

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИБОРУ ТЕХНОЛОГІЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПСИХОТРАВМОЮ ВІЙНИ

Хрущ Олена Василівна

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної психології

Карпатського національного університету імені Василя Стефаника
ORCID ID: 0000-0002-5126-444X

Хрущ-Ріпський Юрій Андрійович

аспірант кафедри соціальної психології

Карпатського національного університету імені Василя Стефаника
ORCID ID: 0009-0004-0380-4677

Стаття представляє результати теоретичного аналізу методологічних засад вибору технологій психологічної реабілітації осіб з психотравмою війни. Зокрема, наголошується на важливості персоналізованого підходу до розробки програми психологічної реабілітації. Актуальність дослідження полягає в зростанні кількості осіб з проблемами у сфері психічного здоров'я, зокрема із симптомами комплексного посттравматичного стресового розладу. Так, ця наукова розвідка дасть змогу сформувати фундамент для більш системного та комплексного підходу до процесу психологічної реабілітації постраждалих від війни осіб. Варто зазначити, що, попри значне розмаїття доказових методів роботи з посттравматичним стресовим розладом, немає чітких рекомендацій щодо їх вибору в кожній конкретній ситуації. Отже, науково-методологічне обґрунтування використання технологій роботи з психотравмою війни може стати основою для розробки єдиного алгоритму надання психологічної допомоги особам з ПТСР. Для виокремлення принципів і критеріїв вибору психотехнологій роботи з травмою використано методи теоретичного аналізу, систематизації, класифікації, порівняння й теоретичного моделювання. Саме такий підхід дає змогу розробити цілісну систему психологічної реабілітації осіб з травматичним досвідом породженим війною. Його дотримання сприяє вибору технологій, що відповідають поточному етапу роботи з психотравмою війни. У результаті проведення теоретичного дослідження визначено, що основними принципами вибору методів психологічного супроводу повинні бути принципи поетапності (дотримання трифазової моделі роботи з травмою), безпеки (забезпечення психоемоційної стабільності й відновлення ресурсу), персоналізації (формування навичок емоційної саморегуляції, подолання стресу й підвищення особистісного потенціалу), а також інтегративності (поєднання технологій з різних методів психотерапії відповідно до етапу реабілітації). При цьому критерії вибору технологій роботи з психотравмою можна розділити на клінічні, особистісні та організаційні.

Ключові слова: психотравма війни, ПТСР, реабілітація, методологія засад, фазова терапія, емпірична обґрунтованість, EMDR, резильєнтність, інтегративний підхід.

Khrushch O., Khrushch-Ripsky Yu. THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PRINCIPLES OF CHOOSING TECHNOLOGIES FOR PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PERSONS WITH WAR-TRAUMA

The article presents the results of a theoretical analysis of the methodological principles of choosing psychological rehabilitation technologies for people with war trauma. In particular, the importance of a personalized approach to developing a psychological rehabilitation program is emphasized. The relevance of this study lies in the growing number of people with mental health problems, in particular with symptoms of complex post-traumatic stress disorder. Therefore, this scientific investigation will allow forming the foundation for a more systematic and comprehensive approach to the process of psychological rehabilitation of people affected by war. It is worth noting that despite the significant variety of evidence-based methods of working with post-traumatic stress disorder, there are no clear recommendations for their choice in each specific situation. Therefore, the scientific and methodological substantiation of the use of technologies for working with war trauma can become the basis for developing a single algorithm for providing psychological assistance to people with PTSD. To identify the principles and criteria for choosing psychotechnologies for working with trauma, the methods of theoretical analysis, systematization, classification, comparison, and theoretical modeling were used. It is this approach that allows us to develop a holistic system of psychological rehabilitation of individuals with traumatic experiences caused by war. Its adherence contributes to the selection of technologies that correspond to the current stage of work with the psychotrauma of war. As a result of the theoretical study, it was determined that the main principles for choosing psychological support methods should be the principles of phasing (three-phase

model), safety (psychoemotional stability and resource restoration), personalization (emotional self-regulation skills), as well as integrativeness (technologies). At the same time, the criteria for choosing technologies for working with psychotrauma can be divided into clinical, personal, and organizational.

Key words: war trauma, PTSD, rehabilitation, methodology of foundations, phase therapy, empirical validity, EMDR, resilience, integrative approach.

