

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ, УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

УДК 613.67

НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ДІЇ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

С.М. Рудинська, Т.С. Єфіменко, Д.І. Шкаран, В.Д. Фурдик

Українська військово-медична академія

Резюме. В статті наведені дані щодо структури системи надання медико-психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравмуючих ситуацій учасникам бойових дій в зоні антитерористичної операції.

Ключові слова: медико-психологічна допомога, психотравмуюча ситуація, посттравматичний стресовий розлад, АТО.

Вступ. Актуальність проблеми пов'язана зі значною кількістю осіб, залучених до події військового протистояння в Україні з листопада 2013 р. і по теперішній час, включаючи політичні події в м. Києві, збройне протистояння в Криму і антитерористичну операцію (АТО) в Луганській і Донецькій областях.

Ситуація збройного протистояння відноситься до антропогенних надзвичайних психотравмуючих факторів, що викликають психічні розлади практично у всіх залучених осіб.

За даними статистики, серед учасників протистояння в м. Києві було виявлено до 40% постраждалих з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) [1].

Депресія вважається фундаментальним симптомом ПТСР. За даними Сас Л.М. (2014) серед учасників АТО невротична депресія виявлена у 75% та астенія у 92% [2].

Психічні порушення виникають у 20-70% осіб, які беруть участь в збройних конфліктах [3]. Вони в 3-4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади у військових, порівняно з цивільним населенням, потребують надання спеціалізованої допомоги та подовжньої реабілітації. Наведене спричиняє навантаження на державу як в медичному, так і в економічному аспекті.

Метою статті є аналіз стану надання допомоги постраждалим від психотравмуючих факторів учасникам АТО.

Об'єкт дослідження: система надання психіатричної допомоги учасникам АТО.

Предмет дослідження: профілактика психопатології у учасників АТО; домедична, госпітальна допомога та реабілітація постраждалих від психотравмуючих подій учасників АТО на етапах медичної евакуації.

Збройне протистояння відноситься до психосоціальних стрес-факторів, що викликають психічні розлади у будь-якого індивіда. Виразність цього чинника оцінюється як надзвичайна. Обставини збройного конфлікту слід оцінювати як антропогенну надзвичайну ситуацію, що несе небезпеку для життя і соціального благополуччя учасників [4].

Профілактика посттравматичного стресового розладу і розладів адаптації внаслідок збройного протистояння носить комплексний характер і базується на мультидисциплінарному підході, включає в себе медичні, психологічні та соціальні заходи [4, 5]. Виділяють поняття превентивної медико-психологічної допомоги, спрямованої на запобігання розвитку психогенних розладів внаслідок збройного конфлікту.

Під час психотравмуючої події суттєвим є перша психологічна допомога, що надається у порядку взаємодопомоги, медичними працівниками всіх рівнів (санітарним інструктором, середнім медичним персоналом, психологами, психіатрами тощо), а також командиром підрозділу.

Після завершення бойових дій значущими заходами є:

профілактика виникнення загострень, рецидивів або повторних психогенних розладів у постраждалих;

медикаментозна профілактика «відстрочених» психогенних реакцій [4].

Доведено, що профілактична медико-психологічна допомога є найбільш ефективним засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини. Однією з причин росту числа пацієнтів із психічною патологією, в тому числі і тих, у яких діагностуються посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що обумовлені впливом життєвонебезпечних ситуацій, є практично повна відсутність програм профілактичної спрямованості [6], що автоматично стає однією з актуальних проблем сучасної психіатрії та медичної психології.

Під первинною профілактикою ПТСР розуміється робота з умовно здоровими людьми, серед яких існує певна кількість людей з груп ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм. Вторинна профілактика спрямована на хворих з ПТСР з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації, розвитку коморбідних розладів (депресії, хімічної залежності), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи.

Стрес-чинники ПТСР, умовно поділяють на:

пускові – найбільш патогенні фактори, що з великою вірогідністю здатні викликати психічні порушення, в т.ч. розвиток ПТСР. Таким чином визначається група первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) в першу чергу;

підтримуючі – патогенні фактори, що визначаються як вторинні стрес-чинники, пов'язані з екстремальною ситуацією, але такі, що самостійно не призводять до формування ПТСР. Заходи щодо подолання негативного впливу цих чинників повинні проводитися в процесі ліквідації наслідків катастрофічних подій і продовжуватися після завершення рятувальних робіт.

