

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ПРОЦЕС ПРОТЕЗУВАННЯ

NATURE OF THE PSYCHOLOGICAL SUPPORT ORGANIZATION FOR COMBATANTS IN THE PROSTHETICS PROCESS

Стаття присвячена дослідженню труднощів в організації психологічного супроводу для учасників бойових дій, які проходять процес реабілітації й перебувають на етапі протезування. В умовах другого року повномасштабної війни кількість людей, які проходять процес протезування, невпинно росте, серед них й учасники бойових дій, які є носіями багатьох епізодів травматичного досвіду й потребують особливої уваги до компоненти психосоціальної адаптації в процесі відновлення. У статті проаналізовано сучасний закордонний та український досвід психосоціальної підтримки учасників бойових дій саме в процесі протезування; ураховано відмінності із зарубіжним досвідом і запропоновано заходи зі створення чи покращення системи заходів із психосоціального супроводу як у закладах охорони здоров'я, так і поза їх межами в процесі відновлення. Так, наприклад, запропоновано чотири етапи з організації та надання психосоціального супроводу: підготовка команд реабілітаційних закладів, проходження лікарсько-консультативної комісії, відбір чи постановка в чергу на протезування, госпітальний етап протезування/безпосередній етап виготовлення протезу, постгоспітальний етап. Детально розглядається саме госпітальний варіант виготовлення протезу, під яким маємо на увазі перебування в одному із реабілітаційних закладів відповідно до законодавства України. Так, запропоновано можливі варіанти долучення до індивідуального реабілітаційного плану індивідуальних і групових психологічних інтервенцій. Підкреслено важливість мультидисциплінарного підходу й біопсихосоціальної моделі в проведенні вказаних заходів. Також наведено обґрунтування адаптації опитувальника TAPES і варіанти можливостей його застосування в рамках реабілітаційного процесу в Україні. Інші варіанти взаємодії пацієнта з реабілітаційними закладами, такі як діяльність амбулаторних протезних центрів тощо, й особливості психосоціального супроводу в таких умовах варто дослідити та розкрити в наступних публікаціях.

Ключові слова: психологічний супровід, біопсихосоціальна модель, мультидисциплі-

нарна реабілітаційна команда, реабілітація, військовослужбовці, учасники бойових дій, ампутація, протезування, резильєнтність.

The article is called to rise up difficulties in the organization of psychological support for combatants undergoing rehabilitation and at the stage of prosthetics. In the conditions of the second year of a full-scale war, the number of people who will undergo the process of prosthetics is constantly growing, including combatants who are carriers of many episodes of traumatic experience and need special attention to the component of psychosocial adaptation in the recovery process. The article analyzes the modern foreign and Ukrainian experience of psychosocial support of combatants in the process of prosthetics; differences with foreign experience are taken into account and measures are proposed to create or improve a system of measures for psychosocial support both for inpatient and outpatient process. So, for example, four stages are proposed for the organization and provision of psychosocial support: training teams of rehabilitation institutions, stage of a medical board evaluation, hospital stage of prosthetics/direct stage of prosthesis production, post-hospital stage. In this article, we consider mostly inpatient type of prosthesis production, by which we mean a stay in one of the rehabilitation institutions in accordance with the legislation of Ukraine. Thus, possible options for inclusion in the individual rehabilitation plan of individual and group psychological interventions are proposed. The article emphasizes the importance of a multidisciplinary approach and a biopsychosocial model in the implementation of these measures. This paper also highlights the rationale for adapting the TAPES questionnaire and options for its application within the framework of the rehabilitation process in Ukraine. Other options for the patient's interaction with rehabilitation institutions, such as ambulatory (outpatient) prosthetic centers and features of the psychosocial support in such conditions should be explored and disclosed in future publications. **Key words:** psychological support, biopsychosocial model, multidisciplinary rehabilitation team, rehabilitation, military personnel, combatants, amputation, prosthetics, resilience.

УДК 159.98:[616-001-057.36-089.843-036.82]:355.4
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.54.46>

Соболта Ю.О.

аспірант кафедри соціальної психології
ТОВ «Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Велика кількість досліджень говорить про важливість долучення компонента психосоціальної адаптації на всіх етапах відновлення військовослужбовців, а надто осіб з ампутаціями [1; 2]. Для забезпечення цього необхідно, щоб увесь шлях протезування та догляд після супроводжували фахівці, що поінформовані в базових правилах роботи з людьми з психологічною травмою [3]. Коли весь персонал закладу й люди, які супроводжують протезування пацієнта, упевнені, що відновлення психічного здоров'я – це частина процесу, тоді протезування матиме той ефект, на котрий

усі сподіваються. Відповідно до досліджень, проведених у різні роки незалежними групами фахівців, найбільш поширеними формами розладів психоемоційного спектру в осіб з утратою кінцівок є високий рівень тривожності й різного ступеня вираженості депресія [4; 5, с. 89]. Окрім звичних проявів, у вказаній категорії пацієнтів такі стани проявляються також у вигляді специфічних фобій, наприклад, страх упасти або пошкодити кукси [5, с. 90].