Вступ. Тривала збройна агресія проти нашої держави стала провідним чинником підвищеного ризику розвитку різного роду проблем у сфері психічного здоров'я, до яких належить і психотравма війни. Варто зазначити, що в групі ризику опиняються не тільки безпосередні учасники бойових дій, а й цивільне населення. Водночас психотравма може мати багато проявів, до яких належить не тільки підвищена збудливість нервової системи, тривожність та зміни в когнітивній сфері. Досить часто на тлі переживання сильного стресу відзначається прояв дисоціації та емоційного знечуження якими психіка намагається врятуватися від руйнування на фоні жахів, з якими довелося стикнутися особі. У результаті виникнення проблем у сфері емоційного опрацювання та зниження рівня емоційної свідомості порушується здатність до регуляції власних емоційних реакцій через їх розпізнавання вже після досягнення піка інтенсивності їх переживання, коли почуття та емоції повністю заволодівають людиною. Як наслідок, тривога та інші емоції часто соматизуються й призводять до розвитку тілесних симптомів, які не завжди мають медичне пояснення й при цьому впливають на кількість звернень до закладів охорони здоров'я й навантаження на них. Так, досліджуваний феномен є не тільки індивідуальною, а й громадською проблемою. Звідси випливає висновок про актуальність дослідження технологій надання психологічної допомоги та психологічної реабілітації осіб, які зазнали впливу травматичних факторів. Сьогоднішня практика свідчить про ефективність використання методів когнітивно-поведінкової терапії та інших доказових методів. Однак їх застосування має переважно ситуативний характер, що потребує зміни. Отже, **мета статті** – здійснити теоретичний аналіз критеріїв та принципів використання технологій психологічної реабілітації в процесі роботи з особами, що зазнали психотравми війни.

Матеріали та методи. Для досягнення окресленої мети проведено теоретичний аналіз праць, присвячених проблемі посттравматичного стресового розладу, методів роботи з психотравмою та психологічної реабілітації. Українські вчені В. Горбунова, В. Кердивар та інші окреслюють значення поняття психотравми, описують важливість надання першої психологічної допомоги для профілактики розвитку психотравми війни й визначають основні напрями психологічної просвіти, яка є важливим компонентом роботи власне з психотравмою [1; 2]. Технології збереження психічного здоров'я та психологічної реабілітації розглядаються в публікаціях З. Ковальчук, А. Колодяжної, Т. Крамар, Н. Кулеші, Н. Матейко та Н. Пантелеймонової [3–10]. Т. Крамар та О. Складенко представили результати огляду світового досвіду надання психологічної допомоги військовослужбовцям і зробили акцент на шляхах підвищення їх адаптаційних можливостей, але їх праця не охоплює методів надання психологічної допомоги цивільному населенню, постраждалому від війни [5]. Феноменологія психотравми розкривається в публікаціях, які описують механізми формування посттравматичного стресового розладу й методи роботи з нею [10; 11]. Водночас додаткові аспекти природи психотравми описані в роботах, пов'язаних з моральною травматизацією та дисоціацією [12]. Сучасні протоколи надання психологічної допомоги особам з посттравматичним стресовим розладом дають змогу сформулювати уявлення про доказові й ефективні методи, які можна використовувати в процесі психологічної реабілітації [11; 13; 14]. При цьому конкретні технології описані в публікаціях, присвячених детальному огляду особливостей використання десенсибілізації та опрацювання рухом очей, когнітивно-поведінкової та травмофокусованої терапії [11; 15]. Рекомендованими МОЗ України методами роботи з психотравмою війни є технології травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (далі – ТФ-КПТ) – для дітей, підлітків та дорослих із ПТСР, десенсибілізації та переробки рухом очей (далі – ДПРО), когнітивно-процесуальної терапії, пролонгованої експозиційної терапії, наративно-експозиційної терапії (далі – НЕТ), терапії, сконцентрованої на теперішньому часі, та групової ТФ-КПТ [8; 9]. Однак, попри значну кількість інформації, пов'язаної з проблематикою нашого дослідження, вона несистематизована, що заважає розробити єдиний алгоритм надання психологічної допомоги особам з психотравмою війни. Відсутність єдності в підході до цього процесу може зумовити підвищення ризику прояву ретравматизації. Так, мета нашого дослідження полягає в розробці теоретико-методологічного обґрунтування добору інструментів, які можна використовувати в межах програм психологічної реабілітації. Серед основних методів дослідження, які допомагають її досягти, можна виокремити систематизацію даних про підходи до вивчення психічної травми, диференціації її видів і стадій протікання; класифікацію наявних технологій роботи з психотравмою; аналіз та узагальнення критеріїв добору методів надання психологічної допомоги особам, які пережили жахливі війни та постраждали через неї. Дослідження побудовано на засадах системного підходу, що передбачає розгляд психологічної реабілітації не як суми окремих методик, а як цілісної, багаторівневої системи, де кожен елемент

