

დაავადებების, კერძოდ კი ათეროსკლეროზის პათოგენეზში ორალური დისბიოზის როლის შესახებ არსებული თანამედროვე შეხედულებები.

პირის ღრუს დისბიოზსა და ათეროსკლეროზული ფოლაქის ჩამოყალიბების, პროგრესირების და

არასტაბილურობის პროცესების ურთიერთკავშირის შესწავლა უკიდურესად მნიშვნელოვანია გულის იშემიური დაავადებით ავადობა/სიკვდილობის მართვის და რაც მთავარია, პრევენციის ახალი სტრატეგიების ფორმირების თვალსაზრისით.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ

¹Абрамов С.В., ¹Кириченко А.Г., ²Корнацкий В.М., ³Огоренко В.В., ⁴Томах Н.В.

¹Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины;

²ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. академика Н.Д. Стражеска НАМН Украины», Киев;

³ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепр; ⁴КНП «Городская больница №2», Запорожье, Украина

Проблема изучения, диагностики и коррекции стресс-ассоциированных нарушений, возникающих в результате воздействия психогенных факторов, источниками которых являются различные травмирующие события (аварии, катастрофы, военные действия, насилие), относится к числу наиболее актуальных. Особого внимания заслуживают участники вооруженных конфликтов [15,17,18].

На востоке Украины уже пятый год идет война и количество военнослужащих, побывавших на фронте, постоянно растет. Сейчас уже более 350 тысяч украинцев получили статус участника боевых действий. Из них в психологической реабилитации нуждается более 75% лиц, длительные реабилитационные мероприятия необходимы 32%. За 4,5 года боевых действий в Украине зафиксировано более тысячи суицидов, более половины (66%) происходит не на линии фронта, а в пунктах постоянной дислокации, по-видимому, это связано с тем, что многие участники АТО не являются профессиональными военными и просто не знают, как справиться со стрессом [5,8,18].

Традиционный подход – предоставление военнослужащим возможности участвовать в разных адаптационных программах – не решает проблемы, поскольку основная направленность всех этих программ заключается не в стремлении помочь человеку избавиться от психологической проблемы, а в попытке привести его изменившиеся представления об окружающей действительности к нормам, принятым в данном обществе [3,7,11,14].

К сожалению, многие врачи забывают тот факт, что истинное физическое и душевное здоровье состоит не в том, чтобы соответствовать социальным нормам и стандартам, а в том, чтобы прийти к согласию с самим собой и реальными фактами своей жизни. Следовательно, кроме реабилитации нужна реадаптация к условиям воинской службы [19].

Цель исследования – создание психологического портрета участника боевых действий для последующей разработки профилактических мероприятий стресс-ассоциированных нарушений.

Материал и методы. В целях исследования и для решения поставленных задач проведено комплексное клинико-психологическое обследование 147 военнослужащих, поступивших в Днепропетровский военный госпиталь ВЧ А4615 после преимущественно минно-взрывных ранений, полученных при исполнении служебного долга в зоне АТО.

Для исследования психологических особенностей и психо-эмоционального состояния личности использованы следующие методики: ММРІ, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Бека, шкала посттравматического стрессового расстройства (СЕС), опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий, шкала клинической диагностики ПТСР (Clinical- administered PTSD Scale – CAPS), шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R), шкала оценки интенсивности боевого опыта (COMBAT EXPOSURE SCALE), Миссисипская шкала постбоевых стрессовых расстройств Т. Кино (1988), метод СМОЛ, тест САН, тест Люшера [19].

Оценка психической деятельности состояла из оценки компонентов: состояния психических функций и динамики умственной деятельности; эмоционально-волевой сферы и особенностей личности. Исследования проводились индивидуально. Проанализированы пункты и характеристики тестовых методик, подсчитывалось общее количество баллов отдельно по каждой шкале. Полученные данные статистически обработаны с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, метода подлинности по Стьюденту с уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У военнослужащих (35%) после минно-взрывного ранения определены следующие нарушения: посттравматическое стрессовое переживание, ночные военные кошмары, чувство вины выжившего, снижение аппетита и активности в повседневной жизни, а также специфические симптомы: трудности концентрации внимания (34%), нарушение памяти (21%), тревожность (67%), гиперактузия (18%), шум в ушах (42%), непостоянное головокружение (28%), нарушение равновесия (17%).

