильців, а також інтелектуалів, які особливо чутливі до несправедливості). Також ПТСР нерідко розвиваються після повідомлення про смертельні чи невиліковні хвороби (онкологічні захворювання, СНІД), в результаті жорстких сімейних драм.

Депресія часто супроводжується втратою інтересів, плаксивістю, почуттям безнадії. Багато людей залишаються в такому стані настільки довго, що звикають до нього, входячи в *стан хронічної депресії*. Затяжна (хронічна) депресія може привести до спроб самогубства. До саморуйнівної поведінки, на шлях якої стає людина в стані хронічної депресії, поряд з суїцидальною, відносять зловживання алкоголем, наркотиками, сильнодіючими медикаментозними засобами, а

також паління, навмисне робоче перевантаження, завзяте небажання лікуватися, небезпечну їзду на автотранспортних засобах (особливо керування автомобілем і мотоциклом у нетверезому стані), захоплення екстремальними видами спорту. Все це так чи опосередковано призводить до вкорочення життя людини, до геріатричних патологій.

Важливо закарбувати в свідомість кожної людини таку істину: хвороба відступає, поки людина активна, позитивно емоційно налаштована. Це положення вказує на основний принцип профілактики психосоматичних захворювань. Оптимізм може вивести людину зі стану глибокої хронічної депресії, зневіри, розчарування та власної безпорадності. Потрібна ефективна система соціально-психологічної підтримки і реабілітації з високою «пропускнуою здатністю». При її побудові необхідне громадсько-державне партнерство при зміні державного вектору в сторону соціальності, адже, відповідно до чинної Конституції, Україна – соціальна, правова, демократична держава, зміст діяльності якої має бути спрямований на людину, забезпечення їй гідного добробуту (життєвих потреб), прав і свобод, безпеки життєдіяльності, в тому числі екологічної безпеки, можливість зберігати честь і гідність та самореалізацію для себе і своїх дітей.

4. Травматичний стрес як героїкритична точка онтогенезу

У попередніх роботах ми запропонували власну гіпотезу старіння організму, що базується на положеннях генорегуляторної теорії старіння відомого українського геронтолога Володимира Фролькіса.

Основні положення пропонованої інтегральної гіпотези старіння ми приводимо за опублікованою раніше статтю [16; 18]. Старіння – це прогресуюче з віком звуження адаптаційних можливостей організму, зниження надійності функціонування систем та зростання імовірності смерті людини. Процес старіння в людини може проходити по двох типах: 1) нормальне, фізіологічне старіння – корелює з довголіттям – близько 10% людей старіють по даному типу; 2) прискорене, патологічне (передчасне) старіння обтяжене хворобами старості – близько 90% людей «ідуть» по цьому типу. На генетичному рівні старіння організму людини – це процес реалізації генетичної інформації в конкретних умовах життя. Генетичний потенціал довголіття (тривалості життя) у різних людей неоднаковий. Умови життя вносять вирішальний вклад в кінцевий

результат – тривалість та якість життя конкретної людини. Якщо людина отримала від батьків з наборами хромосом статевих клітин хороший «потенціал довгожителства» та веде здоровий спосіб життя, то вона буде щасливим довгожителем. Але генетичний потенціал не завжди може реалізуватися через несприятливі умови життя. В процесі вікового розвитку (онтогенезу) відбувається «переключення» генів, одні – «включаються» в роботу (експресія білків-продуктів чи поява певних молекул РНК), інші – «виключаються».

Принципи зворотності процесів старіння. Процес старіння не є незворотній. Окремі «гени юності» при певних умовах можуть «включатися» в роботу в старості. Останні дослідження показали, що і весь процес старіння не є незворотним. Нами знайдено 9 достовірно описаних випадків «збою генетичної програми розвитку», що виражалося в поступовому омолодженні організму, починаючи з 40-50 років. Онтогенез від старіння пішов до молодості, тобто в протилежну сторону (системне антистаріння). Отже, можливий процес омолодження. *Омолодження* – процес розширення адаптаційних можливостей організму, активізація обмінних процесів, досягнення сприятливих природних гормональних співвідношень, гармонізація діяльності імунної системи і зменшення імовірності смерті (наше визначення).

