

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ТА
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я
Кафедра педагогіки та психології**

Кваліфікаційна праця на правах рукопису

ГОЛУБІНСЬКА АНГЕЛІНА РУСЛАНІВНА

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**«Особливості психосоціальної реабілітації постраждалих з ПТСР:
організаційні та терапевтичні аспекти»**

Освітньо-професійна програма «Психологія»,

Спеціальність 053 «Психологія»

Науковий керівник:

доктор юридичних наук, доцент

Мельник Віктор Мирославович

ВІННИЦЯ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	7
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАЖДАЛИХ З ПТСР.....	55
РОЗДІЛ 3. ТЕРАПЕВТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	83
ВИСНОВКИ.....	104
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	108

ВСТУП

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це одна з найважливіших проблем як соціальної, так і клінічної психології. Він виникає внаслідок сильних стресових подій, які залишають глибокий слід у психіці людини, порушують її емоційний стан і мислення. На сьогоднішній день представники найрізноманітніших соціальних груп стикаються з ситуаціями, що можуть призвести до розвитку ПТСР.

Війна в Україні стала серйозним фактором, що впливає на поширення цього розладу. У 2014-2015 роках, після початку бойових дій на сході України, фахівці вже фіксували значне зростання кількості осіб із симптомами ПТСР. У 2022 році, після повномасштабного вторгнення, ця проблема здобула тенденцію до поширення. Для прикладу, Міністерство охорони здоров'я України вказує на те, що українці понад 9 мільйонів раз звертались до лікарів з питань психічного здоров'я.

Хочу зазначити, що війна впливає на всі соціальні стани та професії. У контексті бойових дій, особи, які пережили обстріли, втратили житло, були змушені покинути свої домівки або розлучилися з близькими, також стикаються з серйозними психологічними труднощами. Особливо вразливими є жінки, діти, люди похилого віку, вимушені переселенці та свідки воєнних і не тільки злочинів. Симптоми ПТСР, такі як нав'язливі спогади, підвищена тривожність, проблеми зі сном, емоційна нестабільність та відчуття ізоляції, спостерігаються як у військових осіб, так і у цивільного населення.

Безумовно, проблема посттравматичного стресового розладу унаслідок військових дій не є унікальною для України. В інших країнах, де відбувалися збройні конфлікти, фіксується значне поширення цього розладу серед населення також. Наприклад, у Сирії, де війна триває з 2011 року, понад 50% цивільних мають симптоми цього розладу. У США після воєн в Іраку та Афганістані багато ветеранів і людей, що перебували в зонах бойових дій, стикаються з ПТСР. Це

підтверджує масштабність проблеми, яка має значний вплив на психічне здоров'я людей незалежно від їхнього статусу, ролі в конфлікті.

Проте війна – не єдина причина розвитку ПТСР. Зауважу, що цей розлад може виникати не тільки через військові конфлікти, а й унаслідок інших важких життєвих ситуацій. До таких подій належать природні катастрофи (землетруси, повені), техногенні аварії, насильство (фізичне, сексуальне, психологічне), терористичні атаки та серйозні ДТП. До прикладу, після урагану «Катріна» у 2005 році понад 30% постраждалих мали симптоми ПТСР. Подібні випадки спостерігаються і серед жертв різних форм насильства: за різними дослідженнями, від 20% до 50% таких людей можуть страждати від цього розладу.

Ризик розвитку ПТСР залежить від тривалості та сили впливу травматичної події, а також від особливостей психічного статусу людини. Велике значення мають соціальні фактори, зокрема підтримка з боку родини, друзів і суспільства. Якщо людина залишається сам на сам зі своїми переживаннями і не отримує необхідної допомоги, її стан може тільки погіршитися.

Отже, проблема ПТСР є достатньо актуальною та серйозною, оскільки свідчить про стресогенність соціальних умов і стресостійкість соціальних груп.

Об'єкт дослідження:

Психосоціальна реабілітація постраждалих з ПТСР.

Предмет дослідження:

Особливості психосоціальної реабілітації постраждалих з ПТСР: організаційні та терапевтичні аспекти.

Мета дослідження:

Систематизувати організаційні та терапевтичні особливості процесу психосоціальної реабілітації.

Моя мета досягається шляхом розв'язання низки завдань:

По-перше, охарактеризувати теоретичні засади психосоціальної реабілітації, як системи.

По-друге, роз'яснити специфічні риси системи психосоціальної реабілітації постраждалих від ПТСР.

По-третє, виділити моделі психосоціальної реабілітації.

По-четверте, надати практичні рекомендації з метою процесу вдосконалення системи психосоціальної реабілітації в Україні.

Для досягнення поставлених завдань мною використано наступні наукові методи:

1. **Системний метод** допоміг розкрити особливості функціонування психосоціальної реабілітації, як системи.

2. **Порівняльний метод** дозволив знайти спільні та відмінні в межах психологічних та соціальних компонентів реабілітації постраждалих з ПТСР.

3. **Крос-культурний метод** зумовив напрацювання фактичного матеріалу для виявлення різних підходів до системи реабілітації постраждалих із ПТСР у різних країнах та суспільствах.

4. **Метод організаційного моделювання** допомагає структурувати моделі реабілітаційного процесу, виокремлюючи ключові елементи, етапи та взаємозв'язки між ними.

Профілактика, лікування, корекція та реабілітація психічних станів, що виникають унаслідок важких стресових ситуацій мають не лише клініко-психологічну природу, але й соціально-психологічний контекст. У сучасному світі все більше людей стикаються з наслідками посттравматичних переживань, що ставить питання: чи можна впоратись із цими проблемами самостійно, без втручання професіоналів? З одного боку, здається, що існують методи, які можуть полегшити симптоми, однак з іншого – неправильний підхід здатен погіршити ситуацію. Тому, на мою думку, важливо зважено підходити до вибору методів допомоги, адже лікування таких станів потребує професійної уваги.

Лікування симптомів у домашніх умовах без звернення до фахівців – дискусійне питання. Я вважаю, що самолікування може здатися бажаним шляхом, але при неправильному підході воно може лише поглибити проблему.

Психологічні травми впливають на всі аспекти життя людини, тому, на мій погляд, у таких випадках важливо звертатися до дипломованих спеціалістів.

Безумовно, деякі методи самодопомоги, як релаксація, медитація, фізичні вправи чи ведення щоденника, можуть знижувати рівень стресу та тривоги. Відновлення контактів з природою, фізична активність або заняття творчістю також можуть мати позитивний вплив. Однак ці методи здатні лише частково полегшити симптоми і не можуть змінити основну проблему – травматичні переживання, що потребують професійного підходу. Я переконана, що для ефективного лікування важлива робота з професіоналом.

Самолікування може бути небезпечним у випадках серйозних симптомів, таких як агресія, ендогенна депресія, суїцидальні думки чи нав'язливі спогади. Ігнорування професійної допомоги може погіршити ситуацію, привести до розвитку додаткових проблем, таких як адиктивна поведінка. Я впевнена, що хоча методи самодопомоги можуть бути корисними для тимчасового полегшення симптомів, вони не можуть замінити професійну терапію та інші форми психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Реабілітація – термін, який має в собі латинське коріння, адже *rehabilitatio* з латини означає «відновлення». Відповідно, не дивно, що два найбільш розповсюджених варіанти використання цього терміну, на перший погляд, не зовсім корелюють між собою. Великий тлумачний словник української мови спершу дає наступні визначення цьому поняттю: «поновлення доброго імені, репутації несправедливо заплямованої або безпідставно звинуваченої людини»; «відновлення в правах людини, стосовно якої скасовано судовий вирок». І лише потім визначає поняття реабілітації як «комплекс медичних, педагогічних, професійних засобів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів» [11]. Перші два визначення мають не просто морально-етичний, а й перш за все правовий, юридичний контекст. Ми часто вживаємо термін «реабілітація», наприклад, коли згадуємо жертв політичних репресій, чи коли жартуємо над другом, який вчинив не найкращим чином, а тепер прагне щосили виправити ситуацію [3].

Третє визначення уже куди ближче до тематики безпосередньо мого дослідження. Уже тут, не у профільному медичному словнику ми зустрічаємось із засадничими положеннями, які з'ясовують сутність цього поняття. Реабілітація тут розуміється як використання різного роду засобів для відновлення порушеної функції організму хворої людини. Тобто повернення фізичного та / чи ментального здоров'я людини до меж норми. Заглиблюючись у тему мого дослідження варто звернути свою увагу на Медичний довідник Дорланда – авторитетне наукове джерело у галузі медицини. Він визначає термін реабілітація як «відновлення нормальної форми і функції після ушкодження чи хвороби» та «відновлення здоров'я хворого чи травмованого пацієнта до оптимального функціонального рівня вдома та в суспільстві у зв'язку з фізичною, психосоціальною, професійною та розважальною активністю» [11]. Якщо перше дублює попереднє визначення як повернення хворого до нормального стану, то

друге визначення із довідника Дорланда вводить для нас іще одну важливу «змінну» це повернення пацієнта до оптимального функціонального рівня вдома та, що мене цікавить більше (в контексті саме психосоціальної реабілітації) [23, с. 983], суспільстві. Тобто, ми говоримо про пацієнта, який втратив можливість виконувати певні функції вдома чи в суспільстві та, що найважливіше, про відновлення цих функцій до оптимального (або принаймні прийняттого) рівня [11].

Як одне з ключових, інтегративних понять можна використати наступне: «реабілітація – це комплекс скоординовано проведених заходів медичного, психологічного, соціального і педагогічного характеру, націлених на відновлення здоров'я, психологічного статусу і здатності до виконання фізичних функцій в осіб, що втратили ці можливості в результаті захворювання чи травми». Серед цілей реабілітації зазвичай виділяють [49]:

- 1) усунення небезпеки (реальної або можливої) ментального захворювання;
- 2) інтеграцію особи до «звичного» життя, тобто такого, що передував травматичній ситуації;
- 3) відновлення соціального статусу постраждалого.

З вищеописаного бачимо, що проблему реабілітації варто розглядати комплексно, поєднуючи різні сфери. Сучасні вітчизняні автори зазвичай виділяють декілька видів реабілітації: медична, юридична, психологічна, соціальна, психотерапевтична, фізична, професійна, педагогічна та багато інших.

Можна виокремити, на три основних, тісно взаємопов'язаних види реабілітації, такі як: медична, соціальна (побутова) та професійна (виробнича) реабілітація.

Медична реабілітація – перший та основний вид реабілітації серед усіх нижче згаданих. Це фундамент від якого залежить подальша ефективність використання інших видів реабілітації, тривалість та обсяг лікування. Основними завданнями медичної реабілітації є [24]:

- відновити здоров'я;

- запобігання розвитку ускладнень та рецидивів;
- компенсувати порушені и втрачені функції;
- підготовка до щоденних побутових навантажень;
- ліквідація патологічного процесу;
- попередити або ж сповільнити подальший розвиток патологічних

процесів, що впливатимуть на часткову або повну втрату працездатності.

Невід'ємними частинами медичної реабілітації є такі види як: фізична та психологічна реабілітації.

Отже, фізична реабілітація або ж, як ще її називають, фізична активація – це складова медичної реабілітації, що базується на відновленні хворих з тимчасовою чи постійною тратою працездатності, прискоренні відновлення функцій органів та систем [2, 42].

Завдання фізичної реабілітації полягають у:

- мобілізації резервних сил організму;
- скороченні термінів відновлення;
- тренуванні та загартовуванні організму;
- розвитку навичок самообслуговування;
- адаптації до фізичних навантажень [49].

Ключовими засобами фізичної реабілітації є лікувальна фізична культура (ЛФК), лікувальний масаж, заняття на тренажерах, мануальна терапія, а також використання аеро-, гідро-, сонячних терапій та ортопедичних пристосувань.

Одночасно з фізичною реабілітацією часто застосовують психологічну підготовку чи реабілітацію пацієнтів. Психологічні методи спрямовані, безпосередньо, на корекцію, підтримку та покращення психічного стану постраждалого, що пережив травматичну подію у своєму житті, його ставлення до лікування та налаштування на одужання [2].

Також, важливим аспектом є заохочення пацієнта до позастаціонарного життя, орієнтація на повернення активної життєдіяльності, звісно, на рівні відповідному до травми, поранення чи хвороби. Психологічна реабілітація не

закінчується після виписки зі стаціонару, вона продовжується й після того як пацієнт повертається додому, у нібито звичний для нього, ритм життя. Це відбувається для спостереження за психічним станом постраждалого. Адже пропрацьовані проблеми в стінах лікарні можуть стати справжніми тригерами у повсякденному житті, тому для підтримки ментального здоров'я та мінімізації травматизацій процесу адаптації до зміненого становища в сім'ї, суспільстві, сфері професійної діяльності психологічна реабілітація продовжується.

Не варто нехтувати тією закономірністю, що на ефект психологічної, як і будь-якої іншої, реабілітації впливає не лише готовність, бажання, відповідальність та сумлінність виконання завдань самого пацієнта, а й сприймання хвороби чи травми, його «нового», готовності до співпраці та сприйняття ситуації рідними та друзями пацієнта. Отже, як і хворого, так і його близьких потрібно максимально залучати до процесу відновлення для розуміння ними важливості впливу їхньої діяльності на результат лікування й подальшої якості життя [2].

Якщо підійти ближче саме до тематики мого дослідження, то можна з легкістю виокремити вплив кожного з вищезазначеного виду реабілітації на людей, що переживають постратравматичний стресовий розлад (ПТСР). Медична реабілітація стабілізує та усуває соматичні прояви стресу, зокрема: порушення сну, головний біль, серцево-судинні розлади, постійна напруга та підвищений рівень тривожності. Також саме при медичній реабілітації дозволено медикаментозний вплив на діяльність організму. Фізична реабілітація фокусується на роботі з тілом. Саме через активність тіла постраждалих поступово відновлює внутрішню рівновагу, покращується загальне самопочуття та контроль над власними емоціями. ЛФК, масаж, йога, плавання й ще велика кількість інших методів фізичної реабілітації – це є проявом помірної фізичної активності під час якої стимулюється вироблення організмом природніх «гормонів радості» - ендорфінів. Внаслідок чого зменшується відчуття страху, тривоги, пригніченості, покращується настрій та загально енергетичний стан

організму. Психологічна реабілітація має значення саме у подоланні емоційних, когнітивних і поведінкових наслідків психотравми. Варто зауважити те, що чим швидше розпочати психологічну реабілітацію тим кращим результатом буде наприкінці лікування. Беручи до уваги пацієнтів з ПТСР психологічна підготовка попереджає ускладнення та рецидиви, також постраждалий поступово готується до реагування на зовнішні подразники, проблеми, негативні ситуації у повсякденному цивільному житті, якщо говоримо про військовослужбовців, підвищується мотивація до відновлення та повернення до повсякденності. Вчасна психологічна допомога або ж реабілітація допомагає не заглиблюватися у травматичну подію, а також уникнути загострення симптомів ПТСР [42, с. 74].

Синергія вищезазначених видів реабілітації при ПТСР полягає у підсиленні ефектів кожного з них та швидшого покращення загального стану пацієнта. Вище перелічені види реабілітації часто є взаємопов'язаними, тому їх й використовують паралельно у лікуванні пацієнта [10, с. 167-189].

Соціальна реабілітація або ж, ще як її називають, побутова реабілітація зосереджується на поверненні людини до активного способу життя та праці, забезпеченні культурних потреб пацієнта, відпочинку, занять спортом та організації побуту. У контексті даного виду реабілітації пацієнт розглядається, як частина природи. Тобто людина та її стан, як фізичний, так і психічний залежить не лише від її особистого сприйняття хвороби, світу чи життя після певної травматичної події, а прямопропорційно пов'язана із зовнішнім середовищем, оточенням та їхнім впливом на неї та її життя. Також стан людини залежить не лише від біологічних змін, безпосередньо, у її організмі, а й від змін суспільних умов. Хвороба, травма, поранення змінює життя людини кардинально. Ті установки, темп життя, погляди та, загалом, сприймання світу різко виявляються неактуальними. У цей час тимчасово або повністю втрачається можливість працювати на минулому місці роботи, погіршується матеріальне становище, ускладнюються взаємовідносини. Тобто потрібно вчитися функціонувати, комунікувати, жити та розвивати свій потенціал наново, а найважче те що все це

необхідно робити з урахуванням певних обмежень, що впливатимуть на власне самопочуття. Соціальна реабілітація, враховуючи усі проблеми з якими зіштовхується людина після хвороби, поранення чи травми спрямовує дії на [16]:

- правовому захисті;
- вирішенні матеріальних питань, тобто житло, їжа, одяг, транспорт;
- юридичному захисті постраждалого [26];
- навчанні базової діяльності в межах дому, працевлаштуванні у спеціалізовані заклади;
- відновленні соціального статусу;
- відновлення ослаблених чи втрачених соціальних зв'язків;

Також одним із важливих моментів соціальної реабілітації є надання різних видів соціальної допомоги, що включає в себе підготовку та сам процес протезування, забезпечення засобами переміщення, робочими пристосуваннями та організацію санаторно-курортного лікування. При необхідності під час проходження соціальної реабілітації спеціалісти звертають увагу та виділяють час на розвиток навичок щодо обслуговування. А саме підготовки пацієнта до користування стандартними чи спеціальними пристроями, що допоможуть у процесі самообслуговування та зроблять легшими виконання його дій, залучаючи до цієї частини побутової реабілітації реабілітолога, психолога та фахівця праці [16].

Соціальна реабілітація виступає невід'ємною частиною лікування пацієнтів з постратравматичним стресовим розладом. Її вважають, так званим, завершальним етапом, але водночас і найтривалішим серед усіх. Адже саме соціальні наслідки ПТСР можуть зберігатися й після стабілізації психічного стану. Основними маркерами саме цього виду реабілітації є наголошення та залучення до співпраці, а не лише висловлюванні слів підтримки, етапності, практичному спрямуванні та міждисциплінарних підходах [28].

Професійна реабілітація або ж трудова спрямована на підготовку та повернення нормальних відносин постраждалого до виробничої діяльності.

Базується на відновленні працездатності пацієнта. Основою трудової реабілітації є працетерапія. Вона є активним методом відновлення функцій людини. Реалізація цієї терапії, звісно ж, прямопропорційно залежить від: характеру та перебігу захворювання, функціонального стану та фізичної готовності пацієнта, стажу роботи, умов праці, бажання самого хворого розпочати або ж продовжити трудову діяльність та посади. Враховуючи та оцінюючи усі вищеперераховані фактори спеціалісти даного напрямку приймають рішення щодо подальших дій. Адже, існує три шляхи відновлення працездатності людини: професійна адаптація, реадаптація та перекваліфікація.

- Професійна адаптація – це повернення до попереднього місця роботи чи процес пристосування до нового.
- Перекваліфікація – навчання новій професії, вмінням, навичкам при стійкій втраті працездатності.
- Рееадаптація – процес, що включає зміну професійної діяльності або нові умови праці на тому ж підприємстві або установі.

У реабілітаційному процесі беруть участь такі спеціалісти, як: педагоги, реабілітологи, юристи, соціологи. У даному переліку своє місце повинні займати й фахівці праці, що займаються питаннями профорієнтації, професійної адаптації, дотримання умов охорони праці та допомагає іншим спеціалістам у відновленні працездатності та реінтеграції осіб у трудову діяльність після захворювань, травм чи поранень. Безпосередньо це стосується й людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Діяльність усіх залучених до реабілітації повинна бути спрямованою на зацікавлення хворого процесом, а також результатами праці, відволіканням від думок про хворобу та перемиканням уваги на активну діяльність для покращення функцій організму та систем. Діяльність, професія чи робота не має посилювати важкість загального стану пацієнта, а навпаки, виключаючи вплив шкідливих і небезпечних речовин та факторів, забезпечувати фізичну безпеку, психологічний комфорт, сприяти розвитку та покращення тієї працездатності, що збереглася після травматичної

події, стимулювати прояв соціальних, інтелектуальних здібностей, а також підвищити загальну якість життя та мотивацію до відновлення. Задля цього застосовують чотири різні види працетерапії: відновну, тонізувальну, продуктивну та орієнтовну.

Особливості тонізувальної працетерапії полягають в активації фізіологічних та психічних функцій організму, що були знижені через хворобу, травму або ж поранення. Метою цього етапу є зменшити рівень апатії, підвищити загальний тонус, відновити цікавість до діяльності, тому використовують легкі, короткотривалі, емоційно-позитивні завдання, що не потребують великих фізичних чи розумових зусиль. Варто зазначити, що це є першим етапом виробничої реабілітації, яка виконує функцію емоційного стимулювання та мотиваційного пробудження.

Відновна працетерапія – другий етап, що спрямований на тренування ослаблених функцій організму та формування стійкості до навантажень у майбутньому, тому завдання ускладнюються поступово, враховуючи індивідуальні можливості кожного пацієнта. За мету цього етапу можна вважати відновлення координаційних рухів, витривалість, працездатність і цілеспрямованість дій. Використовують ремісничу або художню працю, догляд за рослинами чи тваринами – ця діяльність виконує терапевтичну функцію та показує результати.

Орієнтовна працетерапія є третім та підготовчим етапом до перекваліфікації чи працевлаштування та зосереджується на оцінці професійних нахилів, інтересів та можливостей людини. Також виконує пошук оптимальної сфери праці для пацієнта після реабілітації. Метою є допомогти пацієнту зорієнтуватися у виборі професійного напрямку, виявити, які види роботи відповідатимуть його стану. На цьому етапі обов'язкове спостереження психолога та реабілітолога.

Продуктивна працетерапія – це четвертий, завершальний, етап виробничої реабілітації. Спрямований на виконання реальної, соціально-корисної праці

пацієнтом, що максимально наближена до майбутньої діяльності. Використовується для професійної реадаптації. Метою є поступове відновлення професійних навичок, самостійності й відповідальності. У результаті отримуємо поступове повернення до активної трудової діяльності, навчання новому та впевненості у власній діях та силах.

Педагогічна реабілітація або ж психолого-педагогічна реабілітація, як і будь-який інший вид реабілітації є одним із компонентів загально реабілітаційного процесу, що має за мету відновити освітньо-виховні, психологічні, фізичні та соціальні функції пацієнта з порушенням розвитку та функціонування. Педагогічна реабілітація – це сукупність заходів, що передбачають індивідуальну підтримку, розвиток моральних уявлень, опанування навичок поведінки та спілкування, а також підвищення рівня саморегуляції. Цей вид реабілітації базується на:

1. формуванні позитивної самооцінки;
2. створенні умов і ситуацій, у яких людина має змогу пережити успіх, що підвищує її віру у власні сили;
3. забезпеченні мотивацій досягати, тобто підтримувати та стимулювати мотиви до навчання, розвитку та досягання результатів;
4. коригуванні навчально-наукового середовища відповідно до особливостей пацієнта;
5. залученні у навчально-виховний процес, адаптацію до освітнього середовища та активне включення в освітню діяльність.

Цей підхід демонструє, що під час даної реабілітації люди після травми, хвороби чи поранення потребують не просто навчання чи передавання знань, а основою цього має бути створення підтримуючого середовища, мотиваційного простору та розвиток чи ініціювання бажання самого пацієнта до активної діяльності. Існує декілька заходів, що дозволяють створити ефективний реабілітаційний процес, зокрема педагогічний. Отже, до таких заходів відносяться [50]:

1. Урахування результатів моніторингових досліджень психофізіологічного стану людини, що пережила травматичну подію;
2. Розроблення індивідуальної системи реабілітаційних завдань або ж вправ для кожного постраждалого;
3. Вибір найоптимальнішого та найефективнішого методу та змісту процесу реабілітації;
4. Організація узгодженого впливу на особу з особливими психологічними, освітніми, функціональними проблемами;
5. Застосування діалогічного спілкування, що передбачає на початку часткову, а згодом і повну довіру, повагу та відкритий обмін думками між фахівцем та пацієнтом;
6. Повне інформаційно-методичне забезпечення педагогічного реабілітаційного процесу;
7. Системне використання фронтальних, групових, індивідуальних, парних, колективних та інтегрованих форм і методів реабілітації.

Форми організації психолого-педагогічної реабілітації визначають способи взаємодії пацієнта зі спеціалістом, характеризують структуру та динаміку реабілітаційного процесу. Вибір тієї чи іншої форми залежить від низки факторів, зокрема від індивідуальних властивостей хворого, визначених цілей, а також етапом реабілітації, що є досить важливим пунктом. Розглянемо детальніше форми педагогічної реабілітації для кращого розуміння їх впливу на пацієнта, сам процес та особливості застосування кожної з форми на практиці [52, с. 4].

Індивідуальна форма – це форма реабілітації, що базується на проведенні реабілітаційних, корекційних та навчально-виховних занять, безпосередньо, «один - на – один», тобто фахівець тієї чи іншої галузі, зокрема педагогічної, з пацієнтом.

У нормативному документі щодо організаційно-методичних засад здійснення комплексної реабілітації зазначено, що індивідуальна форма

реабілітації є одним із варіантів освітніх послуг. А в наукових джерелах зазначають індивідуальну форму співпраці з хворим основним варіантом корекційно-розвивальної роботи.

Ця форма відрізняється від інших та має свої особливості.

1. Максимальне врахування індивідуального профілю постраждалого. Фахівці у роботі з пацієнтами звертають свою увагу на рівень інтелектуального, фізичного та емоційного розвитку, тип та ступінь порушення, особливості поведінки й, звісно, сприйняття та темп засвоєння інформації. Цей підхід дозволяє обрати найбільш ефективний метод та спосіб роботи з конкретною особою.

2. Можливість швидкого коригування завдань, матеріалів та темпу роботи. Фахівець може та має право змінювати програму або ж підхід у процесі заняття, адаптуючи його таки чином до поточного настрою, самопочуття та успішності індивіда. Саме така можливість та гнучкість реабілітаційного процесу сприяє хоч і поступовому, але стабільному прогресу, запобігає перенавантаженню та погіршення стану.

3. Повна конфіденційність та можливість глибшої взаємодії. У цьому форматі, створюється відчуття довіри, психологічної безпеки, що полегшує самовираження, розвиток мотивацій і формування позитивного ставлення до процесу реабілітації.

Отже, індивідуальна робота забезпечує персональний підхід оперативне реагування на потреби пацієнта та емоційно комфортні умови взаємодії, що робить її особливо ефективною у процесі реабілітації людей, що пережили травматичну подію.

