

УДК 159.972

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Матейко Н.М., к. психол. н.,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

У статті описано зміни психічної діяльності у військовослужбовців, які перебувають в пункті постійної дислокації після чергової ротації з місця проведення військових дій на сході України.

Ключові слова: бойові дії, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації та поведінки, психічна травма, акцентуації характеру, суїцидальна поведінка, психотерапія, реабілітація.

В статье описаны изменения психической деятельности у военнослужащих, находящихся в пункте постоянной дислокации после очередной ротации с места проведения военных действий на востоке Украины.

Ключевые слова: боевые действия, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации и поведения, психическая травма, акцентуации характера, суицидальное поведение, психотерапия, реабилитация.

Mateiko N.M. PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN THE COMBATANS

The article describes changes in the psychological activity of servicemen who are at the point of permanent disposition after another rotation from the place of military operations in the east of Ukraine.

Key words: military action, post-traumatic stress disorder, adaptation and behavior disorders, mental trauma, character accentuation, suicidal behavior, psychotherapy, rehabilitation.

Постановка проблеми. Перебування в місцях військових дій супроводжується для людини підвищеними емоційними, інтелектуальними, фізичними навантаженнями. Військовослужбовці ЗСУ, які перебувають в зоні АТО на Сході України, поряд з бойовим досвідом отримують також і психічні розлади пов'язані зі стресом, які отримали назву «Донецький синдром». Тривала, безпосередня та непередбачувана загроза життю та благополуччю, щоденне неймовірне фізичне та психологічне навантаження, переживання з приводу побачених випадків загибелі людей. Такий пережитий стрес, продовжує чинити тиск на психосоматичну сферу людей, переходить у стан посттравматичного стресу, чинить руйнівний вплив на психічну та соматичну сферу особистості, змінює її духовні цінності.

Одним з найважливіших підходів у відновленні психічної рівноваги учасників військових дій та мирного населення, яке перебуває в зоні конфлікту, вважається психологічна реабілітація. Здійснення певних впливів на психіку постраждалих дає можливість відновити витрачену нервову енергію, бойову та трудову здатність.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За результатами науково-дослідних робіт, проведених в Інституті неврології, психіатрії та наркології НАМН України, клінічна картина психічної патології у цих осіб представлена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від

психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології [1, с. 7–16].

Характерними є вегетативні порушення з неприємними відчуттями в тілі, відчуття заніміння, похолодання, поколювання в кінцівках, підвищена пітливість, біль в серці, підвищення артеріального тиску без погіршення самопочуття, тахікардія, задишка, дискомфорт в епігастральній ділянці. Легко виникають порушення потягів, зокрема до алкоголю, психоактивних речовин, вживання яких тимчасово знижує внутрішнє напруження, водночас швидко викликаючи залежність. Часто виникає підвищення інтересу до азартних ігор.

Зарубіжні автори пропонують доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами (PTPD – posttraumatic personality disorder), оскільки наявність хронічних симптомів часто може спостерігатися протягом всього життя, тобто екстремальний вплив ситуації може призвести до патологічної трансформації особистості в цілому [2, с. 8–16].

Наслідки травми дослідники умовно поділяють на три групи розладів: психопатологічні (клінічні), психологічні та соціальні. До першої групи R. Mayou та співавтори відносять гострі стресові розлади, тривожні розлади, депресію, посттравматичні симптоми та розлади, симптоми уникнення та фобічні розлади [3, с. 95–100].



В.А. Кожевнікова серед змін емоційного стану внаслідок психотравмуючої ситуації виділяє «постстресовий патопсихологічний симптомокомплекс», який характеризується появою чи посиленням підозрілості, своєрідністю та ригідністю поведінкових та емоційних реакцій, дисоціацією ціннісної сфери, стереотипністю та неадекватністю механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій, обмеженістю мікросоціальних зв'язків та формуванням поведінки уникнення [4, с. 10].