Лонгітюдні дослідження показують, що протягом 15–20 років після встановлення протезу всі 100% осіб відчують обмеження

хоча б в одній сфері щоденної активності [6]. Задовільний, стабільний стан психічного здоров'я сприяє підтримці фізичної активності. Дослідження також підтверджують наче очевидний факт, що встановлення протезу – це лише частина роботи. Важливо спонукати людину його використовувати. За дослідженнями, якість життя й такі показники, як, наприклад, виконання щоденних рутинних завдань, вищі в тих, хто носить протез регулярно й від моменту виготовлення [7; 8].

Одним із базових захисних механізмів у втратах кінцівок є заперечення. Проте, так як заперечувати очевидне пацієнти зі збереженою критикою не можуть, заперечення проходить у видозмінених формах. Так, часто пацієнти заперечують негативні емоції, переживання чи страх перед використанням протезу. Але, на противагу, часто зустрічаються й нереалістичні очікування, що протез поверне їм 100% функціонування до втрати кінцівки чи те, що вони отримають трансплантовану кінцівку тощо [5, с. 93].

Так як процес реабілітації при ампутаціях є складним і багатокомпонентним, із великим навантаженням щодо фізичної реабілітації та ерготерапії, кількість годин роботи з психологами є мінімальною навіть у тих закладах, де кількість фахівців задовільна. Тому стає зрозумілим, що сьогодні є необхідною поінформованість щодо роботи з особами, які пережили травматичний досвід, усіх членів мультидисциплінарної команди. Часто пацієнти проговорюють свої страхи, сумніви з тим у команді, з ким відчувають найбільше контакту й безпеки.

З огляду на вищевказані причини, пропонуємо розподілити організацію процесу психологічного супроводу на чотири етапи: підготовка команд реабілітаційних закладів, етап проходження лікарсько-консультативної комісії, відбір чи постановка в чергу на протезування, госпітальний етап протезування/безпосередній етап виготовлення протезу, постгоспітальний етап.

Отже, перший етап – це підготовка команди. Залежно від масштабів реабілітаційного закладу й навантаження на персонал у процесі підготовки команд можна обрати два напрями: долучення окремих фахівців до навчання з необхідних у роботі тем в рамках їхнього фаху або ж проведення лекцій і практичних занять із конкретного переліку тем, опрацювання певних технік психологічної допомоги низької інтенсивності для всіх членів мультидисциплінарної команди, яка працюватиме з пацієнтами з ампутаціями. Сьогодні існує низка державних і недержавних програм, що допомагають фахівцям реабілітаційних закладів отримати додаткові знання безкоштовно для самих закладів чи безпосередньо фахівців.

Звісно, перелік тем і семінарів завжди має виходити з наявного рівня знань у фахівців і слухачів. Тим не менше можна виділити теми, що мають складати певний мінімум. Так, наприклад, важливим є роз'яснення самого підходу «trauma-informed care» (підходу до допомоги з урахуванням досвіду травматичних подій), крім того, розуміння фахівцями психологічних і соціально-психологічних аспектів відновлення «безперервності життя».

Важливим блоком має бути ознайомлення та відпрацювання в парах-трійках протоколів кризових інтервенцій для надання екстреної психологічної допомоги під час травматичних подій і в разі гострих стресових реакцій. Для цього не потрібно ознайомлювати команду з усіма можливими протоколами, достатньо обрати один підхід із розповсюджених і тих, що добре показують себе на практиці. Такі протоколи розроблені вітчизняними фахівцями (Людмила Новіцька, Олена Бутник), ізраїльськими колегами (BASIC Ph Мулі Лаада, «4 стихії» тощо) на запит Всесвітньої організації здоров'я чи ОБСЄ [9, с. 60].

Наступним важливим елементом такого навчання має бути ознайомлення з основами розуміння тривожних станів і розладів. Фахівці мультидисциплінарної команди мають опанувати етику психоедукаційної розмови на цю тему, якщо пацієнт озвучує симптоми чи страхи, які вписуються в нозологію тривожних станів. Важливим є ознайомлення з проявами та тренування навичок першої психологічної допомоги в разі панічних атак.

