

УДК616-081-058.57+612.176
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(22\).2022.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(22).2022.11)

НАПРЯМ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ (ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЕФЕКТИВНОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ, СІМЕЙ ЗАГИБЛИХ (ПОМЕРЛИХ) ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ КИЇВЩИНИ НА БАЗІ КОМУНАЛЬНОГО НЕПРИБУТКОВОГО ПІДПРИЄМСТВА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «КИЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я»)

Т. В. Пономаренко, М. В. Денисенко

Комунальне неприбуткове підприємство Київської обласної ради «Київський обласний центр ментального здоров'я», м. Ворзель, Україна

Резюме

Вступ. У статті розглядається досвід впровадження Стратегії розвитку ефективної системи реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни на базі комунального неприбуткового підприємства Київської обласної ради «Київський обласний центр ментального здоров'я».

Мета. Поширення досвіду реалізації Стратегії розвитку ефективної системи реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих учасників бойових дій з метою збереження їх працездатності і збільшення тривалості та якості життя.

Матеріали і методи. Проведено контент-аналіз існуючої нормативно-правової бази з питань організації надання психологічної та психіатричної допомоги учасникам бойових дій та членам їх родин. При використанні бібліосемантичного методу вивчено джерела наукової та науково-практичної літератури з проблемного питання. Також використано методи системного аналізу, організаційного експерименту, статистичний та структурно-логічний.

Результати та їх обговорення. Необхідність вирішення проблем реабілітації та психологічної та психіатричної підтримки учасників військових конфліктів є одним з найбільш важливих питань сьогодення.

На жаль на сьогоднішній день, враховуючи події в країні, питання лікування, діагностики та профілактики психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, набуло дуже гострого значення для нас.

Висновки. Таким чином, актуальність питань лікування, діагностики та профілактики психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, зростає, і не тільки для фахівців в галузі психічного здоров'я, а й для лікарів усіх без винятку спеціальностей.

Наші дослідження, засвідчують факт травматичної дії стресу на бійців, у яких не була сформована готовність до участі в бойових діях, особистісна незрілість, інфантилізм, несформованість вольової сфери, що в подальшому провокувало появу деструктивних змін особистості, розлади поведінки.

Ключові слова: Стратегія розвитку ефективної системи реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, спеціалізована допомога учасникам бойових дій, посттравматичний стресовий розлад, учасники бойових дій.

ВСТУП

Необхідність вирішення проблем реабілітації та психологічної та психіатричної підтримки учасників військових конфліктів є одним з найбільш важливих питань сьогодення. Багатогранність завдань психологічної реабілітації постраждалих у військових конфліктах потребує ефективного функціонування даної системи як самостійного напрямку у медицині.

За інформацією різних джерел, на сьогодні в збройному конфлікті на сході України беруть участь понад 100 тис. українських воїнів, причому за останній час значно побільшало тих, хто повертається додому інвалідами не тільки у фізичному та психологічному, а й у психічному плані. Психологи зазначають, що реабілітація має важливе значення не тільки для самих вояків, а й для всього суспільства та їх сімей.

Згідно досліджень одного з розробників програм реабілітації військових армії США, ветерана в'єтнамської війни Френка П'юселіка, бійці, повертаючись з зони проведення військових дій, «несуть із собою війну додому», що може стати загрозою та потенційно катастрофічним сценарієм для України в майбутньому [3].

Корекція психічного стану військовослужбовця (нормалізація психоемоційного статусу, лікування соматогенні), а також формування його раціонального ставлення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого військового до життєвої ситуації, яка змінилася внаслідок хвороби, вирішити питання подальшого проходження військової служби, визначити його професійні якості.

Якщо цього не буде зроблено, у найближчі 20 років ми матимемо великі проблеми. Не лише медики знають про «в'єтнамський» і «афганський» синдроми. У 1970-х роках у США у 25% учасників бойових дій, які навіть не мали каліцтва, згодом загострилися різні психічні та психологічні порушення, а серед поранених і покалічених таких було 42%, до 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, а від 35 до 45 тис. донині ведуть замкнутий спосіб життя. Представники влади разом із громадськими організаціями та зарубіжними партнерами намагаються знайти шляхи розв'язання складної проблеми – лікування та реабілітація потерпілих.

