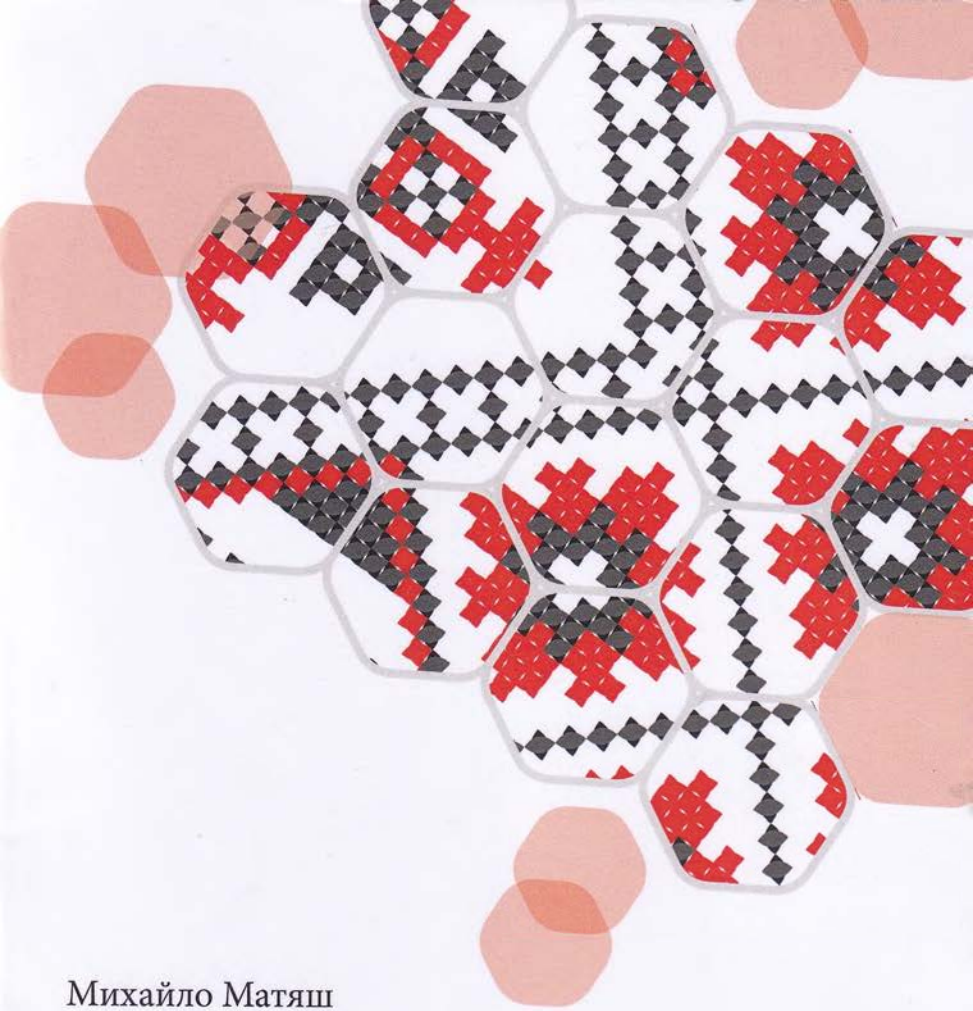


Михайло Матяш

«Український синдром»

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТОК ТЕРМІНІВ ПОВЕРНЕННЯ

Книга повинна бути повернена не пізніше вказаного тут терміну	
Кількість попередніх видач_____	

Bl a 113

ОБОВ'ЯЗКОВИЙ ПРИМІРНИК

Михайло Матяш

«Український синдром»

636595

3
НАЦІОНАЛЬНА БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м.Київ, вул.Л.Толстого, 7

[2022 г]

