

Шифр роботи: STRONG

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ
З ПОСТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АРТ-ТЕХНОЛОГІЙ**

2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	2
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.....	6
1.1. Сутність поняття посттравматичний стресовий розлад.....	6
1.2. Фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом.....	8
1.3. Арт-технології в системі фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом.....	11
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	14
2.1. Методи дослідження.....	14
2.2. Організація дослідження.....	16
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	18
3.1. Структура та зміст програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт- технологій.....	18
3.2. Результати дослідження та їх обговорення.....	20
Висновки до розділу 3.....	28
ВИСНОВКИ.....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	31
ДОДАТКИ.....	33

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМН – академія медичних наук

АТО – антитерористична операція

АТ – артеріальний тиск

В. п. – вихідне положення

ЗРВ – загально-розвиваючі вправи

КМУ – Кабінет Міністрів України

ЛФК – лікувальна фізична культура

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ФТ – фізична терапія

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire

ВСТУП

Актуальність теми. Насьогоднішній день досить актуальним і проблемним питанням в нашій країні є – надання реабілітаційної, соціальної, професійної та психологічної допомоги військовослужбовцям, їх сім'ям та вимушеним переселенцям з зони антитерористичної операції (далі АТО). Тому, питання збереження та відновлення фізичного та психічного здоров'я учасників АТО, а також попередження розвитку у них патологій психогенного походження в сучасних умовах набуває все більшої актуальності. Отже, виникає гостра необхідність у пошуку ефективних шляхів щодо застосування фізичної терапії військовослужбовців після їх перебування у зонах військових конфліктів, у тому числі в зоні АТО [1, 12, 16].

Як зазначає А. А. Воронков, значна поширеність посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР) в результаті екстримальних переживань військового часу робить актуальною цю проблему для науковців та практиків різних галузей. На думку Е. М. Коробки, є зрозумілим зацікавленість практичної медицини до науково-підтвердженого застосування у випадках ПТСР різних засобів фізичної терапії, нелікарняної терапії для корекції порушеного фізичного і психічного здоров'я [2, 4, 20].

Варто наголосити на тому, що несприятливі соціально-психологічні чинники призвели до значної поширеності передусім невротичних розладів у учасників АТО. Водночас, питання поведінки у учасників АТО з невротичними розладами є практично не дослідженими [8, 11].

Отже, розповсюдженість постстресового розладу виявляється у 70% учасників бойових дій. Слід підкреслити, що хронічний характер такого розладу спостерігається у 50% військовослужбовців, звільнених у запас. Натомість, окремі прояви спостерігаються у 45%, гострі – у 18% військовослужбовців запасу [1, 4, 5, 9].

Таким чином, підсумовуючи все вище зазначене, можна зазначити, що основними завданнями реабілітації учасників АТО є: відновлення фізичної та розумової працездатності, емоційно-вольової стійкості; повернення до

військово-професійної діяльності, відновлення здоров'я, закріплення позитивної установки на продовження службової діяльності; проведення профілактичних заходів в цілях попередження рецидивів психічних розладів, збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я [16, 18, 19].

Наведені дані свідчать про необхідність розробки, наукового обґрунтування та практичного впровадження комплексної програми фізичної терапії учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням, саме, арт-технологій.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій, експериментально перевірити її ефективність.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати та узагальнити науково-методичну та спеціальну літературу з обраної теми дослідження.
2. Науково обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій.
3. Перевірити ефективність розробленої комплексної програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій.

Об'єкт дослідження: фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом.

Предмет дослідження: фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій.

Методи дослідження:

- вивчення та аналіз науково-методичної літератури;
- вивчення, узагальнення, порівняння та систематизація основних положень щодо фізичної терапії учасників АТО;

- констатувальний та формувальний методи;
- діагностичні методи застосування арт-терапевтичної діяльності з учасниками АТО;
- математична та статистична обробка даних дослідження.

Наукова новизна та теоретична значущість дослідження. Науково обґрунтовано та розроблено комплексну програму фізичної терапії учасників антитерористичної операції з постравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій; уточнено та доповнено особливості щодо застосування музикотерапії, пісочної терапії, терапії образотворчим мистецтвом в реабілітаційній роботі з учасниками антитерористичної операції з постравматичним стресовим розладом; визначено організаційно-методичні умови щодо застосування арт-технологій для лікування посттравматичного стресового розладу у учасників антитерористичної операції з постравматичним стресовим розладом.

Практична значущість роботи полягає у можливості застосування розробленої комплексної програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з постравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій – фізичними терапевтами, ерготерапевтами, інструкторами ЛФК, психологами.

Структура роботи. Наукова робота складається з трьох розділів, 7 таблиць, 4 рисунків, 8 додатків, списку використаних джерел та висновків.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

1.1. Сутність поняття посттравматичний стресовий розлад

Аналіз науково-методичної літератури з обраної проблематики показав, що поняття «стрес» можна трактувати як стан організму, обумовлений неспецифічними діями будь-яких різко виражених або тривалих фізичних або психічних навантажень – стресових факторів. Відтак, стрес передбачає втрату оптимального керування в системах організму та, як правило, проявляється в самих різних вегетативних, рухових і психічних функціональних відхиленнях від норми [5, 17].

Слід зазначити, що статистичні дані, вказують на те, що ПТСР розвивається у 25-80% осіб, що постраждали в результаті тих або інших подій. Є відомості про те, що саме такий розлад виникає протягом життя в 1-3% усього населення земної кулі, а в 15% можуть виникати окремі його симптоми. Якщо говорити про тривалість проявів ПТСР, то його ознаки можуть спостерігатися від кількох тижнів до 30-ти і більше років [2, 16].

Взагалі, стрес-синдроми проходять у своєму розвитку три стадії: тривоги, резистентності та виснаження. У розвитку загального адаптаційного синдрому визначають чотири основні стадії: термінову (аварійну), перехід термінової адаптації в довгострокову, довгострокову адаптацію і виснаження. Емоційна відповідь на стресову ситуацію, містить чотири основні фази: фазу впливу, фазу кризи, фазу аналізу, фазу відродження або реконструкції [10, 19].

Зсилаючись на результати дослідження, що було проведене в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України, можна визначити наступні основні фактори й умови, що впливають на формування ПТСР. Отже, такі фактори утворюють 7 основних груп:

1. особливості пережитої екстремальної ситуації: зміст, раптовість, тривалість, інтенсивність, масовий або індивідуальний характер, інформованість, наявність «вторинних» психотравмуючих факторів;
2. професійні чинники (для професій підвищеного ризику);
3. соціально-демографічні фактори: вік, стать, сімейний стан, професійний статус, належність до професій підвищеного ризику;
4. фактори, пов'язані зі станом здоров'я;
5. соціальні фактори;
6. соціально-психологічні фактори;
7. індивідуально-психологічні фактори.

Відтак, науковці, що займаються даною проблематикою схиляються до думки, що виникнення ПТСР у кожної конкретної людини визначається взаємним впливом перерахованих вищеперахованих факторів. Відповідно, маючи знання щодо ролі і місця факторів у формуванні і хронізації ПТСР, можна зробити лікувально-реабілітаційні програми для осіб, які мають такий синдром більш комплексними та ефективними [2, 3, 4].

Якщо характеризувати симптоми уникання, які є вираженими при даному розладі, то його можна трактувати як прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Натомість, внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що виявляється в прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Також, у багатьох пацієнтів відзначаються симптоми гіпертрофованої неадекватної пильності, які проявляються у постійному очікуванні небезпеки і відповідна готовність до негайних дій з метою її уникнення. У ситуаціях, коли спостерігаються асоціації з травматичними спогадами або ще пов'язаними з ними подіями, то часто можуть проявлятися деякі вегетативні розлади [3, 20].

На думку О.С. Чабана, до чинників, які сприяють профілактиці розвитку ПТСР, належать: ранній початок реабілітації; своєчасне і довгострокова соціальна підтримка; відновлення відчуття безпеки у суспільстві; участь у реабілітаційній роботі з особами, які мають подібні травми; відсутність

повторної травматизації; уникнення діяльності, яка перериває або порушує хід реабілітації [6, 8, 17].