Обов'язковою в таких програмах навчання є тема виявлення маркерів суїцидальної поведінки, динаміки й ознайомлення з правилом поділу на групи ризику таких пацієнтів. Окремо потрібно виділити правила комунікації з людиною з групи ризику та створити конкретний алгоритм дій для кожного реабілітаційного закладу. Звісно, такий алгоритм дій може мати спільну основу, але залежно від особливостей надання допомоги й проведення реабілітаційних заходів важливо персоналізувати такий документ для полегшення розуміння його всією мультидисциплінарною командою.

Для поглибленого розуміння того, як травматичний досвід змінює парадигму мислення та які наслідки можуть спостерігатися, важливо ознайомити фахівців з основами когнітивно-поведінкового підходу «ABC», поняттям та основами мотиваційного інтерв'ювання. Ознайомлення з поняттям «посттравматичного зростання» й можливістю профілактики ПТСР є вкрай необхідним.

Й окремим блоком навчання мають бути рекомендації щодо профілактики професійного вигоряння серед працівників медичних установ.

Закладам охорони здоров'я й іншим установам, що мають на меті провадити реабілітаційні заходи на постійній основі, потрібно запровадити психологічну службу, у котрій будуть розподілені посадові обов'язки. Наступним кроком вважаємо за необхідне ознайомлення команди з поняттями супервізії та інтервізії.

Для психологів команди необхідно забезпечити 1 або 2 години групової супервізії на тиждень. Роль супервізій у здоровій атмосфері колективу та профілактики вигорання фахівців описана в багатьох фахових дослідженнях. З огляду на специфіку роботи з травмою, рекомендовано розглядати зовнішнього супервізора. Також необхідно ввести одну годину інтервізії на тиждень серед психологів команди. Цей інструмент є профілактикою вигорання, а також інструментом безперервного розвитку фахівців у сфері психічного здоров'я. За можливості раз на місяць проводити з дотриманням усіх правил конфіденційності інтервізію з колегами з інших закладів чи проєктів, котрі працюють із такою ж тематикою чи подібними вибірками пацієнтів.

З огляду на те що в Україні слабо розвинена культура звернення до психологів, а також високий рівень стигматизації в питанні психічного здоров'я, ми можемо очікувати, що частина пацієнтів буде готова налагодити контакт і шукати психологічної підтримки в інших фахівців закладу. З урахуванням специфіки посадових інструкцій і кількості проведеного часу з пацієнтами рекомендовано мінімум раз на два тижні організовувати супервізію групам ерготерапевтів і спеціалістам рівний-рівному, якщо вони працюють на базі закладу. Ці групи може проводити психолог серед фахівців команди, наприклад, керівник психологічної служби. Функціями такого інструменту є профілактика вигорання серед персоналу, який має високий рівень емоційного, особистісного контакту з пацієнтами; консультування фахівців для підтримання високого рівня етичного й екологічного надання медичної послуги; розвиток навичок розпізнавання складних психоемоційних станів і скерування пацієнта в терапію.

Другим етапом організації психологічного супроводу можна визначити етап проходження ЛКК. В умовах цифровізації й для оптимізації витрат часу на обробку даних і документацію рекомендовано «Бланки психологічного огляду» перенести в онлайн формат. Для цього фахівець, що проводить діагностику, уносить відповіді пацієнта в онлайн-систему. Для відслідковування динаміки рекомендовано робити вхідний і вихідний скринінги. Вхідний скринінг повинен включати набір коротких, визнаних у світі й адаптованих українською тестів. Важливо діагностувати коупінги та працювати з ними в терапії, щоб навчити людину ідентифікувати коупінг уникнення й розвивати

інші, позитивні, коупінги справляння з труднощами адаптації до протезу й нового способу життя [10]. Світова практика показує, що лікування ПТСР, розладів адаптації, клінічної депресії, генералізованого тривожного розладу є якнайкращим у мультидисциплінарній команді, тому вважаємо важливим виявлення соматичних скарг у скринінгах для можливості спільної роботи з лікарями соматичного профілю [1; 2]. Для цього після обробки даних скринінгів може бути згенеровано рекомендаційний висновок для спільного обговорення індивідуальних особливостей і потреб пацієнта з лікарями закладу охорони здоров'я.

З огляду на вищевикладене, пропонуємо розглянути такий перелік опитувальників:

1. Короткі особисті дані – дата народження, професія, сімейний статус.
2. Аналогова шкала задоволеності життям зараз та очікування після протезування.
3. Наявність/відсутність фантомного болю.
4. PHQ-9 скринінг депресії та суїцидальних думок.
5. GAD-7 – опитувальник щодо генералізованої тривоги.
6. PCL-5 – оцінювання травматичного досвіду.
7. Пітсбурзький опитувальник якості сну.
8. PHQ-15 – опитувальник соматичних проблем. (Рекомендовано використовувати не раніше ніж за місяць після оперативних та інших інвазивних втручань. Якщо на момент проведення ЛКК ще рано, цей опитувальник можна перенести на третій етап, коли пацієнт приїжджає на госпітальний етап протезування.)
9. SCES+ опитувальник дієвості копінгу Шалева+.

