

УДК: 616.89:355.292.91-053.2-085.851(477.6)

orcid.org/0000-0001-9673-6685

orcid.org/0000-0001-7678-6052

orcid.org/0000-0002-2099-8029

doi.org/10.5281/zenodo.400681

О.А. Панченко, А.В. Кабанцева, О.Б. Сімоненко
ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
Національної медичної академії післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ;
Українська інженерно-педагогічна
академія, м. Харків;
ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-
діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька обл.

НОВІ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

У статті розкрито проблематика методологічного підходу надання медико-психологічної допомоги дітям в умовах проведення антитерористичної операції. Актуалізована комплексна взаємодія лікарів, психологів та педагогів щодо проведення діагностичного дослідження дитини. Висвітлено питання структурних блоків діагностичного обстеження та психодіагностики дітей у психотравмуючій ситуації.

Ключові слова: стресова подія, психодіагностика, емоції, страх, тривога, дезадаптації, комплексний підхід.

О.А. Панченко, А.В. Кабанцева, Е.Б. Сімоненко НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ АНТИТЕРОРИ- СТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

В статье раскрыта проблематика методологического подхода оказания медико-психологической помощи детям в условиях проведения антитеррористической операции. Актуализировано комплексное взаимодействие врачей, психологов и педагогов при проведении диагностического обследования. Освещены структурные элементы обследования и психодиагностики детей в психотравмирующей ситуации.

Ключевые слова: антитеррористическая операция, стрессовое событие, психодиагностика, эмоции, страх, тревога, дезадаптация, комплексный подход.

О.А. Panchenko, A.V. Kabantseva, E.B. Simonenko
NEW ORGANIZING APPROACHES TO CHILDREN

MEDICOPSYCHOLOGICAL HELP IN ANTITERRORISTIC OPERATION

The problem of methodological approach in giving medicopsychological help to the children in antiterroristic operation has been revealed in this article. Complex interaction between doctors, psychologists and educators under diagnostical examination has been foregrounded. Structural elements of examination and children psychodiagnostics in a psychoinjuring situation have been highlighted.

Keywords: stress event, psychodiagnostics, emotions, fear, anxiety, dysaptation, complex approach.

Початок XXI століття рясніє на стресові події – стихійні лиха, антропогенні катастрофи, тероризм, військові конфлікти. Такі надзвичайні ситуації характеризуються психотравматичними подіями, викликаючи у людини психологічний стрес. Проведення антитерористичної операції на сході України породило нову нетипову стресову ситуацію для мирного населення, пов'язану з сильними стресорами – загибеллю близьких, втраченою власного житла, переоцінкою цінностей та, зрештою, з новою розстановкою життєвих пріоритетів.

У класичному розумінні психологічний стрес визначається як сильна несприятлива для організму психічна або фізична реакція, яка становить загрозу для життя людини [1, 33].

Стрес формується у разі як об'єктивно небезпечних факторів, так і при можливій загрозі, таким прикладом є інформаційна війна. Стресові події можуть розвиватися за двома сценаріями – через «людський фактор», коли першопричиною є недбалість, бездіяльність, або через свідоме спричинення насильства. У свою чергу, стресорами виступають не тільки фактори що чинять фізичний збиток, але і викликають емоційні, моральні страждання.

Емоційна нестійкість, несформованість життєвих принципів та психологічна незахищеність роблять дитячий і підлітковий контингент найбільш уразливим. Підвищена тривожність, агресивність, страхи, перепади настрою і зниження працездатності стають звичними станами у житті дитини.

Нерозуміння дорослими внутрішніх переживань дітей призводить до неприйняття соціумом підростаючого покоління з проявами девіантної поведінки і тим самим ускладнюють соціально-психологічну адаптацію [5].

Психологічно травмована дитина, як за правило, у подальшому своєму житті відчуває емоційну деформацію. Можуть сформуватися психопатологічні стани: апатія, тривожність, страхи, депресія, негативізм та ін.

Озброєний конфлікт на сході України актуалізував проблему медико-психологічної допомоги дітям, які перебувають у ситуації емоційної напруги за умови громадянського протистояння. За своїм характером і динамічності розвитку він не має світових аналогів. Відсутність механізму соціально-психологічної захисту, економічна нестабільність і невирішені побутові питання чинять негативний вплив на психологічне благополуччя мешканців регіону, включаючи дитяче населення.