На жаль на сьогоднішній день, враховуючи події в країні, питання лікування, діагностики та профілактики психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, набуло дуже гострого значення для нас.

Таким чином, актуальність питань лікування, діагностики та профілактики психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, зростає,

і не тільки для фахівців в галузі психічного здоров'я, а й для лікарів усіх без винятку спеціальностей.

МЕТА

Поширення досвіду реалізації Стратегії розвитку ефективної системи реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) учасників бойових дій з метою збереження їх працездатності і збільшення тривалості та якості життя та можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено контент-аналіз існуючої нормативно-правової бази з питань організації надання психологічної та психіатричної допомоги учасникам бойових дій та членам їх родин. При використанні бібліосемантичного методу вивчено джерела наукової та науково-практичної літератури з проблемного питання. Також використано методи системного аналізу, організаційного експерименту, статистичний та структурно-логічний.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сьогодні Комунальне неприбуткове підприємство Київської обласної ради «Київський обласний центр ментального здоров'я» (далі – Київський обласний центр ментального здоров'я) є головною клінічною базою для надання медико-психіатричної допомоги та містить в своєму складі відділення ветеранів війни, в якому демобілізованим із зони бойових дій надається медико-психологічна допомога.

На час окупації Київський обласний центр ментального здоров'я тимчасово не функціонував, проте зараз – повністю відновив свою роботу.

Спеціалізована допомога учасникам бойових дій та членам їх родин надається у нашому закладі з початку 2015 року у відділенні ветеранів війни. На базі відділення створена спортивна кімната з тенісним столом та шведською стінкою, є тренажерна кімната для проведення вправ направлених на відновлення хребта, бібліотека, супутникове телебачення, проведений косметичний ремонт, на території закладу оснащений майданчик для прогулянок, волейболу та альтанкою для відвідування рідних в літній період, підібраний кваліфікований персонал та створюються сприятливі умови для перебування пацієнтів на лікуванні, проводяться консультації суміжних спеціалістів, працює кабінет фізіотерапії, кабінет функціональної діагностики оснащений сучасними апаратами. Щоденно працюють психологи та двічі на тиждень пацієнтів відвідують співробітники Бородянського районного центру психологічної допомоги «Довіра»

а саме психолог, юрист, та консультант з центру соціального захисту населення.

До початку великомасштабного вторгнення російської федерації на територію України, упродовж 2021 року у спеціалізованому відділенні ветеранів війни в лікарні проліковано та обстежено 843 учасники бойових дій (далі – УБД), що на 142 пацієнти більше ніж у минулому році, з них було виділено групу з 130 чоловік які були направлені на обстеження та лікування районними психіатрами з діагнозом посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) (в групу включені винятково ті демобілізовані, котрі перебували в зоні бойових дій не менше року), з них 20% віком до 25 років, 65% від 30 до 45 років та 15% віком до 50 років.

Однак вивчаючи медичну документацію кожного пацієнта та враховуючи наявність попередніх госпіталізацій, психічний стан при огляді, було виявлено що ПТСР не являється основним діагнозом для надання медичної допомоги, у більшості випадків він був поєднаний з наслідками перенесеної закритої черепно-мозкової травми (далі – ЗЧМТ) різних ступенів важкості.

