

С. О. Вязьмітінова

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

С. А. Вязьмитинова

Психотерапия и психокоррекция расстройств адаптации у участников боевых действий на санаторно-курортном этапе

S. Vyazmitinova

Psychotherapy and psychocorrection of adaptation disorders at participants of martial actions at the health-resort stage

У статті розглянуті питання визначення етіології, патогенеза, первинної діагностики розладів адаптації (РА) у демобілізованих учасників бойових дій, які перебували на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Увага надана ефективності медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з розладами психологічної адаптації в умовах санаторію, при використанні таких методів психотерапії: індивідуальної, (когнітивно-біхевіоральної), групової психотерапії, а також метода аутотренінгу. Показано ступінь розвитку розладів психіки у військовослужбовців в умовах бойових обставин. Виокремлено основні психопатологічні прояви у хворих на РА. Надані результати вивчення патогенних ситуаційних чинників і преморбідних особливостей особистості, що сприяють порушенням адаптації.

Ключові слова: розлади адаптації (РА), демобілізовані учасники бойових дій, медико-психологічна реабілітація, санаторні заклади

В статье рассмотрены вопросы определения, этиологии и патогенеза, первичной диагностики расстройств адаптации (РА) у демобилизованных участников боевых действий, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Уделено внимание эффективности медико-психологической реабилитации участников боевых действий с расстройствами психологической адаптации в санаторно-курортных условиях, при использовании индивидуальной (когнитивно-бихевиоральной), групповой психотерапии, а также метода аутотренинга. Показана степень развития расстройств психики у военнослужащих в условиях боевой обстановки. Выделены основные психопатологические проявления у больных РА. Представлены результаты изучения патогенных ситуационных факторов и преморбидных особенностей личности, способствующих нарушению адаптации.

Ключевые слова: расстройства адаптации, демобилизованные участники боевых действий, программа медико-психологической реабилитации, санаторно-курортные условия

The article deals with the definition, etiology and pathogenesis, the primary diagnosis of adaptation disturbances (AD) in demobilized combatants who are undergoing rehabilitation in sanatorium-resort conditions. Attention is paid to the effectiveness of medico-psychological rehabilitation of combatants with psychological adjustment disorders in sanatorium-resort conditions, using individual (cognitive-behavioral), group psychotherapy, as well as autogenic-training method. The degree of development of mental disorders in soldiers in a combat situation is shown.

The main psychopathological manifestations in patients with AD are highlighted.

The results of the study of pathogenic situational factors and premorbid personality traits contributing to impaired adaptation are presented.

Key words: adaptation disturbances, demobilized members of the antiterrorist operation, the program of medico-psychological rehabilitation, sanatorium resort conditions

В теперішній час з'явилась чимала кількість осіб, які постраждали внаслідок участі в бойових діях, зокрема із розладами психогенного походження. За останніми даними, за період 2014—2018 рр. близько 320 тисяч осіб є демобілізованими після участі у бойових діях, велика кількість котрих потребують медико-психологічної реабілітації [1]. Цим визначається необхідність оцінення стану психічної сфери осіб, які постраждали внаслідок участі в бойових діях, прогнозу перебігу розладів, які виявляються, а також проведення всіх потрібних заходів відповідної терапії та реабілітації [2].

Нормативно-правове врегулювання функціонування системи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій забезпечується Указами Президента України від 30 січня 2015 року № 40 «Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації», від 18 березня 2015 року № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 року № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» та іншими нормативними документами [3].

Проблема психогенних розладів у учасників бойових дій займає особливе місце у зв'язку з тим, що віддалені

наслідки можуть проявлятися у вигляді психічних, психосоматичних, соціально-дезадаптивних станів [4].

Для відновлення психічного, поведінкового та соціального функціонування учасників бойових дій співробітниками кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти розроблено програму медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах [5]. При цьому визначається, що медико-психологічна реабілітація є комплексом лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали в результаті участі в бойових діях [6].

Відновне лікування та реабілітацію можна вважати найбільш природними і фізіологічними саме на санаторно-курортному етапі. При багатьох захворюваннях, особливо в період ремісії, тобто після зникнення гострих проявів, при різних видах розладів центральної нервової системи таке лікування найбільш ефективно. Санаторно-курортне лікування призначене цілеспрямовано й ефективно здійснювати профілактику прогресування захворювань, проводити відновне лікування хворих їх реабілітацію. Організація санаторно-курортної допомоги ґрунтується на принципах профілактичної і реабілітаційної спрямованості, етапності та наступності між амбулаторно-поліклінічними, стаціонарними і санаторно-курортними установами, спеціалізації наданої допомоги.

