

УДК 159.92

П 57

Марія ПОПІЛЬ

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ ЇХ АДАПТАЦІЇ ДО ЖИТТЯ В МИРНИХ УМОВАХ

У статті описані зміни стану психічного здоров'я військово-службовців, спричинені їх перебуванням в зоні бойових дій. Акцентовано увагу на важливості профілактики розвитку у них посттравматичного стресового розладу та психотерапії з метою успішної реадaptaції їх до мирного життя.

Ключові слова: *екстремальна ситуація, бойові дії, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, психічна травма, психотерапія, реабілітація.*

Постановка проблеми. У ХХІ столітті ми стали свідками жорстоких військових протистоянь, але здавалося, щодо України така ситуація неможлива. «Югославія в Україні не повториться», – були впевнені ми. Проте, сьогодні, в умовах реальних військових дій, українське суспільство повинно визнати протилежне та потурбуватися, щоб у душах військовослужбовців, їхніх сімей, дітей, які пережили евакуацію та бомбардування, зміг запанувати мир та з'явилася прага до життя. «Не всі рани війни є видимі, але всі потребують зцілення...» – наголошує директор Інституту психічного здоров'я УКУ Олег Романчук, акцентуючи на тому, що одним із основних завдань сьогодні є підготовка психологів до зустрічі з невидимими наслідками війни, допомогти знайти ліки для тисяч душ, зраних війною [1, 5].

Разом із бойовим досвідом військовослужбовці ЗСУ отримують психічні травми, а їхня психіка зазнає значних змін. Стрес, пережитий людиною в екстремальних ситуаціях, як правило, виходить за свою інтенсивністю за межі звичайного людського досвіду, що часто призводить до формування різних психічних розладів. Щонайменше у 30 % осіб, що пережили психотравмувальну подію, розвивається стан, який увійшов у психіатричні діагностичні керівництва під назвою *посттравматичного стресового розладу* (ПТСР) [2]. Він є одним із найбільш поширених розладів – щонайменше 7 % осіб (5 % чоловіків, 10 % жінок) мають його впродовж життя. З них у близько 30 % осіб перебіг розладу має хронічний характер з можливою персистенцією симптомів на 10 і більше років життя [2, 11].

Втім ПТСР не єдиний розлад, пов'язаний з психотравмувальними подіями. Гіпотезується (і це є предметом інтенсивних дискусій), що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих до комплексних форм ПТСР, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності [4]. Тому профілактика розвитку та терапія ПТСР є важливою і актуальною проблемою на сучасному етапі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченням перебігу і механізмів посттравматичного стресового розладу - головного психологічного наслідку участі в бойових діях – займались спочатку в основному клініцисти (J.E. Erichsen (1867), H. Oppenheim (1888), E. Stierlin (1909, 1911), E. Kraepelin (1916) та ін.). Згодом до вирішення цих проблем долучились і психологи. Серед вітчизняних та зарубіжних дослідників питання, що пов'язані з різними аспектами надання психологічної допомоги військовослужбовцям, розглядали: Г.О. Акімов, П.В. Волошин [2], О.С Чабан [8] (наслідки бойових психічних травм під час війн); А.Д. Бравеє, В.С. Гічун, В.В. Ковтун, О.М. Коржиков, Ю.Є. Лях (медико-соціальні аспекти реабілітації військовослужбовців); В.П. Коханов [4], В.Н. Краснов [4], І.Г. Малкіна-Пих [5], Н.В. Тарабрина [7] (психологія посттравматичного стресу); П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова (розлади адаптації: діагностика, лікування, реабілітація) [6]; В.С. Березовець, С.В. Захарик, В.В. Знаков,

І.І. Ліпатов, Т.П. Пароянц, В.Є. Попов, П.І. Сідоров, В.В. Стасюк (наслідки бойових психічних травм під час воєнних конфліктів) та ін.

Однак результати аналізу наукових джерел свідчать про те, що вітчизняною наукою ще недостатньо вивчено психологічні аспекти процесу перебування особистості у зоні боєвих дій. Підтвердженням цієї думки служить також те, що до теперішнього часу відсутні державні наукові програми, які були б присвячені дослідженню проблем військовослужбовців – учасників бойових дій у районах військових конфліктів.

