

О.О. Хаустова

## ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії МОЗ України, м. Київ  
7974247@gmail.com

**Актуальність.** Загострення суспільно-економічної кризи в Україні негативно впливає на стан психічного здоров'я населення в цілому, активно зіштовхуючи найбільш уразливу його частину в стан кризової свідомості. Не викликає сумнівів різке збільшення психічних розладів і психологічних проблем серед мирного населення та учасників АТО, як і наслідки, з якими доведеться зіткнутися представникам охорони психічного здоров'я та медицини в цілому.

**Матеріали та методи.** Нами відібрана і адаптована програма психосоціальної реабілітації, яка після отримання інформованої згоди була апробована на 34 вимушених внутрішніх мігрантах, які стали свідками/учасниками збройного конфлікту на Сході України.

**Результати.** Для надання допомоги особам, які пережили психотравму, застосовується «трикутник допомоги», що включає медичну, соціальну та психологічну складові. Медичний підхід розрахований на психічні розлади і реалізується в межах відповідних клінічних настанов. Психосоціальна реабілітація допомагає подолати досвід переживання самої психотравми і труднощі пристосування до життя після неї. Програма роботи з людиною, яка пережила травматичну подію, передбачала: збір інформації і постановку цілей; вирішення проблем; позитивну активність; роботу з реакціями; раціоналізацію думок; здорові соціальні зв'язки. Наш власний досвід застосування такої програми у 34 вимушених внутрішніх мігрантів, які були свідками/учасниками збройного конфлікту на Сході України, показав її ефективність у вигляді зменшення симптомів травматичного реагування, збільшення ресоціалізації та поліпшення якості життя.

**Висновки.** У роботі з особами, які опинилися у складних життєвих обставинах і потребують психосоціальної реабілітації, виділяються організаційний аспект та практична робота з конкретною особою чи групою осіб. Психосоціальна реабілітація є важливою і ефективною частиною загального процесу комплексної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій. Її проведення не вимагає багато часу і додаткового обладнання, що дозволяє рекомендувати її впровадження у практичну діяльність психологів і соціальних працівників.

**Ключові слова:**  
психічне здоров'я,  
стрес, травматична  
подія, психосоціальна  
реабілітація.

**Актуальність.** Необхідність 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 фруструє людину 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, українсько-

му менталітетові 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 і психосоціальна ситуація в Україні в умовах анексії Криму, наявності збройного конфлікту на Сході України і проведення АТО вже активно обговорюється та осмислюється представниками різних наукових спільнот, у тому числі психіатричної та психотерапевтичної [3, 4, 10, 11]. За висновками міжнародної організації ACAPS, наведеними в огляді *Global Emergency Overview* станом на березень 2015 року, 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 (рис. 1).

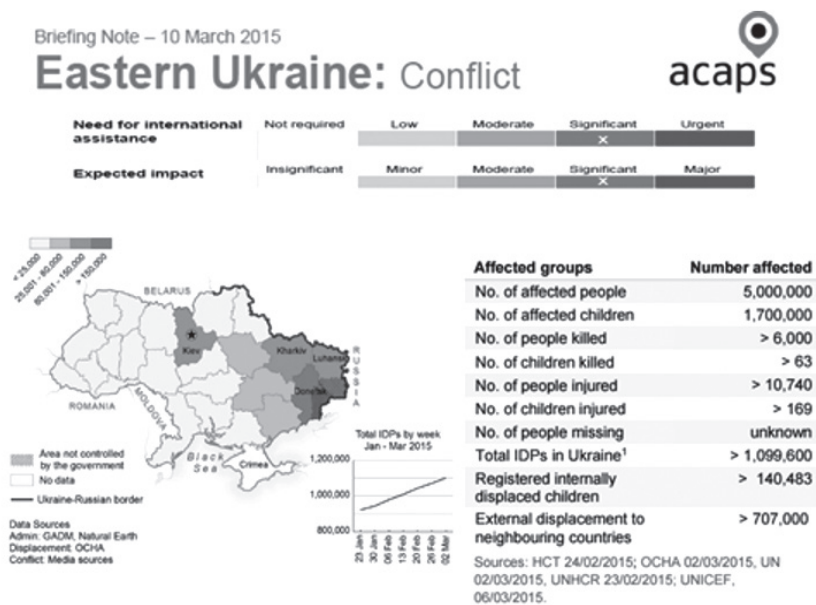


Рис. 1. Шкода, заподіяна населенню України внаслідок збройного конфлікту, і затребуваність допомоги (станом на 10.03.2015)

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. Точно визначити кількість осіб, які потребують медичної допомоги на окупованих територіях, не є можливим (рис. 2).