Водночас у розвитку психологічних наслідків участі у військових операціях А.Л. Іванов та співавтори виділяють кілька типів психічної дезадаптації з характерними психологічними симптомами:

- активно-оборонний тип, в якому спостерігаються невротичні розлади, і який здебільшого вважається адаптивним;

- пасивно-оборонний тип, для якого характерними є дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю, тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції, знижена потреба боротьби за виживання;

- деструктивний тип (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю), що супроводжується порушенням соціального функціонування, внутрішньою напруженістю, дисфорією, часто конфліктами, вибуховою поведінкою, вживанням алкоголю, наркотичних речовин, агресивних дій та суїцидальних спроб з метою розрядки негативних емоцій [4, с. 12]

Постановка завдання. На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає в проведенні аналізу патопсихологічних індивідуально-психологічних особливостей у військових, які перебувають на постійному місці дислокації після ротації із зони військових дій, та обґрунтування системи надання їм вчасної психологічної допомоги.

Виклад основного матеріалу. Ситуація бойових дій здатна провокувати патологічні реакції організму, що може призвести до розвитку ПТСР. Діагностика таких реакцій на ранній стадії розвитку, дослідження динаміки соціально-стресових розладів буде сприяти організації ефективної медико-психологічної допомоги населенню.

Емпіричне психологічне дослідження проводилося на базі військової частини смт Черкаське Новомосковського району Дніпровської області. Всього в дослідженні приймали участь 30 військовослужбовців, серед яких 40% одружених, 20% розлучених та 20% неодружених.

Всі обстежені є особами чоловічої статі, були учасниками антитерористичної операції, 80% мають бойовий досвід. З них 2

осіб офіцерського складу, 10 осіб сержантського і 18 осіб рядового складу, з військовим стажем від 1 року 2 місяців до 5 років 8 місяців. Вік обстежуваних від 21 до 45 років. Стан здоров'я задовільний.

В дослідженні було використано опитувальник акцентуацій характеру Леонгарда-Шмішека, «Місісіпську шкалу оцінки посттравматичних реакцій» (Keane et al, 1987, 1988), «Шкалу оцінки інтенсивності бойового досвіду» (Combat exposure scale – CES) та проективну методику «Суїцидальна схильність» (З. Корольова) [5].

За даними опитувальника Леонгарда-Шмішека було виявлено здебільшого змішані типи акцентуацій. Найчастіше сильно вираженими акцентуованими рисами були гіпертимний тип (36,7%), екзальтований та демонстративний (по 27% відповідно); крім того, ще 53% припадало на частку тенденцій до акцентуацій за гіпертимним та екзальтованим типом, а 50% осіб демонстрували виражені тенденції до застрягаючого типу.

Переважає гіпертимного типу акцентуації, який характеризується товарищиством, високим рівнем оптимізму, надмірною самостійністю, сміливістю, любить ризик, не має ані сором'язливості, ані боязкості перед незнайомцями свідчить саме про характерологічні особливості українських воїнів, котрі стали на захист Вітчизни. Характерною є відсутність акцентуації за тривожним типом, а також дуже низький відсоток осіб зі збудливим типом (13%) та емотивним (10%) типом акцентуації.

Така ситуація дещо суперечить даним, отриманим В.Д. Трошиним, Т.Г. Погодіною, В.В. Рижаківим, за результатами яких у вибірці осіб, які були учасниками бойових дій, переважали збудливий (59%), тривожний та емотивний типи. [6, с. 173–177]. Така ситуація, власне, й відображає відмінність між захисниками та загарбниками.

Разом з тим, перебування в ситуації підвищеного стресу загострює можливість появи особистісних розладів у військовослужбовців за гіпертимно-неврівноваженим і гіпертимно-істероїдним типами.

З усіх обстежених 43% мають бойовий досвід і були під впливом екстремальної травматичної події, пов'язаної із загибеллю, серйозними пораненнями, а також існувала загроза власної загибелі або поранень, а також, цілком вірогідно, в момент перебування в травматичній ситуації вони відчували інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

За результатами виконання «Місісіпського опитувальника ПТСР» досить поширеною є реакція «вторгнення» (для 80% військових). Дана реакція відображає на-

явність інтенсивних негативних переживань, викликаних ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх, а також фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

Реакція уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки блокування емоційних реакцій, наприклад, «заціпеніння», що раніше не спостерігалось, характерні для 63%. Реакція збудливості спостерігається у 76%, почуття провини – у 46%.

