

# ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: проблеми і шляхи вирішення

О.О. Хаустова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

**Н**еобхідність удосконалення медико-психологічної допомоги при ПТСР в Україні обумовлена тим, що загострення суспільно-економічної кризи негативно впливає на стан психічного здоров'я населення у цілому, активно зіштовхуючи найбільш уразливу його частину в стан кризової свідомості [5, 7, 8, 18]. Її показниками виступають соціальна незадоволеність і відчуття незатребуваності більшості населення. Ситуація суспільної кризи спричиняє виникнення фрустрації у людини з її глибинним прагненням життєвої опори. Сприйняття життєвих умов як катастрофи (життєвий простір, непридатний до життя) є кульмінаційною точкою кризи свідомості. Страх у людей нині перетворився на тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, яка набагато гірша за безпеку реальну. До цього додається неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. До того ж, українському менталітету притаманна висока чутливість до морально-етичних проблем. Тому почуття образи і несправедливості генерує поле негативних емоцій, що додатково провокує формування психологічних і психічних порушень [6, 7, 11].

Сучасна соціально-економічна та психосоціальна ситуація в Україні в умовах анексії Криму, наявності збройного конфлікту на Сході України і проведення антитерористичної операції (АТО) вже активно обговорюється та осмислюється представниками різних наукових спільнот, у тому числі психіатричної та психотерапевтичної [3, 4, 10, 11]. За висновками міжнародної організації the Assessment Capacities Project (ACAPS), наведеними в огляді Global Emergency Overview станом на березень 2015 р., понад 5 млн мешканців України якимось чином були залучені до цих травматичних подій; понад мільйон з них стали внутрішніми мігрантами. Також понад 10 тис. осіб було поранено, а 6 тис. – вбито.

Не викликають сумнівів різке збільшення психічних розладів та психологічних проблем серед мирного населення й учасників АТО, як і наслідки, з якими, очевидно, доведеться зіткнутися представникам охорони психічного здоров'я та медицині загалом. Нажаль, точно визначити кількість осіб, які потребують медичної допомоги на окупованих територіях, неможливо.

За даними Офісу з координації гуманітарної допомоги (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – ОСНА, 24.02.2015), у постраждалих регіонах близько 4,5 млн осіб потребують медичної допомоги. У Луганській і Донецькій областях повністю або частково зруйновано 45 лікарень (ОНСНР, 15.11.2014); зазнала нападів і обмежена робота швидкої й невідкладної допомоги (ОСНА, 17.10.2014);

відсутність медичного персоналу у 30-70% ситуаціях (ВООЗ, 16.01.2015); цивільне населення має обмежений доступ до медичної допомоги, порівняно з військовими (ОСНА, 31.10.2014). Приблизно 100 тис. дітей і дорослих потребують психосоціальної підтримки (UNICEF, 29.01.2015) [10].

Визначено спектр медичних проблем, з якими постраждалі люди звертаються за медичною допомогою. Перше місце посіли серцево-судинні захворювання, незалежно від регіону (окупована частина Луганської і Донецької областей – ДЛ ТО; контрольована Україною частина Луганської і Донецької областей – ДЛ У; Дніпропетровська, Харківська та Запорізька області як регіон з найбільшою кількістю вимушених внутрішніх мігрантів – ДнХЗ). Другу-третю позиції поділили ГРВІ та хвороби дихальної системи, причому на тимчасово окупованих територіях населення звертається переважно з приводу хвороб органів дихання, зокрема як наслідків нелікованих ГРВІ. Наступну позицію в регіоні ДнХЗ займають психологічні травми, які на території ДЛ У поступаються іншим причинам звертання за допомогою, а в зоні ДЛ ТО поступаються навіть військовим пораненням.

Пояснити такий розподіл медичних проблем можна закономірностями реагування здорової людини на травматичні події двох типів, що можуть спричинити подальший розвиток ПТСР. До першого типу належать короткострокові, несподівані травматичні події (сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрільба), а до другого – серійна травматизація або пролонговані травматичні події (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії). Усі вони потребують механізмів опанування загрози, що переважають можливості індивіда, причому по мірі того, як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми [12, 17].

