

SCI-CONF.COM.UA

**PRIORITY DIRECTIONS
OF SCIENCE AND TECHNOLOGY
DEVELOPMENT**



**ABSTRACTS OF IV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
DECEMBER 20-22, 2020**

**KYIV
2020**

PRIORITY DIRECTIONS OF SCIENCE AND TECHNOLOGY DEVELOPMENT

Abstracts of IV International Scientific and Practical Conference

Kyiv, Ukraine

20-22 December 2020

Kyiv, Ukraine

2020

UDC 001.1

The 4th International scientific and practical conference “Priority directions of science and technology development” (December 20-22, 2020) SPC “Sci-conf.com.ua”, Kyiv, Ukraine. 2020. 1472 p.

ISBN 978-966-8219-84-9

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Priority directions of science and technology development. Abstracts of the 4th International scientific and practical conference. SPC “Sci-conf.com.ua”. Kyiv, Ukraine. 2020. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/iv-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-priority-directions-of-science-and-technology-development-20-22-dekabrya-2020-goda-kiev-ukraina-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: kyiv@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2020 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2020 Authors of the articles

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ З ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Варивончик Денис Віталійович
д. мед. н., проф., завідувач кафедри
Буранова Яна Юріївна,
психолог, кафедра медицини праці,
психофізіології та медичної екології
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

Вступ. Одним з найбільш виражених стресових факторів, що існують на сьогодні в Україні, є бойовий стрес (БС), який призводить до значних медичних, соціально-психологічних негативних наслідків у військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях в зоні проведення Антитерористичної операції / Операції об'єднаних сил (АТО/ООС) на Сході України (комбатантів). БС викликає у комбатантів стан хронічної дезадаптації, з розвитку специфічних функціональних станів – після травматичних стресових розладів (ПТСР), що потребують відповідної психологічної реабілітації [1, с. 25 – 34; 2, с. 36 – 39; 3, с. 39]. У зв'язку з цим розробка та оцінка ефективності заходів психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР є актуальним завданням сьогодення.

Мета роботи – розробити та оцінка ефективності заходів психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР.

Матеріали та методи. Були розроблені та впроваджені заходи психологічної реабілітації комбатантів (2014 – 2019 р.р.) на базі клініки професійних хвороб ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України». Для оцінки їх ефективності впродовж 2018 – 2020 р.р. була здійснена оцінка динаміки психологічного стану комбатантів з ПТСР (314 осіб), з використанням шкали оцінки актуального психічного стану («СОПАС-8») [4],

клінічних критерії виразності симптомів ПТСР (за критеріями DSM-5: 309.81/F43.10) [5; с. 271 – 280].

Дослідження проводилось в умовах дотримання конфіденційності інформації; обробка даних проводилась в умовах їх деперсоналізації. Результати дослідження оброблялись статистичними методами.

Результати та обговорення. Психологічна реабілітація (ПР) у комбатантів з після травматичними стресовими розладами (ПТСР) була спрямована на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, що отримали психічну травму, і включали методи психологічного, психолого-педагогічного і соціально-психологічного впливу на комбатантів. Для цього для надавалась допомога комбатантам до реабілітаційного процесу було залучено психологів, психотерапевтів, які мали досвід роботи з військовою психологічною травмою.

В цілому комплексні заходи соціальної та групової ПР були надані всім комбатантам, а індивідуальної ПР – лише 89,8 % включених у дослідження. Основною причиною неповного надання комбатантам індивідуальної психологічної та психотерапевтичної допомоги була їх категорична відмова від зазначеного (10,2 %). При чому, 7,0 % комбатантів пройшли первинну психологічну допомогу, але відмовились від подальшої індивідуальної психокорекційної допомоги, а 3,2 % – відмовились навіть від проходження первинної психодіагностики. Всі комбатанти, які погодились на отримання індивідуальної психологічної та психологічної допомоги, в середньому мали $3,6 \pm 0,9$ (min – 1, max – 12) сеансів психокорекції.

Основною метою соціально-психологічної допомоги було використання ефективних діагностичних та корекційних технологій, що дали б змогу в подальшому усім особам, котрі пережили травму, відновити здатність зцілюватися, долати величезні труднощі та зростати; зміцнювати наявні особистісні і суспільні механізми адаптації до екстремальних ситуацій, здійснювати пошук і розвиток нових ресурсів для подолання кризи.

При наданні соціально-психологічної допомоги вирішувалось дві принципові задачі: зменшення проявів емоційної напруги, яка характерна для комбатантів на початку програми реабілітації; мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, що уможлиблює осмислення того, що відбулося, усвідомлення того, що загроза втрати, смерті позаду; відновлення психоемоційного балансу; підготовка до психосоціальної адаптації.

Соціально-психологічна реабілітація в Клініці включала три етапи.

Початковий етап (психодіагностичний) (2–3 доби) – налагодження терапевтичного контакту з комбатантом, створення безпечного соціально-психологічного простору для його адаптації, стабілізації та відновлення нормального функціонування; проведення структурованого діагностичного інтерв'ю (збирають анамнез і особливу увагу звертають на соматичні скарги). За кожним пацієнтом закріплюється психолог, який проводить інтерв'ю (особлива увага приділяється дослідженню суїцидальних думок, суїцидальних ризиків, вживанню хімічних речовин, психосоматичним скаргам, симптомам дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності та міжособистісним проблемам), тестування (використовуються об'єктивні психометричні інструменти, спрямовані на оцінку травматичних симптомів і вивчення травматичного досвіду пацієнтів та кризове консультування).