Ночные кошмары отражали события, связанные с опытом на войне, у 15% лиц были оторванные от реальности, а у 32% диагностирован поверхностный сон с частыми пробуждениями, связанный с внешними (различными звуками) и с внутренними (ночными сновидениями) факторами. В 63% случаев среди военнослужащих, получивших контузию головного мозга средней и легкой степени тяжести обнаружены астено-депрессивные и тревожно-депрессивные нарушения, которые развивались непосредственно в зоне боевых действий после различных психотравмирующих переживаний.

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию были типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости (96% лиц указывали на их наличие в той или иной степени выраженности).

У 71% военнослужащих отмечена повышенная ситуационная тревожность, настороженность и подозрительность, снижена способность контролировать свои эмоции и необходимость в групповой поддержке. Такая реакция характерна для ответа личности на экстремальную ситуацию в бою или на ранение [12]. Наибольшие изменения психологических показателей отмечались у тех, которые находились в условиях боевых действий более трех месяцев. У 49% отмечалась повышенная личностная тревожность, которая сопровождалась вегетативными реакциями: сердцебиением, повышенной потливостью, артериальной гипертензией, чувством затруднения дыхания. В структуре личности наблюдались проявления соматизации тревоги (53%) и перепады настроения (61%), которые достигали уровня патологии.

Частыми признаками стресс-ассоциированных расстройств были чувство подавленности (45%), пессимизм (39%), снижение активности (34%), апатия (34%), способность легко заплакать (21%), периодические мысли о самоубийстве (27%), отсутствие интереса к чему-либо (17%), депрессия (29%).

Депрессивные расстройства по степени выраженности были разделены на три уровня: субклинический (59%), клинический (29%) и значительно выраженный (12%). Доминирование проявлений ипохондричности выявлено у 63% обследованных, депрессивности – у 38% и ригидности аффекта – у 74%, которые достигали уровня патологии. Низкая лабильность отмечалась у 43%, средняя – у 37% и у 20% – высокая.

Следующим расстройством было импульсивное поведение (31%), которое проявлялось гипертвужимостью (повышенная раздражительность, взрывчатость, ярость), сопровождавшаяся сомато-вегетативной неустойчивостью (29%) и эмоциональными переживаниями (24%). Эти реакции по ведущему синдрому были разделены на тревожно-депрессивные (39%), астено-депрессивные (27%), астено-ипохондрические (42%), астено-невротические (49%), невротические и конверсионные (45%).

Исследование профиля личности выявило, что практически большая половина обследуемых имела повышение акцентуации, при этом у 38% наблюдалось нарушение механизмов интрапсихической адаптации и у 62% – экстрапсихической, к которой относятся ярко выраженная дезинтеграция личности (18%), сенситивные (23%) и истерические проявления (8%), повышение по шкале шизоидности (8%), значительное снижение по шкале гипомании (7%) и повышение по шкале психопатизации (19%), рис. 1.



Рис. 1. Исследование профиля личности

При этом наиболее распространенными были истерический (25%), сенситивные (23%) и психопатизационный (19%) типы реагирования, которые были проявлениями социально опосредованного отношения человека к действительности, своему месту в обществе и личностной реакции на социально значимые события или изменения своего социального статуса. Поэтому существенными были не травматические проявления, а неприятные ощущения последствий боевых действий и реакция на них со стороны окружающих.

В структуре психических процессов конверсионные защитные реакции отмечались у 34% военнослужащих и проявлялись симптоматикой, которая не имела физиологического подтверждения при клиническом обследовании. Механизм вытеснения (желания забыть) контузии или травмы, или боевое событие приводило к развитию интрапсихического напряжения и усиления болезненных проявлений (42%). У 32% отмечались реакции неустойчивого типа, основой которых была импунитивная мотивация: стремление любым способом уйти из стрессогенной ситуации, добиться направления в госпиталь, перевод из района боевых действий или освобождение от армии. В 28% случаев отмечались легкомыслие, беспечность, безответственность, незрелость и наивность; узость интересов; низкий уровень общей осведомленности. В 26% случаев – определенные реакции неустойчивого типа в соединенные с акцентуациями характера.