З огляду на вищесказане, *метою* статті є аналіз психологічних змін у військовослужбовців, що перебували у зоні АТО та особливостей процесу їх адаптації до проживання в мирних умовах.

Спектр можливих психічних розладів, пов'язаних з переживанням життєво небезпечних ситуацій, містить гостру реакцію на стрес, ПТСР, розлади адаптації, гострі і транзиторні психотичні розлади, депресивні і тривожні розлади, хронічні зміни особистості. Існують клінічні діагностичні критерії ПТСР, які умовно можна поділити на чотири основні види: А, В, С і D [4].

Критерій А належить до травмувальної події. Це означає, що людина перебувала під впливом екстремальної травмувальної події, пов'язаної із загибеллю або пораненням, і в момент знаходження в травмувальній ситуації відчувала інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В – «вторгнення». Травмувальна подія нав'язливо повторюється в переживаннях у вигляді спогадів про неї, відповідних образів, думок і почуттів, які викликають важкі емоційні переживання, кошмарні сновидіння. Також до критеріїв вторгнення належать «флешбек» ефекти – моментальне, без видимих причин, відтворення з патологічною достовірністю та повнотою відчуттів травмувальної ситуації в поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, відчуття, що травмувальна подія відбувається заново. Можливі, навіть, прояви фізіологічної, вегетативної гіперреактивності в ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують травмувальну подію.

Критерій С – «уникнення», що має ознаки блокування емоційних реакцій, так зване заціпеніння. При цьому людина намагається уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою, помітно знижується інтерес до життя, може розвинути часткова психогенна амнезія – нездатність згадати важливі аспекти травми. Людина почувається відчуженою, віддаленою від інших людей, не бачить перспективи в майбутньому, знижується інтенсивність вищих емоцій.

Критерій D – «гіперактивація». У потерпілого виникають труднощі з засинанням або поганий сон, дратівливість, спалахи гніву, труднощі із зосередженням уваги, підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

Зміни стану психічного здоров'я у військовослужбовців, спричинені війною на Сході України, є наслідком сильних і тривалих фізичних навантажень, емоційно-вольового та мотиваційного перенапруження, порушення звичного ритму життєдіяльності. Тривале перебування в зоні бойових дій є одним з визначальних факторів того, що у бійців виникає «стійка соціально-психологічна дезадаптація» [1, 48]. Результати травми можуть виявитися раптово або через тривалий час, на фоні загального зовнішнього добробуту людини, і згодом це погіршення стану стає вираженим все чіткіше. Як відмічає дослідник Л.М. Сас, військовий стрес має хронічну причину та тенденцію до поступового погіршення з плином часу [1, 48].

З метою визначення актуального психологічного статусу військово-службовців, що несли службу у зоні АТО, нами було обстежено 40 осіб, віком від 21 до 35 років. Хлопці брали участь у бойових діях від 2 до 6 місяців. Було проведено бесіду, яка мала на меті вирішення не тільки діагностичних, а й психотерапевтичних завдань та застосовано такі тестові методики: опитувальник депресивності А. Бека, шкала Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна для визначення особистісної та ситуативної тривожності, методика «Самопочуття, активність, настрої» (САН).

Процес проведення діагностичної бесіди можливий за умови подолання комунікативного бар'єру, який, як правило, виникає у військовослужбовців щодо інформації, пов'язаної з пережитим психотравматичним досвідом. Проведення діагностичної бесіди дало змогу

військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося, відреагувати емоціями, пов'язаними з тяжким для спогадів періодом їхнього життя, поглянути на подію з боку, відновити цілісну картину значущих для актуального психічного стану подій, глибше усвідомити, а, можливо, переосмислити те, що вони пережили у психотравмувальній ситуації і те, як це вплинуло на їхні подальші вчинки, життєдіяльність і здоров'я. Маємо сподівання, що повноцінне проведення діагностичної бесіди сприяло також психологічній підготовці військово-службовців до подальшої участі в реабілітаційній роботі.

