

УДК 616.895–02:613.861.3

ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ПІДХІД В СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

А.М. Галушка, підполковник медичної служби, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, начальник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

В.О. Музиченко, психолог, психоаналітик, Міжнародний інститут глибинної психології

О.В. Коваль, підполковник медичної служби, ТВП начальника науково-дослідного відділу бойової патології Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

С.Л. Борисова, молодший науковий співробітник науково-дослідного відділу бойової патології Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. У статті на основі аналізу наукових публікацій визначені підходи до соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Особлива увага приділена впливу існуючої системи психодинамічної корекції на повернення до норми психічного стану військовослужбовців. Наголошено, що за допомогою психоаналітичної терапії можна виявити психологічні захисти, що застосовуються позасвідомо; проаналізувати, наскільки вони зрілі й ефективні та визначити стратегію терапії.

Ключові слова: військовослужбовці, бойова психічна травма, реабілітація, реадaptaція, психоаналіз, посттравматичний стресовий розлад.

Вступ. Сукупний аналіз бойових санітарних втрат під час другої світової війни й сучасних збройних конфліктів дає підстави вважати, що майбутнім війнам буде притаманна висока питома вага бойових психічних травм [1]. Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20–70% осіб, які приймають участь в збройних конфліктах та значною мірою зумовлені бойовим стресом. Стан бойового стресу в умовах протистояння, у тому числі при військових діях, переносить кожний [2]. Статистичні дані щодо поширеності бойових психічних травм у учасників антитерористичної операції можуть мати значні бюджетні та політичні наслідки. За отриманими даними, кількість постраждалих від гострої реакції на стрес перевищує 10 тис. осіб і ця цифра, нажаль, ще не є остаточною [3]. Близько 80% військовослужбовців, які пережили гостру реакцію на стрес, потрапляють у поле зору психіатрів, психологів, психотерапевтів – як цивільних, так і військових. Приблизно

половина з них потребує лікування. 22% постраждалих вимушено звільнили з лав Збройних Сил України через те, що психопатологія, яка в них розвинулась, була несумісною з подальшим проходженням служби [3]. Питання реабілітації учасників антитерористичної операції (далі – АТО) є значущою проблемою сьогодення. Впроваджені в усіх формах заходи медико-психологічної реабілітації повинні та здатні знизити частоту та тяжкість наслідків перенесеної бойової психічної травми [4].

Мета дослідження полягала у дослідженні та визначенні підходів до соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій, що дозволяють повернути до строю та підвищити боєздатність військовослужбовців.

Об'єкт дослідження – боєздатність (боєготовність) військовослужбовців під час ведення бойових дій; предмет – вплив існуючої системи психодинамічної корекції на повернення до норми психічного стану військовослужбовців.

Матеріалами дослідження слугували наукові публікації за темою, що доступні у відкритих джерелах інформації.

Методи дослідження: історичний, бібліосемантичний, системний підхід та системний аналіз.

Результати та їх обговорення. Тривалість перебування військовослужбовців у зоні бойових дій є суттєвим психотравмуючим чинником. Відомо, що при перебуванні людей в небезпечних ситуаціях може наступати як адаптація, так і дизадаптація. За даними Е.В. Снедкова [5], при знаходженні у бойовій обстановці до 6-ти місяців у 20,3% бойового контингенту адаптивність підвищується, у 42,6% емоційно-поведінкових змін не спостерігається, у 36,1% виникає стійка соціально-психологічна дизадаптація. Водночас, при участі у бойових діях від 7 міс. до 1-го року у 61,1% військовослужбовців зафіксовані явища стійкої дизадаптації.

Такий дуже високий показник характеризує слабку роботу спеціалізованих служб і відсутність системи, що допомагає адаптувати і повернути до строю [6]. Так що ж робити нам? Який напрямок руху? Сьогодні робляться кроки з розвитку служб психологічної допомоги, такі як волонтерський рух психології, державні програми тощо...

Під час війни США у В'єтнамі лікарі констатували, що після благополучного повернення до цивільного життя військовослужбовці-учасники бойових дій почали демонструвати тяжкі психологічні та поведінкові проблеми. У зв'язку з цим, на сьогодні у США існує як психологічна служба у військах, так і система реадаптації учасників бойових дій до цивільного життя.