Розвиток стресової реакції провокують певні компоненти особистісного, емоційного і когнітивного характеру. Особливості цих сфер сприяють розвитку різною по силі тяжіння стресової реакції. Так, прийнято вважати, що фактор, який викликає стрес, це – будь-який вплив на людину з боку зовнішнього і внутрішнього середовища, що приводить його у стан крайнього емоційного напруження.

Виснаження нервової системи і тривале перебування в стані мобілізації, послаблюють захисні функції організму, знижують опірність до зовнішніх подразників. Стан тривоги, неспокою і страху, як найбільш негативні переживання, фундаментальним чином позначаються на розвитку різної постстресової патології.

Протягом тривалого часу поняття «Тривога» і «Страх» не диференціювали, і лише на початку XIX століття С. К'єркегор, визначив страх – як переживання жаху чогось конкретного, а тривога пов'язана з невизначеним, несвідомим занепокоєнням [7, 231].

Відсутність адекватно підбраного комплексу психодіагностики емоційно-вольової сфери дітей дошкільного віку та підлітків у ситуації антитерористичної операції, а також ефективної психокорекційної програми актуалізують питання науково-практичного підходу.

За останні роки сформована велика теоретико-дослідницька база щодо вивчення психологічних наслідків стресу, викликаним бойовими діями, насильством та іншими екстремальними факторами (аваріями, катастрофами, та ін). Значний внесок у висвітлення питань цієї тематики внесли С.М. Абрамова (2001), Є.О. Александров (2001), С.В. Литвинцев (2005) та ін. Сучасні результати психолого-педагогічних досліджень доводять необхідність реалізації найбільш ефективних підходів у роботі з дітьми, що зазнали стресового впливу (К.А. Ідрісов, Б.В. Коваленко, К.Ю. Кутахов, О.А. Рижов та ін.) [4].

Діагностика особливостей поведінки дітей, що знаходяться у ситуації психологічного тиску, дозволила Н.М. Платоновій і Ю.П. Платонову виявити такі характерологічні особливості психічного стану дитини: довгострокове збереження пригніченого стану, надмірна поступливість, підлещувана поведінка, схильність до самотності, надмірна тривожність, низь-

ка самооцінка, а також порушення апетиту (прагнення до необмеженої кількості споживання солодкого або повна відсутність апетиту) [6, с.107].

Надання психологічної допомоги дітям-переселенцям, а також мешканцям прикордонної зони з боку громадських організацій (соціальних служб, педагогів, та інших інститутів) пропонується безсистемно та ізольовано. Перебування дитини у психотравмуючій ситуації викликає в організмі складні нейробіологічні процеси, дисрегуляцію когнітивних, емоційних і поведінкових сфер, тому так важливо враховувати психоневрологічний статус дитини, а також феноменологію зв'язку психологічної та соматичної сфер [3].

Здоров'я дитини – це складна система, в якій взаємодіють генетично закладені особливості, особистісні характеристики, батьківські програми і результати виховання соціумом. Тому проведення реабілітаційно-корекційних заходів необхідно здійснювати за допомогою комплексної взаємодії з боку медичної, психологічної і педагогічної точок зору. Доцільно теоретично узагальнити, проаналізувати і систематизувати ці поняття.

У зв'язку з цим визначився актуальний медико-психологічний напрям – розробка психодіагностики психічних станів і нетипового розвитку стресу, а також заходів медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей у період безпосереднього перебування у психотравмуючій ситуації.

Суть медичного огляду полягає в об'єктивізації стану дитини та зборі анамнезу його розвитку. На даному етапі виключається органічна патологія, пов'язана з внутрішньоутробною гіпоксією, перенесеними черепно-мозковими травмами, та оцінюється загальний стан органів і систем. У дітей більш старшого віку є можливість виключити лікарську та алкогольну залежність, депресивні та дисоціативні порушення, що в подальшому потребують проведення докладного пато-психологічного, а також нейропсихологічного обстеження з детальнішим аналізом особистісних аспектів.