(клієнт, фахівець, метод, стадія травми) взаємопов'язаний. Його використання дає змогу гарантувати узгодженість усіх етапів реабілітаційного процесу та його максимальну безпечність. Водночас порівняльно-типологічний метод застосовано для зіставлення та класифікації різних моделей реабілітації (напр., тілесно орієнтовані проти когнітивних) за їхнім потенціалом, сферою застосування та ефективністю на конкретних стадіях роботи з травмою. Метод теоретичного моделювання необхідний для того, щоб на основі відомих принципів і критеріїв, виявлених у процесі теоретичного аналізу особливостей роботи з травмою, спроектувати нову, раціональну модель, з використанням якої можливе ухвалення рішень щодо використання тих чи інших технологій роботи з психотравмою. Створення покрокового алгоритму дій для фахівця полягає в описі стратегії дій від первинної діагностики психотравми до фінального вибору технології роботи з нею. Методологічне обґрунтування вибору технологій надання психологічної допомоги особам з психотравмою базується на визнанні пріоритету безпеки та потреби у фазово орієнтованій терапії як основного способу роботи з нею.

Результати. Для коректного огляду технологій психологічної реабілітації доречно першочергово визначити значення ключових термінів і понять, з якими ми будемо оперувати в контексті цього дослідження. Зокрема, під психотравмою війни розуміється прояв комплексного посттравматичного стресового розладу, який характеризується тривалим впливом травматичних факторів на психіку особи [14]. Варто підкреслити, що, крім переживання впливу стресових факторів, пов'язаних із високим рівнем небезпеки для здоров'я та життя, у разі досліджуваного виду травми базове почуття безпеки порушується протягом тривалого часу [14]. Також особи, які пережили наслідки війни, ризикують отримати моральну травму, яка може ускладнити протікання посттравматичного стресового розладу.

Для коректного добору технологій психологічної реабілітації осіб, які зазнали психотравми війни, важливо диференціювати прояви основних реакцій на пов'язані з нею жахіття. Зокрема, до них належить стрес як природна реакція на події, які виходять за межі звичного плину життя. При цьому переживання стресу може призводити до розвитку гострого стресового розладу, який пов'язаний із порушенням здатності функціонувати протягом короткого проміжку часу (переважно він охоплює від кількох днів до кількох тижнів) [15]. Для надання психологічної допомоги на цьому етапі прояву наслідків переживання стресу достатньо стабілізувати стан особи з використанням технологій заземлення та релаксації, а також кризового консультування. Посттравматичний стресовий розлад характеризується проявом комплексу симптомів до яких належить неконтрольований наплив спогадів про пережитий травматичний досвід, поведінки спрямованої на уникнення тригерів пов'язаних із ситуацією отримання психотравми, формування та закріплення деструктивних переконань щодо себе і світ (переважно його небезпечності), пригнічений стан, гіперзбудження нервової системи [14]. Вирізняльною ознакою посттравматичного стресового розладу є тривалість збереження даних симптомів протягом періоду понад місяць часу. При цьому комплексний посттравматичний стресовий розлад розвивається на тлі тривалого впливу факторів травматичного характеру [14]. Як наслідок, поряд з описаними симптомами проявляються проблеми в міжособистісних відносинах, дисоціативні явища та труднощі з емоційною саморегуляцією. Надання психологічної допомоги в разі прояву такого виду травми важливою є тривала робота спрямована на стабілізацію психоемоційного стану постраждалої особи перед початком опрацювання власне травматичного досвіду.