616.89:159.944.4]:355.422(477)
Б-101086

З 2014 року Україна перебуває в умовах постійного воєнного конфлікту. Щороку – сотні убитих та поранених бійців, тисячі біженців, страждання мирного населення у зоні боїв. Але справжнє масштабне лихо прийшло в Україну 24 лютого 2022 року, коли почалася війна, яку по жорстокості та кількості застосованої зброї можна порівняти хіба що з Другою світовою. Цю війну відчув на собі кожен без винятку українець. Путінські війська окупували п'яту частину нашої території, звичним явищем стали бомбардування та ракетні обстріли українських міст і сіл. А те, що творили російські окупанти в захоплених населених пунктах, стане матеріалом для нового Нюрнберзького процесу. Минуло сім місяців війни – і вже маємо мільйони біженців, сотні тисяч жертв окупації, десятки тисяч поранених бійців, а також вдів, сиріт, інвалідів… Більшість цих людей, як і військових, що повертаються з зони боїв, мають різні психічні розлади, адже всі вони пережили гострі стресові ситуації.

Ми пам'ятаємо вислів «в'єтнамський синдром», яким об'єднали осіб, на чиїй психіці позначились події В'єтнамської війни. За аналогією – «афганський синдром», «чеченський синдром»... І ось тепер у психологічній спільноті з'явився термін «український синдром». Здається, що в Україні відбуваються ті ж процеси, проте науковці все частіше вказують на відмінності цього явища з подібними попередніх років. Але перш ніж говорити про специфіку «українського синдрому», варто більш детально розповісти про цей психічний розлад.

По суті, «український синдром» – це ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). Він є результатом будь-якої психічної травми – війни, стихійного лиха, аварії, каліцтва, насильства (статевого чи побутового). Особливість ПТСР в довготерміновій реакції на стрес – як правило, проявляється в період від чотирьох до шести місяців.

В дослідженнях кафедри загальної і медичної психології з мережею партнерських організацій, зокрема з Європейською академією наук України проведено два дослідження: «Українець у світі: соціально-поведінкове та клініко-психологічне дослідження вимушених переселен-

ців та мігранті» та «Молодь в Україні в умовах воєнного часу» які суттєво доповнили наукові уявлення про феномен «Українського синдрому»

Долслідження «Українець у світі: соціально-поведінкове та клініко-психологічне дослідження вимушених переселенців та мігранті» проводилось на вибірці переселенців з України до Австрії, Угорщини, Грузії, Італії, ОАЕ, Польщі, Румунії, Словаччини та Чехії. За результатами дослідження встановлено наступне.

19,2% респондентів зазначають, що їхні родичі та члени сім'ї пережили повне, а 19,5% – часткове знищення житла та майна. У 27,6% українських мігрантів люди з близького оточення зазнали інвалідності, тілесних ушкоджень, тілесних ушкоджень внаслідок бойових дій.

37,0% українських мігрантів мають нові соматичні (фізичні) симптоми, але вони суттєво не впливають на життя та самопочуття. У 16,4% респондентів прояв цього симптому сильний; 11,2% – відчувають виснаження та розлад через появу нових соматичних симптомів.

У 38,4% українських мігрантів посилилися старі соматичні (фізичні) симптоми, але вони суттєво не впливають на життя та самопочуття. При цьому у 12,3% прояв цього симптому є сильним, а 5,7% респондентів відчувають виснаження та дезорганізацію через посилення соматичних симптомів.

Слід зазначити, що у 26,0% українських мігрантів виникли проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям, тоді як у 17,8% респондентів прояв цієї ознаки є сильним.

Оцінюючи повсякденні труднощі, з якими стикаються українські мігранти, виявлено, що у них є неспокійні думки про майбутнє. 23.3% мають певні ознаки тривоги щодо майбутнього, але вони суттєво не впливають на життя та самопочуття; у 47,9% прояв тривоги сильний; 12,3% відчувають себе виснаженими та неорганізованими, коли думають про перспективу майбутнього життя.

Що стосується почуття приналежності до своєї етнічної групи, то виявилося, що у 23,3% респондентів таке відчуття виникло «вперше» через вимушене переселення; у 41,1% – прояв почуття приналежності до своєї етнічної

групи є сильним; 2,7% почуваються безсилими та неорганізованими через свою етнічну приналежність.