Огляд та інструментальні методи обстеження у фахівця соматичного профілю дозволяють встановити наявність вегетативних порушень. Можливість їх розвитку обумовлена гострою реакцією на стрес: свербіж шкіри, підвищення температури тіла, головні і серцеві болі, тремор пальців рук, скарги на зниження або повну відсутність апетиту, поєднання відчуття ознобу з підвищеною пітливістю, нудотою, тощо.

Лабораторні дослідження показників крові та біологічних рідин, а також складання загальної картини фізичного стану дитини здійснює педіатр. Дообстеження реакції організму на стресову ситуацію діагностують шляхом визначення рівня кортизолу у крові.

Як правило, перша половина доби це – □ час максимальної концентрації кортизолу в крові, а друга – період зниження цього гормону. Хоча стрес не єдина причина, за якої цей гормон секретується у крові, він був названий «гормоном стресу» тому, що швидко збільшується у моменти небезпеки, паніки, психологічного дискомфорту або будь-якого емоційного потрясіння. Короткочасне підвищення рівня кортизолу в крові має свої переваги, таким чином наш організм швидко мобілізує захисні сили і внутрішні резерви [9, 57-58].

Посилення секреції кортизолу, сприяє активізації систем організму:

- швидкому виплеску енергії у момент небезпеки (спрацьовує інстинкт самозбереження)
- продуктивної пам'яті
- різкому підвищенню імунітету
- зниженню чутливості до болю
- підтримання гомеостазу в організмі при мінливості зовнішнього середовища.

Однак, після емоційного виплеску, організму потрібен період відновлення, коли всі функції повертаються до звичайного темпу життєдіяльності після стресової події.

У свою чергу тривала концентрація кортизолу у крові, який збільшується внаслідок перебування у стресі, надалі робить негативний вплив на здоров'я дитини. Цей вплив проявляється порушенням когнітивних процесів, пригніченням функції щитоподібної залози, дисбалансом цукру в крові (найбільш часто розвивається гіперглікемія), зниженням щільності кісткової тканини, зменшенням м'язової тканини, підвищенням артеріального тиску, порушенням обміну речовин, зниженням імунітету і запальними реакціями в організмі.

Психодіагностика емоційно-вольової сфери дітей, що знаходяться в зоні проведення антитерористичської операції дозволяє об'єктивно оцінити психологічний стан дитини. Застосування стандартизованих і проєктивних методів вирішують завдання виявлення актуальних станів у дитини в наслідок психотравмуючих переживань, страхів, занепокоєння, які перешкоджають формуванню гармонійної особистості [7, 145].

У рамках дослідницької роботи: «Розробка системи медико-психологічної допомоги дітям і підліткам, які знаходяться в зоні проведення АТО» (номер держреєстрації 0115U002757) на базі Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», проведено комплексне дослідження дітей. Загальна вибірка становила 962 особи, вік яких склав

5-14 років. Діти 5-7 років – 385 осіб (40,02%), підлітки 10-14 років – 577 осіб (59,97%).

На основі теоретико-методологічного обґрунтування та емпіричних досліджень, зазначена мета – розробка системи комплексного дослідження психологічних компонентів розвитку стресу у дітей, що проживають у зоні проведення антитерористичної операції.

Психодіагностичний комплекс для дітей 5-7 років (385 осіб) склали методи: проєктивні методики дослідження – «Малюнок сім'ї» (Р.Т. Хоментausкас), «Кактус» (М.А. Панфілова), «Неіснуюча тварина» (М.З. Друкаревич), тест виявлення домінуючого емоційного стану «Паровозик» (С.В. Велієва); опитувальник страхів А.І. Захарова; анкета для батьків і вихователів з метою визначення переважаючих емоційних станів у дитини Р.П. Лаврентьевої та Т.М. Титаренко. Дослідження когнітивно-пізнавальної сфери дошкільників здійснювалася за допомогою методик: «10 слів» (О.Р. Лурія), «Знайди і викресли», «Коректурна проба» Б. Бурдона.

Для вікової групи 10-14 років застосовувалися методики: проєктивна методика «Намалюй свій страх», дитячий опитувальник неврозів (С.С. Седнев, З.Б. Збарський, О.К. Бурцев); опитувальник визначення темпераменту Г. Айзенка, методика визначення рівня агресії Басса-Дарки.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою t-критерію Вілкоксона і факторного аналізу.

