

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Спартак Олександрович Суббота¹

¹Науковий керівник Інституту когнітивного моделювання, м. Київ (Україна)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-5660-1954>

UDC: 159.97

АННОТАЦІЯ

У статті показано, що одним із ключових принципів як психологічної, так і соціальної реабілітації є те, що люди, які відповідають критеріям діагностування психічних розладів, повинні отримувати необхідну підтримку для забезпечення найкращої можливої якості життя, навіть якщо вони продовжують переживати відповідні зловісні симптоми. Визнання важливості функціонування індивіда у реальному світі для цілей відновлення від психіатричної хвороби відображається зокрема й у поступовому просуванні сфери охорони психічного здоров'я від моделі хвороби до реабілітаційної моделі відновлення. З огляду літератури, присвяченої питанням психосоціальної реабілітації, вбачається, що за останній час було досягнуто значного прогресу у проведенні психотерапевтичних інтервенцій для травматизованих осіб. Слід однак зауважити, що хоча психосоціальна реабілітація є перспективною для травматизованих, клініцисти, які застосовують психосоціальні методики у практичній польовій роботі, можуть стикатися з багатьма перешкодами. Клініцисти та дослідники психічного здоров'я мають розвивати методики, за якими кожна з цих категорій психосоціальної реабілітації зможе стати травмоцентрованою, а пацієнти зможуть краще засвоювати принципи копінгу та роботи з травмою.

Ключові слова: реабілітація, ПТСР, стрес, копінг, відновлення, травма, особистість, психічне здоров'я.

Постановка проблеми. З часу публікації першого видання керівних принципів клінічної практики для психосоціальної реабілітації пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у цій сфері відбулися зміни. Одним із ключових принципів як психологічної, так і соціальної реабілітації є те, що люди, які відповідають критеріям діагностування психічних розладів, повинні отримувати необхідну підтримку для забезпечення найкращої можливої якості життя, навіть якщо вони продовжують переживати відповідні зловісні симптоми. З позитивного боку, з часом все більше поширення доступу до Інтернету та інших інформаційних ресурсів дає можливість постраждалим від травми здобути більший особистий контроль над власним навчанням, роботою, соціальним життям та станом здоров'я (Bandura, 2006). З негативного – соціальне благопо-

луччя та якість життя індивіда, як і раніше, можуть різко занепадати у часи різких суспільних змін, як-от військові конфлікти чи епідемії.

Такі зміни спрямовують клініцистів/фахівців у галузі психічного здоров'я до розширення підходів терапії ПТСР у напрямку від зменшення симптомів аж до покращення соціального та професійного функціонування індивіда. Наша робота спирається на методики психосоціальної реабілітації, які вже продемонстрували свою ефективність на психічних розладах загалом, і розглядає питання, чи є такі методики ефективними для цілей роботи з ПТСР, зокрема і як основна методика реабілітації, і як доповнювальна чи додаткова.

Враховуючи те, що кількість людей із психологічними травмами дедалі зростає і значно перевищує кількість фахових психотерапевтів, важливо також ро-

зуміти, що самі діагностичні критерії ПТСР з часом змінилися. До 2000 року критерії ПТСР були обмежені до симптомів когнітивного оцінювання, емоційної реактивності та емоційно вмотивованих форм поведінки для уникнення нагадувань про травму. У 2000 році оновлена версія класифікатора DSM-IV-TR розширила і доповнила діагностичні критерії ПТСР, зокрема таким (критерій F): «Розлад спричиняє клінічно значущий стрес або погіршення у соціальній, професійній та/або інших важливих сферах функціонування». Оскільки відтоді діагностичні описи ПТСР включають в себе критерії, що вимагають уваги до соціальної та фахової сфери життя пацієнта, клініцисти відтак мають розширити сферу застосування психотерапії не лише на зменшення симптомів, а й на оцінку та терапію перешкод у родинних, соціальних та робочих взаємодіях пацієнта, якщо такі взаємодії не покращуються терапією симптомів відповідно до критеріїв B-D. Критерій F передбачає не лише значне розширення того, що клінічні терапевти мають оцінювати щодо ПТСР, а також підкреслює їхню потребу у приділенні уваги психосоціальної адаптації людей із симптоматикою ПТСР. Як наслідок такого уточнення та розширення підходів стратегії психосоціальної реабілітації, які раніше розглядалися здебільшого як допоміжні чи додаткові, тепер можуть працювати як основні, якщо вони націлені на травмопов'язану дисфункцію.

