



A. I. ЕНА

*А. І. Ена, заступник директора з наукової роботи
ТОВ «Експертно-навчальний центр»,
доктор медичних наук, професор*

*В. В. Маслюк, директор ТОВ «Експертно-
навчальний центр», кандидат медичних наук*

*А. В. Сергієнко, провідний фахівець ТОВ «Експертно-
навчальний центр», кандидат медичних наук, доцент*

Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції

Актуальність проблеми

В умовах антитерористичної операції (АТО) на всіх її учасників впливає комплекс інтенсивних тривало діючих стресогенних чинників, що призводить до напруження адаптаційних систем організму та проявів у значній кількості осіб так званої бойової психічної травми (БПТ).

Наголошуємо, що учасниками АТО є не лише комбатанти (озброєні особи, які безпосередньо виконують бойові та службові завдання), а й місцеве населення, що більшою мірою є заручником збройного конфлікту.

Мало хто з керівництва держави і навіть фахівців усвідомлює в повній мірі реальні проблеми та віддалені наслідки БПТ, з якими доведеться зіткнутися самим учасникам АТО, членам їх сімей, фахівцям медичної та соціальної сфери і навіть керівникам підприємств і установ, де раніше працювали учасники АТО. Сьогодні важко чітко уявити кількісні показники економічних затрат, необхідних для відновлення їх здоров'я, соціальної та професійної реадаптації. По-перше, потрібно відповісти на запитання про кількість як комбатантів, так і волонтерів та залучених до забезпечення АТО цивільних фахівців (наприклад, водіїв, медиків та інших), а також місцевого населення, які отримали БПТ. По-друге, відсутність концепції, загальнодержавної програми і системи реабілітаційних заходів з кожним днем заго-

стрює проблему БПТ, прогресивно збільшує її негативні соціальні, економічні та політичні наслідки.

Надія на стихійну так звану «психологічну» реабілітацію є утопічною. Адже відсутня єдина система, програма та методологія психологічної реабілітації, а з психологів, які поклали на свої плечі вирішення цієї міжвідомчої та міждисциплінарної проблеми, мало хто у повній мірі усвідомлює патогенез і клінічні прояви БПТ. До того ж вони з юридично-правових позицій мають право застосовувати до постраждалих лише методи психологічної діагностики, психологічного консультування і психологічної корекції.

Позитивні результати можна отримати лише за умов організації єдиної міжвідомчої системи медико-психологічної реабілітації на підставі уніфікованої програми і стандартизованих протоколів медико-психологічної реабілітації та з залученням як медичних фахівців (психіатрів, психофізіологів, психотерапевтів, медичних психологів з базовою медичною підготовкою, лікарів-реабітологів), так і психологів з базовою гуманітарною підготовкою.

Можливі варіанти організаційних і методологічних питань медико-психологічної реабілітації запропоновані для обговорення та подальшого розвитку в даній статті.

Прояви і наслідки БПТ

У наукових і літературних джерелах досить ґрунтовно описано безпосередні та віддалені наслідки БПТ. Згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), у розвитку БПТ виділяють:

- гостру реакцію на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад — ПТСР (F43.1);
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0).

Гостра реакція на стрес (F43.0) — транзиторний розлад значної тяжкості, що розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на надзвичайний фізичний і психологічний стрес і який зазвичай проходить через декілька годин або днів. Гостра реакція на стрес може бути легкою (F43.01), помірною (F43.02) і тяжкою (F43.03).

Симптоматика проявів гострої реакції на стрес досить детально висвітлена в багатьох джерелах [6–8, 13–15, 19–21, 26, 27, 30]. Відомо, що така реакція є адаптаційною і при дії екстремальних чинників завжди є надлишковою, тому проявляється не лише адаптивними, а й патологічними змінами [5, 6, 13–15, 21, 27].

Виділяють два види механізмів адаптації: аварійні та довготривалі. Сутність аварійної (термінової) адаптації — в перебудові структурної організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності. Тривале перебування в стресогенних умовах призводить до закріплення нової структурної організації функціональних систем зміною форми і функціонування нейронів лімбіко-ретикулярного комплексу головного мозку і утворенням так званого генератора патологічного підсиленого збудження. Утворення його є ознакою довготривалої адаптації та супроводжується недостатністю тормозних механізмів в популяції залучених до нього нейронів і дефіцитом пептидергічних систем [6, 21, 27].

Виділяють в основному гіперкінетичну (активно-оборонну), гіпокінетичну (пасивно-оборонну) і деструктивну форми гострої реакції на стрес [12]. Симптомокомплекс вегетативних, нервово-психічних і поведінкових проявів відповідає формі зазначених реакцій. Важливо усвідомити, що гостра реакція на стрес як прояв БПТ, по-перше, зустрічається

у значній кількості учасників бойових дій та суттєво знижує боєздатність військових підрозділів, по-друге, має для постраждалих патологічні наслідки і, по-третє, вимагає застосування профілактичних, лікувальних і реабілітаційних медико-психологічних заходів.

Прикладами значного негативного впливу на здоров'я і боєздатність військ стресогенних реакцій є статистичні показники психогенних втрат. Так, під час Другої світової війни із 11 млн військовослужбовців армії США, які брали участь у бойових операціях, 407 тис. загинуло, а 504 тис. виведено зі строю й евакуйовано з діючої армії як психогенні втрати. Ще у 1393 тис. осіб діагностовано стресогенні психічні розлади і проведено лікування в медичних підрозділах діючої армії. Тобто, психогенні втрати армії США під час Другої світової війни становили понад 17 % [1].

Як стверджує С. R. Figley (1985), в лікувальні заклади США під час Другої світової війни поступило більше 1 млн осіб з нервово-психічними захворюваннями, зокрема 64 % з психоневрозами і 7 % з психозами [27].