Щоб синхронізуватися з роботою відділення фізичної реабілітації, готувати більш повні виписні епікризи й оцінювати стан пацієнта в одній системі координат, можна використовувати також Інструмент WHODAS2.0 [11]. Він є практичним, загальним інструментом оцінювання, яким можна вимірювати показники здоров'я та інвалідності й фіксувати рівень функціонування в шести сферах життя. Усі сфери (домени) опитувальника WHODAS 2.0 розроблено з компонентів МКФ, щоб вони безпосередньо відповідали оцінці «активності й участі» згідно з МКФ. Найбільш інформативною є версія, яку заповнює фахівець 12+24 запитань. WHODAS2.0 оцінює шість сфер здоров'я: когнітивну, мобільність, самообслуговування, взаємодію з іншими людьми, життєдіяльність, участь – залучення до діяльності громади.

Проте в розрізі психологічного відновлення та відслідковування процесів адаптації WHODAS 2.0 не дає можливості оцінити рівень функціонування вище за оцінку відсутності будь-якого порушення. Це обмежує можливість оцінити ефективність реабілітаційного втручання.

Критеріями виключення для проведення діагностичних інтервенцій уважатимуться психотичний епізод, деменція, важкі органічні чи механічні ураження головного мозку, алкогольного сп'яніння чи абстиненції. Загалом до критеріїв виключення зараховуємо стани, що істотно впливають на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій і (або) керувати ними. У разі наявності вищевказаних станів пацієнта доцільно скерувати в заклад відповідного профілю.

Важливість психологічного опитування до протезування описана в багатьох дослідженнях, так як психологічний стан і сприйняття чи несприйняття нового образу свого тіла впливає на подальшу адаптацію та безпосередньо використання протезу [12]. Проте надважливим пунктом є те, що перше опитування, котре проводиться саме психологом-діагностом у рамках ЛКК, не варто проводити надто деталізовано. Уточнення характеру болів, спогадів чи причин тривоги поза межами опитувальників без установленого терапевтичного стосунку може спровокувати непередбачувану реакцію. Найчастішою реакцією буде реакція заперечення й супротив їти надалі в терапію.

Також є дослідження, що показують вплив зниження когнітивних функцій на вибір до протезування й адаптацію до протезу [13]. Наприклад, пацієнти, що вибрали остеointегративну операцію, були більш схильні розглядати хронічний біль та інші побічні реакції, лиш би це фізично полегшило носіння протеза. Пацієнти без зниження когнітивних функцій часто обирали класичні протези.

Тому за необхідності фахівці додають до процесу опитування ще інструмент для визначення наявності зниження когнітивних функцій (наприклад, МОСА). Якщо референтні значення тесту відповідають зниженням когнітивних здібностей, рекомендована корекція до третього етапу.

Під час аналізу отриманих даних пропонуємо до використання метод, що базується на підході безперервного комплексного медичного сортування. Згідно з таким методом, потенційні учасники програми, котрі можуть бути прийняті за соматичними показниками, можна розподілити на групи згідно з їх психоемоційним станом. За допомогою електронної форми (чи простої паперової форми) заповнюються тести й учасники розподіляються на групи:

1) показники тестів GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15 нижче за 15 балів – група, що під час проходження процесу протезування може бути скерована для психоедукації та опанування технік психологічної самопомоги (група 1);

2) якщо хоча б в одному з тестів GAD-7, PHQ-9 особа набрала більше ніж 15 балів (або/та PCL-5 більше ніж 28) – група із симптомами помірної вираженості, одним чи декількома

симптомами ПТСР чи інших розладів адаптації – це показання до індивідуальних інтервенцій (далі – група 2). Рекомендовано розглянути можливості направлення цих пацієнтів до індивідуальної терапії чи психологічного консультування психологами закладу або партнерськими організаціями;

3) у випадку GAD-7 (вище за 20), PHQ-9 (вище за 20), PCL-5 (вище за 38 балів) – висока вираженість дистресу й симптомів ПТСР, депресії тощо (група 3). Рекомендовано початок процесу протезування планувати не раніше ніж через 1–2 місяці від початку психотерапевтичних інтервенцій із цим пацієнтом фахівцями закладу чи партнерських організацій. У разі ведення пацієнта фахівцями партнерських організацій, надходження на госпіталізацію для процесу протезування необхідна комунікація з фахівцями закладу та проведення спільної інтерв'язі стосовно стану пацієнта або проходження ним повторно повноцінної вхідної діагностики.