1.2. Фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом

Медико-психологічна допомога передбачає мобілізацію психологічних можливостей учасників АТО у подоланні наслідків поранень, травм, інвалідизації та купірування больових відчуттів [11, 19].

Професійно-психологічна терапія спрямовується на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та осіб з інвалідністю військових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності [9, 10].

Отже, успішне функціонування системи психосоціальної допомоги передбачає створення не тільки науково обґрунтованої концепції розвитку соціальних послуг і взаємодії з учасниками АТО, а й здійснення громадського контролю за її реалізацією на основі вимог чинного законодавства [1, 12].

До фундаментальних принципів терапії ПТСР учасників бойових дій відносять: принцип нормалізації; принцип партнерства і підвищення гідності особистості; індивідуальний підхід.

Як зазначає М. М. Матяш, у сучасній реабілітаційній практиці особливу увагу звертають на те, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком. Цей підхід суперечить переконання про те, що ПТСР є продуктом особової неспроможності та патологічних, невротичних механізмів [16, 17].

Крім цього, важливим залишається міждисциплінарний підхід у лікуванні ПТСР. На думку І. Г. Малкін-Пих, усі методи, що використовуються для корекції ПТСР, умовно поділяють на чотири категорії: освіта (освітній процес дозволяє встановити двосторонній обмін. Хворі можуть шукати власні ресурси для відновлення); друга група методів лежить в області холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я; третя категорія включає методи, які

збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію; остання, четверта, категорія включає власне корекцію психічного стану. Це робота з реакцією втрати, фобічними реакціями, що передбачає робота з супутніми травмуючими образами, бесіди про травматичне переживання, рольові ігри та багато інших показаних видів психотерапії [15].

Діяльність учасників АТО за бойових обставин характеризується впливом на психіку різних стрес-факторів, наслідком яких є отримання психологічних травм, психічних розладів і патологій, зривів у поведінці та діяльності [9, 19].

Звідси виникає гостра необхідність у пошуку ефективних шляхів фізичної терапії та психологічної допомоги військовослужбовців після перебування у зонах військових конфліктів, у тому числі в зоні АТО [5, 12].

Психологічна терапія, на думку психологів А.Н. Глушко, Б.В. Овчіннікова, Л. А. Янишева, повинна включати чотири ключові етапи:

1. Діагностичний етап – вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність.

2. Психологічний етап – передбачає цілеспрямоване використання конкретних методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців.

3. Реадаптаційний етап – здійснюється, переважно, при проведенні специфічної реабілітації.

4. Етап супроводу – включає спостереження за учасниками АТО, їх консультування та, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги після етапу психологічної реабілітації [11, 17].

О. І. Малашенко, П. К. Розумний, Г. М. Румянцева наполягають, що відновлення психічного здоров'я військовослужбовців після повернення з АТО, потрібно здійснювати комплексними методами, які включають медикаментозне лікування, засоби фізичної терапії, психологічну допомогу [12, 16, 18].

Засоби фізичної терапії для лікування посттравматичного стресового розладу в реабілітаційних закладах та лікувальних установах включають: лікувальний масаж, лікувальну фізичну культуру тощо. Заспокійливий масаж –

це метод профілактики та лікування, що представляє собою сукупність прийомів механічного дозованого впливу на будь-які зони поверхні тіла людини, що виконується руками масажиста. Стан збудження нервової системи залежно від вихідного функціонального стану, методик масажу, може підвищуватись або знижуватися. Завданням масажу є розвантаження нервової системи, покращання настрою і самопочуття хворого, підвищення або зменшення процесів збудження і гальмування в ЦНС.

Ароматерапія характеризується високим коефіцієнтом безпеки. Ефірні масла – запашні летючі речовини, що містяться в рослинах (квітах, листі, плодах). Пацієнтам для ліквідації стресових станів рекомендується застосовувати ефірні олії м'яти, лаванди, троянди, мигдалю, меліси, чайного дерева тощо [4].

Лікувальна фізична культура (далі ЛФК), використовуючи процес виконання вправ і тренування, сприяє посиленню захисту організму, підвищуючи його опір до несприятливих факторів зовнішнього середовища. Фізичні вправи, які використовуються, мають широкий спектр дії, оскільки вони впливають на всі ланки нервової системи, починаючи від клітин кори головного мозку і закінчуючи периферичним рецептором, а також ендокринними і гуморальними механізмами. Завданням ЛФК є: нормалізація процесів збудження і гальмування в ЦНС та їх динаміки; формування і закріплення психоемоційних реакцій.

Заняття з ЛФК починають із загально розвиваючих (ЗРВ) і дихальних простих вправ, які виконують в повільному темпі, без напруження, з паузами для відпочинку. Тривалість заняття – 10-15 хв. Вона поступово збільшується до 25-30 хв. У подальшому з метою адаптації хворого до фізичного навантаження вводять вправи з дозованим напруженням, невеликими обтяженнями, більш складною координацією [2, 4, 7, 8].

1.3. Арт-технології в системі фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом

Для учасників АТО з ПТСР є актуальним, саме, комплексне поєднання фізичної терапії та арт-технологій, адже, технології – сукупність методів та інструментів для досягнення бажаного результату; в широкому сенсі застосування наукового знання для вирішення практичних завдань [1, 21].

Арт-технології – способи вирішення завдань або проблем за допомогою мистецтва у фізичній терапії учасників АТО з ПТСР. Через пластичні (малюнок, ліплення, різьблення), динамічні (музика, література) і видовищні (театр, хореографія) види мистецтва, фахівці усувають проблеми і вирішують складні завдання. В основі арт-технологій лежить процес творчості [6, 10, 17].

Серед арт-технологій можна виділити арт-педагогіку (синтез мистецтва та педагогіки: виховання, навчання, розвиток та корекція) та арт-терапію (синтез мистецтва, медицини та психології) [13].

Арт-терапія – це сукупність методів, в яких використовуються прийоми художньої діяльності – малюнок, танець, музика, поезія, театральна гра, читання, риторика – спрямовані на подолання або компенсацію дефекту. Тобто арт-терапія – це спеціалізована форма психотерапії, яка заснована на мистецтві, в першу чергу, зображувальній і творчій діяльності.

У процесі розвитку арт-терапії, як психотерапевтичної практики, увага арт-терапевтів була спрямована на символізм продуктів зображувальної творчості, прояву перенесення і контрперенесення, комунікації з пацієнтом обмежувалися психодинамічним підходом [14].

Відтак, конкретні прийоми терапії захопленістю чи творчістю (арт-технології) виникли з клініко-терапевтичного, лікувально-педагогічного, психоаналітичного вивчення дії творчості та культури на людину і поступово можуть інтегруватися в систему комплексної допомоги учасникам антитерористичної операції з ПТСР [17].

Слід зазначити, що пісочна терапія є одним з підвидів терапії образотворчим мистецтвом, що здійснює лікувальний вплив на психічний стан людини за допомогою піску, води, дрібних предметів (іграшок) [14].

Застосування пісочної терапії у реабілітаційній роботі з учасниками АТО розглядається як невербальний вид терапії, оскільки багаторазове руйнування і відтворення світу пісочної композиції, що лежить в її основі позитивно впливає на створення відчуття безпеки та довіри, сприяє зниженню рівня тривожності тощо. В більшості випадків пісочна терапія викликає в учасників АТО позитивні емоції, допомагає перебороти депресивні стани, апатію і безініціативність, сформувати більш активну життєву позицію.

Як уже частково зазначалося, музикотерапія як різновид арт-технологій є психологічним методом впливу на почуття, настрої, «провокація» певних емоцій, навіювання певного настрою абстрагує особистість від її переживань, допомагає усунути розлади психіки через лікувальний вплив музики. Звук має величезний вплив на емоційний фон людини [11, 12].