Під час війни у Кореї мало місце 24,2 %, а у В'єтнамі — 30 % психогенних втрат армії США [1].

С. W. Hoge та співавт. (2004) на підставі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку і Афганістані наводять дані, що вже після введення в район застосування, але без участі в бойових діях, виявляється до 6 % військовослужбовців з ознаками БПТ. А після бойових дій у 40 % безпосередніх учасників боїв і 25 % загального контингенту діагностуються прояви БПТ [25].

Під час війни 1973 р. у військах Ізраїлю психогенні втрати становили 25 % [33].

І. М. Чиж і Є. Г. Жилияев (1998) відзначають, що при обстеженні учасників бойових дій у Чеченській Республіці в 60–80 % військовослужбовців виявлена надмірна нервово-емоційна напруга, яка в 25 % випадків призводить до дезорганізації психічної діяльності та різкого зниження психофізіологічних резервів організму [22].

ПТСР (F43.1; posttraumatic stress disorder — PTSD) в МКХ-10 розглядається як стан «повторного переживання травми» у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів або жахів, що виникають на

тлі хронічного відчуття тривоги і емоційного притуплення, відчуження від людей, байдужості в ставленні та реакціях на оточення, ухиленням від ситуацій, що нагадують про травму. Специфічні порушення сну проявляються порушеннями засинання, раптовим пробудженням та жахливими сновидіннями, пов'язаними з фаболою переживання. Серед супутніх розладів найбільш часті — явища депресії та симптоми органічного враження центральної нервової системи (порушення пам'яті, уваги, емоційна лабільність, головні болі, запаморочення), тенденції до суїцидів. Важливою проблемою ПТСР є також його прояви у формі постійних гнітючих особистісних переживань і хронічних змін особистості.

Для пояснення патогенетичних механізмів ПТСР розглядаються різні моделі: психофізіологічна (psychophysiological model) [31], інформаційної переробки (information processing model) [32], психосоціальна [26], когнітивної оцінки (cognitive appraisal model) [31], біхевіористична (behavioral formulation) [29]. Проте жодна модель не є вичерпною для розуміння питань організації реабілітаційних заходів.

Поширеність ПТСР серед ветеранів воєн, за оцінками різних дослідників, становить від 15 до 54 %.

S. Bentley (1991) стверджує, що майже половина військовослужбовців, демобілізованих за станом здоров'я із армії США під час Другої світової війни, мала нервово-психічні розлади, зокрема 70 % з них — психоневрози [24].

Близько 620 000 громадян Росії пройшли через війну в Афганістані. Згідно з даними російських дослідників [23], у майже 90 % ветеранів цієї війни відзначали прояви ПТСР. За результатами інших досліджень (А. Л. Пушкарев і співавт., 2000) 62,3 % воїнів-інтернаціоналістів, що проживають на території Республіки Білорусь, страждають на ПТСР різного ступеня тяжкості [18].

У реальних умовах життя 100 % осіб з ПТСР наголошують на психологічних проблемах взаємини з оточуючими, в першу чергу, в сім'ї. До 90 % з них розлучаються або знаходяться на межі розлучення. Більшість обстежених учасників бойових дій після повернення до мирного життя не бажають влаштуватися на роботу за раніше набутою спеціальністю

(якщо мали), а проявляють бажання працювати поза колективом («без начальників і підлеглих»).

У 80 % осіб чітко простежуються рентні установки і відсутність прагнення мати активну життєву та соціальну позицію: бажання отримати групу інвалідності, пільги й таке інше, що підкріплюється активністю щодо захисту групових інтересів воїнів-ветеранів.

В емоційному статусі майже у 100 % осіб виникають різні за періодичністю спалахи немотивованої люті, дисфорії, а 62 % мають ознаки саморуйнівної поведінки і відсутність психологічного бар'єру перед небезпекою. Практично всі виказують потребу в психотерапевтичній допомозі.

Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи (F62.0) є результатом патологічного загострення ПТСР і виявляються ригідними та дизадаптивними ознаками, що призводять до порушень міжперсонального, соціального і професійного функціонування. Проявами таких порушень є недовіриліве або навіть вороже ставлення до оточення, соціальна відгородженість, відчуття спустошення і безнадії, хронічне відчуття тривоги або постійної зовнішньої загрози, прояв «відлюдності», депресії. Такі хронічні зміни особистості досить часто проявляються асоціальною поведінкою, девіантні наслідки якої у більшості випадків мають злочинні ознаки [6, 7, 13–15, 20, 27].

Досить поширеним на сьогодні є уявлення про те, що в осіб, які переживають інтенсивний або хронічний психогенний стрес, включаються філогенетичні механізми генетичних аберацій з метою народження у них дітей, не схожих за адаптаційними механізмами і характеристиками на батьків, та 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.

Організаційні засади медико-психологічної реабілітації

Вищенаведені прояви БПТ, що уже є і будуть мати місце в учасників АТО, в силу їх соціально-економічних наслідків для України, потребують термінового впровадження та активного застосування ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів. Важливо при цьому акцентувати увагу на організаційних питаннях, адже лише ефективна і раціональна модель застосування наявних сил і засобів може гарантувати позитивний результат застосування запобіжних і реабілітаційних заходів.

Ми не розглядаємо у цій статті питання організації та проведення лікувально-евакуаційних заходів — це прерогатива відповідних фахівців. Ми акцентуємо увагу на актуальності та проблемах запобігання порушень здоров'я й відновлення стану і соціально-професійного статусу осіб, постраждалих внаслідок стресогенного впливу умов АТО.

Сьогодні увагу в основному сконцентровано на питаннях психологічної допомоги комбатантам і постраждалим громадянам. У заходах психологічної реабілітації можуть бути задіяні фахівці-психологи Державної служби України з надзвичайних ситуацій (близько 150 посад психологів, майже 130 фахівців; заклад медико-психологічної реабілітації в м. Одеса на 400 ліжок) і психологи силових відомств (Збройних сил (ЗС), Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби) загальною кількістю близько 550 посад.