Усі технології роботи з психотравмою можна розділити на кілька категорій залежно від того на кого саме спрямоване їх використання та на якому рівні здійснюється інтервенція [14]. Водночас їх використання можливе в індивідуальній та груповій формах роботи. Спрямованість технології на індивідуальну роботу передбачає глибинне опрацювання пережитого травматичного досвіду [15]. При цьому технології, які використовують у груповій психотерапії, спрямовані на подолання стигми, пов'язаної з проблемами психічного здоров'я, розвитком навичок ефективної міжособистісної взаємодії, відновлення та розширення мережі соціальних зв'язків, а також покращення рівня здатності до соціального функціонування [14]. Сімейна психотерапія передбачає відновлення почуття безпеки через роботу із сімейною системою для запобігання повторній (вторинній) травматизації, налагодження екологічної комунікації та відновлення соціальної ідентичності, зокрема, пов'язаних із сімейними ролями.

Залежно від того, на якому етапі роботи з постраждалою особою найбільш доречно використовувати ту чи іншу технологію, їх можна розділити на ті, які спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану, опрацювання власне травматичного досвіду та реінтеграцію постраждалої особи [16; 17]. Зокрема, з метою стабілізації найчастіше використовують методи тілесно орієнтованої терапії, до яких належать дихальні практики, методи релаксації та заземлення [15]. Завдяки їх використанню можливе повернення контролю над власним тілом, що допомагає поступово повернути почуття безпеки. Для вивільнення пов'язаної з емоціями енергії доцільно використовувати технології соматичного переживання та біодинаміку.

Технології когнітивно-поведінкової та арттерапії доречні на етапах опрацювання власне травматичного досвіду та реінтеграції [14]. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія націлена на роботу

з мисленням і поведінковими реакціями, що відповідає основним симптомам посттравматичного стресового розладу, як-от неконтрольовані спогади та поведінка, спрямована на уникнення всього, що нагадує про травму. Травмофокусована психотерапія, EMDR та метод пролонгованої експозиції дозволяють контролювано опрацювати травматичні спогади, знизити рівень емоційної реактивності у відповідь на пов'язані з травмою чинники, а також зменшити прояви поведінки пов'язаної з уникненням [14; 16]. Технології арттерапії дають змогу вивести травматичний досвід на свідомий рівень та прожити його через образи, роботу з тілом чи рольову гру [15]. Так, символізація переживань допомагає полегшити інтенсивність проявів тілесних симптомів психотравми та опрацювати причину їх виникнення [15]. На етапі реінтеграції найбільш ефективними вважаються технології логотерапії, які дають змогу відшукати новий сенс життя після пережитого й здатні змінити спрямованість особистісного розвитку з переживання наслідків переживання сильного стресу на тлі впливу травматичних чинників на посттравматичне зростання [14; 18; 19; 20]. Важливими компонентами реінтеграції є робота із ціннісними орієнтаціями, особистими цілями та прагненнями й шляхами їх досягнення в повсякденному житті. Завдяки їх використанню можливе відновлення особистісної цілісності.

Однак для успішної психологічної реабілітації потрібно добирати технології психологічного впливу залежно від особливостей запиту постраждалої особи та її стану, що передбачається принципом персоналізації реабілітаційної програми [14; 21]. Водночас, працюючи з психотравмою, потрібно обирати виключно технології з доведеною ефективністю для запобігання вторинній травматизації. Найбільш добре вивченими методами роботи з психотравмою є спрямована на травму когнітивно-поведінкова терапія та ДПРО. До них належить й експозиція. Варто підкреслити, що реабілітація має на меті адаптацію особистості до життя в нових умовах та з пережитим досвідом. Зокрема, на початковому етапі для розширення адаптаційних можливостей потрібно послабити вплив механізмів психологічного захисту, що можливе тільки за умови стабілізації психоемоційного стану шляхом повернення в поточний момент і відновлення почуття безпеки [22]. Найбільш ефективними технологіями, що допомагають досягти описаної мети, є окремі методи тілесно орієнтованої психотерапії [15; 17; 21]. Також на первинному етапі важливо навчити постраждалу особу методам самодопомоги до яких належать основні технології емоційної саморегуляції пов'язані з диханням і розслабленням [15]. Наявні протоколи та настанови щодо надання допомоги особам із стресовими розладами та порушеннями адаптації наголошують на важливості психологічної просвіти з метою ознайомлення постраждалих з природою їх стану й профілактики розвитку порушень з хронізацією відповідних симптомів [8; 9]. При цьому потрібно постійно оцінювати актуальний стан постраждалої особи та здійснювати добір технологій роботи з травмою залежно від поточного ресурсу.