Среди дезадаптивных типов в 38% случаев отмечался интрапсихический с тревожными (57%) и неврастеническими (43%) проявлениями. «Тревожные» типы постоянно проявляли беспокойство относительно отрицательного влияния травмы, обеспокоены своим будущим, опасались за изменения стереотипов жизни. Для неврастенических («раздражительной слабости») характерны слабость (39%), быстрая утомляемость (35%), нетерпение (7%), низкий порог болевых ощущений (19%), наиболее ярко выражены с депрессивными (41%) и астеническими (59%) тенденциями.

Патохарактерологические реакции аффективно-эксплозивного типа встречались у 28% лиц преимущественно с эпилептоидно-истероидными и эпилептоидно-неустойчивыми акцентуациями характера, которые проявлялись экстрапунитивным реагированием в виде оппозиционно-вызывающего поведения, аффективной взрывчатости, агрессивности, открытого неповиновения, стремление делать «на зло» окружающим, «срывать на них гнев и обиду». Для них характерны развязность, бестактность в общении; импульсивность, возбудимость, конфликтность; эмоциональная гиперактивность; ригидность, произвол, нежелание подчиняться, слабый эмоциональный контроль, изменчивость настроения, циничная брань, угрозы с попытками расправы, нередко сочеталось с нанесением достаточно серьезных повреждений окружающим; тенденция противопоставить себя; аффективная логика. При ограничении их власти, ущемлении личных интересов возникало агрессивное поведение, которое отличалась большей грубостью, непредсказуемостью, тяжестью последствий.

Социально-психологическая дезадаптация, в основном сводилась к конфликтам с командирами и сослуживцами, вызывала декомпенсации в виде часто рецидивирующих полиморфных демонстративных реакций активного и пассивного протеста на фоне присущего им инфантильного эгоцентризма, внутренней бессодержательности.

Проведенное анкетирование выявило, что у 39% лиц отмечаются тенденции суицидального шантажа (в форме угроз покончить с собой, что выставлялось напоказ) и демонстративности, имеющие цель вызвать сочувствие, вернуть себе прежнее положение в воинской части. Все это сопровождалось ярким экспрессивным выражением чувств (криками, плачем, позёрством, вспышками раздражения), для достижения цели могли солгать, с имитировать психосоматические нарушения.

Таким образом, проведенное исследование эмоциональной и личностной сфер военнослужащего выявило, что для астенического симптомокомплекса характерны выраженные возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истоцаемости, эмоциональной слабости, пониженного настроения, обидчивости, поведение по типу раздражительной слабости, вспышки раздражения, особенно на фоне болевого синдрома, неудач при лечении. Раздражение нередко было направлено на окружающих людей. После этого возникало раскаяния за несдержанность.

Для тревожного типа реагирования характерны непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения травмы и возможных осложнений. Отмечались тревожное настроение и подавленность, различные психосоматические расстройства. Обсессивно-фобический проявлялся чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события. Ипохондрический тип реагирования проявлялся сосредоточением на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях. При истерическом типе наблюдались повышенная внушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения. Для депрессивного типа характерно пониженное настроение, чувство пессимизма. Для эксплозивного – характерны повышенная раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность.

В 10% определялся эргопатический (гармоничный) тип реагирования (трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без особого основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки изменений в состоянии своего здоровья, стремление содействовать успешному лечению, у 37% – тревожный тип реагирования. У большинства пациентов (63%) отмечались смешанный (ипохондрически-тревожный или ипохондрически-депрессивный – 43%) и диффузный (20%) тип реагирования.

С помощью полученных данных психологического обследования все военнослужащие были разделены на типы реагирования в процентном соотношении (от минимального к максимальному).