Але потрібно розуміти, що лише заходами психологічного дослідження, психологічного консультування і психокорекції складну проблему БПТ не вирішити. Адже в патогенезі психогенних травм домінуючою є проблема перенапруження і перебудови нейро-гуморальних механізмів забезпечення адаптаційних процесів зі зміною біохімічного складу речовин головного мозку, в першу чергу, рилізінг-факторів і нейропептидів, а також формування стійких патологічних змін у структурній організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності організму. У поранених і хворих клінічна картина загострюється ще й специфічними для нозологічних форм соматопсихічними проявами. В цій ситуації, окрім психологічних бесід, потрібно активно

застосовувати методи фармакокорекції психотропними засобами (транквілізатори, нейролептики, антидепресанти), адаптогенами, біостимуляторами, фізіотерапевтичні та психотерапевтичні методи відповідними фахівцями: психіатрами, психофізіологами, психотерапевтами, медичними психологами (з базовою медичною підготовкою), лікарями-реабілітологами. Доцільно інтенсивно застосовувати заходи і методи комплексної медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації з усіма її формами: **превентивною, клінічною, функціональною, психологічною.**

На жаль, в Україні досить обмежена кількість відповідних фахівців із досвідом надання допомоги і проведення медико-психологічної реабілітації постраждалим внаслідок екстремальних психогенних впливів. Але вони все ж є і активно функціонують, про що свідчить значна кількість їх наукових публікацій [3–5, 7–10, 11, 13, 14, 16, 20]. Доречним є залучення відповідних фахівців до роботи в об'єднаній міжвідомчій робочій групі для якнайшвидшої розробки концептуальної моделі, програми і стандартизованих протоколів та впровадження форм і заходів медико-психологічної реабілітації учасників АТО на різних етапах їх функціонування.

Ми не претендуємо на абсолютність нашого варіанту організації та проведення медико-психологічної реабілітації учасників АТО, а пропонуємо для ознайомлення і обговорення можливі організаційні засади і превентивно-відновлювальні заходи в основному стосовно комбатантів.

Застосовувати комплекси запобіжних і реабілітаційних заходів важливо під час відбору і всіх періодів бойової діяльності та повернення комбатантів до умов мирного життя. Доречно виділити наступні етапи, де необхідно організувати і проводити заходи медико-психологічної реабілітації: **призов та підготовка в навчальному центрі; участь у бойових операціях; період виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування; лікування в медичних закладах; адаптація до умов мирного життя.**

Запропоновані етапи певною мірою відповідають уявленням дослідників К. Vitzthum та співавт. (2009), які запропонували проводити превентивні заходи на етапах: розгортання підрозділів

та навчання комбатантів, безпосередньо після впливу психотравмуючих чинників, під час лікування та відновлення [30].

Важливим **превентивним заходом медико-психологічної реабілітації**, який важливо застосовувати на всіх етапах, є проведення психофізіологічної діагностики учасників АТО для оцінки рівня розвитку їх професійно важливих якостей (ПВЯ) та індивідуальних резервів адаптації з метою визначення придатності до військово-професійної діяльності або потреби і методів лікування чи реабілітації, а також моніторингу динаміки ПВЯ та індивідуальних резервів в усі періоди служби, лікування, реабілітації. Психофізіологічна діагностика дозволяє на ранніх етапах визначити осіб з ослабленими адаптаційними можливостями та великою ймовірністю ранніх і тяжких проявів БПТ та її наслідків, а також вчасно визначити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожної обстеженої особи, адже вірогідність і тяжкість проявів БПТ значною мірою обумовлені її психофізіологічними особливостями [25].

Реалізація психофізіологічних заходів значно підвищує працездатність військових фахівців і боєдатність військ. За оцінками керівництва ЗС США, економічний ефект від втілення психофізіологічних розробок у військово-професійну діяльність становить 400 %, оскільки адаптація до військової служби осіб з високим рівнем розвитку ПВЯ проходить успішніше, що сприяє зниженню психогенних розладів удвічі. Відзначається також безпосередній економічний ефект, адже аварійність технічних систем з вини обслуговуючого персоналу зменшується на 40–70 %, надійність систем керування підвищується на 10–25 %, затрати на підготовку фахівців знижуються на 30–40 %, відсів «непридатних» у процесі навчання зменшується з 30–40 % (в авіації з 70–77 %) до 5–8 % (в авіації до 30–35 %) [2, 22, 26].

Система професійного психофізіологічного відбору в армії США активно використовується з 1914 р.: щороку обов'язкова психофізіологічна діагностика застосовується до 1,5–2 млн кандидатів для служби у ЗС чи переміщення по службових щаблях.

На сьогодні у кожному виді ЗС США розгорнуті психофізіологічні служби,

які нараховують у своєму складі близько 8000 дипломованих військових і цивільних фахівців. Організаційна структура відповідної служби складається із п'яти ланок: керівні, науково-консультативні, науково-дослідні установи (НДУ) певного виду військ, робочі підрозділи, виконавчі команди. Науково-консультативне забезпечення здійснюють потужні державні цивільні наукові заклади. Надзвичайно потужною ланкою є військові НДУ: в НДУ кожного виду військ функціонує 350–400 наукових співробітників з річним бюджетом 40–50 млн дол. США. Психофізіологічна придатність до військової служби визначається на підставі тестування кандидатів для служби і військовослужбовців за допомогою «кваліфікаційного тесту армійських служб», що складається із 10 субтестів: 4 — для визначення придатності до військової служби, а 6 — для розподілу за військовими спеціальностями. В результаті психофізіологічних обстежень відсів кандидатів, непридатних до служби в армії США, становить від 16 до 65 % залежно від виду військ й особливостей військово-професійної діяльності.

