

УДК: 616.89: 616-036.89

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПСИХОЛОГА З УЧАСНИКАМИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УМОВАХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ КОМІСІЇ

В. П. Бондар, Ю. В. Жадова, Н. А. Дзюбас

КЗ «Кіровоградське обласне бюро медико-соціальної експертизи»

Резюме

У статті висвітлюється питання психологічної допомоги та методів роботи психолога з учасниками антитерористичної операції в умовах МСЕК. Розглянуті етапи проведення психологічного обстеження та вироблення стійких позитивних установок. Надано опис найбільш апробованих і зручних для використання методик оцінки психологічного статусу військовослужбовця.

Ключові слова: бойовий стрес, соціальна дезадаптація, соціально-психологічна реабілітація, психодіагностика, психотравмуюча ситуація.

Summary

The article highlights the issue of psychological care and methods of work of the psychologist with the participants of the antiterrorist operation in terms MSEK. The stages of the psychological examination and the development of sustainable positive attitudes describes the most proven and easy-to-use evaluation methods of the psychological status of a serviceman.

Key words: combat stress, social exclusion, social and psychological rehabilitation, psycho-diagnostics, psycho-traumatic situation.

Перебування в зоні бойових дій належить до тієї екстремальної ситуації, коли людина постійно знаходиться в сильному психоемоційному стресі, долаючи його зусиллям волі. Це має негативні наслідки: майже у всіх учасників бойових дій неминуче тією чи іншою мірою спостерігаються зміни в фізичному та психічному станах. Якщо дія та тривалість несприятливих зовнішніх впливів перевищить індивідуальні пристосувальні можливості людини, відбувається «злам адаптаційного бар'єру» та його психічного травмування. В цьому випадку мова йде про одержання людиною психічної травми [5]. Бойова психічна травма виникає внаслідок впливів бойових стрес-факторів. Таким чином, бойовий стрес буває конструктивним, мобілізуючим, що сприяє збереженню організму, цілісності особистості, та деструктивним, травмуючим, що руйнує організм і нервову систему. Слід виділити групи факторів, поєднання яких призводить до психотравматизації:

– симптоматичні повторення (нав'язливі спогади трагедії, що повторюються; сновидіння, що повторюються; відтворення переживань у формі ілюзій, галюцинацій, флешбек-епізодів);

– симптоми уникнення (намагання втекти від розмов, думок, почуттів, місць, людей – усього, що може нагадувати про трагедію, блокування пам'яті, відсторонення від близьких);

– симптоми збудження (труднощі засинання; роздратованість; підвищена пильність; необґрунтовані спалахи злості, важкість травми, нездатність її контролювати, несподіванка) [2].

Беручи до уваги всі обставини, вважається, що людина пережила травматичну подію, якщо виконуються одночасно дві умови:

1. Людина пережила або спостерігала одну чи більше подій, в яких з нею або з іншими людьми сталося таке: виникла загроза смерті, потенційна чи реальна; смерть іншої людини; серйозне поранення або загроза отримання інвалідності.

2. Людина реагувала на це інтенсивним страхом і почуттям безпорадності.

Так, робота психолога з учасниками антитерористичної операції на медико-соціальній експертній комісії спрямована на вивчення психологічного стану бійців, через індивідуальний підхід до вирішення проблем реабілітації та адаптації. Важливо з'ясувати, чи буде соціально-психологічний стан сприяти їхній реабілітації, чи мають вплив зовнішні стимули для досягнення реабілітаційних цілей. Для реабілітаційного ефекту, який у подальшому повинен мати позитивний характер, велике значення мають психофізіологічний та особистісний потенціали.

Стає очевидним, що розвиток реабілітаційного спрямування вимагає вивчення ролі особистості учасників бойових дій, його позиції стосовно свого захворювання, лікування, порушених систем соціальних зв'язків, що спричинено пораненням. Від цього залежить перебіг реабілітації та активна участь у ній військовослужбовців.

Початковим моментом надання психологічної допомоги є діагностика виду та рівня психологічних наслідків їхньої участі в бойових діях.

Під час психодіагностики використовувалися такі методики: методика діагностики самооцінки психічних станів за Айзенком. За даною методикою визначається рівень відразу чотирьох психічних станів: тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності.

дності, що дає змогу вести роботу в потрібному руслі, наприклад:

- в разі дуже низьких показників рівня тривожності слід звернути увагу на те, що, можливо, відбувається витиснення особистістю високої тривоги з метою показати себе з «кращого боку»;

- за високого рівня агресивності у хворого ускладнена робота з людьми та порушується встановлення контактів, оскільки хворі є жорстокими та нестриманими стосовно оточуючих;

- за низького рівня фрустрації хворі стійкі до невдач та не бояться труднощів, що свідчить про високий реабілітаційний потенціал;

- за високого рівня ригідності протипоказані зміни місця роботи та зміни в сім'ї, тому це важливо враховувати при роботі з хворими.