Саме тому ми розділили групу обстежуваних на 5 підгруп: пацієнти з чистим ПТСР; психічні розлади внаслідок перенесеної ЗЧМТ (струс головного мозку, МВТ); депресивні розлади; пацієнти з суїцидальними тенденціями; та пацієнти з залежністю. В ході дослідження та детального вивчення медичної документації, виявлено що 60% пацієнтів з числа виділеної групи перенесли зафіксовану ЗЧМТ, у 20% даної групи діагностовано депресивні розлади, 17% обстежуваних відмітили суїцидальні тенденції, і тільки у 3% обстежуваних діагностовано чистий ПТСР. Пацієнти з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю із загального числа обстежуваних нараховано близько 70%, 10% вживають психоактивні речовини. 45% обстежуваних поступили на лікування повторно з ремісією в 1 місяць, переважно це були залежні від алкоголю та воїни з депресивними розладами (регоспіталізації сприяли переважно фактори не дотримання рекомендацій лікаря, труднощі в соціальній адаптації, повторні запійні стани).

За результатами вивчення структури психічних порушень найменшу частку складає захворюваність та поширеність Гострої реакції на стрес, що викликає додатковий інтерес та потребує додаткових досліджень, а саме тому що після демобілізації та під час розвитку віддалених наслідків психотравмуючих подій воїни отримували допомогу в закладах Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства оборони України.

Тривалість перебування на лікуванні залежала від тяжкості перебігу симптомів патології (наприклад

пацієнти з чистим ПТСР виходили в стан нормалізації вже на 14-18 день лікування, з діагнозом психічні розлади внаслідок перенесеної ЗЧМТ були готові на виписку на 21 день лікування, пацієнти з депресивними розладами та суїцидальними тенденціями потребували подовженої госпіталізації біля місяця і більше, залежні від алкоголю та психоактивних речовин після десенсибілізації не утримувались у відділенні що і спричиняло повторні поступлення. Після виписки зі стаціонару підтримувався зворотній зв'язок сім'я – лікар, адже понад половину військовослужбовців, котрі брали участь у бойових діях, скаржаться, що вони не можуть знайти порозуміння ані в суспільстві, ані в сім'ї. Кожен третій пацієнт зазначає, що відчуває труднощі при спілкуванні в трудовому колективі, а кожен другий – змінював місце роботи по три-чотири рази, а в кінцевому результаті залишався безробітним...

Порушена здатність підтримувати соціальні контакти позначається і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий – розлучений, а кожен сьомий повертаючись до дому з війни вже знав що вдома на нього ніхто не чекає.

Надзвичайно гостру психологічну драму відчувають інваліди. Упродовж 2021 року нами проліковано 30 осіб, а також тих, хто втратив рідних і близьких. Життєвий досвід цих людей різко відрізняється від досвіду людей, котрі не брали участі у бойових діях, що, в свою чергу, породжує нерозуміння з боку оточуючих. Як правило, до бійців ставляться з побоюванням, що лише посилює хворобливу реакцію УБД на незвичне оточення, яку вони оцінюють із притаманним їм фронтовим максималізмом. Свідченням того, що колишні УБД зазнають труднощів в адаптації до умов мирного життя, є їх конфліктна поведінка в соціальному середовищі: нездатність прийняти нові правила гри, небажання йти на компроміси, спроби вирішити суперечки мирного часу звичними силовими методами. Саме такі пацієнти ставляться до мирного життя з фронтовими мірками і екстраполюють «військовий спосіб поведінки» на мирний ґрунт, хоча і розуміють, що це не є адекватним. Багатьом УБД важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички хапатися за зброю в прямому чи переносному сенсі.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

При обстеженні пацієнтів в клінічній картині ПТСР ми намагалися виявити стійкі симптоми гнівливості, уникнення психогенної ситуації, флешбеки, проте ми зіштовхнулись із такими симптомами та згруппували їх за частотою проявів:

- Зловживання алкоголем, наркотичними та лікарськими речовинами відмічалось у 75% обстежува-

них. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів 70% пацієнтів починали зловживати тютюном та алкоголем, а 5% – наркотичними речовинами.

Варто зазначити, що упродовж перших 10 днів лікування в стаціонарі у 65% пацієнтів мали місце стійкі **порушення сну** з кошмарними сновидіннями, котрі поєднані з тривогою, труднощі із засинанням були у 30% обстежуваних і 35% скаржились на переривчастий сон. Під час бесіди з пацієнтом було зафіксовано той фактор що пацієнти самі боялись заснути через повторні нічні кошмари та картини війни. І тільки після проведеного лікування на 10-12 день симптоми поступово нівелювались.

