

Дворецький В.П., доцент кафедри загальновійськових дисциплін та фізичної підготовки факультету підготовки фахівців для НГУ ННІ № 3 НАВС, кандидат психологічних наук

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Бойові дії істотно впливають на їх учасників й нерідко стають причиною виникнення в них різного роду психічних травм. За офіційними даними, під час бойових дій гине менше військовослужбовців, ніж ветеранів війни після її закінчення внаслідок впливу на них психічних травм.

В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки.

Основним чинником, що травмує психіку учасників бойових дій є тривале перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Необхідно зазначити, що всі психічні розлади, включаючи ПТСР, мають схожу динаміку розвитку: від реакції на подію до появи хворобливого стану.

На думку Ю.А. Александровського [1, с.177] розвиток психічних розладів в людини, що пережила екстремальну подію, відбувається за типовою схемою:

1) Період очікування, якщо подія могла бути передбачуваною. Для цього періоду є характерними тривога, ажитація, спроба уникнути переживання загрози шляхом підтримання піднесеного настрою або перемикання уваги.

2) Гострий період, що має декілька стадій:

– заціпеніння, що супроводжується мимовільними й несвідомими діями;

– шоку, що супроводжується відчуттями страху, відчаю, запаморочення, спраги, виникненням «тунельних» станів або надмірної мобілізації;

– психофізіологічної демобілізації, що супроводжується усвідомленням події, що сталася, очікуванням її повторного впливу, погіршенням самопочуття, моральності поведінки, розгубленістю, депресивними реакціями;

– стадію розв'язку, що характеризується поступовою стабілізацією самопочуття й настрою зі збереженням почуття втоми й зниженого емоційного фону, а згодом – появою в постраждалого бажання виговоритися;

– стадію відновлення, на якій в постраждалого активізується спілкування, емоційність, поліпшується самопочуття, сон.

3) Підгострий період, що настає через місяць після події й вирізняється станом фрустрації, порушенням сну, психосоматичними розладами.

4) Хронічний період, що триває від 6 місяців до декількох десятків років й характеризується фіксацією в пам'яті постраждалого пережитих подій, наростанням симптомів патології особистості.

У клінічній картині ПТСР вчені [2, с.75–76] виділяють три основні групи симптомів: повторне переживання, уникнення, підвищена збудливість.

Симптомами повторного переживання є спогади, образи чи думки про травматичному подію, сновидіння, які відтворюють її образи, переживання інтенсивних почуттів, підвищена фізіологічна реактивність, що виявляються під час впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події.

Симптомами уникнення є реакції ступору у відповідь на стимули, що асоціюються з подією й виявляються в прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, розмов про неї, видів діяльності, місць або людей, які можуть викликати негативні спогади, зниженні інтересу до видів діяльності, які раніше були значущими, відчутті відстороненості або відчуженості від інших людей, виснаженні афективної сфери, втрачання життєвої перспективи.

Симптоми підвищеної збудливості виявляються в порушенні сну, підвищеній дратівливості й спалахах гніву без особливих причин, порушенні концентрації уваги та пам'яті,

недостатній увазі до небезпеки, неадекватності реакцій на будь-які загрози тощо.

Проблеми діагностування ПТСР, насамперед, полягають в тому, що зверненню постраждалого по допомогу заважає його страх бути визнаним «божевільним» або опинитися на обліку в психіатра. Адже встановлення діагнозу ПТСР в ряді випадків пов'язане з принизливими «процедурами». Тому всім пацієнтам доцільно роз'яснювати, що їх страждання не є божевіллям, а навпаки, нормальною реакцією на стресові події.

По-друге, встановлення діагнозу ПТСР передбачає визначення конкретних симптомів, так як це передбачає матеріальну допомогу постраждалому за втрату здоров'я. Діагноз, який не відповідає клінічним критеріям, може бути не підтвердженим. Крім того, для підтвердження діагнозу необхідні достовірні докази того, що психічна травма була дійсно отримана на військовій службі, що не завжди може бути підтверджено документально.

Терапія при клінічних формах ПТСР триває роками, з перервами на періоди ремісії, іноді – також на роки та повторними курсами у разі загострень. Загострення можуть бути найрізноманітнішими: від звичайних депресивних епізодів, що провокуються життєвими розчаруваннями і невдачами, до кримінальних, включаючи вбивства і спроби самогубства. Природно, що і суспільство, і терапевт зацікавлені в досягненні якомога більш тривалої ремісії, для чого потрібні адекватне кадрове забезпечення та достатня кількість коштів, включаючи доступність фармакологічної підтримки, оскільки постраждалі, як правило, не спроможні самостійно оплачувати лікування.

Можливість спонтанного одужання від ПТСР більшість дослідників заперечує, так само як і хронічний перебіг, що призводить до стійких змін особистості. Отже, більшість постраждалих потребує як мінімум підтримуючої терапії. Проте психотерапевтам завжди доцільно особливо підкреслювати можливість спонтанного одужання, навіть якщо воно відбуватиметься з певними характерологічними змінами.

Безумовно, найкращим середовищем для одужання є сім'я постраждалого, якщо вона має для цього достатній потенціал.

Список використаних джерел

1. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия) / Ю.А. Александровский. – Москва: Литтерра, 2010. – 272 с.
2. Решетников М.М. Психическая травма / М.М. Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 2006. – 322 с.

Христюк О.С., викладач кафедри
юридичної психології НАВС

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЧЛЕНАМ СІМ'Ї УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Оскільки потреба в любові та прийнятті є однією з базових потреб людини, сім'я є важливим фактором психологічного благополуччя людини, вона здатна надати підтримку, вселити почуття захищеності від зовнішніх небезпек та впевненості в завтрашньому дні. Саме тому ефект травматичного досвіду швидко мінімізується, якщо у людини вдома та на роботі склалися позитивні стабільні стосунки. В інших умовах травмована особистість відчуває почуття повної самотності як під час, так і після травмуючої події.

Психологічні порушення, що неминуче розвиваються після участі особи в бойових діях, як правило, зачіпають всі рівні функціонування людини (фізіологічний, особистісний, міжособистісний та соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін. Але це спостерігається не тільки у учасників АТО, які безпосередньо пережили стрес, а й у членів їх сімей. Такі порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв та можуть впливати на все подальше подружнє життя та батьківські стосунки з дітьми. Довге очікування повернення учасника АТО додому, переживання страху, тривоги за нього, його життя та здоров'я, відбувається певна ідеалізація особи та після повернення особи і радості від цього, може наступати ситуація розчарування обох сторін. У членів сім'ї може з'явитися відчуття відчуженості військовослужбовця від родини. Незвична поведінка учасника