До того часу, поки оновлений DSM-IV-TR не змістив фокус діагностичних критеріїв ПТСР з внутрішніх (інтрапсихічних) симптомів травмованого пацієнта (спогади про подію травми, страхи від предметів, які нагадують про травму, реакції переляку, флешбеки тощо) на зовнішні симптоми (наприклад, труднощі у родині, на роботі, у соціальному оточенні), психотерапія розглядалася у одному із двох основних підходів. Отто Феніхель ще у 1945 році класифікував (Fenichel, 1945) ці два підходи як «метод заспокоєння» та «метод шторму». Методи заспокоєння охоплюють техніки заспокоєння та розслаблення, як-от вилучення людини з травматизуючих ситуацій, надання відпочинку, медикаментів, лікування тощо – будь-який підхід, що вилучає постраждалу людину з травматизуючих ситуацій та/або відгороджує від нагадувань про травму. Методи шторму включають катартичну суміш навчіння людини роз-

слабленню з одночасним повторним підданням її спогадам про травму – як викликаним іншими людьми, так і аутогенними; при поєднанні з навиками розслаблення це зменшує рівень негативних емоцій при пригадуванні травми у повсякденному житті. Методи шторму, тобто такі, що повторно піддають людину спогадам та/або імітаційній ситуації травми, покликані доводити пацієнта до емоційного катарсису, знижуючи відтак емоційну реактивність. Як відзначають Мозес та Барлоу (Moses&Barlow, 2006), заохочуючи постраждалу людину розповідати про травму, або ж якимось іншим способом повторно її переживати, психотерапевтисподіваються, що подібна емоційно центрована терапія зменшить емоційне уникнення пацієнтами травми та відкоректує емоційно вмотивовані форми поведінки.

Аналіз останніх досліджень та публікацій.

Визнання важливості функціонування індивіда у реальному світі для цілей відновлення від психіатричної хвороби відображається зокрема й у поступовому просуванні сфери охорони психічного здоров'я від моделі хвороби до реабілітаційної моделі відновлення. Поняття «відновлення» у цьому контексті означає, що клініцисти та отримувачі їхніх послуг (пацієнти) спільно беруть участь у реабілітаційному процесі, спроектованому так, аби забезпечити пацієнтам можливість повноцінно жити, працювати, навчатися та вести активне соціальне життя; смисловий і ціннісний наголос при цьому переходить від ремісії психіатричних симптомів пацієнта до інтеграції його у суспільство та підготовки до повноцінного та продуктивного життя. Особливої актуальності в цьому контексті набувають питання визначення реадaptaційного потенціалу особистості (Bochelyuk, Panov, 2019) в умовах травматичної кризи (Vlasenko, 2018).

У світлі як визнання зростаючої переваги травматичних подій, так і важливості запобігання широкому потенційному спектру негативних психосоціальних наслідків, виглядає закономірним, що моделі лікування ПТСР було розширено від теорії та практики, які спиралися виключно на медичні моделі, аж до тих, які охоплювали також і поняття громадського здоров'я. Сноу порівнює (Snow, 1991) таку зміну з різницею між «компенсаційною» та «капіталізаційною» моделями терапії, де «компенсаційна» покликана пом'якшити

захворювання, а «капіталізаційна» спирається насамперед на зростання сил індивіда.

