

*Кочубейник О.М., доктор психологічних наук,
головний науковий співробітник
лабораторії психології політико-правових відносин
Інститут соціально та політичної психології НАПН України
м. Київ, Україна*

ПОСТВІЙНА: НАРИСИ ДО СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Актуальність проблеми. Війна в Україні порушила порядок функціонування усіх сфер суспільства і проблематизувала в силу численних причин можливість швидкого відновлення діяльності різних соціальних інститутів та систем. Це стосується також і системи охорони здоров'я, при чому тут проблематизація, на наш погляд, є подвійною. По-перше, медичні заклади – від пунктів первинної медико-санітарної допомоги до лікарень і реабілітаційних центрів і – під час війни працюють «поза межею» своїх можливостей, що переводить їхній персонал в зону ризику професійного вигорання. Варто враховувати, що значна кількість медичних закладів різного призначення повністю зруйновані, а деякі із них перебували (або досі перебувають) у зоні тимчасової окупації, що фактично означає повне їхнє пограбування. По-друге, під час війни пріоритет надається фізично пораненим, однак рівень психологічного стресу населення є надзвичайно високим. Мало того, слід очікувати, що закінчення війни не означатиме зникнення цього високого рівня, адже кількість психотравмованих людей зростатиме через інші форми психологічної травми, пов'язані з війною. Водночас Україна поки що не має розгалуженої та розвиненої системи психотерапевтичної допомоги, яка спроможна працювати із таким масштабом травматизації населення.

Досвід інших країн, що переживали період поствоєнної реабілітації [3], показує, що доцільно зосередити таку роботу на конкретних групах населення, що мають високий ризик розвитку воєнних та післявоєнних стресових розладів. До таких груп належать 1) особи, що у засобах збереження свого фізичного та психологічного здоров'я переважно залежать від оточення (діти, підлітки, люди з інвалідністю, люди похилого віку тощо); 2) політравмовані особи або особи, які зазнали дуже інтенсивних стресів (в'язні таборів, сім'ї зниклих безвісти або загиблих); 3) військовослужбовці, які зазнали тривалого бойового стресу; 4) особи з інтенсивним реагуванням на психотравму внаслідок преморбідного психічного розладу, психіатричні хворі, особи з хронічними соматичними захворюваннями; 5) переміщені особи та біженці, які ще перебувають у місцях тимчасового розміщення, а також ті, що повертаються додому; 6) особи з вторинною травматизацією, тобто перенесеною травмою (сім'ї постраждалих солдатів військовополонених).

Мета роботи полягає в окресленні шляхів побудови цілісної системи психотерапевтичної допомоги населенню.

Основні результати. Головним чинником, що призводить до екстремального навантаження на систему охорони здоров'я є масштабність травматизації населення. Адже під час цієї війни мільйони людей були змушені залишити свої домівки як біженці чи переміщені особи та шукати тимчасовий або тривалий притулок за кордоном чи західних (певною мірою безпечніших) регіонах країни. Точний показник навести тут складно через його динамічність, проте йдеться саме про мільйони: так, лише за кордоном, за різними даними, перебуває від 9 до 12 млн українців. Потреба цих людей у психолого-психіатричній допомозі та соціальній підтримці є величезною. Її надання слід організувати за кількома «лініями»-напрямами, серед яких: надання психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям та окремо – військовополоненим, психологічна допомога пораненим у хірургічних відділеннях та реабілітаційних центрах, надання психологічної та психіатричної допомоги переселенцям,

охорона психічного здоров'я дітей, захист і допомога психіатричним хворим, профілактика неадекватних психологічних реакцій і розладів населення загалом.

Іншими словами, сьогодні слід водночас вирішувати два різноспрямованих завдання: з одного боку, програми мають бути надзвичайно варіативними відповідно до конкретних проблем, з іншого – повинна існувати система «переходів» між різноманітними ланками мережі допомоги, оскільки можна очікувати, що «політравма війни» буде проявляти себе різними проблемами. І очевидним є те, що не існує унікальної моделі в профілактиці та лікуванні психотравмованих осіб, а метод, обраний для лікування, часто залежить від освіти терапевта. (Це стає досить виразним у випадку із ПТСР: психологи/психотерапевти рекомендують первинні психотерапевтичні методи лікування ПТСР та його наслідків, тоді як фахівці із медичною освітою частіше рекомендують психофармакологічне лікування). Тривалість програм допомоги залежатиме від дотравматичних, травматичних і посттравматичних факторів, вираженості клінічних проявів та інших факторів, що також означає високий ступінь варіативності цих програм.

Мережа психосоціальної допомоги повинна враховувати також той досвід інших країн [2], який вказує, що під час війни найпоширенішими причинами психіатричного лікування біженців та переміщених осіб є самогубства, тривала ризикована поведінка, психофізична декомпенсація, зловживання алкоголем та серйозні загострення психічних розладів, які існували до війни. Крім того, воєнний період є періодом диференціації серед біженців та переселенців на тих, у кого виникли психічні розлади, і тих, хто більш-менш успішно адаптувався до нового середовища. Однак завершення війни означатиме не лише можливість повернутися до своїх домівок, але й зіткнення з новими труднощами, що порушуватимуть стан крихкої рівноваги психічного здоров'я та психологічного благополуччя. Окремою формою травми є переживання в сім'ях, де рідні люди зникли безвісти, тобто сім'ї пережили відкладений траур.

І тому «політравма війни» стає специфічною зоною психосоціальної допомоги, оскільки політравмованим людям потрібно більше часу для інтеграції свого травматичного досвіду [4].

