Тема 12. Психологічний супровід ветеранів, військовослужбовців та їхніх сімей

План лекції

12.1. Ветеранська політика, повернення додому, адаптація та типові труднощі

12.2. Психічні розлади, комплексна травма, адикції й вплив на всю родину

12.3. Родини військових, зниклих безвісти, загиблих, підхід «рівний – рівному», суїцидальна профілактика та довгостроковий супровід

Література: [3, 5, 10, 11, 12, 15, 17, 19, 20]

12.1. Ветеранська політика, повернення додому, адаптація та типові труднощі

Ветеранська політика – сукупність заходів держави щодо соціального захисту, реабілітації, професійної адаптації та суспільного визнання осіб, які брали участь у захисті держави, а також інших осіб із професійним досвідом екстремальної діяльності. Психологічний супровід є складовою цієї політики й охоплює етапи: підготовка до демобілізації, безпосереднє повернення, період адаптації (перші місяці), довгострокове відновлення. У системі допомоги працюють військові частини, медичні й реабілітаційні заклади, центри ветеранського простору, соціальні служби, громадські організації, фахівці-цивільні та ветерани-волонтери взаємної підтримки [11; 12].

Повернення зі служби – окремий і складний психологічний перехід. Він передбачає зміну ролі (від військового до цивільного), відновлення сімейних і соціальних стосунків, перебудову режиму, пошук нової діяльності й сенсів. Типові труднощі: відчуття відчуженості від цивільних, труднощі в стосунках, «подвійне життя» між двома світами, зниження статусу й соціальної ідентичності, почуття провини за виживання чи за те, що залишив колег,

підвищена настороженість і гіперпильність, дратівливість, порушення сну, труднощі з працевлаштуванням [5; 10].

Теоретична основа супроводу – уявлення про травму як порушення базових переконань і відчуття безпеки; визначення відновлення як реорганізації ідентичності на основі нового досвіду; концепція стійкості як траєкторії, у межах якої більшість людей після тяжкої втрати чи потрясіння демонструє стабільне функціонування; підхід, що виділяє три стадії відновлення (безпека, спогади й траур, повторне зв'язування з життям). Ці уявлення визначають послідовність допомоги: стабілізація передує роботі зі спогадами.

Психодіагностична оцінка на етапі повернення охоплює скринінг і поглиблену діагностику. Скринінгові інструменти: самозвітні шкали посттравматичних симптомів (переліки симптомів за критеріями ПТСР), депресії (опитувальник PHQ-9), тривоги (GAD-7), безсоння, вживання алкоголю (AUDIT) та інших речовин, суїцидального ризику (структуровані шкали й питання про наміри та плани). Для діагностики комплексного ПТСР використовують опитувальник, що охоплює симптоми ПТСР і порушення саморегуляції (афективна дисрегуляція, негативна самооцінка, труднощі у стосунках). Діагностика моральної травми застосовує спеціальні шкали. Українські методичні посібники пропонують набори методик для визначення психологічних змін у військовослужбовців і життєстійкості [3; 5; 15].

Результат скринінгу не є діагнозом: він вказує на необхідність поглибленої оцінки лікарем-психіатром або клінічним психологом. Інтерпретацію виконують з урахуванням контексту служби, рівня впливу, соціальної підтримки, попереднього досвіду й актуальних стресорів. Окремо оцінюють функціонування: робота, сім'я, повсякденні справи, самообслуговування, соціальні контакти [3; 17].

Принципи супроводу ветеранів: повага до досвіду, відсутність патологізації нормальних реакцій, орієнтація на ресурси й цінності, добровільність, конфіденційність, поступовість, доступність (місце, час,

дистанційні форми), ранній старт без очікування кризи, включення родини, співпраця з медиками й ветеранськими спільнотами. Довіра до фахівця зростає, коли той демонструє розуміння професійного контексту (військового, рятувального, правоохоронного), не ставить зайвих питань про бойові події без потреби й не оцінює вчинків [11; 12].

Супровід осіб інших екстремальних професій після завершення служби. Подібні процеси переживають рятувальники, пожежні, поліцейські, працівники екстреної медичної допомоги й гуманітарні працівники, які залишають службу через вік, поранення чи вигорання. Для них також важливі втрата ролі й колективу, відсутність визнання, труднощі з працевлаштуванням і ризик ізоляції. Допомога охоплює підготовку до виходу у відставку, психоосвіту для родини, групи взаємопідтримки з колегами по професії, доступ до реабілітації та консультування; ветеранські центри, професійні спілки й асоціації рятувальників можуть бути надійними партнерами.

12.2. Психічні розлади, комплексна травма, адикції й вплив на всю родину

Психічні розлади серед військових і ветеранів охоплюють ПТСР, комплексний ПТСР, депресивні й тривожні розлади, розлади, пов’язані з уживанням психоактивних речовин, розлади сну, наслідки черепно-мозкових травм, розлади адаптації, затяжну реакцію горя й суїцидальні стани. Дослідження в Україні з використанням міжнародних діагностичних інструментів фіксують високу поширеність симптомів ПТСР і комплексного ПТСР серед населення, що зазнало впливу війни [17; 19; 20].