Однією з релевантних теорій для перевірки вигід психосоціальної реабілітації є соціально-когнітивна теорія людського розвитку, адаптації та змін, запропонована та розвинута А. Бандурою (Bandura, 2006) і зокрема основоположне для цієї теорії поняття самоефективності. Самоефективність, тобто міра того, наскільки людина переконана, що може досягти своїми діями бажаних результатів, є ключовим ресурсом особистісного розвитку та змін. Показники самоефективності широко використовуються у перевірці гіпотез щодо вигід тієї чи іншої терапії ПТСР; ступені самоефективності впливають на характеристики людської суб'єктності: інтенційність, передбачливість, само-реактивність та самоефективність. Теоретичний підхід Бандури розглядає особистість як таку, що сама робить значущий внесок у сукупність власних життєвих ситуацій та обставин, а не лише є їхнім продуктом; індивід виступає як діяч, як суб'єкт власної адаптації до світу, а не лише як спостерігач. У світлі теорії Бандури травма чинить очевидно негативний вплив на людську самоефективність, а ефективні психотерапевтичні методики здатні забезпечити позитивне її зростання. Методики психосоціальної реабілітації, спроектовані для покращення здатності людини вправно функціонувати у власному середовищі, видаються добре придатними зокрема для збільшення самоефективності та зменшення симптомів ПТСР (Koshirets, Shkarlatyuk, 2020). Як пише Бандура, «Багато психологів прагнуть відкрити принципи того, як має бути структуровано умови середовища для цілей досягнення певних особистих та соціальних результатів, як також описати і ті психосоціальні механізми, через які фактори середовища чинять свій вплив на людину» (Bandura, 2006, с. 167).

Мета статті – представити результати теоретичного аналізу психосоціальної реабілітації посттравматичного стресового розладу.

Методи проведеного дослідження. Дослідження проведено методами *експозиції* щодо представлення представлених науковій літературі позицій щодо психосоціальної реабілітації посттравматичного стресового розладу, *синтезу*, щодо поєднання суміжних підходів, та також наукового аналізу, щодо характеристи-

ки особливостей методів психосоціальної реабілітації ПТСР та виведення умовиводів.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Нами були розглянуті і проаналізовані різні методики психологічної реабілітації ПТСР:

⇒ *Методики пацієнтської освіти.* Підготовка охоплює навчання людей, які пережили травму, щодо симптомів, пов'язаних із травмою та травматичними втратами, можливих наслідків травматичного впливу на психіку, способам та технікам копіювання щодо травмопов'язаних почуттів та/або форм поведінки, процесів психологічного відновлення, та різноманітних психотерапевтичних підходів.

⇒ *Підтримувана освіта.* Багато людей, які пережили травму, хочуть здобути нову професію/роботу, після чого виявляють потребу у додатковому навчанні чи підготовці. Для таких пацієнтів участь у програмах підтримуваної освіти може бути критично важливою для їхнього психологічного добробуту. Такі програми допомагають індивідам виконувати вимоги освітніх стандартів, водночас даючи можливість отримувати реабілітаційні послуги, покликані компенсувати труднощі в увазі, пам'яті та концентрації людини.

⇒ *Самозайнятість та навички самостійного життя.* Ця група методик спирається на досвід успішних експериментів серед людей із серйозними психічними розладами, показуючи, що пацієнтів можна навчити технікам покращення навичок самостійної турботи про власне фізичне та психічне здоров'я, а також навичкам самостійного проживання вдома та у найменш шкідливих для людини середовищах за власним вибором пацієнта.

⇒ *Підтримуване домашнє господарство.* Люди, які пережили травму, зокрема ті, хто мають зараз чи в минулому досвід проживання на вулиці (безхатки), потребують (пере) підготовки для відновлення навичок проживання у власному домогосподарстві та догляду за ним. Навіть серед тих людей з ПТСР, які вже проживають самостійно, набуття спроможності та навиків ефек-

тивного самостійного догляду за домашнім господарством може бути одним із найбільших життєвих викликів.

- ⇒ *Підтримувані родинні стосунки.* Терапевтичні методики, розроблені для роботи з шлюбними та родинними проблемами після травми. Методики психосоціальної реабілітації зосереджені в основному на навчанні членів родини розумінню та підтримці траватизованої людини. Членів родини вчать навикам психологічної підтримки та допомоги, аби полегшити траватизованим людям адаптацію та перехід від травми до посттравматичного життя.
- ⇒ *Навчання соціальним навичкам.* Підготовка для цілей зниження соціальної ізоляції, пов'язаної з психічними розладами, виявляється ефективною, зокрема у випадках важких психічних хвороб. Соціальна ізоляція є одним із основних та найбільш виразних симптомів ПТСР. Доступні пацієнтам матеріали включають зокрема навчальні посібники для виявлення проблем з уникненням соціальних контактів, покращення навичок копінгу та встановлення нових соціальних взаємодій.
- ⇒ *Підтримувана зайнятість.* Втрата навичок взаємодії із середовищем, яка є іншим ключовим симптомом ПТСР, спричиняє високий рівень безробіття та неповної зайнятості серед людей із цим розладом. Терапевтичні посібники покликають допомогти пацієнтам працевлаштуватися та втриматися на роботі, досягаючи особистого та професійного зростання.
- ⇒ *Підтримуване отримання послуг.* Траватизовані люди часто не можуть самостійно розробити психотерапевтичний план особистої реабілітації і почуваються збентеженими через роздробленість підходів у різних установах охорони психічного здоров'я. В межах цього підходу фахівці інформують та навчають пацієнтів ефективного отриманню належних послуг у рамках заплутаної системи охорони громадського здоров'я.