Нормальною реакцією здорової людини на травматичну подію може бути насамперед порушення сну – утруднення засинання, часті нічні пробудження. Реагуванню на події другого типу притаманні ще ранні пробудження в тривозі й поверхневий сон (постійна внутрішня готовність до повторення події). Це обумовлено, у тому числі, гіперреакцією симпато-адреналової системи, що супроводжується змінами харчової поведінки, ваги тіла і вітальних показників (артеріального тиску, пульсу, дихання). Відбувається часткове збільшення обсягу їжі, що поглинається, при зменшенні вибіркової на тлі втрати ваги. Також зафіксовано підвищення артеріального тиску (до 140-160 і 90-100 мм рт. ст.), прискорення пульсу,

почастішання дихання (не пов'язані із збільшенням фізичного навантаження), що часто не супроводжується суб'єктивним погіршенням стану. Нормальна реакція здорової людини на травматичну подію першого типу триває 3-5 діб, другого – 5-7 діб. У частини осіб відбувається переміщення на перший план заклопотаності власним здоров'ям – фіксація на «больових або інших неприємних відчуттях у тілі» призводить до сприйняття ймовірності повторення травматичної події як менш значної загрози [2]. Перехідний (відновлювальний) період настає тільки після завершення травматичної події та повернення людини у мікросоціальне середовище зі звичними ієрархічними цінностями (зокрема цінністю людського життя). Залежно від тяжкості та тривалості континуального стресу він продовжується від 15 до 30 днів. Протягом цього періоду у людини відбувається зіставлення модусу своєї поведінки під час травматичної події зі своїми уявленнями про схвальну поведінку з установками мікросоціального середовища (іншими словами, відбувається внутрішня ревізія періоду континуального стресу). Під час перехідного періоду на перший план виступає тяжка астения, на яку постраждали не скаржаться. Незважаючи на наявність навіть серйозних соматичних розладів, практично усі постраждали відмовляються не тільки від госпіталізації, але й від регулярної амбулаторної допомоги, та всіма силами прагнуть «потрапити додому» (у звичне середовище). У подальшому в частині випадків відбувається формування ПТСР [1, 9, 13-15].

### Організаційні підходи до психосоціальної реабілітації

Відомо три підходи до надання допомоги особам, які пережили психотравму і мають певні післястресові порушення: медичний, соціальний і психологічний. Медичний підхід пропонує кваліфіковану лікувальну допомогу, організацію спеціальних закладів для надання медичної допомоги (кабінетів, клінік, санаторіїв, реабілітаційних центрів тощо). Цей підхід розраховано на достатньо наочні медичні прояви і наслідки стресу та реалізується в межах відповідних клінічних настанов. Соціальна підтримка націлена на допомогу людині «втриматися на плаву в житті», тобто мати якийсь прожитковий мінімум: насамперед житло й роботу. Психологічна підтримка надається з метою допомоги в опануванні досвіду переживання самої психотравми й труднощів пристосування до життя після неї, для відновлення внутрішньоособистісної та міжособистісної гармонії, реалізації своїх можливостей та особистісного розвитку. Ці три складові – медична, соціальна й психологічна – створюють «трикутник допомоги», або трійчасту унію, ефективність якої визначається усвідомленням себе як спільноти із гнучким, відповідно до актуальної проблеми, перерозподілом зусиль.

Доцільно також окреслити окремі напрями роботи міждисциплінарної допомоги постраждалому населенню. Соціально-педагогічний напрям відпрацьовується у співпраці з освітянами, соціальними працівниками, медиками й правоохоронцями: консультації з питань родини і виховання дітей; соціально-педагогічна робота з дітьми та підлітками; спеціалізована (корекційна) соціально-педагогічна допомога дітям та підліткам з проблемами у навчанні; профілактика девіантної поведінки; розважальні