Серед основних принципів вибору технологій роботи з психотравмою війни можна виокремити: поетапності, персоналізації, безпеки та стабілізації, а також інтегративності [14]. Зокрема, згідно з першим принципом, вибір технології повинен чітко відповідати стадії роботи з травмою. Так, на першому етапі для забезпечення почуття безпеки першочергово обирають технології, які допомагають відновити контроль над собою на рівні емоцій, поведінки та тіла [15; 17; 21]. Найбільш ефективними в цьому контексті вважаються дихальні та інші тілесні практики, майндфулнес, методи релаксації та заземлення.

Критерієм вибору технологій психологічної реабілітації на другому етапі роботи з травмою є ефективність їх використання з метою опрацювання травматичного досвіду. Так, перевагу віддають когнітивно-поведінковій терапії, сфокусованій на травмі та ДПРО [23]. Третя фаза роботи з психотравмою передбачає повернення до нормального життя, яке можливе завдяки реконструкції індивідуальної та соціальної ідентичності [22]. Для цього найбільш корисними будуть технології логотерапії та групової терапії в методах гештальт-терапії та клієнт-центрованої терапії.

Згідно з принципом персоналізації, технології роботи з психотравмою повинні відповідати індивідуальним особливостям клієнта, зокрема, специфіці проявів посттравматичного стресового розладу, його впливу на повсякденне життя, етапу соціально-психологічного розвитку, культурним особливостям поточного середовища перебування й проживання постраждалої особи, обізнаності й рівню інтелектуального розвитку, а також наявності особистісного ресурсу для роботи з травмою [14; 15]. Основним шляхом уточнення цієї інформації є опитування осіб, які звертаються по медичну допомогу з неспецифічними фізичними симптомами, що можуть указувати на прояви психотравми війни [1; 7]. Так, глибина та інтенсивність втручань повинні відповідати психоемоційній стійкості особи, її внутрішній силі та характеру наявної соціальної мережі підтримки. Звідси випливає висновок про потребу починати роботу з технологій, які впливають на поточний стан і дають змогу швидко досягти полегшення з поступовим переходом до роботи з витісненим у підсвідоме травматичним досвідом та його подальшою інтеграцією. При цьому спрямовані на відновлення соціальних функцій технології використовують згодом.

Принцип безпеки та стабілізації полягає в тому, що першочергово потрібно використовувати технології, які допомагають відновити та поповнити внутрішній ресурс, краще контролювати емоційні

реакції, заземлення та відновлення внутрішнього контролю над власним тілом завдяки поступовій переорієнтації функціонування нервової системи зі стану гіперзбудження до роботи в спокійному режимі [10; 14]. На етапі клінічного інтерв'ю необхідно зібрати дані про пережитий досвід та особливості його впливу на поточний стан, оцінити ризик прояву суїцидальних тенденцій, а також провести скринінг на супутні розлади психічного здоров'я [7; 8; 9]. Варто врахувати, що опрацювання травматичного досвіду здатне зумовити вторинну травматизацію і разі переходу до цього етапу до досягнення особою достатнього рівня психоемоційної стабільності.

Принцип інтегративності передбачає, що для досягнення високого рівня ефективності реабілітації потрібно поєднувати різні види психологічних інтервенцій та технології роботи з психотравмою [10; 14; 15]. Також необхідно працювати на всіх рівнях функціонування особи, зокрема, соматичному (зниження активності нервової системи, рівня тілесної напруги та контроль над психосоматичними реакціями завдяки технологіям тілесно орієнтованої психотерапії), емоційному (зниження рівня психоемоційної напруги, тривоги та агресії), когнітивному (опрацювання травматичних спогадів та зміна деструктивних переконань, які виникли в результаті травматизації), а також змістовному (пошук нового сенсу життя).