Попередження та рання корекція (лікування) психологічних порушень є запорукою зниження частоти випадків дизадаптаційного синдрому в учасників бойових дій. У професійних арміях багатьох країн існують та виконуються вказівки військовим командирам щодо профілактики бойового стресу (наприклад, в сучасних системах бойової підготовки армій країн НАТО

це курс "Броньований розум", який включає ряд практичних і теоретичних занять, розрахованих на планомірну підготовку психіки бійця з результиуючим "іспитом") [7]. Використання комплексу методів психологічної корекції щодо військовослужбовців у бойових умовах забезпечує їх максимальну ефективність у порівнянні з відстроченим використанням. Однак, потрібно з жалем відзначити, що в наших умовах профілактика та рання корекція актуального травматичного невроту військовослужбовців знаходиться на недостатньому рівні.

Тим більш актуальним є надання психологічної допомоги при реабілітації та підготовці до бойових дій – через подолання / прийняття неможливості впливу на реальне за допомогою психічного конфлікту і відходу у безпечний уявний простір невротичної травми та необхідність повернення до реального регістру мислення для адекватного "використання світу" [8].

Актуальний травматичний невроз – це група психогенних розладів пов'язаних з тяжкою психотравмуючою ситуацією. Постраждалі потребують психологічної корекції та реабілітації не менше 1–6 міс. після отриманої травми, у більш тяжких випадках потрібно більше 1–2 років, розлад може приймати хронічну форму. У осіб, які пережили бойову психічну травму, також можуть розвинути стійкі патологічні зміни особистості по типу іпохондричної, депресивної, уникаючої та ін. Наслідки дизадаптивних явищ відстрочені у часі і можуть продовжуватися від 1–3 до 60–120 міс. з моменту отриманої травми, в такому випадку можна говорити про тривалу дизадаптивну стресову реакцію – посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР).

Психотерапія при ПТСР повинна бути спрямована на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективної переоцінки травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості, відновлення здатності подальшого функціонування у світі, суспільстві та міжособистіх відносин.

Суть психотерапії ПТСР – в інтегративності. Для цього широко використовується каузальний метод, тобто “той, що причинно впливає”, що дозволяє дістатися до причини. Досить ефективними можуть бути арт-терапія, логотерапія Віктора Франкла [9].

На сьогоднішній день в сучасній терапії неврозів, депресій, нарцисичних, психотичних розладів широко використовуються психоаналітичний підхід. Він полягає у визнанні існування Позасвідомого [10] як рівноцінної складової людської психіки і можливості працювати з ним в психотерапії. Передбачається, що багато актів людської поведінки, думки, почуття, емоції та інші прояви психічного є неусвідомленими, але мають глибокий зміст, який може бути розкритий в результаті роботи в аналітичній терапії. Позасвідоме – це уявлення, що можуть бути надані суб'єктом аналітику у формі вільних асоціацій (у т.ч. невербальних: малюнок, пластичні форми тощо), снах, парапраксіях, реакціях перенесення – аналіз та інтерпретація цих феноменів призводить до проговорення та усвідомлення переживань, що не артикулюються, наділення їх змістом, тобто несвідоме стає усвідомленим.

Бойова травма – це завжди широкий спектр порушень психічного апарату, де найбільш травматичний вплив завжди не артикулюється у зв'язку з високим ступенем збудження та неможливістю переробки (інколи це може бути реакцією психіки у післядії на реактивний психоз). Також неартикульоване може бути представлене невербальними способами (яскравим прикладом такого підходу служить створення індивідуальної інтегративної моделі коду психологічного виживання М. Лаада) [11]. Іншими словами, завданнями психоаналізу є дослідити зміст Я, того, що усвідомлюється самим суб'єктом, його межі і функції, простежити історію його залежності від зовнішнього світу, Воно (несвідомої частини психіки) і Понад-Я (привнесених в психіку ззовні і привласнених моральних, культурних і т.п. установок); а також

дати опис пристрастей, тобто змісту Позасвідомого (Воно), і простежити їх трансформації [12].