Психічне здоров'я української молоді є актуальною соціальною та клінічною проблемою. Наше пілотне дослідження «Молодь в Україні в умовах воєнного часу» (24-27 березня 2022 року) на вибірці 54 студентів м. Києва віком 18-20 років показало, що 72,2% з них перебували в зоні бойових дій, а 16,7% респондентів перебувають в епіцентрі бойових дій у момент дослідження. Для 20,4% респондентів це повторний досвід. Серед опитаних 37,0% зазнали руйнування житла та майна, а у 65,8% опитаних родичі також зазнали руйнування житла. У 57,4% респондентів особи з найближчого оточення отримали інвалідність, тілесні ушкодження та тілесні ушкодження внаслідок бойових дій. У 28,0% респондентів члени родини були змушені виїхати з України. 61,2% досліджуваних мали нові соматичні симптоми та скарги, 55,6% – старі синдроми, а 59,2% – симптоми та скарги, пов'язані з психічним здоров'ям. Це актуалізує необхідність клініко-диференційного аналізу психічного та фізичного здоров'я українців для розробки моделей кризового психологічного втручання у воєнний час, обставини якого ускладнюють організацію психологічної допомоги, передусім для молоді.

Офіційно історія цього захворювання починається з 1980 року, коли у медичну практику ввели діагноз посттравматичний стресовий розлад. Нині діючі діагностичні критерії ПТСР встановлені у 2013 році. Але варто зазначити, що ще до офіційного використання терміну ПТСР було накопичено значний досвід лікування і дослідження впливу травм на психіку людини.

Так, відомий німецький вчений Еміль Крепелін у 1916 році вперше вказав, що після психологічних травм можуть залишатися зростаючі з часом розлади психіки. Радянський вчений Дмитро Панченко після Другої світової у 1947 році описав симптоми подібних розладів у ветеранів війни. Після 1975 року американські психіатри та психологи почали активно вивчати наслідки В'єтнамської війни і популяризували термін «в'єтнамський синдром». А в 1980 році американські вчені запропонували класифікувати такі психічні стани як посттравматичний стресовий розлад.

Згадуючи історію дослідження наслідків психічних трав, не можу не навести роботу відомого психіатра і філософа Віктора Франкла. Кинутий у фашистський концтабір, він не лише вижив сам, а й надавав психологічну допомогу іншим в'язням. Саме в тих нелюдських умовах він розробив один з методів, який використовують у лікуванні ПТСР.

Встановлена кількість осіб, які страждають на ПТСР після пережитої психотравми. Так, у свідків стресової події цей показник складає 10%. А серед постраждалих осіб таких вже близько 95%. Варто додати, що американські вчені встановили, що серед учасників війни у В'єтнамі поширення ПТСР сягнуло 30 відсотків. Тому нам варто не гаючи часу думати, і не лише думати, а й працювати, над створенням потужної системи лікування ПТСР у наших ветеранів та цивільного населення як зараз, так і після закінчення війни.

В такому контексті актуальності набуває питання психологічної діагностики ПТСР та інших клініко-психологічних симптомів жертв війни. У зв'язку з чим, попри наявну кризу в українській психодіагностиці, ка-

федрою загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця спільно із партнерськими організаціями започатковано національний проєкт «Національний репозиторій психологічної діагностики».

Як відомо, ПТСР розвивається після психічної травми приблизно через 6 місяців і може виникнути як у безпосередніх жертв, учасників, так і свідків подій.