За даними Офісу з координації гуманітарної допомоги *Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (ОСНА)*, у постраждалих регіонах близько 4,5 млн осіб потребують медичної допомоги (ОСНА, 24.02.2015). 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); відсутні від 30 до 70% медичного персоналу (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

травми, які на території ДЛ У поступають іншим причинами звертання за допомогою, а в зоні ДЛ ТО поступають навіть військовим пораненням.



Ukraine NGO Forum – 30<sup>th</sup> of March 2015

Рис. 3. Питова вага причин звернення за допомогою населення, задіяного в конфлікті на Сході України (станом на 30.03.2015)

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 у міру 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

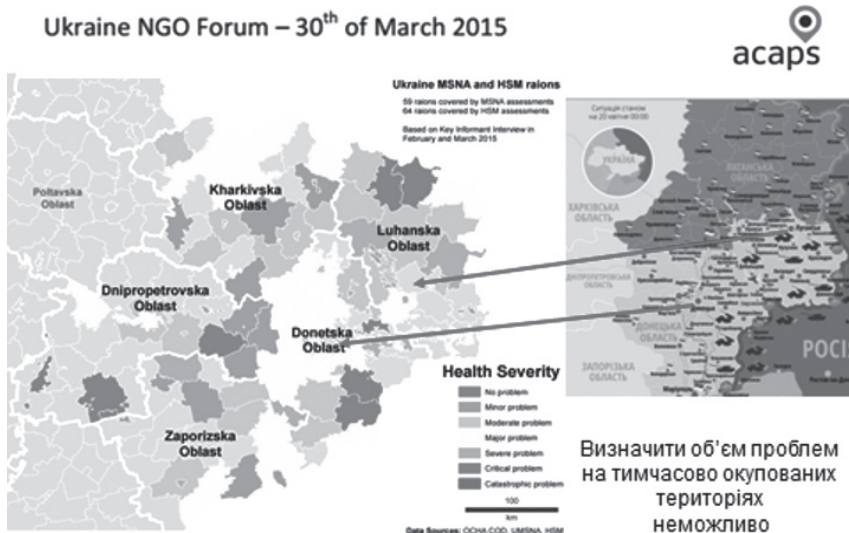


Рис. 2. Питова вага проблем зі здоров'ям населення на окупованих та прилеглих до них територіях (станом на 30.03.2015)

пробудження. Реагуванню на події другого типу при-таманні ще ранні пробудження в тривозі й поверхневий сон (постійна внутрішня готовність до повторення події). Це обумовлено, в тому числі, гіперреакцією симпа-то-адреналової системи, що супроводжується змінами харчової поведінки, ваги тіла і вітальних показників (ар-теріального тиску, пульсу, дихання). Відбувається почасті збільшення обсягу їжі, що поглинається, при зменшенні вибірковості на тлі втрати ваги. Також фіксується під-вищення 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 ста-ну. 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 клопотаності власним здоров'ям – фіксація на «більо-вих 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 в мікросоціальне середовище зі звичними ієрархічними цінностями (в тому числі й цінністю людського життя). Залежно від тяжкості та три-валості континуального стресу він становить від 15 до 30 днів. Впродовж цього періоду у людини відбувається зіставлення модусу своєї поведінки під час травматичної події зі своїми уявленнями про схвальну поведінку і з уста-новками мікросоціального середовища (іншими словами, відбувається внутрішня ревізія періоду континуального стресу). Під час перехідного періоду на перший план ви-ступає 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 звичну обстановку). У подальшому в частині випадків відбувається формування ПТСР [1, 9, 13–15].