Герокритичні точки онтогенезу (ГТО). Нами запропоновано враховувати при профілактиці (стримуванні) процесів передчасного старіння та оздоровленні/омолодженні організму певні періоди і «точки» на параболі онтогенезу. Після вступу організму в ці точки, починається прискорене старіння. Таких «герокритичних точок» (геро - старіння) [16, 18] ми знайшли декілька, одні з них більш значимі за вкладом в процеси старіння, інші - менш значимі. Вони можуть бути як біологічно, так і соціально детермінованими. ГТО: інсулінорезистентність (ІР), лептинорезистентність, клімакс та інші мають молекулярно-генетичну природу (в більшій мірі генетично детерміновані). А ГТО «вихід на пенсію» і зміна способу життя (зниження загального тону організму, рухової активності (гіподинамія), зменшення мотивації до активного життя та ін.) має соціально-трудова компонента впливу. Травматичний психологічний стрес є психологічним чинником, який втручається у фізіологічні та біохімічні процеси організму.

Інсулінорезистентність – актуальна ГТО. Сутність ІР полягає в тому, що втрачається чутливість периферичних тканин організму

(печінки, м'язів, жирової тканини) до регуляторного впливу інсуліну. У зв'язку з цим настає гіперінсулінемія як компенсаторна реакція організму. Інсулінорезистентність і гіперінсулінемія ініціюють розвиток метаболічного синдрому, що характеризується дисліпідемією та цілим рядом симптомів і синдромів. Таким чином, з'являється цілий «букет» ранніх і пізніх ускладнень цукрового діабету 2-го типу (ЦД-2) і розвивається серцево-судинна та інші види патології. Список різноманітних синдромів та симптомів, що викликаються станом ІР, досить великий: ушкодження судин – ангіопатії: мікроциркуляторного русла (сітківки ока, нирок) та магістральних артерій (коронарних, мозку, кінцівок); ураження нервів (нейропатії), в результаті чого відбувається демієлінізація чутливих, рухових, вегетативних нервових провідників. В залежності від того, які саме нервові волокна пошкоджуються, виникає багато симптомів старості.

Гіперглікемічна причина геріатричних хвороб. Отже, першопричиною більшості геріатричних патологій, симптомів та синдромів є *гіперглікемія* (ГГ), яка і викликає ІР, гіперінсулінемію та метаболічний синдром і т.д. Тому ми назвали раніше нашу гіпотезу передчасного старіння «гіперглікемічною» [2]. Бо першопричина всього переліченого і не переліченого є гіперглікемія. Якщо концентрація глюкози в крові піднімається до 10-12 ммоль/л і більше, то включається компенсаторний механізм скиду глюкози в сечу - глюкозурія. Гірше, коли в деяких людей глюкозурія включається при вищих концентраціях глюкози в крові. Глюкозурія в свою чергу призводить до розмноження нетипових у нормі видів бактерій і грибків в уретрі, тому з'являються симптоми уретриту. Гіперглікемія викликає підвищення концентрації глюкози у слині, що веде до стоматитів та руйнування зубів через розмноження нетипової мікрофлори у ротовій порожнині. Підвищення концентрації глюкози у слюзі може викликати кон'юнктивіти. Таким чином, ми виявили ланцюги причинно-наслідкових зв'язків, які свідчать про патологічну дію гіперглікемії. Зараз з'явилося таке поняття як глюкозотоксичність. Отже, гіперглікемія (а вона не болить) поступово руйнує наш організм з середини. Тому одна із стратегій попередження передчасного старіння має бути спрямована на недопущення порушення глюкозного гомеостазу. Зниження концентрації глюкози в крові – гіпоглікемія – призводить до гіпоглікемічної коми, втрати

свідомості і можливої смерті. Підвищення концентрації глюкози – прискорене старіння.

Основний механізм дії гіперглікемії на клітини і тканини організму – *неферментативне глікозилювання білків*, які при цьому перестають нормально виконувати свої функції.

Нормоглікемія – здоров'я і довголіття. Отже, підтримання глюкозного гомеостазису є архіважливим для організму в плані підтримання міцного здоров'я і сповільнення процесів старіння.

Зворотність процесів старіння. Останні дослідження свідчать про те, що цукровий діабет 2-го типу не є «повільно прогресуючим невиліковним захворюванням», як вважали зовсім недавно. Нині накопичилося достатньо аргументів, які свідчать про те, що можливий зворотній процес вилікування з будь-якої стадії.