Отже вплив пережитого стресу, який військові отримали під час перебування в зоні проведення АТО, продовжує чинити тиск на психосоматичну сферу людей, переходить у стан посттравматичного стресу, чинить руйнівний вплив на психічну, соматичну сферу особистості, змінює духовні цінності.

Невизначена відтермінованість виникнення ПТСР має індивідуальні механізми запуску травматичного образу з загальними закономірностями протікання і виходу зі стану ПТСР, до яких відносяться і незворотні явища. Індивідуальний спектр травматичних реакцій людини визначає змістовну сторону травматичного стресу.

За даними проєктивної методики, спрямованої на визначення суїцидальних тенденцій, було визначено, що у 30% обстежених відсутні суїцидальні тенденції. Тільки 16% демонструє «залізну волю та міцні нерви», для них самогубство є неприйнятним. До того ж згідно з даними автора методики, нормою в популяції вважається 19,5%, що свідчить про те, що серед військових, які мають високий рівень бойового досвіду, даний показник дещо нижчий за норму. Відповідно до показників цієї методики, 10% обстежених могли б замислитися про самогубство, і якби все повернулося проти, можливо така спроба була б здійснена. У 20% обстежених суїцидальні схильності зовні не виявляються, але є такими, що можуть виявитися. Даний відсоток є нижчим ніж запропоновані нормативні дані (21,1%).

За даними авторів, тільки 35% офіцерського складу після бойових дій зробили висновок, що отримали в ході боїв бойову психічну травму, яка змінила їхню психіку і фізичне здоров'я, трансформувала особистість і рано чи пізно, з плином часу, внаслідок несприятливих обставин, цей витіснений стрес особистої значущості може нагадати про себе.

Досить поширеним на сьогодні є уявлення про те, що в осіб, які переживають інтенсивний або хронічний психогенний стрес, спрацьовують філогенетичні механізми генетичних аберацій з метою народження у

них дітей не схожих за адаптаційними механізмами і характеристиками на батьків, здатних з ймовірною вірогідністю пристосуватись до тотожних стресогенних умов. Внаслідок цього народжуються нащадки з ускладненими здібностями до адаптації в звичайних (мирних) умовах життя і високою вірогідністю девіантної поведінки та асоціальних і навіть злочинних вчинків. Тому важливою проблемою є не лише збереження здоров'я і соціально-професійного статусу учасників АТО, а й запобігання патологічних наслідків у їхніх нащадків, іншими словами – збереження генофонду нації. [7, с. 5–16]

Згідно з твердженнями багатьох дослідників, посттравматичний синдром не тільки не зникає з часом, але й може з'явитися несподівано, на фоні зовнішнього загального благополуччя.

З метою попередження появи психічних розладів у військовослужбовців та підготовки до майбутньої небезпечної діяльності слід залучати не тільки психологів, а й психотерапевтів та психіатрів. Застосування психотерапевтичних, психологічних заходів під час перебування військовослужбовців у пунктах постійної дислокації допоможе учаснику бойових дій легше переносити психофізичні наслідки травматичних подій. Порушення, які виникають у психічній сфері військових, можна коригувати з допомогою системи реабілітаційних заходів.

На думку професора І.І. Кутько, процес реабілітації повинен об'єднувати відновлювальну терапію, яка включає біологічні методи лікування та психосоціальні впливи; реадaptaцію, яка передбачає психосоціальні впливи, що спрямовані на стимуляцію соціальної активності хворого та реабілітацію, яка б об'єднувала переважно соціально-психологічні заходи, спрямовані на відновлення преморбідних стосунків з оточуючими [8, с. 85–98].

Психологічна реабілітація, як система психологічних, психолого-педагогічних, соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених психологічних функцій військовослужбовців у пункті постійної дислокації, повинна включати чотири етапи.