Музика може стати причиною глибоких зрушень в настрої людини, поглядів на світ, відносини, визивати радість та духовний підйом, активізує функції нервової системи, регулює виділення гормонів, що знижує стрес, впливає на серцевий ритм, знижує м'язову напругу.

Для того, щоб музикотерапія була ефективною, її необхідно застосовувати, керуючись певними правилами, що базуються як на психофізіологічних, так і на естетичних та художніх принципах [10, 14].

Терапія образотворчим мистецтвом (заснована, в першу чергу, на застосуванні малювання) – один з найбільш поширений видів арт-технологій, що застосовується при наявності психосоматичних розладів і особистісних порушень: переживання, почуття самотності, підвищеної тривожності, страхів, низької дисгармонічної самооцінки, наявності конфліктних міжособистісних стосунків. Образотворче мистецтво сприяє: а) залучення до зразків високої духовної культури минулого та сучасності; б) моральному розвитку; в) стимулюванню та розвитку творчих здібностей та можливостей пацієнтів.

Терапія образотворчим мистецтвом розглядається як проекція особистості людини, як символічне вираження його відношення до світу. Зображувальний простір, матеріал, образ на малюнку є для учасників АТО своєрідним засобом психологічного захисту, який допомагає при складних психотравмуючих ситуаціях.

Застосування терапії образотворчим мистецтвом з учасниками АТО в багатьох випадках виконує психотерапевтичну функцію, допомагає їм впоратися зі своїми психологічними проблемами, відновити емоційну рівновагу або подолати порушення поведінки, які вони можуть мати.

Найважливіший принцип терапії образотворчим мистецтвом – схвалення і прийняття всіх продуктів образотворчої діяльності пацієнта, незалежно від їх змісту, форми і якості [1, 6, 14].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Нами було застосовано наступні методи дослідження:

- аналіз та узагальнення науково-методичної та спеціальної літератури з проблеми відновлення посттравматичного стресу у учасників АТО;
- соціологічні методи;
- психологічні методи;
- медико-біологічні методи: вимірювання артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС);
 - математична та статистична обробка даних.

Соціологічні методи включали традиційний збір анамнезу хвороби і життя, об'єктивну оцінку загального стану, допоміжні і спеціальні прийоми обстеження досліджуваних. Експеримент був направлений на визначення ефективності комплексної програми, яка включала фізичну терапію та арт-технології, що сприяє відновленню психо-фізичного стану бійців АТО з ПТСР.

Перед проведенням фізичної терапії з кожним учасником АТО в обох групах було проведено бесіду, що дозволило виявити необхідність комплексного поєднання фізичної терапії та окремих арт-технологій, з'ясувати орієнтовний ступінь наміру пацієнта позбутися даного захворювання. Тестування та анкетування передбачало, що усім пацієнтам основної та групи порівняння було запропоновано заповнити анкети (опитувальник) про стан здоров'я, а також пройти психологічні тести, які проводилися на початку та в кінці експерименту.

Для визначення наявності ПТСР ми керувалися опитувальником для виявлення посттравматичного стресового розладу (див. додаток В) та Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (див. додаток З).

Також учасники АТО проходили анкетування про стан здоров'я PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) – додаток Г; тестування по госпітальній шкалі тривоги і депресії (HADS) (див. додаток Д).

Також проаналізували самопочуття чоловіків, їх настрій та активність за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану (див. додаток Є). Опитувальник «самопочуття, активність, настрій» (САН) дозволяє швидко діагностувати загальний функціональний стан, прогнозувати його вплив на який-небудь вид діяльності пацієнта, наприклад, проходження комплексного тестування.

Медико-біологічні методи дослідження передбачали, що для оцінки функціонального стану серцево-судинної системи перед кожним заняттям та по закінченню всім пацієнтам проводилось вимірювання артеріального тиску, ЧСС, загальний огляд та опитування для виявлення клінічних симптомів. Всі дані заносилися в індивідуальний щоденник спостереження, потім оброблялися та систематизувалися.

Артеріальний тиск (далі АТ), є важливим об'єктивним показником функції серцево-судинної системи. Вимірювання артеріального тиску служить незамінним діагностичним методом під час обстеження пацієнтів, дозволяє виявити зрушення, які добре відображають адаптованість організму до фізичних навантажень. При оцінці зрушень АТ враховують зміни максимального (ступінь збільшення), мінімального (спрямованість) і пульсового тиску. По змінах максимального АТ судять про величину навантаження і реакції на неї серцево-судинної системи. Ці дані особливо важливі в динамічних спостереженнях.

Обробка всіх одержаних даних проводилась за допомогою математичної та статистичної обробки даних дослідження. При обробці отриманих даних, було використано пакети прикладних програм «Microsoft Excel».

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі служби охорони здоров'я (медичного пункту невідкладної, амбулаторної, реабілітаційної та психологічної допомоги) Державної прикордонної служби України м. Краматорськ та навчально-наукової лабораторії інноваційних корекційно-розвивальних, арт-технологій та ерготерапії (ІКРАТЕ) кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії ННІФК СумДПУ імені А.С. Макаренка.

На першому етапі (вересень-жовтень 2019 рр.) було проведено аналіз літературних джерел за напрямом досліджень з достатнім рівнем доказовості, що дозволило визначити актуальність теми, завдання та загальну мету дослідження.

На другому етапі (жовтень-листопад 2019 рр.) було розроблено та обгрунтовано комплексну програму фізичної терапії із застосуванням арт-технологій для учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом; проведено основні дослідження та отримано результати. Серед засобів фізичної терапії ми застосовували наступні: лікувальний масаж, лікувальну фізичну культуру (ЛФК); арт-технології (пісочна терапію, музикотерапію, терапію образотворчим мистецтвом).

Третій етап (грудень 2019 рр.) передбачав визначення ефективності комплексної програми фізичної терапії учасників АТО з ПТСР із застосуванням арт-технологій, аналіз та узагальнення отриманих результатів, оформлення роботи відповідно до встановлених вимог. Було обрано дві однорідні за клінічними ознаками групи: основна (12 чоловік) та група порівняння (12 чоловік). З ними було проведено бесіду та зібрано анамнез захворювання для з'ясування стадії перебігу та ступеня важкості хвороби.

Експеримент тривав майже 2 місяці (6 тижнів). У дослідженні брали участь 24 чоловіки, які мали ознаки захворювання посттравматичного стресового розладу. Досліджувані групи порівняння на базі служби охорони здоров'я (медичного пункту невідкладної, амбулаторної, реабілітаційної та

психологічної допомоги) Державної прикордонної служби України м. Краматорськ проходили медикаментозне лікування та психотерапію.

Чоловіки основної групи на базі навчально-наукової лабораторії інноваційних корекційно-розвивальних, арт-технологій та ерготерапії (ІКРАТЕ) кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії займалися за розробленою комплексною програмою, що включала фізичну терапію (лікувальний масаж, лікувальну фізичну культуру) та арт-технології (пісочну терапію, терапію образотворчим мистецтвом, музикотерапію). Слід зазначити, що деякі арт-технології ми поєднували із ароматерапією.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Структура та зміст програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій

З метою забезпечення ефективності реабілітаційного процесу з учасниками АТО необхідно використовувати ті засоби, які характеризувалися б одночасним впливом на фізичний та психічний стан організму, сприяли б підвищенню тону і тренуваності всього організму. Застосування засобів фізичної терапії ґрунтується на урахуванні особливостей перебігу захворювання, протипоказань, рівня фізичного розвитку та наявності супутніх захворювань.

Структура програми фізичної терапії учасників АТО з ПТСР з застосуванням арт-технологій представлена на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Комплексна програма фізичної терапії учасників АТО з ПТСР

Спеціально розроблений комплекс лікувальної фізичної культури сприяє полегшенню стану при ПТСР, що сприяє подоланню даної хвороби в цілому. Вправи дозволяють усунути спазм і нормалізувати кровопостачання всіх тканин, по-друге, відволікають від переживань і допомагають розслабитися.