Попри очевидні переваги індивідуальної форми реабілітаційного процесу, що забезпечує персоналізований підхід і врахування особливостей кожного пацієнта, її використання має низку обмежень. Ці недоліки здебільшого пов'язані з організаційними, ресурсними та соціально-психологічними чинниками, що впливають на ефективність процесу реабілітації. Серед них:

1. Висока ресурсозатратність, адже індивідуальні заняття потребують значних часових, емоційних і кадрових ресурсів. Один фахівець може працювати лише з одним пацієнтом у ході реабілітаційного процесу цієї форми. Це обмежує кількість осіб, яких могла б охопити реабілітація. Також індивідуальний підхід вимагає оптимального співвідношення «якість – ресурси», чого не завжди можна досягти у практичній діяльності.

2. Обмежені соціальні взаємодії, так як відсутність групового середовища знижує можливість для розвитку чи покращення комунікативних навичок, співпраці та соціальної адаптації. Ці аспекти є дуже важливими у соціально-психологічній реабілітації. Адже саме завдяки груповій взаємодії формуються відчуття спільності, залученості до чогось важливого та знижується соціальна ізоляція. Індивідуальна форма реабілітації, навпаки, може погіршити стан пацієнта, а саме підтримувати замкненість і страх комунікації.

3. Ризик емоційної залежності від фахівця внаслідок довготривалого, тісного контакту пацієнта та спеціаліста, що може призвести до надмірної довіри, прив'язаності та емоційної залежності. Це є досить небезпечно, адже в такому випадку пацієнт починає орієнтуватися виключно на оцінку, підтримку і слова фахівця, знімаючи цим самим з себе відповідальність за власне життя, здоров'я та майбутнє. Виникає ризик ускладнення подальшої самостійності й автономності хворого, що суперечить основній меті реабілітаційного процесу – відновленню особистісної незалежності.

4. Відсутність ефекту групової динаміки пацієнтів. Постраждалі, що перебувають у груповій формі реабілітаційного процесу спостерігається позитивна динаміка – взаємне підкріплення, наслідування, колективна підтримка та здорове змагання. У ході ж індивідуальної форми роботи ці чинники відсутні. Групова динаміка виступає потужним мотиваційним фактором у реабілітаційних процесах. Індивідуальна форма позбавляє учасника можливості спостерігати за роботою й успіхами інших, що іноді може знижувати внутрішню мотивацію.

5. Складнощі, що виникають із об'єктивністю самооцінки. Пацієнту важливо комунікувати з іншими людьми, адже в процесі взаємодії він має змогу спостерігати за діями, досягненнями та мотиваціями іншої людини, порівнювати власні досягнення та усвідомлювати прогрес. Індивідуальна форма реабілітаційного процесу не дає хворому можливості порівнювати свої досягнення з результатами інших. Внаслідок цього може сформуватися завищена або ж занижена самооцінка. У такому ході роботи об'єктивне оцінювання можливе лише за умови ретельного супроводу фахівця та системного моніторингу результатів.

6. Під час індивідуальної форми реабілітаційного процесу фахівець має одночасно поєднувати в собі роль викладача, консультанта, психолога та мотиваційного наставника. Це підвищує психоемоційне навантаження на спеціаліста та ризик професійного вигорання.

Отже, варто підсумувати, що індивідуальна форма хоч і забезпечує глибоку персоналізацію й адаптацію до реабілітаційного процесу, проте вона передбачає високу ресурсозатратність, обмеженість соціальних контакти, ризик емоційної залежності та високе професійне навантаження. Це свідчить про необхідність поєднання індивідуальної з груповою чи парною формами. Адже комбінований підхід дозволить оптимізувати ресурси й забезпечити повноцінний розвиток як особистісних, так і соціальних навичок учасників реабілітаційного процесу.

Групова форма – це організація занять із декількома пацієнтами одночасно у взаємодії з одним або кількома фахівцями. До складу спеціалістів, що здійснюють реалізацію групової форми роботи можуть входити: психолог, педагог-реабілітолог, соціальний працівник. Вони спільно координують процес і створюють умови для ефективної взаємодії усіх пацієнтів між собою, а також із ними. Така форма може втілюватися у форматі корекційної групи, групи підтримки, групи самопомоги або ж тренінгової групи. Саме такий підхід забезпечує соціальну адаптацію, підвищення самооцінки, а також розвиток навичок міжособистісного спілкування. Розглядаючи педагогічний контекст у

груповій формі реабілітаційної діяльності, вона сприяє активізації пізнавальної діяльності, розвитку колективного мислення, формуванню емпатії та готовності до взаємодій з суспільством. Розглядаючи особливості цієї форми реабілітації, слід звернути увагу на нижчезазначені переваги:

1. Сприяє взаємодії між пацієнтами, спілкуванню та взаємо підтримці. Люди, що перебувають у цій групі мають можливість обмінюватися досвідом, спостерігати за поведінкою інших, покращувати навички співпраці, емпатії та комунікації. Цей простір створює соціальне міні-середовище, у якому кожен має змогу отримати як емоційну, так і поведінкову підтримку.

2. Знижує ізоляцію пацієнта та стимулює покращення соціальних навичок. Групова взаємодія допомагає відновити довіру до оточення, заново розвиває або ж покращує навички комунікації, співпраці, самопрезентації та спокійного й конструктивного вирішення непорозумінь. Це має особливе значення, адже люди, що перебувають у реабілітаційному процесі пережили травматичну подію, перенесли важкі захворювання, травми, поранення чи втрату близької людини часто переживають почуття відчуження, недовіри до оточення, самотності, емоційного виснаження та зниження віри у власні сили. Саме тому створення безпечного простору для вираження себе та власних переживань, емоцій є ключовою умовою успішної реабілітації.

3. Підвищує рівень самооцінки та почуття незалежності. Спілкуючись між собою та паралельно проходячи педагогічну реабілітацію у груповій формі, кожен пацієнт бачить результат своєї діяльності, відчуває власну цінність у групі й усвідомлює свій внесок у спільну справу. Таким чином зміцнюється та нормалізується самооцінка, формується почуття приналежності до спільноти, підсилюючи мотивацію до подальшої активності та подальшого зростання. У постраждалих формується позитивний цілісний образ «Я», що сприяє відновленню внутрішньої рівноваги й контролю над власними емоціями та життєвими ситуаціями.

4. Стимулює формування колективної відповідальності та навичок самоконтролю. Пацієнти під час спільної діяльності вчаться узгоджувати власні дії з діями інших, дотримуватися встановлених правил і норм поведінки, сприймати й розуміти різні точки зору. Така взаємодія розвиває внутрішню самодисципліну, вміння контролювати власні емоції, вчить брати відповідальність не лише за себе та свої вчинки, а й за інших людей та результат групи.

5. Забезпечує оптимальне використання наявних ресурсів (час, фахівці, організаційні можливості). За рахунок групових занять є можливість охопити більшу кількість осіб одночасно, що покращує ефективність використання часу та людських ресурсів. Завдяки груповій формі педагогічного реабілітаційного процесу фахівці мають змогу реалізувати різноманітні корекційні та розвивальні завдання, при цьому ж зберігається саме індивідуальний підхід, що полягає у підборі методів та рівня складності завдань безпосередньо для кожного пацієнта.

Разом із перевагами групова форма має і низку чинників, що можуть ускладнити застосування даної форми та негативно вплинути на перебіг реабілітаційного процесу. Ефективність саме групової форми реабілітації значною мірою залежить від підготовки спеціаліста, складу групи й умов проведення занять. Усвідомлення цих аспектів дозволяє фахівцю коректно планувати роботу й уникати типових проблем. Тому важливо враховувати потенційні недоліки, що мінімізувати ризики та забезпечити максимальну результативність реабілітаційного процесу. Серед них:

1. Різний рівень підготовленості та стану учасників. Якщо пацієнти з різним рівнем функціональних можливостей, психологічного стану чи досвідом роботи над собою опиняються в одній групі, може виникнути складнощі із підбором темпу, завдань і рівня їх складності. Адже, сильні учасники групи можуть нудьгувати й відчувати незацікавленість у процесі, а слабші – відчувати фрустрацію та пригніченість. Доведено, що неоднорідність групи знижує загальну ефективність роботи та вимагає високої компетентності спеціаліста.

2. У групових умовах спеціаліст фізично не матиме змоги забезпечити повну індивідуальність роботи для кожного пацієнта. Під час проведення занять фахівець змушений орієнтуватися на «середній рівень» групи, що не завжди відповідає актуальним потребам окремих пацієнтів. Деяким учасникам необхідні глибші корекційні втручання, частіший зворотній зв'язок або ж персональна підтримка. Цих аспектів важко досягти в умовах одночасної роботи з багатьма людьми. Тому, варто зазначити, що групова форма реабілітації менш ефективна при роботі з тяжкими порушеннями, високою тривожністю чи індивідуальними поведінковими труднощами.

3. Група може діяти на пацієнта як позитивно, точно так само й негативно. Це залежить від складу робочої групи, їх налаштованості на роботу, наявності конфліктів або ж просто занадто різний темперамент та погляди учасників на одне й теж. У такій формі роботи можлива поява домінуючих учасників, конкуренції, критики чи тиску. Це може підсилювати тривогу або знижувати самооцінку. Варто зауважити, що некеровані процеси групової форми реабілітації впливають безпосередньо на ефективність терапії та загальний стан пацієнта.

4. У груповій формі реабілітаційного процесу набагато важче забезпечити повну приватність особистої інформації. Попри наявність встановлених правил конфіденційності, групова взаємодія завжди передбачає участь кількох осіб, що саме по собі створює підвищений ризик розголошення приватних даних. Фахівець має змогу контролювати процес і поведінку пацієнтів лише під час зустрічі, але не має реального впливу на поведінку учасників поза її межами. Навіть ненавмисні висловлювання інших учасників групи, емоційні реакції чи перекази почутого на заняттях в особистих розмовах можуть призвести до часткового витоку інформації. У груповій формі реабілітації абсолютна конфіденційність є недосяжною, адже це залежить лише від доброчесності всіх присутніх на занятті та їхнього рівня усвідомленості.

5. Зниження контролю фахівця над процесом реабілітації. Одночасна робота з кількома учасниками є набагато складнішою, аніж робота з пацієнтом «тет-а-тет». У груповій формі роботи спеціаліст повинен одночасно слідкувати за динамікою всієї групи, а не однієї людини. Також фахівець має зберігати баланс між потребами окремих людей. Зауважу, що потреби кожного пацієнта можуть відрізнятися, тому потрібно знаходити час та ресурси на виокремлення кожної з них. Це, у свою чергу, значно ускладнює своєчасне виявлення індивідуальних емоційних реакцій, прихованих кризових проявів або ж сигналів перевантаження, що в індивідуальній формі реабілітаційного процесу були б помітні одразу. Також, фахівець не завжди може одночасно забезпечити належною підтримкою й увагою усіх, хто цього потребує. Таким чином учасники можуть як замовкати, приховувати свої емоції, так і, навпаки, демонструвати надмірно сильні емоційні реакції для привернення уваги спеціаліста. У реабілітаційних програмах, що безпосередньо стосуються постраждалих з посттравматичним стресовим розладом заняття у груповій формі потребують додаткових стратегій моніторингу, адже постраждалі з ПТСР можуть мати непередбачувані емоційні спалахи, тригери чи регресивні реакції на котрі потрібно реагувати миттєво.

6. Для деяких учасників саме знаходження навіть у невеликій групі людей уже, саме по собі, може бути стрес-фактором. Участь у груповій формі реабілітації передбачає повний рівень відкритості, взаємодії та публічного висловлювання думок. Для людей із тривожністю, підвищеною самокритичністю, сором'язливістю чи травматичним досвідом така ситуація може викликати значний емоційний дискомфорт. Вони можуть боятися осуду, порівняння себе з іншими, зробити помилку, привертати увагу або ж «виглядати неправильно». Саме через вищезазначені фактори частина учасників намагається мінімізувати свою активність: менше говорити, уникає участі в обговореннях, не бере ініціативи у вправах.

Отже, групова форма реабілітаційного процесу є ефективною, але має низку специфічних недоліків, що необхідно враховувати при плануванні подальшої роботи з пацієнтами. Усвідомлення цих особливостей дає змогу фахівцю не лише завчасно передбачити можливі проблеми, а й правильно організувати робочий процес, обрати відповідні методи та техніки, правильно формувати групу й створити підтримувальний реабілітаційний простір.

Фронтальна форма – форма організації занять під час яких усі учасники, тобто пацієнти, одночасно виконують спільне завдання під керівництвом одного спеціаліста. Усі учасники дотримуються та діють за одним планом і темпом заради загальної мети. Фронтальну форму часто використовують для ознайомлення учасників з новий матеріалом, демонстрації вправ чи проведення інструктажу. Ця форма реабілітаційного процесу є найефективнішою на початкових етапах реабілітації тоді, коли важко створити спільне уявлення усіх присутніх в групі про тему, завдання чи сам процес. Проведення цієї форми реабілітації полягає у чіткій, структурованій, керованій фахівцем інструкції, що передбачає демонстрацію, практику та зворотній зв'язок, тобто повторення дій за спеціалістом. Це дозволяє досягнути короткочасного засвоєння інформації або ж тривалої успішності в певному виді діяльності.

Ця форма має низку характерних особливостей, що визначають специфіку організації та ефективності цього виду занять:

1. Забезпечення системності, чіткої організації та контролю зі сторони спеціаліста певної галузі. Єдиний план, структура й темп роботи у цій формі забезпечують системність та впорядкованість усього процесу. Фахівець, що працює з групою має можливість регламентувати час, послідовність й обсяг виконання поставлених завдань, контролювати дотримання правил та вносити певні корективи в ході роботи. Це сприяє збереженню цілісності заняття, підтримці певного рівня його проведення та цілковитій концентрації уваги. Для пацієнтів це забезпечує створення стабільного, передбачуваного середовища, у

якому поставленні завдання й вимоги до їх виконання є абсолютно зрозумілими й однаковими для всіх.

2. Орієнтація на одночасну роботу з усіма учасниками конкретної групи під керівництвом спеціаліста. Ця форма роботи забезпечує єдність дій, спільність роботи та цілей, що створює злагоджений перебіг реабілітації. Завдяки цій формі реабілітаційного процесу ефективно організовується група, створюється відчуття спільності, злагодженості, дисципліни та забезпечення рівних умов для всіх пацієнтів.

3. Швидке передавання великого обсягу інформації та проведення колективних вправ. Фахівець має змогу донести об'ємний обсяг інформації або ж продемонструвати певні практичні дії, завдання, правильність виконання їх великій кількості пацієнтів, адже під час цієї форми йде одночасне залучення усіх постраждалих з ПТСР. Перевагою цього є зосередження уваги групи на ключових моментах, економія часу, а також забезпечення однакового розуміння завдань усіма учасниками групи.

Основним недоліком цієї форми реабілітації є складність у врахуванні індивідуальних відмінностей пацієнтів. Фахівець не зосереджує свою увагу на кожному пацієнту індивідуально, підбираючи зручний для одного чи іншого хворого темп, об'єм чи кількість завдань, що може негативно вплинути на його стан. Адже загальний темп, однакові завдання не завжди відповідають особистим потребам, можливостям, рівню підготовленості чи швидкості засвоєння нової інформації. Швидкий темп для одних пацієнтів може призвести до їх перевантаження або ж, навпаки, надто повільний темп для інших може гальмувати покращення їх діяльності та брак розвитку. Ефективність даної форми реабілітації підвищується лише у випадку поєднання її діяльності з диференційованими або ж індивідуалізованими методами роботи.

Парна форма – форма навчальної реабілітації, що передбачає роботу в парах. Пацієнти об'єднуються по двоє у пари для спільного виконання завдань, взаємонавчання, спілкування та мінімальних дискусій, у яких покращують та

розвивають свої навички самоконтролю та уміння спокійно висловлювати власну точку зору. Усе це відбувається під пильним керівництвом спеціаліста певної галузі. Під час проведення цієї форми реабілітації кожен із пари пацієнтів має взяти на себе як активну, так і пасивну роль. Якщо приміряється активна роль, то це може бути роль «партнера», чи то «студента-наставника» роль, ну або ж просто рівноправного учасника, що бере на себе ініціативу та стимулює взаємодію, демонструє підтримку та відповідальність один перед одним. Парна форма реабілітаційного процесу має досить чітку структуру організації, але водночас передбачає гнучкість у ролях, методах та темпі для комфортної адаптації кожного з пацієнтів. Розберемо особливості цієї форми для кращого розуміння й усвідомлення її впливу на організм людини, що пережила травматичну подію:

1. Сприяє розвитку міжособистісної комунікації, взаємодії, вмінням слухати партнера та домовлятися. Робота в парах безпосередньо орієнтована на взаємодію двох пацієнтів між собою, що й дозволяє максимально розкрити потенціал або ж проявити вже наявні комунікативні здібності. Учасники не лише виконують спільні завдання у парах, а можуть активно обмінюватися думками, вислуховувати партнера, розмовляти на цікаві теми, узгоджувати спільні дії, а також знаходити компроміси. Саме такий формат прискорює розвиток соціально-комунікативних навичок таких як: уміння слухати, чути, розуміти й проявляти емпатію, спокійно, упевнено й аргументовано висловлювати власну точку зору, водночас вміючи сприймати думку іншого та ставитися до неї з повагою. Парна форма реабілітаційного процесу сприяє підвищенню якості початкової взаємодії, адже завдяки даному підходу пацієнти розмовляють більше, аніж під час інших форм реабілітації, зокрема фронтальної. Вони вдосконалюють уміння формулювати власні думки, перевіряти висловлювання один одного та коригувати свої ж фрази у ході діалогу. Такий процес роботи має велике значення для пацієнтів та покращення їх функцій. Адже робота у парах підштовхує до

активного включення у процес, зниження страху помилок та самовираження, а також покращення соціальних навичок на безпечній території.

2. Враховуючи, те що парна форма реабілітаційного процесу проводиться не одноразово, а триває протягом певного періоду часу, впродовж якого пацієнти активно спілкуються між собою, у процесі спільної роботи між ними виникає емоційний контакт. Це в свою чергу, впливає на формування взаємної довіри, відчуття підтримки та психологічного комфорту в парі. Регулярна взаємодія у парі допомагає учасникам глибше пізнавати один одного, навчатися враховувати індивідуальні особливості та реагувати на емоційний стан інших людей. Така динаміка сприяє формуванню стійких соціальних зв'язків, зменшенню емоційної напруги й підвищенню впевненості у собі та власних силах.

Отже, можемо зробити такі висновки, що після тривалої парної форми реабілітаційного процесу, а саме після взаємодії протягом певного часу в людей розвивається та посилюється не лише підтримка та довіра, а ще й емпатія. Також підвищується внутрішня мотивація до пізнання нового, розвивається соціальна відповідальність і, звісно, формується відчуття партнерства. Дана форма роботи допомагає :

- зміцнювати та налагоджувати соціальні зв'язки;
- долати тривожність, невпевненість, страх самовираження;
- полегшує адаптаційний процес.

3. Забезпечує умови, за яких кожен учасник пари має змогу проявити активність і взяти відповідальність за спільний результат на себе. Парна форма роботи спонукає кожного пацієнта до активних дій в межах своєї пари. Варто пам'ятати, що робота здійснюється не з однією, а з декількома парами пацієнтів одночасно. У межах цього підходу важливим є залучення повною мірою обох партнерів до процесу взаємодії для ефективності та результативності. Включеність у роботу має проявлятися на всіх етапах – від постановки цілей і їх обговорення до реалізації запланованих спільних завдань. Кожен із пари бере участь у розв'язуванні завдань, обговоренні подальших кроків, прийнятті рішень

і висловленні пропозицій, що унеможлиблює займання пасивної позиції під час реабілітації. У парі кожен пацієнт має власну роль і свою частку відповідальності, а тому якість, сумлінність і наполегливість робіт одного безпосередньо впливає на результат й успіх іншого. Саме це й формує почуття особистої значущості, високого рівня відповідальності та мотивацію до досягнення кращих результатів. Робота в парах стимулює:

- розвиток ініціативності, спонукає учасників самостійно виявляти активність, пропонувати власні ідеї та шукати варіанти розв'язання завдань без постійного зовнішнього керівництва;
- покращення кінцевих результатів, адже над досягненням однієї цілі працюють двоє людей, які підсилюють один одного та відчують відповідальність не лише за своє майбутнє, а й за майбутнє свого партнера, а також на це впливає обмін досвідом та спільна мотивація, що пришвидшує відновлення та засвоєння реабілітаційних навичок.

Отже, коли учасники відчують взаємозалежність у спільній діяльності, вони проявляють більше старанності, терпіння та усвідомленості до реабілітаційного процесу.

4. Стимулює формування та покращення комунікативних навичок, партнерської роботи та розвитку соціального досвіду. Парна форма педагогічного реабілітаційного процесу створює умови, у яких кожен з учасників активно спілкується, тренує своє вміння слухати, формулювати свої думки, висловлювати їх, уточнювати якісь моменти та домовлятися з іншими про щось. Робота в парах дає неабияку можливість відчути себе у ролі як «спікера», так і «слухача», як «наставника», так і «учня» - це підсилює гнучкість мислення, вміння швидкого переключення, вчить приймати різні позиції у спілкуванні та розвиває вміння будувати конструктивний діалог. Ця форма реабілітації вважається найкращою та найефективнішою для розвитку або ж покращення соціальної адаптації та комунікативної компетентності. Парна взаємодія сприяє створенню безпечного простору, де люди, що пережили травматичну подію можуть бути щирими,

відкритими, вільно висловлювати свої думки, не боячись оцінки чи засудження оточення. Цей момент є особливо важливим для ефективності та дієвості реабілітаційного процесу. Насамперед, така форма реабілітації допомагає повірити у власні сили, почати долати замкнутість та відновити соціальні навички.

5. Дозволяє учасникам здійснювати самоконтроль та взаємоконтроль. Парна робота з самого початку передбачає механізми саморегуляції, тобто учасники спостерігають за діями партнера, аналізують їх, порівнюють із власними та коригують їх за потреби або за бажанням. Така взаємодія побудована на постійному зворотньому зв'язку, адже пацієнти, що перебувають у парній формі реабілітаційного процесу, не лише отримують оцінку, підтримку чи комунікацію зі сторони спеціаліста, а й самостійно навчаються відстежувати якість своєї роботи та проводити рефлексію щодо спілкування з іншими людьми. Завдяки партнеру, що відіграє роль спостерігача або ж співвиконавця покращується розвиток уваги, аналітичного мислення, спокійне реагування на помилки та здатність конструктивно сприймати критику та робити висновки для себе. Ця форма сприяє розвитку навичок самоконтролю, покращує здатність до самооцінювання та посилює мотивацію до вдосконалення власних результатів. Такий підхід формує усвідомленість власних дій, самодисципліну та відповідальне ставлення до процесу реабілітації.

Перераховуючи й вивчаючи особливості й переваги парної форми організації реабілітаційного процесу, не варто забувати про певні недоліки. До прикладу, ефективність цієї форми не є універсальною. У практиці можуть виникнути певні труднощі, пов'язані з особливостями взаємодії між учасниками, рівнем їхньої підготовки, розвитку, наявності знань та професійним супроводом спеціаліста. Розглянемо основні недоліки цієї форми роботи:

1. Ризик нерівномірності участі партнерів, коли один із учасників може бути активнішим, впевненішим або ж мати кращий рівень підготовки, що призводить до домінування одного пацієнта над іншим. Це може негативно

вплинути на загальний стан другого хворого, знизити його мотивацію та зменшити як ефективність спільної діяльності, так і результативність особистого реабілітаційного процесу.

2. Можливість виникнення психологічного дискомфорту. Під час взаємодії пацієнтів у парі може виникати напруга, недовіра, сором'язливість або ж міжособистісні конфлікти, що неможливо врегулювати спокійно. Це є достатньо актуальним у роботі з особами після травм, ПТСР чи з низьким рівнем соціальної адаптації, де взаємодія потребує високої емпатійності та терпіння. Ці моменти є небезпечними, адже впливають на подальший перебіг процесу реабілітації.

3. Складність у підборі відповідних пар, адже не можна виключити ризики того що не завжди вийде поставити в пару учасників із схожим або однаковим темпом, рівнем розвитку, характером, темпераментом чи типом порушень, що можуть нашкодити один одному, а не навпаки пришвидшити темп реабілітації. Невдале поєднання пацієнтів у пари може зробити реабілітаційний процес малоефективним або ж взагалі не продуктивним.

4. Високі вимоги до професійної підготовки фахівця. Будь – який фахівець (реабілітолог, психолог, соціолог чи педагог), що беруть на себе відповідальність бути частиною реабілітаційного процесу повинен не лише організувати діяльність кількох пар, а й постійно відстежувати динаміку стосунків між учасниками, регулювати комунікацію, попереджати прояви домінування чи емоційні конфлікти.

5. Обмеженість у реалізації індивідуального підходу, адже попри гнучкість парної форми, спеціалісту важко повністю врахувати потреби кожного учасника, адже робота здійснюється у взаємозалежності. Саме це може ускладнювати корекцію індивідуальних програм реабілітації.

6. Можливість перенесення негативних моделей поведінки. Під час роботи у парі, пацієнти можуть несвідомо переймати деструктивні або ж неадаптивні способи реагування свого партнера, звісно якщо такі є. Це проявляється у

надмірній пасивності, униканні труднощів, агресивності чи емоційній закритості. Такий процес відбувається через механізм соціального наслідування – це коли людина, пацієнт, постраждалий копіює поведінку того з ким він тісно комунікує, співпрацює, взаємодіє. Тому фахівець має на постійній основі спостерігати за динамікою взаємин у парі, своєчасно виявляти подібні прояви та одразу ж коригувати їх, щоб запобігти формуванню небажаних поведінкових патернів.

Отже, попри численні переваги парної форми – розвиток комунікації, емпатії, соціальних навичок – вона потребує ретельного підбору учасників, професійного супроводу та чіткого медичного планування. Лише за умов психологічної сумісності, довіри і контролю фахівця парна форма взаємодії сприятиме реабілітаційному успіху, а не погіршенню стану.

Колективна форма – це спосіб організації роботи таким чином, що всі учасники об'єднуються в одну команду для досягнення поставленої спільної мети. У цій формі реабілітаційного процесу акцент робиться на спільній відповідальності, колективному прийнятті рішень, взаємодопомозі й активному включенні кожного учасника в процес. Колективна форма реабілітації передбачає не лише виконання індивідуальних занять під керівництвом фахівця, а й продуктивну взаємодію між учасниками через обговорення, координацію дій, планування та організацію спільної діяльності. Для того аби глибше й краще зрозуміти можливості колективної форми, варто розглянути її ключові особливості, що визначають ефективність спільної діяльності.