Організаційні підходи до психосоціальної реабілі-тації. Відомі 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 розрахований на достатньо наочні медичні прояви і наслідки стресу та реалізується в межах відповідних клінічних настанов. Соціальна підтримка націлена на те, щоб допомогти 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 від-новлення внутрішньоособистісної та міжособистісної гармонії, реалізації своїх можливостей і особистісного розвитку. Ці три сторони – медична, соціальна й психоло-гічна – 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 спів-праці з освітянами, соціальними працівниками, медиками й правоохоронцями шляхом проведення консультацій з питань родини і виховання дітей; соціально-педагогічної роботи з дітьми та підлітками; спеціалізованої (корек-ційної) соціально-педагогічної допомоги дітям та підліт-кам з проблемами в навчанні; профілактики девіантної поведінки; проведення розважальних заходів. У межах соціального напрямку робота соціальних працівників у тісному контакті з різними відомствами включає консуль-тування; 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 вза-ємодопомоги; виявлення осіб з девіантною поведінкою та її профілактика; профілактика бродяжництва і дитя-чої 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 в скрутній ситуації. Правовий напрям, як співпраця соціальної, су-дової та правоохоронної ланок допомоги, включає захист прав постраждалих осіб; надання інформації щодо прав і обов'язків; правове консультування. Медико-соціальний напрям включає поєднання обох галузей і передбачає: ме-дико-соціальне консультування; надання долікарняної ме-дичної допомоги; сприяння проведенню диспансеризації; контроль за санітарно-профілактичною і психоосвітньою роботою та дотриманням норм соціальної та психогігіє-ни; допомогу в придбанні страхових медичних полісів; скерування в спеціалізовані медичні заклади; контроль за санітарним станом тимчасового житла. У психологічному напрямку робота ведеться у співпраці з освітянами, со-ціальними 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 саморегу-ляції; психологічної діагностики.

У роботі з особами, які перебувають у тяжких жит-тєвих обставинах, є організаційний аспект і практична робота з конкретною особою або групою осіб, що по-требують психосоціальної реабілітації. Важливо мати на увазі, що постраждалі особи несуть великий потен-ціал архаїчних потужних афектів (негативних емоцій), сприймаючи психолога або соціального працівника як головне джерело підтримки. Вони потребують, щоб хтось контейнерував ці афекти: спокійно вислухав, поспівчу-вав, захистив. Поєднання емпатичних висловлювань, ви-світлюючих 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 інформа-

ції 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 самотійно, без додаткової допомоги повідомити про свої первинні потреби. Однак в деяких випадках можуть виникати певні утруднення при ідентифікації актуальних потреб та переживань. Вони вирішуються застосуванням напівструктурованого опитувальника 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 такого 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 психосоціального 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.

- **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 вивчення спеціальних навичок 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. При відсутності реального страху ці реакції непотрібні та навіть можуть зашкодити фізичному і психічному здоров'ю та стосункам із іншими людьми. Вивчення спеціальних методик для управління цими реакціями, використання їх у повсякденному житті може допомогти значно знизити рівень стресу та тривоги.
- **Раціоналізація 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 по-

ведінку і емоції, доцільно, насамперед, замінити негативні або нераціональні думки на позитивні або раціональні.

- **Здорові соціальні зв'язки.** Соціальна підтримка є одним із найголовніших захисних факторів, що допомагає пережити травматичну подію. Часто найкращим способом впоратись із нею є обговорення цієї події із іншими. Травматична подія може викликати у людини відчуття ізольованості та самотності, може здаватися неможливим встановити нові та зберегти старі взаємостосунки. 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: відчуття приголомшення, заціпеніння через численні проблеми; відчуття безпомічності, нездатність знайти рішення проблем; відчуття втрати 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: чітко визначення проблем та їх наявності у клієнта, встановлення цілей, мозковий штурм, оцінка та вибір найкращого рішення.

Початковим завданням є якнайчіткіше визначення проблеми. Часто проблема комплексна; якщо її розбити на декілька менших складових частин, її набагато легше подолати. Насамперед треба дати особі можливість чітко сформулювати проблему на аркуші паперу, а якщо проблема здається великою – розбити її на декілька частин. Наступним є визначення, 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 при формулюванні 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, самотійний 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. Допомо-

га 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, направлена на вироблення цих навичок, має тривалість 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. Слід пояснити, що між думками, почуттями та поведінкою є чіткий взаємозв'язок (рис. 4), отже, якщо неопосередковано змінити емоційний стан не вдається, можна змінити думки або поведінку.