У 45% обстежуваних відмічалась **напруженість**. Спостерігаючи за пацієнтами було помітно що вони пильно стежать за всім, що відбувається навколо, чи не загрожує їм небезпека. Але вигляд цієї небезпеки не лише зовнішні, а й внутрішньо – вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, що мають руйнівну силу, прорвуться назовні. Часто проявлялось постійне фізичне напруження. Воно не дозволяє пацієнтам розслабитися і відпочити, навіть під час елементарного вимірювання АТ (стикання руки манометром) пацієнти проявляли агресію та неспокійність, перепитували як довго триває процедура.

У 30% агресивність та 5% з них неадекватні прояви реакції на зовнішні подразники. За найменшої несподіванки пацієнти робили стрімкі рухи (кидались на підлогу при гучних звуках, або різко обертались та приймали бойову позу, коли хтось наближається до них з-за спини), раптово здригаються, кидаються бігти, голосно кричать. Прагнули вирішувати проблеми за допомогою грубої сили, погрожують медперсоналу, конфліктують між собою. Простіше кажучи, пацієнти схильні до застосування силового тиску на оточуючих щоразу, коли хочуть домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

У 25% з числа обстежуваних було зафіксовано Порушення пам'яті на поточні події та зниження концентрації уваги. Пацієнтові, при зборі анамнезу, важко зосередитись на важливих датах та подіях, довго думають і тільки після навідних (уточнюючих) запитань зосереджується на короткий термін, після чого швидко виснажуються. Іноді пацієнти частково втрачали здатність до емоційних проявів. Їм важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, недоступні радість, любов, творчий підйом. Чимало бійців скаржаться, що після травмуючих подій їм стало набагато важче відчувати подібні почуття. Вони відчують труднощі, коли потрібно зосередитися або щось згадати, принаймні в певних обставинах. В інші моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якомусь стресовому фактору, як пацієнт втрачає здатність зосередитися.

Помірна депресія з тривогою спостерігалась у 20%. У пацієнтів котрі знаходились у стані посттравматичного стресу депресія посилювалась, доходила до стану відчаю, вони стверджували: «Здається, що все безглуздо і марно, чому загинув саме мій товариш а не я?». Депресивні стани супроводжувались нервовим виснаженням, апатією та негативним ставленням до життя.

Думки про самогубство, відчуття вини за те, що ти вижив у тяжких випробуваннях висловлювали 10% всіх обстежуваних. Обстежуваний нерідко думав про самогубство або планував дії, що зрештою на його думку повинні привести до смерті (дані з анамнезу), у більшості з обстежуваних ці думки виникали в стані алкогольного сп'яніння.

Однак всі ті, хто знайшов у собі сили жити, дійшли висновку: потрібні бажання і завзятість – і з часом з'являються більш світлі перспективи.

У 2% обстежуваних спостерігались стани в яких сильно почуття провини іноді провокувало приступи самопринизливої поведінки («я нікчема, відвернувся, не зміг захистити» при цьому падає, плаче, стає метушливим). Були випадки приблизно 1% з обстежуваних котрі винили себе в тому що їх покинула дружина чи дівчина.

Працюючи з пацієнтами у відділенні мені важливо було обговорювати відповідь на лікування, а також координувати зусилля на лікування. Це важливо для лікаря, щоб мати постійний діалог із пацієнтами про дію ліків і наявність побічних ефектів. Це важливо й для пацієнта, щоб брати активну участь у лікуванні, а не почувати себе пасивним отримувачем ліків, щоб полегшити симптоми.