Хоча за останні роки було опубліковано значний обсяг літератури щодо психоосвітніх інтервенцій для людей з ПТСР або тих, хто має ризик розвитку ПТСР внаслідок пережитої травми, можна виокремити

кілька зауважень. По-перше, термін «освіта» використовується у цьому корпусі літератури у різний спосіб, часом описуючи традиційні моделі передачі інформації, але також включаючи й інтерактивні моделі, які можна загалом описати як індивідуальну чи групову психотерапію. По-друге, хоча існують дослідження, які зосереджуються лише на освітніх інтервенціях, більшість однак розглядає освітні інтервенції як частину більшої множини, куди входять різноманітні форми психотерапії та інші методи реабілітації (Moses&Barlow, 2006), відтак у таких дослідженнях важче визначити ефективність освітнього складника інтервенції.

Психоосвітні інтервенції можуть бути проведені у широкому спектрі форм та способів, що відображається як у використанні групових та індивідуальних зустрічей, так і у залученні театру, кіно, радіо та інтернет-ресурсів. Описані у літературі інтервенції значно відрізняються за тривалістю, триваючи від однієї сесії до кількох десятків (David, Simpson, & Cotton, 2006). Фізичні умови для інтервенцій теж великою мірою різняться, включаючи в'язниці, школи, офіси, заводи, психіатричні лікарні та місця тимчасового помешкання переселенців (Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold, et al., 2003). Зрештою сам матеріал, який доносять пацієнтам ці психотерапевтичні інтервенції, також різниться та включає зокрема симптоми ПТСР, спектр реакцій на травму, різні типи доступного лікування, управління симптомами захворювання та саморегуляцію, методики управління стресом, асертивність та самозарядність, емпатію та уникнення повторної траватизації (Glynn, Cohen, Dixon, & Niv, 2006).

Крім психоосвітніх інтервенцій існує також широкий спектр освітніх методик, покликаних допомогти постраждалим від травми людині відновитися до активного та продуктивного життя (Zhilenko, 2017). У перебігу встановлення чіткого розуміння клінічних та реабілітаційних потреб пацієнта клініцист зазвичай має розглянути також і потребу розмови з пацієнтом щодо: діагностики та природи ПТСР, варіантів лікування, включаючи медикаментозне, варіантів реабілітації, очікувань від лікування, програм соціалізації (тренування соціальних навичок), додаткової програми лікування від зловживання психоактивними речовинами, трудової/професійної реабілітації (підтримувана зайнятість)

(Johnson, Langlieb, Teret, Gross, Schwab, Massa, et al., 2005). До психоосвітніх аспектів, які менш притаманні лікуванню ПТСР, однак можуть бути важливими для деяких клієнтів, можна віднести підтримку фізичного здоров'я та здорового способу життя (як-от відмова від паління), управління стресом, вживання наркотиків, венеричні хвороби та розлади харчової поведінки (Howard&Goelitz, 2004).

На протипагу психоосвітнім інтервенціям, поняття «підтримуваної освіти» охоплює реабілітаційні послуги, у рамках яких клієнту/пацієнту надається підтримка у здобутті певного ступеня формальної освіти, як-от повної загальної, професійної, чи вищої. Традиційна модель державної чи комунальної підтримки передбачає виділення грантів, стипендій чи інших форм фінансової участі; натомість модель підтримуваної освіти зосереджується більше на особистій психологічній підтримці, якої потребують багато дорослих людей з ПТСР, незалежно від того, чи отримують вони фінансову або іншу матеріальну допомогу з інших джерел для цілей здобуття освіти. Як у випадку із підтримуваною зайнятістю та підтримуваним веденням домашнього господарства, у підтримуваній освіті основний наголос робиться на наданні людині таких послуг, які дозволяють їй бути успішним учасником освітнього процесу (Markova, 2018).