Причиною розладів психіки комбатантів є актуальна (бойова) психічна травма, сильне внутрішнє збудження, яке психіка не в змозі самотійно швидко переробити. Сильні травматичні збудження і пристрасті можуть заборонятися і витіснятися свідомістю, психіка захищається. Мова йде про захист від внутрішнього збудження і, особливо, від уявлень (спогадів, фантазій), причетних до цього, а також про захист від ситуацій, що породжують таке збудження, яке порушує душевну рівновагу і, отже, неприємно для свідомості. Психіка прагне до гомеостазу. Актуальним є також захист від неприємних афектів (тригерів), що виступають, тоді як приводи або сигнали до захисту (наприклад, неконтрольовані спалахи гніву, роздратування, плачу тощо). Однією з особливостей методології глибинної психології є робота із захистами, які пацієнт несвідомо використовує, щоб розірвати зв'язок із реальністю, що травмує психіку. Захисні механізми психіки, в більшій чи меншій мірі, інтегровані в Я (свідомість). Будучи позначеним і пронизаним пристрастями, тим, проти чого він, у кінцевому рахунку, спрямований, захист, підчас, стає нав'язливим і проявляє себе (принаймні, частково) позасвідомим чином.

Захисти психіка починає формувати з дитинства, їх можна класифікувати як примітивні і зрілі. Будь-який захист може здійснювати як адаптивну, так і дизадаптивну дію при надмірному впливі травмуючого фактору.

До первинних або примітивних захистів, зазвичай, відносять такі, що формуються і починають використовуватися на дуже ранніх стадіях розвитку особистості. Це примітивна ізоляція, заперечення, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація і знецінювання; примітивні форми проєкції і інтроєкції, розщеплення; також сюди можна віднести і дисоціацію, яка викликається травмою.

Примітивна ізоляція являє собою психологічний відхід до іншого стану свідомості

від соціальних чи міжособистісних ситуацій і заміщення напруженості, що походить від взаємодій з іншими; стимуляцією, що виходить від фантазій. Схильність до вживання певних хімічних речовин для зміни стану свідомості також може розглядатися як різновид примітивної ізоляції.

У разі дії механізму заперечення індивід, при виникненні в зоні його сприйняття негативної для нього інформації несвідомо заперечує її існування. Наявність факту заперечення індивідом будь-яких подій, почуттів, у більшості випадків, дозволяє дізнатися про те, що ж насправді турбує його, що є для нього найбільш важливим, бо часто так виходить, що у першу чергу заперечується явно існуюче, те, що індивід намагається приховати.

Всемогутній контроль – захисний механізм психіки, що формує переконання у тому, що можна досягти абсолютно усе, якщо твердо вирішити і стояти на своєму.

Примітивна ідеалізація є одним із способів уберегти себе від пригнічуючих страхів, це віра у те, що якась всемогутня сила або зовнішній ідеалізований суб'єкт забезпечує захист. Томління по всемогутній істоті, яка піклується, природним чином виражається у релігійних віруваннях. Більш проблематичним воно постає в таких феноменах, як наполягання на тому, що власний коханець досконалий, гуру непогрішний, школа найкраща, смак бездоганний, уряд нездатний помилятися і тому подібних ілюзіях.

Примітивне знецінення – зворотний бік потреби в ідеалізації; архаїчні шляхи ідеалізації неминуче призводять до розчарування. Чим сильніше ідеалізується об'єкт, тим більш радикальне знецінення та анігіляція його очікує.

Проекція – механізм, за допомогою якого людина свої власні небажані риси, негативні почуття виносить назовні, приписує іншим, і, таким шляхом, захищає себе від усвідомлення цих же рис і почуттів у собі. Механізм проекції дозволяє індивіду виправдати багато своїх вчинків. Наприклад, у разі несправедливої критики, агресії, жорстокості людина несвідомо

приписує оточуючим жорстокість, нечесність, ненависть і, як наслідок, дозволяє собі подібне ставлення до оточуючих.

Інтроєкція – це заміна зовнішнього об'єкта мисленим його уявленням за допомогою якого відносини з об'єктом, що знаходиться зовні, замінюється відносинами з уявним об'єктом “всередині себе”, наприклад загиблого товариша.