Для розробки психофізіологічних технологій виділяють значні кошти: ще у 1964 р. адмірал Риквер успішно обґрунтував перед фінансовою комісією сенату США виділення 5 млрд дол. для психофізіологічної оптимізації діяльності військовослужбовців однією фразою: «Щоб мої невтомлені матроси зустрічали втомленого ворога» [26].

Відповідні психофізіологічні служби є також в арміях Великої Британії, Німеччини, Франції, Японії, Бельгії та багатьох інших країн.

Для проведення психофізіологічної діагностики та інших психофізіологічних заходів необхідні відповідні фахівці і засоби. У перші роки формування ЗС України в обласних і міських військоматах, навчальних центрах, військових об'єднаннях і лікувально-профілактичних закладах були передбачені посади лікарів-психофізіологів, які й здійснювали психофізіологічні заходи. Відповідні лабораторії (або групи) функціонували у складі всіх військових навчальних закладів. Але пасивна позиція медичного керівництва і активність фахівців виховної роботи (сьогодні — гуманітарного забезпечення) призвели до втрати на

зазначених етапах посад лікарів-психологів та, відповідно, психофізіологічних заходів.

Психофізіологічні обстеження все ж можуть бути організовані на всій території України на базі розгорнутих практично в усіх регіонах країни 103 кабінетів психофізіологічної експертизи (ПФЕ) працівників, які залучаються до виконання робіт в умовах підвищеної небезпеки. Кабінети ПФЕ оснащені ліцензованим Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України психодіагностичним програмно-апаратним комплексом, з'єднаним з єдиною базою даних ПФЕ, де міститься інформація про результати близько 1 млн психофізіологічних обстежень. Відповідно, у всіх кабінетах працюють лікарі-психофізіологи.

Дослідження функціонального стану і адаптаційних резервів систем організму можна здійснювати з використанням розроблених вітчизняними фахівцями компактних приладів «Фазаграф» або «Оракул», які можливо використовувати навіть у польових умовах.

Важливо, щоб інформація щодо психофізіологічних показників стану ПВЯ і адаптаційних ресурсів обстежених «рухалася» з ними на наступних етапах їх діяльності та життя, а також доповнювалася даними після всіх наступних психофізіологічних обстежень. Моніторинг зазначених показників за результатами психофізіологічних обстежень необхідний для оцінки стану і динаміки адаптаційних резервів та проявів наслідків БПТ у обстежуваних і прийняття рішень про індивідуальний підбір та застосування реабілітаційних заходів. Необхідним елементом системи психодіагностики і моніторингу повинен стати Реєстр учасників АТО з базою показників рівня розвитку їх ПВЯ і функціональних резервів. У зв'язку з тим, що учасники АТО є представниками різних відомств і після закінчення АТО переважно будуть цивільними особами, такий Реєстр доцільно сформувати міжвідомчим наказом з делегацією МОЗ України повноважень утримувача Реєстру і визначення своїм наказом адміністратора Реєстру.

На сьогодні вже практично втрачено превентивний ефект від застосування психофізіологічних заходів на етапі призову і підготовки майбутніх комбатантів у навчальних центрах. Та не менш

важливими завданнями є застосування методів превентивної, психологічної та функціональної реабілітації під час участі комбатантів в бойових діях.

В останні роки в арміях розвинених країн все частіше використовуються технології психофізіологічного супроводу військово-професійної діяльності військовослужбовців в умовах бойових дій як заходу превентивної, функціональної та психологічної реабілітації. Так, фахівці ЗС США пов'язують 38 % втрат особового складу під час В'єтнамської війни з недосконалістю системи психофізіологічного забезпечення військ. Результатом цього досвіду став науковий пошук і практичне застосування психофізіологічних технологій для забезпечення військ під час бойових дій в Іраку та Афганістані, а також значна активізація розробки «життєзберігаючих видів озброєння». Результатом таких заходів стало зменшення удвічі психогенних втрат внаслідок БПТ та значне зменшення частоти проявів та тяжкості ПТСР.

У ЗС Росії функціонує і постійно удосконалюється система психофізіологічного забезпечення військ. У Військово-медичній академії ім. С. М. Кірова функціонують спеціалізовані навчальні та науково-методичні підрозділи (кафедри військової психофізіології; військової епідеміології, військово-морської гігієни), де організовані курси спеціалізації, удосконалення і підвищення кваліфікації з військової психофізіології; в штаті окружних і флотських військових госпіталів з 1998 р. введені кабінети медико-психологічної корекції; в центральних госпіталях функціонують спеціалізовані центри медичної реабілітації та відділення відновлювальної медицини; в поліклініках і санаторіях працюють кабінети психотерапії; удосконалюється система професійного психофізіологічного відбору і раціонального розподілу призовників у військових комісаріатах [2].

Особливе значення надається удосконаленню психофізіологічного забезпечення військ в період їх повсякденної бойової підготовки. Так, на підставі досвіду I Чеченської війни (1994–1995 рр.) були введені в дію методичні рекомендації «Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности частей и подразделений» [17].

У першому абзаці цих методичних рекомендацій зазначено, що «...значна нервово-емоційна напруга бойових умов ... у 75 % випадків супроводжується дезорганізацією психічної діяльності», а «...боездатність частин і підрозділів на 65 % обумовлена функціональним станом організму військовослужбовців. Тому для оцінки та прогнозування боездатності частин і підрозділів необхідне психофізіологічне забезпечення бойової діяльності». У методичних рекомендаціях визначено: «...психофізіологічне забезпечення бойової діяльності — це комплекс медичних і психологічних заходів, спрямованих на оцінку і прогнозування динаміки функціонального стану організму і корекцію військово-професійної працездатності військовослужбовців у різні періоди бойових дій. Психофізіологічне забезпечення проводиться на етапі підготовки до ведення бойових дій, у процесі бойової діяльності та після виведення військовослужбовців із району бойових дій».