Поняття та виміри самозайнятості (самозарадності) та навичок самостійного життя розширюються по мірі того, як клініцисти та пацієнти дізнаються більше про різні навички, які мають опанувати люди з психічними розладами для ефективного функціонування у суспільстві. Потреба у навичках самостійного життя є одним з ключових елементів багатьох програм адаптації для потенційних жертв травми, як-от люди старшого віку, та для жінок, які пережили домашнє насильство, і прагнуть навчитися навичкам самостійного життя після того, як пішли від партнера-насилника (Kubany, Hill, &Owens, 2003).

У процесі психотерапії пацієнт з ПТСР та психотерапевт можуть дійти висновку, що у пацієнта є проблема з веденням домашнього господарства, яка значно впливає на реабілітаційні процеси. Модель підтримуваного господарства наголошує на безперешкодному доступі до житла клієнта як засобі контролю за

самостійним веденням клієнтом домашнього господарства та наданні процесу реабілітації більшої стабільності. Багато традиційних моделей орієнтуються також на спільне ведення господарства, коли, наприклад, безхатні дорослі люди з психічними розладами проживають разом. Модель підтримуваного господарства має на меті повну інтеграцію пацієнтів у суспільство, зокрема у місцеву громаду, через використання господарчої інфраструктури, поширеної у звичайній міській забудові, аби пацієнти не збиралися разом у великих стабільних групах. Цей ключовий елемент моделі відображає той факт, що пацієнти віддають перевагу жити в умовах виключеності в широку громадськість, і що кінцевою метою процесу реабілітації є повноцінна участь людини у житті суспільства та місцевої громади. Модель підтримуваного господарства також включає в себе клінічну підтримку, яка зазвичай надається у формі лікування вдома у пацієнта для цілей підтримки його зусиль повноцінного самостійного функціонування.

Оскільки проблеми з домашнім господарством зазвичай мають значний вплив на інші аспекти терапії, важливо займати у цьому питанні проактивну позицію, зокрема із залученням фахівців з реабілітації. Багато інтервенцій такого типу включають спрямування пацієнта до інших спеціалістів для цілей роботи з проблемою бездомності, однак це може порушувати цілісність процесу реабілітації.

Результати підходу підтримуваного домогосподарства можна покращити, якщо пацієнти та клініцисти поєднують лікування ПТСР з веденням господарства та іншими реабілітаційними заходами. Більше того, лікування поширеної проблеми зловживання психоактивними речовинами також має бути включене до такого виду інтервенцій, якщо бездомність людини пов'язана з ПТСР.

До основних симптомів ПТСР відносять почуття відстороненості або відчуженості від інших людей, обмежений спектр афективних проявів, дратівливість, спалахи гніву тощо. У світлі того, як ці симптоми можуть впливати на близькі особисті стосунки, не дивно, що стрес та дисфункційні родинні стосунки є частими супутниками ПТСР. Цей зв'язок найчастіше досліджувався серед родин ветеранів бойових дій з ПТСР, де відзначалися вищі показники стресу, домашнього наси-

льства та розлучень (MacDonald, Colotla, Flamer, & Karlinsky, 2003). Партнер(к)и ветеранів бойових дій з ПТСР також виявляють більшу схильність до почуття стресу та психологічного тягаря. Також члени родин дорослих жертв сексуального насильства можуть переживати сильний стрес та виражати негативне ставлення до самих постраждалих.

Два масиви наукових даних виглядають релевантними у оцінці потенційного ресурсу лікування ПТСР та супутніх соціальних дисфункцій у родинному контексті: література з питань сімейних психоосвітніх підходів до серйозних та стійких психіатричних захворювань, та література для сімейної поведінкової терапії з питань стресу у шлюбних партнерів. Враховуючи спільний основний фокус на психологічній реабілітації, ці два масиви поділяють також спільний наголос на поведінковоцентрованих комунікації та навичкам вирішення проблем у повсякденному сімейному житті, як і на питаннях роботи з хворобою. Учасники терапії зазвичай практикують навички в перебігу сесії, отримуючи міжсесійні «домашні завдання» для закріплення отриманих навичок.

