

СОЦІАЛЬНО - ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТАХ

Участь у локальних військових конфліктах та бойових діях надзвичайно актуальна проблема для нашої держави, це є стресовим чинником, який в свою чергу провокує розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожного розладу та розладів адаптації. Щодня для військових та цивільних людей на окупованих територіях масштабність проблеми зростає.

Діагноз ПТСР з'явився в міжнародній класифікації хвороб відносно нещодавно - 1980 р. в DSM III та в 1995 р. в МКБ 10, тому не можна стверджувати що це нове захворювання. Адже протягом всієї історії людства існують війни, вбивства, та катастрофи. Стрес який отримують військові під час участі у бойових діях ("war zone stress") є різновидом посттравматичного стресового розладу.

В медичній літературі перші записи про схожий стан мають назви: «окопний синдром», «синдром серця солдата», «снарядний шок», «афганський синдром». Проте, сам термін «посттравматичний стресовий розлад» було введено американцями, які вивчали наслідки війни у В'єтнамі, результати закордонних досліджень демонструють, що ветерани В'єтнамської війни втричі частіше вчинили самогубство, ніж помирали на війні. Вчений П.Б.Ганнушкін зазначав, характерні риси для психопатизації особистості у революціонерів Жовтневої революції.

Тобто, ПТСР - це тяжке порушення психічного стану, яке виникає внаслідок безпосереднього зіткнення з психотравмуючою подією і набуває хронічного характеру внаслідок дії сильного стресу. При ПТСР спогади про травмуючу подію не архівуються в

пам'яті, а при нагоді знов переживаються. В МКХ-10 зазначено, що ПТСР являє собою затяжну або відстрочену реакцію на ситуацію, або стресову подію (тривалу чи короткочасну), яка має суб'єктивний характер загрози або катастрофи.

Основні симптоми посттравматичного стресового розладу умовно можна поділити на три групи:

1) Переживання які повторюються: думки про травмуючу подію, вони виникають проти волі людини (інтрузії), нічні жахи та сновидіння, «флешбеки» (тобто, неприємні спогади, при яких людина відчуває немов травмуюча подія відбувається знову), сильні емоційні реакції при нагадуванні (наприклад, відчуття страху при звуках сирени), фізичні реакції (пришвидшене серцебиття у разі нагадування про подію, або при наближенні до місця де відбулась травматична ситуація), спогади тіла.

2) Заціпеніння та уникнення: при спогадах про травмуючу ситуацію люди відчувають негативні емоції, тому обмежують нагадування про те що сталося, так вони віддаляються від інших та уникають будь-яких розмов на болючу для себе тему. Це в свою чергу ускладнює адаптацію до звичайного життя, часто псує стосунки в сім'ї, песимістичні думки та часті коливання настрою (іноді спалахи агресії через загострене почуття провини), ускладнює здатність прилаштуватись до життєвих ситуацій. Часто інтереси які раніше приносили задоволення вже не цікавлять людину. Також є скарги на постійну хронічну втоми.

3) Нездатність розслабитись: постійний стан бойової «готовності», очікування небезпеки, погіршення засинання та зниження якості сну, труднощі в концентрації уваги, постійна дратівливість.

Дослідження виявляють, що ПТСР супроводжується стійким нейробіологічним порушенням нервової системи (автономної і центральної). Психофізіологічні зміни, пов'язані з ПТСР, включають підвищену збудливість симпатичної нервової системи, підвищену чутливість та рівень мигального рефлексу, переляку на слухові подразнення, зниження коркових потенціалів при реакції на слухові

подразнення та порушення сну. Лонгітюдні дослідження показали, що ПТСР може стати хронічним психічним розладом, який буде зберігатись десятки років, а іноді впродовж всього життя. У людей з хронічним ПТСР доволі часто відмічається довготривалий перебіг захворювання, який в свою чергу характеризується ремісіями та рецидивами.[2] Існує також варіант з відстроченим початком, при якому синдром розвивається лише через місяці чи роки після отриманої травми. Зазвичай тригерною подією є ситуація, яка певною мірою нагадує початкову травму (наприклад, ветеран відправляє на фронт свого молодшого рідного брата).[2] Останні події на сході нашої країни спричинили ріст тривожних розладів, та розладів адаптації. Чинники які провокують збільшення людей, які потребують психологічної допомоги можна виділити такі : сімейні зв'язки з країною, яка виступає у ролі агресора; трансляція мови, пісень, літератури якою розмовляє країна агресора; довіра лише своїм побратимам, які були “пліч о пліч” на фронті; практично відсутність соціального захисту; відчуття несправедливості, щодо думки про військових; виснаженість через довгострокове перебування на передовій; пошук швидких способів розслабитись за допомогою алкоголю, або психоактивних речовин (зняти напругу); розмірковування що “за спинами” громадян, дехто домовляється за долю країни та народу в цілому.

До того ж, війна в Україні, яка йде не один рік, руйнує національну самосвідомість, ширить песимістичні думки, та стрімко погіршує якість життя. Така війна має на меті розхитати національний дух всього соціуму, а не окремих індивідів.

