

**Вищий навчальний заклад «Український католицький
університет» Факультет суспільних наук
Кафедра управління та організаційного розвитку**

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до дипломного проекту (магістерської роботи) магістр
(освітній ступінь)

**на тему «Розробка маркетингової стратегії реалізації програми
допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків
посттравматичного стресового розладу»**

Виконала студентка II курсу, групи СУН-18/М спеціальності 073
«Менеджмент», Кушнір В.З.

Керівник: У. Щурко

Рецензент: О. Вуйцик

Львів – 2020 року

Кушнір В.З. Розробка маркетингової стратегії реалізації програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу: Магістерська робота: (073 – «менеджмент») / В.З.Кушнір / Український католицький університет. Управління неприбутковими організаціями; Наук. Кер.: У.В.Щурко, к.е.н., доцент – Львів: УКУ, 2019. - 117 ст.

Анотація. У роботі розкрито теоретичні основи дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу, його нормативно-правову базу в Україні. Проведено аналіз програм роботи та підходів з подолання посттравматичного стресового розладу в Україні та закордоном. Запропоновано рекомендації з впровадження комунікаційних заходів для програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, психологічна травма, програма реабілітації, ветерани, сім'я, маркетингові заходи, цільова аудиторія.

Kushnir V. Marketing strategy development for the implementation of program to help families of veterans in overcoming the PTSD related effects: Master`s thesis: (073 – «Management») / V.Kushnir / Ukrainian Catholic University. Management of non-profit organizations; Science curator: U.Shchurko, Ph.D., Associate Professor – Lviv: UCU, 2019. - 117 p.

Abstract. This work outlines the theoretical bases of research of the problem of post traumatic stress disorder, its normative base in Ukraine. Analysis of work programs and approaches for overcoming post-traumatic stress disorder in Ukraine and abroad. Suggested recommendations for implementing communication measures to help families with post-traumatic stress disorders.

Keywords: post-traumatic stress disorder, psychological trauma, rehabilitation program, veterans, family, marketing activities, target audience.

ЗМІСТ

ВСТУП	
4 РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР)	8
1.1 Сутність, структура та поняття ПТСР.....	8
1.2 Історія та актуальність проблеми ПТСР в Україні і в світі.....	19
1.3 Нормативно-правова база регулювання діяльності з подолання наслідків ПТСР в Україні.....	31
РОЗДІЛ 2. Аналіз програм роботи з подолання ПТСР та маркетингових стратегій	39
2.1. Підходи до роботи з подолання ПТСР в різних країнах світу та огляд їх маркетингових стратегій (США, Канада, Ізраїль, Британія).....	39
2.2.Огляд програм роботи з посттравматичним стресовим розладом в Україні.....	47
2.3. Аналіз стану та проблем, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом в Україні і закордоном.....	66
2.4. Аналіз діяльності Благодійного фонду «Інститут розвитку сім'ї та дитини» як бази реалізації програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу.....	74
РОЗДІЛ 3. Розробка рекомендацій з впровадження маркетингових заходів для програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків ПТСР	80
3.1. Програма Благодійного фонду «Інститут Розвитку Сім'ї та Дитини» як пілотний проект допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу.....	80
3.2. Маркетингова стратегія програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків ПТСР.....	90
ВИСНОВКИ	100
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ	112

ВСТУП

«Держава забезпечує соціальний захист громадян України, які перебувають на службі у Збройних Силах України та в інших військових формуваннях, а також членів їхніх сімей», – Основний Закон, Стаття 17 Конституції України.

Саме для захисту і недоторканості державних кордонів, територіальної цілісності і створюється армія – організована сила як знаряддя верховенства права. В той час, як громадяни, котрі не воюють, повинні бути своєрідним резервом – гарантом соціального захисту, за потреби, надавачами фізичної та психологічної опіки. Бо коли армія воює, стаються травми – рани видимі та невидимі. Останні часто як фантомні болі є нестерпними для травмованої людини та незрозумілими для оточуючих. Тоді лише емпатії та співчуття є недостатньо, а розуміння ефективних методів допомоги стають визначальними.

Подбати за ветеранів повинно бути обов'язком держави. Державна політика реабілітації ветеранів в Україні може реалізовуватись в різний спосіб, де як медична, так і психологічна допомога забезпечена в спеціалізованих та профільних установах. Але як змусити чи сприяти в прийнятті рішення ветерана звернутись по таку допомогу? Іншими словами: яким чином подолати бар'єр між ветераном та допомогою та зробити такий підхід якомога менш стигмованим для сприйняття ветерана?

Одночасно, чи здатна держава самотужки подбати за весь комплекс проблем ветеранів, і не лише самих ветеранів, але й їхніх сімей, дітей? Адже 75% розлучених сімей ветеранів – свідчення значимості суспільно важливої проблеми. Це, в свою чергу, неодмінно матиме вплив на формування благополуччя дітей, ціле загублене покоління дітей травмованих дисфункцією сім'ї.

Тож, користаючи з допомоги різноманітних волонтерських ініціатив, ветеранських спілок та міжнародних організацій, в Україні впроваджуються

альтернативні моделі допомоги з подолання впливу травматизації ветеранів, де першочергове значення відводиться в подоланні наслідків посттравматичного стресового розладу учасників бойових дій.

Актуальність дослідження полягає в тому, що опрацьовані дані з вивчення зарубіжних програм допомоги ветеранам та їх сім'ям, дають можливість сконсолідувати теоретичні знання про кращі ефективні практики країн, що реалізують їх не один десяток років. Таким чином, ми маємо можливість вже сьогодні застосовувати методи допомоги ветеранам, що вироблялися в процесі емпіричних досліджень та тривалої практичної роботи держав, що зазнали тривалого впливу наслідків участі в військових діях.

В той час як військовий конфлікт, що перебігає впродовж 6 років у формі гібридної війни, що веде Російська Федерація проти України, створив іншу проблему – ментальні травми в десятків тисяч осіб з віддаленими наслідками як бомба уповільненої дії. Існує загроза недооцінки державою реального впливу наслідків проблем, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом, що матимуть вияв через 5-10 років. Тому вкрай необхідно подбати не лише за створення різних методів допомоги, але й за ефективні інструменти та стимули залучення ветеранів до такої допомоги.

Існують маркетингові аналітичні дослідження різних комерційних продуктів та послуг. Ця наука досліджує взаємозв'язок між пропозицією та рішеннями споживача/користувача на користь запропонованої можливості. Однак, маркетинг в неприбуткових проектах, таких як, для прикладу, програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу, застосовується вкрай рідко. Дослідженням вирішено сконцентрувати зусилля в аналізі та розробленні комунікаційної складової маркетингової стратегії для сімей ветеранів та іншої цільової аудиторії.

Мета дослідження: виробити рекомендації до ефективного впровадження програми допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків ПТСР.

Завдання:

- розглянути теоретичні основи за посттравматичний стресовий розлад
- вивчити сутність, структуру та поняття ПТСР
- дослідити актуальність проблеми ПТСР в історичному аспекті • з'ясувати наявний стан нормативно-правового регулювання діяльності з подолання наслідків ПТСР в Україні
- проаналізувати закордонний досвід теперішнього стану програм роботи з ПТСР
- оцінити реальний стан різних програм роботи з ПТСР в Україні • провести аналіз статистичних даних в Україні і закордоном • здійснити огляд програми допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу • розробити рекомендації з впровадження комунікаційних маркетингових заходів для програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків ПТСР.

Об'єкт дослідження: програма допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків ПТСР.

Предмет дослідження: маркетингова стратегія реалізації програми допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків ПТСР. **Методи,** що використані в ході дослідження: аналітичний метод з ситуативним аналізом, метод узагальнення, методи кількісного та якісного дослідження застосовано при проведенні скринінгового анкетування батьків дітей в програмі.

Наукова новизна одержаних результаті. Вперше запропоновано результати аналітичного дослідження зарубіжних підходів в реабілітації ветеранів, в тому числі із залученням їхніх сімей в контексті теперішнього стану в Україні. Вперше розроблено та описано альтернативний підхід в залученні українських ветеранів до програми реабілітації наслідків ПТСР через участь їхніх дітей в скринінгових медико - психологічних

консультаціях, використовуючи основи маркетингової стратегії для ефективної комунікації.

Практичне значення одержаних результатів. Рекомендації, що надані в даній роботі, можуть бути використані в програмі Благодійного фонду «Інститут розвитку сім'ї та дитини» допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків ПТСР. Також надані рекомендації можуть бути використані при формуванні міської чи обласної цільової державної програми для сімей ветеранів. Робота містить детальний маркетинговий комунікаційний план вдосконалення роботи з сім'ями ветеранів (жінки, чоловіки, діти) і з самими ветеранами.

Обсяг та структура роботи. Робота складається зі Вступу, основної частини (91 сторінка), Висновків, Списку використаних Джерел (в кількості 66), містить 5 Додатків, 13 Рисуноків і 12 Таблиць. Основна частина роботи складається з трьох Розділів: 1) теоретичні основи дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу; 2) аналіз програм роботи з подолання ПТСР та маркетингових стратегій; 3) розробка рекомендацій з впровадження маркетингових заходів для програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків ПТСР.

8

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Сутність, структура та поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад, (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром), за визначенням М. Фрідмана — це психічний розлад, своєрідний різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравматичних подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, а також важка фізична травма, побутове чи статеве

насилство, загроза смерті або перебування свідком чужої смерті. ПТСР проявляється як довготермінова реакція на отриману стресову ситуацію — за визначенням профільних лікарів його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події. [1]

За визначенням Міністерства охорони здоров'я України від 2016 року, ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння. [2]

За міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад кодується як F43.1 і розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми. Як зазначає Марта Ковальова, психічна травма визначається як невідворотна подія, що руйнує існуючі копінг-стратегії індивіда.[3] Хоча насправді, в даний час єдиного визначення терміну посттравматичного стресового розладу немає, проте існує безліч трактувань щодо цього діагнозу з огляду симптомів і наявних ознак цього психічного розладу.

9

За даними Українського медичного часопису, і зокрема Устимова О.В., результати численних досліджень свідчать, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу травматичної події, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій.

«Комплекс певних симптомів, що спостерігалися у тих, хто пережив травматичний стрес в минулому, одержав назву «посттравматичний стресовий розлад» – ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Критерії діагностики цього розладу були включені до Американського національного діагностичного психіатричного стандарту (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental

Disorders) і зберігаються там сьогодні. З 1994 р. ці критерії включені й у європейський діагностичний стандарт МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10)», - зазначає Устінов О.В. [4]

Ознаки ПТСР зображені на рис.1.1.

Травма містить можливу загрозу для життя і в людини виникає на неї реакція у вигляді інтенсивного страху, а також відчуття незахищеності. Людина може або переживати таку ситуацію безпосередньо особисто, або бути свідком травмуючої події;

Отримана травма повторюється в таких варіантах, як: часті нав'язливі спогади про цю подію, часті нічні жахи, що стосуються даної події;

діє або відчуває себе так, наче подія повторюється, так звані флеш-беки;

Людина при ПТСР

Відбувається уникнення будь-яких нагадувань про подію, яка відбулась: розмов, місць, людей;

Відчуття повної чи часткової відокремленості від оточуючих, емоційного обмеження, а також можливе почуття вкороченого майбутнього;

Людина з ПТСР відчуває стійке та інтенсивне так зване автономне збудження, яке проявляється в неадекватній настороженості, а також неадекватній реакції наляканості;

Симптоми тривають протягом довше ніж 1 місяць і викликають виражену стресову реакцію, а також порушення основних сфер людської життєдіяльності.

Рис. 1.1. Ознаки ПТСР. Складено автором на основі: [3]

10

До такого роду стресорів можуть відноситися наступні чинники: серйозна загроза для життя або фізичної цілісності, насильство; домашнє насильство або знущання в дитячому віці; травми, пов'язані з професійною діяльністю; травми, зумовлені серйозними проблемами зі здоров'ям чи пологами, зокрема реанімаційні заходи або мертвонароджені діти; війна та політичні конфлікти; катування; вимушене вбивство людини, серйозне

фізичне ушкодження (поранення). [3]

За даними матеріалів Вікіпедії, при ПТСР спостерігають основні чотири кластери симптомів, таких як уникнення, гіперзбудливість (проблемами із сном, може виявлятися у ризиковій поведінці, відчутті непереможності), переживання травмуючої події, проблеми із пам'яттю та емоційною сферою такі як, наприклад, відчуття обрізаності власного життя, ізоляваності від людей. Із часом симптоми ПТСР мають тенденцію до посилення. ПТСР діагностують, якщо сила таких симптомів наростає, заважає нормальному функціонуванню людини, та коли їхня тривалість перевищує більше як місяць від травматичної події. ПТСР супроводжують часті, повторювані спогади про такі події в минулому, флеш-беки; відчуття нереальності події, так наче подія трапилась не з потерпілим; високий рівень гнівливості, підвищена чутливість до стресових ситуацій, психопатологічні переживання нових стресів, уникнення або втрата лінійності минулих пережитих подій у пам'яті, випадіння важливих компонентів травматичної події, підвищена пильність, яка зберігається упродовж більше місяця після отриманої психотравми. [5]

На думку психотерапевта Христини Максимець, ПТСР – це розлад, який зумовлений психологічною травмою та стресом, тому реакції на це можуть бути дуже різними: як в часовому вимірюванні (гостра чи хронічна форма), так і у емоційному (інтенсивність почуттів, симптоми та прояви). Втрата близьких людей, фізичне каліцтво, сексуальне, фізичне чи психологічне насильство, втрата місця праці людини та інше – усе це може стати початком розвитку такого розладу. Є випадки, коли ПТСР не розвивається після

11

отриманої травми, і це означає, що ресурси психіки справилися із стресом, а соціальне середовище надало необхідну для психологічного і фізичного відновлення травмованого підтримку. А є випадки, коли симптоми можуть з'являтися через декілька місяців або й років після подій. [6]

Природа розладу є такою, що людину переслідують болючі і травмуючі спогади з минулого, які дуже лячно переживати знову і часто через цю

причину люди ігнорують свої переживання та не звертаються за фаховою допомогою. Зазвичай обирається легший шлях: перечекати, дати собі час, багато працювати, займатися інтенсивно спортом, алкоголь чи психотропні речовини, самоізоляція, тобто усе, щоб забути, зазначає Христина Максимець. Діагноз ПТСР встановлюється спеціалістами, психіатром або клінічним психотерапевтом. Такі спеціалісти керуються критеріями оцінки, які чітко прописані у МКХ-10 чи МКХ-11 (МКХ- міжнародна класифікація хвороб), що зазначалось вище.[6]

Отже, тому, на думку психолога Х. Максимець, ПТСР виникає як відставлена і/або затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозового чи катастрофічного характеру, що здатна викликати дистрес (грец. *Dí* — двічі, подвійний; англ. *Stress* — тиск, напруження) — вид стресу, який характеризується найвищим ступенем вираженості, що негативно впливає на організм значною мірою, дезорганізує діяльність і поведінку людини. Також ПТСР розглядається як стан емоційного напруження, який виникає в конфліктних, кризових життєвих ситуаціях і перевищує за своєю інтенсивністю чи тривалістю індивідуальні психофізичні й особистісні адаптивні можливості. Поняття «дистрес», за даними Х. Максимець, увів канадський учений Ганс Сельє (Hans Selye).[6]

Зазвичай дистрес є відносно досить короткочасним психічним станом людини, проте під впливом потужних стресових факторів (таких, як, наприклад, смерть близької людини, тяжка травма, хвороба тощо) він може тривати впродовж місяців майже у будь-якої людини (катастрофи, війни, тортури, тероризм тощо).[6]

12

Протягом життя, загалом, ПТСР переносить до 1% населення, а у 15% можуть виникнути окремі симптоми, стверджують психологи. За результатами численних досліджень, стверджує Музичко Л.Т., встановлено, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу бойової обстановки та бойових дій, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій, адже наслідки травми можуть проявитися раптово,

через тривалий час, на тлі загального зовнішнього добробуту військовослужбовця, і згодом це погіршення стану стає усе більш чітко вираженим. Низка різноманітних симптомів подібної зміни стану була описана раніше різними спеціалістами, проте довгий час не розроблялися чіткі критерії його діагностики. Як стверджує практичний науковець Музичко Л.Т., на фоні високої актуальності соціально-психологічного вивчення феноменів психічної травми і психотравми стримуючий вплив на емпіричні дослідження чинить, відсутність узгодженості теоретичної позиції, спільних концептуальних моделей і методичних розробок, що дозволить достатньо повно і всесторонньо аналізувати ці феномени і порівнювати результати їх вивчення.[7]

Фактори, які призводять до ризику розвитку ПТСР, наведені на Рис.1.2.