Нами виокремлено низку чинників, які, на думку військово-службовців, мали найбільше значення у виникненні психічних проблем, у тому числі фонові психотравмувальні фактори бойової обстановки (тривале перебування в умовах війни, інтенсивність бойових дій тощо), особливості індивідуальних реакцій на вітальну загрозу, психічний та загальний шок у момент поранення тощо. Хлопці також відмічали бажання зняти нервово-психічне напруження алкоголем, помітними були спалахи агресії, гніву при пригадуванні конкретних подій.

За результатами психодіагностичного дослідження було виявлено позитивний результат тривожності у 70 % обстежуваних, з них у 30 % відмічено високий рівень цього симптому. Потрібно зауважити, що тривога мала реактивний характер, і лише у трьох військовослужбовців – особистісний прояв на високому рівні.

Дані, отриманні за тестом САН свідчать про зниження емоційного тону, переважання пригніченого настрою, зниження психічної активації та самовпевненості. Як наслідок, депресія, що вважається дослідниками фундаментальним симптомом ПТРС. Використання опитувальника депресивності дало змогу констатувати прояв невротичної депресії у 50 % обстежених, а астенії – у 80 %. На нашу думку, основою цього симптому є не стільки фізичне знесилання, скільки когнітивне, що призводить до зменшення концентрації уваги, пам'яті, дефіциту емоційно-вольової сфери.

За умов необхідності прийняття швидких рішень і повсякчасної загрози життю ці розлади можуть стати базовими причинами порушення адаптації та створення несприятливих ситуацій. Комплексний

аналіз отриманих даних свідчить про необхідність розробки організованого психологічного впливу, спрямованого на відновлення такого стану психічного здоров'я військовослужбовців, що дає їм змогу досить ефективно вирішувати бойові й службові завдання.

У сучасній психотерапії і психокорекції ПТСР домінує інтегративний підхід. В усіх реабілітаційних заходах необхідна апеляція до особистості потерпілих, оскільки при інтенсивному впливі травмувального стресу страждає саме і насамперед особистість. ПТСР, за своєю сутністю, є взаємодією особистості з пережитим стресовим досвідом, при цьому феноменологія тих чи інших психічних порушень, що виникають внаслідок переживання екстремальної події, відображає певною мірою якість післястресової адаптації особистості.

Основна мета психотерапевтичної роботи, на наш погляд, полягає в тому, щоб максимально повно відновити преморбідний рівень соціального й особистісного функціонування потерпілих. При цьому психотерапія спрямовується на:

- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності;
- афективну переоцінку травмувального досвіду;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- відновлення здатності подальшого існування у світі [8].

На думку О.С. Чабана, при проведенні психотерапії варто орієнтуватися такі основні принципи: обов'язковість психотерапевтичного втручання; максимально ранній початок після психотравми з метою запобігання розвитку і хронізації ПТСР; комплексне тривале психотерапевтичне втручання у поєднанні з фармакотерапією [8].

У контексті розглянутої проблематики при виборі форми проведення психотерапії перевага надається не індивідуальній чи груповій, а поєднаній, що сприятиме більш конструктивному підходу до роботи з психічними проявами постраждалих.

Серед основних психотерапевтичних стратегій науковці [2; 8] вказують на необхідність:

1. Підтримки адаптивних навичок «Я». З цією метою найчастіше використовуються такі психокорекційні техніки: систематична десен-

сибілізація; тренінги релаксації; зменшення зовнішніх вимог; техніки відновлення ресурсів «Я».

2. Формування «позитивного ставлення» до симптому.

Оскільки люди, які страждають на ПТСР, пережили події, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, то в них виникають незрозумілі та важкі для них переживання і реакції. Психокорекція спрямована на те, щоб допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхні реакції нормальні, а пережите – екстремальне. Це дає змогу запобігти подальшій травматизації людини вже самими хворобливими симптомами, а також актуалізувати власні особистісні ресурси.

3. Зменшення уникання.

Як відомо, для пацієнтів із ПТСР характерне завзяте уникання зіткнення з усім, що пов'язано з травмою. Уникання відбувається на декількох рівнях: уникання емоцій, спогадів, поведінкове і когнітивне уникання. У зв'язку з наявністю уникання травматичний досвід не переробляється, продовжує залишатися хворобливим, а само по собі уникання стає додатковою проблемою, що загострює ситуацію.

