

Мозговий В.І., доцент кафедри психології, Академії Державної пенітенціарної служби, кандидат психологічних наук;
Луценко О.В., асистент кафедри Харківського національного медичного університету, кандидат медичних наук

ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Психологічна реабілітація учасників АТО на сьогоднішній день є обов'язковою законодавчо закріпленою процедурою. Не дивлячись на багатий досвід зарубіжних країн в психологічній реабілітації своїх ветеранів, ніде в світі не існує єдиної, універсальної, повністю ефективної схеми реабілітації. В кожному конкретному випадку можуть використовуватися різні методики для досягнення поставлених цілей.

Основною метою даної роботи є вироблення рекомендацій для підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників АТО в умовах санаторію на основі узагальнення особистого досвіду, а також досвіду роботи команди психологів на базі Менського санаторію «Остреч», де з 16.11.2015 по 29.12.2015 психологічну реабілітацію пройшло 285 учасників АТО.

Психологічна робота проводилася, як в групі, так і індивідуально. Техніки для індивідуальної роботи підбиралися відповідно до запитів і можливостей клієнта. У груповому форматі в основному використовувалися методики для мобілізації і посилення внутрішніх ресурсів особистості, техніки заземлення і центрування, а також робота з кордонами.

У груповому форматі також проводилися заняття з тілесно-м'язової релаксації з використанням елементів йоги, тілесного усвідомлення (метод Фенделькрайза) і комплексу вправ TRE (Trauma / tension Releasing Exercises). Також в ході занять з допомогою фізичних вправ учасники навчалися навичкам взаємодії, безпечного прояви сили, контролювання агресії. Зустрічі з психологом проводились щодня відповідно до індивідуального графіка психолога. Групові заняття також проводилися щодня. Щодня функціонувало 2 групи тілесно-м'язової релаксації і одна психологічна група по роботі з ресурсами та емоціями.

Оскільки програма реабілітації проводилася на базі санаторію з потужною рекреаційною базою, практично всі учасники АТО отримували різні фізіотерапевтичні процедури відповідно до супутньої патології. Такий підхід, рекомендований програмою медико-психологічної реабілітації, дозволив зменшити супутню соматичну симптоматику, яка поглиблювала психічну астенизацію демобілізованих військовослужбовців.

Практика показала, що реальна робота з психологом починається приблизно на третій день перебування в санаторії. Це пов'язано з низкою організаційних моментів, тестуванням, освоєнням території і спілкуванням з тими, хто вже працює з психологом. Певна кількість осіб зловживали алкоголем мотивуючи це необхідністю зняття стресу. Алкоголізація в цій ситуації є своєрідним способом уникнення труднощів, пов'язаних не тільки з пережитим, але і з необхідністю адаптуватися до умов мирного життя. Ряд запроваджених психологами заходів допоміг деяким військовослужбовцям вийти з запою.

Аналіз психологічних особливостей, виявлених в результаті тестування, показав, що близько 10% учасників АТО не потребують систематичної роботи з психологом, 66% мають помірний або критичний рівень депресивної симптоматики. Велика частина виявлених симптомів ставилася до когнітивно-афективної сфери. Найбільш часто зустрічаємих соматичних проявів було порушення сну у 80% демобілізованих військовослужбовців.

Виражені симптоми посттравматичного стресового розладу спостерігалися у 10,8% учасників АТО. Високий ризик розвитку ПТСР було виявлено приблизно у 30,6% учасників АТО, а у 22,52% було виявлено частковий ПТСР. Також часто учасники АТО констатували у себе підвищену дратівливість і агресивність. Серед факторів, що викликають гнів, агресію і роздратування дуже часто виявлялися кінестетичні і аудіальні тригери. Поряд з вищевказаними проявами учасники АТО відзначають погіршення відносин з рідними, друзями і соціальним оточенням, особливо друзинами. За ступенем суб'єктивної важливості порушення соціального функціонування виходило на перше місце серед інших скарг.