Незважаючи на виразну схожість, ці два масиви також мають значущі відмінності. Наприклад, сімейна психологічна освіта підходить до будь-якого типу сімейних стосунків і може бути застосована як для родичів по крові, так і для людей, поєднаних романтичними чи шлюбними зв'язками; відтак цю освіту легко пристосувати до ієрархічних сімейних стосунків. Більше того, такий психотерапевтичний підхід включає формальне визнання того, що певний член родини має вразливість до психіатричного розладу, і що ефективне навчання членів родини пристосуванню до цієї вразливості покращує перебіг відновлення пацієнта (Mares, Kaspro, & Rosenheck, 2004). Поведінкова сімейна терапія зазвичай розглядає стосунки учасників як більш рівноправні, і часто включає інші поведінкові стратегії, спрямовані на зміцнення діадних стосунків (Marrs, 1984). Крім того, як сімейна психоосвіта, так і поведінкова сімейна терапія є підходами, ефективними для терапії інших психіатричних розладів.

Багато людей з серйозними психіатричними захворюваннями демонструють дефіцит навичок, необхідних для успішної взаємодії з іншими людьми. Такий

дефіцит може мати місце на мікрорівні (поганий зоровий контакт, довгі паузи в мовленні) або ж більш на макрорівні (неохайний зовнішній вигляд, відмова брати участь у спілкуванні тощо). За часів популярності поведінкової терапії у 1960-х роках клініцисти почали застосовувати принципи навчання для компенсації подібних дефіцитів серед людей з серйозними, стійкими та тривалими психіатричними розладами (Monson, Schnurr, Stevens, & Guthrie, 2004). Накопичені за кілька десятиліть відтоді дані у цій сфері свідчать, що соціальні навички можуть бути передані пацієнтам шляхом навчання в клінічному середовищі, і що обережне застосування принципів навчання може збільшити ймовірність поширення цих навичок серед широкої громадськості, що своєю чергою здатне спричинитися до загального покращення соціального функціонування пацієнтів.

Застосування підходів з навчання соціальним навичкам для цілей лікування ПТСР певний час було обмеженим, незважаючи на корисність цього підходу при лікуванні інших розладів. Зокрема подібний брак застосування цих підходів відображає популярне переконання про те, що ключові симптоми ПТСР (як-от флешбеки, нічні жахи, оніміння в кінцівках, проблеми зі сном тощо) не є дефіцитом навичок. Можна однак стверджувати, що принаймні деякі симптоми ПТСР (як-от уникання предметів чи ситуацій, які нагадують про травму, почуття відстороненості чи відчуженості від інших, обмежений спектр афективних проявів, дратівливість, спалахи гніву тощо) здатні виражатися у спостережуваних дефіцитах соціальних навичок, з якими можна ефективно працювати в перебігу відповідних психотерапевтичних інтервенцій.

Висновки. З огляду літератури, присвяченої питанням психосоціальної реабілітації, вбачається, що за останній час було досягнуто значного прогресу у проведенні психотерапевтичних інтервенцій для травматизованих осіб. Слід однак зауважити, що хоча психосоціальна реабілітація є перспективною для травматизованих, клініцисти, які застосовують психосоціальні методики у практичній польовій роботі, можуть стикатися з багатьма перешкодами. Як наслідок, методики, які показали свою ефективність, не отримують поширення, пропорційного до їхньої потенційної користі.

На основі розглянутих джерел виділено такі моделі психосоціальної реабілітації посттравматичного стресового розладу: методики пацієнтської освіти; підтримувана освіта; самозарадність та навички самостійного життя; підтримуване домашнє господарство; підтримувані родинні стосунки; навчання соціальним навичкам; підтримувана зайнятість; підтримуване отримання послуг.