На фоні природних лікувальних факторів медико-психологічну реабілітацію учасників бойових дій проводять з використанням методів фізіотерапії, дієтотерапії, лікувальної фізкультури, масажу, бальнеотерапії, голкорексфлексотерапії. Таке сполучення особливо ефективно впливає на соматичний, вегетативний та емоційний стан постраждалих, що дозволяє звести до мінімуму вживання лікарських препаратів, а в багатьох випадках і зовсім від них відмовитися.

Метою нашого дослідження було вивчення феноменології порушень психічної сфери в учасників бойових дій, патопсихологічних механізмів, які зумовлюють їх виникнення, та оцінювання ефективності їх медико-психологічної реабілітації в умовах санаторно-курортного лікування.

Роботу проведено на базі ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»».

Дослідження проводили за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів. Для психодіагностичного дослідження використані такі методики: шкали депресії А. Бека, Гамільтона, шкала діагностики реактивної й особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханінім, Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).

Усього обстежено 120 учасників бойових дій. Всі обстежені були поділені на групи: основна група (ОГ) і контрольна група (КГ). До основної групи увійшли 80 осіб, з якими в подальшому проводили психотерапію, до контрольної групи — 40 осіб, які отримували стандартне лікування.

В процесі дослідження основна група з 80 осіб була поділена на групу дослідження ГД1, до якої увійшли 63 хворих з розладами адаптації (РА), і групу дослідження ГД2, до якої увійшли 17 хворих, які не мали ознак РА, але мали скарги на психічне виснаження. З 40 осіб контрольної групи у 26 осіб були визначені РА, у 14 осіб не було ознак РА, але були відповідні скарги.

Основні психопатологічні прояви у хворих на РА спостерігалися у вигляді облігатних симптомів: депресивний настрій (97,32 %); тривога (89,6 %); почуття нездатності вирішувати і планувати (75,9 %); високий рівень агресії (83,2 %); заклопотаність (74,3 %); дратівливість (96,3 %); гіпотимія (70,4 %); низька працездатність (66,7 %). Також хворі на РА мали проблеми у відносинах з рідними, близькими, друзями. У більшій частині хворих картину доповнювали різні невротичні прояви, які зазвичай розвивалися на тлі відносно тривалого емоційного перенапруження, пов'язаного з індивідуально значимими психотравматичними обставинами.

Результати патопсихологічного дослідження показали, що в усіх досліджених був високий рівень реактивної тривоги як реакція на пережитий стрес, при цьому вищий рівень особистісної тривоги превалював серед тих, хто мав діагноз РА, як за об'єктивною, так і за суб'єктивною оцінкою. В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково відчували депресію, але за об'єктивними даними у більшій частині хворих на РА рівень депресії був вищий.

Здебільшого обстежені нами хворі втратили інтерес до суспільного життя, знизилася їхня активність під час розв'язання життєвих проблем. Спостерігалися соціальна відгородженість, відчуженість, емоційна притупленість, відчуття ворожості навколишнього світу, імпульсивність в поведінці та ін. Здебільшого обстежені перестали підтримувати соціальні контакти.

Вивчення патогенних ситуаційних чинників і преморбідних особливостей особистості, які сприяли розвитку РА, показало, що безпосередніми причинами дезадаптивних розладів у військовослужбовців є, переважно, не якісь надзвичайні дистресові обставини, а повсякденні труднощі звичайної військової служби. При цьому, за суб'єктивною оцінкою самих комбатантів, етіологія

їх розладів являє собою певну ієрархію особистісно значимих переживань.

На першому місці за частотою (у 71 хворого — 88,75 %) стоїть переживання розлуки з рідними і близькими, відриву від рідного дому і в поєднанні з тугою, спогадами і образою на «долю». Ще у 9 хворих (11,25 %) туга за рідною домівкою спочатку була не настільки вираженою, але тривала (протягом 2—3 місяців) відсутність відомостей з дому і відповідей на листи занурила і цих військовослужбовців в депресію. Отже, в усіх 80 хворих (100 %) основної групи найсильнішим патогенним фактором було переживання розлуки з рідною домівкою.

На другому місці серед причинних факторів розладів адаптації у військовослужбовців, за їх власною оцінкою, були звичайні труднощі військової служби. Хворі скаржилися на неможливість відповідати напруженому повсякденному режиму — 44 особи (53,75 %); на труднощі пристосування до часу приймання їжі, сну, підйому, відпочинку — 37 осіб (46,26 %); на необхідність ламати свої звички, інтереси, смаки, заняття — 28 осіб (35 %); на «неадекватні» фізичні навантаження — 18 осіб (22,5 %); на високі (для цих осіб) навантаження з оволодіння спеціальними знаннями і навичками — 29 осіб (36,25 %).