Для діагностики емоційної та особистісної сфер використаний Тест Люшера. Його застосування дає змогу вивчити аспекти особистості та виявити наявність психологічного й фізіологічного стресу. Користь цього тесту полягає в ранньому виявленні стресу (задовго до того, як з'являться його фізіологічні прояви). Інтерпретація результатів дає змогу оцінити емоційний стан хворого на момент дослідження.

Під час індивідуальної бесіди психолога у МСЕК необхідно дати військовим можливість висловити наболіле (якщо вони здатні говорити про військові дії, про свої переживання). Потім доцільно пояснити, що стан, в якому вони перебувають, тимчасовий, він властивий всім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб вони відчували розуміння та готовність допомогти. Під час бесіди необхідно зорієнтуватись у проблемах, які виникають у процесі реадптації учасників бойових дій, до звичайних умов життєдіяльності.

Основним психотравмуючим впливом бойової обстановки є досить тривале перебування військовослужбовців в умовах специфічного бойового стресу, що має свої негативні наслідки. Під час військових операцій дія стресу виконує, безперечно, позитивну функцію для людини, однак, після повернення із зони бойових дій вплив стає негативним, руйнуючим фактором з причини постстресових реакцій.

У осіб, які брали тривалу участь у бойових діях, закріплюється пам'ятний відбиток нових навичок поведінки та стереотипів, що мають першочергове значення для виживання й виконання поставлених завдань. Серед них: сприйняття оточуючого середовища як ворожого; гіперактивація уваги, тривожна настороженість; готовність до імпульсивної захисної реакції на погрожуючий стимул у вигляді укриття, втечі, агресії та фізичного знищення джерела погрози; звуження емоційного діапазону, прагнення відійти від реальності. Адаптація до бойових дій породжує в характері деяких військовослужбовців підвищену ранимість, недовіру, відгородженість, розчарування та страх перед майбутнім, порушення соціальної комунікації, схильність до агресивної поведінки. Крім того, в учасників бойових дій нерідко спостерігається підсилення тривожності, пригніченості, відчуття провини,

підвищеної чутливості до несправедливості, застрягання на негативних переживаннях. Спостерігаються часті сні бойових ситуацій та нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події. Також під час психодіагностики у військовополонених виявляються такі стани, як песимізм, відчуття покинутості іншими, недовіра до людей, втрата змісту життя, невпевненість у своїх силах, відчуття нереальності того, що відбувалося на війні, нездатність бути відкритими у спілкуванні з іншими людьми [4].

Приклади з практики:

Військовослужбовець П., 1970 року народження. За фахом – водій. Перебував в АТО у період з 29.10.2014 до 13.01.2015 року. Діагноз: ЗЧМТ. Струс мозку (09.01.2015) двобічний кохлеоневрит. Туговухість I ст. Під час бесіди з психологом був дещо занепокоєний, стурбований. Мовчазний. На питання відповідає односкладно. Про воєнні дії воліє не згадувати. Інструкції розуміє правильно. Темп роботи варіює, що свідчить про емоційну лабільність, тривожність. Діагностується зниження короткотривалої пам'яті. Увага достатньої концентрації та об'єму. Мислення абстрактного типу. Застійне збудження нервової системи, виснаження. Рахується тільки зі своєю думкою, наполегливо відкидає все, що заважає здійсненню власних намірів. Наполегливо виявляє супротив, яким би то не було обмеженням. Уперто стоїть на своєму, вважаючи, що цим він проявляє незалежність. Егоцентричний. Образливий. Присутні відгородженість, розчарування, страх перед майбутнім. Скарги на часті нічні кошмари з постійним повторенням картинок з місць боїв. Можливі дратівливі спалахи гніву. Відчуває себе на межі нервового виснаження. Впевнений, що він – жертва обставин. Занадто чутливий, присутній страх перед самотністю. Депресивний стан. Захист від нестерпного становища. Невдоволене вимагання на власну силу твердість та перевагу. Знаходиться в стані напруженого очікування, уникає труднощів. Намагається захиститись від нестерпного напруження.