Також за наявності >1 балу в запитанні 9 із опитувальника PHQ-9 – показання до високоспеціалізованої терапії, консультації психіатра на предмет уточнення суїцидальних ризиків (далі – група 3).

У разі виявлення ознак можливих дисоціацій у пацієнтів другої і третьої групи після встановлення терапевтичного альянсу проводимо опитувальник DES II (Dissociative Experience Scale DES II) для виявлення рівня дисоціації. Якщо показник вищий за 25% чи 30%, існує підозра важкого дисоціативного розладу, тому показана подальша діагностика в тому числі із психіатром.

Важливо, щоб опитувальники заповнював психолог-діагност, якщо такий є в команді. Якщо діагностику проводить хтось із фахівців-психологів мультидисциплінарної команди, рекомендовано, щоб цей фахівець міг узяти цього пацієнта в подальшу терапію, так як під час процесу діагностики встановлюється первинний контакт і закладається основа терапевтичного альянсу.

Така маршрутизація та порядок роботи відповідають законодавству України, керівництвом із психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я й настановам провідних психологічних асоціацій.

За наявності патологічних ознак, симптомів неуточненого походження до терапії долучається психіатр чи надається інформація щодо необхідності госпіталізації в профільний заклад.

Третій етап – госпітальний етап протезування. Цей етап може проходити по-різному залежно від особливостей закладу чи можливостей пацієнта. Так, наприклад, протезно-ортопедичні підприємства без стаціонарного лікарняного розміщення можуть приймати

пацієнта протягом дня, при цьому мати в штаті психологів і загалом надавати послугу психологічного супроводу. Або якщо особа все ще перебуває на стаціонарному лікуванні з приводу інших нозологій, але паралельно розпочинає процес протезування деінде, то було б доцільно долучити до реабілітаційного плану й роботу з психологами чи психотерапевтами (залежно від вираженості дистресу) за місцем стаціонарного соматичного лікування.

Якщо госпітальний етап протезування розпочинається більше ніж місяць після ЛКК, то рекомендовано повторити опитувальники: PHQ-9, GAD-7, PCL-5, Пітсбурзький опитувальник якості сну; PHQ-15 – опитувальник соматичних проблем. Опитувальник соматичних проблем покликаний проявити невиражені чи упущені соматичні скарги пацієнта, опрацювати в індивідуальних інтервенціях схильність до психосоматизації наявних проблем. Дані, отримані з Пітсбурзького опитувальника якості сну та SCIS+, використовуватимуть терапевти для якісного оцінювання стану пацієнтів і коригування терапії з урахуванням адаптивних чи дезадаптивних коупінгів.

Після аналізу отриманих даних коригується індивідуальний план відновлення з кожним пацієнтом.

За наявності фантомного болю на першій консультації рекомендується надати додатково опитувальник DN-4, для специфікації та отримання додаткових можливостей роботи із цим явищем [14]. Менеджмент фантомного болю включає спільну роботу фахівців з фізичної реабілітації та психічного здоров'я. Сьогодні українською мовою вже перекладена певна частина рекомендацій міжнародних фахових асоціацій, які можуть бути адаптовані та включені до індивідуального плану відновлення [15].

Загалом, згідно з дослідженнями, задоволеність образом тіла, психосоціальна адаптація, відсутність обмежень активності й задоволення від протезів позитивно пов'язані з когнітивними можливостями людей із різного роду ампутаціями [16]. Також, якщо в процесі психологічного опитування або спілкування з фахівцями рівний-рівному або кимось із мультидисциплінарної команди пацієнт часто порушує питання несправедливості, буде доцільно додати опитувальник моральної шкоди (MIQ-M) для глибокої терапевтичної роботи. Нині відбувається завершальний процес адаптації цього опитувальника українською мовою.

Відповідно до розподілу, учасникам групи 1 рекомендовано провести індивідуальну сесію психоедукації, також направити групові зустрічі з майндфулнес чи психоедукацією.

Так, пацієнтів, чиї результати діагностики можна зарахувати до групи 2, не мають вираженого симптомокомплексу, що міг би відповідати конкретному діагнозові, рекомендовано

скеровувати на отримання індивідуальної психологічної допомоги в напрямках КПТ, АСТ чи психодинамічному підході.

З учасниками, що входять до групи 3, усіма визнаними у світі професійними спільнотами й керівництвами рекомендовано працювати в напрямку травмофокусованої терапії чи терапії ускладненого горя із залученням до консультації психіатра. За наявності високих показників за скринінгом ПТСР (PCL-5) можна обирати з таких, як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), когнітивна процесуальна терапія, BEPP (Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD), EMDR, NET, TFACT.