Адже, при фізичних навантаженнях в організм надходить значно більше кисню, що є прекрасним заспокійливим для організму пацієнта. Крім того, деякі прийоми ЛФК спрямовані на зміни у роботі мозку, тобто, можуть призводити до появи лише позитивних емоцій.

Заняття з ЛФК у щадному режимі проводилося індивідуальним та малогруповим методом. Тривалість заняття складало 20-30 хв. Ми використовували вправи переважно помірної інтенсивності, з неповною амплітудою рухів. При достатньому покращенні фізичного стану пацієнтів, що займалися на щадному режимі, ми їх переводили на щадно-тренуючий.

Щадно-тренуючий режим передбачав використання вправ помірної та великої інтенсивності. Тривалість занять з ЛФК становила 30-45 хв, щільність заняття 70–75%. При достатній адаптації організму до фізичних навантажень на цьому режимі, через 5-7 днів пацієнтів переводили на тренуючий режим.

У тренуючому режимі ми збільшували тривалість занять з ЛФК у всіх її формах до 50 хв.; підвищували інтенсивність вправ. Комплекс вправ ЛФК в тренуючому режимі при ПТСР (див. дод. Б).

Тривалість загального масажу складала 15-25 хвилин. Зокрема на масаж окремих частин тіла відводилося: шия, спина – 5-8 хв, нижні кінцівки – 4-7 хв, грудна клітка – 3-4 хв, верхні кінцівки – 2-4 хв. Погладжування займало 52% загального часу, поверхнєве розтирання – 20%, поверхнєве розминання – 25%, вібрація – 3%. Ударні прийоми нами не використовувалися. Погладжуванням починалося і закінчувалося масажування кожної ділянки. Загальний масаж виконували щотижня. Один курс становив 10 сеансів. Завданнями масажу було: посилення крово- і лімфообігу, нормалізація психоемоційного стану, підготовка організму до виконання майбутньої діяльності. При проведенні перших сеансів, прийоми масажу виконувалися менш інтенсивно.

Ароматерапію ми використовували в комплексі з арт-технологіями. Для досягнення седативного ефекту, ми застосовували ефірні олії лимону, троянди, лаванди; проводили пробу на алергічну реакцію.

Музикотерапію ми проводили за методикою, сеанси якої склалися із трьох різних музичних творів. Перший твір співзвучний сумному настрою, інший – навпаки, протилежний за настроєм і ніби нейтралізував його, і нарешті третій, останній твір мав найбільшу силу емоційного впливу та дозволяв створювати необхідний настрій. Музична програма для лікування ПТСР: фрагмент концерту №2 С. Рахманінова (1 частина) – 10 хв.; арія із сюїти №3 Й. Баха – 10 хв.; фрагмент першої частини концерту №1 П. Чайковського – 10 хв.

Також ми використовували різні музичні форми; пацієнти прослуховували музику, різноманітну за стилями, жанрами, динамічними характеристиками і емоційною насиченістю.

Серед форм проведення терапії образотворчим мистецтвом ми проводили з учасниками АТО нетрадиційні методики малювання, аплікації (оригамі, робота з природнім матеріалом), ліплення, різні види дизайну: аплікаційно-графічний, предметно-декоративний, декоративно-просторовий (див. дод. А).

Терапію образотворчим мистецтвом ми поєднували з пісочною терапією або з музикотерапією та найчастіше проводили індивідуальним або малогруповим методом. Тривалість становила 30 хвилин (див. дод. Ж).

3.2. Результати дослідження та їх обговорення

Перед початком експерименту було проведено анкетування та психологічне тестування учасників антитерористичної операції, зібраний анамнез життя та захворювання, пройдено тест для визначення самопочуття, активності та настрою, оцінено функціональний стан серцево-судинної системи. Результати дослідження вказували на те, що чоловіки основної та груп порівняння, знаходились на момент початку експерименту приблизно в однаковій стадії важкості захворювання.

Під час збору анамнезу з'ясовано, що пацієнти з ПТСР мають нав'язливе відтворення психотравмуючої події в образах та уяві, що повторюється, ефекти раптового пожвавлення психотравми у просонному стані, труднощі з засинанням, поганий сон чи раннє пробудження, уникнення розмов та дій, що

визивають стимуляцію психотравми, зловживання алкоголем, уникнення соціальних контактів, підвищена дратівливість та агресія, немотивовані спалахи гніву. Соматичні скарги: головний біль, м'язове напруження, стомлюваність, розлади шлунково-кишкового тракту, запаморочення, біль у серці, підвищення артеріального тиску.

Діяльність серцево-судинної системи оцінювали за вимірами ЧСС та артеріального тиску. Показники ЧСС реєстрували у положенні сидючи безпосередньо перед заняттям у залі ЛФК. З таблиці 3.1. бачимо як поступово зменшується ЧСС у спокої основної групи, а у групі порівняння ефект видно лише з 6 тижня заняття. Можна зробити висновок, що пацієнти, які отримували фізичне навантаження, зміцнюють діяльність серцево-судинної системи. Її функціонування можна привести до стану здорової людини. Так, у пацієнтів основної групи протягом реабілітаційного процесу спостерігалось плавне зниження ЧСС від 98 уд./хв. до 74,3 уд./хв., що вказує на ефективний вплив запропонованих комплексів ЛФК. Тоді, як у пацієнтів групи порівняння тривалий час спостерігалась тахікардія, і не вдалося досягнути суттєвої нормалізації ЧСС.

Таблиця 3.1.

Показники ЧСС на різних етапах дослідження

Етап експерименту	Основна група	Порівняльна група	Різниця, %
Вихідний рівень, уд/хв	98±6,0	94,3±5,7	0,14
2 тиждень, уд/хв	94,7±4,8	93±5,5	0,36
4 тиждень, уд/хв	84,4±3,4	90,3±4,6	0,57
6 тиждень, уд/хв	74,3±3,6	89,4±5,2	0,76

На діаграмі (рис. 3.2.) бачимо, що у пацієнтів основної групи ЧСС помітно знижується, тоді як у пацієнтів групи порівняння крива залишається майже не змінною. ЧСС у основній групі зменшилось на 23,7 уд. /хв., а у групи порівняння – лише на 4,9 уд./хв.

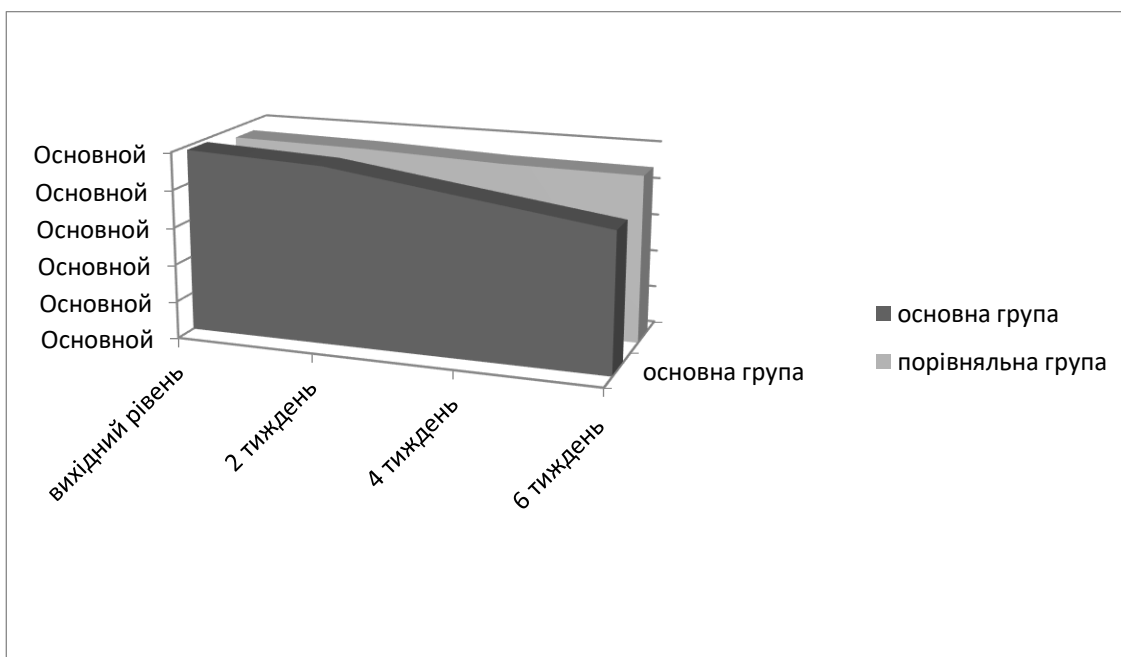


Рис. 3.2. Порівняння результатів ЧСС

Динаміка зміни параметрів артеріального тиску показала, що статистично достовірне розходження між обстежуваними хворими основної та групи порівняння встановлено тільки на 2 та 6 тижні впровадженної комплексної програми фізичної терапії. Відзначено, що після м'язової роботи систолічний тиск підвищується, а діастолічний зменшується або також підвищується.