Завданнями психофізіологічного забезпечення є «проведення скринінгових досліджень з психологічного вивчення і психофізіологічного обстеження особового складу, раціональний розподіл військовослужбовців по підрозділах і професіях, виявлення осіб із функціональними та патологічними розладами, оцінка боездатності частин і підрозділів, проведення заходів корекції та реабілітації; здійснення прогностичної оцінки ймовірного прояву віддалених наслідків дій факторів бойового стресу і розробка рекомендацій з надання спеціалізованої медико-психологічної допомоги».

Для реалізації зазначених завдань передбачено створення «спеціалізованих психофізіологічних груп» у складі начальника групи (лікаря-психофізіолога), лікаря-психофізіолога, психіатра, медичного (соціального) психолога.

Начальник групи (лікар-психофізіолог) зобов'язаний керувати роботою групи, знати керівні документи, визначати порядок організації та проведення психологічного вивчення і психофізіологічного обстеження, заходів корекції функціонального стану організму військовослужбовців; оцінювати боездатність частин і підрозділів; керувати розробкою практичних рекомендацій командирам частин і підрозділів з раці-

онального розподілу особового складу з урахуванням особливостей функціонального стану організму військовослужбовців; аналізувати ефективність діяльності групи.

Лікар-психофізіолог зобов'язаний проводити психофізіологічне обстеження військовослужбовців, розробляти рекомендації командирам частин і підрозділів з раціонального розподілу військовослужбовців з урахуванням функціонального стану організму, виявляти осіб із функціональними і патологічними розладами, проводити заходи психотерапевтичної та фармакологічної корекції, здійснювати прогностичну оцінку ймовірного прояву віддалених наслідків дії факторів бойового стресу і розробляти рекомендації з надання спеціалізованої медико-психологічної допомоги.

Медичний (соціальний) психолог зобов'язаний проводити заходи щодо вивчення соціально-психологічних і психологічних особливостей військовослужбовців; оцінювати морально-психологічні аспекти боездатності частин і підрозділів, що беруть участь у веденні бойових дій; виявляти осіб, які потребують психологічної допомоги; проводити дослідження, спрямовані на вивчення внутрішньогрупових процесів (загальної спрямованості колективу на виконання поставленого завдання, внутрішньогрупової сумісності та інше); вивчати динаміку військово-професійної мотивації; здійснювати заходи соціальної корекції взаємовідносин у колективі; проводити аналіз впливу соціальних факторів на морально-психологічний стан військовослужбовців; разом із психофізіологом і психіатром здійснювати прогнозування можливості розвитку віддалених наслідків впливу на військовослужбовців факторів бойового стресу; проводити консультування командирів частин і підрозділів з раціонального використання особового складу в бойовій обстановці з урахуванням психофізіологічних особливостей.

Психіатр зобов'язаний брати участь у проведенні заходів щодо психолого-психіатричного вивчення особового складу і оцінки рівня боездатності частин і підрозділів; виявляти за результатами обстеження військовослужбовців, які потребують психіатричної допомоги; проводити консультування осіб, які за результатами психологічного вивчення

і психофізіологічного обстеження віднесені до групи підвищеного ризику; надавати невідкладну психіатричну допомогу військовослужбовцям, які її потребують; володіти основними методами психотерапії та брати участь в організації та проведенні психокорекційних заходів; разом із психофізіологом і психологом здійснювати прогнозування можливості розвитку віддалених наслідків впливу на військовослужбовців факторів бойового стресу і можливих змін у стані здоров'я на найближчий час; разом із психологом і психофізіологом розробляти для офіцерів медичної служби частин рекомендації з контролю за особами, які за результатами психологічного вивчення і психофізіологічного обстеження були віднесені до групи ризику; на підставі результатів психологічного вивчення, психофізіологічного обстеження і психіатричного огляду військовослужбовців розробляти для медичних служб військових частин рекомендації з попередження дизадаптаційних розладів і підвищення військово-професійної працездатності.

Вітчизняними авторами навчального посібника «Психіатрія особливого періоду» [13] пропонується основною ланкою, що надає медико-психологічну та психіатричну допомогу учасникам бойових дій, визначити «групу медичного підсилення» у складі: лікар-психіатр — командир групи, два медичні / клінічні психологи, які володіють методами психокорекції та психотерапії, лікар-психофізіолог, фельдшер, два санітари. Завдання групи і обов'язки фахівців у посібнику не представлені, але із запропонованого складу зрозуміло, що група орієнтована на виконання тотожних з вищенаведеною групою функцій, а саме, проведення заходів превентивної, функціональної та психологічної орієнтації.

Як зрозуміло із поданих прикладів, у періоди призову, підготовки в навчальних центрах і бойової діяльності завдання організації та проведення заходів превентивної, функціональної і психологічної форм медико-психологічної реабілітації переважно повинно покладатись на фахівців силових відомств.

Окреме питання **клінічної реабілітації** поранених і хворих в медичних закладах досить детально відображене в спеціальній літературі, тому цим проблемам буде приділено менше уваги. Потрібно лише наголосити на необхідності проведення на

цьому етапі заходів психодіагностики для розробки раціональних індивідуальних програм клінічної реабілітації, а також важливості застосування заходів функціональної та психологічної реабілітації.

На сьогодні найбільш складним, економічно витратним і в той же час найменш відпрацьованим є питання організації та форм і методів реабілітації учасників АТО в період адаптації до умов мирного життя.