Згідно зі світовими адаптованими методами з подолання проявів ПТСР у військовослужбовців і ветеранів, які перебувають на реабілітації після травмивних подій, подолання депресії та залежностей, терапія впроваджується в чітко визначених напрямках.

Для менеджменту хронічного болю терапією першого вибору є КПТ, сьогодні є методики, які можна адаптувати чи частково використовувати в індивідуальному плані відновлення пацієнта [17].

З огляду на ймовірні часті когнітивні зниження, підвищену втомлюваність і складність у зосередженні, протоколи травмофокусованих інтервенцій можна реалізувати в дещо зміненому форматі, наприклад, 8–12 сесій по 35–45 хв., із сетингом через день. Проте для корекції протоколів травмофокусованих інтервенцій необхідно провести спільну нараду фахівців мультидисциплінарної команди, що працює з пацієнтом із залученням до неї психіатра. Такі кейси необхідно представляти до супервізії для отримання якнайкращого результату.

Дослідження показують високу кореляцію між високим рівнем професійності фізичних терапевтів і тих, хто навчає користування протезом, і високим рівнем задоволеності протезом у довгостроковій перспективі [18]. Тому психологам важливий міцний альянс із пацієнтом і направлення на «тут і зараз», щоб пацієнт міг зосередитися на відчуттях, до якої міри той протез є комфортним, щоб вони по-справжньому із щирою допитливістю, а не депресивною відстороненістю вивчали новий досвід. У терапевтичних інструментах вибором можуть бути будь-які майндфулнес практики як в індивідуальному, так і групових форматах.

Сьогодні в лікуванні субклінічних і клінічних форм депресії, депресії як коморбідного стану, тривожних розладів терапією першого вибору є КПТ, проте все більшого визнання й підтримки отримують базовані на майндфулнес-підході методи, такі як АСТ (терапія прийняття й прихильності).

Важливим елементом адаптації та відновлення є психоедукація. З огляду на специфіку пережитого досвіду й усіх процесів, що

відбуваються із психікою особи, яка пройшла через бойовий досвід, рекомендовано такі психоедукаційні інтервенції проводити в тому числі в груповому форматі. Такий формат не є класичною груповою терапією, передбачає відкритий формат долучення нових учасників і може мати таке наповнення на 1 годину роботи: 20 хвилин психоедукація з обраної теми; 10 хвилин запитання-відповідь; 20 хвилин практика типу майндфулнес чи іншого типу для психофізіологічного розвантаження, 10 хвилин рефлексія, запитання-відповідь.

У такому вигляді групова терапія/зустрічі може проводитися з наступних тем: профілактика залежної поведінки, що розвивається внаслідок підвищеного стресу; менеджмент фантомного болю; гігієна сну та його важливість; тривожність, панічні атаки; сексуальність і травма; харчова поведінка та її особливості; види поведінки; комунікативні навички (як частина профорієнтаційного напрямку); майндфулнес-техніки для індивідуальної та групової роботи тощо.

Також хорошою практикою є щоденні короткі групові зустрічі майндфулнес (до 15–20 хв.). Вони позитивно впливають на дестигматизацію аспектів відновлення психічного здоров'я, а також налаштовують на продуктивну роботу протягом дня.

Ще одним інструментом адаптації та дестигматизації можуть стати групи за принципом «рівний-рівному». За регулярної підтримки фахівців психологічної служби ці групи можуть бути гарною підтримкою, елементом соціальної адаптації або «точкою входу» до психотерапії, якщо в особи є необхідність такої роботи [19].

У процесі адаптації до протезу й загалом будь-якого довготривалого госпітального лікування можуть з'являються побічні внутрішні процеси – розвиток явища госпіталізму, «вторинної вигоди» тощо. Дуже важливим аспектом відновлення в цьому ключі є опанування нових навичок через різну ігрову фізичну активність, ознайомлення з варіантами хобі, що можуть бути терапевтичними. Можна розглянути такі види фізичної активності: іпотерапія, каніс-терапія, плавання, гольф, скандинавська ходьба. Щодо мистецьких та інших рекреаційних видів діяльності це створення флораріумів (садотерапія в умовах міста), малювання як фарбами, так й опанування діджитал-малюнка, гончарство.

Під час виписки пацієнта на постгоспітальний етап важливо провести вихідний скринінг, у який можна включити такі опитувальники: GAD-7, PHQ-9, PCL-5 і Пітсбурзький опитувальник якості сну; проаналізувати зміни у вираженості дистресу й загального психоемоційного стану пацієнтів.