Від клімаксу, що наступив, можна повернутись до нормального функціонування організму як у чоловіків так і у жінок. Це доведено в експериментах на тваринах, а також описані випадки такого повернення до нормального вікового функціонування статевої системи у жінок з народженням дитини. Молекулярні та ендокринні механізми розвитку клімаксу та прискореного старіння після цієї ГТО представимо в наступних роботах.

В даній статті ми хочемо більш детально обґрунтувати твердження про те, що травматичний стрес і відстрочені в часі посттравматичні розлади, з якими людина може зіткнутися в своєму житті в будь-якому віці, можуть бути для більшості людей «точками» в їхній біографії, після яких прискорено старіють, деградують, вкорочуючи своє життя. Як відомо, динаміка переживання травматичної ситуації включає наступні етапи-фази: шоку, агресії (провини), депресії, зцілення. Але більшість людей «зависає» на стадії депресії, яка переходить у хронічну форму. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздим: «Що б я не робив, нічого не зміниш». В українському соціумі дуже багато людей, які повністю зневірилися, не бачать просвіту «в кінці тунелю», «зависли» в стані хронічної депресії. Для людей-комбатантів (військових) в руслі ПТСР виділяють наступні невротичні та патохарактерологічні синдроми і стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість); синдром того, хто вижив (хронічне «відчуття провини за те, що залишився живим»; флешбек-синдром (спогади про «непереносні» події,

що насильно втручаються у свідомість); прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками); синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою); посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пілльг та привілеїв і переходом до пасивної життєвої позиції). Ці стани мають певну динаміку, зокрема – посттравматична симптоматика з віком може не лише не слабшати, а і ставати усе більше вираженою. Якщо людина не зможе вирватися з «обіймів» цих синдромів, то вона іде по шляху прискореного старіння і вкорочення свого життя. Якщо вона знайде силу вирватися із замкненого кола, подолати наявні симптоми і синдроми (а в цьому кожній такій людині потрібна допомога психолога, психотерапевта, валеолога!), то вона не лише стає здоровою, вона стає сильнішою, отримуючи новий досвід. Вона веде активне життя в соціумі, допомагає вийти з кризового стану іншим людям. В геронтологічному плані вона виходить на шлях фізіологічного (нормального) старіння, менше обтяженого геріатричними хворобами, розширює межі активного довгожителства. Але частіше всього людина сама не може подолати наслідки ПТСР. Кожній такій особі потрібна соціально-психологічна та медична допомога. Слід відмітити, що медикаментозна терапія ПТСР може здійснюватися з використанням різних груп психотропних препаратів: антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, антиконвульсанти (стабілізатори настрою), психостимулятори. Але фармакотерапевтичне лікування має обмежені можливості. Більше надії в лікуванні таких станів покладають на психотерапію, психопрофілактику, психологічну реабілітацію.

Враховуючи те, що в кризовому суспільстві психологічної, психотерапевтичної та валеологічної допомоги потребує дуже багато людей, не лише тих, хто отримав психологічні травми під час бойових дій, а й тих, хто їх отримав при насильстві, розгулі злочинності, порушенні фундаментальних прав людини, потрібно формувати дієву систему соціально-психологічної, психотерапевтичної та валеологічної допомоги.

5. Формування валеологічної компетентності населення для профілактики і реабілітації осіб, які пережили травматичний стрес і отримали ПТСР

Нещодавно вчені зробили цікаве відкриття: якщо людина має певні знання про свою недугу, протікання хвороби (патогенез), то хвороба в цієї людини значно легше лікується. Цю тезу визнають і фармакологи [Громов] і фахівці зі східної (нетрадиційної для нас) медицини. Так ці прийоми називаються візуалізацію протікання хвороби. Тому знання людини про свій психічний стан, про психічні травми, про посттравматичні стресові розлади допомагають швидше і успішніше подолати ці недуги. Потрібна освіта і просвіта, а також самоосвіта людей в цьому напрямку.