Важливою ланкою у цій системі виявлятимуться міждисциплінарні команди «на місцях», які спроможні виконувати різноманітні функції, включаючи консультації місцевого населення, роботу із «групами самопомоги» для вимушених переселенців, підготовку та розповсюдження матеріалів, що містять корисну інформацію та інструкції і, зрозуміло, надавати власне психотерапевтичну допомогу.

Створення комплексної мережі програм психосоціальної допомоги, крім того, дозволить вирішити проблеми «на місцях», зокрема, такі як неефективне витрачання коштів, нерівномірний розподіл психосоціальних програм у різних регіонах країни, дублювання проєктів тощо. Отже, головна ідея полягає у тому, щоб впровадити поступове застосування програм психологічної та соціальної допомоги людям, які постраждали від війни, відповідно до типу травми, інтенсивності реакцій та життєвих обставин. І ці програми повинні включати соціальну допомогу та підтримку, психологічне консультування, спеціальні види навчання, психотерапевтичне та психіатричне лікування, госпіталізацію у разі необхідності [1; 2].

Важливо взяти до уваги ще один параметр, пов'язаний з особливостями довоєнної організації життя країни, котрий зберігся під час війни й збережеться, очевидно у перші поствоєнні роки: нерівномірна доступність різного роду програм в різних за масштабом населених пунктах. Ефективність комплексної мережі психосоціальної допомоги буде високою лише тоді, коли її програми будуть реалізовуватися у місцях проживання її користувачів, тобто працювати не з «окремою особою, що постраждала», а буде можливість охоплювати сім'ю, місце роботи, школу, дитячий садок та всі важливі для людини установи. Така мережа потребує безперервної роботи в громаді, що має починатися якомога раніше, і потребує, отже, комплексного підходу та командної роботи освічених фахівців та координації на місцевому та національному рівнях.

Ця комплексність, окрім іншого, означає, що програми передбачатимуть профілактичні програми психічного здоров'я (тобто програми, котрі уможливають стабілізацію базових життєвих та емоційних потреб населення), неспецифічну психологічну допомогу, серед якої насамперед слід увиразнити різні форми діяльності у громаді, де терапевтичний ефект досягається за рахунок відчуття спільності, з'єднаності, роботу психосоціальних бригад психологічної допомоги, що здійснюватимуть спеціалізовану психологічну допомогу та консультування, нарешті, психіатричну допомогу окремим особам (у разі потреби психіатрична допомога в стаціонарі). І, зрозуміло, така складна комплексна мережа означає координацію роботи та її оперативне планування на національному рівні.

Висновки. Комплексна мережа психосоціальної допомоги повинна надавати різні типи програм, такі як стаціонарна програма, денний стаціонар та різні типи амбулаторних програм. Приміром, амбулаторні програми доцільно зосереджувати на конкретних травматичних переживаннях, таких як бойова травма, ув'язнення або втрата члена сім'ї. Програма денного стаціонару може бути орієнтована переважно на групову та індивідуальну психотерапію, а стаціонарна програма включатиме додаткове фармакотерапевтичне, соціотерапевтичне та психотерапевтичне лікування. Крім того, комплексна мережа психосоціальної допомоги повинна складатися із таких форм роботи як психоедукація, психотерапія, соціотерапія та психофармакологічне лікування. Метою психоедукації є інформування пацієнта про його розлад та особливості його лікування (тобто про інші ланки цієї мережі: психофармакологічну, соціальну та психотерапевтичну). Можливо, у межах психоедукації буде корисним також висвітлення таких тем, як сенс життя, окремі екзистенційні питання, розуміння емоцій, таких як лють, злість, страх, провина, роль трауру у переживанні втрати, пошук значущих та емоційно важливих стосунків. Групова психотерапія, або групова психотерапія в поєднанні з індивідуальною психотерапією, є найпоширенішим методом лікування психотравмованої людини. Групова психотерапія може бути використана для досягнення різних терапевтичних цілей і може бути зосереджена на почутті ізоляції, почуття сорому, провини та самозвинувачення, які часто присутні у багатьох жертв війни. Соціотерапія – як різновид терапії – орієнтована на середовище й спрямована на підвищення здатності пацієнта функціонувати у звичному оточенні, мати значущі стосунки з людьми (сім'я, професійне середовище, коло друзів. Соціотерапія також може включати музикотерапію, бібліотерапію, трудотерапію, рекреаційну терапію тощо. Психофармакологічне лікування може поєднуватися зі складними аномаліями в різних біологічних системах. Автори погоджуються з часто суперечливими результатами щодо покращення фармакологічної терапії ПТСР, а фармакотерапія часто розцінюється як паліативна, оскільки рідко є достатньою для забезпечення повної ремісії ПТСР. Саме тому мова повинна йти про комплексну систему психосоціальної допомоги населенню, що координуватиметься на національному рівні.

Список використаних джерел:

1. Bernardsdóttir B., Sandahl H., Carlsson J., Mortensen E., Palic S. Psychotherapy readiness domains as predictors of psychotherapy outcome in trauma-affected refugees. *Journal of Affective Disorders*. 2022. № 12. С. 325.
2. Bravo-Mehmedbasic A, Kucukalic A. Masic I. The Importance of Group Psychotherapy in the Rehabilitation of War Survivors with Psychological Consequences. *Medical Archives*. 2009. № 63. С. 266-267.
3. Markeljeviæ J, Lackoviæ Z. The case of Croatian hospitals: is this the end of humanitarian rules? *Medicine and War*. 1994. № 10, С. 50-62.
4. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorders and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*. 2001. № 13. С. 95-98.