1. Формування почуття єдності та відповідальності за спільний результат: у колективній формі кожен учасник відчуває, що є частиною команди та що його дії важливі для досягнення загальної мети. Це сприяє почуттю «ми – разом» й усвідомлення того, що успіх і кінцевий результат залежить не лише від індивідуальних зусиль, а й від взаємодії та підтримки пацієнтами один одного. У такому випадку радість від спільної «перемоги» стає набагато яскравішою, а от невдача – спільною відповідальністю, а не соромом однієї людини. У наслідок

цього відбувається позитивне підкріплення як психологічного, так і загального стану пацієнта.

2. Розвиток лідерських та організаційних навичок: саме колективна форма реабілітаційного процесу дає реальну можливість для розвитку або ж покращення лідерських якостей. Саме в колективному форматі учасники можуть приміряти на себе будь-яку роль: координатора, аналітика, мотиватора або ж просто відповідальної особи за комунікацію. Лідерство в таких умовах тренує гнучкість, здатність приймати рішення та брати відповідальність особисто на себе при можливості його розділення з іншими. У такому середовищі розвиваються природньо й організаційні навички. Пацієнти планують хід роботи, визначають пріоритети, розпроділяють свої ресурси та час, координують дії між собою, а також домовляються про механізми взаємодії. У процесі роботи вони зіштовхуються з низкою труднощів таких, як необхідність вчасного реагування на зміни, вирішення непорозумінь й адаптація стратегій. Включається робота, також, і стратегічного мислення під час колективної форми реабілітації. Учасники мають бачити не лише локальні кроки, але й дивитися вперед, прогнозувати можливі труднощі та передбачати кінцевий результат. Таким чином учасники набувають лідерських якостей та навичок управління, що неодмінно знадобляться їм у роботі.

3. Сприяє згуртованості, взаємодопомозі та толерантності: у процесі спільної діяльності пацієнти знаходяться у взаємозалежних ролях, адже успіх одного залежить від роботи та прикладених зусиль кожного з них. Звісно, взаємопідтримка й допомога один одному необхідна під час колективного процесу й це повинні усвідомлювати всі учасники конкретної форми реабілітації. Адже саме усвідомлення вищезазначених речей стимулює готовність кожного допомагати, ділитися знаннями, навичками, вміннями чи ресурсами, пояснювати й разом розбирати складні елементи під час занять, а можливо, й за їх межами. Дана взаємодія позитивно впливає на внутрішньо колективний настрій та мотивацію: зміцнює емоційні зв'язки в групі, а також стимулює розвиток довіри,

безпеки та підтримки. Створюється середовище, у якому пацієнти мають змогу зіштовхуватися з різноманітними думками, стилями поведінки, індивідуальними особливостями та темпами роботи. У наслідок такого процесу розвивається або ж підвищується рівень толерантності, гнучкості й сприйняття інших людей, їх точки зору. Поступово покращується навичка конструктивного, спокійного діалогу без конфліктів та напружених ситуацій. Учасники вчаться адаптуватися, поважати межі й потреби інших, що є основою здорового соціального функціонування. У комплексі це призводить до формування колективної емоційної культури.

4. Забезпечує активну участь та залучення до прийняття рішень кожного пацієнта: колективна форма реабілітації автоматично сприяє включення кожного з учасників у сам процес обговорення й прийняття спільного рішення. Пацієнти мають змогу проявити себе, свої амбіції та потенціал. Також можуть впливати, безпосередньо, на вибір мети, способів виконання завдань, розподіл ролей. Така форма реабілітаційного процесу підвищує рівень внутрішньої мотивації, впевненості, оскільки учасники відчують, що їхня думка важлива й враховується. Активна участь формує навички самопрезентації, що є досить важливим, адже людині потрібно вміти чітко висловлювати свої ідеї, аргументувати позицію, але водночас з повагою ставитися до позицій інших людей. Саме так умови тренують вміння конструктивно взаємодіяти в груповому чи колективному процесі, не домінувати, але й не залишатися пасивним. Потрібно розуміти, що колективні рішення частіше за все є результатом групового компромісу до якого потрібно дійти через обговорення кожної точки зору, усвідомлення та виокремлення плюсів та мінусів кожної з стратегій та спільно прийнятого рішення. Такий підхід вчить учасників знаходити спільні точки дотику, гнучко адаптувати свої очікування та співпрацювати заради спільного результату. Це зміцнює навички комунікації та взаємної поваги.

5. Підвищує рівень самовираження та соціальної обізнаності: колективне середовище – це саме той простір, де пацієнти мають змогу безпечно

самовиразитися. Вони можуть вільно ділитися думками, ідеями, переживаннями чи творчими підходами до вирішення того чи іншого завдання. Спільні завдання допомагають учасникам подолати сором'язливість, страх бути неправильно зрозумілим, адже група виступає елементом підтримки. Самовираження в групі дозволяє розширити уявлення про власні можливості, зміцнює впевненість і навички презентації себе. Пацієнт отримує зворотній зв'язок від інших, бачить, як її ідеї впливають на спільний процес. Саме це й підсилює самооцінку. Соціальна обізнаність розвивається або ж покращується завдяки багатогранній взаємодії. Люди, що перебувають в одній групі колективної форми реабілітації вчаться розуміти невербальні сигнали, різні стилі комунікації, а також мотиви поведінки інших. Саме це й формує здатність ефективно діяти, комунікувати в соціальних ситуаціях та враховувати соціальні норми. Усе це має велике й важливе значення не лише в реабілітаційному процесі, а й у повсякденному житті [30, с. 67].

Хоч колективна форма реабілітації й має значний потенціал і здатна позитивно впливати на пацієнтів, її застосування не завжди є безпечним чи рівнозначно ефективним для всіх учасників. Адже в процесі роботи можуть виникати певні труднощі, пов'язані як і з індивідуальними особливостями людей, так і зі специфікою групової взаємодії. Отже, враховуючи такі моменти, важливо знати недоліки колективної діяльності, щоб попереджати їх виникнення, своєчасно реагувати на їх наслідки та забезпечувати оптимальні умови для кожного учасника:

1. Ризик втрати індивідуальної мотивації через «розчинення» в команді. Колективна форма реабілітації сконцентровує свою увагу саме на колективній взаємодії, де навички кожного учасника в результаті оцінюються спільним досягненням без виокремлення індивідуальних зусиль, що прикладалися пацієнтом, як окремим індивідом. У наслідок цього окрема людина може перестати відчувати власну унікальність та персональну значущість у спільному процесі. Коли увага фахівця розподіляється одразу між великою кількістю

учасників, деякі з них можуть почати приймати себе як одну з «деталей» великого механізму та не більше. Це провокує низку небажаних наслідків. Перший з наслідків – це зниження внутрішньої мотивації. Людина перестає усвідомлювати власний вплив на результат і не бачить достатньо особистих досягнень. Вона може відчувати, що її внесок непомітний, замінний або ж, взагалі, непотрібний. Наступним наслідком цього недоліка є відчуття другорядності власних потреб. Учасник може бути переконаний у тому, що його індивідуальні труднощі або темп роботи не мають ніякого значення як для фахівця, так і для групи, бо всі рухаються в одному напрямку, з однаковими навантаженнями. Це може бути особливо критичним аспектом у реабілітації, де кожна навіть незначна зміна в загальному стані пацієнта потребує персональної уваги спеціаліста. А також одним із наслідків є зменшення кількості персонального зворотнього зв'язку. Фахівець у таких умовах часто не має можливості детально реагувати на індивідуальні особливості кожного. У наслідок чого учасник може залишатися зі своїми помилками, страхами чи труднощами на одинці. Відсутність індивідуальної підтримки уповільнює прогрес і може навіть спричинити регрес у мотиваційній сфері. Отже, у великому колективі учасник може легко «загубитися» поміж інших, що негативно впливає на загальний стан пацієнта та його результативність.

2. Розмивання індивідуального внеску та «ефект пасажира» У колективних формах роботи, особливо коли група велика, персональний внесок кожного учасника починає бути важко помітним. Результат досягається усією командою, а не однією людиною, що створює сприятливі умови для такого явища в психології, як «соціальні лінощі». Соціальні лінощі або ж ефект Рінгельмана – це груповий ефект, що полягає у тому що зі збільшенням кількості учасників у групі продуктивність людей, що в неї входять зменшується. Тобто індивідуальний внесок кожного з пацієнтів групи зменшується обернено пропорційно до кількості її учасників. У реабілітаційному процесі ефект Рінгельмана проявляється особливо яскраво. Адже деякі з учасників можуть

працювати менш активно, розуміючи, що один спеціаліст фізично не зможе відслідкувати внесок та роботу кожного; сподіватися на більш сильних або ж ініціативніших пацієнтів, їх кращу та більшу за об'ємом роботу, тим самим перекладаючи активність на інших; уникати відповідальності за спільні завдання, оскільки успіх чи провал розділяється на роботу всієї групи; знижувати самоконтроль, адже в даному випадку немає відчуття особистої оцінки або ж прямого контролю. Враховуючи всі вищеперераховані моменти учасник перестає відчувати свою значущість, його мотивація знижується, а рівень залучення у сам процес падає. Усе це може мати наслідки на результативності реабілітаційного процесу. Може відбутися як сповільнення ефективності проробленої роботи, так і проявлення вторинних труднощів, таких як втрата впевненості, уникання активності та емоційна пасивність саме на тлі колективної форми реабілітації. За рахунок колективної роботи й спільного результату фахівцю складно коригувати індивідуальний внесок того чи іншого учасника, адже діяльність окремої особи не виділяється. Загальний успіх або ж невдача групи не дозволяють оцінити хто справді працює, а хто займає позицію «спостерігача».

3. Високий ризик переважання «колективної думки». Ефект групового мислення є наслідком прагнення групи до повної злагоженості, єдності та збереження позитивної та дружньої атмосфери серед учасників. В основі даного психологічного механізму лежить підсвідоме або свідоме пригнічення власних думок для збереження у руслі загального рішення й уникання конфлікту. Цей недолік має особливе значення для реабілітаційного процесу, оскільки він безпосередньо впливає на якість зворотнього зв'язку, рівень активності пацієнта та можливість прийняття ефективних індивідуальних рішень. Основні наслідки даного недоліку наведу та детально опишу нижче.

Перший негативний наслідок – це замовчування дискомфорту, суперечностей у поглядах або ж власних потреб. Це відбувається через боязнь бути «слабкими» або ж «незрозумілими» для групи. Пацієнт не хоче здаватися «проблемним», «недостатньо компетентним» чи тим, що «уповільнює прогрес

команди». Через це відбувається уникання відкритого та щирого вираження власних труднощів, переживань чи потреб, аби не виділятися на фоні інших. Саме таке сприйняття призводить до того, що внутрішні тривоги чи труднощі приховуються, а достатньо важливі сигнали про дискомфорт або ж погіршення загального стану будь-кого з учасників залишається непоміченим та без наданої кваліфікованої допомоги. Такий стан та поведінка учасника є дуже небезпечною, адже невисловлені проблеми можуть призвести до посилення фізичного чи психоемоційного напруження, прийняття неправильних рішень у процесі роботи, перевантаження, а також затримки чи навіть регресу в реабілітаційному відновленні. Отже, через прагнення не підвести колектив або уникнути критики решти пацієнтів учасники можуть приховувати свій реальний стан, тобто втому, біль, стрес. Це унеможлиблює надання своєчасної допомоги спеціаліста. У результаті група виглядає згуртованою, але реальний стан деяких учасників залишається поза увагою, що негативно впливає безпосередньо й на ефективність колективної роботи [13, с. 56-67].

Другою на черзі є переоцінка правильності групового рішення. Цей наслідок базується на тому, що кожен учасник групи твердо переконаний у тому, що якщо всі погоджуються та підтримують конкретну точку зору або ж рішення, то воно є, неодмінно, найкращим і правильним. Саме у колективній діяльності, частіше за все, присутня ось ця звана «одностайність». Одностайність є певною ілюзією, що може створювати небезпечну психологічну пастку, що передбачає зниження рівня критичного аналізу, зникнення пильності й на основі цього учасники перестають перевіряти схвалені рішення на логічність, обґрунтованість, безпечність та відповідність до конкретної ситуації. Під впливом таких умов пацієнти набагато рідше ставлять уточнюючі запитання, не наважуються пропонувати колективу власні варіанти, а також більш схильні довіряти загальному рішенню без будь-яких пояснень, а просто тому що воно групове. Відсутність дискусій може виглядати, як повна згода та підтримка, але мовчання може свідчити про невпевненість у собі й власних силах, боязнь

самовираження та небажання створювати конфліктну ситуацію. Це може призводити до помилок або ж ризиків, що залишаються непомітними через відсутність критичності; виконання завдань, що можуть учасникам нашкодити, лише тому, що так роблять усі; невідповідності побудови курсу до реальних потреб кожного пацієнта; складності виявлення неефективних або небезпечних стратегій, коли група демонструє повну підтримку та задоволеність. Отже, переоцінка єдності та правильності групової думки створює умови за яких важлива й потрібна інформація просто губиться. У той же час не розглядаються ніякі альтернативні шляхи вирішення проблеми, а зосереджується увага лише на одному варіанті. У результаті, відбувається зниження якості прийняття рішень та поширюється негативний вплив на ефективність реабілітації.

Третім наслідком такого недоліку, як високий ризик переважання «колективної думки» є самоцензура. Самоцензура базується на тому, що пацієнт починає внутрішньо обдумувати, контролювати та відсіювати власні думки, ідеї чи переживання ще до того, як вони мали би бути озвучені. Учасник перебуває, у так званому, режимі повного самоаналізу та самоконтролю. Він «фільтрує» себе, вважаючи деякі фрази, думки чи коментарі зовсім недоречними та неважливими для їх озвучення. Цей процес не можна охарактеризувати як звичайне небажання висловлювати свою точку зору. Це внутрішній механізм, що придушує власну активність, бажання самовираження, що спрацьовує автоматично, часто навіть непомітно для самої особи.

Причини такої поведінки, тобто самоцензури, можуть бути такими:

- a. страх здатися некомпетентним чи смішним;
- b. побоювання щодо порушення командної гармонії, темпу чи згуртованості;
- c. Переживання, що висловлена думка сповільнить роботу або буде сприйнята, як звичайна «зайва критика»;
- d. Бажання не конкурувати з неформальними лідерами групи або більш активними та сильнішими по характеру учасниками.

Для реабілітаційного процесу всі вищеперераховані фактори є достатньо небезпечними. Адже в наслідок цього людина може не повідомляти про її загальне самопочуття, фізичний дискомфорт, втому чи біль, пережитий емоційний стрес, тривогу, страхи. Також вона може приховувати власні потреби, що важливі для покращення ефективності індивідуального відновлення та сумніви щодо правильності виконання тих чи інших завдань, що можуть погіршувати результативність реабілітації. Самоцензура призводить до того, що пацієнт перестає бути активним учасником реабілітаційного процесу й стає «мовчазним спостерігачем». Такі пацієнти зовсім не висловлюють свою точку зору, а навпаки завжди підлаштовуються під інших. У результаті ми отримуємо зниження якості зворотнього зв'язку для фахівця; виникнення ризику прихованих помилок чи небезпечних ситуацій; втрату можливості своєчасно адаптувати навантаження та підхід та поступове формування почуття відчуження або ж невпевненості у власній ролі в команді. Отже, самоцензура значно послаблює ефективність колективної форми реабілітаційного процесу. Адже група позбувається можливості почути різноманітні думки, а фахівець не отримує важливої інформації для корегування процесу реабілітації.

Отже, підводячи підсумки по колективній формі реабілітаційного процесу можемо зазначити, що попри ефективність у розвитку командної взаємодії та спільної мотивації вона має низку недоліків, що пов'язані з масштабністю та спільною відповідальністю учасників. Саме ці фактори ускладнюють врахування індивідуальних потреб, знижують можливість персональної підтримки та створюють ризики для якісного зворотнього зв'язку. Усвідомлення саме цих особливостей дозволить спеціалісту якісніше та ефективніше планувати реабілітаційний процес, обирати форми, що краще відповідають реальним можливостям і стану кожного пацієнта. Під час використання колективної форми реабілітації необхідно компенсувати її недоліки через додаткову індивідуальну підтримку, ретельний моніторинг і гнучке вчасне коригування процесу [30, с. 60].

Інтегративна форма – це цілеспрямована організація реабілітаційного процесу, що поєднує у собі не один метод чи форму, а одразу декілька. До прикладу, індивідуальну терапію, командну чи мультидисциплінарну роботу, парні та міні – групові вправи, творчі та фізичні завдання, соціальну, професійну, психологічну адаптації об'єднують у єдину координаційну систему з метою максимального впливу на стан людини. Це застосовується для швидшого подолання функціональних порушень, соціальних зажимів та повернення особи до себе та повноцінного свідомого життя. Варто зазначити, що інтегративну форму реабілітаційного процесу потрібно використовувати в межах систем охорони здоров'я. Адже ця форма виступає як спосіб одночасного забезпечення пацієнтів доступністю та повнотою всіх необхідних послуг. Інтегровані підходи частіше за інші задовольняють кращі функціональні результати, хоча ефективність на пряму залежить від якості спостереження фахівця, координації та відповідності окремих елементів програми поставленим цілям. Ця форма реабілітаційного процесу не завжди випереджає за показниками інші форми. Адже основна відповідальність за результативність, безпосередньо, лежить на фахівцеві, моніторингу й адаптації контексту форми під кожного пацієнта, що не завжди є легким завданням. Для якісного використання інтегративної форми реабілітації потрібно знати всі її особливості:

1. Вона передбачає одночасне охоплення різних сфер функціонування постраждалого. Працює над фізичним, психічним, когнітивним станом та соціальним становищем. Такий формат роботи базується на принципах біопсихосоціальної моделі охорони здоров'я, що вважається основою сучасних систем допомоги. Біопсихосоціальна модель – це підхід, що розглядає людину, як цілісний організм, об'єднуючи медичну, соціальну та правову допомогу [3]. Вона визначає зв'язок між психологічними, соціальними й біологічними факторами. У рамках інтегративної форми є декілька складових, що поєднуються в один реабілітаційний процес. Отже, розберемо їх.

А) Фізична складова охоплює роботу, безпосередньо, із руховими функціями організму пацієнта. Також працює з вираженим болем, силою, координацією та витривалістю. У цьому процесі застосовуються різноманітні фізіотерапевтичні методи, такі як вправи, мануальні техніки чи робота з рівновагою. Ці методи досить часто поєднують із ерготерапією, що допомагає перенести відновленні функції та навички в повсякденне життя.

Б) Психологічна складова зосереджується перед усім на відновленні емоційної рівноваги, зниженні психологічного напруження. Під час психологічної роботи пропрацьовується тривожність, відчуття стресу, емоційне виснаження та вигорання. Фокус уваги падає також на підтримку внутрішньої мотивації для подальшого активного залучення пацієнта у реабілітаційний процес. Важливою частиною є формування адаптивних умов, що допомагатимуть людині долати труднощі та зберігати стійкість.

В) Когнітивна складова спрямована на покращення або ж навіть компенсацію функцій мозку, що могли мати порушення у зв'язку з інсультом, черепно – мозковою травмою або ж хронічними важкими захворюваннями. До роботи з когнітивною складовою відносяться вправи на розвиток уваги, мислення, пам'яті, швидкості обробки інформації та виконавчих основних функцій. До базисних функцій належать ті, що забезпечують планування, контроль та прийняття рішень. Це дозволяє зменшити прояви когнітивних порушень та відновити базові навички, що допомагатимуть у повсякденному житті.

Г) Соціальна складова працює у напрямку відновлення здатності людей, що пережили травматичний досвід, хворобу чи сильний стрес взаємодіяти з оточенням та навколишнім середовищем. Також зосереджується на поверненні пацієнтів до виконання звичних соціальних та побутових ролей. Вона включає у свій реабілітаційний процес роботу над розвитком або ж покращенням комунікативних навичок, уміння співпрацювати з іншими, вибудовувати здорові взаємини та адаптуватися до суспільства та різноманітного середовища. Саме

завдяки цьому людина поступово повертається до активної участі в суспільному житті, праці чи повсякденній діяльності без травматизації своєї нервової системи.

Д) Такий підхід дозволяє уникнути фрагментарність лікування, тобто коли різні проблеми відпрацьовуються окремо, внаслідок чого пацієнт не отримує цілісного результату; попередити попередити формування стійких, хронічних порушень завдяки комплексному впливу на всі взаємопов'язані аспекти, що їх зумовлюють; підвищити ефективність втручань під час реабілітаційного процесу завдяки взаємопідсиленню різноманітних напрямків.

2. Друга ключова особливість інтегрованої форми, що іншими слова може назватися командною роботою спеціалістів різних напрямків. У реабілітаційних процес можуть бути залучені такі фахівці, як лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізіотерапевт, ерготерапевт, психолог, соціальний працівник, логопед, педагог, ортезист-протезист та інші спеціалісти залежно від актуальних потреб. Усі фахівці, що залучені в цей процес працюють за загально узгодженим планом, систематично обмінюються даними про стан пацієнта та коригують підхід відповідно до прогресу [20, с. 23]. Такий формат забезпечує цілісне бачення проблеми, дозволяє уникнути дублювання втручань, недоліків у лікуванні або ж неузгоджених рекомендацій щодо подальших дій та плану. Командна робота також створює позитивні умови для швидшої адаптації пацієнта, оскільки кожен спеціаліст доповнює роботу іншого, формуючи безперервний і скоординований реабілітаційний процес. Варто зазначити, що мультидисциплінарні команди забезпечують кращі функціональні та соціальні результати в осіб, що пережили інсульт, травму, операції ортопедичного профілю та психічні порушення. Цей підхід сприяє скороченню терміну реабілітаційного процесу, покращенню якості життя та підвищення рівня результативності. Отже, аналізуючи всі вищезазначені моменти можу зробити висновок, що інтегративна форма є набагато ефективнішою, коли всі спеціалісти взаємодію між собою,

координуючи дії, обмінюючись інформацією та формуючи єдиний реабілітаційний простір навколо пацієнта.

3. Гнучка персоналізація є однією з ключових переваг інтегративної форми реабілітаційного процесу. У рамках цієї форми фахівець має змогу поєднати структуровану програму з гнучкою адаптацією під конкретні потреби кожного пацієнта. Попри те що існує загальна траєкторія реабілітації кожному учаснику підбирається власний напрямок відновлення для комфортності та нетравматизації під час роботи. Враховується стан пацієнта, його функціональні можливості та динаміку процесу. Індивідуалізація цього процесу проявляється у декількох аспектах.

Першою складовою є індивідуальна адаптація інтенсивності та тривалості втручань. Спеціалісти мають змогу змінювати інтенсивність як фізичних, так і когнітивних навантажень відповідно до стану пацієнта та динамічності процесу. Враховуючи при цьому рівень витривалості постраждалого, наявність чи відсутність супутніх станів, що можуть погіршити як ефективність реабілітації, так і самопочуття пацієнта, а також ризик перевтоми. Це дозволяє уникати надмірного навантаження та недостатньої стимуляції, що є надзвичайно важливим на різних етапах реабілітаційного процесу.

Другим аспектом такої особливості як гнучка персоналізація інтегративної форми є врахування особистісних і соціальних чинників. Потреби різних категорій пацієнтів можуть суттєво відрізнятись. Адже, беручи до уваги дітей, літніх людей, осіб з різними культурними та соціально – побутовими умовами не можна об'єднати в одну групу та надати їй однакову допомогу. Індивідуальність підходу забезпечує можливість такі аспекти як вік особи, сімейна ситуація, вимови та потреби повсякденного життя, рівень мотивації та попередній досвід лікування якщо він є. Під час планування втручань фокус уваги фахівців падає також на професійні чи навчальні обов'язки, щоб реабілітаційний процес ніяким чином не порушував звичайний ритм життя, а навпаки покращував його. Цей підхід дозволяє створювати плани реабілітації, що не лише клінічно

обґрунтовані, а й практичні та готові до застосування в реальному житті та умовах до яких звик пацієнт.

Третім, але не менш важливим компонентом цього підходу є гнучкість у виборі послідовності та поєднання методів. Інтегрований підхід дає змогу вибудувати індивідуальну комбінацію методів, що підійде конкретно тому чи іншому пацієнту. До прикладу, чи потрібно поєднувати кінезіотерапію з тренінгами, додавати психологічну підтримку, арт – терапію чи ерготерапевтичні підходи до плану реабілітації кожного з учасників фахівець може вирішити індивідуально аналізуючи загальний стан кожного. Тобто, така гнучкість дозволяє адаптувати реабілітаційну програму до конкретної клінічної картини, враховуючи ступінь ураження, травматизації та пріоритетні потреби постраждалого. Послідовність втручань визначається не лише за медичними показаннями, а й, безпосередньо, за реакцією самого пацієнта на попередні етапи терапії, їх динаміку та його готовність до різного рівня навантажень. Це забезпечує оперативну зміну інтенсивності або типу методів, якщо виникає потреба у зменшенні рівня навантаженості, темпу чи оптимізації мотивації. Отже, комбінація різних підходів, видів, методів покращує загальну ефективність реабілітаційного процесу, оскільки вплив здійснюється одночасно й паралельно на всі функції та структури організму людини. У результаті, така програма стає не просто більш цілісною, а здатна забезпечити швидше та стійкіше відновлення.

Остання, четверта, вагома перевага цієї особливості інтегративної форми відображається у можливості корегувати план роботи в динаміці. Програма роботи, що бере за основу інтегративну форму реабілітації передбачає регулярну перевірку функціонального стану пацієнта. За результатами проведених досліджень фахівці мають змогу змінювати темп, пріоритети та склад втручань під час реабілітаційного процесу. Це дозволяє підвищити ефективність завдань та уникнути застою або ж навіть регресу в процесі. Коригування під час роботи або динамічні коригування опираються на принципи доказової практики, де вже була конкретна позитивна динаміка та результат. Рішення про зміну

реабілітаційного процесу приймають на основі даних про фізичний, психічний та соціальний стан людини. Такий підхід дає можливість своєчасно помічати та реагувати на появу нових потреб, побічних ефектів чи зміни в настрої або ж мотивації пацієнта.