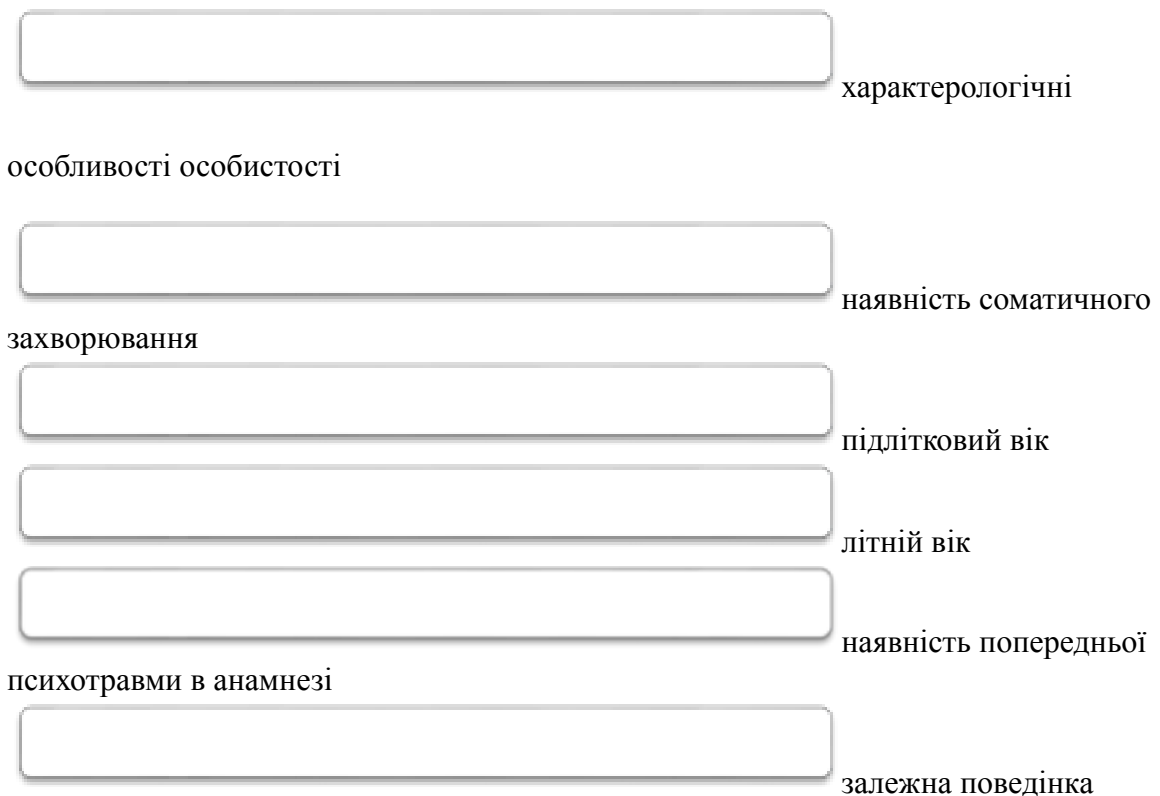


Рис.1.2. Фактори ризику ПТСР. Складено автором на основі:[6]

Тривалість прояву наведених нижче симптомів має становити не менше одного міс з моменту травматичної події, для того щоб підтвердити діагноз, стверджує М. Максимець.

ПТСР характеризується наступними трьома категоріями симптомів:

1.	нав'язливі переживання травматичної події, які епізодично повторюються
2.	уникання будь-яких нагадувань про події із заміненням загальної емоційної чутливості
3.	підвищена збудливість, яка виявляється в комплексі гіпертрофованих психофізіологічних реакцій

Рис.1.3. Категорії симптомів ПТСР. Складено автором на основі:[6] «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це несприятлива відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Зазначається, що для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес», - стверджує Музичко Л. Т. [7] До основних симптомів синдрому ПТСР відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі повернення); нездатність згадати – амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); надзбудження (неадекватна надмобілізація). [7]

Діагностичні критерії ПТСР описані в Таблиці 1.1.

До вторинних симптомів ПТСР спеціалісти відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «Его»- функціонування тощо. Так званий соціальний стресовий розлад виявляється доклінічними (психологічні реакції) і клінічними (невроз, патохарактерологічний розвиток особистості, алкоголізм) розладами.[7]

Основні клінічні вияви соціального стресового розладу змальовані на Рисунку 1.4.

14

Таб.1.1. Діагностичні критеріями ПТСР. Складено автором на основі:[6]

1.	значима травмуюча подія в анамнезі;
2.	початок розладів після латентного періоду (від декількох тижнів до 6 міс після психотравмуючої ситуації, але іноді й пізніше);

3.	спалахи спогадів («flashbacks»), що відтворюють психотравмуючі події. Вони можуть з'явитися через десятиліття;
4.	актуалізація психотравми в уявленнях, снах, кошмарних сновидіннях;
5.	соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від друзів, включаючи близьких родичів;
6.	зміна поведінки, експлозивні спалахи, схильність до агресії. Можливі антисоціальна поведінка чи протиправні дії;
7.	зловживання алкоголем і наркотиками, особливо для усунення гостроти хворобливих переживань, спогадів або почуттів;
8.	депресія, суїцидальні думки або спроби;
9.	гострі напади страху, паніки;
10.	вегетативні порушення і неспецифічні соматичні скарги (наприклад головний біль).
11.	У значної частини осіб ПТСР хронізується і часто поєднується з афективними розладами та наркологічними захворюваннями

Особливо показовими на думку вчених є вияви соціального стресового розладу в осіб з вимушеною міграцією. Автори Н. Незнанов та К. Телія при обслідуванні мігрантів звертають увагу на високий ступінь ризику психогенних розладів.

Основні клінічні вияви соціального стресового розладу

- вегетативні дисфункції;
- порушення сну;
- астенічні розлади
- істеричні розлади
- панічні розлади
- інші невротичні і психопатичні порушення.

Рис. 1.4. Основні клінічні прояви соціального стресового розладу.

Складено автором на основі: [7]

Музичко Л. Т. у своїх дослідженнях виокремлює А. Кардинера, який досліджуючи посттравматичний стресовий розлад, назвав таке явище

«хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має з двох сторін як фізіологічну, так і психологічну природу. Вчений вперше дав комплексний опис симптоматики ПТСР: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій. [7]

На думку А. Красилю, зазначає Музичко Л.Т., психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних цінностей; умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони постраждалого. Нерівномірність розвитку психіки людини закріплюється у її внутрішніх установках і стає бар'єром набуття єдності і цілісності цієї особистості. І навпаки, позитивним чинником, що сприяє попередженню психологічного людського травматизму, є рання гармонічна соціалізація індивіда. Важливо визначити і закріпити ті потенційні можливості особи, які надають можливість цій особистості протистояти чинникам, які сприяють її розпаду, і сповзанню на шлях соціальної невротизації.[7]

У свою чергу, англійський вчений С. Касл виділив два основних трактування поняття стресу у зв'язку з трудовою діяльністю – звужене та розширене. В першому його трактуванні стрес розглядається як переважання вимог середовища над тими наявними можливостями суб'єкта, що необхідні для їх задоволення, а це наявність перевантаження, надстимуляції. В другому – як неадекватність у цілісній системі «людина – середовище», що включає не тільки звужене тлумачення, але й зв'язок між потребами людини і можливостями їх задоволення в трудовому середовищі: недовикористання людських можливостей, знижене навантаження, низька стимуляція). [7]

16

Дослідження посттравматичних стресових розладів молоді здебільшого виконані в межах робіт медичного та медико-психологічного профілю, стверджує Музичко Л.Т.[7]

Таб. 1.2. Загальні та специфічні психологічні чинники посттравматичного стресового розладу різних авторів. Складено автором на основі: [7]

Автори	Особливості підходу
З. Ліповські, Б. Ломов	Вказують на необхідність цілісного, інтегрованого підходу у вивченні соматичного та психічного здоров'я.
Ю. Губачов, Б.Карвасарський, В.Мясищев	Необхідність комплексного врахування впливу індивідуально психологічних особливостей на виникнення та розвиток психосоматичних дисфункцій в людини.
Р. Лазарус, Г. Сельє	Вказують на особливу роль механізмів загального адаптаційного синдрому у розвитку невротичних патологій.
Г. Аммон, Дж. Мак Дауголл	Акцент на інтеграційних параметрах особистості.
Ф. Александер, Ю. Ващенко, С. Рисс	Важливі особливості впливу глибинних інтрапсихічних конфліктів.

Проблема діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу, необхідності постійного його подолання стала ще більш актуальною у зв'язку із загальним загостренням історичної ситуації, що особливо спостерігається серед військовослужбовців, які зазнають впливу численних стресогенних факторів, що діють в умовах війни на сході України. Розвиткові психологічного напруження для них сприяє також специфіка військової діяльності, характер якої, у сполученні з особистісними властивостями індивіда, позначається на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій.[7]

Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу в цю групу розладів, власне, віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і екс військовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії. [7]

Узагальнюючи різні визначення про поняття посттравматичного стресового розладу, можна вважати, що вони не взаємовиключають одне

одного, а навпаки, розширюють і поглиблюють уявлення про складність і багатогранність цього феномена.[7]

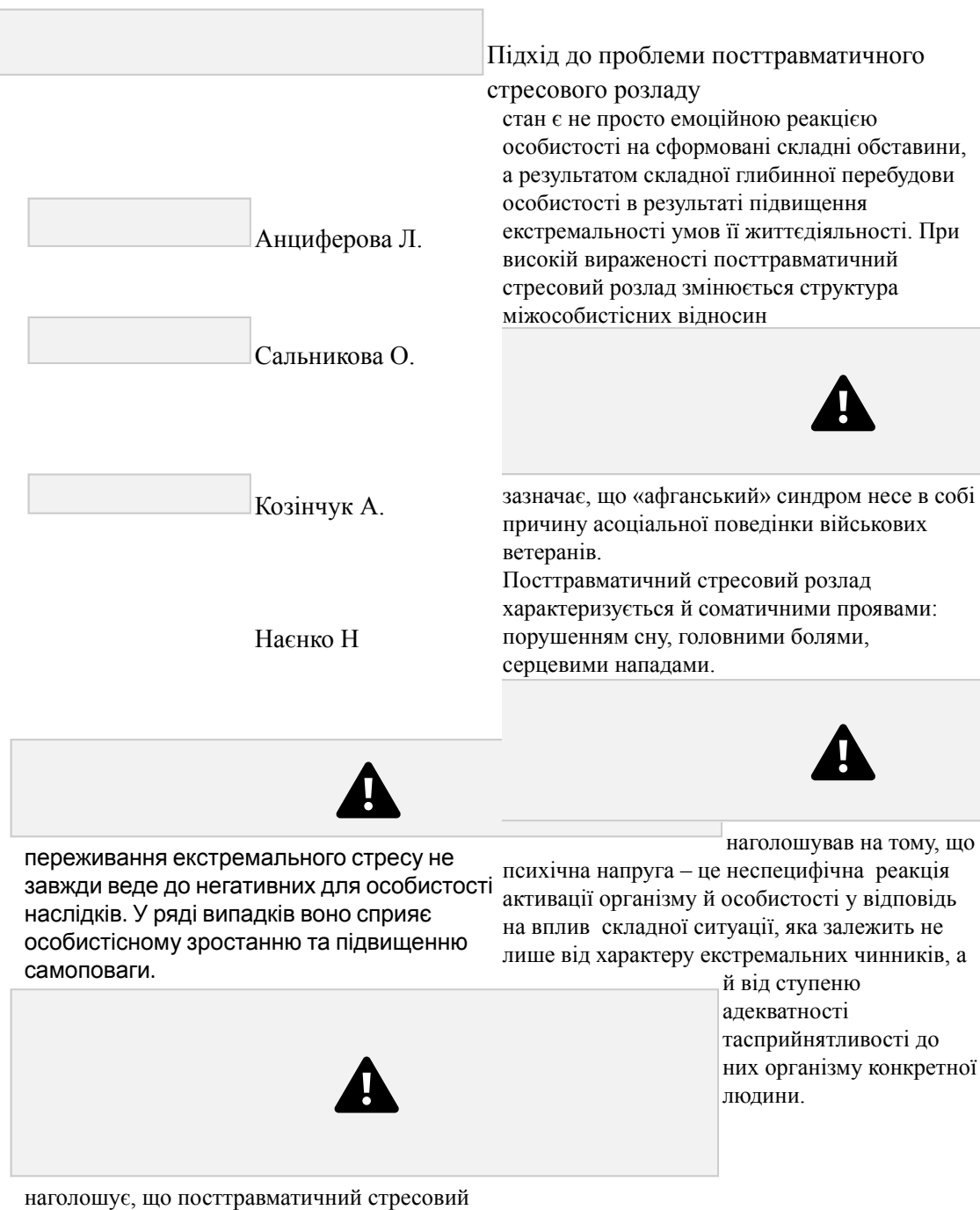


Рис. 1.5. Підходи до проблеми ПТСР різних авторів. Складено автором на основі: [7]

Узагальнюючи теоретичний доробок в галузі вивчення впливу психотравми на психічне здоров'я людини дозволяє виокремити і класифікувати психотравмуючі події, що викликають розвиток травматичного розладу, за наступними ознаками:

- за інтенсивністю: інтенсивні (сильні) та менш інтенсивні (помірні); -

за терміном дії: короткочасні та довготривалі;

- за частотою: поодинокі, періодичні та постійно діючі;

- за раптовістю: шоківі (несподівані) або ймовірно передбачувані (але без недостатньої поінформованості чи готовності особи до її дії); - за

ступенем вірогідності виникнення: невірогідна, маловірогідна, вірогідна, цілком вірогідна;

18

- за розвитком напруженості: така, що зростає; стабільна; така, що має тенденцію до зниження;

- за включеністю (участю): особа є або безпосереднім учасником, або споглядачем (свідком), або дізналася опосередковано;

- за значимістю: має велике значення для особи (подія відбувається з нею особисто або з близьким значимим соціальним оточенням), частково чи опосередковано зачіпає інтереси особи;

- за природою виникнення: природна, що викликана стихійним природним явищем, незалежним від людини; така, що спричинена діяльністю людини, ненавмисна або навмисна;

- за фізичними наслідками: без пошкодження власного фізичного здоров'я та отримання тілесних ушкоджень (тяжких, середньої тяжкості, легких);

- за психологічними наслідками: викликає появу клінічно вираженого посттравматичного розладу або окремих його симптомів;

- за наявністю підсилюючих чинників, а саме: реальної загрози смерті, втрати працездатності, втрати соціальних зв'язків, невизначеності майбутнього, браку медичної допомоги та соціальної підтримки тощо [8, с. 127], [7]

Ризик виникнення посттравматичного розладу підсилюється за умови наявності в анамнезі попереднього психотравмуючого досвіду, тому для вивчення та мінімізації наслідків впливу психотравми, зазначають багаточисленні дослідження, необхідна оцінка всього травматичного досвіду

впродовж всього життя особи.[7]

В професійній діяльності військовослужбовців можна виділити наступні види психічної травми:

- a) психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і створює негативний вплив на психіку військового (наприклад: отримання травм внаслідок виконання службового завдання, втрата товариша по службі тощо);
- b) довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу;
- c) «кумулятивна» психотравма, що виникає в результаті накопичення екстремального і повсякденного травматичного досвіду, і характеризується тим, що попередня психотравма посилює вплив наступної [9, с. 90], [7]

19

Виникнення і розвиток посттравматичного розладу у кожної конкретної людини залежить і визначається взаємним впливом особливостей травмуючого фактора, травмуючої події, демографічної характеристики та індивідуальних особливостей особистості, а також соціальних та соціально психологічних факторів. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку посттравматичного розладу індивіда, можуть мати різне походження і ступінь виразності симптомів розладу, проте для всебічного вивчення впливу психотравми на людину необхідно її кваліфікувати за всіма вказаними вище ознаками.[7]

1.2. Історія та актуальність проблеми ПТСР в Україні і в світі Ризик зазнати будь-яку психічну травму – це частина існування всього людства, як біологічного виду. Чи то йдеться про напад на людей шаблезубих тигрів за часів кам'яного віку, або про напад терористів у двадцять першому сторіччі – можна сміливо гадати про те, що психологічні наслідки для потерпілих від таких нападів у всі часи десь є приблизно однаковими. Навіть у знаменитій

п'єсі Шекспіра така велика постать, як король Генріх IV, якщо уважно придивитися, підпадає майже всім, або навіть цілком всім діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу (ПТСР). І таких наглядних прикладів описано з давніх-давен багато у всесвітній літературі. У роботі Trimble (1985), зокрема, за його версією окремо описано історію розвитку концепції ПТСР. [10]

20

«Американська Психіатрична Асоціація (en. APA) в 1980 році включила ПТСР у спеціалізовану нозологічну класифікаційну схему третьої редакції її Посібника із Діагностики та Статистики Розумових Розладів (DSM-III). Діагноз ПТСР на час його першого включення у класифікаційну схему викликав дискусії, але саме такий діагноз заповнив суттєву прогалину у світовій психіатричній теорії та практиці. В історичній перспективі, концепція ПТСР запроваджувала суттєво нові підходи – було деталізовано саме той факт, що етіологічним фактором проблеми є подія, яка знаходиться на зовні особистості пацієнта, тобто, травматична подія, а не приналежна пацієнту індивідуальна слабкість (тобто, травматичний невроз). Концепція такої «травми» є ключовою до зрозуміння наукового підґрунтя та клінічних проявів з боку ПТСР», -зазначає Matthew J. Friedman. [10]

У всіх роботах і спостереженнях провідних психологів та психіатрів надається важливості отриманої так званої «травматичної події». «Саме концепція «травматичної події», що її було закладено у формулюванні DSM III, розуміє під собою катастрофічний стресор в житті людини, що є поза межами її звичайного досвіду. Фахівці, які вперше сформулювали діагноз ПТСР, мали на увазі такі події, як війна, катування, зґвалтування, гітлерівський Голокост, атомне бомбардування Хіросіми та Нагасакі, природні катастрофи, такі, як землетруси, урагани, а також виверження вулканів, або антропогенні катастрофи (вибухи на фабриках, авіакатастрофи, автомобільні аварії тощо).[10]

Фахівці розглядали ці «травматичні події» як такі, що істотно відрізняються від болісних стресорів, які становлять собою, можна сказати,

«нормальні» складнощі життя, такі як розлучення, невдача, відмова, серйозна хвороба, фінансові втрати, і таке інше. Тому, за цією логікою, небажані психологічні реакції на такі «звичайні стресори» мусять, у термінах DSM-III, бути охарактеризовані як Розлади Адаптації, але не ПТСР», – зазначає д-р М. Фрідман. [10]

21

«Такий поділ поміж травматичним стресором та іншими мала за основу таке припущення, що незважаючи, що більшість індивідів мають здатність перебороти звичайний стрес, їхні адаптивні здатності скоріш за все будуть капітулювати при зустрічі із травматичним стресором.