Стосовно особливостей просвіти і освіти для подолання ПТСР йдеться в аналізі Світлани Уварової [29]. Психологічна освіта і просвіта виконують завдання психотерапевтичного самонавчання та формування запиту на психологічну допомогу. Коли людина має знання про вплив та наслідки психічних травм, вона може легше зрозуміти свої власні страждання і подолати почуття безпорадності. Постраждалі від травматичних подій потерпають від страхів «з'їхати з глузду». Коли ж людина володіє інформацією про психічні реакції на важку травматизацію, їй легше зрозуміти себе та своїх близьких. Завдяки цьому кризова ситуація стає не такою жахливою, а у людини з'являється можливість певного контролю над нею [29].

Рекомендації з «виведення» людей із стану ПТСР розглядається нами як частина валеологічної компетентності людини. Валеологічна компетентність виступає як система знань людини про можливості підтримання здоров'я на достатньому рівні природними засобами, а не фармакологічними препаратами, вміння ці знання використати на практиці для вирішення своїх проблем (з врахуванням індивідуальних особливостей, спадкових рис конституції), достатній рівень мотивації для «боротьби» за своє здоров'я та сформовані ціннісні світоглядні орієнтації (здоров'я важливіше за багатство, краще «бути, ніж мати»). В період системної кризи в країні практично кожна людина проходить через непосильні стресові події, які викликають психічні травми і потім відстрочені ПТСР. Створити таку масову службу соціально-психологічної підтримки великої кількості людей в даних умовах немає можливості, тому формування валеологічної компетентності у кожної людини та можливості самодопомоги може мати велике значення для виживання і оздоровлення

українського народу. Інтеграція зусиль державних соціальних служб, громадських організацій, які опікуються формуванням сітки соціально-психологічної підтримки людей, валеологічних клубів та підприємницьких структур (валеологічний бізнес), що займаються оздоровленням людей, може скласти основу оздоровлення українського народу в складних (екстремальних) умовах виживання. При формуванні валеологічної культури населення в цілому і масштабної служби(системи) для подолання ПТСР, формування нового досвіду виживання у людей та формування у них підвищеної життєвої сили, загальної резистентності та спрямування їх на шлях активного довголіття доцільно організовувати валеологічні групи, куди б входили медики та валеологи різних напрямків спеціалізації: практичні психологи, психофізіологи, педагоги, реабілітологи, спортивні медики, фахівці з фармакогнозії, валеологи-менеджери тощо.

Формування інституційних структур суспільства, спрямованих на оздоровлення людей – відновлення їх не тільки фізичного, але й психічного, соціального, духовного здоров'я [6-10], профілактики захворювань, валеологічної освіти і просвіти. Формування інституційних структур суспільства, спрямованих на оздоровлення людей, профілактики захворювань, валеологічної освіти і просвіти, гармонійне поєднання їх з діяльністю медичних закладів державної системи охорони здоров'я (фінансування яких постійно і закономірно скорочується з кожною новою реформою медичної системи) допоможе не лише вижити людям, зменшити загрозливі темпи депопуляції українського народу, а потім стати основою переходу до сталого екологічно безпечного розвитку (ноосферний аспект по академіку Володимирі Вернадському).

6. Висновки

Складність сучасного життя українців, війна на сході діють на людей як потужні стресогенні фактори. Більшість бійців, що повертаються із АТО і значна частина цивільного населення мають яскраво виражені посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Частіше всього людина сама не може подолати наслідки ПТСР. Травматичний стресівідстрочені в часі посттравматичні розлади стають для більшості людей «герокритичними точками» в їхній біографії, після яких вони прискорено старіють, деградують, помирають. Лише незначна частина людей знаходить в собі силу для подолання симптомів

і синдромів ПТСР. В таких умовах психологічної, соціальної та валеологічної допомоги потребують дуже багато громадян України. Одним із виходів відновлення фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я співвітчизників ми бачимо створення системи психологічної та валеологічної освіти і просвіти, формування психологічної та валеологічної компетентності всього населення для виживання народу, соціальної стабілізації і, в подальшому, економічного зростання.