Основні симптоми ПТСР:

- Наявність травми (важкі тілесні ушкодження, сексуальне насильство).
- Повторне переживання травматичних подій (відчуття, ніби травматичні події відбуваються знову; гнітючі спогади чи сновидіння; бурхлива реакція на нагадування про травматичні події).
- Спроби уникнення (намагання уникнути гнітючих спогадів, думок, почуттів, що стосуються травматичних подій; спроби уникати місць та людей, що викликають спогади про травму).
- Виникнення гострого стресу чи психоемоційного напруження при зіткненні з чимось, що нагадує про травму.
- При виникненні ситуації, що нагадує травматичну подію, виникає фізіологічна реакція: пітливість, оніміння, запаморочення, спазм у горлі, відчуття слабкості.
- Втрата інтересу до раніше значущих видів діяльності (байдужість до усього, чим раніше людина захоплювалась).
- Відчуження, відгородженість від оточуючих (відчуття самотності серед друзів чи в колі родини).
- Збудливість та реактивність (надмірна підозрілість та пильність, дратівливість, вибухи гніву та ризикована поведінка).
- Розлади сну та складнощі при засинанні (боязнь заснути, нічні кошмари та видіння, у снах постійно відбивається травматична ситуація).

- Гнітючий настрій, постійне невдоволення оточенням та собою, апатія, в'ялість реагування на зовнішні подразники.
- Надмірна реакція переляку (навіть стук чи незначний шум спонукають хворого кудись втікати, кричати, викликають спогади про травмуючу подію і відчуття безпорадності та незахищеності).
- Деперсоналізація (відчуття відстороненості від власного тіла чи психічних процесів).

На практиці першочергову увагу приділяють наявності трьох основних груп симптомів: симптом повторного переживання, симптом уникнення, симптом фізіологічної гіперактивації (збудливість).

Варто вказати, що посттравматичний стресовий розлад досить поширене захворювання і в середньому на планеті охоплює майже три проценти населення. Проте є певні місця, де ця цифра зростає до 30 %. Вірогідно, таку картину ми матимемо в областях, де похазяйнували російські окупанти. Наукові дані свідчать, що ПТСР страждають вдвічі більше жінок, ніж чоловіків, і це захворювання притаманне навіть дітям дошкільного віку.

Отже, знаючи симптоми, лікар встановлює діагноз. Діагноз встановлюється клінічно, на основі посібника з психічних розладів, що був затверджений у 2013 році. Для констатації ПТСР обов'язково має бути присутнім катастрофічний стрес (травма), який не здатні здолати адаптивні можливості психіки людини. Довідник MSD вказує на чотири основні категорії симптомів: симптоми вторгнення (минуле не відпускає – «я вийшов з війни, а війна з мене не вийшла», травма нагадує про себе в снах, тривожних спогадах, які хочеться забути); синдром уникання (вже згаданий); негативний вплив на настрій та когнітивну функцію (втрата пам'яті про певні події, очікування чогось недоброго, негативний емоційний стан, відчуженість); змінена збудливість та реактивність. При наявності більш ніж двох симптомів з кожної основної категорії встановлюється діагноз ПТСР і починається

лікування. Потрібно пам'ятати, що ПТСР неможливо діагностувати в перший місяць після травми. Якщо симптоми чітко проявляються в перші чотири тижні після стресової події, то найшвидше це гострий стресовий розлад, а не ПТСР.

Зазвичай клінічна картина захворювання включає ще додаткові симптоми ПТСР:

- імпульсивність поведінки, схильність до фізичного насилля;
- антисоціальна поведінка, протиправні дії;
- систематичне вживання алкоголю та наркотичних речовин;
- депресивний настрій, суїцидальні думки і спроби самогубства;
- соматичні та психосоматичні розлади у вигляді головного та душевного болю, коліту, м'язового напруження, виразки шлунку.

Відзначається чимало випадків, коли ПТСР не діагностується через позицію хворого. Дехто не бажає говорити про свої проблеми, щоб уникнути спогадів про травмуючу подію. Іншим здається, що симптоми, які вони відчувають, навпаки, допомагають впоратись з травматичним досвідом. А інколи буває, що хворий переконаний, що вже ніколи не зможе повернутися до нормального самопочуття, тому не звертається по допомогу.

Трапляються випадки, коли ставлять невірний діагноз, не помічають ПТСР за проблемами зі здоров'ям, алкоголізмом чи вживанням наркотиків. Тому важливо, щоб діагностикою та лікуванням посттравматичного стресового розладу займалися фахівці. Самолікування цієї недуги, особливо вживання антидепресантів без призначення лікарем, може мати сумні і навіть фатальні наслідки.