заходи. У межах соціального напрямку робота соціальних працівників у тісному контакті з різними відомствами включає консультування; заходи з соціальної реабілітації в госпітальних та позагоспітальних умовах; виявлення осіб з гострою потребою в соціальній допомозі; соціальну діагностику; надання допомоги в отриманні пенсій та інших соціальних виплат; сприяння організації груп самопомоги та взаємодопомоги; виявлення осіб з девіантною поведінкою та її профілактика; профілактика бродяжництва і дитячої безпритульності. Інформаційний напрям передбачає інформування суспільства про діяльність «трикутника допомоги»; збір інформації щодо осіб, які перебувають у важких життєвих обставинах (прямо й опосередковано), та її систематизація; доведення до громадськості змісту проблем цього контингенту з метою утворення стійких соціальних зв'язків; сприяння адекватному висвітленню в засобах масової інформації теми людини у скрутній ситуації. Правовий напрям, як співпраця соціальної, судової та правоохоронної ланок допомоги, включає захист прав постраждалих осіб; надання інформації щодо прав і обов'язків; правове консультування. Медико-соціальний напрям – поєднання обох галузей, передбачає: медико-соціальне консультування; надання долікарняної медичної допомоги; сприяння проведенню диспансеризації; контроль за санітарно-профілактичною і психоосвітньою роботою та дотриманням норм соціальної та психогієни; допомогу в придбанні страхових медичних полісів; скерування у спеціалізовані медичні заклади; контроль за санітарним станом тимчасового житла. У психологічному напрямі відбувається співпраця з освітянами, соціальними працівниками та медиками шляхом надання психологічного консультування; психологічної корекції та допомоги в соціальній адаптації; психологічної допомоги у гострих кризових ситуаціях і умовах посттравматичного стресу; навчання аутотренінгу і психологічної саморегуляції; психологічної діагностики.

У роботі з особами, які перебувають у тяжких життєвих обставинах, є організаційний аспект і практична робота з конкретною особою або групою осіб, що потребують психосоціальної реабілітації. Важливо мати на увазі, що постраждалі особи несуть великий потенціал архаїчних потужних афектів (негативних емоцій), сприймаючи психолога або соціального працівника як головне джерело підтримки. Вони потребують щоб хтось контейнерував ці афекти: спокійно вислухав, поспівчував, захистив. Поєднання емпатичних висловлювань, висвітлюючих питань і підтверджувальних висловлювань є дієвим методом надання такої підтримки.

### План роботи з особою, що пережила травматичну подію

Першим кроком є збір інформації та постановка цілей. Головними завданнями цього етапу є збір інформації для того, щоб визначити потребу в інших спеціалістах або службах, ідентифікація найбільш значущих потреб і переживань та планування наступних соціально-психологічних інтервенцій. Варто пам'ятати, що у найближчий період після травми постраждалі особи в стані тривалого дистресу внаслідок отриманого негативного досвіду можуть потребувати допомоги з приводу гострих або

тривалих соматичних чи психологічних станів, з приводу різних втрат, переживань щодо безпеки та труднощів у інтерперсональному спілкуванні та своїх соціальних ролей.

Більшість осіб, які пережили травму, здатні самостійно, без додаткової допомоги повідомити про свої первинні потреби. Однак в деяких випадках можуть виникати певні утруднення при ідентифікації актуальних потреб та переживань. У таких ситуаціях використовують напівструктурований опитувальник за пунктами: фізичне здоров'я; емоційні труднощі; безпека; базові потреби; вживання/зловживання психоактивними речовинами; рольове функціонування; міжособистісні стосунки; інші значущі проблеми, – і варіантами відповідей: термінова проблема; важлива, але не потребує термінового вирішення; не важлива. Після опитування можна перейти до визначення пріоритетних потреб та переживань, ідентифікувати навички, які можуть допомогти у вирішенні цих завдань та обговорити кількість необхідних занять.

Один із варіантів психологічних навичок для психо-соціального одужання, що був розроблений Департаментом здоров'я та соціальних служб США (*US Department of Health and Human Services*) для осіб, які пережили травматичну подію [16], ми адаптували для використання у власній практиці.