На основі проведеного аналізу технологій роботи з психотравмою та принципів використання можна виокремити такі критерії їх вибору: пов'язані з психоемоційним станом особи (клінічні критерії), особистісні (пов'язані з внутрішнім потенціалом) та організаційні (зовнішні фактори успішної реабілітації, зокрема, рівень кваліфікації фахівців, залучених до цього процесу). Зокрема, клінічні критерії вибору технологій роботи з психотравмою передбачають орієнтацію на характер та інтенсивність прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, рівень готовності до опрацювання травматичного досвіду та наявність супутніх проблем психічного здоров'я [14; 15; 22]. За наявності позитивної реакції на психотерапевтичні втручання переглядається частота зустрічей зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я в бік збільшення часових проміжків між ними [7; 8; 9]. Так, у разі переважання симптомів, пов'язаних із проявом дисоціації, перевага надається тілесним практикам, спрямованим на стабілізацію поточного психоемоційного стану. Водночас у разі підвищення рівня неконтрольованості процесу виникнення спогадів про травматичні події доречне використання методів когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму та експозиції.

Залежно від рівня готовності до опрацювання травматичного досвіду вибір робиться між спрямованими на відновлення ресурсу та спрямованими на роботу з власне травматичними переживаннями технологіями [14]. Водночас наявність супутніх проявів депресії чи тривожного розладу зумовлює необхідність використання додаткових технологій, спрямованих на роботу з деструктивними переконаннями та моделями поведінки, які підтримують їх симптоми. Також важлива критична оцінка психоемоційного стану постраждалої особи з метою вчасного доєднання до психотерапевтичного процесу адекватної ситуації медикаментозної терапії.

Для підвищення особистісного потенціалу в процесі роботи з травмою потрібно формувати навички емоційної саморегуляції, подолання стресу, розв'язання проблем, комунікації та соціальної взаємодії, а також підвищення рівня психоемоційної та вольової витривалості для підвищення готовності до роботи зі складними переживаннями [15]. Водночас використовують технології спрямовані на підвищення рівня внутрішньої мотивації до психотерапевтичної роботи з травмою.

Серед організаційних критеріїв вибору технологій роботи з травмою можна виокремити рівень підготовки фахівця та його здатність адекватно ситуації використовувати технології певного напрямку психотерапії [14]. Зокрема, найважливіший він у разі використання технологій ДПРО. Також важливо оцінити кількість часу та коштів, які клієнт може виділити на опрацювання травматичного досвіду. Так, у разі їх обмеженості більш доцільним буде використання орієнтованої на травму когнітивно-поведінкової терапії замість експозиції. Також на останньому етапі процесу реабілітації може бути доречним доєднання до груп підтримки та психотерапевтичних груп замість індивідуальної психотерапії.

Отже, методологічною основою вибору технологій психологічної реабілітації осіб з психотравмою є етап роботи з травматичним досвідом (стабілізація, опрацювання чи реінтеграція) та провідний симптом психотравми війни. Так, на стадії стабілізації, для якої характерні симптоми дисоціації та уникнення, найбільш ефективними будуть технології майндфулнес, заземлення, тілесної психотерапії та ресурсної арттерапії. Друга стадія роботи з психотравмою передбачає опрацювання власне травматичного досвіду з акцентом на спогади, пов'язані з ним. Звідси впливає висновок про доцільність використання технологій когнітивно-поведінкової терапії, експозиції та ДПРО. Третя стадія роботи з психотравмою вимагає пошуку нового сенсу життя та приведення системи цінностей і цілей відповідно до нього. При цьому доцільно використовувати технології логотерапії, екзистенційного аналізу, а також групової психотерапії.

Висновки. На основі проведеного теоретичного аналізу виокремлено методологічні засади вибору та використання технологій психологічної реабілітації. Зокрема, наголошується на тому, що цей

процес потребує дотримання чіткого алгоритму ухвалення рішень щодо використання певного виду психологічної інтервенції. Виокремлено принципи поетапності, персоналізації, безпеки та інтегративності, якими варто керуватися під час розробки програми психологічної реабілітації. Описуються клінічні, особистісні та організаційні критерії вибору технологій роботи з психотравмою на кожному з етапів психологічної реабілітації. Представлено алгоритм вибору технологій роботи з психотравмою залежно від проявлених симптомів.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання його результатів для розробки стандартів надання психологічної допомоги особам з психотравмою війни. Подальші дослідження повинні спрямовуватися на емпіричну перевірку ефективності використання запропонованого алгоритму роботи з психотравмою, а також деталізацією програми реабілітації.