Лікування ПТСР передбачає психотерапію, медикаментозне лікування та поєднання цих двох методів.

Психотерапія зазвичай дає гарні результати, сприяє подоланню ПТСР у більшості хворих. Деякі пацієнти остерігаються, що психотерапевт почне копирсатись у ми-

нулому житті. Ні, фахівець зосереджується лише на травматичному досвіді.

Психотерапією має займатись лише людина з відповідною підготовкою та акредитацією. Сеанси проходять 1–2 рази на тиждень з одним психотерапевтом. Таке лікування триває 2–3 місяці.

Терапевти використовують два основних підходи.

1. Когнітивно-поведінкова терапія – це розмовна терапія, що допомагає змінити спосіб мислення, допомагає краще почуватись, змінює поведінку.

2. Метод десенсибілізації і переробки за допомогою рухів очей – така терапія допомагає мозку обробити травматичні спогади.

У важких випадках лікар призначає препарати, які зменшують тривогу, депресію, нічні кошмари. Прийом медикаментів, як правило, поєднується з психотерапією.

На початку лікування багатьох пацієнтів навчають розслаблятись та контролювати відчуття тривоги за допомогою дихальних вправ. Цю методику ефективно використовують ізраїльські фахівці для профілактики та усунення ПТСР. Основні техніки наступні:

- нервово-м'язова релаксація за Джекобсоном;
- регуляція дихання методом Г. Бенсона;
- «дихання животом» за системою «цигун»;
- аутогенне тренування методом Шульца.

Нагадаю, що методи лікування ПТСР напрацьовували ще задовго до офіційного визнання цього захворювання. Вже згаданий Віктор Франкл після Другої світової війни розробив свій метод – «логотерапію», який передбачає лікування через пошук і знаходження сенсу життя. Вчений наголошував: той, хто знає навіщо, витримає все.

У профілактиці та лікуванні ПТСР величезну роль відіграє суспільний фактор. Дуже важливо, щоб хворий якнайшвидше став активним членом громадського життя. У нас в Україні активно діють десятки волонтерських груп та громадських об'єднань, що опікуються не лише обліком та лікуванням осіб з ПТСР, а й залучають їх до волонтерських проєктів, діяльності, яка сприяє нашій перемозі над

ворогом, і просто до роботи за фахом. Статистика показує, що участь хворого в суспільній діяльності значно поліпшує процес лікування ПТСР.

Але громадські об'єднання, волонтери, колеги по роботі для хворого це третє, найбільш віддалене коло спілкування. Велике значення у лікуванні ПТСР відіграє друге, більш близьке коло – сім'я та найближчі друзі. Для рідних важливо вибрати правильний стиль спілкування, потрохи залучати хворого до хатньої роботи, постаратися, щоб його частіше обіймали малі діти, оскільки саме дитячі обійми приносять розслаблення і відчуття безпеки.

Проте найголовнішу роль у лікуванні ПТСР відіграє перше коло – так зване «коло себе». Для самодопомоги поради прості, але виконання їх матиме чи не найважливіше значення:

- не зневіритись, пам'ятати, що ПТСР лікується і бути на постійному зв'язку зі своїм лікарем;
- не забувати про особисту гігієну, займатись фізичними вправами і різними «дихальними» практиками, релаксацією та медитацією;
- дотримуватись розпорядку дня, режиму сну і харчування;
- проводити час з родичами і друзями, яким довіряєте, та розповідати їм про події, що викликали симптоми розладу;
- не сидіти без діла, визначити для себе реалістичну мету і робити те, що під силу;
- табу на вживання алкоголю та наркотиків;
- пам'ятати, що хвороба долається поступово, а не відразу, потрібні час і терпіння.

Крім того, хворому слід порадити приєднатися до групи підтримки, відновити свої улюблені заняття, насолоджуватись тишею та красою природи, навчитись відгороджуватися від негативних впливів, отримувати задоволення від справи, якою займаєшся у цю мить, знаходити час для активного відпочинку.