На першому, діагностичному етапі психолог повинен вивчити особливості наявних психологічних проблем та ступінь їх впливу на психічне здоров'я та життєдіяльність. Зокрема, встановити наявність та вираженість негативних психологічних наслідків бойового стресу, з'ясувати причини їх виникнення та збереження, а також визначити напрями психологічної допомоги конкретному військовому. На цьому



етапі найбільш важливим є проведення діагностичної бесіди, яка буде можливою за умови встановлення довіри. Повноцінне проведення діагностичної бесіди сприятиме також психологічній готовності військовослужбовця до подальшої участі в реабілітаційній роботі.

Психологічний етап передбачає цілеспрямоване використання конкретних методів впливу на особистість військового. Ми пропонуємо використовувати комплекс психологічних заходів. На першому етапі доцільним буде застосування дебрифінгу, після якого слід проводити вправи на саморегуляцію, які включають елементи тілесно орієнтованої психотерапії.

Дебрифінг є своєрідним переживанням травматичного досвіду в безпечній обстановці. Психологічний дебрифінг є кризовою інтервенцією – опитуванням людини після виконання завдання з метою послаблення та попередження викликаної психічною травмою реакції в людини, яка перебуває у надзвичайній стресовій ситуації. Завдання дебрифінгу полягає у відреагуванні в умовах конфіденційності та безпеки, можливості поділитися враженнями, реакціями та почуттями, пов'язаними із екстремальною подією. В групі є можливість отримати підтримку – коли людина чує схожі переживання від інших, вона отримує полегшення, зменшується відчуття унікальності і ненормальності власних реакцій, що сприяє зниженню внутрішньої напруженості. Дії ведучих групи спрямовані на те, щоб мобілізувати внутрішні ресурси учасників, допомогти їм підготуватися до появи тих симптомів чи реакцій ПТСР, які можуть виникнути.

Дебрифінг не запобігає появі наслідків травми, однак дає можливість попередити їх розвиток та посилення, сприяє розумінню причин власного стану та усвідомлення дій, які потрібно виконати, щоб полегшити наслідки. Тому це одночасно і метод кризової інтервенції і профілактика, завданням якої є спроба мінімізувати вірогідність важких психологічних наслідків стресу.

Наступним етапом групової роботи ми пропонуємо використовувати комплекс вправ для подолання напруження, стресу та травматичного досвіду. Цей підхід розроблений в рамках сучасної полівагальної теорії Девідом Берселі і носить назву TRE – нейрогенне тремтіння. Суб'єктивний ефект тремору, який викликається за допомогою семи вправ TRE, сприяє релаксації, зменшує надмірне збудження, покращує відчуття власного тіла, здатність витримувати афекти та збільшує «вікно толерантності» [9, с. 67]

З нейробіологічної точки зору ПТСР розглядається як розлад обробки стресу. Взаємодія між системами обробки інформації в головному мозку (сенсорних асоціативних полів неокортексту, стовбура мозку, базальних гангліїв, таламуса, лімбічної системи) стає обмеженою. Під час травматичної події як реакції виживання активізуються такі системи, як психофізична (вегетативна нервова система, симпатична та парасимпатична гілки) та нейрогуморальна (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової вісі). Вони призводять до реакції боротьби, втечі чи заціпеніння. Боротьба чи втеча спрацьовує під час активізації психофізіологічної та нейрогуморальної систем. Заціпеніння (фізіологічний рівень) і дисоціація (психічний рівень) організуються за одночасної активації парасимпатичного та симпатичного відділів [10, с. 122–131].

В ситуаціях загрози імпульси нервової системи передаються опорно-руховому апарату, активуючи реакції боротьби, втечі чи заціпеніння. Конкретна послідовність скорочення м'язів відповідає конкретній реакції. Якщо впродовж травматичної події людина не може здійснювати відповідні дії, відбувається мимовільне скорочення м'язів, яке викликає больові відчуття. Такі м'язові спазми виникають, зокрема, в м'язових групах голови, шиї, плечей, стегон, ніг тощо. Нейрогенний тремор може знизити інтенсивність негативних афектів, пов'язуючи їх із позитивними спогадами про безпеку та позитивні соціальні контакти. Вправи TRE можна застосовувати в групах, в індивідуальній терапії, а також як метод самопомоги.