4. Фокусування на навичках повсякденного життя й соціальній інтеграції. Під час цієї форми реабілітації робота відбувається не лише над усуненням симптомів або ж відновленням окремих функцій, а й над формуванням здатності пацієнта повноцінно жити у реальному соціальному середовищі. Такий підхід охоплює такі важливі напрямки відновлення, як тренування реальних побутових навичок; розвиток уміння соціальної взаємодії; професійна орієнтація та підготовка до праці, а також підвищення автономії та якості життя людини. Опишу трішки детальніше кожен із напрямків відновлення нижче.

Тренування реальних побутових навичок – одна з найважливіших навичок, що зосереджується на удосконаленні дій, необхідних для використання у щоденному житті. До програми можуть входити вправи з ерготерапії, тренування навичок самообслуговування, управління побутом та організація робочого простору. Під час таких занять пацієнт відпрацьовує кілька ті дії, що виконуватиме у повсякденності. Замість теоретичних завдань застосовуються виключно практичні вправи. Таким чином формується функціональна незалежність, впевненість у власних можливостях, а в результаті пришвидшення повернення до соціальної активності.

Розвиток уміння соціальної взаємодії – це завдання, що охоплюють формування ефективних навичок комунікації, подолання соціальної невпевненості, тривожності та покращення взаємодії в різних соціальних ситуаціях. Використання різноманітних тренінгів, рольових моделей, групових завдань допомагають ефективніше та безпечніше відпрацьовувати нові варіанти взаємодій. Це дуже важливо для людей, що втратили соціальні навички через психологічні травми чи тривалу ізоляцію. Цей підхід дозволяє повернути пацієнту навички роботи, навчання та комунікації у суспільстві. У результаті

цього постраждалі відчувають менший бар'єр у спілкуванні, більшу впевненість у собі та власних силах, а також легшу адаптацію до соціальних умов.

Професійна орієнтація та підготовка до праці – це процес однієї із форм реабілітаційного процесу, що допомагає людині визначити свої можливості, а також опанувати необхідні навички для подальшої трудової діяльності. Програма цього процесу може включати елементи моделювання професійних ситуацій, трудотерапії, тренування навичок людини. До вправ, що сприяють покращенню умінь пацієнта відносяться управління часом, відпрацьовування робочих завдань, комунікація в колективі та здатність до вирішення виробничих питань або ж проблем. Спеціалісти комунікують з пацієнтом та допомагають йому визначити професійні ролі та напрямки, що відповідають його теперішнім обмеженням, можливостям та загальному стану. Саме це й дозволяє сформувавши реалістичний загальний план дій на найближче майбутнє та надати впевненість пацієнту в завтрашньому дні. У результаті, постраждалий розуміє, що завдяки цьому в нього зростають шанси поступово повернутися до своєї попередньої роботи або ж перекваліфікуватися.

Підвищення автономії та якості життя – це важливий напрям роботи, що в комплексі з іншими елементами програми забезпечує стійкі зміни та повернення пацієнта до повноцінного життя. Ця частина реабілітаційної роботи в складі даної форми є дуже важливою, адже забезпечує орієнтацію пацієнта на покращення життєвих навичок, що в свою чергу дозволяє постраждалому поступово ставати все більше й більше самостійним в різних сферах повсякденності. Вона охоплює побутові дії, соціальні, рольові, а також емоційно – поведінкові аспекти функціонування організму людини. Зменшення рівня залежності від опікунів формує у пацієнта відчуття контролю над власним життям і сприяє повернення його до активної участі в спільнотах чи соціальних ініціативах. Підтримка автономії також позитивно впливає на психологічний стан, цим самим знижуючи рівень тривожності та підтримуючи мотивацію

людини. У підсумку покращується не тільки функціональна незалежність, а й загальна якість життя.

5. Моніторинг і корекція в реальному часі: Інтегрована форма реабілітаційного процесу передбачає постійне спостереження за станом пацієнта усіма залученими до цього процесу спеціалістами. Такий підхід суттєво підвищує ефективність та безпеку реабілітації. Це дозволяє оперативно реагувати на будь – які зміни у фізичному або ж психічному стані пацієнта та не чекати планового огляду. Анамнез про стан постраждалого збирається з різних джерел, тобто починаючи з суб'єктивного сприйняття пацієнта, спостереження команди та закінчуючи вже об'єктивними вимірами та функціональними тестами. На основі цього й створюється так звана безперервна лінія « оцінка – реакція – корекція». У наслідок чого підтримується оптимальний рівень навантаження та уникнення погіршення стану и регресу. У результаті реабілітаційний процес залишається динамічним, ефективним, але при цьому максимально адаптивним та наближеним до реальних потреб кожного пацієнта на будь-якому етапі відновлення. Отже, моніторинг включає у себе такі аспекти, як регулярні огляди; оцінка динаміки загального стану; гнучке коригування процесу; запобігання неефективним чи повторювальним втручанням та підвищення точності прогнозування.

Регулярні мультидисциплінарні огляди – формат взаємодії спеціалістів різних галузей, що сприяє покращенню реабілітаційного процесу. Такий підхід створює підґрунтя для подальшого поглибленого аналізу стану пацієнта, дозволяючи команді не просто узгоджувати дії, а й завчасно визначати напрями, що потребують більшої уваги та корекції. Завдяки цьому кожен фахівець демонструє свій професійний погляд на той чи інший випадок, що дозволяє швидше та глибше зрозуміти причини труднощів і колективно визначити найкращий варіант втручання. Під час використання цього підходу є виключеним такі ситуації, як дублювання чи суперечливість втручань різних спеціалістів. Одразу вибудовується єдина стратегія роботи з пацієнтом. Усе це підвищує

рівень ефективності, якості інтегративної форми та загалом покращує результативність реабілітаційного процесу.

Запобігання неефективним чи повторювальним втручанням – важливий аспект інтегративної форми реабілітації, адже саме завдяки ньому стає можливим уникнення перевантаження пацієнта, збереження чіткої, скоординованої системи впливів на загальний стан хворого. Злагоджена комунікація між фахівцями різних галузей мінімізує ризик призупинення динаміки розвитку або ж навіть регресу. Такий підхід дозволяє тримати тісну комунікацію, що в свою чергу дає змогу оптимально розподіляти різноманітні методи між спеціалістами та контролювати темп та важкість процесу. Це зменшує рівень втоми, напруги постраждалого та, звісно ж, позитивно впливає на ефективність. У результаті кожне втручання стає більш усвідомленим, цілеспрямованим і логічно вписаним у загальний план реабілітації.

Підвищення точності прогнозування – один із ключових результатів інтегративної форми реабілітаційного процесу. Адже завдяки комплексній діяльності фахівців та оцінці різних сфер функціонування легко можна забезпечити формування більш реалістичних та обґрунтованих прогнозів щодо темпу, ефективності та потенціалу відновлення. Це дуже важливо, оскільки саме такий підхід цієї форми дає можливість завчасно спланувати наступні етапи реабілітаційного процесу, що включають у себе підготовку до навчання, роботи чи самостійного обслуговування себе ж. Окрім усього вищеперечисленого, максимально точний прогноз впливає на підвищення мотивації пацієнта, його внутрішню готовність діяти та віру в позитивний результат та світле майбутнє. У підсумку покращується залученість пацієнта в процес власного відновлення, виконання завдань і вправ стає більш усвідомленими та якісними, адже він розуміє динаміку та реальні перспективи власного відновлення [39, с. 230].

Водночас, попри значну кількість переваг у сфері реабілітації таких, як системність, безперервність моніторингу та скоординовану роботу фахівців різних галузей, інтегрована форма має й певні неточності, недоліки на котрі

необхідно звертати особливу увагу. Поява цих недоліків зумовлена складністю організації командної взаємодії спеціалістів, досить високими вимогами комунікації між фахівцями та самою структурою прийняття спільних рішень під час роботи. Розуміння даних неточностей дозволить конкретно планувати реабілітаційний процес й уникати ризиків, що властиві саме інтегративній формі. Нижче назву та детальніше опишу кожен з недоліків даної форми реабілітації.

1. Ризик інформаційного перевантаження та складність обробки великої кількості даних

У інтегрованій формі реабілітації кожен із спеціалістів формує власні спостереження, клінічні, й не тільки, нотатки, результати тестування та рекомендації, що в свою чергу й створюють значний обсяг різноманітної інформації. Саме це і є однією з ключових проблем даної форми, що виникає під час мультидисциплінарної роботи. Адже, як уже зазначалося, накопичується велика кількість різнопланової інформації такої, як клінічні показники, соціальні характеристики, спостереження за поведінкою пацієнта й це ще далеко не кінець переліку. Кожен із цих типів даних потребує не лише ретельної роботи з документацією, а й, безпосередньо, узгодження між членами мультидисциплінарної команди. Це великою мірою збільшує навантаження на систему обміну професійної інформації та процес координації і виступає одним із найбільших бар'єрів. У результаті зростає ризик «розпорошення» або ж іншими словами часткова втрата даних. Таке може статися за умов якщо окремі фрагменти інформації будуть неузгодженими або ж не вчасно проаналізованими. Це призводитиме до втрати з поля зору важливих змін у стані пацієнта, а от реабілітаційні втручання затримуватимуться або ж не коригуватимуться належним чином. У складних випадках такі моменти впливатимуть не лише на ефективність процесу, а й, найважливіше, на клінічні результати пацієнта та його загальний стан. Отже, для ефективного функціонування мультидисциплінарних програм у межах інтегрованої форми необхідні спеціальні структури, професійні

цифрові інструменти та чіткі алгоритми комунікації, щоб попередити виникнення несприятливих умов.

2. Висока ймовірність розбіжностей між фахівцями різних галузей при прийнятті рішень. Колективний формат ухвалення рішень передбачає залучення спеціалістів з різними поглядами, професійними перспективами, методами роботи, пріоритетами та переконаннями, що автоматично підвищує ризик виникнення непорозумінь. Фахівці, беручи до уваги свій напрям роботи та фокусуючись на ньому можуть демонструвати різні професійні підходи реабілітації. До прикладу, фізичний терапевт, скоріш за все, наполягатиме на збільшенні саме фізичних навантажень, психолог вважатиме, що першочерговим є стабілізація психічного та емоційного стану пацієнта. І таке може відбуватися з кожним спеціалістом, що включений у мультидисциплінарну команду. Такі відмінності у поглядах на одне й те ж формують внутрішні конфлікти в команді, що негативно впливають на процес розробки, корекції реабілітаційної програми чи роботи, в цілому. Також це впливає і на динаміку корекції плану реабілітації, адже суперечки потребують додаткового часу на обговорення, аргументацію та пошук певного компромісу. Іншим фактором виникнення розбіжностей у поглядах є недостатня чіткість і зрозумілість у розподіленні професійних ролей та компетенцій кожного спеціаліста. У наслідок цього стає не зрозумілим хто є, так званим, лідером у команді, тобто хто бере відповідальність за прийняття ключових рішень, а хто відповідає за вторинні завдання. Це призводить до непорозуміння, дублювання вправ або ж, зовсім навпаки, прогалину в їх виконанні. Через відсутність конкретності в координації дій та спільної стратегічної точки зору прийняття рішень часто може затягуватися, а запропоновані фахівцями шляхи вирішення непорозумінь можуть комусь із спеціалістів не подобатися. Це впливає не лише на вповільнення реалізації реабілітаційних втручань, а й може спричинити нерозуміння подальших дій для пацієнта та його сім'ї. Відбувається це через отримання суперечливих або ж навіть зовсім різних вказівок. У результаті такий недолік досить негативно

впливає на сам реабілітаційний процес, адже знижується ефективність, результативність та якість втручань. Пацієнт не отримує тієї допомоги, яка йому необхідна.

3. Залежність процесу від якості міжфахової комунікації спеціалістів. Ефективність інтегрованої форми роботи значною мірою залежить від чіткості й своєчасності обміну інформацією між спеціалістами різних галузей. У разі недостатньо гарної організації комунікативних процесів досить швидко виникають помилки в узгодженості реабілітаційного плану, що негативно впливатиме на загальний стан пацієнта. До таких комунікативних процесів можна віднести регулярні командні зустрічі, структуровані канали передачі клінічних даних та визначеність відповідальної особи за координацію всього процесу. Неправильне тлумачення даних, запізніле оновлення інформації або ж тільки часткове її передавання може призвести до дублювання або ж пропускання процедур, вправ чи завдань, суперечливих рекомендацій та загальній непослідовності у веденні пацієнта. Необхідно звернути увагу на те, що навіть у дуже добре організованих мультидисциплінарних програмах відсутність структурованого механізму обміну інформацією таких, як чіткі протоколи реабілітації, регулярний зворотній зв'язок та цифрової документації, неабияк знижує ефективність взаємодії, створює ризик непорозумінь та формує у пацієнтів відчуття повної хаотичності надання послуг. Таким чином, інтегрована форма педагогічного реабілітаційного процесу є надзвичайно перспективним, але водночас і досить вразливим. Адже успішність цього підходу прямопропорційно залежить від того, наскільки згуртовано, системно та відкрито комунікує команда. При найменших збоях у взаємодії усі переваги даної форми нівелюються [21, с. 88].

4. Значні витрати організаційних ресурсів та часу на координацію. Ефективна робота мультидисциплінарної команди потребує, насамперед, добре вибудованої організаційної структури. Це включає планування спільних зустрічей, синхронізація графіків фахівців різних напрямів роботи, ведення

узгодженої документації та постійне управління процесами. Адже саме організаційні та управлінські бар'єри є одними з найбільших перешкод ефективності процесу й утримання позитивного темпу роботи. Також для комплексного підходу необхідно наявність цифрових систем, налагодженої логістики та стабільного фінансування. Без вищезазначених компонентів система не зможе функціонувати злагоджено. Варто також зазначити, що деякі окремі елементи координації реабілітаційного процесу є надмірно витратними. Отже, не кожна установа або ж заклад має змогу забезпечити необхідний рівень організації, адже брак ресурсів або ж кадрового потенціалу обмежує його можливість. Через це інтегрована форма реабілітації стає або більш недоступною, або ж реалізується лише частково, що суттєво знижує її результативність.

5. Ризик надмірної стандартизації і зниження гнучкості [37, с. 10]. Переважна більшість команд саме мультидисциплінарних програм прагнуть до чіткого планування підходів, активно застосовуючи стандартизовані інструменти, шкали оцінювання та протоколи. Надмірне та часте використання таких стандартів можуть призвести до ситуації, коли індивідуальні потреби чи особливості пацієнта залишатимуться поза увагою команди спеціалістів. Фахівці, в свою ж чергу, втрачають змогу імпровізувати, впроваджувати нові методики й адаптувати втручання відповідно до загального стану хворого. Особливо помітним це може бути у випадках нетипової клінічної картини, коли пацієнт має багатокомпонентні та рідкісні проблеми. Адже під час інтервенції суворе дотримання протоколу може бути недостатнім або ж, взагалі, неактуальним. Варто зауважити й те, що стандартизація процесів чи втручань веде за собою збільшення обсягу документації, що забирає час у фахівця для її заповнення, зменшуючи гнучкість планування, уважність до потреб постраждалого та уповільнюючи реакцію на зміни в його стані. Інколи навіть може здаватися, що інтегрована форма реабілітації зводиться до звичайного набору обов'язкових формальностей, що абсолютно не зосереджені на проблемах пацієнтів. У

результаті мультидисциплінарна команда може діяти менш адаптивно й уважно до динаміки змін стану хворого. Отже, внаслідок цього інтегрована форма реабілітаційного процесу стає менш персоналізована в порівнянні з іншими такими, як індивідуальною чи парною формами, до прикладу [37, с.10].

6. Можлива фрагментація уваги пацієнта. У інтегрованій формі педагогічного реабілітаційного процесу пацієнт, безпосередньо, взаємодіє з широким спектром фахівців, що надають йому свої вимоги, рекомендації, вправи чи завдання, а також правила їх виконання [21]. Така інтенсивність та тиск на постраждалого може призвести до, так званої, фрагментації уваги. Фрагментація уваги – це стан, коли свідомість пацієнта розсіюється, концентрація уваги часто змінюється з одного предмета, дії чи завдання на інше. Це призводить до того, що пацієнт встигає концентруватися на ключових вправах, завданнях, оскільки повинен реагувати на всю інформацію, що надають йому фахівці. Особливо вразливими до такого підходу є люди старшого віку або ж люди зі зниженими когнітивними можливостями. Пацієнти цієї категорії населення швидко втомлюються від великого об'єму інструкцій та складності виконання різних вправ чи завдань. У результаті є ризик виникнення перевтоми, зниження мотивації, часткового виконання поставлених задач або ж, взагалі, відмови від терапії. У деяких випадках постраждалий може відчувати навіть емоційний тиск чи розгубленість через нерозуміння які рекомендації є першочерговими. Отже, така перевантаженість впливає негативно на реабілітаційний процес, оскільки знижує ефективність навіть якісно розробленої програми.

Отже, інтегрована або ж іншими словами мультидисциплінарна форма реабілітації – це досить потужний і, у багатьох випадках, найефективніший підхід до процесу відновлення після травми, важкої хвороби, втрати близької людини чи комплексних порушень [51, с. 15]. Вона дає змогу охопити фізичну, психологічну, соціальну та медичну складові, забезпечити комплексну підтримку, враховуючи різні аспекти життя пацієнта. Водночас її реалізація супроводжується низкою суттєвих перешкод таких, як великі обсяги даних,

необхідність тісної комунікації між спеціалістами різних галузей, чіткий розподіл відповідальностей, значні організаційні ресурси, ризики стандартизації та перевантаження пацієнтів. Якщо ж ігнорувати дані недоліки, то ця форма реабілітації поступово буде втрачати свої ж переваги та ставати неефективною, а частково й шкідливою. Тому при плануванні такої форми реабілітаційного процесу необхідно враховувати як і всі переваги, так і всі недоліки для ефективності та результативності [37, с. 10].

У підсумку, вищеописаного, хочу зазначити, що форма, тип чи метод реабілітації може як допомогти покращити ваше життя, навички та вміння, так і, навпаки, за певних умов негативно вплинути на Ваш загальний стан. Тому дуже важливо обирати кваліфікованого фахівця або ж команду спеціалістів, що надають допомогу на високому рівні та відповідально ставляться до своєї роботи. У такому випадку Ви будете проінформовані про всі можливі переваги та труднощі процесу й, найголовніше, знатимете, як їх уникнути або ж ефективно долати.

РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПТСР.

Психічні розлади, що пов'язані з травматичною подією є найбільш поширеними та водночас найскладнішими для діагностики, зібрання клінічної картини, встановлення вірного діагнозу та лікування. До психічних розладів відносяться такі, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад (ГСР), розлад адаптації, комплексний посттравматичний стресовий розлад [51], форми депресивних, тривожних, obsесивно – компульсивних та психотичних розладів. Усі вищеперечислені відхилення, у своїй більшості, виникають після перенесення людиною якоїсь травми, стресу або ж потенційно травматичної події (ПТП). Отже, розберемо спочатку те, що провокує виникнення чи активізацію цих психічних розладів, тобто стрес, травму та потенційно травматичну подію (ПТП) [40, с. 80].

Стрес – це особлива форма емоційного переживання, що виникає в різних життєвих ситуаціях, вимагаючи від особи залучення нервово – психологічних сил. Або ж іншими словами це реакція нашого організму на події, що відбуваються довкола. Стрес є частиною життя кожної людини. Варто зазначити, що будь – які подій позитивні чи негативні викликають у нашому організмі різке збудження, що і є стресом. Може бути також прояв сильного стресу, коли подія є максимально неочікуваною, тобто якийсь приємний сюрприз, довгоочікувана поїздка чи от, до прикладу, втрата дімівки, смерть близької людини чи важка хвороба. Стрес впливає не лише на наш психологічний стан, а й може погіршити фізичне здоров'я. У будь – яких випадках, а особливо коли стресори мають виражене негативне спрямування, стрес призводить до змін у протіканні психічних процесів, появі емоційних розладів, трансформації мотивацій, розвитку мовленнєвих та рухових розладів. Усе це відображається на якості повсякденної діяльності та загальному рівні життя людини. Саме характер та тривалість цих змін значною мірою залежить від того, який саме тип стресу переживає людина.

У сучасній психології та фізіології розрізняють два основних та зовсім різних види стресової реакції на певну подію [40].

Еустрес або ж гострий стрес – це стан, що вважається фізіологічною нормою. Він є короткочасною та функціонально корисною стресовою реакцією, що організм активує у відповідь на певний подразник. Еустрес характеризується різким рівнем зростання таких гормонів, як адреналін і норадреналін. У наслідок цього відбувається прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску, посилення кровопостачання м'язів та мозку, загострюється увага та пришвидшуються когнітивні процеси. Водночас організм рід час гострого стресу одночасно активує механізми захисту та відновлення. Саме через це після завершення стресової ситуації всі показники швидко повертаються до норми без негативних наслідків. Під час цього виду стресу організм людини перебуває у повністю збудженому стані. У результаті цього еустрес супроводжується приємним або ж нейтральним емоційним фоном. Людина відчуває прилив енергії, піднесення, азарт, впевненість у власних силах та бажання діяти. Цей стан можна пережити перед співбесідою, важливим іспитом, спортивних змагань чи коли успішно долаємо перешкоди. Гострий стрес забезпечує швидку адаптацію організму до нових умов існування, підвищує шанси на виживання, сприяє особистісному зростанню. Він не несе ніякого негативного впливу на організм, а навпаки тренує стресостійкість, зміцнює психологічну та фізичну витривалість. Основною відмінністю еустресу від патологічного стресу є завжди обмежені часові рамки, повністю контрольований процес організмом та завершується швидким та повним відновленням виснажених ресурсів [45].

Дистрес або ж хронічна стресова реакція – це патологічний стан, при якому формується дезадаптивна форма стресової реакції. Виникає тоді, коли інтенсивність, тривалість, повторюваність стресора та спричиненні ним наслідки перевищують індивідуальні можливості людини до подолання та адаптації. У наслідок виникнення цього стресу в організмі виділяються підвищений рівень гормону кортизолу, що залишається в організмі людини протягом декількох

годин, днів і навіть тижнів. Організм, у свою чергу, не може самостійно впоратися та привести його в норму. Така ситуація призводить до пригнічення імунної системи, порушення процесів обміну, виснаження енергетичних запасів, порушення роботи серцево – судинної, травної та нервової систем. Замість швидкого відновлення та повернення до рівноваги організм залишається у другій (стадія опору) та третій (стадія виснаження) фазах. Хронічний стрес відчувається як болісне, виснажливе напруження. Людина відчуває постійну тривогу, страх, безпорадність, дратівливість, пригніченість та емоційну порожнечу. З'являється відчуття перевантаження, втрати контролю над ситуацією, часто виникає бажання втекти від усього. Типовими симптомами дистресу є:

1. Емоційні: хронічна тривога, депресивний настрій, спалахи гніву, відчуття безнадії та повної зневіри в краще;
2. Когнітивні: труднощі з концентрацією, «туман в голові», нав'язливі негативні думки, проблеми з пам'яттю та прийняттям рішень;
3. Фізіологічні: постійна сильна втома, порушення сну, м'язове напруження, головний біль, проблеми з травленням, зниження лібідо;
4. Поведінкові: уникнення, соціальна ізоляція, зловживання алкоголем й іншими психотропними речовинами, ліками (як спроба самолікування), імпульсивність або ж навпаки повна емпатія [22].

Хронічний стрес не може виникнути просто так або ж через якість буденні дрібні неприємності, травми чи негативні події. Він виникає тоді, коли наявна хоча б одна із нижчеперелічених причин.

1. Надмірна інтенсивність стресора, тобто життєва небезпечна ситуація, катастрофа, насильство або ж катування.
2. Тривалий вплив стресора на організм людини без можливості завершення цього або ж, хоча б, відпочинку. До групи цих причин відносяться хронічне домашнє насильство, тривала участь у бойових діях чи догляд за тяжкохворими.

3. Повторення травматичної події або впливу на особу без достатнього часу на відновлення нормального стану.

4. Низький рівень соціальної підтримки, попередній травматичний досвід, генетична чи набута вразливість. Усі ці аспекти є досить важливими, адже вони неабияк впливають на сприйняття людиною ситуації, на її стан та життя загалом.

5. Одночасна дія декількох факторів, що викликають сильну стресову реакцію в людини. Це може бути як втрата близької людини, хвороба, так і серйозні матеріальні проблеми.

Враховуючи всі вищеперераховані обставини, що впливають на формування хронічного стресу стає зрозумілим те, чому цей тип так відрізняється від еустресу. На відміну від гострого стресу, що завершується повним відновленням і навіть зміцненням організму людини, дистрес має накопичувальний ефект. Він протікає за наступною схемою: чим довше триває цей тип стресу, то більше виснажуються ресурси, то вищим стає ризик розвитку клінічних розладів. До них відносяться гострий стресовий розлад (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресивні розлади різних видів та стадій, тривожні розлади, серйозні порушення адаптивних здібностей організму та навіть серцево – судинні захворювання. Отже, саме дистрес або ж іншими словами хронічний стрес є тим патологічним підґрунтям, що формує стійкі психічні розлади пов'язані з пережитим травматичним досвідом.

Попри різні види стресу, не менш важливе значення для правильної діагностики, вибору лікування та подальшої реабілітації мають, також, стадії його розвитку. Знання стадій та розуміння того, на якій саме перебуває в конкретний момент людина, дозволяє вчасно помітити проблему, втрутитися, не допустити ускладнень, переходу до наступної стадії та розвитку патологічних реакцій та розладів. Виокремлюють три стадії розвитку стресу за моделлю Ганса Сельє.

Перша стадія – стадія тривоги. Також її називають ще стадією мобілізації або «шок та контршок». Перша фаза адаптаційного синдрому, що починається

відразу після пережитої травматичної ситуації і триває від декількох хвилин до двох діб. У стресовій ситуації на цій стадії в кров викидається велика кількість адреналіну, норадреналіну та кортизолу. Це призводить до такої реакції організму, як «бий – біжи – завмири». Основними проявами, що людина перебуває саме у цій стадії стресу є прискорене серцебиття й дихання, підвищення артеріального тиску; ефект «холодних кінцівок», тобто йде нерівномірний перерозподіл крові до мозку та м'язів; різке зростання рівня глюкози в крові, що призводить до надмірної енергійності; загострення уваги, розширенні зіниці, тремтіння, пітливість; тимчасове пригнічення імунної та травної системи; шок – короткочасне зниження працездатності та контршок – швидке відновлення сил. Якщо стресор зникає на цій стадії, то організм людини швидко повертається до норми без будь – яких наслідків. Цю стадію стресу по симптоматиці можна прирівняти до еустресу. Якщо ж дія стресових факторів продовжується тоді стрес переходить у наступну стадію.