Слід також сказати про дуже важливе значення першої психологічної допомоги бійцям, біженцям та українцям,

які пережили російську окупацію. Вважаю, що у час війни з методиками надання першої психологічної допомоги слід ознайомити максимально широке коло пересічних громадян. Адже саме своєчасне її надання не тільки сприяє успішному відновлюванню психічного ресурсу організму, а й не допускає більш глибокої травматизації психіки.

Зазвичай перша психологічна допомога базується на трьох основних принципах – дивись, слухай, направляй. Принцип «дивись» означає аналіз стану безпеки, оскільки місце події може бути може не таким, як вказано в попередній інформації. Тому, перш ніж надавати допомогу, варто кілька хвилин потратити на те, щоб уважно оцінити ситуацію. Це допоможе зберегти спокій, продумати план дій, виявити людей з важкими травмами чи просто апатичних, втомлених осіб, що перебувають у стані шоку, а також ділянки бойових дій, зони обстрілу, місця пожеж та можливі шляхи виходу з небезпечної території.

Принцип «слухай» передбачає розпитування людини про її потреби та занепокоєння. Слід почути її та допомогти заспокоїтись, демонструючи увагу та турботу. Важливо допомогти постраждалому відчути себе у безпеці, запропонувати склянку води, прослідкувати, щоб людина у стресовому стані не залишалась на самоті.

Принцип «направляти» означає, що перша психологічна допомога може виявитися недостатньою для подолання наслідків психологічної травми, тому таку особу направляють у відповідні заклади для надання спеціалізованої професійної допомоги.

При наданні першої психологічної допомоги варто пам'ятати наступне:

- не давати постраждалому хибних надій, неправдивих обіцянок, а чітко розповісти, що в його випадку потрібно робити;
- дати людині виговоритись, слухати активно і уважно;
- підтримувати віру потерпілого у здатність впоратись із ситуацією;
- залучати інших людей до надання допомоги, даючи їм прості доручення;

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА 01033, м.Київ, вул. Жилянська, 7

- захищати потерпілого від надмірної цікавості оточення;
- не надавати допомогу у важких випадках, обмежившись підтримкою та співчуттям, з подальшим направленням до більш підготовлених фахівців.

Варто сказати, що не всі бійці з передової, жертви російських окупантів, біженці чи свідки смерті своїх близьких страждають на ПТСР. Цей розлад психіки виявляють у осіб з високим рівнем внутрішньої тривоги, людей, психіка яких не може здолати стрес. Крім того, специфіка захворювання має свої особливості в кожній країні. І тут ми знову повертаємося до поняття «український синдром».

Ще у жовтні 2014 року у статті «Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції» я започаткував цей термін. І знайшов підтримку колег. Львівський психіатр Олександр Фільц, вказавши на деякі особливості ПТСР у нашій країні, використав термін «український (або східноєвропейський) синдром». Фільц виділив у пацієнтів, бійців АТО, велике відчуття несправедливості щодо дій на Донбасі, усвідомленість вищої міри історичної справедливості на своєму боці, твердий намір після лікування не ховатись за хворобу, а повернутися на передову. Також варто звернути увагу на роботу відомого українського вченого психіатра і психолога професора Володимира Коростія. Він багато працює щодо організації фахової допомоги як вимушеним переселенцям (яким, доречі, і сам став після повномасштабного вторгнення Росії), так і бійцям з передової. Вчений не забуває нагадувати про висновок американських колег - якщо вчасно не лікувати ПТСР, то всі хворі будуть або в могилі, або у в'язниці.

Наразі термін «український синдром» широко використовується фахівцями.

Кожна нація має свої специфічні риси, власну ментальність, яка розуміється як певний образ мислення, спільна духовна налаштованість, глибинний рівень ко-

лективної свідомості. Деякі вчені ще використовують термін «психологія народу». Я вважаю більш точним поняття «етнопсихологічні особливості», або «національний характер».