У пацієнтів, які займалися ЛФК спостерігалось підвищення систолічного тиску після виконання роботи різної потужності, причому, чим більша потужність навантаження, тим вище рівень систолічного тиску. Однак, у стані спокою АТ у пацієнтів основної групи був нижчий ніж у групі порівняння.

Таблиця 3.2.

Показники АТ у стані спокою у пацієнтів з ПТСР

Етап реабілітації	АТ	Групи		Різниця, %
		Основна	Порівняльна	
Вихідний рівень, мм.рт.ст.	max	145,42±7,22	144,58±6,31	0,45
	min	95±10,83	94,17±8,33	1,25
2 тиждень, мм.рт.ст.	max	138,75±7,5	142,5±6,25	0,625
	min	85±7,5	92,08±6,94	0,28

4 тиждень, мм.рт.ст.	max	127,9±7,43	140±4,16	1,63
	min	72,08±8,26	87,92±4,79	1,74
6 тиждень, мм.рт.ст.	max	120,8±3,75	137,08±5,07	0,66
	min	66,25±4,37	82,08±5,42	0,52

З таблиці видно, що в основній групі показники артеріального тиску поступово починають нормалізуватися від самого початку впровадження комплексної програми фізичної терапії, і по закінченню експерименту становили 120/66 мм.рт.ст., що є нормою для пацієнтів. У групі порівняння систолічний артеріальний тиск на кінець експерименту знизився лише на 7 мм.рт.ст., а діастолічний – на 12 мм.рт.ст., і на 6 тижні становив 137/82 мм.рт.ст., що є нормою, але наблизений до гіпертонії.

На діаграмі (рис. 3.3.) спостерігаємо порівняння зниження систолічного та діастолічного артеріального тиску в обох групах. В основній групі яскраво виражено зниження АТ, а у групі порівняння є практично не змінним. Нормалізація або наближення до величини показників норми свідчать про ефективність запропонованої нами комплексної програми.

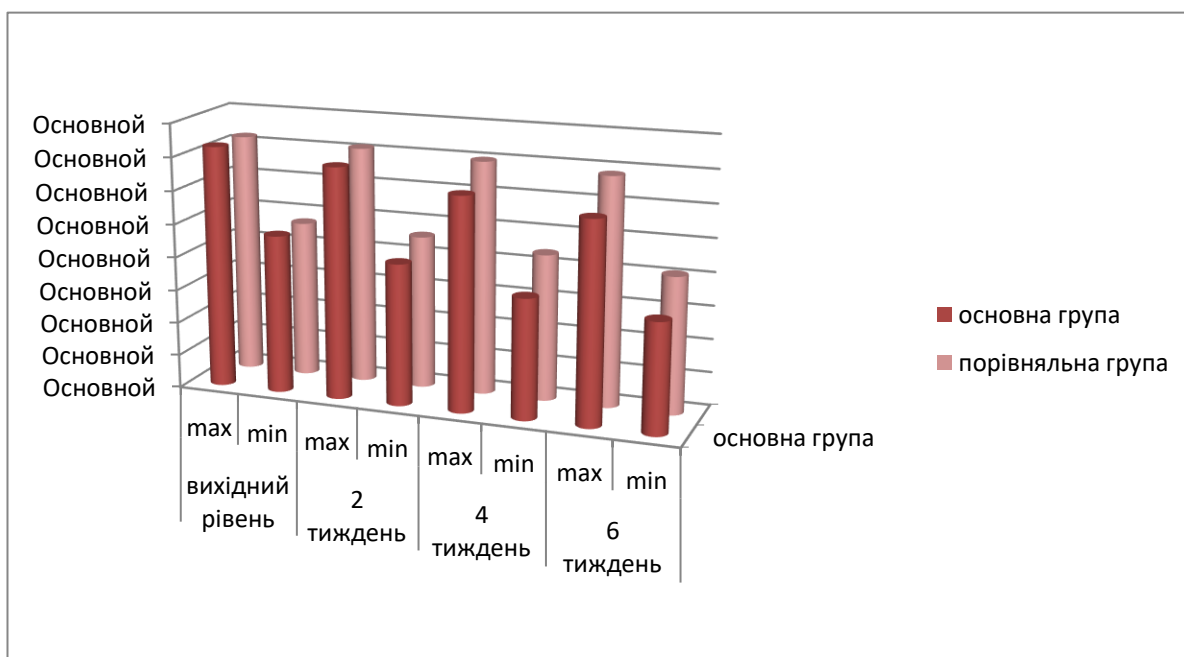


Рис. 3.3. Показники АТ на різних етапах експерименту

При проведенні тесту диференціальної самооцінки функціонального стану у пацієнтів обох груп було відмічено низький рівень показника настрою, у основній групі він становив – 18,48 балів, у групі порівняння – 19,92 бали. Показники самопочуття та активності були дещо вищі, так у групі порівняння показник самопочуття складав 20,52 балів, у основній – 20,16 балів, а показник активності у групі порівняння становив 20,88 бали, в основній групі відповідав 20,64 балам. Відстеження динаміки показників представленого опитувальника дозволив з'ясувати, яким чином стресовий розлад впливає на психічний, фізичний та соціальний статус обстежених, і з урахуванням цих індивідуальних особливостей, ми визначилися з кількістю творчих занять з учасниками АТО. Показники психоемоційного стану військових за опитувальником САН, представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

**Показники психоемоційного стану учасників АТО за
опитувальником САН**

	На початку експерименту			По закінченню експерименту		
	Основна група	Порівняльна група	Різниця, %	Основна група	Порівняльна група	Різниця, %
Самопочуття	20,16	20,52	0,015	74,64	58,32	0,68
Активність	20,64	20,88	0,01	81,72	59,64	0,92
Настрій	18,48	19,92	0,06	83,76	60,12	0,98

У процесі експерименту відмічали поліпшення настрою, активності та самопочуття до високих показників, що бачимо на діаграмі (рис. 3.4.), це свідчить про ефективність підбраного комплексу засобів фізичної терапії та арт-технологій. У пацієнтів групи порівняння, також спостерігається поліпшення самопочуття, активності та настрою, проте ці показники є не надто високими.