Рис. 4. Схема формування позитивної активності

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 удома на видному місці.

Робота із 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. Вивчення навичок, направлених на управління цими реакціями, може значно покращити самопочуття осіб, які пережили стресову подію. Зазвичай сесія, направлена на це, має тривалість 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, взаємовідносинами із 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 із окремими проявами посттравматичного стресового розладу, доцільно додатково надати інформацію про стресові реакції повторного переживання, уникнення, оніміння та гіперактивації, – із наголосом на тому, що ці реакції можна поступово контролювати. Це не означає, що людина повністю забуде про травматичну подію або не відчуватиме емоційного болю при її згадуванні, але вона навчиться контролювати дистресорні емоції. Задля цього можна використовувати наступні 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, спрямована на раціоналізацію думок, зазвичай триває 30–45 хв та складається із наступних 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 основоположника – 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 почуваються ізольованими, самотніми, живуть у новому середовищі, почуваються невпевненими та 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 та 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 із іншими людьми, навіть призводячи 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. Далі 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/священик, друзі, вчитель/наставник/тренер, члени різних груп, представники соціальної служби тощо. Слід вказати, стільки існує конкретних соціальних зв'язків, наскільки це можливо. Другим кроком є перегляд цих зв'язків із відповідями на наступні 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 необхідність 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, яку реалізує особа. 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 наступних 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 вигляді зменшення симптомів травматичного реагування, збільшення ресоціалізації та покращання якості життя.

## Список використаної літератури

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.-і та пат.-ліценз. роботи*; укл. Роцін Г. Г. та ін. – К., 2013. – 30 с.
3. *Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після-травматичного стрессового розладу: методичні рекомендації / О. С. Мусії, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова [та ін.]*; Укр. НДІ ССПН – 2014. – 32 с.
4. *Пережить потрясіння: допомога при стрессових і постстрессових розладах / О. Чабан, І. Пінчук, М. Бєро [та ін.]*. – Ж.: Изд-во «С.А.М.», 2015. – 238 с.
5. *Посттравматичні стрессові 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. Конторович, 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 / І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова, Н. М. Степанова [та ін.]* – Київ, 2014. – 48 с.
11. *Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Б. Фoa, 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. Koelen [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, A. 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. Downloadable from: [www.interventionjournal.com/](http://www.interventionjournal.com/) and [www.psychosocialnetwork.net](http://www.psychosocialnetwork.net)*.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРОБЛЕМИ І ПУТИ РЕШЕННЯ

Е.А. Хаустова

**Актуальність.** Обострення соціально-економічного кризису в Україні негативно впливає на стан психічного здоров'я населення в цілому, активно стискаючи найбільш вразливу його частину в стані кризи свідомості. Безсумнівно різко збільшилося психічних розладів і психологічних проблем серед мирного населення і учасників АТО, як і наслідки, з якими напевно доведеться зіткнутися представителям охорони психічного здоров'я і медицині в цілому.

**Методи і матеріали.** Нами обрана і адаптована програма психосоціальної реабілітації, яка після отримання інформованого згоди була апробована на 34 вимушених внутрішніх мігрантах, ставши свідками/учасниками збройного конфлікту на сході України.

**Результати.** Для надання допомоги людям, пережившим психотравму, застосовується «трикутник допомоги», що включає медичну, соціальну і психологічну складові. Медичний підхід розроблено на психічних розладах і реалізується в межах відповідних клінічних протоколів. Психосоціальна реабілітація допомагає подолати досвід переживання самої психотравми і труднощі адаптації до життя після неї. Програма роботи з людиною, пережившим травматичне подія, передбачала: збір інформації і постановку цілей; рішення проблем; позитивну активність; роботу з реакціями; раціоналізацію мислення; здорові соціальні зв'язки. Наш власний досвід застосування такої програми у 34 вимушених внутрішніх мігрантів, які були свідками/учасниками збройного конфлікту на сході України, показав її ефективність у вигляді зменшення симптомів травматичного реагування, збільшення ресоціалізації і покращення якості життя.