Систематичне дослідження емоційно-вольової сфери дітей 5-7 років (577 осіб) визначило прогресуючу динаміку страху війни. Так, у 2014 році цей страх діагностовано у 88,2%, в 2016 – 91,3%. Разом з цим було встановлено збільшення рівня агресії серед дітей у групі респондентів зі страхом війни ($p=0,05$). Це підтвердило одне з припущень, що діти, які бояться війни, більш агресивні, ніж діти з відсутністю цього страху. Така форма поведінки виникає внаслідок емоційної травми, яка проявляється у дитині поведінковими і вербальними відхиленнями. Переважання страху війни у дітей даної категорії зумовлено специфічними умовами життєдіяльності в умовах психотравмуючої ситуації.

Очікування небезпеки і відчуття тривоги при взаємодії з іншими людьми сприяє розвитку соціального страху. Формування цього виду страху найбільш часто відбувається у дитячому та підлітковому віці. Саме тоді особистість найбільш вразлива, схильна до впливу та формуванню негативного соціального досвіду. Тривале перебування дитини в стресовій обстановці здатне значним чином вплинути на сприйняття та формування картини світу загрозливого майбутнього. Таким чином, дитина виявляється ізольована від суспільства та соціально неадаптована.

Збільшення показників за шкалою «Соціальні страхи» (2014 рік – 28,64%, 2016 – 48,9%) у даній віковій групі обумовлені відчуттям небезпеки із зовнішнього середовища та тривожними очікуваннями від неконтрольованої ситуації.

Зміни у когнітивно-пізнавальної сфері діагностовано у 2,3%. Порушення мнестичних функцій обумовлені органічними змінами у структурах головного мозку, які забезпечують механізми пам'яті, уваги і мислення для успішного навчання і продуктивної життєздатності.

Порівняльний аналіз результатів психодіагностики емоційно-вольової сфери дітей із вимушено переміщених сімей і постійно проживаючого населення становить не менший інтерес. Так, були виявлені найбільш виражені негативні характеристики психологічного стану осіб, які постійно проживають у зоні проведення АТО. На нашу думку, це пояснюється значною адаптованістю до психотравмуючих подій. Характерною рисою психологічного стану біженців і вимушених переселенців, є так званий синдром «втрати». Виникненню його сприяє переривання звичних соціальних зв'язків, встановлених традицій та звичного укладу життя. Все це накладає певний відбиток на весь подальший життєвий шлях.

Факторний аналіз дав змогу визначити найбільш значущі критерії, які сприяють розвитку стресової реакції у дітей. Факторне навантаження, яке визначається критерієм значущості – більше 0,7. Для дітей у віці 5-7 років провідними показниками стали ступінь психологічного напруження (0,82), незадоволена потреба у захисті (0,75) і несприятливий внутрішньо сімейний клімат (0,71).

Динаміка результатів підліткового контингенту відображає збільшення показників по клінічно значущим шкалами: «Депресія», «Астенія», «Порушення сну», «Вегетативні порушення», «Тривога» (Рис. 1).

Наявність депресії (депресивного синдрому) у дитини проявляється порушенням апетиту, зниженням успішності, плаксивістю або негативізмом. Важливим передвісником цього стану є – дистимія. Прогностично важливим для виникнення депресії, є наявність несприятливого сімейного клімату, безперспективність майбутнього. Зазначене явище було діагностовано у 29,1% респондентів.

Астенія (астенічний синдром) – стан, що характеризується слабкістю і підвищеною стомлюваністю і при даному синдромі, підліток знаходиться в стані нервового напруження. Така особливість проявляється дратівливістю, плаксивістю і апатією до подій. Основою розвитку астенії визначаються тривали соматичні захворювання і дисгармонійний внутрішньо-сімейний клімат (21,4%).