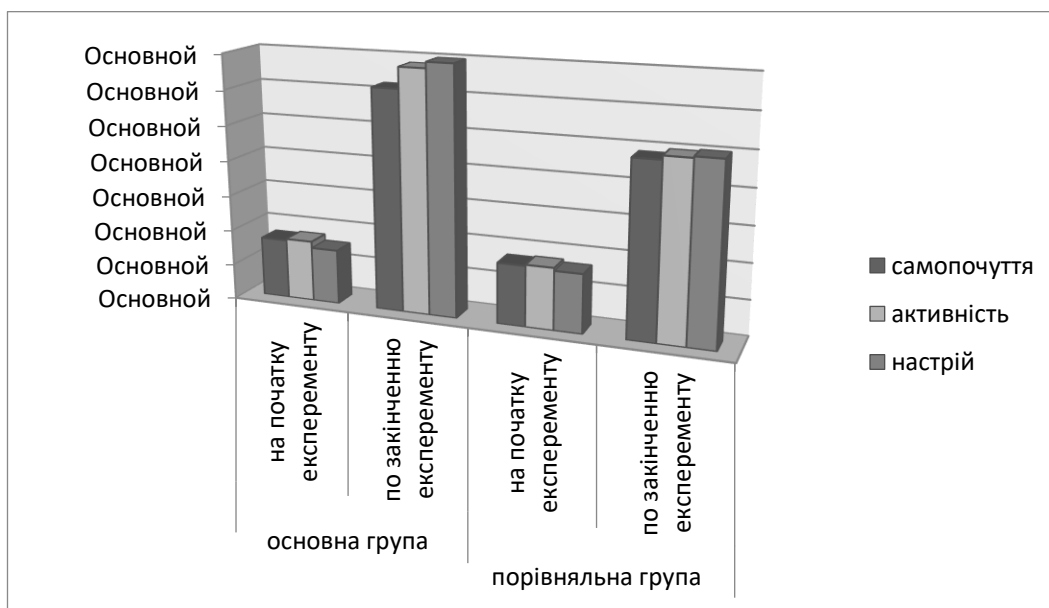


Рис. 3.4. Результати тесту САН

Перед початком експерименту пацієнти обох груп проходили тест-опитувальник для визначення ПТСР, кожен з них мав позитивний результат. Після проходження комплексної програми фізичної терапії у пацієнтів основної групи наявні залишки ПТСР спостерігалися лише в одного пацієнта, а у групи порівняння наявність ПТСР була у 5 пацієнтів (див. табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Результати опитувальника для визначення ПТСР

Наявність ПТСР	Основна група		Порівняльна група	
	На початку експерименту	По закінченню експерименту	На початку експерименту	По закінченню експерименту
Наявний	12	1	12	7
Відсутній	–	11	–	5

На початку експерименту з метою визначення ступеня депресії було застосовано опитувальник пацієнта про стан здоров'я PHQ-9. До початку експерименту під час проходження тесту PHQ-9, у пацієнта основної групи спостерігались прояви тяжкої депресії, у 9 пацієнтів, середньої та помірної тяжкості у 3 пацієнтів (див. табл. 3.5.)

По закінченню експерименту 11 пацієнтів позбулися проявів депресії, а у 1 пацієнта тяжка депресія перейшла в легку.

У групі порівняння прояви тяжкої депресії були у 8 пацієнтів, середньої та помірної тяжкості у 4 пацієнтів. Після проходження комплексної програми фізичної терапії із застосуванням арт-технологій відсутність депресії спостерігалася лише у 3 пацієнтів, що вказує на необхідність подовження курсу лікування посттравматичного стресового розладу у таких пацієнтів.

Таблиця 3.5.

**Результати опитувальника пацієнта про стан здоров'я
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)**

Групи	Основна		Порівняльна	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Тяжкість депресії				
Депресія відсутня	–	11	–	3
Легка (субклінічна) депресія	–	1	–	4
Помірної тяжкості депресія	1	–	2	4
Середньої тяжкості депресія	2	–	2	1
Тяжка депресія	9	–	8	–

Для оцінки ступеня тривоги та депресії в учасників АТО використовували госпітальну шкалу HADS. До початку експерименту в обох групах спостерігалися в більшості клінічно виражена депресія та тривога, в декількох чоловіків – субклінічно виражена депресія та тривога.

Проведення повторних тестувань по госпітальній шкалі HADS показало, що в основній групі, пацієнти якої займалися за комплексною програмою фізичної терапії із застосуванням арт-технологій, вдалося досягти позитивного результату, порівняно з іншою групою, які проходили медикаментозне

лікування та психотерапію. У пацієнтів основної групи нормальний стан спостерігався у 10 пацієнтів, субклінічно вираженої тривоги та відсутня депресія в 1 пацієнта, та навпаки субклінічно виражена депресія та відсутня тривога також в 1 пацієнта.

У пацієнтів групи порівняння відсутність депресії та тривоги бачимо лише в 5 пацієнтів. Субклінічно виражена тривога та депресія в 5 пацієнтів, в 1 пацієнта відсутність тривоги, але субклінічно виражена депресія, клінічно виражені тривога та депресія – 1 пацієнт. Результати тестування наведені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

Результати тестування по госпітальній шкалі тривоги і депресії (HADS)

Групи	Основна		Порівняння	
	До	Після	До	Після
Показники	До	Після	До	Після
Норма	–	10	–	5
Субклінічно виражена тривога	3	1	2	5
Субклінічно виражена депресія	5	1	6	6
Клінічно виражена тривога	9	–	10	2
Клінічно виражена депресія	7	–	6	1

Для виявлення та діагностики наявності посттравматичного стресового розладу учасникам обох груп було запропоновано пройти психологічний тест за Міссісіпською шкалою (військовий варіант). У таб. 3.7. наведені результати тестування.

Таблиця 3.7.

Результати оцінювання за Міссісіпською шкалою

Групи	Наявність ПТСР		Різниця, %
	До експерименту	Після експерименту	
Основна	119,6±15,1	65,4±9,6	27,1
Порівняльна	109±15,2	78,7±8,91	15,1

Спостерігаємо, що до початку експерименту ПТСР наявний в обох групах. По закінченню експерименту в основній групі ПТСР відсутній (65,4 бали), а у групі порівняння – спостерігаються залишкові явища ПТСР (78,7 балів). Можна зробити висновок, що впровадження комплексної програми, яка включає фізичну терапію та арт-технології сприяє швидкому відновленню психічної діяльності пацієнтів після перенесеного стресового розладу.

Висновки до розділу 3

Розроблена комплексна програма, яка включає фізичну терапію та арт-технології позитивно вплинула на ефективність відновлення психічного та фізичного здоров'я учасників АТО з ПТСР, про що свідчать отримані результати щодо застосованих методів. Результати вимірюваних показників у основній групі переважають над результатами, отриманими в групі порівняння.

Таким чином, комплексна програма фізичної терапії учасників АТО із застосуванням арт-технології сприяла покращенню стану хворих з ПТСР, а також зменшенню ризику ускладнень психічних захворювань. У військовослужбовців основної групи покращився сон, апетит, зникла агресія, спалахи гніву, вони стали стриманими; відновилися діяльність серцево-судинної системи, нормалізувалися показники пульсу та артеріального тиску.

Отже, комплексна програма, що включає фізичну терапію та арт-технології сприяє зменшенню терміну лікування посттравматичного стресового розладу; є достатньо ефективною щодо покращення їх психоемоційного стану.

ВИСНОВКИ

1. У сучасній медицині проблемі психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється достатня увага, що пов'язано на сам перед із подіями в нашій країні. При розвитку ПТСР мають місце чисельні фізіологічні та психологічні реакції. Знання стадійності та фазності допомагає у проведенні діагностичних заходів та визначенні тактики допомоги особам, що пережили стресовий вплив.

2. Розроблена комплексна програма фізичної терапії учасників АТО, яка включала лікувальний масаж, ЛФК та арт-технології в поєднанні з ароматерапією сприяла відновленню їх психічного та фізичного здоров'я.

3. Результати нашого дослідження дозволяють вважати виділені симптоми найбільш суттєвими у психологічній діагностиці посттравматичних стресових розладів для даного контингенту обстежених, що вказує на ефективність комплексної програми фізичної терапії учасників АТО з ПТСР із застосуванням арт-технологій. Так, в основній групі показники проходження психологічних тестів вказують на те, що симптоми наявні для посттравматичного стресового розладу відсутні, на відміну від групи порівняння, у яких спостерігалися дані симптоми ПТСР.

4. Розроблена комплексна програма фізичної терапії учасників АТО із застосуванням арт-технологій позитивно вплинула на процес подолання посттравматичного стресового розладу, про що свідчать отримані результати експерименту. Результати вимірюваних показників у основній групі переважають над результатами отриманими в групі порівняння.