МОЗ і соціальні служби вирішуватимуть більшу частину цієї проблеми. Питання соціально-професійної реабілітації постраждалих не є предметом розгляду у даній статті — це переважно проблема соціальних служб. Але важливо відзначити, що вирішення питань соціальної та професійної реадaptaції учасників АТО, а особливо тих, кому за станом здоров'я доведеться змінювати професію і роботу, вимагатиме суттєвих бюджетних затрат. Значний економічний ефект у цій ситуації надасть застосування психодіагностики ПВЯ, за допомогою якої можна з великою вірогідністю спрогнозувати придатність осіб за їх психофізіологічними характеристиками до оволодіння та ретельного виконання професійних обов'язків за визначеними професіями і видами робіт. Тобто, підібрати найбільш раціональні шляхи і програми індивідуальної соціально-професійної реабілітації учасників АТО. Приклади значного економічного ефекту від втілення прогностичних психофізіологічних технологій уже наводилися у статті в контексті превентивної реабілітації [2, 22, 27].

Концентруючи увагу на медико-психологічних питаннях, слід зазначити, що учасники АТО стануть активними пацієнтами медичних закладів. Впроваджені в усіх формах медико-психологічної реабілітації заходи повинні та здатні знизити частоту та тяжкість наслідків перенесеної БПТ у формі ПТСР і хронічних психопатологічних змін особистості. Певні сили і засоби для цього уже існують. Так, за ініціативи і під керівництвом директора Інституту психології ім. Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук (НАПН) України академіка НАПН Максименка С. Д. з 2001 р. в Україні впроваджена підготовка лікарів-психологів за спеціальністю 8.110110 «Медична психологія». Сьогодні успішно функціонують медико-психологічні факультети в медичних

вищих навчальних закладах м. Києва, Вінниці та Чернівців, де вже підготовлено 8-й випуск фахівців. Якраз у їх програмі підготовки значна увага приділена питанням психодіагностики, психотерапії, фармакокорекції станів, психокорекції та реабілітації. Проблемою є лише відсутність організаційної моделі медико-психологічної реабілітації, програми її реалізації та стандартизованих протоколів застосування реабілітаційних заходів і методів. Потрібні термінові управлінські та фахові рішення і розробки стосовно зазначеної проблематики.

Але ініціатива повинна надходити не від окремих фахівців, а від керівників держави, які усвідомлюють необхідність і складність питань медико-психологічної реабілітації учасників АТО, розуміють обсяги робіт і затрат та готові й спроможні приймати рішення стосовно використання ресурсів, організаційних форм і структур, зміни штатних розкладів. У даному контексті надзвичайно важливою є координуюча й об'єднуюча міжвідомчі можливості активності керівництва МОЗ України. Лише за умови зважених і професійних рішень керівництва держави, скоординованої та синхронізованої роботи МОЗ України, Національної академії медичних наук України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, силових відомств, залучення досвідчених фахівців і раціонального використання наявних сил, засобів і ресурсів можливе успішне впровадження та ефективне застосування форм, заходів і методів медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

Проблему наслідків БПТ можна розглянути ще в одному ракурсі. Завтра, після АТО, її учасники повернуться на вулиці наших міст та сіл. Вони керуватимуть транспортними засобами, працюватимуть на різних посадах та створюватимуть національний валовий прибуток. Але хто може гарантувати, що вони здатні самостійно справлятися із психопатологічними наслідками дії стресогенних умов АТО? Хто і що більшою мірою постраждає від проявів у них спонтанних нервово-психічних розладів і невірної поведінки — самі учасники АТО чи члени їхніх сімей, пасажери, колеги, підлеглі, керівники, виробничі засоби

й обладнання, державний бюджет, політична ситуація та стабільність у державі? Ці ж питання частково стосуються й активістів Майдану. Стосовно них проблема ускладнюється ще й відсутністю достовірної фахової інформації про міру дії стресогенних чинників, а також нерозумінням соціуму потреби активістів Майдану в заходах медико-психологічної реабілітації.

Якщо терміново не консолідувати зусилля керівництва країни і фахівців на вивченні зазначених проблем і створенні та реалізації відповідної Національної програми медико-психологічної реабілітації, з великою вірогідністю можна спрогнозувати майбутні негативні наслідки у формі соціального напруження і, навіть, неконтрольованих вибухових соціально-політичних проявів. Комбатанти, які пройшли АТО, та мирні громадяни, які постраждали від АТО, можуть створити загрозливі ситуації як для інших мирних жителів України, так і для влади, яка стане об'єктом незадоволення, зважаючи на складні економічні чинники в країні. Затрати на вирішення цих проблем значно перевищать потреби бюджетних затрат, необхідних для впровадження та реалізації медико-психологічної реабілітації.

Висновки

Вивчення проблеми збереження і відновлення фізичного і психічного здоров'я, психологічного благополуччя й адекватної соціальної поведінки учасників АТО дозволило сформулювати наступне:

1. На учасників АТО діють стресогенні чинники, що викличуть у значній кількості постраждалих прояви БПТ та її ускладнень у формі гострих реакцій на стрес, ПТСР, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дизадаптації та асоціальної поведінки. Зазначені наслідки БПТ створять серйозні тривалі економічні, соціальні та політичні проблеми для України.

2. Для компенсації дії стресогенних чинників та зменшення патологічних змін внаслідок БПТ необхідно на етапах призову та підготовки в навчальному центрі, участі в бойових операціях, періоду виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування, лікування

в медичних закладах, адаптації до умов мирного життя застосовувати до учасників АТО заходи медико-психологічної реабілітації.

3. Формами медико-психологічної реабілітації, які доцільно застосовувати до учасників АТО, є превентивна, клінічна, функціональна і психологічна реабілітація, а заходами — психодіагностика, фармакокорекція, психотерапія, психокорекція, фізіотерапія, тренінги, ауто-тренінги.