ПТСР займає унікальну позицію поміж психіатричних діагнозів, тому що у цьому випадку велика значимість надається саме етіологічному фактору, тобто конкретному травматичному стресору. Власне, практично неможливо виставляти діагноз ПТСР, якщо пацієнт не відповідає «критерію стресора», а це означає, що він або вона потрапляв (потрапляла) у подію, яка розцінюється як травматична», – пише автор д-р М. Фрідман. [10]

Клінічна практика стосовно діагнозу ПТСР, однак, показала, що існують індивідуальні розбіжності відносно здатності [людини] впоратися із катастрофічним стресом. Згідно цього, в той час як більшість людей, які пережили травматичні події, не мають ознак розвитку ПТСР, у інших цей синдром розгортається у повну силу. Такі спостереження призвели до визнання того факту, що травма, так само як біль, не є цілком зовнішнім феноменом, який можна повністю об'єктивізувати. Так само як біль, травматичний досвід фільтрується через когнітивні та емоційні процеси, перед тим як цей досвід буде сприйнято як екстремальну загрозу. Внаслідок індивідуальної різниці у процесі сприйняття, у різних людей виявляється різний «порог травми» – одні більш захищені, а інші більш чутливі і більш схильні до розвитку клінічних симптомів після перебування у екстремальній стресовій ситуації. [10]

«Хоча у останній час ми спостерігаємо відновлення інтересу до суб'єктивних аспектів травматичного досвіду, належить все-ж таки

підкреслити, що такі події, як звалтування, тортури, геноцид, а також «важкий стрес перебування у зоні військових дій» – майже будь-якою людиною відчуваються як травматична подія», - стверджує Matthew J. Friedman. [10]

22

За даними праці А.В.Михальського та Ю.О.Царьова, в останні десятиліття у всьому світі спостерігається ріст кількості різних катастроф, конфліктів у суспільстві й обмеженому людському мікросоціумі. Ця ситуація характеризується екстремальним впливом різноманітних чинників на психіку людини. В результаті психічні розлади, які виникають, в подальшому іноді значно ускладнюють соціально-психологічну адаптацію потерпілих і відповідно знижують їхню трудову активність. Найбільш частою формою розладів у жертв екстремальних подій, які важко піддаються лікуванню та корекції, вважають автори А.В. Михальський та Ю.О. Царьов, що проявляються психологічними, соціальними і соматичними змінами, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Даному питанню в останні роки присвячується досить багато наукових досліджень та надається все більше уваги.[11]

«Термін ПТСР, був запропонований М. J. Horowitz, який розробив діагностичні критерії ПТСР, прийняті за основу при складанні американської класифікації хвороб DSM-III (1976 – 1980). Пізніше ці критерії зазнали деяких незначних деталізованих змін і в 1995 році були внесені в Міжнародну класифікацію хвороб 10 перегляду (МКХ-10)», - існує гіпотеза в науковців А.В. Михальського та Ю.О. Царьова. [11]

На думку вчених, історично початок учення про травматичний невроз припадає на кінець 18-го століття. У цей час в Англії і Німеччині починається науково-технічна революція, механізація виробництва, що в свою чергу спричинило і ріст нещасних випадків. В 1866 році англійський хірург Еріксон досить детально і фахово описує “струс спинного мозку, нервовий шок і інші невияснені ушкодження нервової системи”. Як зазначають науковці, на той час він пов’язував психічні розлади, які виникають при

катастрофах, змінами в мозкових оболонках і речовині спинного і головного мозку.[11]

В свою чергу, німецький психіатр Мелі (1881) походження “травматичного психозу” пояснював впливом певного психічного фактора,

23

душевного збудження, переляком. Його ідеї підтвердили такі відомі в своїх колах американські лікарі, як Уілкс, Уолтом і Петнем, які підтримали ідею функціональної, істеричної природи травматичного неврозу.[11]

Д-р Шарко (1884), в свою чергу, вважав основною причиною “травматичного неврозу” емоцію і шок. В 1889 році німецький невролог Оппенгейм випустив у світ свою монографію “Травматичні неврози”, в якій розглянув власне патогенез травматичного неврозу.[11]

Перелік властивих симптомів, які належать до ПТСР, зустрічається і в роботах німецьких психіатрів на початку ХХ-го століття (Брунс, 1901; Штірлін, 1901; Оппенгейм, 1923). [11]

Під час російсько-японської війни 1904-1905 р.р. М.О. Шейкович і С.А. Суханов звернули увагу на особливу групу психогенних розладів у солдат і цивільних, у структурі яких відобразились напружені події військового часу. В 1910 році вийшла в світ монографія Л.Станіловського “Травматичні неврози”.

У Росії, за даними А.В.Михальського та Ю.О. Царьова, проблемою травматичних неврозів почали займатися в часи Першої світової війни і Громадянської війни (С. Крайц, П. Ганушкін, І. Бехтерев), а Після Другої світової війни цим питанням активно перейнялись В. Гіляровський і Є.Краснушкін.[11]

На початку, спостереженням і вивченням травматичних розладів займались переважно військові психіатри, які досліджували емоційні реакції учасників військових дій. Так званий «військовий невроз» у різних авторів отримав різні назви. ПТСР різні фахівці називали по-різному: “солдатським серцем”, “тривожним серцем” через наявність вегетативних симптомів зі сторони серця, “тривожним неврозом”, “травматичним неврозом”. Da Costa у

своїй роботі “Про схвильоване серце” в 1871 р. описує емоційний і психологічний стан цих солдатів.[11]

Під час першої світової війни сучасний ПТСР був названий “шоком від снарядів” і була висловлена думка про те, що він спостерігається внаслідок

24

травми, яка зумовлена вибухом снаряду. Пізніше посттравматичний стрес спостерігався фахівцями в нацистських концентраційних таборах і в тих, хто пережив атомне бомбардування в Хіросімі і Нагасакі. У всіх випадках, як зазначалося, поява патологічних симптомів корелювала з важкістю стресу. Найбільш важкі стреси (у концентраційних таборах) викликали появу синдрому більш ніж у 75% жертв, зазначають фахівці та науковці. [12]

Як зазначає А.В. Михальський, цікаві дані приводились ще в 1915 році С.А. Сухановим у роботі “Психоневрози воєнного часу”: автор виділяє два види травматичного психоневрозу. До першого виду такого неврозу він відносить ті форми, при яких у клінічній картині переважають наслідки стресу центральної нервової системи з якимось ушкодженнями периферичних відділів органів відчуття. Другий вид неврозу – це певна психогенна форма, яка маскується під видом травматичної істерії.[11]

До Першої світової війни вважалось, продовжує автор А.В.Михальський, що травматичний невроз є, по-перше, наслідком поганої дисципліни і боягузтва, а по-друге, органічних порушень головного мозку. Інтерес до біологічної природи військового стресу, а саме органічних порушень у діяльності нервової системи, з часом посилювався і надалі залишається одним із центральних проблем для вивчення в цьому напрямку.

У період першої світової війни, згідно з даними К.Jaspers, продовжують своє дослідження А.В.Михальський та Ю.О. Царьов, після повітряних атак англійської авіації, в психіатричні клініки Берліна потрапляли люди, які страждали страхами і безсонням. Зазначається, що при поганій погоді, непридатній для польотів ці розлади припинялись.[11]

Уже в ранніх роботах відмічалось, що військовий стрес має притаманну хронічну причину і тенденцію до свого поступового прогресування. Це

підтверджується дослідженнями фахівців з вивченням осіб з наслідками військової травматизації, які вказують на те, що симптоми ПТСР із віком посилюються. До того ж ПТСР може проявитись як упродовж одного місяця після травми, так і через 30-40 років після травми, пишуть автори. [11]

25

Основна інформація по військовому неврозу, як стверджують науковці, була зібрана і сформульована Абрахам Кардінером (1941). Провівши дослідження на ветеранах Першої Світової війни, він досить чітко встановив, що військовий стрес – це так званий «фізіоневроз». А. Кардінер вказав на те, що фізіоневроз включає не тільки фізіологічні, але і психологічні розлади. Він одним із перших виявив дисоціативні епізоди в постраждалих, які назвав “комплексом епілептичних симптомів” (epileptic symptom complex), які на його думку можуть ставати причиною деяких функціональних розладів мозку.[11]

В 1947 році д-р А. Кардінер вперше дав всебічний і найбільш точно сформульований, розширений клінічний опис стресових реакцій, які зумовлені участю в бойових діях і виділив симптоми, властиві цьому розладу: збудливість і дратівливість; безупинний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травмуючої події; відхід від реальності; а також схильність до некерованих, агресивних реакцій.[12]

Як зазначається в працях, що видані в збірнику наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України, значним поштовхом до розвитку інтересу щодо вивчення ПТСР послужила війна у В'єтнамі. Після в'єтнамської війни, вважають автори збірника, американські психологи і психіатри виявили, що для ветеранів війни характерні психічні розлади, раніше не описані в психологічній літературі, які ще тоді такі розлади отримали назву “в'єтнамський синдром” (P.S.Bourne, 1970; M.D. Blum, 1984; J.I. Escobar., 1983; J.M.Allen, 1986). [12]

Приблизно у 25% учасників бойових дій у В'єтнамі, під впливом психічної травми, відбулись зміни особистості постраждалих військових. Як зазначають науковці, за даними статистики, на початку 1990 років біля 100

тисяч в'єтнамських ветеранів здійснили самогубства, а біля 40 тисяч ведуть замкнутий спосіб життя, а серед них, зокрема, спостерігається високий рівень актів насильства, неблагополуччя в сфері сімейних відносин і соціальних

26

контактів. А вже пізніше фахівці виявили подібні розлади і при інших травматичних подіях.

У 80-х роках минулого століття, зазначають А.В. Михальський та Ю.О. Царьов, вивчення ПТСР стало ще більш широким, адже в цей час з'являються роботи Н.Кристал (1986) про масові травми; А.Эгендорфа із співавторами, які провели порівняльний аналіз особливостей адаптаційного процесу у в'єтнамських ветеранів і їх ровесників, які не воювали, а також Г. Боуландера із співавторами, присвячені особливостям віддаленої реакції на стрес.[11]

Зазначається, що роботи А. Эгендорфа лягли в основу критеріїв діагностики ПТСР в цілому.

З 1980-х рр., як зазначають автори праці, значна увага почала приділятися розробці інструментів для оцінки ПТСР. Д-р Кін та ін. в роботі з ветеранами в'єтнамської війни розробили власні методики психометричної і психофізіологічної оцінки стану пацієнта. Основні ґрунтовні підсумки міжнародних досліджень фахівців були узагальнені в колективній монографії "Травма і її слід"(С.Р. Figley, 1986), в якій приводяться особливості розвитку ПТСР військової етіології, жертв геноциду і насильств над особистістю. [11], [12]

Як зазначають Е.Г. Ляхов та П.П.Баранов, у кінці ХХ століття з'явилося багато робіт, присвячених вивченню проблеми тероризму.

За даними Shumacher Н. Ralph.(1998), війна у Перській затоці породила "синдром Перської затоки", або "синдром війни в затоці", особливості якої полягали у тому, що військові дії відбувались в складних умовах і з використанням нових видів зброї. [11]

Теоретичні передумови, ведуть історичні дослідження далі А.В. Михальський, Ю.О.Царьов, вчення про ПТСР базуються в першу чергу на

роботах Г.Сельє про загальний адаптаційний синдром, на теорії когнітивного дисонансу Л. Фестінгера, на моделі М.Ж. Horowitz (1975).[11]

27

Зміст самої теорії Г. Сельє розкривається в чотирьох її основних положеннях:

«1. Усі біологічні організми наділені вродженими механізмами підтримки рівноваги функціонування своїх систем. Підтримка стану внутрішнього балансу є життєво важливим завданням організму.

2. Сильні зовнішні подразники, або стресори, порушують внутрішню рівновагу. На будь-який вплив, позитивний або негативний, організм реагує специфічним фізіологічним збудженням. Ця реакція має пристосувально захисний характер.

3. Розвиток і пристосування до такої адаптаційної реакції відбувається в декілька стадій. Час перебігу й переходу на кожен етап залежить від рівня стійкості організму, інтенсивності й тривалості дії стресора.

4. Організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей попередження і подолання стресу – їх виснаження може призвести до захворювання й смерті.» - зазначає в своїй теорії Г. Сельє. [11]

Як стверджують науковці в наукових працях К-ПНУ імені Івана Огієнка та Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, в нашій країні психічні розлади при надзвичайних станах особливо інтенсивно почали вивчатись після Чорнобильської катастрофи. Цьому питанню присвячена значна кількість наукових досліджень. [13][14][15][16]

За даними вище перерахованих досліджень, значна увага приділялась аналізу нервово-психічних і психоневрологічних розладів і встановлено, що в тих, хто знаходився в зоні з підвищеною радіацією, психічна дезадаптація виникала через психологічні травми, а не під впливом іонізуючого випромінювання. [13]

Також можна виокремити праці Лакосина Я.Д., де вивчались питання клінічної характеристики психічних порушень населення, яке проживає в зоні радіаційного забруднення та психічними особливостями посттравматичних

Сучасний стан розвитку ПТСР достатньо прозоро описує в своїй роботі Ізабелла Тарабовські : «Незважаючи на постійні повідомлення про спорадичні обстріли на сході України та порушення Мінських угод, є сподівання, що важкі бої можуть закінчитися. Але людський стан війни буде відчуватися в Україні ще довгий час, особливо психологічні рани, які війна завдала солдатам країни та цивільному населенню. Вже в травні 2015 року, коли перші 30 000 (з 240 000) бойових військ були лише демобілізовані, багато хто озвучував тривогу щодо психологічного впливу війни». [18]

За останнє десятиліття ПТСР стало однією з головних проблем військовослужбовців на Заході. Ці проблеми не обмежуються лише життям солдатів. Вони створюють складне психосоціальне явище, яке впливає на солдата, найближчу родину цього солдата та громаду загалом. ПТСР може спричинити труднощі з реінтеграцією, забезпеченням та збереженням робочих місць, підтримкою нормального сімейного життя та піклуванням про своє здоров'я. Зловживання алкоголем та наркотиками є поширеними, як і конфлікти в сім'ї та на робочому місці. Серед найбільш тривожних наслідків нелікованого ПТСР – підвищення рівня безпритульності та самогубств. [18]

Історично у відсотках військовослужбовців, які йшли на війну, розвивалися дивні, здавалося б, поведінки, які спочатку не розуміли ті, хто залишився поза війною. Деякі солдати Першої світової війни пережили паніку чи терор; нездатність міркувати, спати, ходити чи говорити. Подібні симптоми були названі "бойовою стресовою реакцією" під час Другої світової війни. Казали, що солдати війни у В'єтнамі мають "посттравматичний стресовий розлад", зазначає Sun Suntainel. У всіх солдатів було спільне те, що всупереч явній логіці, видалення з поля бою не полегшило наявних симптомів.[19]

Фільми про досвід військовослужбовців під час та після В'єтнаму принесли проблему ПТСР до обізнаності громадськості, однак мало для створення розуміння чи навчання людей, як впоратися з розладом, як діяти в

«Однією з головних проблем у розумінні ПТСР є той факт, що більшість солдатів не розпізнають та не визнають такий розлад. Оскільки солдати, які бачили бій, мають подібний досвід і більшість можуть відносно адаптуватися до цивільного життя порівняно гладко, багато хто припускав, що той невеликий відсоток, який не зміг цього зробити, якимось чином був помилковим і навіть пояснював їх симптоми малодушністю» - , зазначає єврейське видання Sun Suintel.[19]

Як вважає єврейське видання Sun Suintel , читання американської літератури про ПТСР показує, чому стільки людей вважають такий стан заплутано незрозумілим. Дослідження однак різноманітні, результати часто суперечать один одному. Значна частина матеріалу складається з довгих переліків можливих симптомів та гіпотез щодо того, які типи фізичних / біологічних станів можуть призвести до схильності до розладу ПТСР. Навпаки, єврейська література про ПТСР чітка та стисла. Наприклад, це пояснення із Ізраїльського національного центру травм жертв тероризму та війни: піддаючись травматичній події, емоційно-психологічна система заливається більшою кількістю подразників, ніж вона може в собі це вмістити та обробляти. Подразники продовжують залишатися в системі – своєму сирому, необробленому стані – і періодично повертаються, змушуючи проникати до усвідомлення людини у первісному її вигляді.[19]

«Як результат, страждаючий переживає травматичну ситуацію, як фізичне або емоційне переживання, точно так, як ніби воно виникає знову. Зображення, спогади, шуми та запахи, які були частиною оригінального травматичного досвіду, повертаються в надзвичайно схожій формі, як почуття первісного нападу. Оскільки цей настирливий, некерований досвід сам по собі є травматичним, жертви докладають зусиль, щоб уникнути всього, що могло б нагадати їм про травматичну подію, створивши цикл вторгнення та уникнення. Цей цикл є серцем посттравматичного стресового розладу (ПТСР)», - пише єврейське видання Sun Suintel. [19]

Цікавий факт можна відзначити, що слово, яке вживали в єврейському тексті, яке було перекладено як "емоційно-психологічна система", насправді означає систему "душі". В Ізраїлі питання, пов'язані зі здоров'ям, поділяються на ті, що стосуються фізичного тіла і ті, що стосуються душі. Ті, хто бажають цього досягнути, можуть трактувати термін "душа" як емоційну систему або як психологічну систему, але як би це не трактувалося, розуміється, що існують фізичні проблеми і нематеріальні проблеми (тобто душевні).[19]

Це не питання простої термінології, а принципової різниці в медичному підході, що впливає і на розуміння, і на лікування в Ізраїлі. «Як ви можетевилікувати шкоду, завдану вашій душі (або емоціям), виправивши недолік у вашій фізіології? Це було би так, якби спробувати заповнити порожній бак для автомобіля, змінивши шину», пише Sun Suintinel. [19]

Важливо розуміти, що ПТСР не вказує на слабкість, недолік характеру, моральне волокно чи темперамент. Симптоми - це емоційні та фізичні відчуття, які потім посилюються через поведінку, що є результатом циклу уникнення вторгнення. Власне, це і відрізняє систему підходів до лікування ПТСР в цілому, тому, відсоток людей з наявною проблемою в Ізраїлі найнижчий у світі. [19]

Хоча кінематографічні конструкції флешбеків є драматичними, вони є поганими поясненнями того, що насправді переживається. Нав'язлива пам'ять - це не спалах назад, а більше схожий на спалах зараз. Щось у сьогоденні спрацьовує пам'ять про переживання події з усіма її фізичними та емоційними відчуттями. Людина не транспортується назад до її пам'яті, скоріше подія відтворюється і переживається у сьогоденні.