Кожна з зазначених нами восьми категорій психосоціальної реабілітації являє собою окрему психотерапевтичну модальність, кожна з них уже продемонструвала ефективність для цілей лікування психічних розладів загалом, і може бути ефективно застосована для лікування ПТСР. Кожна з цих категорій може бути додатково структурованою для того, аби працювати конкретно з проблемами ПТСР. Клініцисти та дослідники психічного здоров'я мають розвивати методики, за якими кожна з цих категорій психосоціальної реабілітації зможе стати травмоцентрованою, а пацієнти зможуть краще засвоювати принципи копіngu та роботи з травмою.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричним вивченням психосоціальної реабілітації осіб з посттравматичним стресовим розладом.

References:

- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164–180.
- Бочелюк, В. Й., Панов, М. С. (2019). Діагностика реадaptaційного потенціалу особистості: методологічний аспект. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія, 60, 8–24.
- Bochelyuk, V.Y., Panov, M.S. (2019). Diagnosis of personality readaptation potential: methodological aspect. *Bulletin of G. S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University. Psychology*, 60, 8–24.
- David, W. S., Simpson, T. L., & Cotton, A. J. (2006). Taking charge: A pilot curriculum of self-defense and personal safety training for veterans with PTSD because of military sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 555–565.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., et al. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158 (6), 514–524.
- Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B., & Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 451–463.
- Howard, J. M., & Goelitz, A. (2004). Psychoeducation as a response to community disaster. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (1), 1–10.
- Johnson, S. B., Langlieb, A. M., Teret, S. P., Gross, R., Schwab, M., Massa, J., et al. (2005). Rethinking first response: Effects of the cleanup and recovery effort on workers at the World Trade Center disaster site. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(4), 386–391.
- Коширець, В. В., Шкарлатюк, К. І. (2020). Особливості організації особистісного простору військовослужбовців з ознаками ПТСР. Психологічні перспективи, 36, 124–143.
- Koshirets, V.V., Shkarlatyuk, K.I. (2020). Features of the organization of personal space of servicemen with signs of PTSD. *Psychological Perspectives*, 36, 124–143.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive traumatherapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (1), 81–91.
- MacDonald, H. A., Colotla, V., Flamer, S., & Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of worker sexperiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13 (2), 63–77.
- Mares, A. S., Kaspro, W. J., & Rosenheck, R. (2004). Outcomes of supported housing for homeless veterans with psychiatric and substance abuse problems. *Mental Health Services Research*, 6 (4), 199–211.
- Marrs, R. (1984). Why the pain won'ts to pand what the family can do to help. In S. Breznitz (Ed.), *The denial of stress* (pp. 85–101). New York: International Universities Press.
- Маркова, М. В. (2018). Особливості емоційного вигорання та його роль в структурі дезадаптації волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні АТО. Психологічний часопис, 2, 50–66.
- Markova, M.V. (2018). Features of emotional burnout and its role in the structure of maladaptation of volunteers whose activities are related to the provision of the military in the ATO area. *Psychological Journal*, 2, 50–66.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Stevens, S. P., & Guthrie, K. A. (2004). Cognitive-behavioral couple' streatment for posttraumatic stress disorder: Initial findings. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 341–344.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment for emotional disorders. *Current Directions in Psychological*

Snow, R. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 205–216.

Власенко, С. Б. (2018). Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*, 2, 59-71.

Vlasenko, S.B. (2018). Psychological assistance to people who are in a state of traumatic crisis. *Legal Psychology*, 2, 59-71.

Жиленко, Р. В. (2017). Досвід США у запровадженні системи приятелів у роботі з ветеранами, що страждають на ПТСР. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*, 2, 102-104.

Zhilenko, R.V. (2017). US experience in introducing a system of friends in working with veterans suffering from PTSD. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Pedagogy. SocialWork*, 2, 102-104.