4. Потребують термінового вирішення питання організаційної моделі, програми та стандартизованих протоколів медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

5. Міжвідомчим наказом в МОЗ України доцільно створити міжвідомчу робочу групу з питань медико-психологічної реабілітації учасників АТО, до складу якої включити досвідчених у питаннях реабілітації фахівців різних спеціальностей (лікарів, психологів, соціологів).

Фахівцям робочої групи доручити створення у стислі терміни концептуальної моделі медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

6. Важливо створити міжвідомчий Реєстр учасників АТО і визначити його адміністратором МОЗ України. Основним елементом Реєстру повинна бути база даних результатів психодіагностики, що дозволить обліковувати учасників АТО, проводити динамічне спостереження за станом їх резервів адаптації та проявами наслідків БПТ і застосовувати індивідуальні програми реабілітації.

7. В Україні є кадровий потенціал і вітчизняні розробки, які доцільно задіяти у процесі медико-психологічної реабілітації учасників АТО. Потрібне розуміння керівництвом держави актуальності та складності зазначеного питання і прийняття адекватних рішень щодо реалізації заходів медико-психологічної реабілітації учасників АТО.

Список літератури

- Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат : методичний посібник / О. А. Блінов. — К. : ВГІ НАОУ, 2003. — 36 с.
- Глушко А. Н. Психофизиологические основы психогигиены и психопрофилактики. Н. Глушко // Воен.-мед. журн. — 1998. — Т. 319, № 1. — С. 63–70.
- Єна А. І. Проблема психогенних розладів військовослужбовців-миротворців після виконання місії в республіці Ірак / А. І. Єна, С. В. Чегодар, Є. М. Фартушний // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА. — К. : УВМА, 2005. — Вип. 13. — С. 76–78.
- Єна А. І. Психофізіологічне забезпечення діяльності фахівців в екстремальних умовах // Проблеми комплексної медико-психологічної реабілітації в умовах санаторно-курортних закладів осіб, що зазнали впливу екстремальних ситуацій : матеріали міжнародної науково-практичної конференції (10–11 березня 2011 р., Судак). — К., 2011. — С. 52–60.
- Медико-психологічні і психіатричні аспекти медицини катастроф / А. В. Сергієнко, О. О. Несен, В. К. Шамрей [та ін.] // Експериментальна і клінічна медицина. — 2000. — № 3. — С. 58–63.
- Медицинская реабилитация раненых и больных / ред. Ю. Н. Шанина. — СПб. : Специальная литература, 1997. — 960 с.
- Напрєєнко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стрессового розладу / О. К. Напрєєнко, Т. Є. Марчук // Архів психіатрії. — 2002. — Т. 28, № 1. — С. 117–119.
- Особенности оказания психиатрической помощи легкораненым и больным на этапах медицинской эвакуации / В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, А. В. Рустанович // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Учебное пособие для врачей и слушателей академии / общ. ред. Ю. Л. Шевченко. — СПб. : ВМА, 1995. — С. 73–79.
- Особливості післятравматичних стрессових розладів у миротворців / А. І. Єна, С. В. Чегодар, Є. М. Фартушний [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА. — К. : УВМА, 2005. — Вип. 14. — С. 72–75.
- Особиста безпека людини: вплив катастроф і воєн на психічне здоров'я особистості та суспільства / І. Д. Галдецька, О. А. Золотарьова, О. О. Крупська [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА. — К. : УВМА, 2013. — Вип. 40. — С. 342–349.
- Післятравматичні стресові розлади у миротворців / А. І. Єна, С. В. Чегодар, Є. М. Фартушний, А. В. Король // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА. — К. : УВМА, 2005. — Вип. 13. — С. 72–76.
- Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) : методические рекомендации / Б. Д. Цыганков, А. И. Белкин, В. А. Веткина, А. А. Меланин. — М. : Медицина, 1991. — 16 с.
- Психіатрія особливого періоду : навчальний посібник / Ю. В. Рум'янцева [наук. ред.] ; О. Г. Сиропятов, Г. В. Іванцова, Г. В. Осьодло. — К. : УВМА, 2014. — 193 с.
- Психическое здоровье и организация психологической подготовки комбатантов : монография в 2 ч. / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, В. Е. Шевченко, Д. В. Полевик. — К. : А. Т. Ростунов, 2011. — Ч. I : Военная психиатрия. Психическое здоровье комбатантов. — 156 с.
- Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Сливак, Б. П. Щукин. — М. : Медицина, 1991. — 96 с.
- Психосоматические расстройства у участников боевых действий / А. И. Єна, В. В. Маслюк, В. И. Нерода [и др.] // Проблеми реабілітації. — 2000. — № 1. — С. 60–64.
- Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности частей и подразделений : методические указания. — М. : ГВМУ МО РФ, 1995. — 58 с.

18. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. — М. : Изд. Института психотерапии, 2000. — 101 с.
19. Рудой И. С. Состояние психического здоровья личного состава органов и войск в экстремальных условиях. Аналитический обзор / И. С. Рудой, А. В. Сергиенко. — К. : РИО МВД УССР, 1990. — 52 с.
20. Сыропятов О. Г. Психопатология чрезвычайных ситуаций / О. Г. Сыропятов, Г. В. Иванцова. — К. : Науковий світ, 2005. — 64 с.
21. Тигранян Р. А. Гормонально-метаболический статус организма при экстремальных воздействиях / Р. А. Тигранян. — М. : Наука, 1990. — 288 с.
22. Чиж И. М. Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И. М. Чиж, Е. Г. Жилияев // Воен.-мед. журн. — 1998. — Т. 319, № 3. — С. 4–10.
23. Шанин В. Ю. Типические патологические процессы периода реабилитации после ранений и пребывания в условиях боевой обстановки / В. Ю. Шанин, А. А. Стрельников // Раневая болезнь и медицинская реабилитация : сб. науч. трудов. — СПб. : Глаголь, 1995. — С. 116–120.
24. Bentley S. A short history of PTSD: from Thermopylae to Hue soldiers have always had a disturbing reaction to war / S. Bentley // VVA Veteran. — 1991. — N 1. — P. 13–16.
25. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 351, N 1. — P. 13–22.
26. Green B. L. Conceptualizing post-traumatic stress disorder: a psychosocial framework / B. L. Green, G. P. Wilton, J. D. Lindy // Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder / ed. C. R. Figley. — New York : Brunner / Mazel, 1985. — P. 53–72.
27. Introduction // Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder / ed. C. R. Figley. — New York : Brunner / Mazel, 1985. — P. XVII–XXVI.
28. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumption / R. Janoff-Bulman // Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder / ed. C. R. Figley. — New York : Brunner / Mazel, 1985. — P. 15–35.
29. Keane T. M. A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans / T. M. Keane, R. T. Zimering, J. M. Caddell // Behavior Therapist. — 1985. — N 8. — P. 9–12.
30. Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers / K. Vitzthum, S. Mache, R. Joachim [et al.] // J. Occup. Med. Toxicol. — 2009. — N 4. — P. 21.
31. Shatan C. F. The tattered ego of survivors / C. F. Shatan // Psychiatric annals. — 1982. — Vol. 12, N 11. — P. 1031–1038.
32. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder / M. J. Horowitz, N. Wilner, N. Kaltreider, W. Alvarez // Arch. Gen. Psychiatry. — 1980. — Vol. 37, N 1. — P. 85–92.
33. Solomon Z. The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reactions among Israelis in the Lebanon War / Z. Solomon, R. Benbenishty // Am. J. Psychiatry. — 1986. — Vol. 143, N 5. — P. 613–617.

Резюме

Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції

*A. I. Єна,
V. V. Маслюк,
A. V. Сергієнко*

Розглянуто проблему організаційних і методологічних питань медико-психологічної реабілітації (МПР) учасників антитерористичної операції (АТО). Показано, що дія стресогенних чинників викликає у комбатантів прояви бойової психічної травми у формі гострих реакцій на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дизадаптації та асоціальної поведінки. Тому учасники АТО потребують заходів МПР на етапах: призову та підготовки в навчальному центрі; участі в бойових операціях; виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування; лікування в медичних закладах; адаптації до умов мирного життя. МПР рекомендовано здійснювати у формі превентивної, клінічної, функціональної та психологічної реабілітації із застосуванням заходів психодіагностики, фармакокорекції, психотерапії, психокорекції, фізіотерапії, тренінгів. Акцентовано увагу на проведенні заходів психодіагностики для оцінки поточного стану й адаптаційних резервів систем організму та формування індивідуальних програм МПР. Для розробки концептуальної моделі та вирішення організаційних і методологічних заходів запропоновано створити при Міністерстві охорони здоров'я України міжвідомчим наказом робочу групу з питань МПР, а також Реєстр учасників АТО.

Ключові слова: бойова психічна травма, медико-психологічна реабілітація, посттравматичний стресовий розлад, психофізіологічна діагностика.

Relevance and organizational principles of medical and psychological rehabilitation of the counterterrorist operation

*A. I. Yena,
V. V. Maslyuk,
A. V. Sergienko*

The problem of organizational and methodological issues of medical and psychological rehabilitation (MPR) of the antiterrorist operation (ATO) members is considered in the article. It is shown that the effect of stress factors on combatants causing manifestations of combat trauma in the form of acute reactions to stress, post-traumatic stress disorder, physical and mental disorders, chronic psychopathological personality changes, social disadaptive and antisocial behavior. Therefore, the participants in the activities of ATO need MPR on such phases: recruitment and training in the training center; participation in combat operations; period of output from the battle area for rest and overhaul; treatment in health facilities; adapting to civilian life. MPR is recommended in the form of preventive, clinical, functional and psychological rehabilitation with activities of psycho diagnostic, pharmacological correction, psychotherapy, psycho-correction, physiotherapy and training. The attention is focused on psycho-diagnostic activities to assess the current status and adaptive reserves of body systems and to prepare MPR individual programs. To develop a conceptual model and to realize organizational and methodological measures it is proposed to create the interagency working group for MPR problems by order a Ministry of Health of Ukraine, and Register of Members of ATO.

Key words: combat trauma, medical and psychological rehabilitation, post-traumatic stress disorder, psychophysiological diagnostics.

Summary

Актуальность и организационные принципы медико-психологической реабилитации участников антитеррористической операции

*A. I. Єна,
V. V. Маслюк,
A. V. Сергієнко*

Рассмотрена проблема организационных и методологических вопросов медико-психологической реабилитации (МПР) участников антитеррористической операции (АТО). Показано, что действие стрессогенных факторов вызывает у комбатантов проявления боевой психической травмы в форме острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств, расстройств физического и психического здоровья, хронических психопатологических изменений личности, социальной дизадаптации и асоциального поведения. Поэтому участники АТО нуждаются в мероприятиях МПР на этапах призыва и подготовки в учебном центре; участия в боевых операциях; вывода из района боевых действий для отдыха и переформирования; лечения в медицинских учреждениях; адаптации к условиям мирной жизни. МПР рекомендуется осуществлять в форме превентивной, клинической, функциональной и психологической реабилитации с применением мероприятий психодиагностики, фармакокоррекции, психотерапии, психокоррекции, физиотерапии, тренингов. Акцентируется внимание на проведении мероприятий психодиагностики для оценки текущего состояния и адаптационных резервов систем организма и формирования индивидуальных программ МПР. Для разработки концептуальной модели и решения организационных и методологических мероприятий предложено создать при Министерстве здравоохранения Украины межведомственным приказом рабочую группу по вопросам МПР, а также Реестр участников АТО.

Ключевые слова: боевая психическая травма, медико-психологическая реабилитация, посттравматическое стрессовое расстройство, психофизиологическая диагностика.