Друга стадія – стадія опору. Іншими слова стадія резистентності чи стабілізації. Її тривалість може бути від кількох днів до декількох тижнів або ж навіть місяців. У стадії стабілізації організм переходить у так званий «економний» режим існування в умовах підвищеного постійного навантаження. Під час цього адреналін та норадреналін поступово знижується, а от кортизол й інших глюкокортикоїди продовжують виділяти в значній кількості в кров. Усі фізіологічні показники, що підвищилися на першій стадії у цьому ж стані, навіть трішки вищому, але в межах норми зафіксувалися на стадії опору. До цих показників відносяться такі, як тиск, пульс, дихання, цукор у крові та чутливість до подразників. Перебуваючи у цій стадії стресу людина виглядає досить адаптованою до навколишніх умов та конкретної ситуації. Такий її стан проявляється у високому рівні працездатності, може виникати навіть інколи гіперпродуктивність; будь – яка справа чи завдання виконується дуже швидко або ж як кажуть роботи «горить у руках»; настрій бадьорий, а от стресор не викидає уже ніякого відчуття паніки, тривоги та розгубленості. Людині починає

здаватися, що вона повністю з усім впоралася й більше її нічого не турбує. Але це є оманливим відчуттям благополуччя, оскільки організм працює на межі своїх сил та запасів. Імунітет залишається пригніченим, відновлення функцій та тканин поступово сповільнюється, сон, травлення з часом значно погіршуються. Людина часто може й не помічати такі зміни або пояснювати їх іншими причинами, переважною, до прикладу. Якщо на цій стадії стресові фактори, що впливали на людину зникають, то її організм поступово повертатиметься до норми, можливо, навіть з відчуттям, що став витривалішим. Якщо ж ні, то організм людини переходить до останньої стадії – стадії виснаження.

Третя, остання стадія – стадія виснаження або ж і ще стадія декомпенсації. Ця стадія може виникнути лише в тому випадку, коли стресор продовжує впливати на людину протягом дуже довгого часу або ж коли інтенсивність його перевищує всі можливі резерви організму. Тобто людина переходить у стадію декомпенсації, коли дія стресора ще є, а от сил йому оператися залишилося вкрай мало або ж взагалі немає. Адаптаційна енергія вичерпана повністю. Наднирникові залози не в змозі протягом такого довгого терміну часу підтримувати зависокий рівень кортизолу. У наслідок цього продукція залоз різко падає та стає хаотичною. На цій стадії організм буквально «здає позиції» [28], він не має сил триматися далі. Це супроводжується такими симптомами, як: глибока, хронічна втома, що не проходить навіть після довготривалого сну чи відпочинку; емоційне вигорання, апатія, відчуття внутрішньої порожнечі або ж, навпаки, постійна дратівливість чи спалахи гніву; постійно знижений настрій, що може призвести навіть до клінічної депресії; порушення концентрації, пам'яті, прийняття рішень; різке падіння імунітету, що призводить до частих хвороб, повільне загоєння ран, загострення всіх хронічних захворювань; порушення сну та апетиту; соматичні болі, що включають у себе головний біль, біль у спині, животі чи серці; зниження лібідо та гормональні збої. На стадії виснаження, коли організм уже не в стані адаптуватися до умов найчастіше починається формування стійких клінічних розладів. Це такі розлади, як сильна

та прихована депресія, що є дуже небезпечним; генералізований тривожний розлад, розлад паніки; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та комплексний ПТСР; психосоматичні захворювання, до яких відносяться гіпертонія [51] (підвищений тиск, що вищий за показники 140/90), виразкова хвороба, бронхіальна астма та автоімунні стани; синдром хронічної втоми [30]. Усі ці симптоми неабияк поєднують стадію виснаження з другим видом реабілітації – дистресом. З цієї стадії стресу людина вже не зможе так легко повернутися у нормальний стан і до нормальних показників, як з першої чи другої стадії. Після третьої стадії у будь-якому випадку залишаться наслідки, як психологічні, так і фізичні, з якими необхідно буде працювати. Якщо стресор вчасно не усунути й не звернутися по кваліфіковану допомогу цей процес може стати повністю або частково незворотнім. Він може призвести до стійких органічних уражень та до переходу психічних розладів у хронічну форму [28, с. 140].

Отже, на прикладі трьох стадій стресу можна чітко побачити чому короткочасний, але навіть дуже сильний стрес зазвичай минає безслідно й може мати тренувальний позитивний ефект. Водночас тривалий або ж часто повторюваний стрес точно буде руйнувати ваш організм. Підведемо підсумки.

1. Перша стадія – це природна мобілізація, що несе, у якійсь мірі, навіть позитивний вплив на організм.

2. Друга стадія – досить небезпечна, адже починає використовувати резервні властивості та сили організму, але попри це ще присутня оборотна безнаслідкова адаптація.

3. Третя стадія – стадія під час якої організм повністю «ламається», у нього немає резерву. Після цієї стадії відновлення організму потребує місяців, а то й років реабілітації. Часто залишає незворотні наслідки після себе.

Розуміння того на якій стадії перебуває людина впливає на швидкість, ефективність та результативність допомоги. Варто розуміти й те, що коли стрес перестає бути просто важким, а стає нестерпним, що змінює сприйняття світу та

себе ж самого, тоді йде мова вже не про звичайну стресову ситуацію, а про травму.

Травма – термін, що походить від грецького слова *τράυμα* та в перекладі означає рана. Недивно, що визначення цього слова базується саме на переліку подій та ситуацій, що можуть спричинити як психологічну, так і фізичну шкоду. «Травма – це надзвичайно стресова життєва подія, суб’єктивна безпомічність, безпорадність, незахищеність; відчуття, що це неможливо пережити – «рана в душі»». Коли стається якась травматична подія кожен буде реагувати на неї зовсім по – різному, адже так вбудована нервова система. Хтось буде відчувати страх і безпорадність, інший буде гніватися, кричати, поводити себе агресивно, а хтось просто замкнеться собі, припинить будь – яке спілкування, не буде відповідати ні на повідомлення, ні на телефонні дзвінки. Отже, реакції на пережитий травматичний досвід можуть бути надзвичайно різними та складними. Розберемо їх.

1. Психологічні симптоми :

- Заперечення, шок;
- Дратівливість або спалах гніву;
- Страх, підвищений рівень тривожності;
- Відчуття провини, сорому за щось;
- Апатія, депресія;
- Спонтанність, безнадія;
- Проблеми з комунікацією.

2. Фізіологічні симптоми:

- Проблеми зі сном й апетитом;
- Утруднене дихання, тахікардія;
- Слабкість, головний біль;
- Неможливість розслабитися, відчуття постійної напруги в

м’язах.

3. Поведінкові симптоми:

- Соціальна самоізоляція;
- Низька продуктивність;
- Підвищена конфліктність й імпульсивність;
- Проблеми в сім'ї;
- Сексуальна дисфункція;
- Зловживання алкоголем та психоактивними речовинами.

Усі ці симптоми та їх інтенсивність їхнього прояву залежить великою мірою від того яка ж саме ситуація, травматична подія спричинила відповідну реакцію організму. Травми можуть відрізнятися за рівнем своєї загрози для здоров'я та життя людини. У житті кожної людини виникають стресові ситуації та події ледь не щодня, але є такі, що не несуть за собою безпосередніх загроз для життя чи здоров'я. Такими ситуаціями можуть бути, до прикладу:

- a. втрата роботи, підвищення або ж переведення на інше місце роботи;
- b. конфлікт з близькими, друзями чи абсолютно незнайомою для вас людиною;
- c. зміна місця проживання, чи то переїзд до іншої країни, міста чи то в нову квартиру;
- d. розлучення, зрада.

А от є й такі, що впливають на людину набагато глобальніше та серйозніше. Їх класифікують, як потенційно травматичні події. Поняття потенційно травматична подія (ПТП) використовується здебільшого для позначення подій та ситуацій, що відповідають критеріям стресорів саме для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та гострого стресового розладу (ГСР).

Потенційно травматична подія – це будь – яка загроза, реальна чи уявна, що несе явний ризик життю та фізичній безпеці особи, її рідних або ж тих хто її оточує. До таких подій належать війна; катастрофи, зокрема автокатастрофи; сексуальне, фізичне чи психологічне насильство; стихійні лиха; нещасні

випадки; смертельні хвороби; викрадення людей; тероризм, геноцид та концтабори. До речі, до цього переліку можна віднести також і великі та серйозні хірургічні втручання, оскільки кожна операція несе неабиякі ризики для здоров'я та навіть життя людини. Вплив потенційно травматичної події може бути прямим (особисто пережити чи стати свідком) або ж непрямим (дізнатися про травматичну подію, що сталася з близькими або ж мати контакт з травмованими людьми). Прямі, до прикладу, це потрапити у серйозну автомобільну аварію чи катастрофу; пережити обстріл, вибух чи бойові дії; стати жертвою або ж свідком терористичного акту; отримати тяжке поранення чи серйозну медичну маніпуляцію, що загрожує життю, а також бути присутнім при насильницькій смерті чи тяжкому каліцтві іншої людини. До ситуацій непрямого впливу можуть відноситися такі, як переглядання фото чи відеоматеріалів насильства чи загибелі людей у рамках робочого процесу; дізнатися про несподівану насильницьку смерть друга чи просто знайомої людини; неодноразово чути детальні описи жорстоких подій під час виконання професійних обов'язків та багато інших. Людям, що пережили травматичні події характерні певні реакції за якими можна зрозуміти що нещодавно щось трапилося у її житті. Після пережитого переважна більшість людей матимуть яскраво вираженні симптоми протягом перших двох тижнів після події. Так як ступінь психологічного дистресу є досить поширеним явищем відразу після травматичного впливу він вважається частиною нормальної поведінки. Травмовані люди перебувають часто в пригніченому настрої, матимуть підвищену тривожність, порушення сну й апетиту. Деякі з них можуть мати ще й додаткові реакції такі, як сум, почуття провини, страх, злість. Частіше за все психологічні ознаки дистресу поступово зникають за декілька днів або тижнів після травматичної події. Однак у деяких випадках стан людини навпаки погіршується: симптоми наростають, ускладнюються та в результаті можуть призвести до затяжної депресії, посттравматичного стресового розладу чи інших досить серйозних психічних порушень. На цьому етапі дуже важливо вчасно розрізнити нормальну тимчасову реакцію організму, що є адаптаційною

відповідю на пережитий стрес від тих станів, що виходять уже за межі фізіологічної норми, поступово набувають патологічного характеру та потребують професійної медичної та психологічної допомоги. Якщо симптоми не слабшають самостійно, а навпаки посилюються, стають стійкими та суттєво впливають на якість повсякденного життя людини тоді ми можемо запідозрювати розвиток уже патологічних реакцій. У сучасній психіатрії та клінічній психології такі стани чітко класифіковані й мають власні діагностичні критерії. Найпоширенішими серед них є гостра стресова реакція (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [53].

Гострий стресовий розлад (ГРС) – тимчасовий розлад, що розвивається у людини у відповідь на досить сильний фізичний чи психологічний стрес без будь – яких інших супроводжуючих порушень. Індивідуальна вразливість кожної людини та здатність до подолання стресу відіграють роль у прояві гостроті реакції. Симптоми ГСТ є змішаними та швидко змінювальними одне одного. Варто зазначити, що початковим станом цих симптомів є стан заціпеніння. Далі він або супроводжується подальшим відстороненням особи від соціуму, або ж змінюється станом збудження й надмірної активності. Також для того аби діагностувати гострий стресовий розлад (ГСР) необхідно, щоб появлялися щонайменше дев'ять симптомів із будь – яких нижченаведених представлених категорій. Ці симптоми повинні з'являтися одразу ж після пережитого травматичного інцидента й бути присутніми у симптоматиці постраждалого не менше трьох днів, але не довше одного місяця. Нижче наведені симптоми та категорії до яких вони входять, що яскраво характеризують ГСР [53].

1. Категорія А. Наявність травматичного стресора

- безпосереднє переживання травматичної події, що загрожує смертю, серйозним пораненням чи сексуальним насильством;
- виступати спостерігачем такої події, що сталася з іншими людьми;
- дізнатися про те, що насильницька чи раптова смерть сталася з близькою людиною (членом сім'ї чи дуже близьким другом);

- повторний непрямий контакт із деталями пережитої травматичної події іншими в рамках робочого процесу.

2. Категорія В. Симптоми нав'язливого повторного переживання

- нав'язливі, повторювані та мимовільні спогади про травматичну подію, що в свою чергу викликають постійне відчуття стресу;
- симптоми деперсоналізації та дереалізації, що викликають у постраждалого відчуття або поведінку ніби він перебуває у тій же ситуації знову та переживає ту ж травму;
- наявність постійної повторюваної психічної чи фізичної реакції у відповідь на нагадування про будь – який аспект пережитого.

3. Категорія С. Негативні зміни настрою та когнітивної сфери

- стійка нездатність відчувати позитивні емоції такі, як задоволеність, радість, любов, інтерес до життя;
- виражене відчуття спустошеності, відстороненості чи постійного негативного емоційного фону;
- змінене сприйняття реальності, тобто відчуття ніби навколишній світ або ж власне тіло нереальні, усе «як в тумані», відчуття споільнення або ж навпаки прискорення часу;
- дисоціативна амнезія характеризується нездатністю згадати важливі моменти травматичної події . Вона не є пов'язаною із черепно – мозковою травмою, втратою свідомості чи вживанням психоактивних речовин. Це відбувається лише через намагання пам'яті витіснити травматичні спогади.

4. Категорія D. Симптоми уникнення

- свідомі та стійкі спроби уникнення думок, почуттів та внутрішніх спогадів, пов'язаних із травматичним інцидентом;
- послідовність докладання зусиль для уникнення зовнішніх нагадувань про травму, тобто самоізоляція від людей, місць, розмов, діяльності, предметів чи ситуацій, що викликатимуть травматичні спогади.

5. Категорія E. Симптоми підвищеного збудження та реактивності

- вираженні труднощі з засинанням чи прокиданням, підтриманням нормального здорового сну, неспокійний сон;
- дратівливість або спалахи гніву, що супроводжуються іноді й агресивною поведінкою;
- значні проблеми з концентрацією уваги;
- гіперпильність – це стан постійної настороженості та «сканування» оточуючих людей на предмет небезпеки;
- перебільшена реакція на несподівані подразники чи різкі звуки, реакція є надмірно швидкою, різкою, неспокійною.

Розлад гострого стресового розладу (ГСР) ставлять лише за умови, що основні та супутні симптоми не спровоковані та ніяким чином не пов'язані зі зловживанням наркотичних засобів, алкоголю, ліків чи інших препаратів, що впливають на зміни психічного здоров'я. У клінічній практиці гострий стресовий розлад дуже рідко виступає як ізольований стан. Цей розлад часто можуть плутати з іншими психічними порушеннями, що значно ускладнює клінічну картину, діагностичний процес, вибір терапевтичної стратегії, лікування та реабілітацію [31, с. 174-177]. Найчастіше одночасно з ГСР встановлюються такі порушення, як депресивний розлад (середньої чи високої тяжкості); панічний розлад; сильновиражена тривожність; соціальна фобія, що виникає після перенесення травми або ж розлади, що пов'язані з вживанням різних психотропних речовин (особливо якщо це алкоголь чи седативні засоби). Така ситуація виникає через майже повну ідентичність основних симптомів вищеперерахованих станів. Єдиною відмінністю є їх ступень вираженості. До таких симптомів відносяться:

1. Стійкий знижений або тужливий настрій, що супроводжує людину не один день й не змінюється на краще;
2. Виражене відчуття безнадії, власної нікчемності та надмірної провини;
3. Повна або часткова втрата інтересу до життя та неможливість отримувати задоволення від речей, що раніше приносили радість;

4. Неконтрольоване занепокоєння, пов'язане з різними сферами життя;
5. Постійні повторні напади гострої паніки з досить вираженими соматичними проявами;
6. Зниження енергії, постійна втома, швидка втрата сил навіть після мінімального навантаження;
7. Порушення апетиту, що проявляються то переїданням, то навпаки небажанням їсти. Внаслідок чого може знижуватися або підвищуватися маса тіла;
8. Психомоторна загальмованість або ж збудження;
9. Великі труднощі в прийнятті будь – яких рішень, навіть якщо це дрібні, повсякденні моменти;
10. Систематичні думки про смерть, суїцидальні ідеї, самопошкодження або навіть й спроби суїцидальних дій.

Важливим фактором, який потрібно враховувати є те, що в перші дні, тижні після пережитої травматичної події людина перебуватиме у депресивному чи тривожному стані й це є нормою. Адже це безпосередня реакція організму на стресор і в цей період симптоми можуть взагалі не відповідати ніякій окремій категорії розладів. Проте якщо симптоматика зберігається та наростає й продовжується більше місяця часу необхідно проводити диференційну діагностику. Рання ідентифікація певного порушення, розладу є досить важливою, оскільки це може допомогти попередити ускладнення, перехід стану в хронічний, розвиток залежностей, суїцидальних думок та сфокусувати лікування на першочергових терапевтичних мішенях. Варто зазначити й те, що після місяця часу гострий стресовий розлад (ГСР) переходить у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відтермінована реакція організму на певну травматичну ситуацію чи подію, що веде за собою загрозу для життя чи здоров'я людини. Уперше назва «посттравматичний стресовий розлад» з'явилася в 1960 році в рамках невротичних розладів таких, як

транзиторні ситуаційні розлади на основі діагностичних критеріїв, що розробив М. Хоровіц. Як особливий вид психічних порушень, що виникає в людей після травматичних подій посттравматичний стресовий розлад з'явився наприкінці 70 – х років у американській психологічній літературі. Також таке поняття, як ПТСР використовувалося у 1978 – 1979 роках у робочій групі Американської психіатричної асоціації (АРА). Основними авторами назви вважаються Роберт Джей Ліфтон, Чайм Шутан та Сара Хейлі. Усі вони є психіатрами, що довгі роки працювали з ветеранами В'єтнамської війни. А от уже як науковий термін його запропонував Мордехай Хоровіц у 1980 році. Саме він розробив діагностичні критерії, що впливали на розвиток ПТСР, як науково обґрунтованого діагноза. Він також описав симптоматику, що безпосередньо вплинули на три групи симптомів у Американській класифікації хвороб (DSM – III) .

1. Перша група – вторгнення, нав'язливе повторне переживання

- Неконтрольовані нав'язливі спогади про подію;
- Повторювальні кошмарні сни, в яких постраждалий знову переживає травму;
- Раптові флешбеки, відчуття перебування в тій же ситуації. Може призводити іноді навіть до повної втрати зв'язку з реальністю;;
- Сильний дистрес. Це може бути запах, звук, місце.

2. Друга група – уникнення та емоційне оніміння

Після періоду вторгнення людина намагається не згадувати або ж якщо це можливо забути те, що з нею сталося, її емоції, стан у той момент. Симптоми, що характеризують цю групу так.

- Емоційне оніміння. Людина почуває себе спустошеною, ніби не може відчувати ніякі емоції.
- Свідоме уникнення будь – яких думок, розмов, місць людей, що можуть нагадувати про пережитий травматичний досвід;
- Повна або ж часткова втрата інтересу до життя, відчуття відстороненості від інших;

- Відчуття ніби життя закінчилося, немає майбутнього, втрата сенсу.

3. Третя група – постійне гіперзбудження.

Людина, що має симптоми цієї групи, попри намагання та бажання уникнути спогадів, тригерів всеодно буде відчувати напругу та неспокій. Постраждалий ніяк не може розслабитися та видихнути навіть якщо дуже цього хоче. Адже під час цього процесу нервова система залишається у тому ж режимі, що й була, тобто «тривога на максимум». Окрім тривоги є ще симптоми, що відповідають групі гіперзбудження.

- Постійна підвищена пильність і перебільшена реакція на якусь подію;
- Проблеми зі сном. Це може бути як безсоння, так і навпаки важко прокинутися зранку.
- Труднощі з концентрацією уваги й уваги;
- Дратівливість і спалахи гніву;
- Почуття провини за те, що вижив в той час коли інші загинули;
- Посилення симптомів, коли з'являються будь – які нагадування.

Ці три групи, майже без змін, внесли до офіційного тексту DSM – III, що безпосередньо є критеріями ПТСР. Саме завдяки цьому Мордехая Хоровіца в науковій психологічній та психіатричній літературі називають людиною, що дала посттравматичному стресовому розладу (ПТСР) його клінічний вигляд. Його вважають основним «засновником» ПТСР навіть якщо назву діагнозу придумали інші.

З 1980 року почався активна робота над дослідженням ПТСР. Уже в 1987 році стало зрозуміло, що критерії М. Хоровіца хоч і дали великий поштовх для розвитку ПТСР, але є надто вузькими. На той час жертви згвалтувань, домашнього насильства та природних катастроф не попадали до списків людей, що пережили травматичну подію, яка могла б завдати шкоди їх здоров'ю чи

життю. Цього ж року Американська психологічна асоціація вносить ключові зміни в критерії посттравматичного стресового розладу. До них відносяться:

1. критерій А розширюється й тепер для того аби потрапити в перелік постраждалих з ПТСР достатньо ситуації, що може призвести до загрози життю, здоров'я чи наявності серйозної травми;

2. офіційно до причин, що можуть викликати посттравматичний стресовий розлад відносяться зґвалтування, тортури, викрадення дітей, аварії;

3. вводиться поняття запізніла або ж відтермінована реакція на пережитий травматичний досвід, тобто симптоми, що можуть проявитися через 6 місяців і пізніше після події;

У 1990-1992 роках з'являються перші згадки про комплексний посттравматичний стресовий розлад. Його починають досліджувати та описувати Джудіт Герман та Бессел ван дер Колк . Згодом вони запропонують комплексний посттравматичний стресовий розлад визнати новим діагнозом. У 1992 році Джудіт Герман видає свою культову книгу «Trauma and Recovery», де вперше використовує цей термін, прописує його симптоми та чітко формулює сім додаткових класів симптомів. До цих кластерів відносяться такі, як порушення регуляції афекту, зміни свідомості, зміни сприйняття кривдника, занижена, негативна самооцінка, порушення стосунків з іншими людьми, травма, що запам'ятовується на тілесному рівні та втрата системи сенсів і віри. Розглянемо їх детальніше:

1. Порушення регуляції афекту. Людина не перебуває у стані контролю над власними емоціями. Її накривають то раптові спалахи гніву, то відчаю або можлива повна порожнеча. Досить часто в таких випадках у людей з'являються самошкодження, ризикована поведінка, суїцидальні думки, що пояснюються, як спроби відчути знову себе живим.

2. Людина перебуває у стані деперсоналізації та дереалізації. Реальність стає нестійкою. Також переживає провали в пам'яті про ті ситуації, що були травматичними. Іноді відчуває себе нецілісною.

3. Занижена самооцінка. Пацієнт глибоко та стійко переконаний у тому, що з ним щось не так. Звинувачує себе у тому що сталося. Хронічне відчуття сорому й самоненависті стають частиною його ідентичності.

4. Зміни сприйняття кривдника. Людина переживає надзвичайно дивні відчуття. Постраждалий починає ідеалізувати насильника, те що з ним сталося, розповідати та думати про те, що насильник був єдиним хто його розумів. Іншими словами людина проживає стокгольмський синдром. Або ж пацієнт навпаки починає бачити загрозу в кожній людині.

5. Порухення стосунків з іншими. Довіра для людини, що пережила травматичну подію здається розкішшю. Вона або ж уникає близькості зовсім, або щоразу потрапляє у токсичні взаємостосунки. У такому випадку здається що людина спеціально відтворює стару травму.

6. Травма, що запам'ятовується на тілесному рівні. Тіло запам'ятовує біль, що відчувало під час травматичної події. Воно продовжує транслювати хронічні болі без чіткої медичної причини, напруження м'язів, мігрені проблеми з травленням, розлади харчової поведінки.

7. Втрата системи сенсів і віри. Руйнується всі уявлення та переконання на яких будувалося життя людини. Втрачається віра в добро, справедливість, зневіра, що світ може бути безпечним. Залишається внутрішня порожнеча й переконання, о все втрачено й ніколи не буде, як раніше.

Саме ці сім сфер описав у 1992 році Джудіт Герман, що через 30 років стали офіційними критеріями комплексного ПТСР.

Протягом довгих років велися дискусії щодо введення офіційного діагнозу такого, як комплексний посттравматичний стресовий розлад. І всього лише у 2018 році приймається рішення використовувати два різні діагнози: класичний посттравматичний стресовий розлад та комплексний посттравматичний стресовий розлад. Отже, внаслідок тривалої та важкої праці на сьогоднішній день ми розрізняємо два офіційні діагнози, що мають власну епідеміологію, симптоматику, діагностику та лікування.

Розглянемо далі декілька варіантів пояснень, що ж таке ПТСР та комплексний ПТСР.

«Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це хронічне порушення психічного стану, що може розвинутися після травматичної події.». Визначення ПТСР від МОЗ звертає увагу на глибину впливу розладу на психічне та повсякденне функціонування людини. Також зазначається те, що симптоматика посттравматичного стресового розладу може проявлятися не у всіх хто пережив травматичну подію.

Наступне визначення ПТСР було запропоноване Герасименко Л.О.. «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР; англ. PTSD; в'єтнамський синдром, афганський синдром) – комплекс психічних розладів, що є проявом дезадаптивного відстроченого або затяжного реагування на стресові події надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру.» Беручи до уваги це визначення, ми можемо одразу ж побачити те, що автор підходить до посттравматичного стресового розладу, як саме до комплексу психічних порушень, що виникають у відповідь на загрозові для життя чи здоров'я події. У ньому акцентується увага на відтермінованій реакції організму на стресову ситуацію. Також у визначенні використовуються терміни «в'єтнамський» та «афганський синдром» [80], що підкреслює історично усталений клінічний контекст ПТСР [53].

Натомість Туриніна О. Л. пропонує наступне визначення даного діагнозу «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності.». Дане визначення зосереджується на ПТСР, як на комплексі психофізіологічних реакцій організму, що підкреслює нерозривний зв'язок між когнітивними, емоційними та тілесними проявами розладу. У ньому висвітлюється взаємозв'язок між психічним та фізичним станом людини, що дозволяє розглядати посттравматичний стресовий розлад не

лише психологічну, а й безпосередньо соматичну відповідь на травматичний досвід. Туриніна акцентує саме на цілісності впливу травми на функціонування організму та необхідності використання міждисциплінарного підходу в реабілітації та лікуванні.