Наступним етапом реалізації програми ми пропонуємо використання Brainspotting (BSP). Це психотерапевтичний підхід, який використовує поле зору для фіксації відповідного положення погляду і спрямований на повну, всебічну розрядку збудження, яка існує в тілі та мозку. Цей психотерапевтичний підхід розроблений Девідом Грандом в 2003 р. [11, с. 276–285]

Brainspotting – це новий психотерапевтичний підхід, який базується на припущенні, що поле зору можна використовувати для визначення такого положення очей, яке було пов'язане з внутрішніми нервовими та емоційними переживаннями. Якщо віднайти таке положення та зафіксувати погляд, це призведе до зцілення та вирішення проблем, які закладені глибоко в не вербальних, не когнітивних шарах нейрофізіології. Для того, щоб визначити потрібну позицію погляду, клієнта потрібно ввести в стан «цілеспрямованої активації», який переважно виникає у від-

повідь на психологічну травму, емоційні чи соматичні симптоми. Стан клієнта оцінюють за суб'єктивною шкалою порушень і визначається місце найбільш інтенсивної активації. Як тільки ці точки (Brainspots) віднайдено, клієнта вчать безпристрасно спостерігати за їх послідовною зміною та їх впливом на пам'ять, процеси пізнання і особливо на тілесні відчуття.

Критерієм ефективності психотерапевтичної допомоги є зміна емоційного ставлення до життєвих обставин, зміна загального вектора поведінки, спрямованого на усунення наслідків психічної травми, та переходу від деструктивних форм подолання дистресу на фоні пасивної позиції до активної, з конструктивними формами, поведінки.

Реадаптаційний етап доцільно проводити після повернення із зони військового конфлікту і здійснювати його в рамках специфічної реабілітації. Етап супроводу повинен включати спостереження за демобілізованими військовослужбовцями та надавати їм додаткову психологічну допомогу після проходження психологічної реабілітації.

Висновки. Перебування та участь у військових діях, які здійснюють психотравмуючий вплив на психіку військовослужбовців, призводять до появи психічних та поведінкових порушень. Програма психологічної реабілітації в пунктах постійної дислокації повинна передбачати групову психотерапевтичну роботу з використанням вправ з нейрогенного тремору TRE та методу Brainspotting. Перспективи дослідження полягають у реалізації програми заходів з психологічної реабілітації військовослужбовців у пункті постійної дислокації.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Дроздова І.В., Храмцова В.В., Гончар Ю.О. Щодо питань психологічного консультування інвалідів внаслідок бойових дій. Український вісник медико-соціальної експертизи № 4 (18) 2015. С.7–16.
2. Медицинская и психологическая реабилитация и абилитация. Сборник научных работ / Под ред. проф. О. А. Панченко. Киев: КВИЦ, 2014. 260 с.
3. Тадевосян М.Я., Сукиасян С.Г. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы. Журнал неврологии и психиатрии. 2011. № 11. С. 95–100.
4. Кожевникова В.А. Особливості особистості та поведінкові зміни у осіб, що пережили екстремальні події: Автореф. дис. канд. психол. наук. АМН України: 19.00.04 / Кожевникова Вікторія Анатоліївна. Харків, 2006. 18с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
6. Трошин В.Д., Погодина Т.Г., Рыжак В.В. Расстройства центральной нервной системы, типичные для участников современных боевых действий. Медицинский альманах. № 1 (14) март 2011.С. 173–177.
7. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. № 1 (5) 2014. С. 5–16.
8. Кутько И.И., Линева А.Н. Реабилитация непсихотических социально-стрессовых психических расстройств. Медицинская и психологическая реабилитация и абилитация. Сборник научных работ / Под ред. проф. О. А. Панченко. Киев: КВИЦ, 2014. 260 с.
9. Герольд А. Предварительные результаты нескольких исследований, проведенный на небольшой выборке в Украине, во время тренингов TRE. Форум психіатрії та психотерапії. Т.10, 2017 С. 122–132.
10. Ogden, P. Minton K, Pain C. Trauma und Korper, Paderborn: Junfermann, 2010.
11. Grand, D. (2011) Brainspotting, a new brain-based psychotherapy approach. Trauma and Gewalt, issue 3: p. 276–285.