До переліку психологічних навичок для психо-соціального одужання входять:

- **Вирішування проблем.** Особи, які пережили травматичну подію, часто не можуть опанувати повсякденні завдання, з якими раніше справлялися, вважаючи на значний рівень стресу, тривоги, підвищене відволікання тощо. Допомогти може оволодіння спеціальними навичками для подолання наявних або майбутніх проблем.
- **Позитивна активність.** Після травматичної події люди часто перестають робити речі, які раніше приносили задоволення, добробут або були персонально значимими, що почасти призводить до зниження настрою або відчуття самотності, пустоти. Складання спеціального плану активності може дозволити підвищити вмотивованість та повернути задоволення життям.
- **Робота з реакціями.** Після перенесеної травматичної події тіло людини зазвичай має знижений поріг до небезпеки. Навіть у розслабленому стані людина може почуватися вразливою. За відсутності реального страху ці реакції непотрібні й навіть можуть зашкодити фізичному і психічному здоров'ю та стосункам з іншими людьми. Вивчення спеціальних методик для управління цими реакціями, використання їх у повсякденному житті може допомогти значно знизити рівень стресу та тривоги.
- **Рационалізація думок.** Після травматичної події думки людей про світ та себе у ньому часто змінюються. Це поширене явище, коли такі особи дивляться на світ як на вороже середовище, мають труднощі із довірою до інших людей. Щоб змінити таку поведінку і емоції, доцільно, насамперед, замінити негативні або нерациональні думки на позитивні або рациональні.
- **Здорові соціальні зв'язки.** Соціальна підтримка є одним із найголовніших захисних факторів, що допомагає пережити травматичну подію. Часто

найкращим способом подолати її є обговорення цієї події з іншими. Травматичний випадок може викликати у людини відчуття ізоляваності та самотності, може здаватися неможливим встановити нові та зберегти старі стосунки. Тому важливо ефективніше шукати підтримки та надавати її іншим.

### Навички для вирішування проблем

Розробка систематичного шляху вирішення проблем може допомогти відновити відчуття контролю та підвищити самоефективність. Навички для вирішування проблем можуть використовуватися, якщо особа виявляє такі переживання: приголомшення, заціпеніння через численні проблеми; безпомічність, нездатність знайти рішення проблем; втрата контролю над ситуацією. Зазвичай для оволодіння навичками вирішування проблем достатньо однієї зустрічі тривалістю 30-45 хв., що складається з чотирьох основних кроків, які можна зробити для вирішення конкретної проблеми: чітке визначення проблем та їх наявності у клієнта, встановлення цілей, мозковий штурм, оцінка та вибір найкращого рішення.

Початковим завданням є чітке визначення проблеми. Як правило проблема комплексна; якщо її розбити на декілька менших складових, то це допоможе набагато легше її подолати. Насамперед треба дати особі можливість чітко сформулювати проблему на аркуші паперу, а якщо проблема здається великою – розбити її на декілька частин. Потім визначити, наскільки ця проблема стосується даної особи, чого вона хоче і потребує та через що переживає. Така конкретизація проблеми дозволяє визначити конкретні цілі та наблизитись до її вирішення. Наступним є мозковий штурм, тобто озвучення і запис на папері спонтанних варіантів для вирішення проблеми (способи заспокоїтися; дії щодо частин проблеми, які можна подолати; корисні речі, які можна сказати собі; рішення, які розширюють або ґрунтуються на тому, що вже допомагає або допомагало раніше; шляхи зміни ситуації; вироблення нових навичок як курси асертивності при невпевненості у собі; пошук дороги або підтримки інших людей; звернення до інших служб). Останнім кроком є оцінка кожного варіанта та вибір найкращого, коли обговорюються всі «за» і «проти» для кожного із написаних варіантів. Роль куратора полягає у допомозі під час формування вибору, для того, щоб він був більш практичним, прийнятним та хоча б частково допомагав у вирішенні проблеми. Кінцевим рішенням може бути комбінація із різних варіантів. Важливим є також зворотний зв'язок щодо імплементації цього рішення на практиці, це може бути ще одна зустріч із куратором, самостійний аналіз та обмірковування вже досягнутого або допомога у цьому близьких людей.