Первый тип – эргопатический (активно-оборонительный, преимущественно адаптированный), проявлялся адекватной оценкой тяжести контузии или осознанной тенденцией к ее игнорированию.

Второй тип – смешанный (пассивно-оборонительный, преимущественно дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе лежит отступление, примирение с травмой. Характерные тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Психический дискомфорт проявлялся в жалобах соматического характера и к выраженному стремлению к обследованию и стационарно-амбулаторному лечению.

Третий тип – диффузный (деструктивный с дезадаптацией интерпсихической направленностью). Характерно для него нарушение социального функционирования. Наблюда-

лись внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечалась склонность к конфликтам, взрывному поведению; для разрядки негативных аффектов пациенты прибегали к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям [10].

Таким образом, среди поведенческих особенностей конфликтность с окружающими, вспышки гнева, драки, злоупотребление алкоголем и наркотиками, было обусловлено трансформацией личности, которая может возникнуть после первого убийства врага или после гибели одного из товарищей. Первичная реакция на такую травму может быть внешне незаметной или сопровождаться острой психической дезорганизацией. После возвращения из боевых действий остается привычка оценивать окружение с точки зрения потенциальной опасности, и малейшая провокация может внешне вызвать агрессию, а частые дисфории приводят к алкоголизации и снижению работоспособности [1, 4,9].

Существенной психологической характеристикой было выявлено снижение порогов чувствительности к социальным воздействиям. В контексте это означает, что состояние психо-эмоциональной сферы у 70% лиц нуждается в психологической коррекции и сопровождении на всех этапах нахождения военнослужащего в армии и вне.

Анализ типов военнослужащих по данным опросника ЛОБИ выявил ряд существенных отличий: преобладал тревожный и депрессивный, ипохондрический, паранойяльный и эгоцентрический. В ходе исследования был выделен ряд значимых социально-психологических и личностных факторов и их влияние на возникновение ранних психосоматических проявлений. Фактор «недостаточной социальной поддержки» зарегистрирован в 59% случаев, который положительно коррелировал с невротическими симптомокомплексами. Фактор «длительного посттравматического стресса» положительно коррелировал с ипохондрическими и истероидными проявлениями, депрессивно-тревожными симптомами. Значимые характерологические особенности, которые не достигали расстройств личности коррелировали с полиморфными эмоциональными расстройствами или с личностными акцентуациями.

При обследовании были выявлены тенденции к агрессии у 40% обследованных; тревоги – у 33%; положительных эмоций – у 27%; защиты обнаружения – у 27%; отчуждения – у 13%; общительности – у 73%; ориентации на будущее – у 67%.

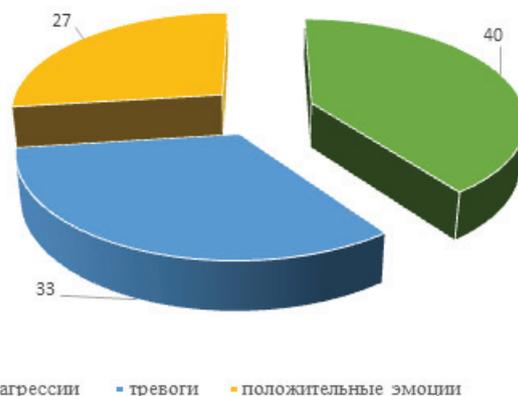


Рис. 2. Значимые эмоциональные тенденции у военнослужащих АТО

Следует отметить, что типы психологического реагирования с интрапсихической направленностью характеризовались изменением эмоционально-аффективной сферы лич-

ности в виде реакций по типу раздражительной слабости (43%), тревожности (67%), подавленного состояния (48%), пессимизма относительно будущего (46%) и депрессивности (37%), «капитуляцией» перед ранением (51%).

Самооценка их часто имела сниженный уровень и, вместе с тем, определялся высокий уровень притязания, что свидетельствовало о нереалистичном видении будущего. Отмечался внутренний конфликт между желаемым и возможным для себя, которые приводили к развитию невротического конфликта с высоким уровнем личностной тревожности, что способствовало развитию психосоматических нарушений.