Ми помітили декілька найбільш частих побоювань і помилок пацієнтів, що є перешкодами для ефективного медикаментозного лікування хворобливих станів, які перераховані нижче. Вони повинні бути вирішені в постійному діалозі пацієнта з лікарем:

- страх можливих побічних ефектів у сексуальній сфері;
- побоювання, що ліки є милицею і що їх прийом означатиме слабкість;
- страх стати залежним від ліків;
- бажання приймати ліки лише час від часу, коли симптоми стають тяжкими;
- неточне розуміння того, як саме треба приймати ліки;
- перевищення дози, прийом декількох пігулок або забували, коли був попередній прийом ліків, і повтор прийому препаратів;
- «самолікування» з алкоголем або наркотиками одночасно з прийомом запропонованих ліків.

Дослідження показали що подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик воїнів і особливостей умов, в які воїн потрапляє після повернення з війни.

На нашу думку, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе. Його ознаки мають тенденцію не лише зберігатися тривалий час, а й наростати, а також виявлятися раптово на фоні зовнішнього благополуччя. Стан демобілізованого учасника можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний успіх, що сприяє суттєвому поліпшенню якості життя. На сьогоднішній день ми зіштовхуємось з цілою низку проблем, а і з недостатністю кадрів для постійної психологічної роботи, адже щоденно на лікуванні перебуває 35-40 пацієнтів, робота з реабілітаційними центрами не налагоджена через їх відсутність.

В рамках програми реабілітації УБД психологічною службою закладу охорони здоров'я проводиться ряд психотерапевтичних заходів. Групова терапія є основним напрямком реабілітації, оскільки допомагає акумулювати максимальну кількість ресурсів не тільки окремої особистості, але й усієї групи. Більшість терапевтичних годин присвячена психодинамічній групі (близько 30% від всіх занять), де є можливість вирішити поточні проблеми, актуальні для більшості відвідувачів, а також тілесно-орієнтованій терапії (30% групових занять), завдяки якій проходять глибокі психотравмуючі переживання. Окрім цього, проводяться заняття з релаксації, арт-терапії та фільмотерапії завдяки яким розширюється світогляд та з'являється можливість проектування майбутнього.

Стосовно індивідуальної терапії, більшу частину займають бесіди безпосереднього з учасниками бойових дій стосовно тих переживань, які не є можливим розкрити на групі. Також за потребою проводяться сімейні консультації та психотерапія на постгоспітальному етапі – за цим видом звертається близько 20% пацієнтів.

Актуальні проблеми з якими пов'язана психологічна реабілітація стосуються не тільки зменшення проявів ПТСР, оскільки супутніми негативними моментами є наступні:

- порушення сімейних стосунків (кількість розлучень наближується до 80%);
- алкоголізація особистості (75%);
- професійна та соціальна ізоляція (68%);
- збільшення вживання психоактивних та наркотичних речовин.

• Згідно з цим програма психологічної реабілітації, яка проводилася раніше була реформована та доповнена наступними напрямками:

- сімейна психотерапія;
- техніки проектування майбутнього;
- терапія залежної поведінки.

Дані напрямки психологічної роботи проводяться як в індивідуальних так і групових форматах.

Пацієнти зазвичай не звертаються за медичною допомогою, тому що вважають, що люди, які не пережили їх трагедію, не зможуть їх зрозуміти. Такі пацієнти не звертаються до лікарів, тому що не оцінюють свій стан як хворобу і побоюються, що відвідування психіатричних установ може вплинути на їх соціальний статус. Тому психологічна корекція ставлення до свого стану надзвичайно важлива для цієї категорії пацієнтів а цим повинні займатися спеціальні фахівці на базі районних лікарень, тому що поступаючи на лікування у лікарню, пацієнти не обізнані, черговий лікар витрачає багато часу на пояснення про умови відділення та обробкою медичної документації (часто поступають пацієнти без посвідчення УБД або довідки про участь в АТО, відсутні виписки про попередні госпіталізації в інші лікувальні заклади, пацієнти направляються з інших областей України), а не збором анамнезу. Пацієнтів потрібно переконати в доцільності лікування. Ця робота потребує великого такту і терпіння, поваги до пацієнта та його травматичного досвіду; проводити її треба з урахуванням психологічних, культурних і національних особливостей людей, які пережили катастрофу.