Також маємо два найрозповсюдженіших підходи до визначення поняття посттравматичний стресовий розлад. У першому його зглядають як стан психічного здоров'я, що може виникнути в людей різних вікових категорій після перенесення травматичних подій. Друге визначення відображає ПТСР, як діагноз, що насамперед та найчастіше асоціюється з психологічними наслідками тортур [80].

Ці визначення дозволяють проаналізувати посттравматичний стресовий розлад у широкому та більш вузькому напрямках. Адже, беручи до уваги перше визначення, то можна сказати, що воно підкреслює саме універсальний характер ПТСР. У ньому розкривається така особливість посттравматичного стресового розладу, як різновіковий вплив. Тобто ПТСР може уражати не лише людей дорослого та похилого віку, а й дітей, підлітків та людей юнацького віку. Усе залежить тільки від масштабу пережитої події та її сприйняття Вашою психікою. Щодо другого визначення, то фокус падає на те, що ПТСР найчастіше пов'язаний із психологічними наслідками тортур. Відмінність між цими визначеннями полягає у масштабі трактування. Від загального, доступного всім контекстам травми до специфічного, пов'язаного виключно з тяжкими формами насильства чи порушення прав людини.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це комплексне порушення психічної діяльності, сукупність реакцій на травматичну подію, що може змінити почуття, поведінку, думки, а також сприйняття людиною світу або ж навіть себе. Це призводить до значних негараздів та безпосередньо має вплив на здатність організму людини до нормального функціонування. Особливістю цього визначення є те, що посттравматичний стресовий розлад виступає, як багатовимірне порушення. Воно охоплює не лише емоційні чи фізіологічні

реакції, а й впливає на глибокі зміни в світосприйнятті та самосприйнятті. Акцент робиться на тому, що травматична подія здатна змінювати структуру мислення, поведінкові моделі та базові відчуття безпеки. Таке визначення зазначає порушення функціонування. Внаслідок цього ПТСР є станом, що впливає на фундаментальні аспекти життєдіяльності людини. Але скільки б і яких визначень не надавали посттравматичному стресовому розладу це ніяким чином не зможе повпливати на симптоматику, причини виникнення, діагностику та лікування цього порушення.

2.2 Симптоматика, проблеми діагностики ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад включає у свою клінічну картину три основні групи симптомів, відомі як «тріада Д». Варто зазначити те, що відсутність проявів цієї тріади прямо впливає на неможливість встановлення діагнозу ПТСР. Вони є базовою діагностичною основою. Отже, до тріади «3 Д» входять дезадаптація, деперсоналізація та дереалізація. Спершу розглянемо порушення адаптації людей з посттравматичним стресовим розладом. У хворих з ПТСР можна виділити три рівні дезадаптації. Перша – це достатній рівень адаптації, другий – частковий рівень і третій – це й є саме дезадаптація.

Для осіб, що перебувають на рівні достатньої адаптації є характерним низький рівень тривоги, досить висока нервова – психічна стійкість, гарні адаптивні ресурси, низькі показники агресивності чи конфліктності. Людина задоволена собою, сімейними, професійними та міжособистісними відносинами. Загальний стан її на цьому рівні є задовільним.

Хворі з частковою адаптацією мають середній рівень тривожності, знижений рівень нервова – психічної стійкості, адаптивні ресурси перебувають на задовільному рівні, а також мають певні проблеми зі здоров'ям. Ці люди є більш агресивними та можуть часто конфліктувати. Вони частково задоволені сімейними, професійними та міжособистісними стосунками, а також у них виникають переживання й негативні очікування, що стосуються їхнього майбутнього.

Третя група осіб – це ті, що мають дезадаптацію. Дезадаптація – це порушення здатності функціонувати в соціальному середовищі. Вона проявляється у втраті звичних ролей, труднощах у спілкуванні, самоізоляції та професійній непридатності. Людям з дезадаптацією належать такі симптоми, як високий рівень тривожності, низький рівень нервово – психічної стійкості, підвищена дратівливість, конфліктність, порушення міжособистісних комунікацій. Також присутній поганий настрій на постійній основі, нездатність побудувати гарні сімейні та робочі стосунки. Люди цієї групи володіють низькими адаптивними ресурсами.

Наступним симптомом із цієї тріади є деперсоналізація. Деперсоналізація – це відчуття нереальності або ж відсторонення від самого ж себе. Люди, що переживали це відчуття описують його як те, що їхнє тіло чи думки їм не належать. Здається, що вони є сторонніми спостерігачами власних думок, почуттів та фізичного буття. Тіло або ж його окремі частини можуть бути збільшенні або ж зменшенні у сприйнятті особи. Окрім відсторонення від власного тіла деперсоналізація характеризується ще й такими симптомами, як емоційне заціпеніння, почуття нереальності думок чи спогадів, оніміння частин тіла, запаморочення, спотворення сприйняття часу. Також людина, перебуваючи у стані деперсоналізації, може мати прояви депресії, тривоги, когнітивних порушень та панічних атак. Розглядаючи причини виникнення цього стану в людей загалом, а зокрема й у пацієнтів з ПТСР, варто зазначити, що вони є багатогранними. Тобто причини включають як психологічні, так і зовнішні фактори впливу. Цей стан часто виникає тоді, коли втеча неможлива, як один із методів захисту, і є способом оборони від причиненого болю.

Деперсоналізація є частиною дисоціативної відповіді на травму в людей, у яких діагностували посттравматичний стресовий розлад. Це полягає в тому, що психіка ніби то спеціально перестає працювати для захисту та збереження свідомості від болісних емоцій чи спогадів. Такий процес пов'язаний із

проблемами в керуванні емоціями й відбувається тоді, коли людина не може ефективно впоратися з почуттями.

Людина пережила певний травматичний досвід, що згадує систематично або ж через певний проміжок часу. Ці спогади можуть бути спровоковані різними факторами та ситуаціями-тригерами, що схожі за якимись аспектами на той травматичний досвід, що пережила людина раніше. Фактори ризику – це умови або ж характеристики, що підвищують ймовірність виникнення деперсоналізації, оскільки роблять людину більш вразливою. Вони часто пов'язані з історіями життя та психічним здоров'ям. До цієї факторів ризику можемо віднести дитяче насильство (знуцання, нехтування); повторні травми (тортури, війна, домашнє насильство); особливості кожної людини (уникання стресу, проблеми з вираженням емоцій); депресія; зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами. А от що стосується тригерів, то це безпосередні подразники (конкретні події чи стани), що провокують появу чи посилення випадків деперсоналізації. Вони пов'язані, частіше за все, із поточним стресом, перевтомою чи виснаженням і можуть бути досить передбачуваними. Отже, до тригерів деперсоналізації відносяться сильний стрес чи тривога; страх та панічні атаки; нагадування про травму (запах, звук, ситуація); брак сну, а також емоційна та фізична виснаженість організму.

Останнім симптомом з цієї тріади є дереалізація. Дереалізація – це стан людини, коли вона сприймає навколишній світ як нереальний, неіснуючий або ж віддалений. Воно проявляється як стійке або ж повторювальне спотворене сприйняття зовнішнього світу з чітким відчуттям, що все відбувається «як у сні» чи «як у тумані». Для дереалізації є характерним втрата зв'язку з реальністю, враження що все відбувається не з тобою. Люди, що переживають цей стан можуть відчувати себе так, ніби вони незнайомі зі своїм оточенням, не впізнають та не відчують ніяких емоцій стосовно рідних та друзів. Також може відбуватися спотворення не лише навколишнього середовища, а й часу, відстані, розмірів чи об'ємів певних об'єктів. Симптоми дереалізації можуть мати

відмінності за рівнем інтенсивності чи тривалості, але в будь – якому випадку викликають досить сильний дискомфорт, страж збожеволіти й заважають, в цілому, нормально жити. Окрім тих симптомів, що описані вище ще є проблеми з орієнтацією у просторі (запаморочення, дезорієнтація); сильні емоційні реакції такі, як страх втратити здоровий глузд, тривога, паніка, байдужість. Також присутні фізичні та психічні прояви. До фізичних відносяться порушення зору (розмитість, тунельний зір); слуху (спотворені або ж приглушенні звуки); дотику, а також відчуття нудоти, оніміння. Психічні ознаки проявляються труднощами з концентрацією, пам'яттю (спогади без емоційного забарвлення); когнітивні порушення (проблеми прийняття рішення). Дерезалізація, так як і деперсоналізація, виступає частиною захисного механізму психіки на травму саме в контексті посттравматичного стресового розладу. Враховуючи цей факт, ці два стани з тріади «Д» (деперсоналізація та дерезалізація) мають багато спільного. Насамперед це стосується причин їх виникнення або ж загострення. Для дерезалізації, як і для деперсоналізації психологічні причини є травматичний досвід та стрес; панічні атаки, депресію, тривожний розлад; дитячі травми, а також ігнорування базових потреб. Аналогічна ситуація з фізіологічними та зовнішніми факторами ризику. Вони для обох станів тріади «Д» є майже ідентичними. Дерезалізація часто поєднується з деперсоналізацією, утворюючи синдром деперсоналізації – дерезалізації. Також дерезалізація може бути легко пов'язана з тривожними розладами, депресіями, панічними атаками й це призводитиме до гірших психічних наслідків після перенесеної травми. Поєднувати між собою можуть як дерезалізація, деперсоналізація, так і дезадаптація.

Отже, усі три симптоми, що відносяться до тріади «Д» можуть перетинатися, мати схожі причини, наслідки і тривати від декількох годин, днів до декількох тижнів або ж навіть місяців. Усі вони відносяться до дисоціативних розладів і, як правило, мають різкий початок та викликаються, переважно, інтенсивним стресом чи травмою.

Складова посттравматичного стресового розладу також характеризується декількома основними патологічними станами. Саме ці стани й формують цілісний синдромний комплекс ПТСР. Патологічний стан – це відхилення від норми, що виникає внаслідок патологічного процесу. Кажучи інакше, це зміни в організмі, що є відповіддю на шкідливий вплив та негативно впливає на загальний стан організму. До цих станів належать депресивні, тривожні розлади, дисоціативні стани, соматоформні й психосоматичні стани. У межах посттравматичного стресового розладу зазначені патологічні стани набувають досить специфічного змісту та є тісно пов'язаними з пережитою травматичною подією.

Депресивний стан при ПТСР проявляється стійким зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення, почуття безнадійності та емоційного спустошення. Він часто супроводжується зниженням самооцінки, почуттям провини або ж сором. Також відбувається порушення мотиваційної сфери, що неабияк ускладнює функціонування особи.

Тривожний стан у структурі посттравматичного стресового розладу характеризуються відчуттям внутрішньої напруги, постійною готовністю до небезпеки та порушенням загального базового відчуття безпеки. Для цього стану властиві гіпернастороженість, різка реакція на зовнішні подразники, а також труднощі з контролем переживань. У когнітивному плані тривожний стан супроводжується схильністю до надмірного перебільшення та підвищення фіксації на можливих загрозах. Це підтримує хронічний характер тривоги.

Дисоціативні стани у ПТСР виконують функцію психологічного захисту та виникаю у відповідь на надмірну інтенсивність травматичних переживань. До дисоціативних станів належать деперсоналізація, дереалізація та дезадаптація. Вони проявляються порушенням цілісності сприйняття себе, навколишньої реальності, часу, а також відчуттям емоційної відстороненості або ж нереальності подій. Такі стани знижують здатність особи до повноцінного

переживання емоцій та внаслідок цього ускладнюють перенесення травматичного досвіду в реальне життя.

Соматоформні та психосоматичні стани у складі посттравматичного стресового розладу базуються на тілесному рівні реагування внаслідок психічної травми. Проявляються у вигляді різноманітних фізичних симптомів, що не мають чіткої визначеної причини. Вони є наслідком тривалого психоемоційного напруження та порушення регуляції вегетативної нервової системи. Ці прояви суттєво впливають на якість життя людини. Вони посилюють загальний рівень дистресу і досить часто ускладнюють діагностику та лікування ПТСР.

Таким чином депресивні, тривожні, дисоціативні та психосоматичні патологічні стани утворюють цілісний комплекс, що відображає різнобічний вплив травматичного досвіду на психіку та організм людини. Унаслідок цього й визначається складність клінічної картини посттравматичного стресового розладу [7].

Попри тріаду «Д» та основні патологічні стани ПТСР ми ніяк не можемо обійти стороною та не зупинитися на переліку найважливіших клінічних симптомів посттравматичного стресового розладу. Ці симптоми відображають ключові механізми психічної реакції на травматичну подію та дають змогу оцінити тяжкість і характер розладу. До цих симптомів відносяться флешбеки або ж симптоми повторного переживання, симптоми уникнення та гіперзбудження. Ватро зазначити, що перебіг ПТСР та інтенсивність симптомів відрізняється у кожної людини.

Люди, що пережили травматичну подію можуть переживати ті ж самі почуття, емоції чи згадувати пережите знову й знову в своїй свідомості, ніби та ситуація відбувається тут і зараз. Ці спогади можуть бути спровоковані розмовами чи подіями. Це нагадує особам ситуації, що вони пережили та змушують відчувати ті ж самі емоції, що й відчували під час травматичної події. Спогади можуть з'являтися у вигляді флешбеків протягом дня або ж як нічні кошмари. Флешбеки – це небажані яскраві сильні спогади, що людина проживає

знову й знову й може в наслідок цього втратити зв'язок з реальністю. Людина їх може повторно пережити через будь – який із п'яти органів чуття. Вона може бачити образи того, що сталося, відчувати звуки, запахи або ж навіть смаки пов'язані з травматичним досвідом. Також спогади можуть проявлятися через фізичні реакції. У такому випадку особа відчуває прискорене серцебиття, пітливість, нудоту, тремтіння, сильну тривогу. Організм під час цього активує реакцію «бий – біжи».

Люди, що пережили травматичну ситуацію в подальшому намагаються уникати усього що може нагадати про неї. Це є нормальний природнім способом зберегти психіку та відгородити себе від перебування у тих неприємних почуттях й емоціях знову. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом можуть намагатися уникати місць, людей, дій, розмов, схожих предметів до тих, що були на місці травматичної події. Вони відчувають смуток, порожнечу, самотність, занепокоєння. Їм часто важко знаходитися в оточенні інших людей, повертатися на роботу та займатися конкретними справами. Унаслідок цього такі люди можуть віддалятися від інших, втрачають довіру навіть до рідних та друзів, відчувають оніміння, пригніченість та звинувачують себе. Під впливом страху спогадів вони можуть почати вживати алкоголь чи наркотичні речовини для забуття або ж думати про самогубство й навіть вчиняти спроби. Уникаючи всіх і все постраждалі можуть закритися вдома, нікуди не виходити й ні з ким не спілкуватися протягом довгого часу.

Людина, що пережила сильний стрес завжди знаходиться «на сторожі», очікуючи повторення схожої травматичної події. Вона перебуває на межі зриву, відчуває надмірне занепокоєння та пильність, демонструє різку реакцію на раптові неочікувані рухи або ж гучні звуки чи шум. Під час цього людина здригується на найменші подразники, реагує навіть на несуттєві моменти. Такій особі дуже важко розслабитися, адже вона весь час перебуває у стані готовності до чогось поганого. Розглядає лише негативний хід подій та сконцентрована на небезпеці, що чекає у майбутньому. Унаслідок цього розвиваються проблеми зі

сном, зокрема безсоння, дратівливість, вибухи гніву. Людині важко зосередитись на чомусь. Наявні труднощі з концентрацією уваги, запам'ятовуванням, мисленням та сплутана свідомість.

Переживання травматичних подій є серйозним випробовуванням для психіки людини та призводять до тривалих порушень функціонування організму в різних сферах. Симптоми посттравматичного стресового розладу виснажують людину, обмежують соціальну активність, погіршують як професійне, так й особисте життя. Для відновлення стану та повернення до норми після пережитої травматичної ситуації людині необхідна кваліфікована допомога, що складається з діагностики, лікування та реабілітації.

РОЗДІЛ 3. ТЕРАПЕВТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Посттравматичний стресовий розлад є досить складним клінічним феноменом, що проявляється комплексними порушеннями психічного та фізіологічного функціонування. Через різноманітність симптомів, їх індивідуальний характер та коморбідність ПТСР необхідно проводити діагностику розладу для точного його виявлення й для складання подальшого чіткого плану лікування.

Для початку, необхідно зазначити, що посттравматичний стресовий розлад повинен діагностувати виключно спеціаліст, а не будь-яка людина. Від цього залежить не лише правильність проведення діагностики й подальшого лікування, а й стан пацієнта під час та після діагностики. Адже фахівець розуміє як правильно використати ту чи іншу методику, для якого пацієнта, стану, що правильно сказати чи запитати в конкретний момент. Звичайний перехожий не матиме тих знань і може навіть нашкодити пацієнту. Ще однією обов'язковою умовою для проведення діагностики ПТСР є тривалість протікання розладу. ПТСР можна діагностувати лише в тому випадку якщо тривалість симптоматики становить не менше одного місяця.

Перед тим, як здійснювати огляд методик, що використовуються для діагностики ПТСР, на мою думку, необхідно визначити критерії діагностування розладу. Для цього звернімося до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10, МКХ-11). Укладачі МКХ-10 присвоїли ПТСР код «F43.1» та визначили наступні критерії на підставі яких можна здійснювати його діагностику [18]:

1. Постраждалий зазнав впливу стресової події (як і короткочасної так і довготривалої), що несла загрозливий характер та здатна викликати дистрес у будь-якої людини.

2. Постраждалий постійно знову переживає дію стресового чинника, що виражається у нав'язливих спогадах, яскравих снах (які повторюються) або

переживає дистрес, потрапляючи в життєві обставини, які йому нагадують про перенесений травматичний досвід [18].

3. Постраждалий прагне уникати життєвих обставин, що асоціюються із пережитим травматичним досвідом. При розгляді цього критерію варто враховувати, що до травмуючої події реакції уникнення не відбувалося.

4. Наявна одна із нижче перелічених ознак:

Неспроможність постраждалого повністю або принаймні частково пригадати важливі події, що пов'язані із травматичною подією.

Поява двох (зі списку нижче) симптомів, які не виникали до дії травматичного чинника: виникнення проблем із засинанням, підтримкою сну; спалахи гніву; труднощі із концентрацією уваги; підвищення рівня неспання; посилення чотирьоххолмного рефлексу.

Укладачі МКХ-11 змінюють погляд на посттравматичний стресовий розлад. Від ПТСР, який тепер має код «6В40» відокремлюють Ускладнений ПТСР, який тепер кодується як «6В41». Посттравматичний стресовий розлад у МКХ-11 нам пропонують діагностувати за наявністю усіх нижче перелічених критеріїв [18]:

1. Повторне переживання події у вигляді нав'язливих спогадів, кошмарів тощо.

2. Уникнення думок і спогадів про травматичну подію або про людей / ситуацій, які із нею пов'язані.

3. Стійке відчуття підвищеної загрози, що може виявлятися, наприклад, в посиленні чотирьоххолмного рефлексу.

Ускладнений посттравматичний стресовий розлад характеризується (окрім діагностичних критеріїв ПТСР) вираженими та стійкими:

1. Порушеннями у емоційній регуляції.

2. Переконанням щодо себе як про притижену, зламану, нікчемну особу (пов'язаним із травматичною подією).

3. Труднощами у комунікації з іншими людьми.

В обох випадках, вище перелічені критерії, повинні призводити до порушень в особистісній, сімейній, соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування індивіда [18, с. 534].

Отже, враховуючи виділені діагностичні критерії стає зрозумілим, що посттравматичний стресовий розлад викликає важкий загальний психічний стан людини, негативно впливає на всі її сфери життя [19]. Для того аби запобігти цьому необхідно вміти здійснювати своєчасну та ефективну діагностику. Допомогти нам із цим можуть ряд психодіагностичних методик, серед яких перш за все варто звернути увагу на Шкалу оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale), структуроване клінічне інтерв'ю (Structured clinical Interview for DSM-III-R) та різні модифікації місісіпської шкали (Mississippi scale), яка існує в адаптації для діагностування посттравматичного стресового розладу у ветеранів війн (Combat version); осіб, що утримувались в полоні (заручників) (Hostage version); цивільних осіб, що зазнали травматичного досвіду, жертв стихійних лих, техногенних катастроф, нещасних випадків, тощо (Civilian version).

На підставі проаналізованих досліджень, що апелюють до клінічної практики можемо зробити висновок, що основними діагностичним засобом можна вважати структуроване клінічне інтерв'ю (СКІД) (Structured clinical Interview for DSM-III-R (SCID). На базі цієї методики було розроблено шкалу клінічної діагностики ПТСР (CAPS) як інструмент виявлення рівня тривожності постраждалого, що виникає внаслідок переживання травматичного досвіду; з'ясування частоти її виявлення [19, с.6].

Шкала клінічної діагностики ПТСР (CAPS) має ще одну модифікацію, на яку варто звернути нашу увагу. Шкала клінічної діагностики CAPS-DX, в суті своїй, розроблена у формі інтерв'ю, яке покликане провести оцінку симптоматики посттравматичного стресового розладу, його тривалості, рівень соціальної дезадаптації постраждалого. Варто зазначити, що дана шкала уможливорює не лише оцінку поточного стану постраждалого, а й його розгляд впродовж життя після переживання травматичного досвіду.

Окрім вище зазначених методик варто розглянути:

1) Шкалу оцінювання тяжкості травматичного впливу (IES-R), яка дозволяє здійснити оцінку суб'єктивного дистресу, який виникає внаслідок переживання травматичної події. Ця методика не використовується безпосередньо як діагностична методика ПТСР, але часто її обирають як допоміжний інструмент для оцінки суб'єктивної реакції пацієнта, що пережив травматичний досвід.

2) Міссісіпську шкалу (Mississippi scale), яка як було зазначено вище, існує в різних модифікаціях, тобто є адаптованою для різних груп постраждалих, застосовують для оцінювання посттравматичних реакцій та оцінки ефективності лікування посттравматичних стресових розладів.

3) Шкала депресії Бека, також не є діагностичною методикою власне ПТСР, але може використовуватись для оцінки ступеню депресивних розладів з метою підвищення ефективності психотерапевтичного та медикаментозного лікування постраждалого.

4) Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатіса) уможливорює з'ясувати симптомів у пацієнта, які свідчать про ПТСР та про дистрес загалом. Опитувальник дозволяє нам оцінити симптоматику крізь призму дев'яти різних вимірів: соматизації, obsесивно-компульсивного розладу, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості, фобійної тривожності, параноїдальних ідей, психозів.

5) Інтерв'ю по діагностиці ПТСР (PSS-I PTSD, Symptom Scale Interview) дозволяє фахівцям оцінити симптоми за критеріями DSM-5.

6) Опитувальник симптомів ПТСР (PCL PTSD Checklist) також дозволяє виокремити симптоми ПТСР та оцінити рівень їх інтенсивності.

Після проведення ефективної діагностики варто приступати до лікування посттравматичного стресового розладу. Воно може складатися з медикаментозного лікування та психотерапевтичного впливу. В межах даного підрозділу розглянемо, власне, медикаментозне лікування ПТСР.

Одразу хочу зазначити, що препарати починають використовувати лише тоді, коли рівень дистресу неможливо коригувати та контролювати, виключно, психотерапевтичним втручанням. На початку лікування можливим є призначення транквілізаторів у невеликих дозах, якщо людину на постійній основі турбують нічні кошмари. Також можуть бути виписані антидепресанти та снодійні препарати для зниження збудливості, зниження постійної тривоги та нормалізації сну. Що стосується антидепресантів, то потрібно дуже обережно застосовувати трициклічні та інгібітори моноаміноксидази, оскільки вони мають достатньо виражену побічну дію та недостатню доказову базу. Натомість якщо прослідковується збудження на високому рівні тоді можливе застосування нейролептиків, але лише у мінімальних дозах [7].

Варто зауважити, що медикаментами ми здебільшого знімаємо або ж полегшуємо прояв симптомів ПТСР, але не лікуємо сам розлад. Адже, специфічних фармакологічних методів лікування посттравматичного стресового було розроблено мало. За всю історію досліджень ПТСР було винайдено два препарати, що можна використовувати для його лікування: сертралін та пароксетин. Окрім сертраліну, пароксетину є лише невелика кількість методів медикаментозного лікування, що залишаються ефективними. Найрозповсюдженим методом медикаментозного лікування залишаються елективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (такі препарати, як флуоксетин, пароксетин, сертралін). Також використовується інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну – венлафаксин. Препарати з таким механізмом дії застосовуються, переважно, у лікуванні депресивних та тривожних станів. Додатково, але не як монотерапію, можна використовувати симпатолітики й антиконвульсанти (клоназепам, вальпроєва кислота або депакін), а також атипові нейролептики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) у лікуванні посттравматичного стресового розладу. Ці групи препаратів додаються до лікування для контролю певних симптомів, коли основна терапія недостатньо ефективна.

Симпатолітики (празозин або ж теразозин, як препарати групи адреноблокаторів) блокують надмірну активацію симпатичної нервової системи. Унаслідок чого відбувається нормалізація сну, зменшення нічних кошмарів та гіперзбудження. А от що стосується симпатолітиків групи бета-блокаторів (пропранолол), то їх використовують для профілактики гострих реакцій на травму, але ніяк не для лікування хронічної форми ПТСР.

Антиконвульсанти (клоназепам, вальпроєва кислота або депакін) впливають на ГАМК-ергічну систему та стабілізують нейронну активність. Клоназепам (бензодіазепін) може тимчасово повпливати на зменшення тривоги, панічної атаки або ж безсоння. Але великим недоліком цього препарату є звикання організму та формування залежності, що є досить небезпечним. Через це його застосовують короткочасно. Вальпроєва кислота діє як стабілізатор настрою та антиконвульсант. Цей препарат допомагає знизити рівень агресії, імпульсивності та впливає на зменшення розвитку коморбідних розладів. Препарати цієї групи є досить ефективними для лікування панічних розладів та тривоги, але в ПТСР вони результативні переважно у симптоматичному лікуванні.