Основний етап (психотерапевтичний) (20 – 22 доби) – цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, що розроблені для роботи з травмою. Структуровані умови стаціонару відкривають можливість для створення когнітивної рамки, в якій розгортається поетапно сплановане лікування і відновлення пацієнта. Велике значення надається формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню і оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів, навчанню та набуттю навичок самоуправління та саморегуляції. На цьому етапі проводиться: навчання (психоедукація), кризове консультування, індивідуальна психотерапія (до 10 сесій), групова психотерапія (до 8 сесій, в одній групі можуть бути присутніми

не більше 10 осіб, тривалість групової роботи – 1,5–2 години), релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування.

Заключний етап (2–3 доби) – інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводиться завершальна індивідуальна сесія, а також завершення всіх інших лікувальних заходів.

Для соціально-психологічної реабілітації застосовували наступні методи:

- «Програму самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового», розроблену Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
- когнітивно-поведінкову терапію (КПТ);
- гештальт-терапію;
- травма-сфокусовану терапію;
- біосугестивну терапію;
- десенсибілізація і переробка [психотравм] рухами очей (eye movement desensitization and reprocessing therapy – EMDR) (Ф. Шапіро, 1987);
- тілесно-орієнтовану психотерапію (бодідинаміка);
- терапію мистецтвом (арт-терапія) (гончарство, малювання, розписи на тканині), і творчим самовираженням (психо- та символ-драма);
- бесіду з елементами психоредукації, емпатичну бесіда, метод інтерв'ю, активне слухання;
- анімалотерапію (каністеропію)
- трудотерапію тощо.

Після здійснення комплексу реабілітаційних заходів у комбатантів спостерігалось значне покращення психічного стану. Так, за опитувальником «СОПАС-8» у них відбувалось (у порівнянні з рівнем до початку реабілітації):

зниження відчуття депресії (D) (на -25,0 %), тривоги та страху (V) (на -21,9 %), пригніченого настрою (S) (на -17,1%), занепокоєння, обурення (N) (на -14,3 %) ($p < 0,001 - 0,01$);

зниження імпульсивної реактивності (O) (-13,5 %) ($p < 0,01$);

покращення показників відчуття сили і енергії (E) (на 27,4 %), психічного благополуччя (P) (на 24,0 %), бажання дії (A) (на 21,7 %) ($p < 0,001$).

Однак, за час реабілітації жоден з досліджуваних показників психічного стану комбатантів не досяг показників здорових осіб (контрольної групи). Найбільшої динаміки щодо наближення показників психічного стану до групи здорових осіб зазнали соціально-психологічні показники (відчуття сили і енергії, психічного благополуччя, бажання дій), і меншої – показники, які характеризують емоційний стан комбатантів (відчуття депресії, тривоги, страху, пригніченого настрою, занепокоєння, обурення, імпульсивної реактивності). Зазначене свідчить про необхідність подальшого продовження комплексу реабілітаційних заходів.

У клінічній динаміці проявів посттравматичного синдрому після реалізації комплексної психофізіологічної реабілітації серед комбатантів визначається:

- 1) покращення емоційного стану (зменшення відчуття депресії та тривожності, відчуття провини «людини, що вижила») ($p < 0,001$);
- 2) зниження агресивності, нападів люті, надпильності, перебільшеного реагування ($p < 0,001$);
- 3) зниження психотичних розладів («непроханих спогадів», галюцинаторних переживань) ($p < 0,05$);
- 4) зменшення порушень сну ($p < 0,05$).

Також є показники, які не змінювались чи мали незначну позитивну динаміку, а саме – перебільшене реагування, порушення пам'яті та концентрації уваги, зловживання наркотичними й лікарськими речовинами та оптимізм.

Висновки. Запропоновані заходи раннього етапу комплексної психологічної реабілітації покази свою високу ефективність у напрямку нормалізації емоційно-вольової сфери та зниження психотичних проявів у комбатантів з ПТСР. Існує необхідність у проведенні довготривалої психологічної реабілітації для подолання наявних нейропсихологічних порушень, нівеляції негативних психологічних установок особистості тощо.

Список літератури

1. Белинский А.В. Современные подходы к медицинской реабилитации военнослужащих с пограничными психическими расстройствами. *Воен.-мед. журн.* 2000. № 8. С. 25 – 34.
2. Глебов В.Г. Психологическая адаптация военнослужащих к служебно-боевой деятельности в условиях вооруженного конфликта. *Ориентир.* 2005. С. 36 – 39.
3. Дудин С. Профилактика боевых психических расстройств у военнослужащих специальными методами психологической підготовки. Информ.-метод. сб. № 4(7). М.: ЦВСППИ ВС РФ, 1993. С. 39.
4. Шкала оцінки актуального психічного стану (СОПАС-8). 2005. URL: <https://cutt.ly/ehX6A38>. (Доступ 19.12.2020).
5. Posttraumatic Stress Disorder / DSM-5. 2013. URL: <https://cutt.ly/YhX6OHT>. (Доступ 19.12.2020).