### Позитивна активність

Травматична подія часто порушує звичний плин речей, через що людина змінює свій повсякденний розпорядок та відмовляється від тієї активності, яка раніше приносила задоволення. Допомога у визначенні, плануванні та залученні до позитивної активності, що приносить задоволення, є значимою для особи, сприяє відновленню звичного режиму дня, покращенню настрою та відновленню відчуття контролю. Позитивна активність важлива

насамперед для осіб, які сумні або апатичні; мають тривалі порушення у повсякденній активності і низьку залученість до позитивної активності взагалі та до таких дій, що раніше приносили задоволення. Зазвичай сесія, спрямована на вироблення цих навичок, триває 20-30 хв. та складається із двох основних кроків: ідентифікація одного або більше видів активності та її планування за допомогою календаря.

Куратор має пояснити, що почуття суму, самотності та депресія є частими супутниками після травматичних подій. Переважання питомої ваги негативного досвіду над позитивним може підтримувати ці негативні відчуття та посилювати їх. Позитивний досвід зазвичай спричиняє оптимістичний настрій, тоді як негативний – знижує його. Таким чином, щоб підвищити настрій слід збільшувати позитивний досвід, тобто залучатись у позитивну активність. Варто пояснити, що між думками, почуттями та поведінкою є чіткий взаємозв'язок. Отже, якщо неопосередковано змінити емоційний стан не вдається, можна змінити думки або поведінку.

Для полегшення вибору активності можна запропонувати певний перелік: активність у приміщенні; активність на свіжому повітрі; соціальна активність; допомога іншим. Після вибору види активності записують у календарі, який розміщують вдома на видному місці.

### Робота з реакціями

Після травматичної події у людини можуть виникати неприємні фізичні та емоційні реакції, спричинені пережитим негативним досвідом та тригерами, які постійно нагадують людині про нього. Ці реакції можуть знижувати настрій, погіршувати здатність до прийняття рішень, спілкування із іншими людьми, повсякденне функціонування та фізичне здоров'я. Оволодіння навичками, що сформовані на управління цими реакціями, може значно покращити самопочуття осіб, які пережили стресову подію. Зазвичай сесія, направлена на це, триває 45 хв. та складається із ідентифікації реакцій, які викликають дистрес, та їх тригерів, вивчення навичок та складання плану.

Насамперед варто пояснити, що травматична подія та посттравматичний стрес можуть призвести до появи таких стійких фізичних реакцій, як прискорення серцебиття, дихання, посиленої напруги, та до таких емоційних реакцій, як, наприклад, страх, переживання, злість, сум, фрустрація. Ці реакції можуть переслідувати тижнями, місяцями, навіть роками та призводити до проблем зі сном, стосунками з людьми, алкоголем, іншими психоактивними речовинами та препаратами, які можуть викликати залежність.

Наступним кроком є визначення видів та пріоритетності дистресорних реакцій у постраждалої особи: які реакції турбують найбільше або заважають звичному плину речей; які реакції найтяжче опанувати; які реакції є першочерговими. Тригерами цих реакцій можуть бути різноманітні зовнішні (події, люди, речі) та внутрішні (думки) чинники. Знання про ці пускові фактори може дозволити в майбутньому уникнути цієї ланцюгової реакції.

Одним із найдієвіших і найпростіших способів позбутися неприємних фізичних та емоційних реакцій є навчання технікам релаксації, які можна використовувати, як тільки подібні реакції виникають. Це може бути прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, яка полягає

у поступовому напруженні та розслабленні різних груп м'язів. Якщо на навчання релаксаційним технікам недостатньо часу, можна дати інструкції щодо виконання дихальних вправ із концентрацією на розслабленні. Особам, які пережили травматичні події з окремими проявами посттравматичного стресового розладу, доцільно додатково надати інформацію про стресові реакції повторного переживання, уникнення, оніміння та гіперактивації з наголосом на тому, що ці реакції можна поступово контролювати. Це не означає, що людина повністю забуде про травматичну подію або не відчуватиме емоційного болю під час її згадування, але вона навчиться контролювати дистресорні емоції. Задля цього можна використовувати такі методи: нагадування собі, що постстресові реакції є звичайним явищем; використання будь-яких релаксаційних технік (медитація, вправи, йога, прослуховування розслаблюючої музики тощо); позитивна активність; проведення часу із близькими людьми; уникання вживання алкоголю або психоактивних речовин, раціоналізація думок; відвідування сеансів індивідуальної або групової психотерапії. Враховуючи все вищевказане, доцільно скласти детальний план дій для опанування неприємних реакцій.