Розщеплення – захисний механізм, при якому індивід несвідомо поділяє своє життя на імперативи “добре” і “погане”, немов би прибираючи щось невизначене, що може, у подальшому, утруднити аналіз їм проблеми (критичної ситуації, що викликає дискомфорт психіки в результаті розвитку, наприклад, тривоги). Розщеплення є певним спотворенням відношення до реальності, як, власне, й інші механізми захисту, за допомогою дії яких індивід прагне піти від реальності, підміняючи істинний світ – хибним.

Вторинні або “вищого порядку”, захисти: репресія, регресія, ізоляція, інтелектуалізація, раціоналізація, моралізація, компартаменталізація, анулювання, поворот проти себе, зміщення, реактивне утворення, реверсія, ідентифікація, відреагування, інстинктуалізація та сублимація.

Репресія (витиснення) є процесом виключення зі сфери свідомості думок, почуттів, бажань і пристрастей, що заподіюють біль, сором чи почуття провини. Дією цього механізму можна пояснити багато випадків раптової, незрозумілої для людини, амнезії.

Регресія може проявлятися в несвідомому поверненні у минуле, коли, на його думку, все було дуже добре. Будь-яке розчарування або загроза можуть сприяти поверненню до стадій інфантильної сексуальності, на яких є несвідома фіксація, причому невроз розвинеться тільки у випадку, якщо подібне викличе поновлення старих конфліктів, тобто активує витиснені пристрасті.

У разі вторинної ізоляції відбувається несвідоме абстрагування від чогось, занурення в яке здатне викликати тривогу і хвилювання. Наприклад, якщо при виконанні яких-небудь дій

думати про механізми їх здійснення – подібне може призвести до збою у здійсненні подібного роду діяльності.

Раціоналізація (захисна аргументація) як захисний процес полягає у тому, що людина несвідомо винаходить логічні судження і міркування для пояснення своїх вчинків. Таким чином психіка захищає власне позитивне уявлення про себе.

Захисна функція зміщення виражається у несвідомому прагненні індивіда перемкнути увагу з об'єкта, на який дійсно спрямований афект, на інший, сторонній, об'єкт.

Реактивне утворення. У цьому випадку індивід несвідомо перекладає трансформацію одного психічного стану в інший (наприклад, ненависть – в любов), таким чином справжні дії індивіда можуть бути реактивним утворенням того, що він насправді хоче і відчуває. Наприклад, надмірна турбота про забезпечення безпеки оточуючих може говорити про несвідому агресію до них.

Анулювання – психічний механізм, призначений для запобігання або ослаблення будь-якої неприйнятної думки або почуття, для знищення неприйнятних для особистості наслідків іншої дії чи думки. Коли людина просить вибачення або приймає покарання (наприклад, страждання від фізичного болю при пораненні), то тим самим його погане діяння як би анулюється, і він може продовжувати жити далі з чистою совістю.

Ідентифікація визначається як ототожнення себе з ким-небудь іншим. У процесі ідентифікації індивід несвідомо уподібнюється іншому індивіду (об'єкту ідентифікації). У якості об'єктів ідентифікації можуть виступати як індивіди, так і групи. Ідентифікація призводить до імітації дій і переживань об'єкта.

Сублімація – один із найбільш зрілих і ефективних захистів, він полягає у несвідомому переключенні негативної психічної енергії на заняття соціально-корисною працею. Сублімація виражається в тому, що індивід, який відчуває будь-якої душевний конфлікт, знаходить заміщення внутрішньої тривожності

переключенням на будь-яке заняття (творчість, рубання дров, прибирання тощо) Наприклад, старшина, що проходить реабілітацію в госпіталі і має серйозні проблеми зі здоров'ям на прохання пофантазувати про своє майбутнє висловлює бажання працювати лісником і боротися з браконьєрством.

