

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Кабашнюк Віталій Олександрович

к.м.н., доцент

Хмельницький національний університет
м. Хмельницький, Україна

Вступ. / Introductions. Поширеність післятравматичних стресових розладів серед бійців змушує шукати ефективні методи їхньої швидкої діагностики, в тому числі психофізіологічні та психодіагностичні.

Дослідження проводилося з ветеранами російсько-української війни на базі Психологічного центру Хмельницького національного університету (6 чоловік), а також в реабілітаційному центрі смт Ворохта Івано-Франківської області (32 учасника).

Мета роботи. / Aim. Відібрати діагностичний інструментарій для дослідження психологічного стану комбатантів і виявити відмінності в системі психологічної саморегуляції військовослужбовців після участі в бойових діях.

На основі аналізу сучасних наукових досліджень у галузі психодіагностики здійснювали підбір методів та методик для діагностики психологічного стану комбатантів.

Матеріали та методи./Materials and methods. Для дослідження емоційно-почуттєвої сфери та психофізіологічних реакцій комбатантів, пов'язаних з емоціями, нами були взяті такі методики:

1. Методика суб'єктивної оцінки ситуаційної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна, яка визначає рівень тривожності виходячи із шкали самооцінки (висока, середня, низька тривожність). Тривожність ситуативна (СТ) виникає на стресори, частіше всього соціально-психологічного плану (очікування агресивної реакції, загроза самоповазі тощо). Особистісна тривожність (ОТ) дає уявлення про схильність особистості впливам тих чи інших стресорів з причини своїх індивідуальних особливостей.

2. PCL – шкала самооцінки наявності ПТСР

PCL – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів – ознак ПТСР. PCL–M - це військова версія, в якій питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду».

3. Клінічне інтерв'ю - метод отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості та психопатологічні симптоми, притаманні внутрішній картині хвороби пацієнта і структурі проблеми клієнта.

4. Методи дослідження вегетативної нервової системи. Комплекс досліджень вегетативної нервової системи включав дві групи методів: перший дозволяв оцінити стан надсегментарного відділу, другий – сегментарного. Дослідження надсегментарного відділу включало визначення вегетативного тону, реактивності та забезпечення діяльності.

Методи дослідження вегетативного тону базуються на спеціальних опитувальниках, таблицях і даних об'єктивного дослідження. В процесі цілеспрямованого розпитування клієнтів звертали увагу на схильність до остуди, алергічних реакцій, запаморочення, нудоти, серцебиття. Оцінювали тривалість і глибину нічного сну, емоційний фон, працездатність. При об'єктивному огляді реєстрували величину зіниць і очної щілини, колір і температуру шкіри, масу тіла, артеріальний тиск і частоту пульсу.

Дослідження проводили натщесерце або через дві години після прийому їжі в один і той же час не менше трьох разів. Клінічну характеристику функціонального стану вегетативної нервової системи проводили по відповідних таблицях.

Для визначення стану вегетативного тону використовували індекс Кердо.

5. Оцінка адаптаційного потенціалу. Згідно теорії адаптації Р. М. Баєвським (1979) запропонована класифікація функціональних станів організму: 1. Задовільна адаптація до умов навколишнього середовища. 2. Стан напруження адаптаційних механізмів. 3. Стан незадовільної адаптації. 4. Зрив механізмів адаптації. Визначали адаптаційний потенціал серцево-судинної

системи в балах, які розраховували за формулами.

6. Вивчення тілесної карти емоцій – це точний діагностичний інструмент у психотерапії. Методом пальпації визначали тонус поверхневих м'язів комбатантів у найбільш проблемних ділянках їхніх тіл.

Опрацювання отриманих даних піддавали кількісному аналізу з використанням методів математичної статистики.