Используя механизмы психологической защиты (43%), бессознательно выбирали проекцию «раздражительной слабости», реже – «отрицание дефекта, травмы», которые были недостаточно зрелыми конструктивными механизмами. Определение психологической составляющей необходимо для восстановления скрытых личностных ресурсов, за счет которых возможна компенсация ограниченных возможностей и наиболее полная реадаптация в новой для него ситуации развития. Без учета медико-психологических профилей военнослужащих и оценки их ресурсных возможностей, невозможно построить эффективную реабилитационную систему, с целью возвращения их к полноценной жизни в мирное время.

Обобщение результатов проведенного исследования позволило определить основные аспекты психологического портрета военнослужащего. Психологический портрет может быть адаптационным («положительным») и способствовать противоборству с ранениями и его последствиями (психологическая адаптация), а может быть и дезадаптационным («негативным») и потакать ранению и препятствовать лечебно-профилактическому воздействию (психологическая дезадаптация). Сущность портрета заключается в гармоничной перестройке с осознанных на неосознанные психологические установки и наоборот, в изменении субъективной иерархии ценностей, то есть в сдвигах, которые лишают значимости и тем самым обезвреживают то, что стало психологически травмирующим.

На этапе формирования эмоционально-психологических нарушений ведущее значение принадлежит констелляции социально-психологических (личностная акцентуация, последствие ранений, семейное положение, социальное отторжение и поддержка, семейные конфликты) и биологических (возраст, пол, ранения, травмы, степень ограничения жизнедеятельности) факторов. Личностные расстройства в рамках пограничных состояний проявлялись прежде всего в нарушениях поведения. Прогностически неблагоприятными признаками были склонность к генерализации различных форм поведенческих расстройств, возникающие в самых разных ситуациях и вызываемые различными, в том числе неадекватными, стимулами, приобретенными патологическими стереотипами.

Чаще всего отмечались расстройства личности в отличие от акцентуации, которая проявляется лишь в жизненно сложных ситуациях. Нарушение адаптации при акцентуации возникает только тогда, когда психотравмирующие обстоятельства прицельно попадают в «слабое звено» системы взаимодействия личности со средой (у каждой акцентуации своя избирательная уязвимость). При расстройствах личности проявления способствуют развитию пограничных психических нарушений, и влияют на эффективность в проведении терапии (коррекции).

Благополучно переживают жизненные трудности те лица, которые имеют устойчивую систему мотивации в структуре их личности, а также индивидуальные особенности: умение быстро переходить от одной схемы поведения к другой, более адекватной в настоящее время.

В большинстве случаев наблюдаются нарушения психологической адаптации, для которых характерна большая чувствительность к действию стрессовых факторов, сопровождающиеся тревожностью, амбициозностью, аккуратностью, усердием, незначительной ригидностью и строгостью соблюдения общепринятых норм поведения. Типичное использование механизмов подавления или воздержанию проявления своих эмоций (агрессии, злости, страха, враждебности), то есть трансформация запрещенных импульсов и желаний в более дружеские и социально общепринятые обществом, может привести к появлению у индивидуума различных психосоматических расстройств и поведенческой социальной дезадаптации.

Таким образом, выявленные психологические трансформации значительно коррелировали со степенью личностного преморбидности и имели нелинейный характер. Отмечена недостаточная зрелость психологических механизмов реагирования. Важное значение в портрете участника АТО имеет не сам характер психотравмирующей ситуации, а личностное отношение к ней участника и его окружения. У трети развивается доминирующий адаптивный механизм в виде вытеснения. Но вытеснение и продавливание не всегда завершается удачной адаптацией личности и это зависит от многих факторов, в частности от преморбидности и акцентуации личности. Иногда усиленное желание забыть фрустрирующие ситуации приводит к противоположному результату, в связи с чем снижается общий уровень социальной активности, возникают суицидальные мысли и действия. Желание быстрого вытеснения воспоминания о психотравмирующей ситуации приводит к развитию интрапсихического напряжения и усилению стресс-ассоциированных нарушений.