ПТСР діагностують за наявності чотирьох груп симптомів: інтрузії, уникання, негативні зміни когніцій і настрою, підвищене збудження за тривалості понад місяць і значущому порушенні функціонування. Комплексний ПТСР додатково містить стійкі порушення афективної регуляції, негативне сприйняття себе й труднощі в міжособистісних стосунках; він пов’язаний із

тривалою або повторюваною травматизацією, що характерно для тривалих бойових дій, полону, насильства. Для комплексної травми терапія має поетапний характер: стабілізація, переробка травматичних спогадів, реінтеграція.

Методи лікування ПТСР з доведеною ефективністю: когнітивно-поведінкова терапія з фокусом на травмі, пролонгована експозиція, когнітивна терапія опрацювання травми, десенсибілізація й переробка рухами очей; фармакотерапія призначається лікарем. Психолог-консультант без відповідної спеціалізації не проводить такої терапії, а забезпечує стабілізацію, психоосвіту, навчання навичкам саморегуляції й направлення до фахівців.

Моральна травма потребує окремого підходу: розмова про цінності, відповідальність, провину та сором; допомога у визнанні того, що сталося, відновлення зв'язку з власними цінностями, повернення до значущих дій, іноді – за участі капелана чи духовного наставника. Втручання, що спираються на моделі моральної реабілітації, поєднують визнання події, емпатичну підтримку, діалог із «моральним суддею» та відновлювальні дії.

Адикції – часті супутники травми: алкоголь, седативні речовини, ігрова залежність, надмірне вживання стимуляторів. Вживання виконує функцію регуляції збудження й сну, тому лише заборона не працює. Психолог проводить скринінг, використовує мотиваційне консультування, пропонує альтернативні способи регуляції, залучає родину, направляє до профільної допомоги й створює умови, у яких звернення не загрожує службі чи репутації [11; 17].

Вплив на родину має системний характер. Травма військового чи рятувальника змінює взаємодію у сім'ї: дратівливість, емоційна відстороненість, гіперопіка чи контроль, конфлікти, насильство, розподіл ролей. Партнери й діти переживають вторинний стрес, тривогу, самотність, провину; діти можуть виявляти регрес, агресію, труднощі в навчанні. Сімейна травма потребує сімейного підходу: психоосвіта, навчання комунікації, спільне

планування, окрема підтримка партнера, залучення дітей з урахуванням віку [10; 12].

Ризик насильства в сім'ях військових і працівників інших екстремальних професій вимагає уваги: оцінка безпеки, роз'яснення меж прийнятної поведінки, направлення до програм для кривдників, захист постраждалих, співпраця зі службами. Психолог не виправдовує насильство пережитою травмою, оскільки травматизація пояснює, але не знімає відповідальності.

12.3. Родини військових, зниклих безвісти, загиблих, підхід «рівний – рівному», суїцидальна профілактика та довгостроковий супровід

Родини військовослужбовців, рятувальників, поліцейських і медиків зазнають специфічних стресорів: тривала розлука, тривога за життя, брак інформації, самотнє виховання дітей, фінансові труднощі, соціальна ізоляція, повторні ротації, поранення й повернення з інвалідністю. Психологічна допомога поєднує інформування, групи підтримки, консультування, організацію соціальної допомоги, залучення громадських об'єднань, військових частин та підрозділів рятувальників. Особливу увагу надають дітям: збереження режиму, розмови про ситуацію відповідно до віку, збереження зв'язку з батьком чи матір'ю.

Родини загиблих рятувальників і постраждалих від катастроф. Утрата близької людини під час виконання службових обов'язків має схожі риси у військових і рятувальників: раптовість, потреба в інформації, пов'язані процедури нагородження й виплат, публічне вшанування. Працівники служб підтримки допомагають родинам із повідомленням про загибель, участю в прощанні, юридичними й соціальними питаннями; підтримують дітей і літніх родичів, а за потреби організовують довготривалі групи для батьків і вдів. Подібні принципи застосовують і до родин цивільних, які загинули чи зникли внаслідок обстрілів або катастроф.

Родини зниклих безвісти та загиблих переживають особливо складні втрати. Невизначена втрата, коли родина не знає, живий чи загинув близький, характеризується відсутністю завершення, поєднанням надії й горя, відчуттям застою. Підтримка охоплює визнання складності ситуації, допомогу в збереженні надії без заперечення реальності, практичну допомогу в процедурах пошуку, групи підтримки, ритуали пам'яті, роботу з провиною й гнівом. Для родин загиблих використовують підходи до роботи з горем: супровід у ритуалах, нормалізація реакцій, виявлення ускладненого горя (стійкі інтенсивні реакції, що порушують функціонування понад встановлений термін) і направлення до фахівця.

Підхід «рівний – рівному» ґрунтується на залученні ветеранів, колишніх рятувальників і родичів, які пройшли схожий досвід, до підтримки інших. Переваги: довіра, розуміння контексту, зниження стигми, доступність. Обмеження й вимоги: ретельний відбір, навчання (психологічна перша допомога, розпізнавання ризиків, етика, межі), супервізія, турбота про самих помічників, чітка система направлення до фахівців. Така підтримка доповнює, а не замінює професійну допомогу.