Національний характер визначає типові якості і психологічні особливості певної етнічної групи, яка об'єднана спільною територією, мовою, культурою, історією, звичаями. Це окремий спосіб мислення, поведінки, уявлень про себе і навколишній світ. Національний характер складається повільно, протягом століть під впливом конкретних історичних і соціально-економічних умов життя.

Особливість національного характеру проявляється не в певних психологічних рисах (охайність, імпульсивність, щедрість, пунктуальність притаманні представникам різних націй), а в їх неповторному поєднанні, у різній мірі виразності конкретної риси і специфіки їх прояву. Дуже важливо не абсолютизувати позитивні риси, визнавати вади психічного складу свого народу.

На специфіку «українського синдрому» впливають основні риси нашого національного характеру, на які слід вказати більш детально.

Кожен народ проживає на певній території, і тут українцям відверто поталанило. Недаром нам притаманна закоханість у природу, спокій, потяг до споглядання. Але на багаті родючі землі українські землі постійно зазіхали різні окупанти, тому під впливом необхідності постійно захищати свою територію в народі сформувалася войовничість, «козацький» характер.

Особливості, притаманні кожній нації, найповніше відображаються в культурі. На основі народної творчості, літературних, музичних творів та картин всесвітньо відомих українських митців психологи досліджують особливості нашого національного характеру, який формувався під впливом чотирьох культур: трипільська, понтійська, готська, київсько-руська (концепція Юрія Липи). Дослідники встановили, що кожна пракультура залишила свій слід у національному характері українців.

Трипільці передали нам у спадок терпимість, обережність, скромність, вміння стійко переживати невдачі.

Від них ми отримали психологію хлібороба, пошану до матері і жінок взагалі, демократичний устрій.

Еллінська понтійська пракультура сформувала підприємливість, творчий дух, потяг до краси, потребу створювати різні спілки, громади, артілі.

Давні готи (германські племена) мали деякий час свою державу на півдні сучасної України і подарували нам організованість, стійкість, дисципліну, військову звитягу.

А від пракультури Київської Русі ми успадкували почуття українського патріотизму, дух волелюбності і національної гордості, власні політичні традиції.

Зрозуміло, що на національний характер вплинули також інші етноси, які проживали і нині проживають на території сучасної України: звідси наша толерантність, поблажливе ставлення до чужих релігій і культур, гуманізм і готовність допомагати.

В цілому етнопсихологічні особливості українців – це поєднання різних, часто протилежних якостей: споглядальне світовідчуття та прагнення до дії, індивідуалізм та постійний потяг до створення громад, з одного боку «моя хата з краю», а з іншого - готовність прийти на допомогу, миролюбність і героїзм у бою. Ми ніколи не пробачимо, коли на нас нападають, тим більше коли загарбник чинить несправедливість та підлість, діє підступно і нахабно. Адже ще одна з рис українського національного характеру – не чіпай моє. А зловживання нашою толерантністю, поблажливістю до чужих культур розбурхало в українцях нестримний войовничий дух, масовий героїзм та гордість за свій народ, на чийому боці історична справедливість.

Отже, свою специфіку має національний характер кожного народу. І у стресових ситуаціях це особливо відчувається. Тому лікуючи в українців посттравматичний стресовий розлад, який набув масового поширення внаслідок війни, слід враховувати, що це буде не «в'єтнамський», «афганський» чи, приміром, «сирійський синдром» (останній сформувався під впливом таких чинників, як величезні табори для біженців та негативне ставлення до них більшості населення в країнах еміграції). В українців хвороба матиме суттєві відмінності.

Чому врахування етнопсихологічних особливостей таке важливе для лікування ПТСР? Практика показала, що в наших умовах тестування, діагностика та методика лікування, розроблені американськими (європейськими, австралійськими) фахівцями, в багатьох випадках не спрацьовувала. Тому варто невідкладно аналізувати досвід, практичну роботу саме українських психологів і психотерапевтів для коригування діагностики, тестів, методики лікування.

І на завершення деякі висновки і пропозиції по розв'язанню дуже серйозної проблеми, яка ось-ось постане перед нами.