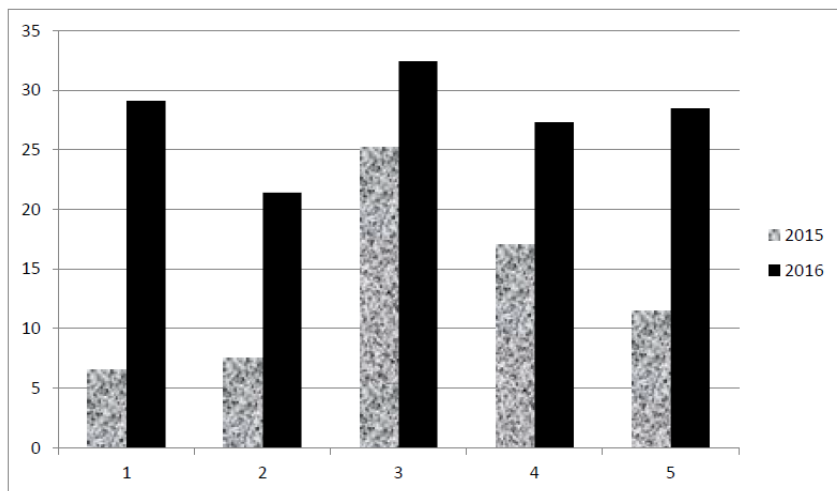


Рис. 1. Динаміка показників емоційно-вольової сфери підлітків у ситуації емоційного навантаження. Примітка: 1 – депресія, 2 – астенія, 3 – порушення сну, 4 – вегетативні порушення, 5 – тривога.

Переважаючим страхом у підлітків, як у дітей 5-7 років, визначається страх війни (2015 р. – 14,03%, 2016 р. – 38,92%). Також виявлені високі показники наявності соціальних страхів, які обумовлені макросоціальними змінами, а отже підростаюче покоління не відчуває почуття безпеки і гарантованого майбутнього (2015 р. – 23,83%, 2016 р. – 32,40%).

«Порушення сну», як найбільш яскраво виражена патологія у дітей 10-14 років, виникає внаслідок підвищених психоемоційних навантажень, порушення біологічного ритму, невпевненості в собі і наявності невіршених ситуацій (2015 р. – 25,24%, 2016 р. – 32,44%). В результаті зміни тривалості та якості сну у підлітків розвиваються астеничні прояви (відчуття загального нездужання, втоми) зі зниженням когнітивних процесів.

Соматичний стан дитини, яка опинилась у психотравматичній ситуації, найбільш часто супроводжується вегетативною симптоматикою. Скарги на прийомі у лікаря педіатра були наступні: зниження працездатності, неуважність, погіршення шкільної успішності та інші прояви, які свідчать про психічну астенизацію. Так само в розвитку вегетативних порушень значну роль набуває соціальний компонент (конфліктні відносини в школі, сім'ї, відчуття небезпеки і невизначеності), який призводить до психіч-

ної дезадаптації. Так, динаміка вегетативних порушень у підлітків: 2015 р. – 17,03%, а в 2016 р. – 27,33%.

Дезадаптація являє собою багатофакторний процес, у якому психофізіологічні і соціально-психологічні механізми, вичерпавши свої резерви від впливу психогенних факторів, не можуть забезпечувати адекватне відображення дійсності і регуляторну діяльність дитини. Визначення підлітком подальших життєвих перспектив, можливо здійснити при узгодженій взаємодії фізіологічного, психологічного і соціальних компонентів.

Показник «Тривога», як маркер негативного психічного стану підлітка, визначена у 28,49% (2016 р.), у той же час, 2015 рік показав лише на рівні 11,5%. Дана особливість пояснюється зростаючим занепокоєнням у дітей і посиленням негативних переживань.

За підсумками психодіагностики респондентів у дошкільному та шкільному закладі на сьогоднішній день залишається невирішеним питання маршрутизації дітей з емоційними порушеннями. Практичний психолог в освітньому закладі не диференціює психосоматичні особливості дитини та не інтерпретує дані про його стан, так як недостатньо компетентний у питаннях клінічної психології.

