

ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я РОДИНИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У СВІТЛІ КОНЦЕПЦІЇ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ, МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, ЗАСАДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

Проф. М. В. Маркова, Г. С. Росінський

Харківська медична академія післядипломної освіти

З метою дослідження феноменології та механізмів розвитку порушення здоров'я сім'ї демобілізованих учасників бойових дій, і розробки на цій основі програми його психологічної корекції протягом 2015–2018 рр. було комплексно обстежено 100 комбатантів та їх дружин. Дослідження проводилося за допомогою соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного методів і системно-структурного аналізу сексуального здоров'я. За критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були розділені на дві групи: основну групу склали 72 подружніх пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння — 28 успішних сімейних пар.

Узагальнення отриманих результатів підтвердило сформульовану нами гіпотезу про полімодальність феномену порушення здоров'я родин комбатантів, що має найменший психопатологічний, поведінковий, особистісний, психосоціальний, сексуальний та сімейний виміри проблеми, конгруентні рівням постстресової психологічної дезадаптації. Крім того, на основі отриманих даних виділено два клініко-психологічних варіанти порушення здоров'я сім'ї у комбатантів: деструктивно-конгруентний, що був притаманний 40,3 % проблемних подружжів, і травматично-неузгоджений, що траплявся у 59,7 % родин основної групи.

Розроблено програму психокорекції порушення здоров'я родин комбатантів, яка враховує як спільні закономірності його розвитку, так і змістовні відмінності його проявів залежно від клініко-психологічних варіантів. Оцінка ефективності, здійснена через порівняльний аналіз показників подружньої задоволеності та якості життя осіб психокорекційних і контрольних груп, довела їх дієвість відносно обраних мішеней психокорекційного впливу.

Ключові слова: порушення здоров'я родини, учасники бойових дій, постстресова психологічна дезадаптація.

Однією з проблем, з якими стикаються країни, які проводять військові операції, є психологічні наслідки участі в бойових діях, що розвиваються як відповідь на потужне джерело травматичного досвіду не лише в комбатантів, але й у членів їх родин, насамперед, дружин [2, 3, 8]. З проблемами адаптації демобілізованого військово-службовця сім'я зіштовхується відразу після повернення бійця додому, і в багатьох випадках родина неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює її на додатковий психотравмуючий чинник, який обтяжує і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [10, 11].

Американським дослідженням ще у 1992 р. було доведено, що в родинях ветеранів В'єтнамської війни спостерігався підвищений рівень

серйозних та дифузних проблем функціонування, зокрема, вдвічі вищий порівняно зі звичайними сім'ями, індекс подружніх проблем, на 30 % збільшений рівень насильства та в 6 разів менш виражене відчуття щастя [5]. Зарубіжні публікації останніх років описують феномен вторинної травматизації дружин бійців, які повернулися після участі в бойових діях [4, 9, 12]. Ізраїльськими вченими доведено, що дружини бійців з ознаками посттравматичної психологічної дезадаптації гірше, порівняно з жінками зі звичайних родин комбатантів, оцінюють подружню сумісність, а сімейні стосунки сприймають як менш згуртовані та позбавлені консенсусів [7].

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність вивчення специфіки механізмів формування

порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, пошуку персоніфікованих мішеней психокорекційного впливу та розробки на цій основі заходів його психологічної корекції та підтримки не викликає сумніву.

Мета роботи — на основі вивчення феноменології та механізмів розвитку порушення здоров'я сім'ї в учасників бойових дій, розробити програму заходів його психологічної корекції

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КНПХОР «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015–2018 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, та їх дружин — усього 200 осіб. Основну групу (ОГ) склали 72 подружніх пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) — 28 успішних сімейних пар.