Військовослужбовець Ч., 1992 року народження. За фахом – військовослужбовець. Перебував в АТО в період з 31.05.2014 до 17.07.2014 року. Діагноз: мінно-вибухове акубаротравматичне ураження обох вух з ушкодженням барабанних перетинок 15.07.2014 Хронічний двобічний кохлеоневрит. Хронічний двобічний середній отит. Туговухість I ст. Закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку (15.07.2014). Забій м'яких тканин. До психологічного обстеження відносився адекватно, але був небагатослівний. В обстеженні брав неактивну участь. Інструкції до завдань розуміє правильно. Темп роботи варіює (емоційно лабільний). Когнітивна сфера: пам'ять, увага, мислення в межах норми з ознаками виснаження. Ситуація, в якій він знаходиться, йому не подобається. Хочє звільнитись від тягара навантаження, яке доводиться нести. Шукає вихід з цього нестерпного становища. Прагнення відійти від реальності. Збудливість, безпорадність, нездатність впливати на хід подій приводять до сильного стресу. Важко впора-

тись з надмірним хвилюванням. Прийшов у відчай, сподівається вирватись з болісної ситуації. Надмірно дратівливий. Легко збуджується, стає агресивним. Боїться, що скоїть необачний вчинок. Честолюбивий, прагне до незалежності та переваги.

Військовослужбовець Д., 1978 року народження. За фахом – військовослужбовець. В зоні АТО перебував у період з 31.05.2014 до 11.08.2014. Діагноз: мінно-вибухова травма ЗЧМТ струс головного мозку (15.07.2014) у вигляді мікрогнігніщевої симптомати, стійкого помірно-вираженого вестибуло-атактичного, вираженого антеро-невротичного синдрому. Наслідки акубаротравми (15.07.2014). Хронічний двобічний кохлеоневрит, туговухість ліворуч II ст., праворуч I ст. До психологічного обстеження ставиться адекватно. Дещо знервований. Емоційні прояви мають високий рівень тривожності. Рівень активності знижений (емоційна лабільність). Фон настрою знижений, має песимістичні погляди на майбутнє. Відчуття покинутості іншими, недовіра до людей, втрата змісту життя. Чутливий до реакцій оточуючих. Зниження впевненості в собі за цієї причини сприймає як слабкість, тому долає за допомогою уявної зовнішньої рішучості та твердості. Надмірний самоконтроль. Через напругу ситуації, в якій знаходиться, незадоволений порядком, що існує. Це невдоволення викликає страх, який він витісняє.

Військовослужбовець П., 1972 року народження. За фахом – водій. В зоні АТО перебував у період з 27.08.2014 до 13.09.2014 року. Діагноз: наслідки мінно-вибухової травми (13.09.2014) П/тромботична хвороба лівої нижньої кінцівки, хронічна венозна недостатність III ст. з помірним порушенням функції та кровообігу в результаті осколкового поранення лівої гомілки, неправильно консолидований вогнепальний перелом II п'ястної кістки правої кисті, виражена комбінована контрактура п'ястно-фалангових, міжфалангових суглобів II-пальця правої кисті, посттравматичний неврит кінцевих гілок правого серединного нерва з помірним порушенням функції захвату правої кисті. Під час психологічного обстеження був дещо напружений. Стривожений. Небагатослівний. На запитання відповідає неохоче. Фон настрою знижений, має песимістичні погляди на майбутнє. Розчарування ситуацією, що привело до недовіри, стриманості, відходу від інших та замкненості. Вважає себе ошуканим, що скористалися його довірою. Скаржиться на постійні важкі сновидіння, пов'язані з військовими діями. Страх пустоти та самотності. Прагне розуміння та безпеки. Обстеження було закінчено за наполяганням хворого, пояснюючи це важкими спогадами та неможливістю більше контролювати себе й стримувати емоції.

Військовослужбовець Т., 1971 року народження. За фахом – водій. Діагноз. ПТФХ лівої нижньої кінцівки, набрякова форма, стадія часткової реканалізації. ХВН III ст. Консолідований перелом зовнішньої щиколотки лівої гомілки. Помірна комбінована контрактура лівого гомілкового ступневого суглоба. Плевропупльмональні спайки після перенесеної пневмонії з незначними порушеннями функ-

ції зовнішнього дихання по рестрективному типу ЛН I ст. Під час психологічного обстеження спокійний, контактний, адекватно сприймає ситуацію. В обстеженні бере неактивну участь. Інструкції розуміє правильно. Темп роботи високий. Прагне повного взаєморозуміння, емоційної близькості, подяки. Живе цим сподіванням. Відчуває, що спілкування з іншими вимотало його. Хочє відгородити себе від пояснень, набридливих розмов. Потребує мирної спокійної обстановки, в якій міг би розслабитись та набратись сил. Прагне розуміння та безпеки.

Кожному військовому було рекомендовано: індивідуальна та групова психокорекція, психотерапія з метою реадaptaції та ресоціалізації, стабілізації емоційної сфери. Робота з найближчим соціальним оточенням.