References:

1. Буряк О.О., Гіневський М. І., Катеруша Г.Л. (2015). Військовий синдром "АТО": актуальність та шляхи вирішення на державному / О.О. Буряк, М.І. Гіневський, Г.Л. Катеруша. Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. Випуск 2(43). С. 176-181.
2. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г.Л. (2015). Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним сресовим розладом // Соціальна адаптація військовослужбовців / Зб. наук. праць Харк. ун-ту Повітряних Сил. Вип. 3(44). С. 137-141.
3. Булан А.А. (2015). Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. №4 (29). С. 9-12.
4. Волошин П.В. (2004). Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопадова, В.С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. Т. 10. № 1. С. 34–37.
5. Громов Л.А. (2012). Рациональная фармакотерапия // Рациональная фармакотерапия. 1 (22). С.13-15.
6. Євсєєва О.В (2007). До психічного здоров'я через навчальні завдання / Шлях освіти. №1. С. 38-41
7. Євсєєва О.В. (2006). Проблема духовного здоров'я в контексті різних наук // Формування мотивації здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІД засобами освіти / О.В. Євсєєва. - Проблеми освіти: Науково-методичний збірник. / Кол. авт. – К.: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти. Вип. 48. С.128-135.
8. Євсєєва О.В. (2009). Душевне і духовне здоров'я людини Навчальний посібник / О.В. Євсєєва. Ніжин: Вид-во НДУ ім. М. Гоголя. 37с.
9. Євсєєва О.В. (2010). Психічне здоров'я як валеологічна проблема // О.В. Євсєєва.- Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, Серія "Валеологія: сучасне і майбутнє". Випуск 9. № 923. Харків: Вид-во ХНУ ім. В.Н. Каразіна. С.14-18.
10. Евсеева О.В. (2014). Валеологические, философские, физические аспекты проблемы духовного и душевного здоровья // О.В. Евсеева Здоровье, личность, общество: сборник научных трудов /сост. А.В. Алешичева. Харьков: Финарт. С. 263-284.

11. Китаев-Смык Л.А. (1989). Стресс и психологическая экология / Л.А.Китаев-Смык. Природа. №7. С. 98-105.
12. Китаев-Смык Л.А. (1983). Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. М.: Наука. 368 с.
13. Коханов В.П. (2008). Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. М. : Практическая медицина. 448 с.
14. Лазарус Р. (1970). Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс: физиологические и психологические реакции / Под ред. Л.Леви, В. Н. Мясичева. Л.
15. Ліпський П.Ю. (2013). Валеологічна компетентність як фактор попередження передчасного старіння // П.Ю. Ліпський Попередження передчасного старіння жінки в умовах інформаційного суспільства. Збірник тез доповідей І Міжнародної науково-практичної конференції. К. С. 20-20.
16. Липский П.Ю. (2013). Гипергликемическая гипотеза преждевременного старения // П.Ю. Ліпський Геронтологический журнал им. В.Ф.Купревича. Т.4. № 1-2. С. 28-38.
17. Ліпський П.Ю. (2006). Формування здорового способу життя в світлі концепції сталого розвитку територіальної громади //П.Ю. Ліпський Проблеми освіти: Наук.-метод. Зб.. К.: Проблеми освіти. К.: Ін-т інноваційних технологій і змісту освіти. Вип. 49. С.39-48
18. Ліпський П.Ю. (2016). Фактори передчасного старіння і спроба побудувати комплексну валеологічно систему оздоровлення/"омолодження" людей / П.Ю. Ліпський. Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти. Матер. Всеукр. Наук.-паркт конф. (17.11 2016). Полтава: Астроя. С.66-70.
19. Ліпський П.Ю., Бажан А.Г. (2017). Інсулінорезистентність: сучасна П.Ю. Ліпський молекулярна медицина дає ключ для розв'язання проблем кардіології, діабетології, геронтології //П.Ю. Ліпський. А.Г. Бажан. Актуальні питання медицини і біології. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / За загальною редакцією проф. Пилипенка С.В. Полтава: Астроя. С. 106-109.
20. Ліпський П.Ю. (2017). Концептуальні засади еколого-валеологічного виховання в системі освіти для екологобезпечного розвитку //П.Ю. Ліпський. Актуальні питання медицини і біології. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / За загальною редакцією проф. Пилипенка С.В.. Полтава: Астроя. С. 149-151.
21. Малкина-Пых И.Г. (2015). Экстремальные ситуации / И.Г.Малкина-Пых М.: Экмо. 960 с.
22. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілашук. Чернівці: Технодруk, 2014. 133 с.

23. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 260 с.
24. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, ... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ "Видавництво "Логос", 2015. 207 с.
25. Пушкарёв А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. (2000). Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А.Л. Пушкарёв, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева. М.: Изд-во Института психотерапии. 128 с.
26. Селье Г. (1979). Стресс без дистресса Текст. / Г. Селье. М.: Прогресс. 123 с.
27. Сидоров, П.И.; Дукманов М.Ф. (1997). Особенности пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане Текст.) / П.И. Сидоров, М.Ф. Дукманов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. № 3. С. 12-14.
28. Тарабрина Н.В. (2003). Основные итоги направления исследований посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. Психологический журнал. 24(4). С. 5-19.
29. Уварова С. (2016). Психологічна просвіта в контексті проблеми попередження посттравматичних стресових станів // Світлана Уварова. Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки. №1(16). С.202-207.
30. Фролькис В.В. (1981). Старение. Нейрогуморальные механизмы. / В.В. Фролькис. К.: Наук. Думка. 320 с.
31. Чеботарев Д.Ф., Фролькис В.В., Коркушко О.В. (1990). Гериатрия // Под ред. Д. Ф. Чеботарева. Москва: Медицина. 240 с.

Transliteration of References:

1. Buriak O.O., Hinevskyi M. I., Katerusha H.L. (2015). Viiskovyi syndrom "ATO": aktualnist ta shliakhy vyryshennia na derzhavnomu / O.O. Buriak, M.I. Hinevskyi, H.L. Katerusha. Zbirnyk naukovykh prats Kharkivskoho universytetu Povitrianykh Syl. Vypusk 2(43). S. 176-181.
2. Buriak O.O., Hinevskyi M.I., Katerusha H.L. (2015). Shliakhy ta metody reabilitatsii osib z «viiskovym syndromom» ta posttravmatychnym sresovym rozladom // Sotsialna adaptatsiia viiskovosluzhbovtiv / Zb. nauk. prats Khark. un-tu Povitrianykh Syl. Vyp. 3(44). S. 137-141.
3. Bulan A.A. (2015). Psykhoemotsiini stany kombatantiv v umovakh boiovykh dii // Aktualni problemy sotsiolohii, psykholohii, pedahohiky. №4 (29). S. 9-12.
4. Voloshin P.V. (2004). Posttravmaticheskie stressovye rasstrojstva: problemy lecheniya i profilaktiki / P.V. Voloshin, L.F. Shestopalova, V.S. Podkorytov // Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal. T. 10. № 1. S. 34-37.

5. Gromov L.A. (2012). Racionalnaya farmakoterapiya // Racionalnaya farmakoterapiya. 1 (22). S.13-15.
6. Yevsieieva O.V (2007). Do psykhichnoho zdorovia cherez navchalni zavdannia / Shliakh osvity. №1. S. 38-41
7. Yevsieieva O.V. (2006). Problema dukhovnoho zdorovia v konteksti riznykh nauk // Formuvannia motyvatsii zdorovoho sposobu zhyttia ta profilaktyky VIL/SNID zasobamy osvity / O.V. Yevsieieva. - Problemy osvity: Naukovo-metodychnyi zbirnyk. / Kol. avt. – K.: Instytut innovatsiinykh tekhnolohii i zmistu osvity. Vyp. 48. S.128-135.
8. Yevsieieva O.V. (2009). Dushevne i dukhovne zdorovia liudyny Navchalnyi posibnyk / O.V. Yevsieieva. Nizhyn: Vyd-vo NDU im. M. Hoholia. 37s.
9. Yevsieieva O.V. (2010). Psykhichne zdorovia yak valeolohichna problema // O.V. Yevsieieva.- Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho universytetu imeni V.N. Karazina, Seriiia "Valeolohiia: suchasne i maibutnie". Vypusk 9. № 923. Kharkiv: Vyd-vo KhNU im. V.N. Karazina. S.14-18.
10. Evseeva O.V. (2014). Valeologicheskie, filosofskie, fizicheskie aspekty problemy duhovnoho i dushevnogo zdorovya // O.V. Evseeva Zdorove, lichnost, obshestvo: sbornik nauchnykh trudov /sost. A.V. Aleshicheva. Harkov: Finart. S. 263-284.
11. Kitaev-Smyk L.A. (1989). Stress i psihologicheskaya ekologiya / L.A.Kitaev-Smyk. Priroda. №7. S. 98-105.
12. Kitaev-Smyk L.A. (1983). Psihologiya stressa / L.A. Kitaev-Smyk. M.: Nauka. 368 s.
13. Kohanov V.P. (2008). Psihiatriya katastrof i chrezvychnykh situacij / V.P. Kohanov, V.N. Krasnov. M. : Prakticheskaya medicina. 448 s.
14. Lazarus R. (1970). Teoriya stressa i psihofiziologicheskie issledovaniya // Emotsionalnyj stress: fiziologicheskie i psihologicheskie reakcii / Pod red. L.Levi, V. N. Myasisheva. L.
15. Lipskyi P.Yu. (2013). Valeolohichna kompetentnist yak faktor poperedzhennia peredchasnoho starinnia // P.Yu. Lipskyi Poperedzhennia peredchasnoho starinnia zhinky v umovakh informatsiinoho suspilstva. Zbirnyk tez dopovidei I Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii. K. S. 20-20.
16. Lipskij P.Yu. (2013). Giperglikemicheskaya gipoteza prezhdevremennogo starenia // P.Yu. Lipskij Gerontologicheskij zhurnal im. V.F.Kuprevicha. T.4. № 1-2. S. 28-38.
17. Lipskyi P.Yu. (2006). Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia v svitli kontseptsii staloho rozvytku terytorialnoi hromady //P.Yu. Lipskyi Problemy osvity: Nauk.-metod. Zb.. K.: Problemy osvity. K.: In-t innovatsiinykh tekhnolohii i zmistu osvity. Vyp. 49. S.39-48
18. Lipskyi P.Yu. (2016). Faktory peredchasnoho starinnia i sprobа pobuduvaty kompleksnu valeolohichno systemu ozdorovlennia/"omolodzhennia" liudei / P.Yu. Lipskyi. Zdorovia liudyny: teoretychni, praktychni ta metodychni aspekty. Mater. Vseukr. Nauk.-parkt konf. (17.11 2016). Poltava: Astraia. S.66-70.