Результати та обговорення./Results and discussion. При першій зустрічі з бійцями проводили визначення тривожності у комбатантів за методикою суб'активної оцінки ситуаційної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна та психометричне дослідження за допомогою військової версії шкали PCL. Визначення тривожності за Спілбергером і Ханіним відповідало невисокому її рівню в той же час, як проведення дослідження за допомогою шкали PCL–M, вказувало на ознаки ПТСР. З 36 комбатантів у 32 (88,9%) PCL коливався у межах 50 – 58 балів (в середньому $55 \pm 1,8$), що свідчило про прояви ПТСР, у 4-х (1,1%) - відповідно 46 – 49 балів (в середньому $48 \pm 1,1$).

Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом, Weathers та інші (1993) рекомендують межу від 50 балів і вище-як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта (тобто якщо підрахунок балів дорівнює 50 і більше, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

PCL продемонстрував вагомі психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходилась між .94 (Blanchard та інші, 1996) та .97 Weathers та інші, 1993). Про надійність випробувального ретестування повідомили як .96 за 2-3 дня, і .88 за 1 тиждень (Blanchard та інші, 1996; Руджеро та інші., 2003).

PCL позитивно корелює з міссісіпською шкалою оцінки ПТСР з конвергентною валідністю між $r = .85$ та $r = .93$ (Weathers та інші, 1993). Про сильну кореляцію повідомили шкала Кейна у MMPI-2 (.77), IES (.77-.90) та CAPS .92 (Blanchard та інші, 1996).

Граничний бал 50 для діагностування ПТСР продемонстрував хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86). Зменшення балів до 44 показало кращу чутливість (.94), специфічність (.86) і повну діагностичну ефективність (.90) з жертвами автомобільних аварій (Blanchard и. al., 1996).

Проведення клінічного інтерв'ю виявило у ветеранів стійкі порушення сну, немотивовані страхи, кошмарні сновидіння та нав'язливості. Ознаки астено-невротичних реакцій у сполученні з психосоматичними порушеннями діяльності шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та ендокринної систем визначались у 17 ветеранів (47,2%). Одночасно зростала схильність до конфліктів. Проявами змін в психічній сфері були явища астенодепресивного стану - 16 (44,4%) і негативізм – 4 (1,1%). Така специфіка реакцій потерпілих відповідала 6-й стадії стадії віддалених реакцій за М. М. Решетніковим.

Метод клінічного інтерв'ю дав можливість створити необхідний психологічний контакт, сприяв дослідженню психічних функцій, встановленню важкості стану, визначенню процесів і станів: сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту, емоційно-вольової сфери, темпераменту, характеру особистості, мотиваційних характеристик і потреб, самосвідомості та міжособистісних стосунків.

В роботі оцінено інформативне значення індексу Кердо у хворих з порушеннями вегетативної регуляції при осте-

Вегетативна нервова система функціонує у тісному контакті з ендокринною системою, з гуморальними факторами, нейротрансмітерами, електролітами і метаболітами, утворюючи з ними досить складний комплекс, який забезпечує цілісність організму, сталість його внутрішнього середовища (гомеостаз) Клод Бернар, Вальтер Кеннон.

Симпатична нервова система сприяє швидкій мобілізації енергії і адаптації організму до постійно мінливих умов зовнішнього середовища. Через адренергічні структури вона забезпечує соматовегетативну кореляцію в різних проявах діяльності організму. Зокрема в поведінкових актах, в процесах фізичної та розумової праці.

Парасимпатична нервова система, навпаки, сприяє забезпеченню сталості внутрішнього середовища, керує процесами відновлення понесених організмом втрат енергії і поживних речовин, підвищує активність асиміляційних процесів. Особливо важливу роль вона відіграє в регуляції травлення, деяких фаз сну. Це трофотропна система, пов'язана з анаболічними функціями.

Вегетативний тонус – це ступінь напруги (базальний рівень активності) функціонування того чи іншого органу (серце, легені тощо) або фізіологічної системи в стані відносного спокою.