### Раціоналізація думок

Після травматичної події люди часто зіштовхуються із неприємними думками, які сприяють виникненню таких негативних емоцій, як страх, тривога, безнадія, злість, сум та відчуття провини. Ідентифікування та зміна цих думок може дозволити значно покращити настрій та знизити інтенсивність дистресорних емоційних та фізичних реакцій, які їх супроводжують. Сесія, що спрямована на раціоналізацію думок, зазвичай триває 30-45 хв. та складається із таких етапів: виявлення нераціональних думок, їх обговорення та заміна на раціональні, оцінка сили аргументів (достатня чи ні) та повтор процедури при повторній появі нераціональної думки. Детальніше з цією методикою можна ознайомитись у роботах її засновника – Альберта Елліса.

### Здорові соціальні зв'язки

Соціальна підтримка членів сім'ї, родичів та друзів може значно прискорити відновлення після травматичної події за рахунок задоволення емоційних та практичних потреб. Розробка навичок для здорових соціальних зв'язків насамперед буде корисною особам, які почувалися ізольованими, самотніми, живуть у новому середовищі, почувалися невпевненими та не мають з ким обговорити свої переживання. Зазвичай сесія, направлена на допомогу у створенні здорових соціальних зв'язків, триває 20-30 хв. та складається з таких етапів: створення карти соціальних зв'язків, її перегляд і створення плану соціальної підтримки.

Спершу особа отримує від куратора пояснення, що негативні думки, емоції та пов'язані із ними неприємні реакції можуть впливати на стосунки з іншими людьми, навіть призводити до дистанціювання від найближчих осіб. Спілкування є дуже важливим у цей період, оскільки може допомогти почуватись потрібним, бути частиною соціуму, опанувати ситуативні проблеми, отримати гарну пораду, відчувати підтримку інших. Потім створюється малюнок



соціальної сітки, наприклад, у вигляді сонячної системи, в якій особі відводиться центральне розміщення, або в іншому прийнятному варіанті. Планетами, у випадку сонячної системи, можуть бути батько/мати, чоловік/дружина/партнер, сиблінги, діти, інші члени сім'ї, співробітники, лікар/психолог/священник, друзі, вчитель/наставник/тренер, члени різних груп, представники соціальної служби тощо. Слід вказати, що існує стільки конкретних соціальних зв'язків, наскільки це можливо. Наступним кроком є перегляд цих зв'язків із відповідями на такі запитання: хто зараз найважливіший для особи у схемі соціальних зв'язків; з ким вона може поділитися своїми переживаннями, отримати корисну пораду; хто може допомогти та хто потребує допомоги; з ким насамперед слід відновити зв'язки або покращити стосунки; з ким проводити більше або менше часу; чи є потреба у збільшенні соціальної активності та кількості соціальних зв'язків (наприклад, шляхом приєднання до нової соціальної групи). Останнім кроком є створення конкретного плану дій на наступні декілька тижнів. Наприклад, «завтра слід подзвонити друзям та запропонувати зустрітись у невимушеній атмосфері», «мені подобається бігати і хочеться вступити до групи, яка має подібні інтереси, тому я проведу пошук таких груп через Інтернет або відгуки знайомих та декілька разів на тиждень буду разом із ними тренуватись» тощо.

Весь час роботи з постраждалою особою поділяють на чотири етапи. Перший етап умовно називають «етапом формування відчуття безпеки», він триває з початку роботи впродовж 5-6 тижнів. Другий етап спрямований на організацію життя особи в конкретних умовах із заохоченням активності та профілактикою рентних установок. Найзмістовнішим є третій етап, який передбачає організацію і проведення різноманітної реабілітаційної роботи (медичної, психологічної, соціальної тощо) в індивідуальній і груповій формах. Четвертий етап спрямований на підготовку до майбутнього самостійного життя особи без сторонньої допомоги, тому час його реалізації індивідуалізований залежно від конкретної мети особи. Кожні три тижні проводиться обговорення виконання програми дій відповідно до плану: що вдалося зробити; що не виконано й чому; як діяти надалі; що і чому необхідно та важливо вчинити по-іншому; що необхідно додати на наступний період.