Третє місце в етіологічній структурі займали переживання з приводу зміни почуття власного статусу — всього у 53 хворих (66,25 %). 27 хворих (33,75 %) вважали, що командири спілкувалися з ними, нерідко принижуючи гідність підлеглих. 14 осіб (17,5 %) відчували приниження від самої необхідності підкорятися і виконувати накази. Ще 12 осіб (15 %) важко переносили глузування, піддражнювання та їдкі зауваження від своїх більш успішних товаришів по службі.

Що стосується четвертого фактора — так званих нестатутних відносин (з психологічним пригніченням, вимогами виконувати за кого-то якусь роботу тощо), — то на цю причину, як одну з найбільш значущих, вказували тільки 15 хворих (18,75 %). Водночас, цей патогенний фактор, поряд з іншими переліченими вище, згадувався в анамнезі ще 29 осіб (36,25 %). Загалом, як видно, 44 хворих, тобто більше ніж половина (55 %), так чи інакше піддавалися нестатутним відносинам. При цьому, однак, не є можливим вважати цей фактор єдиною, основною і визначальною причиною порушення адаптації у військовослужбовців, оскільки, як видно з вищевикладеного, етіологічна структура ситуаційних патогенних обставин була досить складною і поліморфною, а провідними в ній були психотравматичні переживання розлуки з рідною домівкою і непереносимість звичайних умов військової служби.

Подальше дослідження цього питання показало, що обставини початкового періоду військової служби міцно переплітаються з факторами доармійського життя і з особистісними особливостями хворих військовослужбовців.

Більша частина з них (59 осіб — 73,75 %) були вихідцями з малозабезпечених сімей, в яких сімейна ситуація ускладнювалася здебільшого конфліктними міжособистісними відносинами. Зокрема, у 52 хворих (65 %) в родині відбувалися часті сварки між батьками протягом багатьох років. У 29 хворих комбатантів (36,25 %) батьки розлучилися і жили окремо. 11 осіб (13,75 %) вказали на втрату одного з батьків з різних причин. 47 пацієнтів (58,75 %) росли в неповній сім'ї (частіше без батька) — або через розлучення ще до народження майбутнього військовослужбовця, або внаслідок смерті одного з батьків (теж частіше батька).

Незважаючи на всі ці фактори, вивчені хворі, проте, до служби були здебільшого соціально адаптованими. Вони вчилися в школі і більша частина з них (63,75 %)

здобули середню спеціальну освіту, а 22,5 % — загальну середню освіту. Тільки 11 (13,75 %) осіб з основної групи мали неповну середню освіту. В умовах же відриву від домівки доармійська сімейна ситуація в свідомості кожного хворого актуалізувалася і ставала якщо не однією з причин адаптивних розладів, то безумовно значущим додатковим патогенним фактором.

У низці випадків у обстежених діяльність мала метушливий і непродуктивний характер, що підтверджує наявність стану дезадаптації. Вираженими особливостями невротичних проявів був тимчасовий характер, нестабільність і фрагментарність окремих порушень, критичне ставлення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом ситуації, яка змінилася в сприятливу сторону. Провідним чинником у виникненні психічних порушень є високий рівень тривоги (з переважанням астенічних і фобічних компонентів).

Одним з найважливіших проявів РА було зниження рівня соціальної адаптації.

Хворобливий стан хворих на РА також характеризувався низьким рівнем нервово-психічної стійкості, дратівливістю з ознаками мікросоціальної залежності, дезадаптивною перебудовою в ціннісно-смысловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості.

Учасники бойових дій зазнали труднощів процесів адаптації до умов мирного життя внаслідок їх конфліктної поведінки в соціальному оточенні: спроби вирішувати суперечки мирного часу звичними силовими методами, небажання йти на компроміси. Багатьом демобілізованим бійцям важко стримувати себе, проявляти гнучкість, вони хапаються за зброю в прямому чи переносному значенні.

Результати патопсихологічного дослідження показали, що в усіх досліджених був високий рівень реактивної тривоги (ГД1 — 100,0 % (46,8 ± 1,04)) і (ГД2 — 88,2 % (45,7 ± 1,23)) як реакція на пережитий стрес, водночас високий рівень особистісної тривоги превалував серед тих, хто мав діагноз РА, як за об'єктивною — (93,7 % (20,6 ± 2,3)), так і за суб'єктивною оцінкою — (90,5 % (44,5 ± 1,12)). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково відчували депресію (в ГД1 — 85,7 % (15,1 ± 2,04)) і в (ГД2 — 64,7 % (17 ± 1,3)), але за об'єктивними даними, у 76,2 % хворих на РА рівень депресії був вищий (17,7 ± 0,5).