Дослідження функціонального стану вегетативної нервової системи за клінічними проявами виявили: у 4-х комбатантів (1,1%) були виражені ознаки високого тону парасимпатичної нервової системи: схильність до повноти, підвищена сальність шкіри, посилене потовиділення, шкіра прохолодна, червоний дермографізм, схильність до гіпотензії (АТсист 105+2,8 мм рт. ст.), схильність до брадикардії (P-s 55-58 за 1 хв.), повільне, глибоке дихання, малорухомість, знижена працездатність, сонливість. Більшість обстежуваних (88,9%) виявилась симпатикотоніками: худі або нормальної статури, рухливі, зменшення потовиділення, зінниці розширені, очні щілини широкі, білий, рожевий дермографізм, нормотензія (АТсист 115, 7 +5,2 мм рт. ст.), схильність до тахікардії (P-s 65-72 за 1 хв.), дихання нормальне або дещо почашене, часто сухість в роті, сон поверхневий.

Не виявлена достатня інформативність індексу Кердо для визначення рівня та спрямованості порушень вегетативної регуляції у ветеранів війни з психосоматичними симптомами.

Визначення адаптаційних можливостей організму людини є однією з найважливіших особливостей живої системи. Здатність до врівноваження з середовищем або її адаптаційні резерви є головною умовою для підтримання сталого стану здоров'я.

Розрахунки адаптаційного показника за Р. М. Баєвським у балах складали від 2,0 до 3,2; у середньому 2,42+0,32.

Це свідчить про те, що у більшості ветеранів функціональні можливості

не знижені, але мало місце напруження регуляторних систем, що вказувало на дезадаптацію організму і донозологічний стан (між нормою і патологією).

Вивчення тілесної карти емоцій проводили методом пальпації поверхневих м'язів тіла в ділянках, в яких пацієнти суб'єктивно відчували болючість (частіше пекучого характеру). У всіх обстежуваних це були м'язи спини (m. Trapezius і m. Latissimus dorsi), які складають підгрупу відповідну структурі волі (П. Бернхардт, Д. Айзекс). Виявлена наявність тяжів, затвердіннь у м'язах, особливо у верхньогрудному відділі вздовж хребта та міжлопаточній ділянці. Отже, знайдені зміни свідчать про гіпертонус поверхневих м'язів спини. Згідно карті емоцій на тілі людини, складеної фінськими дослідниками з університету Аалто, ці ділянки пов'язані з емоціями гніву, тривоги та страху.

Висновки./Conclusions. 1. Розроблені основні критерії відбору методик для психодіагностичного дослідження ветеранів, а саме невелика кількість стимульного матеріалу та легкість його сприймання, невелике число запитань, використання лише прийнятних та зрозумілих слів та висловлювань.

2. Застосування методики суб'єктивної оцінки ситуаційної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна свідчило, що тривожність у комбатантів знаходиться на низькому рівні, що ніяк не відповідало їхньому значному травматичному досвіду в недалекому минулому.

3. Заповнення військової версії шкали самооцінки PCL вказувало на стан, що відповідав ПТСР або був граничним з ним. Тому замість методики суб'єктивної оцінки СТ і ОТ Спілбергера та Ханіна ми рекомендуємо версію PCL–M. 4. Під час клінічного інтерв'ю у ветеранів виявлено порушення сну, страхи, кошмарні сновидіння та нав'язливості, астено-невротичні реакції з психосоматичними порушеннями з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та ендокринної систем.

5. У більшості ветеранів з соматичними скаргами переважала симпатикотонія. В той же час не виявлена достатня інформативність індексу Кердо для визначення рівня та спрямованості порушень вегетативної регуляції.

6. За методикою Р. М. Баєвського у комбатантів діагностовано

напруження адаптаційних механізмів.

7. Вивчення тілесної карти емоцій виявило гіпертонус поверхневих м'язів спини, які пов'язані з емоціями гніву, тривоги та страху.

8. Отже, відібрана низка психодіагностичних та психофізіологічних методик (психометричне дослідження за допомогою шкали PCL-M, клінічне інтерв'ю, визначення адаптаційного показника за Р. М. Баєвським, вивчення тілесної карти емоцій) може бути використана в роботі практикуючих психологів на фронті та в центрах реабілітації з метою визначення функціональних особливостей системи емоційної саморегуляції у військовослужбовців.