Вже цієї осені та зимою слід очікувати збільшення у рази хворих з діагнозом ПТСР. А чи готові ми?

Варто нагадати, що за три перших роки АТО несвоєчасна допомога учасникам бойових дій, що страждали на ПТСР, спричинила 500 випадків самогубства. А що буде найближчим часом, якщо не вжити потрібних заходів? На наш погляд необхідно зробити наступні кроки.

Проводити підготовку фахівців, враховуючи етнопсихологічні особливості.

Збільшити в декілька разів кількість студентів за фахом «психолог», «психіатр», «психотерапевт».

Створювати вздовж лінії бойових дій не лише потужні сучасні госпіталі, а й високопрофесійні центри надання психологічної допомоги (адже боєць з ПТСР не тільки потенційний «200-й», але й загроза для безпеки інших військових).

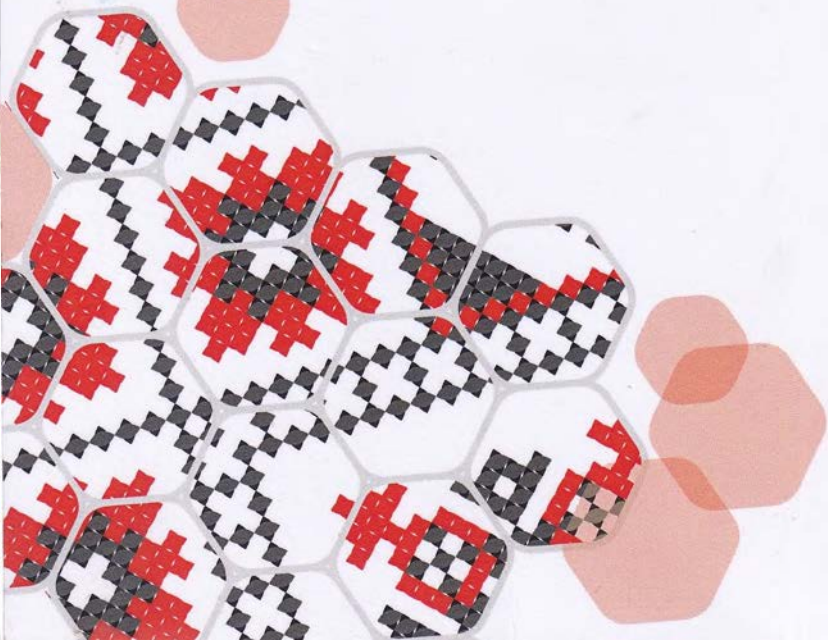
Вичистити з системи лікування ПТСР всіх недоуків та самозванців – закрити різноманітні «центри» і «пункти реабілітації», де влаштувалися подібні особи. Працювати мають лише ліцензовані фахівці.

У сучасній армії є інститут капеланів, які сумлінно виконують свій обов'язок у час війни. Саме капелан спілкується з бійцями безпосередньо на передовій і як ніхто інший може заглянути солдату в душу. Впевнений, що якби забезпечити їх методичками, які дозволять виявляти у військовослужбовців симптоми ПТСР, така співпраця гарантувала б чудовий результат.

Це лише деякі пропозиції. Закликаю колег приєднатися до обговорення і співпраці по створенню в Україні потужної сучасної системи діагностики та лікування психічних захворювань. Наразі у українців гострий стресовий розлад, невротична реакція на війну, обстріли, смерть, евакуацію... Але потужна хвиля ПТСР вже на підході. Переконаний, що «український синдром» може накрити всю країну, не омине жодну людину. Тож, на жаль, роботи попереду у психологів, психотерапевтів, психіатрів буде багато…

45.00

Б-101.086

Михайло Матяш
Доктор медичних наук,
професор,
заслужений лікар України,
академік Міжнародної
академії освіти і науки.

Професор Матяш є автором понад 150 наукових праць. Напрямок наукових досліджень та публікацій останніх років присвячений медико-психологічній реабілітації та соціальній адаптації учасників бойових дій.