Під час проведення медико-психологічної реабілітації автори [6] рекомендують застосовувати такі форми та методи психотерапії:

1) Індивідуальну психотерапію проводять у формі консультування із застосуванням технік раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, а при виражених соматовегетативних проявах — і гіпноугестивної.

2) Групову психотерапію проводять у вигляді відкритих груп.

3) На супортивному етапі доцільно використовувати техніки «якоріння», матеріально опосередкованої психотерапії.

На ґрунті цих рекомендацій ми розробили систему психотерапії хворих на РА.

Психотерапія РА включала в себе індивідуальну психотерапію (4 сесії), лікування в групі (10—12 сесій). Спочатку більшого значення надавали індивідуальній психотерапії, але РА чималою мірою зачіпає сферу міжособистісних відносин. Тому акцент робили на міжперсональні взаємини. Метою групової терапії у учасників бойових дій було подолання дезадаптивності і соціальної відгородженості демобілізованих.

Групова психотерапія полягала в цілеспрямованому використанні групової динаміки, яка виникала між учасниками групи, включаючи і ведучого групи, в корекційних

цілях. Робота була спрямована на трансформацію життєвої стратегії поведінки внаслідок змін якості життя і адаптаційних механізмів (соціальної спрямованості). Також хворих навчали методу аутотренінгу. Аутогенне тренування — це активний метод психотерапії, мета якого — навчити людину свідомо корегувати деякі автоматичні процеси організму. Особливість аутотренінгу порівняно з іншими методами психотерапії полягає в тому, що людина сама активно включається в психотерапевтичну роботу при повному збереженні ініціативи і самоконтролю.

Внаслідок проведення психокорекційних і психотерапевтичних заходів з використанням відповідних методів у досліджуваних відбувалося зниження особистісної та реактивної тривоги (84,63 %), збільшення рівня нервово-психічної стійкості (77,42 %), стабілізація емоційного фону (84,52 %). Хворі навчилися розв'язувати міжособистісні проблеми мирно. Також вони навчилися самостійно контролювати свій психоемоційний стан і, в разі потреби, вирівнювати його з використанням аутогенного тренування, навичкам якого вони навчилися в процесі медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах.

Під час оцінювання результатів психокорекційної роботи з хворими на розлади адаптації спостерігалася позитивна динаміка в стабілізації психоемоційного фону й активності обстежених (у 89,76 %).

Внаслідок перенесеного психологічного напруження під час бойових дій може відбутися фіксація симптомів дистресу на ідеаторно-особистісному рівні, що призводить до стійких змін психічних функцій у вигляді розладів адаптації. Залежно від фізіологічних особистісних і соціокультуральних особливостей індивідуума ці порушення проявляються в різному ступені тяжкості і перебігу.

Для медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій на санаторно-курортному етапі оптимальним є застосування психотерапевтичної та психокорекційної програми, побудованої за мультимодальним принципом. Це дозволяє досягти високих показників ефективності.

Список літератури

1. Медична допомога учасникам бойових дій : навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. М. Хвисюка, проф. В. Г. Марченко, проф. Б. В. Михайлова. Х. : ХМАПО, 2016. 220 с.
2. Психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції в закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації) / Б. В. Михайлов, С. І. Лупей-Ткач, О. М. Зінченко [та ін.]. К., 2018. 32 с.
3. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова) / Михайлов Б. В., Гічун В. С., Михайлік О. П. [та ін.]. Вид. 3-е, перероб. і допов. К. : МВС України; МОЗ України, 2018. 55 с.
4. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак, І. М. Сарвір]. Х., 2014. 23 с.
5. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортних умовах (клінічна настанова) / Михайлов Б. В., Семікопна Т. В., Лупей-Ткач С. І. [та ін.]; за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Харків ; Київ : ВАФК, 2018. 127 с.
6. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі. Клінічна настанова / Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Семікопна Т. В. [та ін.]; за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Х. : ТОВ «Планета-принт», 2017. 56 с.

Надійшла до редакції 09.04.2019 р.

ВЯЗЬМІТІНОВА Світлана Олексіївна, аспірант кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, Харків, Україна; e-mail: vyazmitinovasvitlana@gmail.com

VYAZMITINOVA Svitlana, Postgraduate Student of the Department of psychotherapy of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vyazmitinovasvitlana@gmail.com