У дослідженні було використано соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний методи, а також метод системно-структурного аналізу сексуального здоров'я (В. В. Кришталь, 1997–2008).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ураховуючи сучасні уявлення стосовно ролі психотравматичного досвіду у вигляді участі в бойових діях на стан психічного здоров'я і соціального функціонування комбатанта та його близьких [1, 6], під час аналізу й інтерпретації отриманих результатів, ми виходили з того факту, що поствоєнні патологічні зміни у вигляді постстресової психологічної дезадаптації, котрі концептуалізуються в рамках моделі «передхвороби», мають місце у переважній більшості учасників бойових дій. У світлі даної концепції ми висунули гіпотезу стосовно полімодальності феномену порушення здоров'я родин комбатантів, що має психопатологічний, поведінковий, особистісний, психосоціальний, сексуальний і сімейний виміри проблеми, конгруентні рівням постстресової психологічної дезадаптації.

У результаті дослідження встановлено, що ознаки *психічної і поведінкової дезадаптації* у вигляді викривлення психоемоційного та напруженості аддиктивного статусів виявилися притаманними більшості комбатантів та їх дружин.

У 78,0 % демобілізованих учасників бойових дій та 24,0 % їх дружин спостерігалися психопатологічні клінічно окреслені зміни психоемоційної сфери. У нозологічній структурі в чоловіків превалювали невротичні, пов'язані зі стресом розлади (60,0 %), а більше половини випадків (51,0 %) склали реакція на тяжкий стрес та адаптаційні розлади; у жінок також переважали адаптаційні розлади (17,0 %). Провідними психопатологічними феноменами були тривожно-депресивні — ізольовані або поєднані.

Вираженість та клінічний зміст тривожно-депресивної симптоматики значуще різнився в осіб із різним станом задоволення подружніми стосунками ($p < 0,05$). Серед комбатантів, незадоволених подружнім життям, 75,0 % мали місце депресивні прояви на рівні легкої, а у 11,1 % — помірної депресії; клінічно значущі тривожні симптоми були характерними для 58,3 %. Серед учасників бойових дій, які відчували задоволення подружніми стосунками, у 75,0 % ознак депресивного реагування не виявлено, у 25,0 % — на рівні легкої депресії. Дружини комбатантів, незадоволені подружнім життям, потерпали від клінічно виражених проявів патологічної тривоги в 33,3 % випадків, а від симптомів депресії легкої вираженості — у 58,3 % випадків; серед жінок, задоволених подружніми стосунками, прояви депресії легкої рівня мали місце у 7,2 %.

Серед обстежених переважала схильність до аддикції за об'єктами хімічного походження (напруженість аддиктивного статусу — від клінічно окреслених розладів до небезпечного або шкідливого вживання — за тютюном та/або алкоголем спостерігається у всіх комбатантів та 70,0 % їх дружин); кількість випадків схильності до вживання об'єктів нехімічного походження становила 27,7 % від загальної кількості. За нозологічною структурою клінічно окреслених розладів переважна більшість мала залежність від тютюну (64 % чоловіків та 33 % жінок).

Більша вираженість і варіативність аддиктивної поведінки траплялася серед пар, незадоволених подружнім життям: серед комбатантів у 68,1 % діагностовано тютюнову залежність, 31,9 % мали залежність від алкоголю, по 15,3 % — від вживання психостимуляторів або кави/чаю, 6,9 % — канабіноїдів; 45,8 % їх дружин мали залежність від тютюну, у 30,6 % встановлене вживання зі шкідливими наслідками алкоголю, у 19,4 % — кави/чаю, у 12,5 % — телебачення або

седативно-снодійних препаратів. У комбатантів, які втішалися подружніми стосунками, аддикція на рівні залежності спостерігалася лише за тютюном (53,6 % випадків), а серед їх дружин аддиктивна поведінка реалізовувалася на рівні вживання зі шкідливими наслідками (21,4 % — за алкоголем, 17,9 % — за тютюном, 14,3 % — за їжею).

У учасників бойових дій та їх дружин виявлено п'ять особистісних персоністичних профілів, більшість з яких виявилася деструктивними, що свідчило про наявність ознак *особистісної дезадаптації*. Для подружжів, незадоволених власними стосунками, характерними були патологічні депресивно-інтровертивний (41,7 % комбатантів, 34,7 % дружин), невротично-депресивний (25,0 % чоловіків, 22,2 % жінок) й відносно патологічний афективно-лабільний (по 26,4 %) профілі. Серед пар, задоволених подружніми стосунками, превалювали збалансований афективно-стабільний (60,7 % чоловіків, 71,4 % жінок) або відносно патологічний афективно-лабільний (32,1 % чоловіків, 28,6 % жінок) профілі.