Атипові нейролептики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) блокують серотонінові та дофамінові рецептори, що допомагає у лікуванні з психотичними симптомами такими, як параноя чи дисоціація. Також у позитивному ключі впливає на важку гіперактивність, агресію та нічні кошмари. Рисперидон, до прикладу, ефективний в комбінації з іншими препаратами та медикаментозним лікуванням для зменшення загальної тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу. Оланзапін і кветіапін є ефективними для покращення сну та зменшення тривоги, але водночас є ризики метаболічних порушень. Тобто в людини можуть розвинутися проблеми з рівнем глюкози в крові та неконтрольованим набором ваги. Ці препарати є особливо ефективними у випадках коморбідності психічних симптомів чи високої резистентності до антидепресантів. Як уже зазначалося групи цих препаратів призначені лише для

комбінованого лікування ПТСР через певні причини. До цих них відносяться слабка та недостатня доказова ефективність препаратів для самостійного лікування, високі ризики побічних дій та розвиток ускладнень. Також маємо враховувати той факт, що посттравматичний стресовий розлад має комплексний характер і потребує інтегративного підходу, тому монолікування в цьому випадку буде неефективним. Усі групи препаратів, що були розглянуті вище не є першою лінією лікування посттравматичного стресового розладу. Вони відносяться до другої, а деякі з них і до третьої лінії впливу.

Варто пам'ятати, що першочерговим у лікуванні ПТСР є застосування психотерапії та антидепресантів (сертралін та пароксетин). Фармакологічні засоби лікування активно використовуються, але не слід надавати їм першочергову перевагу, адже основна частина роботи полягає, все-таки, у психотерапії. У більшості випадків лікування ПТСР передбачає комплекс як медикаментозного, так і немедикаментозного лікування, тому не можна нехтувати психотерапією або ж іншими методиками якщо хочете ефективний процес та результативне лікування. При значних порушеннях сну, які не вдається усунути за допомогою заспокоєння та використання різних препаратів у невеликих дозах слід застосувати, хоча б, короткострокову психологічну допомогу. Також можемо використовувати й інші методи немедикаментозного лікування. У випадку позитивної динаміки, лікування фармакологічними препаратами повинно тривати не менше 12 місяців, після чого має відбуватися поступова відмова від препарату. Не можна різко припиняти прийом медикаментів, оскільки це може призвести до «ефекту відміни», появи ускладнень, рецидиву порушення психічного стану людини [7].

Після успішного лікування основних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за допомогою психотерапії, медикаментів або ж їх комбінації, фокус переходить саме на реабілітацію постраждалих. Цей етап є дуже важливим, оскільки спрямований на відновлення соціальної, професійної та емоційної адаптації. Людям, що пережили травматичну подію це допомагає

поступово повернутися в повсякденне життя, до звичної діяльності та ефективної комунікації в суспільстві.

Завдяки різним напрямкам реабілітаційного процесу особа почуває себе в безпеці, а це в свою чергу впливає на зменшення ймовірності розвитку рецидивів. Для досягнення кращих результатів найоптимальніше буде залучати мультидисциплінарну команду фахівців, включаючи психолога, соціолога, реабілітолога інших фахівців. Ключовою метою усіх заходів реабілітації постраждалих із ПТСР має стати зміна деструктивних форм подолання дистресу із пасивною соціальною позицією, на конструктивні форми поведінки із залученістю до суспільних процесів.

Ідеально проводити профілактичні заходи ще до виникнення травматичних подій, а не фокусуватися на реабілітації, уже після того як людина пережила травму. Профілактичні заходи здійснюватись в контексті психоосвіти, яку найбільш оптимально буде організувати у вигляді трьохетапної структура, до якої входять:

1. Вивчення потреб пацієнта та його найближчого оточення.
2. Збір доказових даних на підставі яких можна сформувати інформаційний блок для осіб із групи ризику.
3. Оцінка ефективності розроблених інформаційних матеріалів.

На сучасному етапі розвитку різні психотерапевтичні напрямки пропонують різні підходи для зменшення інтенсивності проявів симптомів ПТСР, відновлення адаптаційних можливостей індивіда, покращення його загального психічного стану. Серед психотерапевтичних концепцій лікування та реабілітації постраждалих із ПТСР розглянемо наступні:

1. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ).
2. Десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR).
3. Особистісно-орієнтована психотерапія (за К. Роджерсом).
4. Логотерапія (В. Франкла).
5. Гештальт-терапевтичний підхід.

6. Психофізіологічний підхід (на основі класичного аутотренінгу І. Шульца).

7. Арт-терапевтичні практики

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), яка виростає в царині біхевіористичної парадигми в психології, по праву вважається найефективнішою психотерапевтичною практикою. Метод започаткований наприкінці минулого століття Джудіт Коен, Ентоні Маннарінном та Естер Деблінгер. ТФ-КПТ базуючись на основних принципах когнітивно-поведінкової терапії передбачає проведення спеціальної роботи із травмою. Ці впливи, як правило, передбачають застосування імагінативної або градуйованої експозиції, що спрямована на зменшення інтенсивності страху та уникнення, щодо об'єктів та явищ пов'язаних із отриманим травматичним досвідом. Також цей підхід включає в себе травмоорієнтовану когнітивну терапію, яка має на меті виявлення та трансформацію надмірно негативних, дисфункційних оцінок пережитої травматичної події, її наслідків, а також власних емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій.

Десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR), психотерапевтичний підхід, розроблений Франсіном Шапіро, вважається одним із найефективніших саме в роботі із травматичним досвідом, отриманим в ході бойових дій. Метод передбачає навмисне встановлення контакту з травматичними спогадами під час виконання завдання із розподілу уваги. Зокрема, через ритмічне чергування рухів очей або *bilateral body tapping*. В ході ряду проведених досліджень було встановлено, що зв'язок між актуалізацією травматичної пам'яті із таким завданням створює навантаження на робочу пам'ять. Це сприяє зниженню інтенсивності емоційної насиченості нав'язливих спогадів. Це, своєю чергою, сприяє їх більш адаптивній обробці та реконсолідації з включенням нової, менш загрозованої інформації. У структурі EMDR виокремлюють фазу десенсибілізації, фазу когнітивної реструктуризації, під час якої трансформуються дисфункційні переконання, а також окрему фазу,

зосереджену на зниженні інтенсивності тілесних відчуттів, пов'язаних із травматичними спогадами.

Особистісно-орієнтована психотерапія (за К. Роджерсом) розглядає ключовим принципом терапії - відповідальність людини за власні емоції та переживання. Людина, на думку прихильників цього напрямку, самостійно обирає, як реагувати на життєві події, в тому числі травматичного характеру. Якщо людина вирішує залишатися нещасною, застрягати в минулому, вона цілком може мати на це право. Ключова мета терапії полягає не в усуненні травматичної ситуації, а в зміні ставлення постраждалого до її наявності у власному житті.

Типові стратегії роботи, відповідно до цього підходу, включають такі взаємопов'язані етапи:

1. Прийняття самостійного рішення про допомогу. Клієнт повинен усвідомити потребу у психологічній підтримці та взяти на себе відповідальність принаймні за готовність працювати над власними проблемами. Психотерапевт на цьому етапі повинен створити умови, у яких постраждалий буде здатен самостійно вирішувати свої труднощі.

2. Психотерапевт повинен сприяти тому, щоб клієнт відкрито висловлював емоції, особливо ті, що пов'язані з травматичним досвідом.

3. Завданням терапевта полягає в фокусуванні увагу на справжніх почуттях клієнта, прихованих за словами чи поведінкою. Психолог повинен допомогти усвідомити і прийняти їх як частину себе.

4. Внаслідок усвідомлення і прийняття власних негативних почуттів постраждалий починає поступово проявляти позитивні емоції (любов, самоповагу, прагнення до особистісного зростання тощо).

5. Психотерапевт визнає проявлені клієнтом позитивні емоції, не оцінюючи їх. Це сприяє формуванню глибшого розуміння власного внутрішнього світу.

6. На завершальному етапі психотерапевт повинен допомогти клієнту остаточно усвідомити можливість власного вибору, а також страх і сумніви, що заважають рухатися далі.

У межах логотерапії Віктора Франкла набуття або відновлення сенсу, втраченого внаслідок травматичного досвіду, розглядається як процес активної зміни орієнтацій людини у взаємодії із середовищем, яке її оточує. Сенс, за Франклом, є феноменом, який може бути усвідомленим й відкритим особистістю у конкретній життєвій ситуації. У роботі з проблемою сенсу вчення Франкла спирається на поняття специфічних цінностей, через реалізацію яких людина здатна віднайти смислове наповнення свого буття.

Гештальт-терапія перекладається від німецької, як «образ», «форма», «структура» та від грецької – «лікування». Вона є одним із напрямків психотерапії, що ставить собі за мету розширити свідомість особистості, покращити розуміння й сприйняття себе ж самого та досягти більш цілісної внутрішньої рівноваги. Також передбачає покращити контакт не лише з внутрішнім, а й із зовнішнім світом. Унаслідок цього покращується та збільшується комунікація з оточуючими тебе людьми. Гештальт – терапія розглядають, як і терапія цілісного досвіду, що в роботі з травматичними ситуаціями спирається на етапи взаємодії з оточенням, механізми їх переривання, незавершені ситуації та на природну адаптацію організму до змін. У контексті вирішення травми фокус падає на відновлення цілісного циклу реалізації потреб, тобто усвідомлення, задоволення та завершення бар'єрності. Насупним важливим аспектом є подолання захисних механізмів проекції, ретрофлексії, інтродекції, а також злиття. Робота з потребами людини заснована на здатності її організму до саморегуляції. У гештальт-підході активно застосовуються техніки діалогу, що допомагають змінити внутрішню позицію людини. Також під час гештальт – терапії буде проводитись робота з почуттями і тілом. Таким чином даний комплекс методів дає можливість завершити переживання травми на різних рівнях та сприяє загальній адаптації .

Далі розглянемо психофізіологічний підхід. До його складу входять релаксація й аутогенне тренування. Одним із найбільш ефективних методів психофізіологічного підходу є саме аутогенне тренування (АТ). АТ розроблене німецьким психіатром Йоганнесом Шульцом. Воно є класичним методом цього підходу та ґрунтується на використанні самонавіювання в стані м'язового або ж психологічного розслаблення. АТ застосовується для регуляції емоційного стану, а також для боротьби з безсонням. Цей метод поєднує елементи гіпнозу, релаксації та концентрації уваги та спрямовується на відновлення рівноваги організму. Враховуючи це, зрозумілим стає й те, чому найбільш сприятливим часом для здійснення самонавіювання є момент після пробудження й перед засипанням. Адже саме в цей час природним чином виникає стан аутогіпнозу. Окрім ранкових і вечірніх занять, АТ можна проводити до 2-3 разів на день залежно від індивідуального ритму та розпорядку життя. Для досягнення стійкого терапевтичного ефекту займатися потрібно регулярно, тобто щодня. Стан Вашого самопочуття на це ніяк не має впливати. Для ефективного та комфортного навчання психічній релаксації потрібно перебувати в розслабленій позі. Найоптимальнішим рішенням буде займатися лежачи на спині. У цей же час руки мають бути ледь зігнуті в ліктях і вільно розташовані вздовж тулуба долонями донизу. Що стосується ніг, то вони повинні бути розведені на 20-30 см. Альтернативним варіантом є положення сидячи у м'якому кріслі з підголівником і підлокітниками, де людина може повністю розслабитись та покласти руки. За відсутності даних умов можна просто застосувати так звану «позу кучера». Для цього потрібно сісти на стілець далі розпрямити спину, а потім розслабити скелетну мускулатуру. При цьому голова опущена на груди, очі закриті, ноги трішки розставлені й зігнуті під тупим кутом, руки лежать на колінах та не торкаються одна одної, лікті дещо округлені. Головною перешкодою аутогенному тренуванню може бути повне занурення у себе, внаслідок чого може виникнути пасивний стан дрімоти. Це, звісно ж, перешкоджатиме проведенню та ефективності вправи. Для подолання такої ситуації потрібно виконати 3-4

глибокі вдихи та видихи, після чого 3-4 рази сильно заплющити очі, не піднімаючи повіки. Під час цього слід проговорювати собі: «Сонливість проходить, настає почуття спокою, розслаблення», а після цього продовжувати тренування. Сфера використання АТ є надзвичайно широкою. Цей метод може використовуватися як самостійну засіб психорегуляції або в поєднанні з іншими психотерапевтичними та реабілітаційними підходами. Заняття можуть бути як груповими, так й індивідуальними. Оптимальним вважається виконання вправ тричі на добу по 10-15 хвилин. Формули самонавіювання доцільно вимовляти «про себе» на видиху. Ці випадку, коли формула є занадто довгою, то можна розділити її на два видихи. Це сприяє збереженню ритмічності дихання та глибини розслаблення.

Арт-терапія є дієвим та ефективним методом відновлення психічних ресурсів військовослужбовців, що базується на застосуванні різних видів мистецтва, здатних впливати на психіку людини та стабілізувати її стан [15]. Цей вид терапії використовують для релаксації, регуляції емоційного стану та осмислення пережитого досвіду. Основними напрямками арт-терапевтичної роботи є музикотерапія, образотворча терапія та бібліотерапія [1, с. 134].

Музикотерапія передбачає організацію спеціально структурованих сеансів у приміщеннях, розрахованих на роботу з групами різної кількості людей. Ключовими умовами ефективності роботи є якісний звук при помірній гучності та тривалість сеансу близько 40–50 хвилин. Для посилення релаксаційного ефекту дану терапію можна інтегрувати з елементами аутогенним тренуванням. Учасники в ході роботи займають комфортне положення тіла, максимально розслаблюють м'язи, виконують повільне черевне дихання та супроводжують його внутрішніми заспокійливими формулами на видиху. Ці формули звучать так, як «Я заспокоююся» або «Я спокійний». Подальше прослуховування спеціально підібраного музичного матеріалу спрямоване на емоційне занурення, формування образів й асоціацій. Також впливає на прийняття різного плану

емоцій, включаючи негативні, без їх пригнічення. Цей підхід сприяє зниженню психоемоційної напруги та внутрішньої стабільності.

У свою чергу малюнок терапія є невербальним способом вираження внутрішніх переживань за допомогою фарб і олівців, що дозволяє актуалізувати емоційний стан без вербальної комунікації. Палітра кольорів, що використовує людина в процесі терапії часто відображає її психоемоційний стан. До прикладу, червоний відображає емоцію гніву, чорний - про смуток, сірий - про занепокоєння, жовтий - про активність, а зелений сприяє заспокоєнню та відпочинку. Процес малювання дає змогу зрозуміти власні переживання, відтворити реальність і продуктивно опрацювати травматичні події. Сюжет творчих робіт забезпечує ставлення до себе та рідних, відображення абстрактних понять, такі як страх, любов чи самотність, а також взаємини у групі. Практичні заняття включають індивідуальні форми роботи з подальшою рефлексією. У той же час можуть проводитись спільні творчі завдання у парах чи групах, а також колективне малювання, коли учасники по черзі доповнюють спільний образ. Аналіз готових робіт проводиться шляхом обговорення всіма учасниками, що сприяє глибшому розумінню особистісних емоційних станів і переживань.

Таким чином, арт-терапія створює умови для безпечного вираження прихованих або складних емоцій, сприяє відновленню психічної рівноваги та перенесення травматичного досвіду через творчість. Це визначає її ефективність як складової комплексної психологічної підтримки військовослужбовців [1].

На підставі проведеного теоретичного дослідження було здійснено авторську типологізацію основних моделей психосоціальної реабілітації постраждалих із посттравматичним стресовим розладом. Було виокремлено 4 «національних» типи психосоціальної реабілітації на основі наступних критеріїв:

- 1) Організаційна структура [27].
- 2) Провідний принцип в системі реабілітації.
- 3) Форма фінансування.

Першою виділимо децентралізовану модель психосоціальної реабілітації, що є характерною для Сполучених Штатів Америки. По-перше, визначальною рисою даної моделі являється те що вона реалізується на регіональному, а не на загальнодержавному рівні. По-друге, складовими цієї моделі є п'ять аспектів: співналаштування та активне слухання (Rapport and Reflective listening); оцінювання потреб (Assessment of needs); пріоритизація (Prioritization); інтервенція (Intervention); диспозиція (Disposition).

Співналаштування та активне слухання передбачає встановлення стосунків, налаштування та рефлексивне слухання. Швидке оцінювання потреб базується на здатності швидкого, майже миттєвого, діагностуванні ПТСР на ранніх стадіях, тобто це не формальна діагностика, а розпізнання тих хто потребує допомоги, а хто перебуває в більш стабільному стані. Пріоритизація полягає у визначенні та вирішенні нагальних завдань. Інтервенція або іншими словами втручання необхідне для стабілізації стану людини, пом'якшення гострого страждання. Диспозиція передбачає не одноразове втручання, а тривале спостереження, догляд та залучення інших форм психосоціальної підтримки [30].

По-третє, модель США включає в себе тріаду «3 Д»: дезадаптація, деперсоналізація та дереалізація. Дезадаптація – порушення здатності функціонувати в соціальному середовищі. Вона проявляється у втраті звичних ролей, труднощах у спілкуванні, самоізоляції, а також професійній непридатності. Деперсоналізація – відчуття відчуження від самого себе, ніби тіло або думки не належать людині. Це відображається у втраті ідентичності, емоційному онімінні та автоматичності дій. Дерееалізація – сприйняття навколишнього світу як нереального, віддаленого, «неначе в сні». Для неї є характерними втрата зв'язку з реальністю, враження що все відбувається не з тобою.

Другою стала польська модель в основі якої лежить індивідуальний підхід до діагностики, планування та лікування для подальшої соціальної активізації

індивіда, повернення його до участі в житті громади. Дана модель фокусується переважно на допомозі людям з інвалідністю. У ній виділяють чотири основні аспекти: універсальність, складність реабілітації, ранній початок реабілітаційного процесу та безперервність. Універсальність передбачає що реабілітація повинна бути доступною для всіх, хто її потребує не зважаючи на соціальний статус, фінансове становище чи особистих переконань індивіда. Складність реабілітації, особливо у випадку тяжко травмованих людей, повинна проводитися мультидисциплінарною командою, члени якої перебувають у постійній комунікації та дотримуються одного плану лікування. Саме завдяки злагодженій роботі вдається досягти максимально ефективного результату. Ранній початок реабілітаційного процесу призводить до швидшого відновлення втрачених функцій пацієнта, скорочення часу лікування та покращення результатів. Безперервність реабілітації базується на довготривалому, циклічному супроводі пацієнта. Саме це забезпечує тісну взаємодію медичної, психосоціальної, а також професійної складових реабілітації.

Німецька, біопсихосоціальна модель реабілітації ґрунтується на комбінованому лікуванні, а також розглядає здоров'я людини як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, а не як ізольований стан, вимагає комплексного, цілісного та міждисциплінарного підходу. Уся увага цієї моделі приділяється функціональним та психосоціальним наслідкам хвороби. На основі цього розробляються психосоціальні цілі реабілітації на початку терапії, які враховують повсякденне життя пацієнта, а також конкретні індивідуальні обмеження. У психосоціальній реабілітації виокремлюються наступні цілі: реалістична оцінка стану, покращення самопочуття пацієнта, принцип партисипації: усвідомлення відповідальності за самих себе та мотивація до психотерапевтичного лікування, поліпшення самоконтролю, активізація розуміння зв'язків між соматичними й психологічними чинниками, опанування й впровадження нових навичок у повсякденне життя, засвоєння ключових підходів та подолання життєвих труднощів, формування позитивного досвіду соціальної

взаємодії та стосунків. Іншою особливістю біопсихосоціальної моделі є законодавча основа. Вона базується на чіткому регулюванні усіх дій та впроваджень через книгу IX Соціального кодексу Німеччини (SGB IX). SGB IX передбачає усі правові норми щодо реабілітації та участі людей з обмеженими можливостями. Закон про інтеграцію та реабілітацію осіб з інвалідністю ґрунтується на таких принципах: заборона дискримінації, права на будь-якого виду реабілітації, створення єдиної платформи реабілітації для досягнення кращого результату, до прикладу система «одного вікна», пристосувати закони про реабілітацію та права людей з інвалідністю до принципів самовираження й активної участі в суспільстві. Отже, модель ФРН орієнтована не лише на психосоціальної реабілітації, а на забезпечення якості життя людям з обмеженими можливостями.

Українська, кризова, модель психосоціальної реабілітації в умовах збройного конфлікту, враховуючи її актуальність для сьогодення українського народу. З огляду на збільшення кількості людей, що потребують кваліфікованої допомоги психолога з лютого 2022 року в Україні активно здійснюються спроби розробити моделі психосоціальної реабілітації. Вона повинна включати в себе наступні складові, що сприяють покращенню психічного стану пацієнта. Першою виділяють розвиток навичок самостійного життя, якщо людина не має змоги вести нормальний спосіб життя. Тренінг сімейних взаємовідносин є другим компонентом цієї моделі. Він полягає у роботі з родинами постраждалих при відсутності підтримки та розуміння процесу лікування. Наступним елементом є активізація соціальних навичок з метою покращення комунікації та реалізації своїх професійних навичок. Ці складові повинні лягти в основу індивідуальної персоналізованої програми психосоціальної допомоги.

Не дивлячись на спроби розробити ефективну модель психосоціальної реабілітації все ж маємо ряд недоліків: несвоєчасне надання допомоги постраждалим та поганий стан психічного здоров'я більшості населення, що підштовхує вразливу частину суспільства до кризового стану.

Аналізуючи усе вище написане мною можна дійти до висновку що кожна з моделей психосоціальної реабілітації має як свої власні переваги, так і недоліки.

Спершу розглянемо переваги моделі ФРН психосоціальної реабілітації. Німецька модель вважається однією з найсистемніших у Європі, адже стабільне фінансування забезпечує особам з інвалідністю безкоштовну медичну допомогу, яка включає оплату операцій, тривалого лікування, курсів реабілітації, сестринську допомогу. Особи з обмеженими можливостями користуються спеціальними соціальними картками, завдяки яким вони сплачують меншу ціну за комунальні послуги, отримують безкоштовний проїзд у громадському транспорті, можливість відвідувати кінотеатри, музеї, концертні зали. Фактично пільги покривають більшість потреб людей з інвалідністю у всіх сферах життя. Окрім того, надається право на самостійний вибір установ, засобів реабілітації та транспорту. Також у особи є можливість обрати грошову виплату замість отримання вищеперелічених пільг у натуральній формі. Таким чином клієнт здатен незалежно приймати рішення та у своєму темпі повертатися до нормального життя, брати відповідальність за власну реабілітацію.

Основним недоліком біопсихосоціальної моделі є надмірна бюрократизація. Вона полягає у досить складному й тривалому паперовому оформленні процесу призначення реабілітації у Німеччині. Психосоціальна реабілітація, як правило, проводиться не за фактичними потребами пацієнта чи клінічними показаннями, а на основі формальних документів, інформації зібраної під час госпіталізації чи попереднього лікування. Внаслідок цього пацієнти, що справді потребують реабілітації зіштовхуються з ненаданням або ж відтермінуванням допомоги через формальні невідповідності у документації. Такі затримки безпосередньо впливають на поточний стан пацієнта та кінцевий результат лікування.

Психосоціальна реабілітація у США має також ряд проблем, які впливають на ефективність лікування. Найбільшою проблемою цієї моделі являється недостатнє фінансування цього напрямку. Переважна кількість фінансових

ресурсів Сполучених Штатів Америки спрямовані саме на медикаментозне забезпечення та стаціонарне лікування. На програми пов'язані з лікуванням розладів психіки, зокрема, психосоціальну реабілітацію, як-от підтримуване працевлаштування або соціальна інтеграція коштів виділяється в рази менше. Саме це призводить до блоку впроваджень доказових практик, безробіття та бездомності. Однією із ключових переваг децентралізованої моделі є «Recovery Model». Recovery Model або ж іншими словами модель відновлення базується на відновленні життєвого потенціалу та цілісності особистості, що постраждала від психічного розладу, на відмінно від симптоматичного лікування, яке є розповсюдженим в інших країнах. Основним плюсом моделі відновлення є орієнтація на людину, взаємодія між клієнтом, його родиною та спеціалістом відбувається на рівноправних засадах, віра у відновлення та позитивність мислення є ключовим компонентом, сама людина бере активну участь у визначенні цілей, виборі реабілітації та контролі процесу лікування. Ця модель враховує як клінічні, так і соціальні (сенс життя, роль у суспільстві, самоідентичність) змінні, а також висвітлює історії людей, що пройшли такий же шлях, які надають більшої віри та надії у власні сили.

Наступною на черзі польська модель психосоціальної реабілітації. Розглянемо, для початку, її переваги. Основною з них є акцент на реабілітацію в громаді. На відміну від більшості східноєвропейських країн Польща відмовилась від системи великих психіатричних лікарень на базі яких, в тому числі, здійснювалася психосоціальна реабілітація. У цій країні активно розвивається мережа амбулаторних центрів кризової допомоги в окремих громадах. Це сприяє зниженню вірогідності соціальної ізоляції пацієнта. Адаптація до життя в громаді сприяють не тільки медики, а й спеціалісти, що займаються поверненням пацієнтів до повноцінного життя у суспільстві, включаючи контакти з родинами постраждалих та соціальними службами. Також децентралізація системи психосоціальної реабілітації сприяє зменшенню її залежності від великих інституцій.

Що стосується недоліків, то амбулаторні центри при громадах все ще не охопили усього населення, так як цей проєкт був започаткований у 2018 році. Залишається проблема взаємодії лікарень та органів соціального захисту. Відсутня спільна база даних, недостатня кількість спеціалістів із подвійними компетенціями, що заважає впровадженню інтегрованих програм. Новостворені центри фінансуються за рахунок бюджетів місцевих громад саме через це й виникає розрив між містом та селом у якості надання послуг з психосоціальної реабілітації. Така ситуація виникає через нестачу коштів у сільській місцевості.

Серед переваг моделі психосоціальної реабілітації в умовах збройного конфлікту можемо виділити підвищення уваги до цієї проблеми з боку держави. В Україні функціонує центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» під управлінням МОЗ України. На його базі розроблено реабілітаційну програму, що охоплює біологічні, соціальні та психологічні аспекти, що допомагають перетворити травматичний досвід на особистісне зростання. Також здійснюється чимало спроб розробки ефективних моделей реабілітації. Незважаючи на вищезазначені плюси через брак фінансування та кваліфікованих кадрів українська модель зіштовхується з рядом викликів. Часто постраждалі несвоєчасно отримують необхідну їм допомогу. Психосоціальна реабілітація здійснюється не на початкових стадіях розвитку, а коли особа перебуває у критичному стані. Також варто зазначити, що низький рівень допомоги у соціальній адаптації постраждалого вагомо ускладнює ситуацію. Ефективність психосоціальної реабілітації знижується внаслідок високої соціальної незадоволеності та відчуття незатребуваності серед великої частини населення України.