19. Lipskyi P.Yu., Bazhan A.H. (2017). Insulinorezystentnist: suchasna P.Yu. Lipskyi molekuliarna medytsyna daie kliuch dlia rozviazannia problem kardiologhii, diabetologhii, herontologhii // P.Yu. Lipskyi. A.H. Bazhan. Aktualn ipytannia medytsyny i biolohii. Materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii / Za zahalnoi redaktsiiei prof. Pylypenka S.V. Poltava: Astraia. S. 106-109.
20. Lipskyi P.Yu. (2017). Kontseptualni zasady ekoloho-valeolohichnoho vykhovannia v systemiosvity dlia ekolohobezpechnohorozvytku // P.Yu. Lipskyi. Aktualni pytannia medytsyny i biolohii. Materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychno yikonferentsii / Za zahalnoi redaktsiiei prof. Pylypenka S.V.. Poltava: Astraia. S. 149-151.
21. Malkina-Pyh I.G. (2015). Ekstremalne situatsii / I.G. Malkina-Pyh M.: Ekmo. 960 s.
22. Profilaktyka postravmatychnykh stresovykh rozladiv: psykhologichni aspekty. Metodychnyi posibnyk / Upor.: D.D. Romanovska, O.V. Ilashchuk. Chernivtsi: Tekhnodruk, 2014. 133 s.
23. Psykhologichna dopomoha uchasykam ATO ta yikh simoyam: kolektyvna monohrafiia / M. I. Mushkevych, R. P. Fedorenko, A. P. Melnyk [ta in.] ; za zah. red. M. I. Mushkevych. Lutsk: Vezha-Druk, 2016. 260 s.
24. Psykhologichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos, L. I. Lytvynenko, ... Tsarenko L. H.; za red. Z. H. Kisarchuk. K. : TOV "Vydavnytstvo "Lohos", 2015. 207 s.
25. Pushkaryov A.L., Domorackij V.A., Gordeeva E.G. (2000). Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: diagnostika, psihofarmakoterapiya, psihoterapiya / A.L. Pushkaryov, V.A. Domorackij, E.G. Gordeeva. M. : Izd-vo Instituta psihoterapii. 128 s.
26. Sele G. (1979). Stress bez distressa Tekst. / G. Sele. M.: Progress. 123 s.
27. Sidorov, P.I; Dukmanov M.F. (1997). Osobennosti pogranichnykh psihicheskikh rasstrojstv u veteranov voynys v Afganistane Tekst.) / P.I. Sidorov, M.F. Dukmanov // Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. №3. S. 12-14.
28. Tarabrina N.V. (2003). Osnovnye itogi inapravleniya issledovaniy postravmaticheskogo stressa / N.V. Tarabrina. Psihologicheskij zhurnal. 24(4). S. 5-19.
29. Uvarova S. (2016). Psykhologichna prosvita v konteksti problemy poperedzhennia postravmatychnykh stresovykh staniv // Svitlana Uvarova. Naukovyi visnyk MNU imeni V.O.Sukhomlynskoho. Psykhologichni nauky. №1(16). S.202-207.
30. Frolkis V.V. (1981). Starenie. Nejrogumoralnye mehanizmy. / V.V. Frolkis. K.: Nauk. Dumka. 320 s.
31. Chebotarev D.F., Frolkis V.V., Korkushko O.V. (1990). Geriatriya // Pod red. D. F. Chebotareva. Moskva: Medicina. 240 s.