Також важливо дослідити рівень задоволеності протезом. Для цього розроблено немало шкал, проте є розробки, що об'єднують оці-

нювання суб'єктивного сприйняття фізичних і психологічних аспектів адаптації до протезу. Одним із таких опитувальників є TAPES (Trinity Amputation and Prosthesis Scale) чи TAPES-R (revised) [20; 21]. Цей зручний інструмент розроблено в Трініті Коледж, Дублін, успішно перекладений та адаптований у Франції, що говорить багато про його універсальність і прикладну користь [22]. Цей інструмент можуть проводити фізичні терапевти з доступом психолога до даних пацієнта для їх аналізу.

Окремо необхідно виділити роботу із супроводжуваними. Якщо є вказана довірена особа та вона супроводжує пацієнта протягом усього процесу протезування, важливо долучати їх до різних активностей. У разі запиту необхідно передбачити індивідуальне консультування, котре можна проводити за допомогою інструменту ВООЗ управління проблемами + [23]. Також доброю практикою є передбачити щотижневі відкриті групи підтримки сімей.

Четвертим етапом можна виокремити постгоспітальний психологічний супровід. Дослідження показують, що після четвертого тижня домашнього перебування в пацієнтів із протезуваннями починають виникати нові проблеми з використанням протезів і збільшується супротив [24]. (Що підтверджується психологічними патернами втомі, звички діяти за певним сценарієм у домашніх умовах тощо). Тому важливо впровадити психологічний супровід або фолов-ап зустрічі понад 4 тижні після виписки.

З огляду на те що кількість пацієнтів збільшуватиметься – психологічний супровід за запитом пацієнта, реабілітаційному закладу рекомендовано забезпечити його партнерською організацією.

Якщо запиту від пацієнта на продовження терапії немає, тоді можна впровадити систему фолов-ап дзвінків. Залежно від групи пацієнта, котра визначена під час вихідної діагностики, прописати додаткові питання в сценарії розмови фахівця для виявлення складних соматизованих станів чи розладів сну.

Рекомендовано щомісячний дзвінок від фахівця «рівний рівному» з прописаним протоколом розмови й необхідними скринінговими запитаннями протягом року. До дзвінка 2-го, 6-го й 12-го місяців рекомендовано додати опитувальник TAPES-R, 6-го й 12-го місяців рекомендовано додати PHQ-9.

Якщо програмою фізичної реабілітації пацієнта передбачено відвідування пацієнтом Центру, рекомендовано прив'язати дані фолоу-ап опитування до дати відвідування, що зменшить психологічний супротив дзвінку й опитувальників.

На цьому етапі гарною практикою є підтримувати відчуття належності пацієнта до спільноти тих, хто пройшов процес протезування

в тому чи іншому закладі. Відповідно до досліджень, що проводили серед широкої вибірки з особливостями опорно-рухового апарату, люди більше схильні виконувати рекомендації та дотримуватися певного способу життя, якщо в них є доступ до електронного за стосунку, ніж до інформації на паперових носіях [25].

Загалом використання мультимедійних платформ для телереабілітації стає все більш використовуваним інструментом. Перевагами дослідники називають зниження витрат на подорожі, можливість підібрати час зустрічей і надавати якісний постсервіс [26].

У такому додатку можливим було б передбачити такі опції для постсервісу: записи вправ із фізичної реабілітації в домашніх умовах; записи майндфулнес, практик на зняття стресу; базові психологічні опитувальники, якщо в пацієнта виникає запит із можливістю перенаправлення його на партнерські організації для отримання психологічної допомоги, групові онлайн-зустрічі з фахівцями «рівний рівному»; можливість записатися на прийом чи наступний візит до фахівців центру, окремий інтерфейс для сім'ї: психоедукація щодо психоемоційних станів, роз'яснення щодо медичних кондицій та особливостей адаптації до протезу від реабілітологів та ерготерапевтів, рекомендації щодо догляду й особливостей домашнього побуту; можливість пройти базові психологічні опитувальники й у разі потреби отримати перенаправлення до партнерських організацій за психологічною допомогою.