Література:

1. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. 2015. № 1. С. 26–35.
2. Кердивар В. В., Овсяннікова Я. О., Перелигіна Л. А., Платонов В. М., Похілько Д. С. Протоколи надання психологічної підтримки та допомоги персоналу ДСНС та членам їх сімей : посібник. 2024. 154 с.
3. Ковальчук З. Я., Завацька Н. Є. Психологічна реабілітація та відновлення професійної діяльності фахівців силових структур. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*. 2025. № 1. С. 28–36.
4. Колодяжна А. В., Власенко Ю. К., Дичко О. О. Особливості діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у воєнних ветеранів. *Перспективи та інновації науки (Серія Педагогіка, Серія Психологія, Серія Медицина)*. 2024. № 3. С. 872–884.
5. Крамар Т. В., Склиренко О. Є. Світовий досвід реабілітації та адаптації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35, № 74. С. 141–146.
6. Гільман А., Кулеша Н. Процедурні аспекти проведення психологічної реабілітації. *Психологія: реальність і перспективи*. 2025. № 24. С. 5–20.
7. Широких А., Пантелеймонова, Н. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. № 23. С. 187–194.
8. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. порушення адаптації. 2024. 80 с. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (дата звернення: 19.11.2025).
9. Клінічна настанова, заснована на доказах «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад», 2024 року, 217 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (дата звернення: 19.11.2025).
10. Samara O., Shkrabiuk V., Kompanovych M., Liebedieva S., Mateiko N., Shelever O. Psychological Aid to Victims of War and the Covid Pandemic-19 in Ukraine. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13, № 4. P. 227–241.
11. Horowitz M. J., Weiss D. S., Marmar C. Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 1987. Vol. 175, № 5. P. 267–268.
12. Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Hough R. L., Jordan B. K., Marmar, C. R., Weiss, D. S. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the national Vietnam Veterans readjustment study. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1990. 644 p.
13. Priebe S., Bogic M., Ajdukovic D., Franciskovic T., Galeazzi G., Kucukalic A., Lecic-Tosevski D., Morina N., Popovski M., Vang D., Schutzwol M. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010. Vol. 67, № 5. P. 518–528.
14. Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1992. № 5. P. 377–391.
15. Van der Kolk B. A. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*. 1994. Vol. 1, № 5. P. 253–265.
16. Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995. № 52. P. 1048–1060.
17. Marmar C. R., Schlenger W., Henn-Haase C., Qian M., Purchia E., Li M., Corry N., Williams C. S., Ho C. L., Horesh D., Karstoft K. I., Shalev A., Kulka R. A. Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 years after the Vietnam War. *JAMA Psychiatry*. 2015. № 72(9). P. 875–881. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2015.0803.
18. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000. № 68. P. 748–766.
19. Mollica R. F., McDonald L. S., Massagli M., Silove D. Measuring trauma, measuring torture: Instruction and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Version of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Harvard trauma Questionnaire (HTQ). *Harvard Program in Refugee Trauma*. 2004. № 1. 42 p.
20. Hollifield M., Warner T. D., Lian N., Krakow B., Jenkins J. H., Kessler J., et al. Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *J. Am. Med. Assoc*. 2002. № 288. P. 611–621.
21. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1992. 377 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>
22. Foa E. B., Rothbaum B. O. Treating the trauma of rape Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press. 2001. 286 p.
23. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing and the anxiety disorder's Clinical and research implications in an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999. Vol. 13. P. 35–67.