Spartak Subbota

Scientific Director of the Institute of Cognitive Modeling, Kyiv (Ukraine)

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

ABSTRACT

The article shows that one of the key principles of both psychological and social rehabilitation is that people who meet the criteria for diagnosing mental disorders should receive the necessary support to ensure the best possible quality of life, even if they continue to experience the corresponding malignant symptoms. The recognition of the importance of the individual's functioning in the real world for the purpose of recovery from psychiatric illness is reflected in particular in the gradual advancement of the mental health sector from a model of illness to a rehabilitation model of recovery. Renewal in this context means that clinicians and their beneficiaries (patients) are collectively involved in a rehabilitation process designed to enable patients to live, work, study and lead an active social life; the semantic and value stress in this case moves from remission of the patient's psychiatric symptoms to his integration into society and preparation for a full and productive life. From a review of the literature on psychosocial rehabilitation, it appears that significant progress has been made recently in psychotherapeutic interventions for traumatized individuals. It should be noted, however, that although psychosocial rehabilitation is promising for traumatized people, clini-

cians who apply psychosocial techniques in practical field-work may face many obstacles. As a consequence, techniques that have been shown to be effective do not gain acceptance in proportion to their potential benefits.

Based on the reviewed sources, the following models of psychosocial rehabilitation of post-traumatic stress disorder have been identified: methods of patient education; supported education; self-employment and independent living skills; supported household; maintained family relationships; social skills training; supported employment; supported receipt of services.

Each of the eight categories of psychosocial rehabilitation we have noted is a separate psychotherapeutic modality, each of them has already been demonstrated to be effective for the treatment of mental disorders in general, and can be effectively applied to the treatment of PTSD. Each of these categories can be further structured to deal specifically with PTSD issues. Clinicians and mental health researchers need to develop techniques in which each of these categories of psychosocial rehabilitation can become trauma-centered and patients can better learn coping and trauma management.

Keywords: rehabilitation, PTSD, stress, coping, recovery, trauma, personality, mental health.

Спартак Александрович Суббота

Научный руководитель Института когнитивного моделирования, г. Киев (Украина)

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

АННОТАЦИЯ

В статье показано, что одним из ключевых принципов как психологической, так и социальной реабилитации является то, что люди, которые отвечают критериям диагностирования психических расстройств, должны получать необходимую поддержку для обеспечения наилучшего возможного качества жизни, даже если они продолжают переживать соответствующие злокачественные симптомы. Признание важности функционирования индивида в реальном мире для целей возобновления от психиатрической болезни отображается в частности и в постепенном продвижении сферы психического здравоохранения от модели болезни к

реабилитационной модели возобновления. Понятие "возобновление" в этом контексте значит, что клиницисты и получатели их услуг (пациенты) сообща участвуют в реабилитационном процессе, спроектированном так, чтобы обеспечить пациентам возможность полноценно жить, работать, учиться и вести активную социальную жизнь; смысловое и ценностное ударение при этом переходит от ремиссии психиатрических симптомов пациента к интеграции его в общество и подготовке к полноценной и производительной жизни. Из обзора литературы, посвященной вопросам психосоциальной реабилитации, видится, что за последнее время был достигнут значительный прогресс в проведении психотерапевтических интервенций для травмированных лиц. Следует однако заметить, что хотя психосоциальная реабилитация является перспективной для травмированных людей, клиницисты, которые применяют психосоциальные методики в практической полевой работе, могут сталкиваться со многими препятствиями. Как следствие, методики, которые показали свою эффективность, не получают распространения, пропорционального их потенциальной пользе.

На основе рассмотренных источников выделены следующие модели психосоциальной реабилитации посттравматического стрессового расстройства: методики пациентского образования; поддерживаемое образование; самозанятость и навыки самостоятельной жизни; поддерживаемое домашнее хозяйство; поддерживаемые родственные отношения; обучение социальным навыкам; поддерживаемая занятость; поддерживаемое получение услуг.

Каждая из отмеченных нами восьми категорий психосоциальной реабилитации являет собой отдельную психотерапевтическую модальность, каждая из них уже продемонстрировала эффективность для целей лечения психических расстройств в целом, и может быть эффективно применена для лечения ПТСР. Каждая из этих категорий может быть дополнительно структурированной для целей работы конкретно с проблемами ПТСР. Клиницисты и исследователи психического здоровья должны развивать методики, в которых каждая из этих категорий психосоциальной реабилитации сможет стать травмоцентричной, а пациенты смо-

гут лучше усваивать принципы копинга и работы с травмой.

Ключевые слова: реабилитация, ПТСР, стресс, копинг, возобновление, травма, личность, психическое здоровье.

How to cite (як цитувати):

Subbota, S. (2021). *PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS*. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 7 (7), 78-86. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7.8> [in Ukrainian]