Конкретні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання негативних психіатричних та медико-психологічних наслідків надзвичайних ситуацій, можуть бути розділені на 3 основні блоки:

заходи, здійснювані в період, що передує екстремальній ситуації;

під час самої надзвичайної події;

після завершення дії факторів психотравмуючої події.

Для професій підвищеного ризику найбільш значущими профілактичними заходами є:

ефективний професійний відбір з обов'язковою участю психологів, психологічним тестуванням щодо психо-, стресостійкості;

високий рівень професійної підготовки;

формування готовності до діяльності в екстремальних умовах;

розвиток нервово-психічної стійкості в стресових ситуаціях.

Так само, як і надання першої допомоги при фізичних травмах і захворюваннях, перша допомога при стресі має три основні цілі: зберегти життя, запобігти подальшим ускладненням та сприяти відновленню.

Одним із основних принципів першої допомоги при ознаках бойового стресу – це те, що безпосереднє військове командування та згуртованість підрозділу є потенційно найпотужнішою доступною силою для зцілення і відновлення військовослужбовців, часто потужнішою, ніж клінічні навички консультантів і терапевтів, чи ліків, приписаних лікарями

Медико-психологічна допомога у Збройних Силах України представлена на всіх трьох рівнях надання допомоги.

Третинний рівень допомоги представлений клініками психіатрії та наркології Військово-медичних клінічних центрів та клінікою психіатричною (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ». Також до надання психіатричної допомоги постраждалим в зоні АТО покладається на цивільні заклади охорони здоров'я, а саме на Дніпропетровську обласну психіатричну лікарню.

На вторинному рівні представлена лікарями-психіатрами амбулаторно-поліклінічного відділення військових госпіталів. В цивільній системі охорони здоров'я, окрім спеціалізованих психіатричних підрозділів, в обласних та районних лікарнях виділені окремі палати (у відділеннях не психіатричного профілю) для учасників АТО, де проводиться обов'язкове консультування психіатром.

Найбільший інтерес представляє надання допомоги на первинному рівні. Медико-психологічна допомога у військовій частині може надаватися медичним представником, психологом (за наявності), капеланом або командиром підрозділу / заступником з виховної роботи.

Медико-психологічна допомога на первинному рівні складається з наступних компонентів: первинної профілактики, виявлення постраждалих, надання первинної психологічної допомоги. При неможливості надання вичерпної допомоги постраждалі направляються на вторинний рівень медико-психологічної допомоги.

На первинному рівні первинна профілактика психопатології, пов'язаної з психотравмуючими подіями, повинна прокладатися на психолога військової частини. Фактично таку функцію виконують командири підрозділів, медичні працівники, старші за бойовим досвідом військовослужбовці підрозділу.

На рівні військової частини профілактичні заходи спрямовані на створення соціально-психологічних умов для адаптації новобранця до бойових дій шляхом його поступового ознайомлення та залучення.

Основним ефективним методом адаптації до стресових подій є поступове включення молодого бійця в бойовий процес, що реалізується шляхом поетапного введення військовослужбовця в реальні бойові дії.

Найпершим профілактичним заходом є відпрацювання бойових навичок на полігонах в процесі навчання, що триває від 3 до 5 тижнів.

Наступним етапом адаптації є ознайомлення та введення військовослужбовця в бойові дії шляхом інформаційної участі. Це реалізується залученням військовослужбовця до роботи з бойовою інформацією в ролі зв'язківця, обов'язком якого є прослуховування ефіру, прийом та реєстрація інформації реальних бойових подій, аналіз та інтерпретація цієї інформації, передача її в штаб, на «мирну» землю. Така послідовність роботи з змушує молодого бійця не тільки сприймати бойову обстановку, але й пережити її.

У випадку поранення на полі бою саме на такого військовослужбовця-зв'язківця покладається завдання з організації евакуації, виклику гелікоптера на госпіталь і т. ін. Таким чином виникають обставини, що вимагають від нього ефективних дій, виховується почуття власної значущості та відповідальності, усвідомлення важливості та необхідності саме його втручання в ситуацію.

Наступне заглиблення відбувається шляхом висування бійця в ротачію в участю його в короткострокових «вилазок» в складі оточення командира підрозділу, «легкому» патрулюванні. Як правило, реальна участь в бойових діях починається після самостійно висловленого бажання військовослужбовця щодо активної участі. Обов'язковою є оцінка готовності бійця командиром підрозділу та психологом військової частини. В спецпідрозділах МВС України введені штатні посади психологів рот, думка котрих має вирішальне значення.