References:

1. Horbunova, V. V. (2015). Robota z posttravmatychnym stresovym rozladom (PTSR) u mezhakh kohnityvno-povedinkovoi terapii [Work with post-traumatic stress disorder (PTSD) within the framework of cognitive-behavioral therapy]. *Psykhologichna dopomoha osobystosti, shcho perezhivaie naslidky travmatychnykh podii*, 1, 26–35 [in Ukrainian].
2. Kerdyvar, V. V., Ovsiannikova, Ya. O., Perelyhina, L. A., Platonov, V. M., & Pokhilko, D. S. (2024). Protokoly nadання psykhologichnoi pidtrymky ta dopomohy personalu DSNS ta chlenam yikh simei: posibnyk [Protocols for providing psychological support and assistance to SES personnel and their families: Handbook]. 154 p. [in Ukrainian].
3. Kovalchuk, Z. Ya., & Zavatska, N. Ye. (2025). Psykhologichna rehabilitatsiia ta vidnovlennia profesiinoi diialnosti fakhivtsiv sylovykh struktur [Psychological rehabilitation and restoration of professional activity of security forces specialists]. *Naukovyi visnyk Lvivskoho derzhavnoho universytetu vnutrishnikh sprav (seriia psykhologichna)*, 1, 28–36 [in Ukrainian].
4. Kolodiazna, A. V., Vlasenko, Yu. K., & Dychko, O. O. (2024). Osoblyvosti diagnostyky ta likuvannia posttravmatychnoho stresovoho rozladu (PTSR) u voiennykh veteraniv [Features of diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in war veterans]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky (Seriia Pedahohika, Seriia Psykhologhiia, Seriia Medytsyna)*, 3, 872–884 [in Ukrainian].
5. Kramar, T. V., & Skliarenko, O. Ye. (2024). Svitovyi dosvid rehabilitatsii ta adaptatsii viiskovosluzhbovtiv z posttravmatychnym stresovym rozladom [World experience in the rehabilitation and adaptation of servicemen with post-traumatic stress disorder]. *Vcheni zapysky TNU imeni V. I. Vernadskoho. Seriia: Psykhologhiia*, 35(74), 141–146 [in Ukrainian].
6. Hilman, A., & Kulesha, N. (2025). Protsedurni aspekty provedennia psykhologichnoi rehabilitatsii [Procedural aspects of psychological rehabilitation]. *Psykhologhiia: realnist i perspektyvy*, 24, 5–20 [in Ukrainian].
7. Shyrokykh, A., & Panteleimonova, N. (2024). Psykhologichna pidtrymka viiskovosluzhbovtiv z posttravmatychnym stresovym rozladom [Psychological support for servicemen with post-traumatic stress disorder]. *Psykhologhiia: realnist i perspektyvy*, 23, 187–194 [in Ukrainian].
8. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2024). Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi ta spetsializovanoi medychnoi dopomohy hostra reaktsiia na stres. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad. porushennia adaptatsii [Uniform clinical protocol for primary and specialized medical care: Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adjustment disorder]. 80 p. Retrieved from: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (access date: 19.11.2025). [in Ukrainian].
9. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy (2024). Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh «Hostra reaktsiia na stres. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad» [Evidence-based clinical guideline «Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder»]. 217 p. Retrieved from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (access date: 19.11.2025). [in Ukrainian].
10. Samara, O., Shkrabiuk, V., Kompanovych, M., Liebidieva, S., Mateiko, N., & Shelever, O. (2022). Psychological Aid to Victims of War and the Covid Pandemic-19 in Ukraine. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(4), 227–241.
11. Horowitz, M. J., Weiss, D. S., & Marmar, C. (1987). Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 175(5), 267–268.
12. Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the national Vietnam Veterans readjustment study. Brunner/Mazel Publishers. 644 p.
13. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Vang, D., & Schutzwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry*, 67(5), 518–528.
14. Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*, 5(3), 377–391.
15. Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253–265.
16. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048–1060.
17. Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Ho, C. L., Horesh, D., Karstoft, K. I., Shalev, A., & Kulka, R. A. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 years after the Vietnam War. *JAMA Psychiatry*. 72(9), 875–881. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0803>
18. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 68(5), 748–766.
19. Mollica, R. F., McDonald, L. S., Massagli, M., & Silove, D. (2004). Measuring trauma, measuring torture: Instruction and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Version of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Harvard trauma Questionnaire (HTQ) [Report]. Harvard Program in Refugee Trauma. 1, 42 p.
20. Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kessler, J., et al. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611–621.
21. World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization. 377 p. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>
22. Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). Treating the trauma of rape Cognitive-behavioral therapy for PTSD. Guilford Press. 286 p.
23. Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing and the anxiety disorder's Clinical and research implications in an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1), 35–67.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2025

Статтю прийнято до публікації 08.11.2025

Статтю опубліковано 29.12.2025