Выводы.

1. Комплексное применение тестовых методик позволило с большей вероятностью определить психологический портрет военнослужащего для выявления стресс-ассоциированных нарушений и психических проблем.
2. Выявленные пато-характерологические реакции были проявлениями психогенных расстройств в пределах личностных ресурсов, которые проявлялись ситуационно обусловленными патологическими нарушениями поведения со склонностью к стереотипному повторению поступков и способов реагирования, сопровождались невротическими, сомато-вегетативными расстройствами и возможной социально-психологической дезадаптацией, для которой характерны дисгармоничность в эмоциональной и волевой сферах, аффективная возбудимость, нестабильность настроения, обусловленная эгоцентричными защитными механизмами.
3. Отмечено снижение показателей, свидетельствующих об уровне поведенческой регуляции у обследуемых, морально-этической нормативности и коммуникативных способностей.
4. Военнослужащие, имеющие выраженные признаки посттравматического стресса, более интравертированы с высоким уровнем нейротизма и в меньшей степени склонны к компромиссам во взаимоотношениях с окружающими.
5. Анализ результатов базисных шкал показал наличие

тенденций к ипохондрии, которая проявлялась плохой переносимостью изменений в обстановке, утратой равновесия в социальных конфликтах, склонностью к тревогам и депрессиям, неуверенностью в себе, чувствительностью и сензитивностью.

6. У всех военнослужащих после минно-взрывного ранения наблюдались различной степени проявления изменения психического состояния в виде реакций на эмоциональные и физические стрессы от относительно кратковременного ощущения дискомфорта до психопатологических расстройств невротического и психотического уровней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антинаркотична профілактика: навч. посіб. / В.В. Черней, О.М. Стрільців, Е.В. Расюк та ін.; МВС України. НАВС; за ред. В.В. Чернея. – Київ: НАВС, 2013. – 180 с.
2. Анцупов А.Е., Шипилов А.И. Конфликтология / учебник для ВУЗов, 6-ое издание. – Питер, 2015 – 528 с.
3. Бабов К. Д. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / К. Д. Бабов, І. К. Бабова, І. В. Балашова [та ін.] / За ред. К.Д. Бабова, І.Я. Пінчук, В.В. Стаблюка. – Одеса, 2015. – 240 с.
4. Безгин М. А. Психические расстройства военнослужащих на корабле / М. А. Безгин, К. С. Улямаев, А. А. Симонова, А. В. Левин // Молодой ученый. – 2018. – №35. – С. 73–76. — URL <https://moluch.ru/archive/221/52483/>
5. Військово-медична доктрина України (Проект) / О.І. Затирайко, Г.В. Мясников // Новости. Медицины и фармации в Украине. – 2014. – № 19.– С. 3–5.
6. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А.В. Верба, О.А. Барбазюк, А.В. Швець, В.В. Стеблюк, В.І. Осьодло, А.П. Казмірчук, А.М. Галушка, П.І. Мех, О.В. Ричка, І.А. Васянович А.Р. Чайковський, Ю.П. Романенко, І.К. Середа, К.В. Проноза-Стеблюк, Г.В. Иванцова, О.І. Єщенко / Під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О.В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук Гічуна В. С. – К., 2017. – 83 с.
7. Ефремов А.О. Военная педагогика: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2017. – 640 с.
8. Збереження працездатності військовослужбовців керівного складу різного віку, які працюють в умовах постійної дії стрес-чинників: метод. реком. / В.В. Кальниш, Е.М. Хорошун, А.Ю. Салієв, А.В. Швець, А.Ю. Кіх. – К., 2016. – 36 с.
9. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції: Клінічна настанова, 2-ге видання / Б. В. Михайлов, В.С. Гічун, О.П. Михайлік, О.М.Зінченко, В.Б. Мажбіц. – Київ, 2016. – 54 с.
10. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: метод. реком. / А.В. Швець, О.В. Коваль, І.А. Лук'янчук, А.Р. Чайковський. – К., 2016. – 57 с.
11. Основні завдання та заходи медичної реабілітації військовослужбовців в системі медичного забезпечення ЗС України / А.М. Галушка, Ю.М. Депутат А.В. Швець, А.Ю. Кіх, О.В. Горішна, О.В. Ричка // Med&Psy Rehab: Матеріали

міжнародного конгресу з медичної і психологічної реабілітації (м. Київ, 30-31 жовтня 2017 р.). – К., 2017. – С. 34–36.

12. Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців ЗС України: метод. реком. / В.В. Стеблюк, І.Ф. Гончаренко, А.В. Швець [та ін.] – К.: РРВ УВМА, 2016. – 54 с.

13. Посттравматичний стресовий розлад (етіологія, патогенез, діагностика, клініка, профілактика, диференційна діагностика та лікування): метод. реком. / Під загальною редакцією В.С.Гічуна. – Київ, 2014. – 29 с.

14. Потемина Т. Е. Дезадаптивные изменения в нервной системе после воздействия стресса и травм / Т.Е. Потемина, А.А. Зуйкова, С.В. Кузнецова, А.В. Перешеин // Вестник медицинского института. – Реавиз, 2019. – № 4. – С. 72–77.

15. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах (посібник) / Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2017. – 209 с.

16. Проблеми немедичного вживання психоактивних речовин військовослужбовцями / Під ред. Стеблюка В. В. – Київ: УВМА, 2017 – 156 с.

17. Прогнозування адекватності поведінки військовослужбовців в екстремальних умовах: метод. реком. / Швець А. В., Дорошенко М. М., Иванцова Г. В., Коваль О.В., Лук'янчук І.А., Мальцев О. В. – К., 2016. – 40.

18. Система реабілітації військовослужбовців з бойовою нейротравмою в Збройних Силах України / Стеблюк В.В., Проноза-Стеблюк К.В. // Med&Psy Rehab: Матеріали міжнародного конгресу з медичної і психологічної реабілітації (м. Київ, 30-31 жовтня 2017 р.). – К., 2017. – С. 84–86.

19. Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / В. М. Корнацький, Т. С. Маноїленко, А. Г. Кириченко [та ін.]; під ред. В. М. Коваленка, В.М. Корнацького; Національний науковий центр «Інститут кардіології імені М. Д. Стражеска». – Київ: Коломійчин В. Ю., 2015. – 352 с.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF A PARTICIPANT OF MILITARY ACTIONS AND STRESS-ASSOCIATED VIOLATIONS

¹Abramov S., ¹Kyrychenko A., ²Kornatsky V., ³Ogorenko V., ⁴Tomakh N.

¹Dniprovsky Medical Institute of Traditional and Alternative Medicine; ²GU “National Scientific Center“ Institute of Cardiology named after Academician N.D. Guard of the NAMS of Ukraine”, Kiev; ³GU “Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine”, Dnipro; ⁴KNP «City Hospital No. 2», Zaporozhye, Ukraine

The problem of studying, diagnosing and correcting stress-associated disorders resulting from exposure to psychogenic factors, the sources of which are various traumatic events, is one of the most relevant.

The purpose of the work is to create a psychological portrait of a combat participant for the subsequent development of preventive measures for stress-associated disorders. To study the psychological characteristics and psycho-emotional state, a comprehensive clinical and psychological examination of 147 military personnel was carried out after mostly mine-blast inju-

ries received while performing official duties in the ATO zone.

The state of mental functions, and the emotional-volitional sphere and personality traits were evaluated. The points and characteristics of the test methods were analyzed, the total number of points was calculated separately on each scale.

A generalization of the results of the study allowed us to determine the main aspects of the psychological portrait of a military man. The essence of the portrait consists in harmonious restructuring from conscious to unconscious psychological attitudes and vice versa, in changing the subjective hierarchy of values and also to note that the character of the traumatic situation is not important in the portrait of the ATO participant, but the personal attitude of the participant and his environment.

Keywords: psychological portrait, rehabilitation, military personnel, psychological adaptation.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ

¹Абрамов С.В., ¹Кириченко А.Г., ²Корнацкий В.М.,
³Огоренко В.В., ⁴Томах Н.В.