Суїцидальна профілактика у ветеранському й професійному середовищі: розпізнавання чинників ризику (ПТСР, депресія, адикції, втрати, провина, самотність, доступ до зброї, хронічний біль, юридичні й фінансові проблеми, недавні конфлікти), прямі запитання про наміри й плани, стратифікація ризику (структуровані шкали), план безпеки (попереджувальні ознаки, власні стратегії, соціальні контакти, контактні особи, спеціалісти, обмеження доступу до засобів), забезпечення безперервного контакту та спостереження. Прямі запитання не підвищують ризик; вони знижують самотність і відкривають шлях до допомоги.

Довгостроковий супровід ветеранів має систему рівнів: універсальна підтримка (інформування, груповий діалог, профілактичні консультації), цільова допомога (особи з підвищеним ризиком), спеціалізована допомога

(діагностовані розлади). Алгоритм ведення випадку передбачає первинний прийом, оцінку, спільне планування, регулярне спостереження, залучення міждисциплінарної команди (психіатр, психолог, соціальний працівник, реабілітолог, юрист), перегляд плану. Тривалість співпраці визначають потреби людини, а не формальні терміни [12; 17].

Професійна адаптація ветеранів охоплює допомогу в працевлаштуванні, перекваліфікації, підприємницьких ініціативах, розвитку навичок, що виходять із військового чи рятувального досвіду (лідерство, відповідальність, робота в команді), а також підготовку роботодавців. Значущість роботи для відновлення ідентичності та сенсу підтверджується як дослідженнями, так і практикою [10; 11].

Цивільні психологи, які працюють із військовими й рятувальниками, мають володіти професійним контекстом: ієрархія, культура, терміни, специфіка стресорів, подвійні ролі. Для таких фахівців розроблено методичні посібники з організації допомоги, консультування й профілактики вигорання [12]. Супервізія й навчання забезпечують безпеку клієнтів і фахівців.

Методики. Перелік симптомів ПТСР за критеріями п’ятої редакції (PCL-5) містить 20 тверджень, які оцінюють від 0 до 4 за вираженістю протягом останнього місяця; діапазон 0–80. Поріг для імовірного діагнозу зазвичай 31-33. Зміна на 10 балів вважається клінічно значущою. Використовують для скринінгу й моніторингу терапії; діагноз встановлює лікар чи клінічний психолог [17; 20].

Міжнародний опитувальник травми (ITQ) складається з 18 пунктів: по шість симптомів ПТСР (інтрузії, уникання, відчуття загрози) і порушень саморегуляції (афективна дисрегуляція, негативне уявлення про себе, труднощі стосунків) та функціональні запитання. Діагностичні правила дають змогу розрізнити ПТСР і комплексний ПТСР. Опитувальник застосовано в дослідженнях в Україні [19; 20].

Тест виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT), складається з десяти запитань (сума 0–40); бал 8 і більше вказує на ризик шкідливого вживання, 16 і більше – на високий ризик, 20 і більше – на ймовірну залежність. Використовують для скринінгу й розмови про зміни; його доповнюють мотиваційним консультуванням.

Скринінг суїцидального ризику охоплює короткі структуровані запитання: чи були бажання не жити, думки про самогубство, план, намір, спроби в минулому. Відповіді визначають рівень ризику й подальші дії: від спостереження й плану безпеки до невідкладної допомоги. План безпеки (Б. Стенлі, Г. Браун) містить шість кроків: попереджувальні ознаки; власні способи подолання; люди й місця для відволікання; люди, до яких можна звернутися; професіонали й телефони допомоги; обмеження доступу до засобів. План пишуть спільно, зберігають у доступному місці й переглядають.

Алгоритм оцінки під час звернення ветерана: безпека (ризик самоушкодження й насильства); основні потреби; скринінг (PCL-5, PHQ-9, GAD-7, AUDIT); оцінка сну й болю; функціонування; ресурси й підтримка; сімейна ситуація; план допомоги й направлення. Повторну оцінку проводять за 2–4 тижні й далі за потребою [3; 12].

Ключові поняття теми: *ветеранська політика; демобілізація та реінтеграція; комплексний ПТСР; моральна травма; невизначена втрата; ускладнене горе; підхід «рівний – рівному»; план безпеки; суїцидальна профілактика; травмофокусована терапія; сімейна травма.*

Питання для самоперевірки

1. Які етапи проходить психологічний супровід ветеранів і військовослужбовців?
2. Які труднощі виникають під час повернення зі служби?

3. Який діагностичний інструментарій застосовують для виявлення ПТСР, депресії, адикцій і суїцидального ризику?

4. Чим комплексний ПТСР відрізняється від ПТСР і як будують допомогу?

5. Як працюють із моральною травмою й адикціями?

6. Як вплив травми виявляється в родині та які підходи до роботи з нею?

7. Як підтримують родини зниклих безвісти й загиблих?

8. У чому суть підходу «рівний – рівному» та які його вимоги?

9. З яких компонентів складається план безпеки?