4. Зміна атрибутів змісту.

Домінантою є зміна змісту, що надається травмувальній ситуації і її наслідкам. Необхідною умовою ефективного лікування є формування відчуття «контролю за травмою». Багато авторів розглядають це відчуття як загальну кінцеву мету, до якої повинні прагнути всі психотерапевтичні втручання.

Варто пам'ятати, що цілі психотерапевтичного втручання значною мірою визначаються як актуальними переживаннями пацієнта, так і етапом перебігу ПТСР. Найбільша кількість відмовлень від проведення психотерапії спостерігається саме серед пацієнтів із ПТСР. До визначеного моменту вони не вважають себе хворими і потрапляють у поле зору фахівців, як правило, із приводу коморбідних розладів (депресії, алкоголізму, аутоагресивної поведінки тощо).

Висновки. Сучасні бойові дії супроводжуються підвищеним стресогенним впливом на психіку військовослужбовців та можуть призводити до розвитку невротичних розладів особистості, серед яких домінує астенія. Відмічається високий рівень тривоги та депресії. Ці

порушення можуть стати основою до «випадання» людини із повсякденності, фіксації на травмі, до погіршення якості життя та уміння пристосовуватися, а в результаті – до розвитку посттравматичного стресового розладу. За цих умов потреба у допомозі спеціалістів особливо зростає. Такі військовослужбовці потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги, а іноді й втручання соціальних служб. Саме тому *перспективними* та важливими проблемами подальшого вивчення психологічної стійкості військовослужбовців до впливу стресчинників бойових дій; обґрунтування системи надання їм комплексної психопрофілактичної та психотерапевтичної допомоги.

Література

1. Архів психіатрії / [Ред. колег. І.А. Марценковський, О.П. Олійник, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, О.А. Ревенок, Н.М. Степанова, О.О. Суховій, С.І. Табачников, О.С. Чабан, С.С. Шум, О.В. Ціюмік]. - Том 20. – № 4 (79). – К. : ТОВ «Медікс Груп», 2014. – 128 с.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : [методичні рекомендації] / Укладачі : П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. – Х. : [б.в.], 2014. – 79 с.
3. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М. : Практическая медицина, 2008. – 448 с.
4. Кузнецов А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: вопросы лечения / А.А. Кузнецов // Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. – М. : Гэотар-мед, 2004. – С. 132 – 136.
5. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
6. Розлади адаптації: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад.: П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. – Х. : [б.в.], 2009. – 32 с.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
8. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности / О.С. Чабан // *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. – 2010. – № 2 (21). – С. 5 – 8.

Попиль Мария. Психологические изменения у участников боевых действий и особенности процесса их адаптации к жизни в мирных условиях. В статье описаны изменения состояния психического здоровья военнослужащих, причиной которых стало их пребыва-

ние в зоне боевых действий. Акцентировано внимание на важности профилактики развития у них посттравматического стрессового расстройства и психотерапии с целью их успешной реадaptации к мирной жизни.

Ключевые слова: экстремальная ситуация, боевые действия, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, психическая травма, психотерапия, реабилитация.

Popil' Maria. Combatants' Psychological Changes and Peculiarities of the Process of Their Adaptation for Living in the Peaceful Environment. This article describes the features of the current psychological status of servicemen who served in the area military action. The intensity of the experience combat stress depends on the interaction of two main factors: the strength and duration of the impact on the psyche of a soldier combat stressors and characteristics of individual response to their impact. Modern military operations are accompanied by increased stressful impact on the psyche of men and can lead to the development of neurotic personality disorders, among which dominates asthenia. It is noted high levels of anxiety and depression. These disorders can be the basis of social and psychological maladjustment, fixation on trauma, lead to deterioration in the quality of life and development of post-traumatic stress disorder. Under these conditions, the need for specialist assistance especially increases. The attention on the importance of psychological prevention and correction for successful rehabilitation and reasonably appropriate tactics for therapy soldiers participating in armed conflicts.

Key words: emergency situation, military action, posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, psychical trauma, psychotherapy, rehabilitation.