Слід наголосити на зміні парадигми в лікуванні та діагностуванні хвороби із використання фармакотерапії як основного методу лікування для зменшення симптомів до нової, в якій основну роль відіграє психологічна реабілітація, допоміжна – фармакотерапія для сприяння психотерапії та реабілітації.

У психофармакотерапії даної категорії пацієнтів препаратами першого вибору залишаються антидепресанти, в лікуванні ми використовували такі препарати як: велаксін, пароксетін, сертралін, еглоніл, високу ефективність, особливо при порушеннях сну та генералізованій тривозі показали прегабалін та селлофен.

ВИСНОВКИ

Психіка військовослужбовця, який брав участь у бойових діях, зазнає певних змін, вона травмується, втрачаються системи самозахисту, знижується опірність організму зовнішнім впливам. Наші дослідження, засвідчують факт травматичної дії стресу на бійців, у яких не була сформована готовність до участі в бойових діях, особистісна незрілість, інфантилізм, несформованість

вольової сфери, що в подальшому провокувало появу деструктивних змін особистості, розлади поведінки.

На сьогоднішній день вивчаючи матеріали перебування воїнів в зоні бойових дій, командирам приходиться стикатися з проблемами які мають місце в військових частинах (суїциди, депресивні стани, самовільне залишення частин, та заборонене використання зброї) тому на сьогоднішній день є актуальним звернутися до Міністерства оборони України з пропозицією розробки методичних рекомендацій та до Міністерства охорони здоров'я України з пропозицією розробки клінічних рекомендацій щодо своєчасного виявлення розладу психічного стану бійця та відповідно направлення його в спеціалізований лікувальний заклад.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для отримання остаточних висновків про наслідки психотравмуючих подій для психічного здоров'я військових, та визначення стратегії протидії потрібні більш масштабні перспективні дослідження, які б охоплювали не тільки військових які перебувають на лікуванні, а й усю групу демобілізованих військовослужбовців.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори підтверджують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
2. П'юселік Ф. У вас є п'ять років, щоби змінити катастрофічний для країни сценарій. URL: <https://kurs.if.ua>
3. П'юселік Ф. Правило номер один – не лізти солдату в душу, не просити поділитися своїми почуттями. URL: <https://visti-kalush.com.ua>
4. Москаленко М. М. Психологічна реабілітація ветеранів військових конфліктів. Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку: збірник доповідей Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Гордона Олпорта. – Кропивницький, 2022. С. 134.
5. Крупа В., Лобода І., Кшановська Р., Медико-психологічна та фізична реабілітація учасників військових конфліктів. Scientific Collection «InterConf+». 2022. 23 (117). С. 260-267.
6. Самойленко В., Яковенко Н., Петряшев І. та ін. Медична і соціальна реабілітація: підручник. Київ: Медицина, 2018. С. 72-74.
7. Кокун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
8. Шаповал В. В. Поняття «професійна реабілітація учасників бойових дій ЗСУ». Теорія та методика навчання та виховання. 2021. 51. С. 185-192.

REFERENCES

- Prorok, N., Zaporozhets, O., Kreymeyer, Dzh. (2018). Osnovy rehabilitatsiyanoi psykholohiyi: podolannya naslidkiv kryzy [Basics of rehabilitation psychology: overcoming the consequences of the crisis]. Tom 1. Kyiv, 208.
- P'yuselik, F. U vas ye p'yat' rokiv, shchoby zminyty katastrofichnyy dlya krayiny stsenariy [You have five years to change the disastrous scenario for the country]. Available from: <https://kurs.if.ua>
1. P'yuselik, F. Pravylo nomer odyn – ne lizty soldatu v dushu, ne prosyty podilytysya svoymy pochuttyamy [Rule number one – do not get into a soldier's soul, do not ask him to share his feelings]. URL: <https://visti-kalush.com.ua>
 2. Moskalenko, M. M. (2022). Psykholohichna rehabilitatsiya veteraniv viys'kovykh konfliktiv. Teoretyko-metodolohichni problemy praktychnoyi psykholohiyi ta yiyi perspektyvy rozvytku: zbirnyk dopovidey Vseukrayins'koyi student-s'koyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi, prysvyachenoyi 125-richchyu z Dnya narodzhennya Hordona Olporta. – Kropyvnyts'kyi, 134.
 3. Krupa, V., Loboda, I., Kshanovska, R. (2022). Medyko-psykholohichna ta fizychna rehabilitatsiya uchastnykiv viys'kovykh konfliktiv [Medical-psychological and physical rehabilitation of participants in military conflicts]. Scientific Collection «InterConf+», 23 (117), 260-267.