«На відміну від Сполучених Штатів, в Ізраїлі немає людини, яка б не була торкнута тероризмом чи війною; солдати - невід'ємна частина ізраїльського суспільства. Майже в кожному домогосподарстві є солдат, якщо не кілька солдатів, багато з яких воювали в кількох війнах. Ті, хто не має солдата у власній родині, живуть поруч із домашнім господарством із солдатом. Практично кожна людина є резервістом та / або має своїх колег, які

беруть відпустку з роботи, щоб перейти на військову службу», - пише видання Sun Suintinel. [19]

«Пересічний ізраїльтянин знає чи може собі уявити, що пережив солдат чи жертва тероризму. Особистий досвід створює розуміння та співчуття до болю інших. Сучасне покоління Ізраїлю громадян від 40 до 60 років виросло разом із жертвами Голокосту. Вони не завжди розуміли тих, хто вижив, або їх іноді дивної поведінки в повсякденному житті. Деякі вцілілі люди підхоплювали напів з'їдені бутерброди, які інші люди викинули, і клали їх у кишені (про всяк випадок). Інші жахалися собак. Деякі безпричинно прискіпливо ставились до своїх дітей. Інші майже ніколи не звертали особливої уваги на своїх дітей. Деякі були цілком нормальними вдень, але кричали уві сні», - зазначається в Sun Suintinel. [19]

«Минуло багато років, щоб люди зрозуміли, що така поведінка розвинулася внаслідок екстремальної травми, яку пережили ті, хто вижив. Пізніше було виявлено, що травма може бути передана - у другому поколінні діти тих, хто вижив, виробили власну форму поведінки, пов'язану з травмами. Пересічний ізраїльтянин знає, що жахливі переживання змінюють психіку та поведінку», - діляться досвідом автори видавництва Sun Suintinel. [19]

1.3 Нормативно-правова база регулювання діяльності з подолання наслідків ПТСР в Україні.

Єдиною законодавчою базою в Україні, що регулює психіатричну службу є Законодавство України про психіатричну допомогу і базується на Конституції України (254к/96-ВР) та складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801-12) цього Закону та інших нормативно правових актів, прийнятих відповідно до них. [20]

Дія цього Закону поширюється на громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні. Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про

психіатричну допомогу, то застосовуються правила міжнародного договору.

[20]

Стаття 4. «Принципи надання психіатричної допомоги»:

«Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг.». Стаття 4 із змінами, внесеними згідно із Законом N 2205-VIII (2205-19) від 14.11.2017. [20]

Стаття 7. «Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад»:

«Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загально визнаних міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.», - зазначається в Ст. 7. [20]

В 2016 році Наказом Міністерства охорони здоров'я України було затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, де наявний розділ «реакція на важкий стрес та розлади адаптації».

посттравматичний стресовий розлад». Цей клінічний протокол розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. [2]

В протоколі зазначається, що більшість положень щодо лікування ПТСР, які включені до клінічних настанов, мають низький рівень доказовості. Це значною мірою обумовлено методологією проведення рандомізованих клінічних досліджень, зокрема, щодо немедикаментозних втручань.

«Положення УКПМД, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а їх дотримання не є гарантією успіху у всіх клінічних випадках», - ідеться в протоколі. Кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікуючий лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей. [2]

В протоколі стверджується, що за результатами двох великих епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, у 85-88% осіб чоловічої статі та у 78-80% жіночої статі з ПТСР були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів з ПТСР.[2]

Також в протоколі зазначається, що важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів з ПТСР, із залученням членів сім'ї. [2]

Особливостями процесу надання допомоги постраждалим з ПТСР в Україні існує ряд впроваджень, зазначених в Уніфікованому Клінічному Протоколі на державному рівні в розділі: «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», де зазначається потреба у створенні системи заходів, що включає:

«1. Навчання та підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики, лікування та реабілітаційних заходів при ПТСР (див. розділ 4 п.4.1.1.).

2. Організацію взаємодії та координацію служб різного відомчого підпорядкування.

3. Забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з ПТСР

лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у кожному ЗОЗ шляхом розробки та впровадження Локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД), в якому визначено клінічний маршрут пацієнта (КМП).

4. Інтегрована медична допомога з урахуванням особливостей надання допомоги в кожному відомстві (Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Національна гвардія України, Національна поліція України тощо)».

[2] «Лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, діагноз ПТСР має бути підтверджений за результатами комплексного клінічного інтерв'ю, що оцінює всі симптоми, що характеризують ПТСР. Важливо окреслити ще одне проблемне питання щодо впровадження положень доказової медицини в лікування пацієнтів з ПТСР – обмежена доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія має бути основним методом лікування ПТСР, а також використовуватися в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів.» [2]

Також, посилаючись на офіційний веб-сайт Івано-Франківської обласної державної адміністрації, можна зробити висновки щодо державного врегулювання психіатричної служби в Україні:

«Україна відмовилася від застарілих антигуманних підходів і розширила права пацієнтів у психіатричних закладах: 10 червня 2018 року введено в дію

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги». Тепер пацієнти можуть самостійно звернутись до суду та отримати альтернативний висновок щодо стану свого психічного здоров'я, а раніше дозволену медичну стерилізацію без згоди пацієнта, зазначається у веб-сайті, було заборонено. Також розпочався процес приведення діяльності психіатричних медзакладів у відповідність до міжнародних та національних нормативно-правових актів. Зокрема, триває реорганізація ДУ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» і переведення пацієнтів до лікарень, які розташовані ближче до місця їхнього проживання, оскільки цього вимагають оновлені норми Закону «Про психіатричну допомогу». [21]

«Затверджено «Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», а також розроблено та проведено широке обговорення Плану заходів з її впровадження. Вперше в Україні розробка плану з впровадження «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» відбулася не за зачиненими дверима кабінетів, а разом з громадою, яка є за версією веб-сайту Івано-Франківської обласної державної адміністрації професійною, орієнтованою на пацієнта, а також за участі міжнародних організацій. В розробці цих документів взяли участь сотні фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, головні лікарі, психіатри, психологи, медсестри, представники громадських організацій, пацієнти та їх родичі, представники державних установ та соціальних служб. [21] Згідно з Планом, до 2030 року в Україні буде створено єдиний медичний простір у галузі психічного здоров'я завдяки координаційній діяльності всіх задіяних відомств, пише видання. Тобто українці матимуть чітку карту послуг, сервісів, служб, що будуть підлаштовані під їх особисті потреби. Основна думка полягає в тому, що пацієнти не залишатимуться сам-на-сам зі своїми проблемами, а завжди знатимуть, куди звертатись по допомогу. Велика увага приділятиметься профілактиці розладів, руйнуванню стигматизованого ставлення до проблем із психічним здоров'ям у

суспільстві. Як зазначається, важливим є безперервний процес навчання фахівців у сфері охорони психічного здоров'я. Йдеться як про професійний розвиток фахівців цієї галузі, так і про сучасні освітні програми для навчання лікарів, що надають первинну медичну допомогу (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів), а також медичних сестер, психологів, соціальних працівників, поліцейських, волонтерів, вчителів, працівників служби зайнятості та інших фахівців.» [21]. Як стверджує Івано-Франківська обласна державна адміністрація, МОЗ України розпочне впровадження Плану реалізації Концепції після погодження його іншими центральними органами виконавчої влади.

« Планується якісна зміна системи охорони психічного здоров'я ветеранів. За версією офіційного веб-сайту Івано-Франківської обласної державної адміністрації, МОЗ України створює умови, щоби ветерани незалежно від місця проживання могли отримати якісну психологічну, психотерапевтичну, психосоціальну та психіатричну допомогу, що базується на засадах доказової медицини. З впровадженням «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» планується, що ветеран матиме чітку карту послуг, сервісів, служб, які зможуть полегшити доступ до послуг. Можливість отримати підтримку щодо свого психічного стану ветерани зможуть отримати вже на первинному рівні медичної допомоги - у терапевта чи сімейного лікаря. Також планується створення діяльності окремих центрів, спеціалізованих відділень у поліклініках і лікарнях. Як зазначається, планується створення ПТСП Центру, в якому надаватиметься високоспеціалізована допомога ветеранам із важкими розладами психічного здоров'я і супутніми фізичними захворюваннями. Тут ветерани зможуть отримати якісну допомогу, а лікарі з регіонів - підвищити свою кваліфікацію.» [21]

«Щодо сімейних лікарів: планується навчання щодо можливості розпізнавати поширені розлади психічного здоров'я, надавати базові послуги у галузі психічного здоров'я та, за потреби, вчасно скеровувати пацієнтів на

спеціалізований рівень. «Щоб забезпечити якісну допомогу українцям, фахівці усіх ланок повинні вміти працювати із наслідками психічних травм та іншими поширеними психічними розладами (тривожними, депресивними тощо), а також пацієнтами із хронічними психічними розладами у стадії ремісії. Йдеться не лише про медикаментозне лікування, а й про освоєння психологічних методів. Разом із Всесвітньою організацією охорони здоров'я починаємо впроваджувати систему навчання фахівців, що надають первинну медичну допомогу. Сімейний лікар, терапевт чи педіатр, у тому числі, зможе пройти курс та навчитися розпізнавати розлади психічного здоров'я. За необхідності, він здійснюватиме базові втручання чи направлятиме пацієнта до вузького фахівця. Українських сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів навчатимуть за програмою mhGAP, розробленою ВООЗ та успішно апробованою у 90 країнах світу. Вже цього року відбудуться пілотні проекти на Сході країни, і після цього досвід і систему буде поширено на всю країну. Окрім медичних працівників, навчання проходитимуть і соціальні працівники, поліцейські, волонтери, вчителі та інші.», - зазначається на офіційному веб-сайті Івано-Франківської обласної державної адміністрації.

[21]

«Створення програми для профілактики вчинення самогубств. Як зазначається на офіційній сторінці Івано-Франківської обласної державної адміністрації, показник смертності від самогубства в Україні - 15,3 на 100 тисяч населення у 2017 році - перевищує аналогічні показники у більшості європейських країн. Стверджується, що хоча цей рівень і знизився з 2005 року (коли було 22,6 смертельних випадків внаслідок самоушкодження на 100 тисяч населення), Україна все ще знаходиться в числі перших 25 країн світу за цим показником. Міністерство охорони здоров'я України ініціювало створення Національної лінії життя - єдиного телефонного номеру, на який може зателефонувати кожен у моменти відчаю чи безнадії з метою отримання якісної підтримки чи спеціалізованої допомоги. Така програма створюватиметься за одним із кращих прикладів у світі – лінії психологічної

підтримки БО "Australia Lifeline". Минулого року за підтримки МОЗ України організовано візит до нашої країни представників цієї організації, під час якого вони поділились досвідом зі своїми українськими колегами та дали рекомендації щодо розвитку такої форми допомоги в Україні. Наразі, ведуться перемовини з Австралійським урядом щодо перекладу протоколів та проведення тренінгів для українських організацій від "Australia Lifeline", - зазначає джерело. [21]

«Планується створення бази всеохопних та надійних даних про психічне здоров'я українців.» [21]

Як зазначає офіційне видання: «Будь-які якісні зміни неможливі без розуміння реального стану справ, надійного зворотного зв'язку щодо функціонування системи - її моніторингу і оцінки; коректні статистичні дані дозволяють розвивати галузь у правильному напрямку, а управлінцям - приймати зважені рішення, своєчасно реагувати і запобігати виникненню критичних ситуацій, забезпечують раціональне використання ресурсів. Тому одне із стратегічних завдань на цьому етапі вважається правильним забезпечити релевантну статистику. Центр психічного здоров'я та моніторингу наркотиків і алкоголю МОЗ України нещодавно оновив форму статистичної звітності щодо надання психіатричної допомоги населенню. Також Центром оновлено методологію моніторингу алко- та наркозалежної ситуації в Україні. Як зазначається, після затвердження цього проекту Урядом моніторинг буде здійснюватись відповідно до кращих міжнародних стандартів.» [21]

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРОГРАМ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ ПТСР ТА МАРКЕТИНГОВИХ СТРАТЕГІЙ

2.1. Підходи до роботи з подолання ПТСР в різних країнах світу та огляд їх маркетингових стратегій (США, Канада, Ізраїль, Британія)

«Різниця в показниках ПТСР для різних військових різних країн свідчить про те, що деякі стратегії працюють краще, ніж інші. Деякі фактори, як видається, відіграють особливо важливу роль у тому, чи проявляється ПТСР у військах чи в його масштабах». [18]

Ізраїльський досвід свідчить, що найуспішніші психологічні втручання починаються задовго до бою. Добойова освіта та навчання є центральним елементом цього підходу, як і своєчасні втручання під час бою. Настільки критичним є часовий чинник, який зараз Армія оборони Ізраїлю навчає солдатів розпізнавати симптоми гострого психологічного шоку у своїх товаришів та протистояти їм на полі бою, перш ніж шок не перетвориться на тривалу травму. [22]

Лікування психологічного шоку стало рутинною частиною надання першої допомоги як у ВПО, так і серед цивільного населення. Навіть за відсутності фізичних ран солдати лікуються від шоку, коли це необхідно. [23] Те ж саме стосується цивільних жертв терористичних атак. [1]

У той же час в Армії оборони Ізраїлю завжди є професійна психологічна допомога: до, під час і після служби. Окрім цінності надання професійної допомоги під рукою у будь-який час, це допомагає солдатам розвивати довірчі стосунки з психологом, що, у свою чергу, полегшує їм звернутися за допомогою, коли це потрібно.

Однією із провідних програм в подоланні психологічних наслідків війни, зокрема ПТСР, існує програма Центру психотравми Ізраїлю METIV під назвою «Мир розуму». Керівники програми переконують, що кожного

40

року тисячі звільнених зі служби ізраїльських бойових солдатів зустрічаються з важким переходом назад у цивільне життя. Багато хто з них проводить місяці за кордоном, як засіб для звільнення та пом'якшення психологічного впливу інтенсивного бойового досвіду, з яким зіткнулися під час військової служби. Незважаючи на добре відомий образ «еластичного» ізраїльського солдата, віддалені наслідки у ветеранів впливу стресу від бою

добре зафіксовані. Ветерани можуть страждати від безлічі психологічних труднощів, починаючи від проблем у відносинах, агресивності, порушеннях сну, наркоманії та проявами ПТСР. [24]

Інтервенція в програму: 9-місячне втручання «Миру розуму» складається з чотирьох фаз; дводенне відкриття семінару, тижневий інтенсивний семінар за кордоном та завершальний семінар. Протягом дев'ятимісячного втручання члени групи отримують приблизно 65 годин групового консультування, а ті, хто потребує додаткової терапії, отримують таку і в подальшому.

В групі близько 15 ветеранів з бойового підрозділу з високим рівнем ризику, в межах якого існує глибока довіра, працюють з двома терапевтами, щоб обробити їх досвід. Деякі учасники не страждають від ПТСР, але гостро потребують місця та часу, щоб обробити свій бойовий досвід у полегшеній груповій обстановці. [24]

Тиждень з єврейською громадою за кордоном - це найбільш інтенсивна частина терапевтичного процесу програми, яка відбувається, коли ветерани знаходяться під опікою єврейської громади за кордоном. Відстань від Ізраїлю та підтримка громади під час цієї фази терапевтичного процесу відіграють вирішальну роль у створенні безпечного, спокійного та сприятливого середовища. Учасники програми повідомляють, що мають більше можливостей обробляти свій бойовий досвід, перебуваючи за кордоном. Не менш важливим елементом, за їх словами, є подяка та тепло, отримані від єврейських громад діаспори, що дає ветеранам почуття любові, підтримки та додаткової мети в захисті Ізраїлю. [24]

41

Користь для ветеранів IDF: дві третини учасників демонструють значне посттравматичне одужання після їх участі у програмі. Інші заходи свідчать про значне зростання соціальної підтримки, функціонування в повсякденному житті, емоційної регуляції, зменшення депресивних симптомів у ветеранів, кращого спілкування їх з родинами тощо. Тут дуже важливо зазначити особливий факт в культурі ізраїльтян: існують глибокі

зв'язки між сім'ями, громадами та Ізраїлем, при цьому багато солдатів не усвідомлюють глибини їх підтримки та Ізраїлю в діаспорі.