Негативний інформаційний вплив має вирішальне значення у розвитку невротичних розладів. Переважаюча частка випадків соматогенних психічних розладів викликана інформаційними перевантаженнями, які виражаються невротичними проявами (табл.1)

Таблиця 1

Невротичні прояви, що викликані інформаційним впливом	
Симптомокомплекс	Характеристика
Астенічний (депресивний)	пригніченість, плаксивість, почуття безвихідності
Апатичний	байдужість, млявість
Іпохондричний	зосередженість на своєму соматичному стані, невпевненість в одужання
Істеричний	залучення до себе максимум уваги у зв'язку з хворобою
Фобічний	страх перед різким погіршенням соматичного стану

Поведінка оточуючих дорослих має чималий вплив на стан дітей. Так, якщо дорослі зовні спокійні і стримані в оцінці ситуації, це сприяє нормалізації стану дітей, і навпаки, наявність в родині атмосфери паніки з докладним і постійним обговоренням численних деталей лиха чинять на

дітей травмуючий вплив. Як правило, батьки переживаючи тривогу і страх, самостійно впоратися зі своїм станом не можуть, чим провокують несприятливі психічні реакції у дітей.

Взаємодія лікарів, психологів, педагогів та батьків дає можливість об'єктивізувати психологічний стан дитини, яка переживає нетиповий стрес.

Висновки:

1. На підставі теоретико-методологічного підходу розроблена психодіагностична програма із застосуванням стандартизованих та проєктивних методів. Для об'єктивізації даних психологічного стану дитини на діагностичному етапі повинні бути задіяні всі учасники медико-психолого-педагогічного процесу (лікарі, психологи, батьки та педагоги), які беруть безпосередню участь в обстеженні, спостереженні, вихованні та навчанні дітей.

2. Емпіричним шляхом встановлені фактори розвитку стресової реакції у дітей дошкільного віку: ступінь психологічної напруги (0,82), незадоволена потреба в захисті (0,75) та несприятливий внутрішньосімейний клімат (0,71).

3. Встановлено, що психологічний стан дітей 5-7 років, які проживають у зоні проведення антитерористичної операції, визначається наявністю вираженого емоційного неблагополуччя. У дітей дошкільного віку виявлені провідні стани – страх війни (91,3%), соціальні страхи (48,9%).

4. Емоційний фон дітей 10-14 років характеризується наявністю невроподібних станів за показниками – «Страх війни» (38,92%), «Порушення сну» (32,44%), «Тривога» (28,49%), та «Депресія» (29,1%). Визначення діагностованих показників є принципово новою характеристикою у діагностиці постстресових розладів у дитячого контингенту.

5. Комплексне обстеження дитини дозволяє виявити проблеми психологічного та соматичного характеру, визначити особливості медичного, психологічного та педагогічного впливу на її стан.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александровский Ю.А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский // Вестн. неврол., психиатрии и нейрохирургии. — № 5. — 2010. — С. 27-35.
2. Бадина Н.П. Психологическая помощь ребенку, пережившему психическую травму: метод. рек. для педагогов-психологов ОУ / Н.П. Бадина. — Курган, 2005. — 5 с. (референт как книгу).
3. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими насилие / Мэнделл Дж. Г., Дамон Л. и др.; пер. с англ. — М.: Генезис, 2001. — 160 с.

4.Идрисов К.А. Распространенность посттравматических стрессовых расстройств среди населения Чеченской Республики в условиях локальной войны / К.А. Идрисов // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. — Краснодар, 2003. — С. 445-449.

5.Кекелидзе З.И. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / З.И. Кекелидзе, А.А. Портнова // Журн. Неврологи и психиатрии им. С.С. Корсакова. — Т.102. — № 12. — 2002. — С.56-62.

6.Платонова Н.М. Семья и домашнее насилие / Н.М. Платонова. — М.: Славия, 2002. — 177 с.

7.Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. — № 2.— 1998. — С. 23-24.

8.Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.

9.Селье Г. Концепция стресса, как мы ее представляем Г. Селье // Новое о гормонах и механизме их действия. — К.: Наукова думка, 2007. — С. 47-51.

10. Fredersk C.J. Children traumatized by catastrophic situations / C.J. Fredersk // S. Eth, R. S. Pynoos (Eth.). Post-traumatized stress disorders in children. — Washington, DC American Psychiatric Association. — P. 73-99.

11. Martin J.A. The Gulf War and Mental Health: A Comprehensive Guide / Martin J.A., Sparacino L.R., Belenky G. — Westport: Greenwood, 1996 — P. 28.

12. Tsatsoulis A., Shalet S.M., Harrison J., et al. // Clinical Endocrinol (Oxf.). — 2008. — Vol. 28 — P. 225-232.

Надійшла до редколегії 27.02.2017