Підірвати довіру до базових захисних функцій держави, знизити соціальний рівень життя. Бойові дії через які люди втрачають житло, бачать на свої очі смерть побратимів або близьких людей, вимушено переїзять і мають заново будувати життя, викликають проблеми з адаптацією до нових умов життя і несуть за собою великий ризик розвитку стресових розладів та в подальшому їх хронізацію.[4] Все вищезазначене підвищує попит на психологічну допомогу населення яке знаходиться в стані дистресу

через високий рівень напруги, який в свою чергу може призводити до тривожно депресивних та стресових розладів. Опанування ефективних методів допомоги тим хто страждає на посттравматичний стресовий розлад є одним з нагальних питань для нашої держави. Адаптувати людину до життя після війни виявляється складніше, ніж до війни. Якщо присутня стійка хронічна дезадаптація, люди (військові, які йдуть “на передову” на фронті) часто повертаються в «гарячі точки», через те що розуміють, як там жити.[4] Самими відомими підходами для роботи з особами які мають діагноз “ПТСР” є терапія методом десенсибілізації та пропрацювання травматичної пам'яті за допомогою рухів очима, когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ), навички управління стресом, гіпнотерапія. Найефективніший метод першого вибору при терапії посттравматичного стресового розладу є травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ), яку обирає Американська психологічна асоціація, Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, Національний інституту здоров'я Великобританії та Управління психічним здоров'ям ветеранів Сполучених штатів Америки .[3] Основні цілі когнітивно-поведінкової терапії:

1) Побудова стратегій подолання симптоматики ПТСР аби зменшити негативний вплив на буденне життя. При повторному переживанні травматичних подій людина відчуває дискомфорт та страх і це буде відбуватись поки травматичні спогади не конвертуються в звичайні спогади та навчиться керувати інтрузіями та «флешбеками». Витіснення інтрузії із думок з часом призведе до ще більшого тиску, який неможливо буде контролювати. Те саме стосується і «флешбеків», хоч вони і мають властивість повертати нас у минуле, але людина має навчитись «заякорити» себе тут і зараз. Це допоможе усвідомити границі «флешбеку». Румінації нагадують мислення по типу «закритого кола», людина котра пережила травматичні події буде ставити собі питання без відповідей, в основному це риторичні запитання (Чому це сталося?). Румінації можуть провокувати інтрузії та «флешбеки».

2) Пригадування. Детальне відтворення подій -найскладніший етап роботи з ПТСР, важливо опрацювати цей крок з терапевтом. Важливим є свідоме пригадування подій, робота з «гарячими точками» дуже болісна але вона може призвести до важливих висновків у роботі з травмою.

3) Інтерпретація. Важливо почати аналізувати, яке значення надає людина досвіду того часу. Найважчі моменти травми ведуть до відкриття шляху її опанування та осмислення.

Без цього кроку неможливо просуватись далі в терапії. Такі питання як, «Що можна сказати про мене, як про особу яка стала свідком тих подій?», «Що для мене означає ця частина травматичних подій?», «Як поведінка інших впливає на мене та на оточуючих в цілому?», приводять до нових висновків стосовно того що сталось.

4) Переосмислення. Основним тут є розширити кордони свого бачення ситуації, змінити свої помилкові переконання, на нові судження які не будуть пригноблювати та викликати песимістичний настрій. Виявити нову точку опори на якій можна будувати нове мислення є ключовим питанням в роботі.

Невірні інтерпретації подій виділяють такі: гіперузагальнення небезпеки (це станеться зі мною ще раз), помилкова можливість передбачення (якби я це передбачив, цього б не сталось), надлюдські можливості (я мусив врятувати всіх), подвійні стандарти (якби на моєму місці був би інший він би покликав на допомогу), емоційна аргументація (я відчуваю буде лихо).

5) Адаптація. Заключний етап в терапії. Фіксуються нові навички, досягнення, та відпрацьовують «поведінкові експерименти», для тестування негативних передбачень.

Планування свого часу потрібно для того щоб повернутись до тих видів діяльності, які були актуальними до травми. Але важливо не перевантажити себе, тому що це може демотивувати на шляху до одужання.

Після основної терапії існують бустерні сесії, мета яких здійснити контроль стану пацієнта, аналізувати поточний стан, та

нагадати про дієві терапевтичні прийоми які полегшать адаптування до різних життєвих ситуацій.

Ефективність травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії доведено, вона базується на детальному опрацюванні посттравматичного стресового розладу, її логічність, впорядкованість та точний протокол інтервенцій дозволяє продуктивно працювати з особами, які страждають від посттравматичного стресового розладу, а також є змога готувати спеціалістів з психічного здоров'я (клінічних психологів, психотерапевтів) для роботи з військовими які повертаються зі сходу України.

Отже, психотерапія при психічних розладах, отриманих через перебування у зоні бойових дій, тісно переплітається з реабілітацією таких хворих. Основна задача психотерапевтичної роботи - в найбільш можливій мірі відновити преморбідний рівень соціального та особистого функціонування постраждалих [1].

Література:

1. Напрєєнко О.К. та ін. (2014) Психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: Метод. рекомендації. Націон. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, Київ, 27 с.

2. Чабан О. С., Франкова І.А. (2015) Современные тенденции в диагностике и лечении ПТСР. НЕЙРО NEWS. Психоневрол. нейропсихиатр., 2(66): 7–18.

3. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : статті / Ін-т соціальної та політ псих; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соц-псих методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – 160 с.

4. Чабан О.С. Психотерапія ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №2 (21). – С. 5–9..