«Не можна недооцінити ще і той факт, що існує і вигода для приймаючих єврейських громад, які демонструють свою активну прихильність до Ізраїлю та тих, хто його захищає. Приймаючи ветеранів, єврейські громади відіграють активну роль у формуванні здоровішого ізраїльського суспільства. Членам приймаючих громад, особливо молодим людям, надається можливість провести якісний час з найкращими молодими чоловіками та жінками Ізраїлю, створюючи тривалі особисті зв'язки та стосунки», - зазначає доктор Денні Брум, засновник Центру психотравми Ізраелю METIV.

«З моменту створення програми в єврейських громадах Великобританії, Канади та США відбулося понад 85 груп . Ще 100 груп у нашому списку очікування», - зазначає доктор Денні Брум. [24]

На відміну від Ізраїлю, інші військові культури традиційно вороже ставляться до поняття психологічної допомоги. Тоді як фізичні рани розглядаються як знаки честі, психологічні рани недооцінені, або, що ще гірше, розглядаються як ознака слабкості. Перебуваючи в критичних умовах , фізичному і психологічному дисбалансі, солдати уникають звернення за допомогою, вважаючи, що вони повинні мати можливість впоратися з емоційним стресом самотійно.[24]

В останні роки цей погляд на психічне здоров'я у військових почав потроху змінюватися. Наприклад, Міністерство оборони США вклало 2,7 мільйона доларів у свою кампанію з підвищення обізнаності в галузі охорони

42

здоров'я , мета якої – заохотити військових солдат чи ветеранів до легкого кроку у зверненні по допомогу, або доступного роз'яснення проблеми. Створено сайт-сторінку, за допомогою якої можна дізнатись всі деталі і за потреби негайно сконтактуватись зі спеціалістами. [25]

Один з найпотужніших аспектів цієї кампанії передбачав залучення командирів-офіцерів до публічного висвітлення особистих історій та власної

боротьби з ПТСР. Була запроваджена політика для того, щоб особи, які отримують психічну допомогу, не були дискваліфіковані автоматично від просування по службі, або дискредитації в суспільстві, одночасно мати можливість отримати конфіденційну консультацію . [26]

Також в США створено Національний Центр ПТСР при US Department of Veterans Affairs, де разом із доступними даними про проблематику, запропоновано ряд мобільних програм (додатки), які надають самодопомогу, освіту та підтримку після травми. Для полегшення лікування в процесі, також запропоновано додатки для лікування, які використовуються медичними працівниками. Є додатки для пристроїв iOS та Android. [27]

Наприклад, є такі Програми самодопомоги:

«Тренер з ПТСР. Цей додаток може допомогти дізнатися про проблему та впоратися із симптомами, пов'язаними з ПТСР, які часто виникають після травми;

Сімейний тренер ПТСР PTSD Family Coach - це програма для підтримки членів сім'ї тих, хто живе з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР);
Обережний тренер - Орієнтація на себе в даний момент може допомогти краще впоратися з неприємними думками та емоціями;

VetChange – Цей додаток призначений для ветеранів та військовослужбовців, схильних до зловживання алкоголю та про те, як це стосується посттравматичного стресу, або для тих, хто хоче розвивати здоровішу поведінку у вживанні міцних напоїв;

Управління гнівом – Мобільний додаток AIMS, який допомагає впоратися з проблемами гніву. Хоча AIMS був розроблений для ветеранів та

43

військовослужбовців, кожен може скористатися ним, щоб дізнатися більше про гнів та як керувати гнівними реакціями. Додаток надає можливості знайти підтримку, можливість створити план управління гнівом, відстеження гніву та інструменти для управління гнівними реакціями.» [27]

Також в США активно просувається інтегрована програма «Project 2,0», метою якого є декілька напрямків у допомозі військовим ветеранам: 1.

Підтримка людей з ПТСР (приєднання до мережі ветеранів усіх рівнів атлетизму, які виявили, що цілі групових занять фітнесом допомагають керувати симптомами ПТСР);

2. Робота в команді (заохочення та відповідальність щодо особистої мети ветерана за допомогою командної роботи та товариства, яке допоможе її досягти);
3. Фокус на цілі («Ваша мета, ваш шлях, ваш спорт». Триатлони, їзда на велосипеді, біг, біатлони);
4. Особистісний розвиток (розкриття свого особистого потенціалу за допомогою наступного кроку коучингу в бізнесі). [28]

Ще одним цікавим і водночас ефективним проектом в США є проект реабілітації ветеранів з явищами ПТСР Freedom K9, який унікальний тим, що в процес лікування залучені спеціально навчені собаки. Доведено, що такі службові собаки значно зменшують симптоми, а інколи повністю можутьвилікувати людину від ПТСР, проте, цей процес тривалий. В організації працюють волонтери і фахові працівники, які дресирують собак спеціально для кожного одного ветерана, із врахуванням всіх тригерів та симптомів особи, та навчають собаку нейтралізовувати в особливий спосіб ці симптоми. Працівники відмічають: щоразу, коли цикл травми переривається, ознаки ПТСР стають набагато менш вираженими. Загалом, такі службові навчені собаки виконують завдання, спрямовані на переривання посилюючого циклу ПТСР в лімбічній системі (панічні атаки та переривання нічних страхів). Організація також навчає ветеранів та військових з ПТСР, способам самопомогти у процесі власного зцілення. Собака та їхні підопічні

44

працюють разом у програмі, де застосовується унікальний практичний та науковий підхід до одужання від ПТСР.

Проект Freedom K9 має легкий доступний веб-сайт, де кожен бажаючий отримати допомогу може з легкістю звернутись і одразу отримати відповідь. Ветеран подає заявку, заповнює опитувальник. Наступним етапом підбирається індивідуально собака і розпочинається процес її навчання зі

всіма особливостями і потребами особи ветерана, який має ПТСР. Таке навчання собаки триває близько від одного року до вісімнадцяти місяців. Також на веб-сайті розміщені фотографії наявних вільних, ще не задіяних в проєкті собак, а також опис їхнього характеру та навиків, тому кожен може обрати собі собаку за вподобанням.[29]

Продовжуючи порівнювати досвід маркетингових політик щодо залучення осіб з ПТСР різних країн, слід згадати Великобританію і навести приклад роботи Міністерства Оборони, яке інвестувало 7400000 £ на підтримку психічного здоров'я свого персоналу,[30] що включає в себе 24-годинну боротьбу з психологічними проблемами та стресом.[31]

Створено телефони довіри, і також створено громадську кампанію з підвищення обізнаності, присвячену дестигматизації ПТСР під назвою Don't Bottle It Up. [32-34]

Мабуть, одним із найважливіших аспектів цих кампаній було переформатування «мови», на якій обговорюється проблематика ПТСР. Замість того, щоб посилатися на психологічні проблеми, наприклад, сайт Real Warriors говорить про "невидимі рани", пов'язуючи фізичні рани з психологічними та зменшуючи стигму ПТСР. Це також позначає психологічну допомогу як форму підготовки до опору, яка може допомогти солдату бачити доступ до допомоги як частину своєї підготовки, щоб стати кращим воїном. [26]

Емоційні реакції на травматичні події в цій країні почали досягати високого пріоритету після катастроф 1980-х років, включаючи пожежу на футбольному стадіоні Бредфорда та затоплення парому «Геральд». Після

45

кожної з цих подій фахівці, які займаються психологічною підтримкою, створили служби надання допомоги потерпілим та їх лікування. Після дослідження потреб військових, які воювали з боку Великої Британії, що проводилися в Кувейті та Іраку як "людський щит" у першій війні в Перській затоці (Істон та Тернер, 1991), Міністерство охорони здоров'я створило дві національні лікувальні установи (на короткострокових контрактах) для

надання допомоги та сприяння розвитку психологічної та психіатричної допомоги у Великобританії. Відтоді ці спеціалізовані центри по всій країні відбулися, і склалася модель співпраці (наприклад, через UK Trauma Group; www.uktrauma.org.uk). Одночасно, законодавчі служби для певних груп, таких як біженці та ветерани війни, відстають від державних програм і часто отримують підтримку насамперед за допомогою добровільного благодійного сектору. [36]

Одним із викликів останніх років Великої Британії було допомогти місцевим службам здобути навички лікування для якомога більшої кількості людей із ПТСР. Це було досягнуто в більшій мірі, і зараз люди з ПТСР та пов'язаними з ними розладами лікуються в цілому ряді Національної служби охорони здоров'я (NHS), включаючи первинну медичну допомогу, послуги загального психічного здоров'я та спеціальні служби психічного здоров'я середньої медичної допомоги. Однак надання та користування такими послугами все ще відрізняється, наприклад, в Англії та Уельсі, та відображає потреби конкретного регіону чи населення (наприклад, біженців чи ветеранів війни) та наявність чи відсутність спеціалізованих служб в даному регіоні. За десятиліття, до 2005 року, спостерігалось значне розширення спеціалізованих психологічних служб, але надання послуг все ще триває і зазнає значних місцевих змін. Так, деяким хворим на ПТСР, можливо, доведеться пройти багато кроків, перш ніж вони зможуть звернутися до служби лікування, або вони можуть зіткнутися з необґрунтовано довгими затримками. [36]

«Завданням у майбутньому, буде переконатися, що послуги переходять у заклади первинної медичної допомоги, де це можливо. Необхідно

46

розробити шлях просування, певну маркетингову стратегію, яка запропонує оперативні послуги, засновані на доказах, у місцевих громадах, що будуть підтримуватися спеціалізованими службами для вирішення більш складних проблем», - зазначає британське NCBI.[36]

В Канаді активну позицію займає Міністерство у справах ветеранів Veterans Affairs Canada, яке пропонує програму реабілітації та психологічної

підтримки військовим та ветеранам.

Зазначається, що послуги реабілітації можуть покращити здоров'я та допомогти ветеранам налаштуватись на життя вдома, у громаді чи на роботі. Оцінюються потреби в реабілітації, далі розробляється індивідуальний план самої реабілітації. План лікування - це дорожня карта до одужання. План може включати наступні аспекти: медична реабілітація - послуги по повному зміцненню здоров'я, або психосоціальна реабілітація - медичні послуги, які допоможуть відновити психоемоційну незалежність. План реабілітації може також включати професійну реабілітацію. Ця частина плану визначить підготовку чи розвиток навичок, необхідних для початку нової кар'єри ветерана після служби.[37]

Якщо здоров'я військового не дозволяє брати участь у професійній реабілітації, ця частина плану реабілітації може бути передана дружині ветерана в якості професійної допомоги. [37]

На сайті організації Veterans Affairs Canada ветеран повинен залишити заявку про допомогу, після чого для нього призначається особистий керівник програми, з яким в подальшому ветеран працює і спільно визначають план реабілітації.

Окрім цього, програма включає в себе за потреби проходження лікування в клініках OSI. Кожна така клініка надає оцінку, лікування, та профілактику членам програми. Варіанти лікування в кожній клініці OSI є амбулаторними і включають сеанси терапії один на один, та групові заняття для вирішення питань симптомів ПТСР, тривоги, безсоння, гніву, та інших

47

проблем, які виникають внаслідок порушення психічного здоров'я у ветеранів. [38]

Кожна клініка OSI має команду психіатрів, психологів, соціальних працівників, медсестер з психічного здоров'я та інших спеціалізованих лікарів-клініцистів, які розуміють досвід та потреби ветеранів. Разом вони працюють з військовими, щоб покращити їхню якість життя, визначаючи терапевтичну діяльність та працюючи над реалістичними цілями. [38]

Послуги клінік базуються на передовій найкращій практиці та підлаштовуються під потреби людини. Команда також тісно співпрацює з медичними працівниками або організаціями в громаді, щоб забезпечити можливість подальшого контролю за проблематикою. Члени сім'ї в межах програми можуть також отримувати допомогу або брати участь у деяких послугах, що надаються через клініку.

Пацієнтів також можна направити в центр лікування наркоманії для спеціалізованих консультаційних служб, якщо залежність від алкоголю, наркоманія або інші труднощі потребують більш інтенсивного лікування. [38]

Для більшої зручності створено сайти супутникових сервісів OSI, які побудовані таким чином, щоб ветерани, які підлягають програмі, могли би використовувати місце розташування супутникового сервісу найближче до місця проживання, якщо їм так буде зручно. [38]

2.2 Огляд програм роботи з посттравматичним стресовим розладом в Україні.

У збірнику наукових праць Харківського університету Повітряних Сил імені Івана Кожедуба за 2015 рік, досить наглядно описана цілісна програма медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР).

Запропонована програма реабілітації передбачає лікувальні та психологічні заходи, спрямовані на попередження розвитку патологічних

48

процесів після ПТСР, що призводять до порушення соціальних зв'язків, професійної та особистісної дезінтеграції, алкоголізму, наркоманії, суїцидів. На думку авторів, таким людям держава повинна забезпечити значне інформаційне поле, соціальну та фінансову підтримку, вибір напрямку перепідготовки та професійного навчання з гарантіями працевлаштування в подальшому. [39]

Дуже важливою складовою в комплексному підході до програми є ідеологічна та моральна підтримка бійців, а також етична оцінка їх бойового

досвіду в суспільстві. Психологічна допомога учасникам бойових дій при цьому включає в себе групові заняття та індивідуальну терапію.

Групові заняття, тренінги в даній програмі, спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальної адаптації військових загалом. Ця частина програми – спільна співпраця, діяльність пацієнтів в лікувальних цілях, яка активізує подолання неконструктивної фіксації на хворобливому стані, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички.[39]

Індивідуальна програма терапії реабілітаційного проекту спрямована на відновлення так званої деформованої психіки пацієнтів і використовує роботу з образами в стані крайнього розслаблення із застосуванням апарату імпульсної терапії. На переконання експертів, робота з мислеобразами в стані релаксації дозволяє відключати зовнішню реальність і призупиняти, за рахунок цього, збудження центральної нервової системи. У цей період відновлюються енерговитрати, оптимізуються процеси центральної нейрорегуляції, забезпечується самовідновлення, - стверджують фахівці.

У збірнику наукових праць Харківського університету наголошується, що можливість самостійної подальшої роботи за даною програмою замінює негативні відбитки минулого у свідомості людини. [39]

Метою психологічної реабілітації в даному випадку є надання військовослужбовцю допомоги у відновленні оптимального, для продовження професійної діяльності, психічного здоров'я. Психологічна

49

реабілітація, на думку експертів - психологів А.Н. Глушко, Б.В. Овчіннікова, Л.А. Янишева, обов'язково повинна включати чотири ключові етапи, які тісно пов'язані поміж собою. [39]

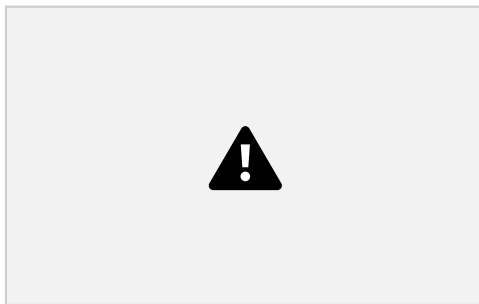
Етапи психологічної реабілітації програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР наведено на Рис. 2.1. Основні завдання вивчення психічного стану військовослужбовців, які зазнали значного впливу бойового стресу зображені на рис. 2.2. Процес проведення діагностичної бесіди можливий за умови подолання комунікативного бар'єру

між співбесідниками, який, як правило, виникає у військовослужбовців щодо інформації, пов'язаної з пережитим ними психотравмуючим досвідом.



Рис.2.1. Етапи психологічної реабілітації програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР. Складено автором на основі:[39]





г)

визначення доцільності використання тих чи інших методів психологічної допомоги конкретному військовослужбовцю.

Рис.2.2.Основні завдання вивчення психічного стану військовослужбовців, які зазнали значного впливу бойового стресу.

Складено автором на основі: [39]

Експерти твердять, що проведення діагностичної бесіди дозволяє військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося в психотравмуючій бойовій діяльності, відреагувати на емоції, пов’язані з певним періодом їхнього життя, який важко згадувати, поглянути на подію як би з боку, відновити цілісну картину, значущих для їх актуального психічного стану, подій. Повноцінне проведення діагностичної бесіди, твердять психологи, сприяє також психологічній підготовці військовослужбовців до подальшої участі, якщо це необхідно, в реабілітаційній роботі. [39]

Таб.2.1. Основні принципи проведення психологічної реабілітації.

Складено автором на основі: [39]

Основні принципи проведення психологічної реабілітації:		
1.	Оперативність	означає доцільність надання психологічної допомоги найближчим часом після закінчення дії стресів бойової діяльності.
2.	Системність	використання методів, що дозволяють здійснювати комплексний вплив на психіку військовослужбовців, виходячи зі структури основних форм прояву негативних наслідків бойового стресу.
3.	Гнучкість	своєчасна зміна форм і методів психологічного впливу в залежності від психічного стану військовослужбовців та умов проведення психологічної реабілітації.
4.	Багатоступінчатість	оперативне використання пунктів і центрів психологічної реабілітації залежно від складності завдань, що вирішуються в процесі реабілітації.

Варто зазначити: при обиранні методів реабілітації і професійної соціальної допомоги необхідно враховувати ряд важливих факторів, які викликають та стимулюють подібні стани. Ці фактори фахівці називають ситуативними факторами. Вони притаманні безпосереднім учасникам

бойових дій.