Бали за опитувальником САН бали були достовірно вищі, ніж в групі порівняння. Так, різниця між показниками двох груп склала: «самопочуття» – 0,68%, «активність» – 0,92%, «настрій» – 0,98%.

Виявлено суттєву різницю за показниками проходження тесту РНҚ–9. В основній групі після впровадження комплексної програми фізичної терапії із застосуванням арт-технологій 9 чоловіків позбулися депресії, а у 1 чоловіка тяжка депресія перейшла в легку. У групі порівняння відсутність депресії

спостерігалася лише у 3 чоловіків, що вказує на тривалість подовження курсу лікування для таких хворих на ПТСР.

Така ж позитивна динаміка спостерігається за психологічною Міссісіпською шкалою (військовий варіант). В основній групі ПТСР відсутній (65,4 бали), а у групі порівняння – спостерігаються залишкові явища ПТСР (78,7). Комплексна програма фізичної терапії із застосуванням арт-технологій сприяла покращенню стану пацієнтів з ПТСР, а також зменшенню ризику ускладнень психічних захворювань.

Таким чином, результати дослідження підтвердили ефективність розробленої комплексної програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт-технологій та доцільність щодо її подальшого застосування в системі комплексної реабілітації таких пацієнтів.

Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в пошуку та розробці нових арт-терапевтичних підходів щодо комплексної реабілітації учасників антитерористичної операції з ПТСР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Буряк О.О. Соціальна адаптація військовослужбовців. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. Харків : ХУПС ім. Івана Кожедуба, 2014. 168 с.
2. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади: проблеми лікування і профілактика // Міжнародний медичний журнал. 2004. № 1 (10). С. 33–37.
3. Волошин В. М. Типология хронического ПТСР // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. № 1 (104). С. 17–25.
4. Воронков А. А. Нелекарственная реабилитация посттравматических стрессовых расстройств // Вестник новых медицинских технологий. 2007. № 2 (14). С. 177–179.
5. Гичун В. С. Аутоагресивна поведінка у військовослужбовців строкової служби з невротичними розладами // Український вісник психоневрології. 2002. № 1 (30). С. 240–241.
6. Глинкин А. А. Психоделическая терапия в системе реабилитации больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении. 2002. № 6. С. 24–27.
7. Гринвальд И. М. Реабилитация больных и инвалидов на промышленных предприятиях. М.: Медицина, 1996. 144 с.
8. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. – Режим доступу : http://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf.
9. Іванов О.Л. Психологічний супровід медико-соціальної реабілітації інвалідів, які отримали важкі поранення і каліцтва: Матеріали V Всеукраїнській науково-практичній конференції з психотерапії та клінічної психології «Душевне здоров'я людини – духовне здоров'я нації» 24–30 червня 2002. М.: Інст. Психотерапії, 2002. 318 с.
10. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Науч.-исслед. психоневрол., 1998. 255 с.

11. Кириєнко Л. А. Психологічне забезпечення працівників ОВС та військовослужбовців Національної гвардії – учасників антитерористичної операції. К.: ДНДІ МВС України, 2015. 123 с.

12. Костенко М. А. Психосоціальна робота з учасниками локальних бойових дій: метод. посібн. Харків: Либідь, 2013. 104 с.

13. Литвиненко В. А. Основи артпедагогіки: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Суми: СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. 146 с.

14. Литвиненко В. А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. Суми: Сум ДПУ імені А.С.Макаренка, 2016. 140 с

15. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М.: Изд-во Эксмо, 2006. 960 с.

16. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Український медичний часопис. 2014. № 6. С. 124–127.

17. Михайлов Б. В. Психотерапия. Харьков: ОКО, 2002. 767 с.

18. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

19. Напрєєнко О. К. Алгоритми психолого-психіатричної допомоги постраждалим при мирних протестах та під час збройних конфліктів: Інформаційний лист в сфері охорони здоров'я. К.: МОЗ, 2014. 9 с.

20. Посттравматичний стресовий розлад. – Режим доступу : http://reff.net.ua/46376-Posttravmaticheskoe_stressovoe_rasstroiystvo.html.

21. Joseph S., Linley P.A. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Journal of Traumatic Stress, 2004. Vol. 17, No. 1, February 2004, pp. 11–21.

ДОДАТКИ

Додаток А

Заняття з терапії образотворчим мистецтвом з учасниками АТО

Завдання: формування психологічної адаптації; усунення, попередження негативних якостей характеру (агресивність, замкненість, впертість); формування почуття ритму; розвиток здібностей до концентрації, уваги.

Хід заняття

1. *«Що я відчуваю»*. Учасники брали інструментарій для образотворчої діяльності (фарби, олівці, фломастери) та малювали на аркуші свій настрій. Для цього використовували будь-який вид зображення (пейзаж, абстракціонізм, погоду). Найчастіше це був пейзаж. Потім уважно розглядали малюнок і намагалися визначити, які емоції він виражає: смуток, радість, спогади, очікування (обговорювали свої внутрішні відчуття). Якщо емоції були, переважно, негативні, то проводили трансформацію малюнка, щоб перетворити його в потрібний настрій. Для цього його можна домалювати, дофарбовувати, прибирати лінії або навіть частини аркуша, обрізати або доповнювати новими елементами.

2. *«Негативчики»*. Для того щоб позбутися внутрішніх переживань (конфліктів, комплексів, страхів і агресії), їх матеріалізували і знищували. Наприклад, ми давали завдання виліпити фігурку з обраного матеріалу та думати про найбільшу проблему, уявляти її образ і переносити його на матеріал. Коли фігурка була готова, висловили їй «в обличчя» все, що накопало всередині. Після такого «душевного» розмови нейтралізували її, переробивши в щось більш позитивне.

3. *«Голчасті фантазії»*. Завдання, в ході якого ми пропонували намалювати кактус на аркуші паперу за допомогою простого олівця. Оцінка малюнка проводилася за наступними параметрами. Положення на аркуші: в центрі – адекватна самооцінка, зосередженість на сьогоднішній; внизу – низька самооцінка; вгорі – завищена самооцінка; зліва – зосередженість на минулому, праворуч – на майбутньому. Розмір: менше 1/3 листа – занижена самооцінка,

2/3 і більше – завищена. Лінії: чіткість – впевненість, штрихування – ознака тривоги, уривчастість – імпульсивність, сильний натиск – напруга, слабкий - пасивність, зневіра. Голки: чим їх більше, тим більше рівень агресивності.

4. «Креативні плями». Учасники брали рідко розведену гуаш і капали нею посередині аркуша. Потім складали папір навпіл і складені частини притискали один до одного, акуратно їх розгладжуючи. Розгорнувши аркуш паперу, учасники бачили симпатичний і симетричний абстрактний малюнок. Потім учасники намагалися описати свої творіння, давши кожному малюнку назву і невелику характеристику.

Додаток Б

Комплекс вправ ЛФК для учасників АТО

Вступна частина.

1. Ходьба звичайна, на носках, з високим підніманням колін. 2–3 хв.
2. В. п. ноги на ширині плечей. 1 – підіймаємо руки вгору, 2 – робимо невеликий нахил вперед, 3 – потім назад напружуючи м'язи. 4 – початкове положення, розслабимо тіло. Дихання спокійне. Повторити 3–4 рази.
3. В.п. основна стійка. Нахил тулуба вперед з напругою преса. Початкове положення, розслабилися. Повторити 4–6 разів.
4. В.п. теж саме. Робимо помаху руками в різні боки, подумки відганяючи всі негативні думки і емоції. Повторити по 30 с. вперед, потім назад.

Основна частина

В.п. сидячи на підлозі:

1. Ноги рівно, руки на колінах, глибокий вдих, затримка дихання, видих, розслабилися. 30 сек. спокійно подихаємо. Вправу повторити 4 рази. При затримці дихання слід напружити м'язи грудної клітки, а потім розслабити їх.
2. Ступні ніг поставимо на підлогу, максимально відірвати п'яти від підлоги, затримаємо на кілька секунд, вихідне положення. Повторити 4–6 разів.
3. Таку ж вправу з пальцями ніг. Повторити 4–6 разів.
4. Ноги витягнути вперед, максимально напружити, потім розслабити. Повторити 4–6 разів.
5. Спину прогніться назад, одночасно зведемо лопатки разом, м'язи напружити. Повторити 5–6 разів.