Authors

Petro Yuzefovych LIPSKY
*Candidate of Biological Sciences, Professor,
Vice-President of the Ecological and Medical Academy,
Poltava, Ukraine
E-mail: petrol2006@ukr.net*

Olga Vadymivna EVSEYEVA
*Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor;
Pryluky Humanitarian and Pedagogical College
by I. Ya. Franko,
Pryluky, Ukraine
E-mail: olgaevs54@ukr.net*

Abstracts

ПЕТРО ЛІПСЬКИЙ, ОЛЬГА ЄВСЄЄВА. Травматичний стрес і посттравматичний стресовий розлад як герокритична точка онтогенезу. Аналізуються проблеми травматичного стресу, посттравматичних стресових розладів у військових та звільнених у запас, також мирних жителів в умовах нинішньої специфіки українського суспільства одночасно з широким міждисциплінарним позицій - фізіології, психології, соціології, геронтології. Робиться спроба розглянути травматичний стрес як точку на життєвій траєкторії людини з позицій герон-тології, тобто «герокритичну точку», від якої можна було б «переводити» постраждалих на траєкторію активної життє-діяльності, сповільнення процесів старіння та довгожителства без хвороб старості.

Викладаються міркування щодо удосконалення системи валеологічної та психологічної освіти і просвіти задля формування валеологічної компетентності та включення кожної людини в боротьбу за своє здоров'я і довголіття.

Ключові слова: травматичний стрес, посттравматичні стресові розлади, герокритична точка, старіння, довгожителство, валеологічна компетентність.

PETRO LIPSKIY, OLGA EVSEYEVA. **Traumatyczny stres i zespół stresu pourazowego jako punkt gerokrytyczny ontogenezy.** W artykule przeprowadzono analizę problemu stresu traumatycznego, zespołu stresu pourazowego u wojskowych, osób zwolnionych do rezerwy, a także ludności cywilnej w warunkach obecnej specyfiki społeczeństwa ukraińskiego, z szerokiej, interdyscyplinarnej perspektywy fizjologii, psychologii, socjologii oraz gerontologii. Podjęto próbę rozpatrzenia stresu pourazowego jako punktu na osi czasu życia człowieka z perspektywy gerontologii, czyli jako „punktu gerokrytycznego”, od którego możliwe byłoby ukierunkowanie osób dotkniętych traumą na trajektorię dynamicznej aktywności życiowej, spowolnienia procesów starzenia się oraz osiągnięcia długowieczności bez chorób wiekowych.

Przedstawiono rozważania na temat doskonalenia systemu edukacji waleologicznej i psychologicznej w celu kształtowania kompetencji waleologicznych oraz włączenia jednostki w działania na rzecz własnego zdrowia i długowieczności.

Słowa kluczowe: stres traumatyczny, zespół stresu pourazowego, punkt gerokrytyczny, starzenie się, długowieczność, kompetencje waleologiczne.

* Матеріал підготовлений у 2017 році (коли тривав 4-й рік війни, яку в 2014 році розпочала Росія проти України) і вперше представлений на I-й Міжнародній Міждисциплінарній Асамблеї “ПІТСР: дорослі, діти та родини в ситуації війни” (8-10 грудня 2017 року, м. Київ, Україна) (Ред.)