Як стверджують психологи А.Н. Глушко, Б.В. Овчиннікова, Л.А. Янишева, аналізуючи проблеми та реальний стан справ по їх вирішенню дозволив зробити наступні висновки: негайні психологічні наслідки участі військовослужбовців в бойових діях посилює незадовільний рівень їхнього соціального самопочуття; також існує гостра необхідність в спеціальних програмах комплексної реабілітації військовослужбовців, що приймали участь в бойових діях, в комплексі заходів психологічної допомоги та підтримки спільно з заходами соціального захисту та матеріального забезпечення.[39]

Методи психологічної реабілітації осіб з ПТСР можуть бути залежно від потреби і ситуації військового і надаватися як індивідуально, так і в психотерапевтичній групі. [39]

Таб. 2.2. Компоненти індивідуальної психотерапії. Складено автором на основі: [39]

Компоненти індивідуальної психотерапії	
1	Корекція помилкових уявлень щодо стресової реакції, які найбільш часто зустрічаються;
2.	Надання пацієнтові інформації щодо природи стресової реакції;
3.	Фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку захворювання;
4.	Приведення пацієнта до самостійного усвідомлення прояви стресової реакції і характерних симптомів ПТСР
5.	Розвиток у пацієнта здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресів;
6.	Повідомлення пацієнту про ту активну роль, яку він сам грає в терапії надмірного стресу.

Виходячи з результатів досліджень, посттравматичні симптоми, зокрема і у військових, мають згубний вплив на взаємини з іншими людьми:

неконтрольований гнів, емоційне відчуження і нездатність належним чином спілкуватися з представниками соціальних верств – все це ускладнює відносини між особами, що отримали травми і тими, хто зустрічається з ними в житті. Внаслідок цього на думку психологів актуальною стає трифазна модель групової психотерапії.[39]

У першій фазі терапії формуються так звані «групи взаєморозуміння», що складаються виключно з тих, хто отримав серйозні психічні травми. На другій фазі психотерапії до групи приєднуються, щонайменше, дві – три нові особи, діагноз яких дещо відрізняється. Утворену групу психологи - психотерапевти називають «психотерапевтичною». Введення нових членів в команду сприяє емоційному сплеску найбільш дезорганізованих пацієнтів з травмованими «Я». Як відмічають експерти, результатом такого терапевтичного маневру зазвичай є дратівлива поведінка членів групи, ослаблення «ми-почуття» (групового колективного почуття), гнів, пов'язаний з тим, що члени групи зіткнулися з «реальним» світом і його складнощами.[39] Проте, під вмілим фаховим керівництвом психотерапевта члени групи поступово вчаться керувати своїм гнівом і аналізувати свої переживання, після чого переходять в третю фазу, тобто в так звану «психоаналітично орієнтовану групу». [39]

Психологи А.Н. Глушко, Б.В. Овчиннікова, Л.А. Янишева у своїй праці відмічають: «Надзвичайно важливі для психосоціальної адаптації травмованих військових є їх відносини в родині. Фахівці стверджують, що у сім'ях бійців зараз відбувається безліч деструктивних процесів, і це величезна ділянка роботи для психологів та інших спеціалістів: потрібно створювати клуби, об'єднувати людей і пояснювати, як у сім'ї потрібно поводитися з бійцями, що повертаються із зони бойових дій. Також існують випадки розлучень у сім'ї через неможливість перебування у сімейному колі. Виникає проблема «вигорання душі», залишається здатність тільки воювати і втрачається людська

мирна звичка спілкуватися з дружиною, просто говорити їй хороші слова,

радіти спілкуванню з сім'єю, гуляти з дитиною в парку стає нереальним для потерпілого».[39]

Психологи надають особливу роль сім'ям в успішній реабілітації потерпілих із симптомами ПТСР. Психологічна робота з сім'ями учасників бойових дій виділяє в собі два аспекти:

1) Роботу з ними як з одним з найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації та психологічної допомоги для осіб, що повернулися з війни; 2) Надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців, які мають ПТСР.[39]

На думку експертів, одним з основних напрямків у рамках даної програми має стати робота з сім'ями військовослужбовців перед їх поверненням, проведення семінарів, яким доцільно розповсюджувати певні рекомендації». [39] (Таб.2.3.)

Таб.2.3. Рекомендації сім'ям військовослужбовців перед їх поверненням зі служби. Складено автором на основі: [39]

1	Необхідно уважно вислуховувати розповіді свого партнера про те, що йому довелося пережити; дуже важливо дати йому виговоритися в комфортній обстановці моральної підтримки близької і коханої людини
2	Потрібно намагатися допомогти своїй близькій людині психологічно повернутися в нормальне звичне життя
3	Проявляти увагу і терпіння до проблем близької людини, які неминуче виникають після бойового стресу, до його психологічного дискомфорту, до підвищеної дратівливості, можливого тривалого депресивного стану і т.п. Це тимчасове явище, треба допомогти йому з ним впоратися
4	Необхідно враховувати, що за час розлуки всі члени сім'ї дещо змінилися, необхідно якийсь час, щоб знову звикнути один до одного
5	Особливу увагу приділіть дітям. Важливо, щоб при відновленні відносин з чоловіком, вони не опинилися без належної уваги і турботи
6	Створювати сприятливу інтимну обстановку, давати зрозуміти партнеру, що в ньому мають потребу і підтримують його в подальшому житті
7	Не заохочувати вживання алкоголю – при можливості, ввести мораторій на алкоголь у сім'ї. Активно розпитувати, доброзичливо та уважно вислуховувати про найбільш неприємні та важкі переживання – при цьому зменшується афективна напруга, структуруються переживання, активізується цілеспрямована діяльність постраждалих

«В результаті досягається зміна ставлення до ситуації як до однієї з можливих, що вже сталися; релаксація; підвищення порога чутливості до

54

психогенного фактору; позитивне відреагування; емоційна підтримка; тактильний контакт з потерпілим», – зазначається в збірнику наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. [39]

Крім того, в реабілітації потерпілих з ПТСР використовують різні методи і техніки психодинамічної, поведінкової, когнітивної, гіпносуггестивної терапії, гештальт-терапії, нейролінгвістичного програмування, терапії мистецтвом і творчим самовираженням, логотерапія, трансактного аналізу, психодрами та інші методики.

1. Усвідомлення і осмислення тих подій, які послужили причиною теперішнього психічного стану.

2. Рефлексія на переживання, пов'язані із спогадами про психотравмуючі події в часі бойових дій.

3. Прийняття того, що сталося, як невід'ємної частини життєвого досвіду.

4. Актуалізація поведінки, необхідної для подолання негативних наслідків бойового стресу і реадптації до змінених внутрішніх і зовнішніх умов життєдіяльності ветерана.

Рис. 2.3. Орієнтація на методи реабілітації. Складено автором на основі: [39]

Фахівці стверджують: для військовослужбовців може проводитися комплекс таких психотерапевтичних заходів, як світломузика, фітобар, масаж, сауна, медитація, спортивні ігри, творча самодіяльність і т.д. Таким чином, як можна спостерігати з досліджень, психологічна реабілітація є

важливим складовим елементом психологічної роботи в сучасних умовах військової служби. Можна стверджувати, що повністю уникнути психотравм серед військовослужбовців у бойовій обстановці неможливо, однак за

55

допомогою психопрофілактичних заходів, за допомогою своєчасного надання психологічної допомоги та здійснення реабілітаційних заходів можна значно знизити відсоток психологічних втрат у військових, а зрештою, і зберегти їхні сім'ї.[39]

Для бійців надзвичайно важливо мати якусь особисту мету: освоєння, наприклад, сучасних комп'ютерних технологій, вивчення іноземних мов, оволодіння цивільними спеціальностями та інше. Якщо людина тренувалася до того, як потрапила у зону бойових дій, потрібно створити їй таку можливість під час і після служби. Це особливо необхідно, вважають експерти, оскільки людина в бойових умовах має високий рівень тривожності і м'язової напруги, а спортивне навантаження є кращим способом розслабитися адже накопичені негативні емоції знімаються через тренування. Бійцям необхідно організувати в рамках певних реабілітаційних програм безкоштовні психотерапевтичні сеанси, заняття в спортивних і тренажерних залах, благодійні танцювальні та розважальні програми, концерти тощо. І тоді, логічно, з'являється інтерес до життя за межами свого внутрішнього світу, розуміння того, що можна просто жити і є до кого і навіщо повертатися у світ без війни, і є кому про пережите розповісти. [39]

Також не зайвим буде зауважити, що процес психологічного відновлення та позбавлення від наслідків «синдрому бойових дій» та позитивним етапом в подоланні наслідків ПТСР, у повній мірі залежить від благополуччя військовослужбовця в таких сферах життя, як стабільність фінансових доходів, забезпеченість житлом, гармонійні відносини у сім'ї, підтримка близьких людей та можливість отримувати повноцінне медичне обслуговування, можливість систематично проходити реабілітаційні заходи в санаторіях. [39]

У своїй кандидатській роботі доктор Музичко Л.Т. здійснивши

узагальнення теоретичних засад подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців в сучасній зарубіжній та вітчизняній

56

психології, в результаті експериментального дослідження, було розроблено цілу програму для зниження прояву цього душевного розладу. [7] За словами автора Музичко Л.Т., теоретичним підґрунтям авторської програми «Подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців» виступили положення гуманістичної парадигми в розвитку особистості (А. Маслоу, К.Роджерс) про можливість розвитку окремих сторін особистості за відносно короткий проміжок часу активними соціально-психологічними методами навчання (І. Вачков, Ю. Ємельянов, Л. Петровська, Т. Яценко).[7]

Теоретична програма з подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців в даній роботі має такі етапи: підготовчий, основний, завершальний.

Етапи програми «Подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців»

Підготовчий етап включає ознайомлення військовослужбовців з основними принципами і прийомами тренінгу; сформувати позитивне ставлення до занять; виявити сутність посттравматичного стресового розладу.

Основний етап включає формування у військовослужбовців впевненості в успішному виконанні професійної діяльності, яка:

- узгоджує смислово перспективу,
- допомагає позитивно мислити, знаходити шляхи вирішення;
- розвиває у військовослужбовців прагнення до самовдосконалення, цілісність, цілеспрямованість у професійній діяльності (емоційно-вольовий компонент).

Завершальний етап включає узагальнення досвіду, отриманого військовослужбовцями у процесі роботи тренінгу.

Рис. 2.4. Етапи програми «Подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців». Складено автором на основі: [39]

57

Розвивальна робота в даній програмі орієнтована на інтелектуальну, емоційно-вольову сфери у військовослужбовців; подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців може здійснюватися як в груповій та і в індивідуальній формах. Вибір конкретної форми, зазначають фахівці, залежить від характеру проблеми та побажань військовослужбовця. Одним із видів групової форми і складає основну частину роботи з військовослужбовцями є тренінг. Як зазначає автор, - це форма активного навчання, що дозволяє людині формувати в собі навички й уміння побудови продуктивних соціальних міжособистісних стосунків, продуктивної навчальної й іншої діяльності, аналізу виникаючих ситуацій зі своєї точки зору й позиції партнера, розвивати в собі здібності пізнання й розуміння себе й інших у процесі спілкування й діяльності.[7]

«Тренінги як форми практичної психологічної роботи завжди відображають своїм змістом певну парадигму напрямків, поглядів проведення тренінгових занять. Таких парадигм можна виокремити декілька:

- тренінг як своєрідна форма дресури, при якій жорсткими маніпулятивними прийомами за допомогою позитивного підкріплення формується потрібна модель поведінки, а за допомогою негативного підкріплення “стираються” шкідливі, непотрібні, на думку ведучого;
- тренінг як тренування, у результаті якого відбувається формування та відпрацювання умінь і навичок ефективної поведінки;
- тренінг як форма активного навчання, метою якого є, перш за все, передача психологічних знань, а також розвиток деяких умінь та навичок;
- тренінг як метод створення умов для саморозкриття учасників і самостійного пошуку ними способів вирішення власних психологічних проблем», - зазначається в програмі автором. [7]

Тренінг на думку Музичко Л.Т. – це насамперед навчання, що опирається на досвід людини, а також допускає, що присутні на тренінгу

58

люди, окрім отримання нової інформації, мають можливість відразу використовувати її на практиці, виробляючи нові навички. Автор зазначає: результати практичних досліджень демонструють, що психологічний тренінг (зокрема, тренінг самореалізації) змінює світогляд його учасників під час спілкування, людина починає усвідомлювати можливість довільного опанування власної поведінки та реакцій із використанням набутого іншими людьми досвіду в якості опосередкованих знарядь. [7]

У інтерактивному тренінгу програми реабілітації брали участь 64 військовослужбовці. В роботі описано, що основним етапом розробленої програми розвитку становили групові заняття, в яких було застосовано комплексний вплив на компоненти посттравматичного стресового розладу – інтелектуальний, емоційно-вольовий. Деякі вправи були взяті авторами програми реабілітації з досвіду практичних психологів: А. Козлов, І.Стишонок. [7]

За результатами теоретичного аналізу проблеми подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, результатами констатуючого етапу дослідження, спираючись на теоретичне обґрунтування формульованого експерименту, команда фахівців на чолі з Музичко Л.Т. створили «Програму подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку серед військовослужбовців», яка включає психологічний тренінг з актуалізації особистісного потенціалу, розвитку стресостійкості у військовослужбовців, стратегій успішного подолання стресових ситуацій. Відповідно до розробленої програми, командою фахівців - науковців проведена практична робота з розвитку інтелектуального компонента (знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсягу пам'яті), емоційно-вольового компонента (невротизація, адаптивність, самовладання) компонентів, які є у великій ймовірності провідними для подолання посттравматичного

На основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в науковій праці Музичко Л.Т. визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців утворюють такі компоненти, як інтелектуальний та емоційно-вольовий.

Інтелектуальний компонент на думку автора містить системні знання і професійну обізнаність, володіння навичками професійної компетентності у діяльності військовослужбовців (професійний досвід). Емоційно-вольовий компонент в свою чергу виражає усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, наявність у них таких професійно важливих якостей, як: емоційна сталість, стресостійкість, самовладання наполегливість, схильність до ризику, врівноваженість, комунікабельність, вміння здійснювати самоаналіз власної діяльності. [7]

Метою «Програми подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців» в фахівців – науковців, було цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень шляхом актуалізації структурних компонентів. Головною формою впливу спеціалістами програми обрано соціальнопсихологічний тренінг. Як ідеться в описі, програма включає в собі чотири етапи: підготовчий, основний, підсумковий, що охоплює 27 занять загальним обсягом 72 години, тривалістю 2 години кожне, упродовж шести місяців. [7]

У програмі використовувались різні методики: міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, моделювання, а також психотерапевтичні прийоми: елементи арт-терапії, психомалювання тощо. Як стверджує Музичко Л.Т., змістовно заняття були спрямовані як на розвиток кожного окремого компонента посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, так і комплексно на всі складові посттравматичного стресового розладу. За кожним компонентом, зокрема їх розвитком у корекційних педагогів, за словами авторів програми, було передбачено

застосування таких форм і методів навчання: бесіди «Моє сприймання психотравмуючої ситуації», «Власні рефлексії щодо посттравматичного стресового порушення», «Я зможу знайти в собі сили подолати посттравматичний стресовий розлад»; проводились лекції на тему: «Шляхи подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців», «Цінності та якості особистості», «Розвиток творчого мислення»; проведення інтелектуальних тренінгів на теми: «Досягнення успіху у професійній діяльності військовослужбовців», «Формування емоційної компетентності військовослужбовців»; жваві дискусії на тему: «Моя поведінка і дії, коли виникає посттравматичний стресовий розлад», «Стратегії подолання негативних емоційних станів»; проєктивні моделі, в яких виникає відчуття страху, тривоги, агресії, фрустрації, застосовувалися з метою опрацювання корекційних і психотерапевтичних дій фахівців з психології (заспокоїти, переконати, підтримати, знайти внутрішні ресурси у подоланні посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців). [7]

В результаті проведених досліджень, вивчення динаміки інтелектуального компонента подолання посттравматичного стресового розладу, науковці засвідчують, що у військовослужбовців підвищився показник знаходження числових закономірностей, узагальнення та зріс обсяг пам'яті, що вплинуло на підвищення ефективності розумових операцій та дій з мисленням. Розглядаючи емоційно-вольовий компонент подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, команда фахівців Програми дійшли висновку, що розвиток означених якостей дозволить військовослужбовцям адекватніше ставитись до власних можливостей, краще адаптуватись до нової ситуації, ефективніше виконувати роботу, а також проявляти отримані знання та вольові якості при реалізації власних задумів. [7]

Таким чином, результати дослідження подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців в даній роботі засвідчили позитивні зміни у

прийоми та засоби експериментального впливу виявилися адекватними до мети та основних завдань даного дослідження. Автор Програми зазначає, що отримані результати, за підсумками проведення формувального експерименту, дозволяють стверджувати, що програма подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців є ефективною, а її впровадження у роботу ВВНЗ сприятиме фаховій підготовці військовослужбовців-курсантів дозволить запобігти виникненню посттравматичного стресового розладу та зумовить особистісне зростання. [7]