Україна зробила суттєві кроки у впровадженні сучасної психосоціальної реабілітації, особливо в умовах війни, коли потреба в психологічній, соціальній та медичній підтримці значно зросла. Сутність кризової моделі психосоціальної реабілітації полягає у поєднанні мультидисциплінарних підходів, розвитку навичок самостійності, соціальної адаптації та поваги до прав осіб з обмеженими

можливостями. Попри низку позитивних зрушень, вагомим недоліком української моделі залишається її орієнтація переважно на допомогу людям, які вже перебувають у тяжкому психоемоційному стані. Сьогодні бракує ефективної системи профілактики та раннього виявлення психологічних розладів, зокрема на рівні первинної медичної допомоги. Відсутність доступних програм попереднього обстеження та своєчасної психосоціальної підтримки призводить до затримок у діагностиці, ускладнює процес реабілітації й робить його тривалішим і затратнішим. У таких умовах особливо важливо ухвалювати своєчасні рішення й системно вдосконалювати підходи до попередження погіршення психічного стану пацієнтів. На мою думку, цього можна досягти шляхом: створення державної системи скринінгу, активізації участі громад, а також розвитку цифрових сервісів. Зокрема, створення державної системи скринінгу базується на забезпеченні можливості раннього виявлення психічних порушень на первинній ланці безпосередньо на рівні сімейної медицини. Під час прийому пацієнта лікар міг би використовувати спеціальні опитувальники, що дають змогу фіксувати перші ознаки психологічних труднощів та скеровувати людину на своєчасну допомогу. Активізація участі громади передбачає постійну взаємодію держави з благодійними фондами, волонтерськими програмами та ветеранськими організаціями. Завдяки такій співпраці ветерани та постраждалі могли б отримувати якіснішу й оперативнішу юридичну допомогу, психологічну реабілітацію, соціальну адаптацію та інші види підтримки. Окрім того, це дало б змогу забезпечити доступність безкоштовних і конфіденційних консультацій навіть у віддалених сільських громадах, що значно підвищило б зручність і ефективність послуг. Розвиток цифрових сервісів передбачає створення онлайн – платформ для самодіагностики, консультацій, психологічної освіти, особливо для віддалених регіонів. Також забезпечується надання цілодобової допомоги в кризових ситуаціях завдяки доступу через смартфон або інтернет, що є зручним, адже не залежить від місця перебування чи часу.

ВИСНОВКИ

По перше, в ході дослідження мною було виділено наступні види реабілітації: медична, фізична, психологічна, професійна, соціальна та педагогічна. Серед них виявлено три основних види, тісно взаємопов'язаних види реабілітації: медична, соціальна (побутова) та професійна (виробнича) реабілітація, які є складовими системи психосоціальної реабілітації постраждалих з ПТСР. Важливою також є соціальна реабілітація, яка виступає невід'ємною частиною лікування пацієнтів з постратравматичним стресовим розладом. Її вважають так званим завершальним етапом, але водночас вона є найтривалішою серед усіх. Адже, саме соціальні наслідки ПТСР можуть зберігатися й після стабілізації психічного стану.

З'ясовано основні форми проведення психосоціальної реабілітації: парна, колективна, індивідуальна, фронтальна, групова, інтегративна. Виділено їх основні переваги та недоліки, з'ясовано доцільність використання із різними пацієнтами. Виділено негативні наслідки колективної форми психосоціальної реабілітації: замовчування дискомфорту, суперечностей у поглядах або ж власних потреб; переоцінка правильності групового рішення; самоцензура.

По друге, для з'ясування засадничих, специфічних рис системи психосоціальної реабілітації, було досліджено явище стресу, описано його стадії (перша – природна мобілізація, друга – використання резервних властивості та сили організму, але поки ще із можливістю повернутися до нормального стану; третя – під час якої організм повністю «ламається», виснажуються резерви), симптоматику та види. Охарактеризовано явище дистресу, його симптоматику (емоційні, когнітивні, фізіологічні, поведінкові симптоми) та роль у ПСТР; основні причини виникнення хронічного стресу; поняття травми та потенційно травматичної події. Виокремлено їх причини та симптоми. З'ясовано поняття гострого стресового розладу, його сутності, симптоматики, описано категорії ГСТ. Було виокремлено умови переходу ГСР до ПТСР.

Також було досліджено історію введення ПТСР, як окремого психічного розладу в науковому та медичному дискурсі. Виокремлено та систематизовано різні підходи до визначення ПТСР. Визначено перелік основних паталогічних станів, що входять до його складу, їх симптоматика. З'ясовано, що посттравматичний стресовий розлад включає у свою клінічну картину три основні групи симптомів, відомі як «тріада Д» (дезадаптація, деперсоналізація та дереалізація). Вони є базовою діагностичною основою ПТСР.

По третє, було виокремлено найефективніші методики для діагностики та психотерапевтичні підходи для реабілітації постраждалих із ПТСР. Серед них: шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale); структуроване клінічне інтерв'ю (Structured clinical Interview for DSM-III-R) та різні модифікації місісіпської шкали (Mississippi scale). Серед найефективніших психотерапевтичних підходів з метою реабілітації постраждалих з ПТСР було виокремлено травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) та десенсибілізацію та пророблення травми рухами очей (EMDR).

По четверте, було виокремлено 4 «національних» типи психосоціальної реабілітації: американську (децентралізована) модель психосоціальної реабілітації, польську модель (індивідуальну), німецька (біопсихосоціальна) модель та українську (кризова) модель психосоціальної реабілітації. При виокремленні різних моделей було враховано: їх організаційну структуру, провідний принцип в системі реабілітації та форму фінансування системи.

Модель США зосереджується на принципі Recovery Model (моделі відновлення), що ґрунтується на орієнтації на особистість, її життєвий потенціал, автономію та активну участь у процесі реабілітації. Має змішане фінан

Польська модель базується на принципі індивідуального, комплексного та безперервного підходу, що включає універсальність доступу, ранній початок реабілітації та тривалий супровід пацієнта.

Принцип біопсихосоціального (німецького) підходу, що розглядає здоров'я як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Принцип кризової та мультидисциплінарної допомоги, спрямований на стабілізацію стану, розвиток навичок самостійного життя, соціальну адаптацію та підтримку родини. Водночас система залишається реактивною - орієнтованою на тяжкі стани, а не на профілактику та раннє втручання.

3) Форма фінансування.

Модель США базується на змішаному фінансуванні: державні кошти штатів, приватні страхові програми, гранти та благодійні фонди. При цьому психосоціальна реабілітація фінансується значно слабше, ніж медикаментозне лікування і стаціонарна допомога, що створює нерівний доступ до послуг та обмежує впровадження доказових практик.

Польська модель фінансується переважно за рахунок місцевих бюджетів громад, що призводить до нерівності в доступі до послуг між міськими та сільськими регіонами. Державне фінансування є обмеженим, а система все ще перебуває на етапі розбудови.

Німецька модель має стабільне державне та страхове фінансування, закріплене в Книзі IX Соціального кодексу Німеччини (SGB IX). Реабілітаційні послуги, включно з психосоціальними, надаються безкоштовно або компенсуються страховими фондами, з можливістю вибору між натуральними пільгами та грошовими виплатами

Українська модель має обмежене державне фінансування у поєднанні з міжнародною допомогою, грантами та діяльністю благодійних фондів. Нестача коштів і кадрів знижує доступність та своєчасність психосоціальної реабілітації, особливо на рівні громад.

В умовах війни особливо важливо ухвалювати своєчасні рішення й системно вдосконалювати підходи до попередження погіршення психічного стану пацієнтів. На мою думку, цього можна досягти шляхом: створення державної системи скринінгу, активізації участі громад, а також розвитку цифрових сервісів. Зокрема, створення державної системи скринінгу базується на забезпеченні можливості раннього виявлення психічних порушень на

первинній ланці, безпосередньо на рівні сімейної медицини. Активізація участі громади передбачає постійну взаємодію держави з благодійними фондами, волонтерськими програмами та ветеранськими організаціями. Завдяки такій співпраці ветерани та постраждалі могли б отримувати якіснішу й оперативнішу юридичну допомогу, психологічну реабілітацію, соціальну адаптацію та інші види підтримки. Окрім того, це дало б змогу забезпечити доступність безкоштовних і конфіденційних консультацій навіть у віддалених сільських громадах, що значно підвищило б зручність і ефективність послуг. Розвиток цифрових сервісів передбачає створення онлайн-платформ для самодіагностики, консультацій, психологічної освіти, особливо для віддалених регіонів. Також забезпечується надання цілодобової допомоги в кризових ситуаціях завдяки доступу через смартфон або інтернет, що є зручним, адже не залежить від місця перебування чи часу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агаєв, Н. А., Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Остапчук, В. В., Ткаченко, В. В. (2016). *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник*. К.: НДЦ ГП ЗСУ. – 234 с.
2. Вакуленко, Л. О., Прилуцький, З. П., & Вакуленко, Д. В. (ред.) (2010). *Основи фізичної реабілітації: Навчальний посібник* (с. 16-17, 234 с.). Тернопіль: ТНПУ. tnpu.edu.ua
3. Ангельська В. Нормативно-правове регулювання медико-психологічної, професійно-соціальної реабілітації військовослужбовців після перебування в зоні бойових дій. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 2(48). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2\(48\)-1972-1987](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2(48)-1972-1987) (дата звернення: 22.12.2025).
4. Аніщенко, М. А., & Огаренко, В. М. (2023). Чинники корупційних ризиків в реабілітаційній діяльності у сфері охорони здоров'я: Зміст та заходи усунення. *Механізми публічного управління*, 1, 188–196. – 8 с.
5. Бабов, К. Д. (Ред.). (2023). *Доказова фізична та реабілітаційна медицина: абетка для мультидисциплінарних реабілітаційних команд* (практичний довідник). Одеса: Поліграф. – 76 с.
6. Бабов, К. Д. (ред.). (2023). *Доказова фізична та реабілітаційна медицина: Абетка для мультидисциплінарних реабілітаційних команд: Практичний довідник* (76 с.). Одеса: Поліграф.
7. Бербак, Л., Бремо-Філліпс, С., Нійдам, М. Дж., Макфарлейн, А., & Верметтен, Е. (n.d.). *Лікування посттравматичного стресового розладу: сучасний огляд* – 88
8. Бережи себе. (2023). *ПТСР лікується. Як допомогти собі та близьким?* [Гід з посттравматичним стресовим розладом]. Платформа доказової інформації про здоров'я «Бережи себе». – 28 с.
9. Бриндіков, Ю. Л. (2019). *Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб* [дис. д.

пед. н. ТНПУ]. Тернопільський національний педагогічний університет. – 559 с.
URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/handle/123456789/12237>

10. Вакуленко, Л. О., & Клапчук, В. В. (Ред.). (2010). *Основи фізичної реабілітації* (навчальний посібник). Тернопіль: Тернопільський національний педагогічний університет. – 234 с.

11. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.). (2005). Уклад, І. В27, гол. ред. В. Т. Бусел. К.; Ірпінь: ВТФ «Перун». – 1728 с.

12. Верховна Рада України. (2020). *Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я (Закон України № 1053-IX від 3 грудня 2020 року, зі змінами)*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>

13. Возніцина, К., & Литвиненко, Л. (Ред.). (2023). *Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватися? Як допомогти подолати?* (2-ге вид., доп.). Київ. – 164 с.

14. Возніцина, К., & Литвиненко, Л. (ред.). (2023). *Невидимі наслідки війни: Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців* (2-ге вид., доповнене, с. 164). Київ.

15. Возніцина, К., Сіренко, Т., & Грудій, М. (2023). *Модель центру відновлення психічного здоров'я для постраждалих від війни: На основі досвіду ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України»*. ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України». – 45 с.

16. Воропаєв, Д. С., & Єжова, О. О. (2015). *Основи фізичної реабілітації (загальна характеристика засобів фізичної реабілітації)* (навчальний посібник). Суми: Сумський державний університет. – 72 с.

17. Воропаєв, Д. С., & Єжова, О. О. (n.d.). *Основи фізичної реабілітації (Загальна характеристика засобів фізичної реабілітації)* (с. 4-5, 72 с.). Сумський державний університет.

18. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2017). *МКХ-10-АМ. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я* (10-те вид.). – 1280 с.
19. Герасименко, Л. О. (н.д.). *Посттравматичний стресовий розлад*. Полтава: Полтавський державний медичний університет. – 6 с.
20. Голуб, Н. П. (2018). *Сучасні системи психолого-педагогічної реабілітації* (навчальний посібник). Умань: ВПЦ «Візаві». – 112 с.
21. Голуб, Н. П. (2018). *Сучасні системи психолого-педагогічної реабілітації: Навчальний посібник* (112 с.). Умань: ВПЦ «Візаві».
22. Горілий, А. Г. (2004). *Історія соціальної роботи*. Видавництво Астон. – 220 с.
23. Дорланд, В. А. Н. (2007). *Ілюстрований медичний словник Дорланда* (українсько-англійський переклад; Т. 1–2). Львів: Nautilus. – 1500 с.
24. Животова, В. В. (2021). *Соціально-педагогічна реабілітація дітей, які постраждали від насилля* (магістерська робота). <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/5981> – 89 с.
25. Животова, В. В. (2021). *Соціально-педагогічна реабілітація дітей, які постраждали від насилля: Магістерська робота* (89 с.). <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/5981>
26. Жук, О. М. (2014). Ресоціалізація та реабілітація як юридичні категорії кримінально-виконавчого права. *Держава і право*, 65, 258–263. – 6 с.
27. Івахненко, О. А., Новиков, О. В., & Глушченко, А. М. (2024). Правове регулювання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям в період воєнного стану. *СайєнсРаіз: Юридична наука*, 2, 28–34. – 6 с.
28. Кісарчук, З. Г. (Ред.). (2020). *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу* (монографія). Київ: Видавничий дім «Слово». – 178 с.
29. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., & Лазос, Г. П. (2020). *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів*

посттравматичного стресового розладу: Монографія (178 с.). Київ: Видавничий дім “Слово”.

30. Климчук, В. О. (2020). *Психологія посттравматичного зростання (монографія)*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. – 125 с.

31. Климчук, В. О. (2020). *Психологія посттравматичного зростання: Монографія*. Кропивницький: Імекс-ЛТД – 126 с.

32. Козолис, А. Р. (2023). *Поняття та правова природа реабілітаційних послуг: цивільно-правовий аспект*. – 4 с.

33. Козолис, А. Р. (2023). Поняття та правова природа реабілітаційних послуг: цивільно-правовий аспект. *Юридичний науковий електронний журнал*, 3, 171–174. – 4 с.

34. Кравченко, О. О., & Матрос, О. О. (ред.). (2017). *Історія соціальної роботи*. РВЦ «Візаві». – 250 с.

35. Куркова, К. М., & Луценко-Миськів, Л. І. (2024). Правове регулювання реабілітації військовослужбовців. *Держава та регіони. Серія: Право*, 1, 53–58. – 6 с.

36. Лисенюк, В. П. (Ред.). (2001). *Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини (навчальний посібник)*. Київ. – 70 с.

37. Лисенюк, В. П. (ред.). (2001). *Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини: Навчальний посібник (70 с.)*. Київ.

38. Михайлов, Б. В. (Ред.). (2014). *Посттравматичні стресові розлади (2-ге вид., переробл. і доп.)*. Харків: ХМАПО. – 223 с.

39. Михайлов, Б. В. (ред.). (2014). *Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник (2-ге вид., перероблене та доповнене)*. Харків: ХМАПО – 284 с.

40. Михайлова, О. І. (Упоряд.). (2021). *Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях (хрестоматія)*. Ніжин: Видавництво НДУ імені М. Гоголя. – 249 с.

41. Михайлова, О. І. (упоряд.). (2021). *Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: Хрестоматія*. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя. – 249 с.

42. Михалюк, Є. Л. (2018). *Фізична реабілітація: практикум для практичних занять та самостійної роботи студентів медичних факультетів («Лікувальна справа», «Педіатрія», «Стоматологія»)*. Запоріжжя: Запорізький державний медичний університет. – 74 с.

43. Михалюк, Є. Л. (2018). *Фізична реабілітація: практикум для практичних занять та самостійної роботи студентів IV курсу медичних факультетів спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Стоматологія” (с. 7-8, 74 с.)*. Запоріжжя: ЗДМУ.

44. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). *Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації : клінічна настанова / уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги*. Міністерство охорони здоров'я України. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3525> – 217 с.

45. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад*. <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatischnij-stresovij-rozlad>

46. Міністерство охорони здоров'я України. (н.д.). *Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації: Клінічна настанова, заснована на доказах*. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3525> – 217 с.

47. Міністерство охорони здоров'я України. (н.д.). *Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад*. <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatischnij-stresovij-rozlad>

48. Міністерство охорони здоров'я України. (2008, 15 квітня). *Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу (Наказ № 199)*. Верховна Рада України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-08#Text>

49. Моргунов, О. А. (ред.), Федоренко, О. І., та ін. (2022). *Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: Навчально-практичний посібник*. Харків: ХНУВС. – 184 с.

50. Моргунов, О. А. (Ред.). (2022). *Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях* (навчально-практичний посібник). Харків: ХНУВС. – 84 с.

51. Напреєнко, О., & Алфтїан, А. (2025). Комплексний підхід до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, депресією та коморбідною артеріальною гіпертензією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(2), – 15 с.

52. Наумова, А. О. (2023). Проблеми правової регламентації реабілітації. In *Теоретико-прикладні проблеми кримінального процесу та криміналістики в умовах воєнного стану* (pp. 267–270). Кам'янець-Подільський. – 4 с.

53. Національний інститут клінічної майстерності. (2015). *Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE)* [Protocol for the diagnosis and therapy of PTSD of the National Institute for Clinical Excellence of Great Britain (NICE); NICE clinical guideline 26] (О. Романчук, передмова). Український інститут когнітивно-поведінкової терапії & Фонд «Швейцарське бюро співробітництва в Україні». – 60 с.

54. Неудачина, Т. І. (Укл.). (2020). *Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання: Рекомендаційний бібліографічний покажчик* (О. Г. Коробкіна, ред.). Наукова бібліотека Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. – 112 с.

55. Овчаренко, О. Ю. (2023). *Психологія стресу та стресових розладів: Навчальний посібник* (266 с.). Київ: Університет «Україна».

56. Овчаренко, О. Ю. (Уклад.). (2023). *Психологія стресу та стресових розладів* (навчальний посібник). Київ: Університет «Україна». – 266 с.

57. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи* (2018). Т. 2. Київ. – 240 с.

58. Осьмак, А. (2024). Інститут реабілітації незаконно засуджених осіб як важлива компонента розвитку правової системи України. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: Юридичні науки, 1(41), 243–248. – 6 с.
59. Осьодло, В. І. (ред.). (2020). *Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: Підручник* (Вид. 2-ге, доп.). Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – 320 с.
60. Павлик, Н. В. (2020). *Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів* (методичний посібник). Київ. – 92 с.
61. Павлик, Н. В. (2020). *Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: Методичний посібник* Київ – 190 с.
62. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації). (2002). П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін. Харків. – 47 с.
63. Реабілітація військовослужбовців в Україні: Загальні проблеми та особливості організації під час воєнного стану. (2022). Київ: ВД «Професіонал». – 406 с.
64. Рябініна, О. В., & Гонтренко, Л. О. (2024). *Психологічна та соціальна реабілітація в системі соціально-психологічного супроводу професійних контингентів*. Національний університет цивільного захисту України. – 200 с.
65. Сейко, Н. А. (2002). *Соціальна педагогіка: курс лекцій*. Житомир: Житомирський державний педагогічний університет. – 260 с.
66. Сердюк, О. І., Рогожин, Б. А., Белозьоров, І. В., Просоленко, Н. В., Крупеня, В. І., Опаріна, Т. М., & Данно, В. В. (2024). Реабілітація: історія формування, сучасна стратегія розвитку. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*, 2, 86–94. – 8 с.
67. Титаренко, Т. М. (н.д.). Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни. Digital library NAES of Ukraine. <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1>

68. Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій* (навчальний посібник). Київ: Видавничий дім «Персонал». – 160 с.
69. Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів* Київ: ДП “Вид. дім “Персонал” – 180 с.
70. Фабро, І. (н.д.). *Теоретичний аналіз поняття «реабілітаційна педагогіка»*. Полтава. – 6 с.
71. Фортельний, М. С. (2024). *Фармацевтична складова лікування посттравматичного стресового синдрому: Вітчизняний та зарубіжний досвід* [Випускна кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця]. – 78 с.
72. Франкл, В. (2016). *Людина в пошуках справжнього сенсу: Психолог у концтаборі* (О. Замойська, пер.). Клуб сімейного дозвілля. (Оригінальна робота опублікована 1946). – 320 с.
73. Чабан, О. (н.д.). ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування (Лекція 2, частина 1) [Транскрипт лекції]. Українська спілка психотерапевтів (UPMA). http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTZR_chastyna_1.pdf
74. Чорна, В. В., Ангельська, В. Ю., & Гуменюк, Н. І. (2025). Система міжгалузевої реабілітації: медико-психологічна, професійно-соціальна на всіх рівнях системи охорони здоров'я українців в умовах воєнного та післявоєнного періоду. *Ментальне здоров'я*, (1), 29–34. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-1.6>
75. Чорна, В. В., Серебреннікова, О. А., Коломієць, В. В., Гозак, С. В., Слізарова, О. Т., Рибінський, М. В., Ангельська, В. Ю., & Павленко, Н. П. (2023). Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*, (12 (124)), 28–39. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
76. Шевчук, В. І., Яворовенко, О. Б., Беляєва, Н. М., & Шевчук, С. В. (2012). *Реабілітація інвалідів* (монографія). Вінниця: ФОП Данилюк В. Г. – 216 с.

77. A field trial of DSM-III-R psychoactive substance dependence disorders. (1987). *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 351–355. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.3.351> – 5 pp.
78. Bandura, A. (2012). Social cognitive theory. In P. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (Vol. 1, pp. 349–373). Sage Publications Ltd.
79. Burbach, L., Bremner-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2023). *Treatment of post-traumatic stress disorder: A contemporary review*. *Current Psychiatry Reviews*. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230428091433>
80. Bryant, R. A., & Friedman, M. J. (2001). Medication and non-medication treatments of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(2), 119–123. <https://doi.org/10.1097/00001504-200103000-00005> – 5 pp.
81. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (n.d.). *Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen*. <https://www.bmas.de> – 64 pp.
82. Cain, D. J., & Seeman, J. (2002). Defining characteristics, history, and evolution of humanistic psychotherapies. In *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 3–54). American Psychological Association. – 52 pp.
83. Ceravolo, M. G., & Christodoulou, N. (Eds.). (2018). *Physical and rehabilitation medicine for medical students*. edi·ermes. – 178 pp.
84. Foa, E. B., & Davidson, I. R. T. (1991). Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 346–355. – 10 pp.
85. Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press. – 351 pp.
86. Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715–723. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.715> – 9 pp.
87. Frankova, I., Bahmad, M. L., Goloktionova, G., Suvalo, O., Khyzhniak, K., & Power, T. (2024). *Mental health and psychosocial support in Ukraine: Coping*,

help-seeking and health systems strengthening in times of war. ARQ National Psychotrauma Centre; VU Amsterdam. – 96 pp.

88. Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1370–1376. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1370> – 7 pp.

89. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(1), 85–90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.85> – 6 pp.

90. Keane, T. M., Wolfe, J., & Taylor, K. L. (1987). Post-traumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 32–43. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198701\)43:1<32::AID-JCLP2270430106>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198701)43:1<32::AID-JCLP2270430106>3.0.CO;2-X) – 12 pp.

91. Koopman, C., Classen, C., Spiegel, D., et al. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland firestorm. *American Journal of Psychiatry*, *154*(6), 888–894. – 7 pp.

92. Lynch, J., Mack, L., Benesek, J., et al. (2015). *PTSD recovery program therapist manual* (3rd ed.). Hunter Holmes McGuire VA Medical Center. – 312 pp.

93. Maruta, N., Pan'ko, T., Fedchenko, V., & Kutikov, O. (2012). The role of psychotraumatization factors in formation of anxious-phobic disorders. In *Abstracts of the WPA International Congress 2012* (p. 251). *Česká a slovenská psychiatrie*. – 1 p.

94. McLellan, D. L. (2000). Medical rehabilitation for people with physical and complex disabilities. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, *34*(3), 234–235. [https://doi.org/10.1016/S0035-8819\(25\)01527-2](https://doi.org/10.1016/S0035-8819(25)01527-2) – 2 pp.

95. National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. NICE. – 18 pp.

96. Pearlin, L. I. (2012). The social contexts of stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 367–379). The Free Press. – 13 pp.

97. Schuster Wachen, J., & Sloan, D. (2024). Massed and brief treatments for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, *35*(3). National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V35N3.pdf – 12 pp.

98. Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing and the anxiety disorders: Clinical and research implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35–67. – 33 pp.
99. Sivan, M., et al. (Eds.). (2019). *Oxford handbook of rehabilitation medicine*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198785477.001.0001> – 784 pp.
100. Sunder, S. (2010). *Textbook of rehabilitation* (3rd ed.). Jaypee Brothers Medical Publishers. <https://doi.org/10.5005/jp/books/11022> – 672 pp.
101. Szyszka, M. (2016). *Work in rehabilitation of persons with disabilities in Poland*. Janusz Korczak Pedagogical University in Warsaw. – 180 pp.
102. Todd, J. L. (1918). The meaning of rehabilitation. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 80(1). <https://doi.org/10.1177/000271621808000101> – 12 pp.
103. van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Burbridge, J. (2024). *Approaches to the treatment of PTSD*. Trauma Clinic, Harvard Medical School. https://www.traumacenter.org/products/pdf_files/Approaches_to_the_Treatment_of_P_TSD.pdf – 28 pp.
104. World Health Organization. (2025). *International Classification of Diseases (ICD-11), 2025 version*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en> – [no pagination]
105. Zilberg, N. J., Weiss, D. S., & Horowitz, M. J. (1982). Impact of event scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 407–414. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.407> – 8 pp.