Запорукою успіху, ми вважаємо, дотримання важливих моментів у роботі з постраждалими особами. По-перше, це конкретність індивідуальної програми із її максимальним наближенням до реального життя особи. По-друге, ця програма має гнучко, відкрито і вільно варіювати відповідно до досягнень особи, незалежно від особистості куратора. По-третє, вона має давати можливість рефлексії результатів кожного кроку куратора й постраждалої особи, спрямованого на наближення до зазначеної мети, із урахуванням опанування (або відновлення) навичок соціальної компетенції особи.

## Висновки

Психосоціальна реабілітація є важливою й необхідною частиною загального процесу комплексної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій. Її проведення не потребує багато часу і додаткового

обладнання. Підготовка фахівців також не вимагає багато часу. Наш власний досвід застосування вищенаведеної програми щодо 34 вимушених внутрішніх мігрантів, які були свідками/учасниками збройного конфлікту на Сході України, засвідчив її ефективність, що проявилася у зменшенні симптомів травматичного реагування, збільшенні ресоціалізації та покращенні якості життя.

## Література

1. Волошин П.В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 33-37.
2. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків: метод. рекомендації / МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інф.-та пат.-ліценз. роботи; укл. Рошні Г.Г. та ін. – К., 2013. – 30 с.
3. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після травматичного стрессового розладу: методичні рекомендації / О.С. Мусій, І.Я. Пінчук, О.О. Хаустова [та ін.]; Укр. НДІССПН. – 2014. – 32 с.
4. Пережить потрясение: помощь при стрессовых и постстрессовых расстройствах / О. Чабан, И. Пинчук, М. Боро [та ін.]. – Х.: Изд-во «С.А.М.», 2015. – 238 с.
5. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації // Уклад.: Волошин П.В. та ін. – Харків, 2002. – 47 с.
6. Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві / за наук. ред. проф. В.І. Подшивалкіної. – Харків: БУРУН і К, 2012. – 368 с.
7. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Которович, Е.И. Крукович. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
8. Психология и нейропсихиатрия: Сборник клинических рекомендаций. – К.: Нейроньюс, 2009. – 217 с.
9. Чабан О.С. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко // Нейро News. – 2010. – № 4. – С. 10-15.
10. Щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту / Я. Пінчук, О.О. Хаустова, Н.М. Степанова [та ін.]. – Київ, 2014. – 48 с.
11. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э.Б. Фоа, Т.М. Кин, М.Дж. Фридман [и др.]. – М.: Когито-Центр, 2005. – 467 с.
12. Bisson J.I., Lewis C. Systematic Review of Psychological First Aid, Commissioned by the World Health Organization. (available upon request). – 2009.
13. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys / R. C. Kessler, S. Rose, K. C. Koenen [et al.] // World Psychiatry. – 2014. – Vol. 13 (3). – P. 265-275.
14. Johnson H. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review / H. Johnson, Thompson // Clinical Psychology Review. – 2008. – Vol. 28. – P. 36-47.
15. Lehrner A. Biomarkers of PTSD: military applications and considerations / A. Lehrner, R. Yehuda // Eur. J. Psychotraumatol. – 2014. – Vol. 14. – P. 5.
16. Slone M. The Centrality of the School in the Community during War and Conflict. In R. Pat-Horenczyk, D. Brom, J. Vogel (Eds.), Helping children cope with trauma: Individual, family and community perspectives. – London: Routledge, 2014. – P. 360-386.
17. The Sphere Project Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. – Geneva: The Sphere Project, 2011. – <http://www.sphereproject.org>.
18. War Trauma Foundation and World Vision International (2010) // Psychological First Aid Anthology of Resources. – [www.interventionjournal.com](http://www.interventionjournal.com) / [www.psychosocialnetwork.net](http://www.psychosocialnetwork.net).

Стаття надрукована у скороченому вигляді.  
Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 36-41.