Проводячи огляд програм роботи з ПТСР також слід звернути увагу на ще дві важливі програми, які підготувала ГО «Побратими» у 2016 році – це так званий тренінг «Рівний рівному» – з подолання бойового шоку, травми та ПТСР для військових, та «Сектор В» проект адаптації військових до мирного життя після повернення із фронту. Основною ідеєю проекту є взаємодопомога за принципом «рівний – рівному», а саме: іде комунікація ветерана з ветераном. Як зазначає Артем Денисов, директор ГО «Побратими», - це те, що дало результат у Данії і в інших країнах світу. Керівник зазначає, що ідея проектів виникла ще наприкінці 2014 року і остаточно сформувалася у процесі співпраці з датськими та американськими експертами. У рамках проекту «Рівний рівному», що стартував у лютому 2015 року, проходять реабілітацію ветерани АТО, а її випускники, у свою чергу, стали співтренерами для наступних груп. [40]

Як зазначають автори проекту, вкрай важливо, щоб учасник бойових дій після повернення додому не опинявся наодинці зі своїм досвідом. «На війні у людині прокидається щось древнє – заряд інстинктів, з якими ти не знаєш, що робити. Цей бурхливий океан потрібно досліджувати, але нам ніхто не розповідає, як з цим працювати. І чим більше ми з цим знайомимося – тим більше це лякає, тому що речі, які робить солдат на війні, є абсолютно асоціальними для нормального світу. Тут бійці своїми реакціями лякають

людей», – ділиться роздумами колишній боєць батальйону «Айдар» Тарас Ковалик. [40]

Пізніше він став співтренером проекту, а також є випускником Українського католицького університету, де навчався на спеціальності «Управління персоналом» та, дистанційно, університету у Греції – на факультеті психології. За його словами, власне, дуже важливо, щоб тренерами ставали саме учасники ООС, адже людина, яка сама не пройшла війну, «навіть приблизно не розуміє, що відбувається з ветеранами». [40]

Продовжуючи опис, слід зазначити, що програма «Рівний рівному» включає чотири етапи: перший – подача теоретичної інформації про те, що відбувається із психікою демобілізованого учасника бойових дій; під час другого етапу – учасників знайомлять з інструментами для дослідження власного досвіду; на третьому етапі ветерани безпосередньо працюють над собою, і на четвертому переходять до посттравматичного росту. Також планувалось, що випускники першої програми стануть також тренерами у проекті «Сектор В» – проекті центру соціальної адаптації бійців, адже, як зазначає Івона Костина, засновник проекту «Сектор В», співорганізатор ГО «Побратими», – це проект допомоги тим, хто мусить у першу чергу допомагати собі, хто ще не готовий працювати з іншими побратимами. Проект є більш інтенсивний і триває протягом півтора місяці. Сім'я ветерана також бере активну участь у цьому проекті допомоги. [40]

Як зазначають волонтери і активісти ГО «Побратими», зараз нашій країні критично необхідно якомога більше подібних проектів. «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це дуже складний діагноз. Це те явище, яке виникає при зіткненні із соціумом, не в АТО», – наголосила засновник проекту «Сектор В» Івона Костина. Так, з досвіду інших країн, стверджує активістка, вже відомо, що дуже багато повоєнних проблем проявляються через 10-15 років, відтак потрібно вже зараз продумати механізм роботи із досвідом ветеранів АТО, що розрахований на тривалий час. Разом з тим, співорганізатор проекту «Сектор В», учасник першого

тренінгу з подолання бойового шоку, травми та ПТСР, і співтренер організації Андрій Козінчук наголошує, що дуже важливо, щоб цей механізм був націлений на результат, а не на процес, ефективність якого вимірюється власне кількісними показниками. На його думку, громадські організації, вивчаючи досвід одне одного, з більшими шансами здатні досягти у цьому успіху, аніж неповоротка державна система. [40]

Андрій Козінчук стверджує, що метою проекту є те бажане явище, коли ветеран, який повернувся звідти і переборов свою травму, став набагато кращим, ніж він був до того, оскільки люди, повернувшись із війни, не хочуть жити так, як раніше. Автори проекту разом з тим зазначають, що у багатьох країн світу є значні напрацювання у цій сфері, проте жодна із цих систем все ж не працює настільки ефективно в нашій країні як хотілося б. [40]

Окрім напрацьованої програми, активісти їздять до бійців у зону АТО (ООС) із лекціями з психологічної підготовки – також за принципом «рівний рівному», а також проводиться робота із щойно демобілізованими бійцями – психологічний супровід, під час якого їх ознайомлюють з тим, які думки і реакції можуть розпочатися після повернення до мирного життя і як з цим працювати та боротися. [40]

Психологічна кризова служба, ГО «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій» за сприяння посольства Сполученого королівства Великої Британії та Північної Ірландії в Україні в 2016 році видали практичний посібник: «Ми пережили: техніка відновлення для сімей, військових, цивільних і дітей», в котрому надається пам'ятка для сімей військових: який досвід мають військові, як підготуватись до зустрічі, як впоратися зі стресом, чого не варто робити у спілкуванні, коли потрібна допомога, що таке посттравматичний стан, як можна самому собі допомогти. Також наводиться опис для батьків якщо дитина пережила травматичні події: рекомендації батькам дітей дошкільного та молодшого шкільного віку; як себе почувають підлітки, які потрапили у кризову ситуацію (пам'ятка для

батьків); пружність та стосунки з іншими (техніки саморегуляції). І таких посібників та брошур в останні роки якісно і кількісно побільшало на теренах України. [65]

На Тернопільщині, фахівці кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, розробили та впровадили в клінічну практику спеціалізовану терапевтичну програму для пацієнтів з ПТСР. [41]

Виходячи із соціальних, психологічних потреб цих пацієнтів, було розроблено цілу програму їх реабілітації, що ґрунтується на раціональній, поведінковій психотерапії, застосовували біхевіор-терапію, також вони відвідували сеанси стрес-менеджменту, які проводять спеціально підготовлені фахівці лікарні. Зважаючи на те, що психотерапевтичні заходи лікуються не один день, пацієнти й після виписування зі стаціонару приходять на ці заняття. Серед медикаментозних і психотерапевтичних методів лікування обираються ті, котрі значно пришвидшують соціалізацію військових. [41]

Особлива увага звертається на когнітивні порушення. Фахівці кафедри Тернопільського державного медичного університету розробили спеціальні опитувальники для їх виявлення, і як з'ясувалося в процесі діагностичних тестувань військових, когнітивні симптоми не завжди виражені, проте згодом можуть проявитися доволі яскраво. До прикладу можна навести знижену здатність мислити або концентрувати увагу, труднощі під час самостійного прийняття рішення. Фахівці неодноразово відзначали моменти психомоторного збудження, або навпаки – загальмованості (за спостереженнями інших людей, а не тільки за суб'єктивними відчуттями). Як зазначають медики, у таких випадках застосовуються ноотропні препарати й антидепресанти, які ефективні при тяжких депресіях: у них швидкий початок дії, висока здатність усувати резидуальну симптоматику та підвищувати якість ремісії; навіть найпростіші з них демонструють гарні результати. Фахівці кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

розробили та впровадили в клінічну практику терапевтичну програму для таких пацієнтів, що містить засоби фармакотерапії з комбінуванням антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів та психотерапію, а на завершальному етапі — профілактичне лікування тривалістю до 3-х років. [41]

У 2016 році Тернопільський державний медичний університету ім. І. Я. Горбачевського, за підтримки Університету ім. Гранта МакЮена (MacEwan University, Едмонтон, Канада) розпочав проект «Сестринська ініціатива – медсестри щодо полегшення психічної травми», у рамках якого в навчальний процес підготовки медичних сестер ввели елективний курс «Посттравматичний стресовий розлад». Як стверджує Олена Венгер, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету, апробація цього курсу відбулася на базі бакалаврату Навчально-наукового інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету (ННІ медсестринства ТДМУ). Команда науковців створила навчальну програму елективного курсу – було опрацьовано матеріали, надані канадськими партнерами, проводили переклади, структурували лекційні виклади, практичні заняття. За основу взято досвід фахівців Канади, багато власних напрацювань привнесли науковці Тернопільського державного медичного університету, використавши матеріали зі своєї практики й адаптувавши їх до сучасних українських реалій. [41]

Грунтовно опрацьований та апробований матеріал вийшов у сигнальному примірнику підручника для медсестер «Посттравматичний стресовий розлад». Олена Венгер зазначає, що він складається з 5 розділів, у яких розглянуто аспекти психологічної травми, посттравматичного стресового розладу, роботи з військовими, а також з тими категоріями фахівців, котрих може торкнутися синдром професійного вигорання, – медиків, волонтерів, рятувальників, соціальних працівників. До початку 2015-2016 навчального року було розроблено програму та методичне

забезпечення викладання цього елективного курсу, що передбачає вивчення ПТСР і закріплення отриманих знань. [41]

Також Олена Венгер стверджує, що елементи діагностики та лікування ПТСР, апробовані під час проекту, застосовуються в лікарській практиці, беручи участь у наданні допомоги постраждалим у бойових діях, консультуючи амбулаторних хворих, що зазнали впливу психотравмівних подій. [41]

Доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету Олена Венгер також виокремлює: сучасна медична сестра має стати активним учасником (а не бути пасивним спостерігачем) комплексного лікувального процесу хворих із ПТСР; володіючи певним арсеналом знань, вона має право встановлювати медсестринський діагноз, проводити сестринську психотерапію, забезпечувати базові потреби пацієнта. У силах медичної сестри зробити все для того, аби якомога швидше повернути людину до повноцінного життя. [41]

2.3. Аналіз стану та проблем, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом в Україні і закордоном

Як зазначається Міністерством охорони здоров'я України, доступні дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР ґрунтуються в основному на результатах великомасштабних епідеміологічних дослідженнях, проведених в США та Австралії. [2]

Так, за даними Національного Інституту Психічного Здоров'я Сполучених Штатів Америки, 70% дорослих США, або 223 мільйони людей, пережили травматичну подію в своєму житті і у майже 20% з них (або населення Каліфорнії та Нью-Йорка разом) продовжують розвиватися симптоми ПТСР. [42]

ПТСР вражає близько 7,7 мільйона дорослих американців за один рік, хоча розлад може розвиватися в будь-якому віці, включаючи дитинство.

Майже 50% усіх хворих на психічне здоров'я мають ПТСР. [42]

У однієї із дев'яти жінок розвивається ПТСР (удвічі частіше, ніж у чоловіків). [42]

Посттравматичний стресовий розлад є досить поширеним. У великій репрезентативній вибірці в США; автори Kessler et al в 1995 році оцінили поширеність ПТСР у житті людей: 7,8% (з них жінки - 0,4%, чоловіки - 5,0%), використовуючи критерії DSM – III – R. При цьому оцінки діапазону поширеності в 12 місяців відповідно - між 1,3% (Австралія; Creamer et al , 2001) і 3,6% (США; Narrow et al , 2002). Оцінки діапазону поширеності за один місяць за допомогою різних критеріїв трохи відрізняються: між 1,5–1,8% DSM – IV (Stein et al , 1997 ; Andrews et al , 1999) та 3,4%, використовуючи менш суворі критерії МКБ – 10 (Ендрюс та ін, 1999). У дослідженні зазначається, що захворювання залишається поширеним у подальшому житті людини, проте за умови збільшення великої частки субсиндромального ПТСР у старшій віковій групі (van Zelst et al , 2003). [43][36]

Разом з тим, Kessler et al (1995) встановили, що ризик розвитку посттравматичного стресового розладу після травматичної події становить 8,1% для чоловіків і 20,4% для жінок. Для більш молодого міського населення повідомлялося про більш високі ризики: Бреслав та його колеги виявили загальний ризик щодо ПТСР 23,6% (Breslau et al , 1991) та ризик відповідно 13% для чоловіків та 30,2% для жінок (Breslau et al , 1997). [36]

Вплив типу травматичної події теж має вагомий вплив на розвиток посттравматичного стресового розладу.

Як зазначається на веб-сайті Національного центру інформаційної біотехнології, різні типи травматичних подій пов'язані з різними показниками ПТСР: так, згвалтування було пов'язане з найвищими показниками ПТСР у кількох дослідженнях. Наприклад, 65% чоловіків та

46% жінок, які були згвалтовані, відповідали критеріям ПТСР у дослідженні Kessler et al (1995). [36]

Інші травматичні події, пов'язані з високими показниками ПТСР, включали бойову травму та фізичне насильство, сексуальне жорстоке поводження та (лише для жінок) фізичний напад та загроза життю зброєю, викрадення чи утримання в заручниках. За результатами досліджень, події для людей, що стали свідками смерті чи каліцтва, пожежі чи стихійного лиха, були пов'язані з меншими показниками ПТСР за весь час життя (Kessler et al , 1995). Інші дослідження науковців в результаті показали високий відсоток ПТСР для жертв катувань, осіб, які пережили Голокост та військовополонених.

За оцінками експертів, у військових наступна статистика: до 20% військових, які воювали в Іраку, 10% ветеранів війни в Перській затоці та 30% ветеранів війни у В'єтнамі зазнали ПТСР. [28]

17% у бойових військах - жінки; у 71% військовослужбовців жінок розвивається ПТСР через сексуальні напади в військових лавах. [42] За даними Вікіпедії, до 1989 року 3700 ветеранів кампанії в Афганістані були ув'язнені, з них три чверті всіх сімей ветеранів афганців зазнали розлучення або значного домашнього жорстокого поводження та розладів у психічній сфері. Також існують дані, що 75% ветеранів були звільнені або часто змінювали роботу через конфлікти на робочому місці. Так 90% студентів, які воювали в Афганістані, в результаті, погано навчалися, а 60% з них страждали від алкоголізму та наркоманії. [44] Рівні розвитку ПТСР, пов'язані з війною, сильно різняться у різних збройних силах різних країн. Вони становлять від 1-2% у Ізраїлі до 10% у Канаді та Великобританії, і досягають до 15-25% у Сполучених Штатах. Ці цифри також різняться для різних субпопуляцій ветеранів з ветеранами попередніх війн, які мають тенденцію до більш високих показників розвитку симптомів ПТСР.

69

У США близько 35 відсотків американських ветеранів війни у В'єтнамі, які брали участь у військових діях до того, як відповідні американські служби почали серйозно займатись питаннями діагностики та реабілітації ПТСР, страждають від цього недугу тепер.

За даними Центру Психічного Здоров'я Ізраїлю, початковий показник ПТСР, зафіксований серед ветеранів війни в Ізраїлі – 1973 р. Йом Кіпур – вперше, коли Ізраїль зіткнувся з цим питанням у великих масштабах – склав 20% (277 військових), зменшившись до 6,8% (19 військових) через 32 роки. [45]

За даними єврейського журналу Sun Suntainel, у 2013 році департамент психічного здоров'я сил оборони Ізраїлю опублікував дослідження щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згідно з їх дослідженням, зареєстровані випадки посттравматичного стресового розладу серед ізраїльських солдатів є одними з найнижчих у військових силах у всьому світі.

Наприклад, після Другої ліванської війни 2006 року 1,5% ізраїльських солдатів, які перебувають на обов'язковій службі та в резервах, поставили діагноз ПТСР. Близько 2,9% військовослужбовців, які брали участь у військовій кампанії, після війни звернулися за психологічною допомогою, але не були діагностовані як ПТСР. Навпаки, дослідження Медичного корпусу армії США, проведене приблизно за той самий період часу, виявило, що близько 8 відсотків американських солдатів, які служили в Іраку та Афганістані, були діагностовані як страждають на ПТСР.

За даними дослідження IDF, діагноз ПТСР в інших військових установах по всьому світу становив від 2% до 17% військовослужбовців, які брали участь у боях. [19]

Випадкове спостереження за поширеністю різноманітних особистих проблем у ветеранів в США, бездомності та самогубств, свідчить про серйозну проблему. Розуміється, що часто ці питання пов'язані з наявністю ПТСР, і далі розуміється, що статистика скрізь не однакова.

Сьогодні, із зростанням тероризму в усьому світі, додається поштовх до розуміння ПТСР. Навіть якщо є можливість більше шансів виявити ПТСР у

солдатів, силовиків чи рятувальників, кожен, хто зазнав травматичних ситуацій (наприклад, теракту), також може страждати від ПТСР є й інші відмінності. Американські військові страждають від приголомшливих

військових самогубств: у 2012 – 2013 роках 22 ветеранів щодня в США здійснювались самогубства, повідомляє Департамент у справах ветеранів. Згідно з щомісячним звітом американської армії, загальна кількість самогубств серед діючих та резервних військ у 2012 році була найвищою, яка коли-небудь зафіксована, із загальною кількістю 325 «потенційних» самогубств (деякі ще досі розслідуються). [46][47] На противагу цьому, за даними ізраїльського видання, рівень самогубств в оборонних силах Ізраїлю (ІДФ) досить низький, коливаючись від 28 загальних випадків у 2010 році, до 21 у 2011 році, до 7 у 2013 році та 15 випадків самогубств у 2014 році. [48]

Самогубства в ізраїльських військах настільки рідкісне, що коли влітку 2014 року три ізраїльські військові покінчили життя самогубством після операції "Захисний край", це стало предметом широкого громадського обговорення.