Усі ці прояви свідчать про наявність у такої категорії учасників бойових дій посттравматичного синдрому.[3] Бойова психічна травма та стресові розлади є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху до соціальної адаптації військових у громадянському суспільстві. Повернення до мирного життя учасників бойових дій супроводжується новими стресами, пов'язаними з труднощами соціалізації. Важливо зауважити, що учасники тих страшних подій важко йдуть на контакт, адже думають, що час усе вилікує і зазвичай тримають усе в собі. Війна, за словами медиків, підриває психологічне здоров'я і потреба в лікуванні з кожним днем зростає [1].

Однією з головних можливостей вийти з бойового стресу є соціальні контакти та соціальна активність, які послаблюють дію психотравмуючої ситуації.

Під час повернення до мирного життя у ветеранів бойових дій актуалізується низка потреб. Ці потреби носять універсальний характер, однак мають крайній ступінь вираженості.

По-перше: у більшості військових спостерігається виражене бажання бути зрозумілим. Вони хочуть мати в контакті з оточуючими такий зворотній зв'язок, який би явно підтверджував, що вони боролись за праве діло, що їхня участь у бойових діях морально виправдана та соціально корисна.

По-друге: в психологічній картині переживань військовослужбовців спостерігається потреба бути соціально визнаними, наявне бажання, щоб факт позитивної оцінки став відомий широкому загалу людей.

По-третє: спостерігається бажання бути прийнятим у систему соціальних зв'язків та відносин мирного життя з більш високим, ніж раніше, соціальним статусом.

Поранення та інвалідність є важкими факторами психічної травматизації. Військовослужбовці, які демобілізовані або перебувають на лікуванні, потребують медико-психологічної, професійно-психологічної, соціально-психологічної реабілітації. А саме:

– медико-психологічна реабілітація передбачає мобілізацію психологічних можливостей війсь-

ковослужбовців у подоланні наслідків, поранень, травм, інвалідизації;

– професійно-психологічна реабілітація спрямовується на швидке відновлення професійно важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів військових дій; їхню професійну переорієнтацію та перепідготовку;

– соціально-психологічна реабілітація орієнтована на створення навколо військових реабілітуючого соціального середовища.

Ці напрямки є основними в подоланні бойового стресу та його наслідків, і повинні сприяти успішній адаптації учасників бойових дій до нових умов в житті.

Література:

І. А. Потіха, наук. співроб. СІАЗ НБУВ, <http://nbuviar.gov.ua> «Соціальнопсихологічна та медична реабілітація учасників АТО».

2. Мульована Л. І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО: Чернігівський національний технологічний університет. – <http://molodyvcheny.in.ua/>

3. Калмыкова Е. С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е. С. Калмыкова, Е. А. Мисько, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – № 4. – 72 с.

4. Петер С. Л. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс – М., 2001. – 21 с.

5. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.



УДК 616-036.86:616.12

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ТА ДЕАДАПТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ. ПРОЦЕСИ КОМПЕНСАЦІЇ ТА ДЕКОМПЕНСАЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко, І. М. Зубко

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статье изложены данные о проблемах адаптации и деадаптации с историческим экскурсом развития взглядов и гипотез по данному вопросу. Даны определения терминам, изложены механизмы адаптации и деадаптации. Показана роль компенсаторных механизмов и гипертрофических изменений и приспособительных возможностей сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: адаптация, деадаптация, сердечно-сосудистая система.

Summary

The article presents data on the problems of adaptation and deadaptation with historical review of opinions and hypotheses on this subject. Definitions of terms. It sets out the mechanisms of adaptation and deadaptation. The role of compensatory mechanisms and hypertrophic changes and adaptive capacity of the cardiovascular system

Keywords: adaptation, deadaptation, cardiovascular system.

Проблема адаптації привертає до себе увагу упродовж багатьох сторіч [1–3]. Ще наприкінці ХХ сторіччя Г. Сельє характеризував стрес, як сукупність генетично запрограмованих реакцій організму, що виникають у відповідь на будь-який надмірний екстремальний подразник та супроводжуються перебудовою адаптивних сил організму [1]. У 1925 році Г. Сельє висунув гіпотезу, щодо ролі стресу в загальному адаптаційному синдромі, де називає стрес неспецифічною реакцією організму на будь-який подразник; загальний – до стресу призводять

фактори, які впливають на різні сторони організму та здатні викликати загальний системний захист; адаптаційний – тому що явище закріплюється, набуває постійного характеру; синдром – тому що його прояви частково взаємопов'язані [1]. Загальний адаптаційний синдром, за теорією Г. Сельє, проходить три стадії: «реакцію тривоги» – під час якої мобілізуються захисні сили; «стадію стабільності» – що віддзеркалює повну адаптацію до стресу; «стадію виснаження» – коли стресовий фактор