4. Samoylenko, V., Yakovenko, N., Petryashev, I. ta in. (2018). Medychna i sotsial'na rehabilitatsiya: pidruchnyk [Medical and social rehabilitation: a textbook]. Kyiv: Medytsyna, 72-74.
5. Kokun, O. M., Ahayev, N. A., Pishko, I. O., Lozins'ka, N. S., Ostapchuk, V. V. (2017). Psykholohichna robota z viys'kovosluzhbovtsyamy-uchasnykamy ATO na etapi vidnovlennya: metodychnyy posibnykx [Psychological work with servicemen participating in the anti-terrorist operation at the stage of recovery: methodical guide]. K.: NDTS HP ZSU.
6. Shapoval, V. V. (2021). Ponyattya «profesiyna rehabilitatsiya uchasnykiv boyovykh diy ZSU». Teoriya ta metodyka navchannya ta vykhovannya, 51, 185-192.

Summary

DIRECTION OF IMPLEMENTATION OF SOCIAL ADAPTATION OF DEMOBILIZED COMBATANTS WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS (EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF THE STRATEGY FOR THE DEVELOPMENT OF AN EFFECTIVE SYSTEM (REHABILITATION OF WAR VETERANS AND MEMBERS OF THEIR FAMILIES, FAMILIES OF DEAD (DECEASED) WAR VETERANS OF KYIV REGION ON THE BASIS OF THE MUNICIPAL NON-PROFIT ENTERPRISE OF THE KYIV REGIONAL COUNCIL «KYIV REGIONAL MENTAL HEALTH CENTER»)

Tatiana Ponomarenko, Maria Denysenko

Municipal non-profit enterprise of the Kyiv Regional Council «Kyiv Regional Mental Health Center», Vorzel, Ukraine

Introduction. The article examines the experience of implementing the Strategy of development of effective system rehabilitation of war veterans and members of their families deceased (killed) war veterans on the basis of a communal non-profit enterprise of the Kyiv Regional Council «Kyiv Regional Center of mental health».

Objective. Dissemination of experience in implementing the Strategy for the development of an effective rehabilitation system for war veterans and their families, families members of fallen combatants in order to preserve their ability to work and increase a duration and quality of life.

Materials and methods. A content analysis of the existing regulatory and legal framework on the organization of psychological and psychiatric assistance to combatants and members of their families. At the time when was using he bibliosemantic method, were studied sources of scientific and scientific-practical literature on the problematic issues. Also were used methods of system analysis, organizational experiment, statistical and structural-logical.

Results and their discussion. The need to solve the problems of rehabilitation and psychological and psychiatric support for participants in military conflicts is one of the the most important issues of our time. Unfortunately for today, considering the events in the country, the issue of treatment, diagnosis and prevention of mental disorders associated with stressful events of wartime, has become very relevant for us.

Conclusions. Thus, the actuality of the issues of treatment, diagnosis and the prevention of mental disorders associated with stressful events of wartime is growing, and not only for professionals about mental health, but also for doctors of all specialties without exception. Our research shows that the traumatic effect of stress on soldiers, who have not formed readiness to participate in combat operations, personal immaturity, infantilism, unformed volitional sphere, which in the future provoked the emergence of destructive personality changes, behavioral disorders.

Keywords: Strategy for the development of an effective rehabilitation system of war veterans and members of their families, families of deceased veterans of war, specialized assistance to combatants, post-traumatic stress disorder, combatants.