Продовжуючи статистичні порівняння між країнами, можна взяти ще один важливий критерій, який має тісний зв'язок з ПТСР – це високий рівень бездомності, особливо серед американських ветеранів. Міністерство житлово-комунального господарства США підрахувало, що 49 933 ветеранам США немає постійного місця проживання. [49]

National Coalition for Homeless Veterans, некомерційна організація, яка опікується колишніми американськими військовослужбовцями, зазначає, що хоча це може мати відношення до "дефіциту доступного житла, прибуткового доходу та доступу до медичної допомоги", додатковим фактором є те, що "велика кількість переселенців та ветеранів групи ризику живуть із затяжними наслідками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та зловживанням наркотичними речовинами, які посилюються відсутністю сімейних та соціальних мереж підтримки ». Варто зазначити, що

71

близько 12 відсотків дорослого безпритульного населення США є ветеранами. [50]

Основними висновками загальних епідеміологічних досліджень ПТСР в Британії є наступні факти:

- більшість людей зазнають принаймні одну травматичну подію за все життя (Kessler et al , 1995)
- навмисні акти міжособистісного насильства, зокрема сексуальні напади та боротьба, швидше призводять до ПТСР, ніж до нещасних випадків або катастроф (Kessler et al , 1995 ; Stein et al , 1997 ; Creamer et al , 2001)
- чоловіки, як правило, переживають більш травматичні події, ніж жінки, але у жінок спостерігаються події більш високого психологічного впливу (тобто такі, які швидше призводять до ПТСР ; Kessler et al , 1995 ; Stein et al, 1997)
- у жінок частіше розвивається ПТСР у відповідь на травматичну подію, ніж у чоловіків, при цьому цей підвищений ризик не пояснюється різницею у типі травматичної події (Kessler et al , 1995). [43][51]

У Великобританії прийнято зважати також на особливі групи населення, такі, як військовослужбовці, працівники надзвичайних ситуацій та поліція, які ймовірно мають підвищений ризик впливу травми, і, таким чином, їм частіше загрожує виникнення ПТСР. Також варто згадати, що багато біженців зазнали цілого ряду травматичних подій, тому вони також можуть, серед інших проблем, страждати від ПТСР. [36]

Офіційна статистика рівня розвитку ПТСР в Україні не проводилась. Інформація щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України сьогодні відсутня.

Згідно із даними полковника медичної служби Всеволода Стеблюка, станом на 2016 рік, розповсюдженість ПТСР серед військовослужбовців на тлі військових дій на Донбасі – 10-15%. [6]

72

Станом на червень 2017 року в Україні 280 тисяч людей мали статус учасників бойових дій; за даними прокуратури 500 учасників війни на Донбасі скоїли самогубство після повернення з зони бойових дій. [6]

Аналізуючи інтерв'ю за 2016 рік з Іриною Пінчук, головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія та

наркологія», директором Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, доктором медичних наук, можна зробити певні висновки: лише наприкінці 2015 року розроблено додаток до наказу МОЗ України про збір відповідної інформації. Протягом 2015 року до фахівців звернулося уперше в житті понад 3,5 тисячі осіб з розладами психіки, спричиненими реакцією на важкий стрес і порушеннями адаптації; понад 28% із них – учасники АТО. Зазначається, що у цілому, станом на кінець 2015 року, в психіатричних закладах України під наглядом перебувало понад 17 тис. пацієнтів із такими розладами. Упродовж 2015 року звернулося більше 1100 осіб із вперше встановленим діагнозом ПТСР, 686 із яких – військовослужбовці. Загальна кількість осіб із ПТСР, що перебували під спостереженням відповідних фахівців у 2015 році, перевищила 3300, кожен 4-й з них є учасником АТО. [52]

Ірина Пінчук стверджує, що ці дані не свідчать про значне підвищення проявів ПТСР, однак слід розуміти, що такі пацієнти звертаються переважно до психологів поза межами системи медичної допомоги, а не до психіатрів, хоча тільки останні мають право встановлювати згаданий діагноз. У зв'язку із цим доктор Пінчук наводить ще один висновок: психіатрична допомога в Україні організована не зовсім так, як цього потребують хворі з ПТСР. [52]

Зазначається, що понад 1,6 мільйонів українців перебувають під наглядом лікарів-психіатрів та лікарів-наркологів, і лише минулого року вперше діагноз психічного розладу встановлено 185 тисячам людей. [21]

За екстрапольованими даними, нині в Україні на ПТСР страждають понад 912 тисяч осіб, серед яких, звичайно, і мирні мешканці. Зважаючи на невтішні дані інших держав, уже найближчими роками нас очікує нова

генерація пацієнтів, адже у 50-80% осіб, котрі пережили важкий стрес, розвиваються клінічно оформлені розлади, серед яких ПТСР посідає провідне місце. Як пише видання «Ваше здоров'я», невтішні й висновки, що ґрунтуються на катамнезі даних учасників бойових дій в Афганістані та В'єтнамі, які прогнозують суттєве зростання кількості пацієнтів із ПТСР

впродовж наступних десятиліть. Коли ж додати сюди постраждалих осіб і переселенців зі Сходу, вважається, що така цифра виявиться дуже й дуже високою. [52]

Як стверджується в УНІАН, за даними Міністерства оборони України, за 2014 рік та перше півріччя 2015 року стаціонарної психіатричної допомоги потребували понад 3 тисячі військових, які брали участь в антитерористичній операції на сході України, що відповідно становить 75,8% від загальної кількості психіатричних хворих. Проте, пише видання, як показує міжнародний досвід та результати низки досліджень, кількість учасників збройного конфлікту на сході України, які потребуватимуть кваліфікованої психологічної та психіатричної допомоги, значно більше і може досягати 98%. [53]

Також Міністерством оборони України зазначалося, що протягом останнього часу через кризові явища в економіці і трагічні події на Донбасі кількість відхилень психічного здоров'я населення істотно зросла насамперед за рахунок збільшення виникнення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) як у військових, так і в цивільних осіб. Так, статистично, тільки протягом 2014 року інвалідність внаслідок різного роду психічних розладів була встановлена у більш ніж 10 тисяч осіб. [53]

У 2015 році, під час дискусії в Інституті миру США, Наталія Карбовська, голова Українського жіночого фонду та радник Глобального фонду для жінок, вказала на протидію насильству над жінками в сім'ях демобілізованих солдатів,- явище, вперше зареєстроване в західній частині України, а саме – Волинська область, яка була однією з перших областей, хто відправляв бійців добровольців на схід. [54]

74

Подія в американському Інституті миру: «Україна: як побудувати соціальний мир у зв'язку зі зміщенням» 23 листопада 2015 року, обговорення в Інституті миру США. [54]

Виступаючи на тій же панелі, колишня посол з глобальних жіночих питань Меланн Вервеер турбуючись про ситуацію в Україні, наголосила, що

без програм реінтеграції демобілізованих солдатів Україна, ймовірно, відчує значне зростання насильства в сім'ї. [54]

В американському Інституті миру було також наголошено: тривожною є статистика щодо самогубств та смертей серед українських військових, які з великою ймовірністю пов'язані з ПТСР. Із 2027 загиблих військових, зафіксованих урядом у 2014–2015 роках, 597 з них, або майже 30 відсотків, можна віднести до не бойових обставин. З них 171 смертей - це самогубства, а 137 - нещасні випадки. Варто зазначити: експерти, як правило, відносять більш високий рівень нещасних випадків до психологічної травми та пов'язаної з цим ризикової поведінки. Також повідомляється про високий рівень зловживання алкоголем на фронті, а Наталія Карбовська повідомила, що жіночі організації з прав людини зібрали докази сексуального насильства щодо цивільної жінки населення в найближчих до бойових дій районах. [55]

2.4. Аналіз діяльності Благодійного фонду «Інститут розвитку сім'ї та дитини» як бази реалізації програми допомоги сім'ям ветеранів з подолання наслідків ПТСР

Благодійний фонд «Інститут розвитку сім'ї та дитини» є благодійною організацією, що створений на невизначений строк та діє відповідно до чинного законодавства України, зокрема Закону України «Про благодійну діяльність та благодійні організації», і Статуту організації. Благодійний фонд діє на території України.

Благодійний Фонд «Інститут Розвитку Сім'ї та Дитини» (надалі – Благодійний фонд) засновано 14 липня 2014 р.

75

Основні завдання: сприяти розвитку сфери громадського здоров'я в Україні; забезпечувати організацію надання соціальної, медичної та психологічної допомога дітям та їх сім'ям.

Бенефіціарами Благодійного фонду є малолітні і неповнолітні діти (їх батьки, родичі, піклувальники, тощо), а також будь-які юридичні особи, що

одержують від Благодійного фонду благодійну допомогу для досягнення цілей.[66]

Основною метою (ціллю) діяльності Благодійного фонду є благодійна діяльність, спрямована на всебічне сприяння наданню якісних освітніх послуг і медичної допомоги малолітнім і неповнолітнім дітям. Сферами діяльності Благодійного фонду є, зокрема:

- 1) освіта;
- 2) охорона здоров'я;
- 3) соціальний захист, соціальне забезпечення, соціальні послуги; 4) допомога постраждалим внаслідок катастроф, збройних конфліктів і нещасних випадків, а також біженцям та особам, які перебувають у складних життєвих обставинах;
- 5) сприяння обороноздатності та мобілізаційній готовності країни, захисту населення у надзвичайних ситуаціях мирного і воєнного стану.

Для досягнення поставлених цілей Благодійний фонд здійснює наступні завдання:

- сприяння покращенню якості надання медичних і освітніх послуг дітям, в тому числі організаційна, інформаційна, фінансова підтримка;
- впровадження власних благодійних програм, проектів, тощо; - налагодження співробітництва і партнерства з закладами освіти, в тому числі закладами дошкільної освіти і позашкільними навчально-виховними закладами, медичними установами і організаціями, клініками, центрами, установами, навчальними закладами для дітей з

76

особливими потребами, закладами для дітей сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, тощо (далі – «Заклади»); - сприяння розвитку взаємозв'язків та співробітництва у галузі освіти та медицини з громадськими, благодійними організаціями, центрами, закладами, іншими утвореннями та фізичними особами (в тому числі з

тими, що зареєстровані як суб'єкти господарської діяльності) в Україні та за її межами, співпраця та вивчення практичного досвіду; - надання допомоги, підтримка та сприяння розвитку обдарованих дітей (заснування грантів, стипендій, тощо);

- організація та фінансування допомоги Зкладам, підтримка діючих гуртків, секцій, інших закладів для дітей;
- співпраця із засобами масової інформації щодо поширення інформації про діяльність Благодійного фонду;
- проведення благодійних акцій і масових заходів, кампаній по збиранню благодійних пожертв, благодійних лотерей і аукціонів з реалізації майна, що надійшло від благодійників;
- залучення фізичних та юридичних осіб до участі у благодійній діяльності Благодійного фонду, залучення благодійних пожертв і грантів українських і зарубіжних громадян, підприємств, організацій та установ у вигляді грошових коштів та майна; та
- здійснення інших завдань, спрямованих на досягнення цілей Благодійного фонду, які не суперечать чинному законодавству України. [66]

Благодійний фонд здійснює благодійну діяльність на підставі добровільного вибору одного або кількох таких її видів, жоден з яких не передбачає отримання прибутку:

- безоплатна передача у власність Бенефіціарів коштів, іншого майна; - безоплатна передача Бенефіціарам доходів від майна і майнових прав;

77

- безоплатне надання послуг та виконання робіт на користь Бенефіціарів;
- благодійна спільна діяльність та виконання інших контрактів (договорів) про благодійну діяльність;
- публічний збір благодійних пожертв; та
- проведення благодійних аукціонів, негрошових лотерей, конкурсів та інших благодійних заходів, не заборонених законом.[66]

Благодійний фонд здійснює благодійну діяльність, відповідно до встановлених у Статуті Фонду цілей та завдань, у наступних формах: - надання одноразової фінансової, матеріальної, організаційної та іншої допомоги;

- надання систематичної фінансової, матеріальної, організаційної та іншої допомоги;
- фінансування конкретних цільових програм;
- надання допомоги на підставі укладених договорів (контрактів) про благодійну діяльність;
- дарування або надання дозволу на безоплатне використання коштів та/або майна;
- надання допомоги особистою працею, послугами чи передачею результатів особистої діяльності працівників Благодійного фонду або осіб, залучених Благодійним фондом на договірних засадах;
- прийняття на себе витрат по безоплатному, повному або частковому утриманню Об'єктів благодійництва;
- прийняття на себе витрат по розбудові та/або реконструкції Об'єктів благодійництва; та
- в цілому здійснення благодійної діяльності у інших формах, що не заборонені чинним законодавством України, та відповідають цілям та завданням Благодійного фонду.[66]

З метою здійснення благодійної діяльності у відповідності до Статуту,

78

Благодійний фонд:

- залучає благодійні пожертви і гранти українських та іноземних фізичних і юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців, міжнародних організацій благодійників у вигляді грошових надходжень, як в національній, так і в іноземній валютах, майна та інших матеріальних цінностей для здійснення благодійної діяльності;
- самостійно вирішує питання про надання благодійної допомоги Бенефіціарам (в тому числі надавати цільову благодійну допомогу для

відшкодування їх витрат, що пов'язані з отриманням освітніх послуг чи медичної допомоги);

- укладає в межах своїх повноважень будь-які угоди, в тому числі і міжнародні, згідно чинного законодавства України в різних сферах своєї діяльності;
- створює власні благодійні програми і проекти;
- організовує соціальні, культурні заходи, акції.[66]

Комплекс благодійних заходів, спрямованих на реалізацію передбачених Статутом цілей і завдань Благодійного фонду, реалізується Благодійним фондом у вигляді благодійних програм.[66]

Місія Благодійного фонду «Інститут розвитку сім'ї та дитини»: «Ми створюємо і втілюємо освітні проекти у сфері громадського здоров'я, а також надаємо можливість лікування та психологічну підтримку уразливим соціальним групам – діти-батьки-сім'я, будуючи фізичне і ментальне здоров'я людини як єдине ціле».

Цінності:

- Здоров'я,
- Освіта,
- Фаховість,
- Відповідальність,
- Людяність.

Таб. 2.4. Опитувальник про організацію. Складено автором.

Хто є реальним клієнтом організації?	Діти, Батьки, Сім'ї; Відповідальні громадяни; Ветерани, Діти і сім'ї воїнів АТО, Героїв Небесної Сотні; Окремі вразливі соціальні групи (зокрема, люди хворі на легеневу гіпертензію); Референтні організації (школи, церква, дитячі будинки, притулки); Лікарі, медичні сестри, психологи (ціль - навчання); Лікувальні заклади; Навчальні заклади Партнери: Дитячий Центр здоров'я імені Анни Мазуренко, Клініка МедПарк. Донори: Українська Федерація Америки (УФА)
--------------------------------------	--

Які потреби задовольняє організація?	Навчання (створення і реалізація освітніх програм у сфері громадського здоров'я); Превенція (поширення інформації задля попередження захворювань, зокрема, для прикладу, запобігання опікам у дітей, вакцинопрофілактика); Психологічна підтримка для окремих уразливих соціальних груп (діти, батьки, сім'ї; ветерани АТО/ООС та їхні сім'ї); Діагностика, терапія для визначених соціальних груп (діти, батьки, сім'ї);
Чи потреби різних груп клієнтів організації однакові?	Потреби різні, відповідно до проекту: лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, консультативний, навчальний, просвітницький
Як ці потреби змінюються?	Потреби змінюються разом з групами клієнтів у різних проектах
Як їх передбачити та задовольнити вже зараз?	Ми створили різні підрозділи організації, якими керують різні окремі керівники програм Ми співпрацюємо зі сталими партнерами, які фахові і динамічні
До яких цільових аудиторій бажає звернутися?	Сім'я:мама, тато, дитина; Ветерани АТО/ООС та їхні сім'ї; Лікарі, медичні сестри, психологи Працівники установ з великим скупченням людей
Хто потенційні клієнти?	Державні інституції, приватний сектор, медичні установи, асоціації хронічних захворювань, волонтерські організації, церква, школа, дитячі будинки, притулки
Хто потенційні донори?	Іноземні фонди (Канада, країни Європи) Українська Федерація Америки (УФА)
Хто потенційні волонтери?	Випускники програм Фонду Волонтерські організації Студенти, що здобувають освіту в суміжних дисциплінах
Яким чином організація позиціонує себе щодо конкурентів, аби стати успішними за цієї аудиторії?	Створення власних освітніх програм Можливість стажування/консультування/лікування закордоном; Залучення сталих іноземних донорів Міждисциплінарна взаємодія фахівців Досвід і репутація працівників в програмах Орієнтація на цінності

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ З ВПРОВАДЖЕННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПРОГРАМИ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ ВЕТЕРАНІВ З ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПТСР

3.1. Програма Благодійного фонду «Інститут Розвитку Сім'ї та Дитини» як пілотний проект допомоги ветеранам та їхнім сім'ям з подолання наслідків посттравматичного стресового розладу

Опис коротко ідеї проекту і контекст зародження його ідеї та реалізації.

Впродовж останніх 5 років російсько-української війни велика кількість чоловіків працездатного віку стали їх учасниками. За офіційними даними, статус учасника бойових дій отримали 326 тис. громадян. Велика частина отримали фізичні травми; ще більша – отримала травми невидимі, психологічні.

Незважаючи на значну кількість різноманітних локальних та міжнародних проектів, зокрема, наявну велику кількість проектів із надання психологічної допомоги військовим, можна все ж констатувати наступне: загальний ефект від здійснених зусиль є недостатнім та не включає залучення та роботу з одним з найближчих середовищ постраждалого – сім'ї (жінки, діти, чоловіки).

Неформальне інтерв'ювання учасників АТО та ООС, здійснене, в т.ч., і у офіційних закладах спеціалізованої медичної допомоги та після участі у різноманітних проектах психологічної допомоги, засвідчили таку основну проблему: **переважна кількість військових та ветеранів по таку допомогу не звертається.**

З огляду на описане, Благодійний фонд в співпраці з Українською Федерацією Америки (УФА) ініціював створення програми психологічної реабілітації ветеранів, що зазнали ПТСР, через залучення до комплексної (холістичної) моделі допомоги безпосереднє оточення – дітей та сім'ю.