продовження додатку Б

6. Ступні ніг ставимо на підлогу, вдавлюємо п'яти і напружуємо м'язи стегон, розслабилися. Повторити 3–4 рази.
7. Руки стиснемо в кулаки, потримаємо в напрузі приблизно півхвилини, розслабилися. Повторити 4–6 разів.
8. Пальці рук широко розведемо і потримаємо в напрузі 15 секунд, розслабимо. Повторити 3–4 рази.
9. Плечі підіймаємо максимально вгору, напружуємо і тримаємо по можливості довго, розслабилися. Повторити 4–6 разів.
10. Руки витягнемо попереду себе, напружимо, розслабимо, опустимо. Повторити 4–6 разів.

В.п. лежачи на спині:

11. Руки вздовж тулуба. По черзі з силою вдавлюємо їх в підлогу, потім цю ж процедуру обома руками. Повторити 4–6 разів.
12. Руки вгору, напружили, розслабили, опустили, трохи зігнули в ліктьових суглобах. Повторити 4–6 разів.
13. Ноги максимально витягли вперед. По черзі з силою натиснули на підлогу, потім двома ногами одночасно, розслабилися, дихаємо спокійно одну хвилину.
14. Ноги під прямим кутом підіймаємо вгору, напружуємо, поступово опускаємо, розслабилися. Потім це ж процедуру спочатку лівою ногою, потім правою ногою, потім знову обидві ноги.
15. Руки за голову, підняли тулуб, напружилися, повільно опускаємося назад на спину і розслабляємося. Повторити 4–6 разів.

Заключна частина

Вправи під час ходьби

1. Спокійна ходьба, зупинитися, стати на шкарпетки, напружити стопи, опустили на п'яти, розслабитися, спокійна ходьба. 1 хв.
2. Спокійна ходьби, руки в сторони, напружити, розслабити, опустити. 30 с.

продовження додатку Б

3. В.п. – основна стійка. Почергове потряхування ногами з розслабленням м'язів. Повторити 6–8 разів.
4. В.п. – основна стійка. Руки в сторони – вдих, вихідне положення – видих. Повторити 4–6 разів.
5. В.п. – стоячи. Почергове розслаблення м'язів рук і ніг. Повторити 3–4 рази.

Додаток В

*Опитувальник для учасників АТО щодо виявлення посттравматичного
стресового розладу*

№	Запитання	Варіанти відповіді	
		Так	Ні
1.	Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	Так	Ні
2.	Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Так	Ні
3.	Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	Так	Ні
4.	Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	Так	Ні
5.	Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	Так	Ні
6.	У вас виникли проблеми з засинанням або сном?	Так	Ні
7.	Ви стали більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	Так	Ні

Дата _____

Оцінювання: чотири і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР.

Додаток Г

Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

ПІП _____	Дата _____			
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (відповідь позначте «√»)	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини дня	Майже кожного дня
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2. Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3. Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4. Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5. Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6. Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7. Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8. Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9. Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума	загальний бал = _____			

продовження додатку Г

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили
	Дещо ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

Критерії оцінки результатів PHQ-9 *

Загальний бал	Тяжкість депресії
0–4	Депресія відсутня
5–9	Легка («субклінічна») депресія
10–14	Помірної тяжкості депресія
15–19	Середньої тяжкості депресія
20–27	Тяжка депресія

* Бал ≥ 10 є інформативним в значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%

Додаток Д

Госпітальна шкала тривоги і депресії

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- 3 О Увесь час
- 2 О Часто
- 1 О Час від часу, іноді
- 0 О Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О В дуже малій мірі це так
- 3 О Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось—ось щось жахливе може статись

- 3 О Це так, та страх дуже сильний
- 2 О Да, це так, але страх не дуже сильний
- 1 О Іноді, але це мене не турбує
- 0 О Зовсім не відчуваю

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О В дуже малій мірі це так
- 3 О Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

- 3 О Постійно
- 2 О Більшу частину часу
- 1 О Час від часу і це не так часто
- 0 О Тільки іноді

продовження додатку Д

Д Я відчуваю бадьорість

- 3 О Зовсім не відчуваю
- 2 О Дуже рідко
- 1 О Іноді
- 0 О Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О Зрідка це так
- 3 О Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 О Практично весь час
- 2 О Часто
- 1 О Іноді
- 0 О Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

- 0 О Зовсім не відчуваю
- 1 О Іноді
- 2 О Часто
- 3 О Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

- 3 О Це так
- 2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
- 1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги
- 0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

- 3 О Це так
- 2 О Напевно, це так
- 1 О В деякій мірі це так
- 0 О Зовсім не відчуваю

продовження додатку Д

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення

- 0 О Точно так, як і звичайно
- 1 О Так, але не в тій мірі, як раніше
- 2 О Значно менше, ніж звичайно
- 3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

- 3 О Дуже часто
- 2 О Досить часто
- 1 О Не так і часто
- 0 О Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо– чи телепрограми

- 0 О Часто
- 1 О Іноді
- 2 О Зрідка
- 3 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток Є

Тест САН

(Самопочуття. Активність. Настрій)

Дана методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності та настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно позначає Ваш стан на даний момент.

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекодовуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, – що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодування	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

Ключ.

Питання на самопочуття: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Додаток Ж

*Список репродукцій, що рекомендуються застосовувати
для терапії образотворчим мистецтвом з учасниками АТО*

Пейзажі

Айвазовський І. («Хвиля», «Чорне море», «Веселка»);

Бакшеев В. («Блакитна весна»);

Бродський І. («Осіньні листя»);

Васильєв Ф. («Сільський пейзаж», «Перед дощем»);

Куїнджі А.І. («Зима», «На півночі дикій»);

Левітан І. («Весна. Велика вода», «Золота осінь», «Березень»);

Саврасов В. («Граки прилетіли», «Осінь»);

Шишкін І. («Березовий гай», «Зимовий ліс», «Жито»);

Щербаков Б. («Тиша. Озеро Неро»).

Портрети

Маковський К. («Діти, що біжать від грози»);

Матейко Я. («Портрет дітей художника»);

Ракша Ю. («Діти на огорожі»);

Серебрякова З. («За обідом»);

Ткачови С. і А. («Дітвора»).

Казковий і побутовий жанр

Васнецов В. («Оленка», «Іван-царевич на сірому вовку», «Снігурка»);

Врубель М. («Царівна-лебідь»);

Корзухін О. («Дівич-вечір»);

Сидоров В. («Гойдалка»).

Додаток 3

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці».

продовження додатку 3

1. У минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	Іноді правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив у минулому				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	іноді правильно	частков о правильно	правильно	цілком правильно
3. Якщо хтось виведе мене із терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)				
1	2	3	4	5
зовсім неймовірно	малоймовірн о	частково ймовірно	ймовірн о	крайне ймовірно
4. Якщо стасься щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і спричиняє біль				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
6. Я здатний вступати в емоційно близькі відносини з іншими людьми				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
7. Мені сняться вночі страхиття про те, що було зі мною реально в минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
8. Коли я думаю про деякі речі, що я робив у минулому, мені просто не хочеться жити				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
9. Зовні я виглядаю нечуттєвим				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити із собою				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише тоді, коли треба вставати				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжд и
12. Я постійно задаю собі запитання: чому я ще живий у той час, як інші вже померли				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжд и
13. У деяких ситуаціях я почуваю себе так, ніби повернувся в минуле				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжд и

продовження додатку 3

Обробка результатів

Загальний бал: $\sum 1 + \sum 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Відповідь. Номера тверджень Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\sum 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35 Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\sum 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: ч - добре адаптовані – 76 ± 18 ; - психічні розлади – 86 ± 26 ; - ПТСР – 130 ± 18 .