Між подружжями, незадоволеними спільним життям, панували неконструктивні (суперництво або уникнення) чи відносно конструктивні (пристосування та компроміс) поведінкові патерни виходу з конфліктних ситуацій; це відбувалося на тлі використання чоловіками неконструктивних стратегій копінг-поведінки усіх модальностей, а жінками — неконструктивних з відносно конструктивними. Задоволені подружжя використовували поведінкові стилі співпраці та компромісу, а також здебільшого адаптивні копінгів усіх модальностей.

У більшості комбатантів та питомої ваги їх дружин установлені труднощі психосоціального функціонування в різних сферах, що продемонструвало наявність ознак у них *соціальної дезадаптації*. Проте, якщо труднощі в професійній та соціальній сферах випробовували більшість чоловіків, то з проблемами подружнього життя та взаємин із родичами стикалися 72,0 % подружжів, тоді як 28,0 % родин оцінювали сферу подружнього життя як успішну та ресурсну.

Для чоловіків, незадоволених подружніми стосунками, були характерні ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що виявлялося накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими. Їх дружин характеризувала менша вираженість

дезадаптивних проявів. Якість життя подружжів, незадоволених сімейними стосунками, виявилася істотно нижчою, ніж в успішних родин як за інтегральним показником, так і за окремими шкалами, особливо — за психоемоційним благополуччям, міжособистісною взаємодією та соціо-емоційною підтримкою.

Прояви *сексуальної дезадаптації* у вигляді порушення сексуального здоров'я траплялися у подружжів, незадоволених власними стосунками: відсутність або втрата статевого потягу F 52.0 відзначалася у 33,3 % чоловіків та 70,8 % жінок; відсутність сексуального задоволення — у 32,0 % і 93,0 % жінок; еректильна дисфункція — у 20,8 % чоловіків, передчасна еякуляція — у 8,3 % чоловіків; оргазмічна дисфункція — у 80,6 % жінок даної групи. Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дав змогу виділити два клінічних варіанти його порушення в обстежених цієї групи: виражене порушення зі стрижньовим ураженням психологічного та соціально-психологічного компонентів було діагностовано у 29 пар, відносно порушення зі стрижньовим ураженням соціально-психологічного компоненту — у 43 подружжів.

Серед родин комбатантів траплялися три клініко-психологічних варіанти стану здоров'я сім'ї, два з яких були свідченням наявності *сімейної дезадаптації*: гармонійно-конструктивна родина (28,0 %), травматично-неузгоджений варіант порушення здоров'я сім'ї (43,0 %), деструктивно-конгруентний варіант порушення здоров'я сім'ї (29,0 %).

Для родин комбатантів з деструктивно-конгруентним варіантом порушення здоров'я сім'ї (29,0 %) характерними були значна подружня незадоволеність, виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшості сімейних функцій.

Для сімей з травматично-неузгодженим варіантом порушення здоров'я сім'ї (43,0 %) притаманними були відносні подружня незадоволеність та порушення сексуального здоров'я, а також відносно деструктивний тип сімейної взаємодії з дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій.

Гармонійно-конструктивним родинам виявилися властиві задоволення подружніми стосунками, відсутність порушень сексуальності,

конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшості функцій сім'ї.

Узагальнення отриманих результатів підтвердило сформульовану нами гіпотезу та стало основою для розробки програми психокорекції порушення здоров'я родин комбатантів, яка враховувала як спільні закономірності його розвитку, так і змістовні відмінності його проявів залежно від клініко-психологічного варіанта.

Програма складалася з 5 етапів: мотиваційного, діагностичного, інформаційної підготовки, активної психокорекції (містила 5 стадій:

стабілізаційну, партнерську, подружню, сімейну й оцінки ефективності) та психологічної підтримки.

Основними засобами медико-психологічного впливу були травма-фокусована психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, стрес-менеджмент, групова, сімейна психотерапія, тренінги ефективної комунікації та подолання конфліктів.