**Висновки.** В роботі з людьми, опинившимися в важких життєвих обставинах, що потребують психосоціальної реабілітації, виділяються організаційний аспект і практична робота з конкретною особою або групою осіб. Психосоціальна реабілітація є важливою і ефективною частиною загального процесу комплексної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок травматичних подій. Її проведення не потребує багато часу і додаткового обладнання, що дозволяє рекомендувати її впровадження в практичну діяльність психологів і соціальних працівників.

**Ключові слова:** психічне здоров'я, стрес, травматичне подія, психосоціальна реабілітація.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: PROBLEMS AND SOLUTIONS

E. Khaustova

**Relevance.** The worsening socio-economic crisis in Ukraine negatively affects the mental health of the population as a whole, is actively pushing the most vulnerable part of the state into a crisis of consciousness. Beyond doubt the sharp increase of mental disorders and psychological problems among the civilian population and members of the ATO, as the consequences, which probably will face the representatives of mental health care and medicine in general.

**Methods.** We have selected and adapted program of psychosocial rehabilitation, which, after obtaining informed consent was approved on 34 forced internal migrants who were witnesses / participants of the armed conflict in eastern Ukraine

**Results.** To assist survivors of psychological trauma, applies to "help triangle", including medical, social and psychological components. The medical approach is designed for mental disorders and implemented within the relevant clinical guidelines. Psychosocial rehabilitation helps to overcome the psychological trauma of the experience of and difficulties adapting to life after it. The program of work with a man who survived a traumatic event, included: information collection and setting goals; problem solving; positive activity; work with reactions; rationalization of thoughts; healthy social relationships. Our own experience with such a program, 34 of forced internal migrants who were witnesses/participants of the armed conflict in the east of Ukraine, has shown its effectiveness in reducing the symptoms of a traumatic response, an increase in re-socialization and quality of life.

**Conclusions.** Highlighted the organizational aspect and the practical work with a particular person or group of persons in working with people, who have difficult life circumstances, that require psychosocial rehabilitation. Psychosocial rehabilitation is an important and effective part of the overall process of comprehensive rehabilitation of persons affected by traumatic events. Its conduct does not require a lot of time and additional equipment that allows us to recommend the introduction into practice of psychologists and social workers.

**Key words:** mental health, stress, traumatic event, psychosocial rehabilitation.

УДК 616.89-07

О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЖИТТЯ І ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я  
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії  
та наркології МОЗ України, м. Київ  
natali-ko@ukr.net

**Актуальність.** Вимушена міграція належить до найгостріших проблем сучасного світу, сьогодні з нею зіткнулась і Україна внаслідок анексії Автономної Республіки Крим та тривалого військового конфлікту в Донецькій та Луганській областях.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано скарги і актуальні життєві проблеми 60 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які тимчасово проживали в чотирьох санаторіях Одеської області.

**Результати.** Серед проблем, з якими зіткнулись ВПО, були: погіршення матеріального становища, незадоволеність житловими умовами, конфлікти з сусідами, відсутність адекватної їжі, недостатність соціальної допомоги, проблемами з адаптацією, дискримінація з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування, недостатність або недоступність медичної допомоги. Найчастішими скаргами були: порушення сну, відчуття безпорадності, тривога, пригнічений настрій, апатія, втома, знесилення, труднощі з зосередженням, дратівливість, суїцидальні думки.

**Висновки.** Стан психічного здоров'я ВПО потребує своєчасної діагностики для профілактики виникнення психічних розладів.

**Ключові слова:**  
порушення психічного  
здоров'я, скарги,  
проблеми життя,  
вимушена міграція.

**Актуальність.** Вимушена міграція належить до найгостріших проблем сучасного світу, з цим явищем сьогодні зіткнулась і Україна. ООН визначає осіб, перемі-

щених у результаті військових, етнополітичних та інших конфліктів, як одну із найвразливіших груп населення у світі. Існує два поняття для визначення вимушених мі-