Захисні механізми психіки стримують надлишок психічної енергії, гнів, який є наслідком затримання виходу психічної енергії в результаті обставин, що травмують психіку, являє собою розрядку психічного збудження. При стримуванні агресії у разі переважання або повторення ситуації, що травмує психіку індивіда, можлива компульсія, наслідком чого може бути розвиток невро-психічної симптоматики. При цьому, як зазначає проф. О. Феніхель, той, хто схильний до неврозу внаслідок конституції і інфантильної фіксації відреагує розвитком неврозу навіть у відповідь на мінімальну активацію інфантильних конфліктів. При цьому у когось іншого подібне стане можливим лише в результаті тяжких життєвих обставин [13].

В індивідуальному плані бойовій психічній травмі схильні люди зі слабким психічним здоров'ям і підвищеною реактивністю на навколишні подразники. Крім того, можна виділити і такі індивідуальні особливості, як спадкові чинники, обтяження ситуації внаслідок психічних хвороб, психологічні травми, перенесені в ранньому віці, супутня психічна та неврологічна патологія та ін.

За великим рахунком ми маємо справу з психоневрозами, тобто з реакцією психіки на конфлікт за участю свідомості, позасвідомого і навколишнього світу. Основу психоневрозів представляє невротичний конфлікт. Невротичний конфлікт є наслідком конфлікту між тенденцією до розрядки і тенденцією до її запобігання. Шляхом удосконалення захистів психіка переструктурується, що веде до зміцнення особистості.

За допомогою психоаналітичної терапії можна виявити психологічні захисти, що застосовуються позасвідомо; проаналізувати, наскільки вони зрілі й ефективні; розширити Я

шляхом удосконалення захистів і додавання значення позасвідомим діям і, в кінцевому рахунку, або повернути військовослужбовця до строю, або допомогти в адаптації до мирного життя. Виходячи з аналізу захистів будується стратегія терапії, метою якої є створення платформи для нормального соціального “функціонування”.

Подібна терапія вимагає значного часу (інколи, психоаналітична терапія займає кілька місяців і, навіть, років).

Висновки

Основними напрямками реадaptaції учасників бойових дій є психологічний,

Література

1. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації / Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Друзь О.В. [та ін.]. – К., 2014. – 44 с.

2. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах: методичні рекомендації / Напрєєнко О.К., Сироп’ятов О.Г., Друзь О.В. [та ін.]. – К., 2014. – 34 с.

3. Устінов О.В. Психофізіологічна реабілітація бійців та постраждалих у зоні АТО / О.В. Устінов / Український медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики. – 05.03.2015. – [Електронна публікація]. Спосіб доступу: http://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2015/03/NAMN_ATO.

4. Єна А.І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А.І. Єна, В.В. Маслюк, А.В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України, № 1(5) – 2014 – С. 5-15.

5. Снедков Е.В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны): Дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1992. – 325 с.

6. Напрєєнко О.К. Науковий супровід діяльності громадських організацій психіатрів, наркологів і медичних психологів України / О.К. Напрєєнко, К.М. Логановський, Н.Ю. Напрєєнко, Т.К. Логановська // Український

соматичний, психоневрологічний та соціальний. Процеси реабілітації, відновлення психофізіологічного стану військовослужбовців є першочерговою задачею для медичної та соціальної служб для повернення їх до виконання своїх обов’язків. Це стосується також усіх силових структур і відомств, що беруть участь в АТО.

Ми вважаємо, що психоаналіз, як універсальний інструмент підтримки психіки в стабільному стані може активно застосовуватись у реабілітації учасників АТО.

медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики. – 2015. – № 1 (105). – С. 19–22.

7. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Український медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики. – 2014. – № 6 (104). – С. 124–127.

8. Жак Лакан. Имена-Отца. / Символическое, Воображаемое и Реальное. Гнозис / Логос. Пер с англ. – Москва, 2006. – С. 14–16.

9. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности... // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – № 2(21). – [Електронна публікація]. Спосіб доступу: <http://neuronews.com.ua/page/>.

10. Фрейд З. Психология бессознательного. Пер с англ. – М.: «ООО Фирма СТД», 2006. – С. 129–186.

11. The “BASIC Ph” Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application. Edited by Mooli Lahad, Miri Shacham and Ofra Ayalon. – London, 2013. – 288 p.

12. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. Пер с англ. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.

13. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. Пер с англ. – М., 2013. – 624 с.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Власенко О.М.