Оцінка ефективності, здійснена через порівняльний аналіз показників подружньої задоволеності та якості життя осіб психокорекційних і контрольних груп, довела їх дієвість відносно обраних мішеней психокорекційного впливу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. №1 (37). С. 8–13.
2. Марута Н. О., Заворотний В. І. Принципы реабилитации военнослужащих с различными вариантами посттравматического стрессового расстройства // Український вісник психоневрології. 2018. Том 26, вип. 3 (96). С. 33–38.
3. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій // Psychosomatics: Science and Practice. 2019. Vol 4. №2. DOI: 10.26766/pmgp.v4i1.183.
4. Dekel R., Levinstein Y., Siegel A. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity // J. Fam. Psychol. 2016. 30 (1). P. 63–71.
5. Jordan B. K., Marmar C. R., Fairbank J. A. Problems in families of male Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder // J. Consult. Clin. Psychol. 1992 Dec. V. 60 (6). P. 916–26.
6. Kelley M. L., Braitman A. L., White T. D., Ehlke S. J. Sex differences in mental health symptoms and substance use and their association with moral injury in veterans. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2019. Vol. 11 (3). P. 337–344.
7. Kimhi S., Doron H. Conscripted without Induction Order: Wives of Former Combat Veterans with PTSD Speak // Psychology. 2013. Vol. 4, No. 3, 189–195.
8. Klarić M., Frančišković T., Obrdalj E. C. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder // Psychiatr Danub. 2012 Sep; 24 (3). P. 280–286.
9. Klaric M., Kvesic A., Mandic V. Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress // Psychiatr Danub. 2013. 25 Suppl 1. P. 29–36.
10. Markova M. V., Gaponov K. D. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences // WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03 — 01.04.2016. Book of Abstracts. Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics. 2016. P. 30–31.
11. Peraica T., Vidović A., Kovačić Petrović Z., Kozarić-Kovačić D. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder // Health Qual Life Outcomes. 2014. Vol. 12. P. 136.
12. Zerach G., Greene T., Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment // J. Health Psychol. 2015 Feb; 20 (2):222–35. doi: 10.1177/1359105313502563. Epub 2013 Sep 20.

НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В СВЕТЕ КОНЦЕПЦИИ ПОСТСТРЕССОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ОСНОВЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Проф. М. В. Маркова, Г. С. Росинский

С целью исследования феноменологии и механизмов развития нарушения здоровья семьи демобилизованных участников боевых действий, и разработки на этой основе программы его психологической коррекции, в течение 2015–2018 гг. было комплексно обследовано 100 комбатантов и их жен. Исследование проводилось с помощью социально-демографического, клинико-психопатологического, психодиагностического методов и системно-структурного анализа сексуального здоровья. По критерию успешности супружеских отношений обследованные семьи были разделены на две группы: основную группу составили 72 супружеские пары с нарушением здоровья семьи, группу сравнения — 28 успешных семейных пар.

Обобщение полученных результатов подтвердило сформулированную нами гипотезу про полимодальность феномена нарушения здоровья семей комбатантов, который включает в себя, по меньшей мере, психопатологический, поведенческий, личностный, психосоциальный, сексуальный и семейный аспекты проблемы, конгруэнтные уровням постстрессовой психологической дезадаптации. Кроме того, на основе полученных данных выделено два клинико-психологических варианта нарушения здоровья семьи у комбатантов: деструктивно-конгруэнтный, который был присущ 40,3 % проблемных супружеских пар, и травматично-несогласованный, выявленный у 59,7 % семей основной группы.

Разработана программа психокоррекции нарушения здоровья семей комбатантов, которая учитывает как общие закономерности его развития, так и ключевые отличия его проявлений в зависимости от клинико-психологического варианта. Оценка эффективности, которая осуществлялась путем проведения сравнительного анализа показателей супружеской удовлетворенности и качества жизни у лиц психокоррекционных и контрольных групп, доказала их действенность относительно избранных мишеней психокоррекционного влияния.

Ключевые слова: нарушение здоровья семьи, участники боевых действий, постстрессовая психологическая дезадаптация.