Важливим моментом психологічної роботи була психоедукація. Повертаючись в своє колишнє оточення,

учасники АТО стикаються з незрозумінням того, що з ними відбувається. У більшості з них створюється ілюзія, що вони «унікальні» в своїх переживаннях і проявах. Багато соромляться про це говорити. Але коли психолог першим починає розмову про тих симптомах і проявах, які турбують більшість бійців, пояснюючи, що відбувається і як з цим можна впоратися, ситуація відразу змінюється. Виникає довіра до психолога як до людини, яка розуміє проблему і знає способи її вирішення. У цей момент психолога важливо не прийняти повністю роль «батьківської фігури» для бійця. Необхідно пам'ятати, що кожен учасник АТО апіорі доросла і дієздатна людина. Це означає, що кожен з них може робити вибір, усвідомлюючи наслідки цього вибору. Вживати алкоголь замість роботи з психологом – теж вибір. Роз'яснення під час психоедукації неконструктивності такого вибору призводить частину учасників АТО до відмови від спиртного і активній співпраці з психологом.

Учасники АТО тривалий час перебували в середовищі з жорсткими правилами виживання. Невід'ємною складовою успішної психологічної реабілітації є дисципліна і дотримання правил, які прості, зрозумілі і непомітні (відсутність санкцій за порушення). Тому в умовах санаторію це не тільки дотримання режиму дня, фізіотерапевтичних процедур, а й відвідування психолога, як в груповому, так і в індивідуальному форматі. Для цього для кожного бійця складала індивідуальну «карту» або «розклад», де по датах були розписані його заходи протягом дня. Наш досвід показав, що додавання слова «обов'язкове» до анонсу заходу збільшує явку на цей захід приблизно в 3 рази.

Практично всі методики роботи з травматичними переживаннями вимагають мобілізації і посилення внутрішніх ресурсів людини. Обов'язковою також є наявність у бійця «безпечного місця» - реального місця в його історії, де він відчуває себе в безпеці. Для мобілізації внутрішніх ресурсів застосовувалися різноманітні техніки. В якості ефективного засобу зняття м'язових напруг, затискачів та блоків використовувався комплекс вправ TRE (trauma / tension release exercises), який проводився в груповому форматі в рамках занять групи тілесно-м'язової релаксації. У сучасній літературі тілесно-орієнтована терапія визначається як первинна ланка роботи з травматичним досвідом. Фізична активність є однією з

копінгових стратегій, згідно багатовимірної системі BASIC Ph. Використання психотерапевтичних методик, спрямований на емоційно-вольову сферу, уяву та когнітивні функції дозволяє зробити наступні висновки: 1) оптимальний формат реабілітації - поєднання фізіотерапевтичних процедур і роботи психолога; 2) оптимальний період реабілітації – 3 тижні; 3) особи, які відвідували групові заняття, легше і більш охоче йдуть на контакт з психологом в індивідуальній роботі; 4) засоби тілесно-орієнтованої психотерапії, метод психодрами, метафоричні і нарративні техніки в поєднанні із засобами фізіотерапії дають відмінний результат і провести ефективну соціальну та психологічну реабілітацію після перенесених травмуючих подій.

Лазоренко Б.П., провідний науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат філософських наук, доцент

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАЛУЧЕННЯ УЧАСНИКІВ АТО, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ, ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В учасників АТО, які приймали участь у військових подіях у східних регіонах України спостерігаються прояви посттравматичних стресових розладів. Щоб їх опанувати певна частина учасників АТО вдається до зловживання алкоголем, немедичного вживання наркотичних речовин та лікарських засобів. Це, в свою чергу, унеможливує виконання ними своїх службових обов'язків і веде до подальшої їх соціальної дезадаптації. Для відновлення їх належного психологічного стану, підвищення соціальної адаптованості і профілактики негативних явищ у їхньому середовищі важливим є залучення їх до психологічних реабілітаційних програм, зміцнення їх психологічної пружності та стресостійкості. Нерідко намагання залучити учасників АТО до психологічної реабілітації зустрічає небажання, опір і спротив з їх боку. Тому є необхідність у розробці технологій їх мотивації до участі у реабілітаційних програмах. В Україні накопичено досвід національного рівня у