Виявлення бійців, що мають прояви наслідків психотравмуючої події проводиться, як правило, командиром або медичним працівником підрозділу.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи з психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з нього (невідкладно або протягом найближчих днів).

Ці заходи можуть включати в себе психодіагностику, індивідуальне консультування, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки, психокорекційну роботу тощо [8, 9]. Як правило, під час дебрифінгу обговорюється, що всі емоції, які виникають під час бойових дій – це нормально, але емоція страху вимагає контролю. Тобто проводиться когнітивно-поведінкова терапія: усвідомлення наявності страху та необхідність сприйняти це як реалію, що може допомогти – в страху загострюється зір, слух, пришвидшуються реакції. Відбувається спрямування емоції у потрібне русло, виробляється навичка «не боятися боятися».

В процесі надання медико-психологічної допомоги медична служба стикається з рядом проблем. Серед них відсутність самозвернення, навіть якщо військовослужбовець усвідомлює негаразди у своєму психологічному стані. Наявність капелану не вирішує проблеми. Військовослужбовці радо відвідують службу Божу, але не сповідуються щодо своєї дисфункції. Єдиним виходом знайдено надання допомоги професіоналом відповідного профілю, який має статус в очах військовослужбовця психолога-реабілітолога, але не психіатра.

Наступне проблемне питання – це орієнтованість психологів та психіатрів на роботу з кадровими військовослужбовцями та неготовність працювати з постраждалими-учасниками АТО. Методики оцінки та впливу на психологічний стан часто запозичені із західного досвіду допомоги таким пацієнтам та не може використовуватись без адаптації до дійсних потреб.

Висновки

Зростаюча кількість постраждалих з ПТСР – учасників АТО вимагає удосконалення системи медико-психологічної допомоги, а саме адаптації існуючих закордонних методик та розробку нових, розширення штату

психологів у бойових частинах та підвищення готовності діючих фахівців щодо особливостей роботи з даним контингентом.

Література

1. Сапон Д.Н. Посттравматичний стресовий розлад, асоційований з хронічним болем, у осіб, які брали участь у масових протистояннях у м. Києві взимку 2013-2014 рр. / Д.Н. Сапон // Архів психіатрії. – 2014. – №4(79). – С.45-47.
2. Сас Л.М. Невротичні розлади, зумовлені участю в бойових діях. / Л.М. Сас // Архів психіатрії. – 2014. – №4(79). – С.48-49.
3. Шкробот С.І., Психічні розлади, асоційовані з когнітивними порушеннями у пацієнтів, які пережили надзвичайні ситуації / С.І. Шкробот, О.П. Венгер // Архів психіатрії. – 2014. – №4(79). – С.50-52.
4. Сыропятов О.Г. Техники психотерапии при ПТСР / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, О.М. Рапча // Одесса, 2015. – 278с.
5. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (Методичні рекомендації) // Харків, 2014. – 67 с.
6. Бойко А.М. Соціальна робота: В 3 ч.– Ч. 2: Теорії та методи соціальної роботи / А.М. Бойко, Н.Б. Бондаренко, О.С. Брижовата та ін. // Київ.: Вид. Дім «Києво-Могилянська Академія», 2004.– 224 с.
7. Пріб Г.А. Принципи, структура та технологія медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади / Г.А. Пріб // Архів психіатрії. – 2014. – №4(79). – С.8-12.
8. Шестопалова Л.Ф. Основні напрями профілактики посттравматичних стресових розладів у жертв екстремальних подій / Л.Ф.Шестопалова, Ю.С.Бучок // Медична психологія. – 2011. – №4. – С. 6-9.
9. Чабан О.С. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства / О.С. Чабан, И.А. Франкова // НейроNews. – 2015. – №2.– С.8-18.

Резюме. *В статтє подана інформація о структурє систємы оказання медико-психологической помощи пострадавшим вследствие действия психотравмирующих ситуаций участникам боевых действий в зоне антитеррористической операции.*

Ключевые слова: *медико-психологическая помощь, психотравмирующая ситуация, посттравматическое стрессовое расстройство.*

Summary. *The article presents data of the structure of the system of providing medical and psychological assistance to victims of stressful situations combatants in the area of anti-terrorist operations.*

Keywords: *medical and psychological assistance, traumatic situation, posttraumatic stress disorder, anti-terrorist operation.*