Стаття презентує варіанти вирішення деяких викликів, пов'язаних з організацією психологічного супроводу в процесі протезування, ґрунтовані на принципі доказової медицини та психотерапії. Проте існує ще багато викликів у цій темі, які потребують спільної роботи практиків і науковців. Передусім це напрацювання саме українського досвіду й перевірки дієвості запропонованих методів в українських реаліях проведення реабілітації в умовах повномасштабної війни.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу. *Український журнал військової медицини*. 2020. № 1. URL: https://www.researchgate.net/publication/342812971_ALGORITM_REABILITACII_VIJSKOVOSLUZBOVCIV_Z_AMPUTACIEU_KINCIVOK_NA_OSNOVI_MULTIPROFESIJNOGO_TA_INDIVIDUALNOGO_PIDHODU (дата звернення: 10.07.2023).
2. Considering the psychological experience of amputation and rehabilitation for military veterans: a systematic review and metanalysis of qualitative research. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2023.2182915> (дата звернення: 10.07.2023).
3. Laying the Groundwork for Trauma-Informed Care. URL: <http://www.traumainformedcare.chcs.org/>

[wp-content/uploads/2018/11/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC.pdf](http://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/2018/11/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC.pdf) (дата звернення: 10.07.2023).

4. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: a systematic review. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25294119/> (дата звернення: 10.07.2023).
5. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами. метод. посіб. / О.М. Кокун та ін. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.
6. Evaluation of disabilities and activities of daily living of war-related bilateral lower extremity amputees. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25249384/> (дата звернення: 18.07.2023).
7. Function and Quality of Life of Unilateral Major Upper Limb Amputees: Effect of Prosthesis Use and Type. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437692/> (дата звернення: 01.08.2023).
8. Long-term symptoms and function after war-related lower limb amputation: A national cross-sectional study. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30082112/> (дата звернення: 10.07.2023).
9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб./ за ред. Л. Царенко. Київ : ОБСЄ, 2018. Т. 2. 240 с.
10. Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17188116/> (дата звернення: 12.07.2023).
11. Музика О., Тимрук-Скоропад К., Павлова Ю. Переклад та крос-культурне адаптування української версії WHODAS 2.0. *Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Чернівці, 16 лют. 2023 р. / Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича. С. 270–272. URL: <https://fr.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/02/zbirnyk-materialiv-ii-vseukr.konf-2023-1.pdf#page=270> (дата звернення: 10.07.2023).
12. Psychologic testing in amputation rehabilitation. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3349683/> (дата звернення: 14.07.2023).
13. Patient Perspectives on Osseointegration: A National Survey of Veterans with Upper Limb Amputation. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30784201/> (дата звернення: 12.07.2023).
14. Комплексний регіонарний больовий синдром / О.А. Бур'янов. URL: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2014_Nevro_1/28-29.pdf (дата звернення: 16.07.2023).
15. Реабілітація ветеранів матеріали для лікарів та пацієнтів. URL: <https://ingeniusua.org/reabilitatsiya-veteraniv-materialy-dlya-patsiyentiv-i-likariv#information> (дата звернення: 11.07.2023).
16. Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967301/> (дата звернення: 10.07.2023).
17. Cognitive behavioral therapy for chronic pain among veterans: Therapist manual / J.L. Murphy, J.D. McKellar, S.D. Raffa, M.E. Clark, R.D. Kerns, B.E. Karlin. Washington, DC : U.S. Department of Veterans Affairs. URL: <https://drive.google.com/file/d/1PAXRPE-9UxCxENhdq8amFf7iVeq1Xwso/view> (дата звернення: 11.07.2023).

18. Prosthesis satisfaction in a national sample of Veterans with upper limb amputation. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31960734/> (дата звернення: 10.07.2023).

19. Clinical practice guideline for rehabilitation of individuals with lower limb amputation. Dep. Of Veteran Affairs, USA. Version 2.0-2017. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/VADoDLLACPG092817.pdf> (дата звернення: 10.07.2023).

20. Оцінка досвіду використання протезів. Шкала TAPES. URL: https://ingeniusua.org/sites/default/files/other_file/trinity-amputation-and-prosthesis-experience-scales.pdf (дата звернення: 10.07.2023).

21. The use of myoelectric prosthesis in a sample of veterans with unilateral upper extremity amputation: prosthesis satisfaction and quality of life. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35715662/> (дата звернення: 10.07.2023).

22. Trinity Amputation and Prosthesis Experiences Scales. URL: <https://www.physiopedia.com/>

Trinity_Amputation_and_Prosthesis_Experiences_Scales#cite_note-0-1 (дата звернення: 17.07.2023).

23. Програма «Управління проблемами +». ВООЗ, 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206417/WHO-MSD-MER-16.2-ukr.pdf> (дата звернення: 22.07.2023).

24. Function, quality of life, and community integration of DEKA Arm users after discharge from prosthetic training: Impact of home use experience. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779455/> (дата звернення: 12.07.2023).

25. An app with remote support achieves better adherence to home exercise programs than paper handouts in people with musculoskeletal conditions: a randomised trial. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S183695531730067X> (дата звернення: 26.07.2023).

26. Telerehabilitation for amputee care. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047965120301066?via%3Dihub> (дата звернення: 10.07.2023).