¹Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины; ²ГУ Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеска НАМН Украины», Киев; ³ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»; ⁴КНП «Городская больница №2», Запорожье, Украина

Проблема изучения, диагностики и коррекции стресс-ассоциированных нарушений, возникающих в результате воздействия психогенных факторов, источниками которых являются различные травмирующие события, относится к числу наиболее актуальных.

Цель исследования – создание психологического портрета участника боевых действий для последующей разработки профилактических мероприятий стресс-ассоциированных нарушений. Для исследования психологических особенностей и психо-эмоционального состояния проведено комплексное клиничко-психологическое обследование 147 военнослужащих после преимущественно минно-взрывных ранений, полученных при исполнении служебного долга в зоне анти-террористических операций (АТО).

Оценено состояние психических функций, эмоционально-волевой сферы и особенностей личности. Проанализированы пункты и характеристики тестовых методик, подсчитано общее количество баллов отдельно по каждой шкале.

Обобщение результатов проведенного исследования позволило определить основные аспекты психологического

портрета военнослужащего. Сущность портрета заключается в гармоничной перестройке с осознанных на неосознанные психологические установки и наоборот, в изменении субъективной иерархии ценностей. Следует отметить также, что важное значение в портрете участника АТО имеет не сам характер психотравмирующей ситуации, а личностное отношение к ней участника и его окружения.

რეზიუმე

საბრძოლო მოქმედებების მონაწილის ფსიქოლოგიური პორტრეტი და სტრეს-ასოცირებული დარღვევები

¹ს.აბრამოვი, ¹ა.კირიჩენკო, ²ვ.კორნაცკი, ³ვ.ოგორენკო, ⁴ნ.ტომახი

¹დნეპრის ტრადიციული და არატრადიციული მედიცინის სამედიცინო ინსტიტუტი; ²ეროვნული სამეცნიერო ცენტრი “აკად. ნ. სტრაჟესკას სახ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტი”, კიევი; ³დნეპროპეტროვსკის სამედიცინო აკადემია, დნეპრი; ⁴№2 საქალაქო საავადმყოფო, ზაპოროჟიე, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საბრძოლო მოქმედებების მონაწილის ფსიქოლოგიური პორტრეტის შედგენა სტრეს-ასოცირებული დარღვევების საპროფილაქტიკო ღონისძიებების შემდგომი შემუშავების მიზნით. ფსიქოლოგიური თავისებურებების და ფსიქოემოციური მდგომარეობის შეფასებისათვის ჩატარებულია 147 სამხედრო მოსამსახურის კომპლექსური კლინიკურ-ფსიქოლოგიური კვლევა, ძირითადად, ანტიტერორისტული ოპერაციების ზონაში სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას მიღებული ნაღმ-აფეთქებითი ჭრილობების შემდეგ.

შეფასებულია ფსიქიკური და ემოციურ-ნებითი სფეროს ფუნქციების მდგომარეობა და პიროვნული თავისებურებები. გაანალიზებულია ტესტური მეთოდების პუნქტები და მახასიათებლები, დათვლილია ქულების საერთო რაოდენობა ცალკეული შკალის მიხედვით.

მიღებული მონაცემების განზოგადების საფუძველზე განსაზღვრულია სამხედრო მოსამსახურის ფსიქოლოგიური პორტრეტის ძირითადი ასპექტები. პორტრეტის არსი მდგომარეობს გაცნობიერებული ფსიქოლოგიური განწყობის პარამონიულ გარდაქმნაში გაუცნობიერებელ განწყობად, და პირიქით, ასევე, ფასეულობათა სუბიექტური იერარქიის ცვლილებაში. აღსანიშნავია, რომ ანტიტერორისტული ოპერაციების მონაწილის ფსიქოლოგიურ პორტრეტში დიდი მნიშვნელობა აქვს არა ფსიქომატრაგამირებელი სიტუაციის ხასიათს, არამედ მონაწილისა და მისი გარემოცვის დამოკიდებულებას მისადმი.