

МОДЕЛЬ ЦЕНТРУ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я для постраждалих від війни

На основі досвіду ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України»



Створення посібника стало можливим завдяки підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) в межах проекту «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», який впроваджує організація Пакт. Зміст посібника є відповідальністю ГО Ресурсного Центру «Лісова поляна» і не обов'язково відображає точку зору USAID або уряду США.



ПРОЕКТ USAID «РОЗБУДОВА СТІЙКОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»



Автори:

Ксенія Возніцина, Директорка ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України»

Тетяна Сіренко, Заступниця директора з психологічного напрямку ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України»

Марина Грудій - консультантка з вивчення міжнародного досвіду

Редагування: **Давидко Ірина**

Дизайн: **Ліліана Терлецька**

В основі посібника покладено досвід ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України, який є партнером Всеукраїнської програми ментального здоров'я, що створена та впроваджується за ініціативи Першої Леді Олени Зеленської.

Для того, аби всі українці протягом усього життя мали можливість отримувати доступні та зрозумілі послуги з психосоціальної допомоги, за ініціативи першої леді Олени Зеленської створена та впроваджується Всеукраїнська програма ментального здоров'я. Вона передбачає багатозарову трансформацію системи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки через низку компонентів, зокрема:

- формування відповідної державної політики;
- міжнародну співпрацю та налагодження взаємодії з партнерами, неурядовим сектором;
- навчання фахівців першої лінії контакту, донавчання та тренінги для фахівців зі сфери психічного здоров'я;
- створення системи професійних стандартів; пілотування, втілення проєктів та створення окремих продуктів;
- всеукраїнську комунікаційну кампанію, спрямовану на формування культури піклування про ментальне здоров'я, антистигму.

Всеукраїнська програма ментального здоров'я має на меті розбудувати систему надання послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки одночасно у різних секторах - освіта, соціальна сфера, охорона здоров'я, сектор безпеки та оборони - на національному та регіональному рівнях. Допомогти насамперед дітям та їхнім батькам, ветеранам війни та їхнім родинам, людям з інвалідністю, людям старшого віку, тим, хто пережив окупацію, втратив близьких, став переселенцем, пережив полон і тортури.



Зміст

Скорочення	9	III.4.5. Дизайн приміщень, архітектурне оформлення	48
Передмова	10	III.5. Медицина на основі доказів (evidence-informed)	52
Вступ	12	III.6. Безперервний континуум допомоги під час відновлення психічного здоров'я	54
I. Цінності			
1. Плекати гідність бути українцем	18	IV. Організаційні вимоги	
2. Терапевтичну атмосферу створюють люди	19	IV.1. Цільові групи Центру	58
3. Професіоналізм: постійне вдосконалення та навчання	20	IV.2. Умови надання послуг: стаціонар та консультативно-амбулаторна допомога	59
4. Формування культури відповідальності за власне здоров'я	21	IV.3. Підстави надання стаціонарних послуг у Центрі	62
II. Невидимі поранення — український контекст (психотравма, лЧМТ, полон)			
II.1. Пролонгований вплив важких травмівних для психіки факторів, їх мультимодальність та особливості психопатологічного впливу при військових діях	24	IV.4 Організаційна структура	
II.2. Посттравматичний стресовий розлад	27	IV.4.1. Матрична структура Центру	70
II.3. Легка черепно-мозкова травма (лЧМТ)	29	IV.4.2. Мультидисциплінарний підхід	73
II.4. Наслідки полону, катівань, сексуального насильства	31	IV.4.3. Уніфіковане відділення	76
III. Принципи роботи Центру відновлення психічного здоров'я			
III.1. Віра у посттравматичне зростання	36	IV.4.4. Відділення психічного здоров'я	78
III.2. Дотримання етичних стандартів та прав людини	38	IV.4.5. Відділення фізичної реабілітації та інтегративної медицини	83
III.3. Біопсихосоціальний підхід у роботі Центру	39	IV.5. Напрямок фізичної реабілітації та ерготерапії	85
III.4. Терапевтичне середовище на основі моделі BASICPh	41	IV.5.1. Напрямок інтегративної медицини	89
III.4.1. Терапевтична атмосфера	44	IV.5.2. Напрямок рекреаційної терапії	90
III.4.2. Людиноорієнтований підхід	44	V. Психо-терапевтичні підходи та стандарти	
III.4.3. Ефективна організація процесів лікування	46	V.1. Рекомендовані стандарти, настанови, протоколи при психологічній реабілітації	94
III.4.4. Організація навігації та каналів комунікації	47	V.2. Психотерапевтичні підходи	96
		V.2.1. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ)	96
		V.2.2. Когнітивно-процесуальна терапія	97
		V.2.3. Пролонгована експозиція	98

V.2.4. Метод десенсибілізації та опрацювання травми рухом очей EMDR	99
V.2.5. Наративно-експозиційна терапія (НЕТ)	100
V.2.6. Інтерперсональна терапія (ІПТ)	101
V.2.7. Тілесно-орієнтована терапія	102
V.3. Допоміжні техніки психологічної роботи	103
V.4. Форми роботи	105

VI. Маршрут пацієнта

Прийом пацієнта	110
Перший контакт із лікарем-куратором	110
Первинний психологічний скринінг	111
Розробка індивідуального маршруту пацієнта лікарем-куратором у співпраці з фахівцем відділення психічного здоров'я	112
Виконання та моніторинг плану лікування	113
Закінчення лікування	113
Направлення на послуги в громадах	114

VII. Робота з персоналом

VIII. Вимоги до персоналу

IX. Контроль якості надання послуг

ДОДАТОК 1	
Оцінка потреб та ресурсів пацієнта	132
Оцінка потреб та ресурсів пацієнта. Ключ.	133
Моніторинг прогресу клієнта	135

ДОДАТОК 2	
Анкета суїцидальних нахилів	136

ДОДАТОК 3	
План безпеки для попередження суїцидів	140

ДОДАТОК 4	
Первинний психологічний скринінг	142

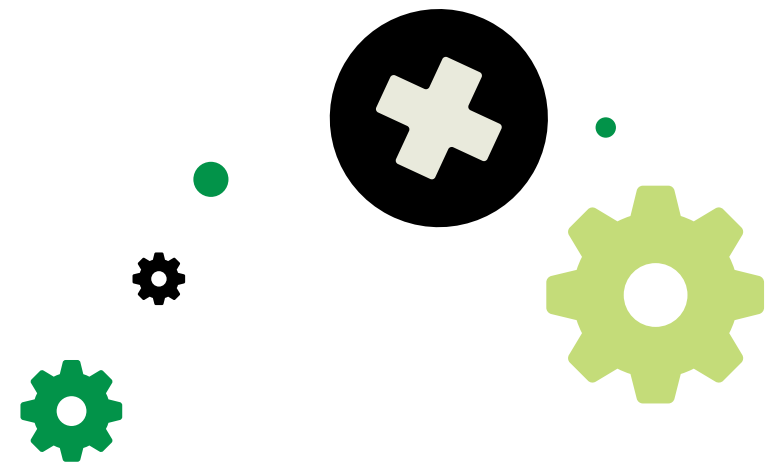
ДОДАТОК 5	
Опитувальник нейроповедінкових симптомів	145
Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5	146

ДОДАТОК 6	
Картка психологічного супроводу	148

ДОДАТОК 7	
Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS	152

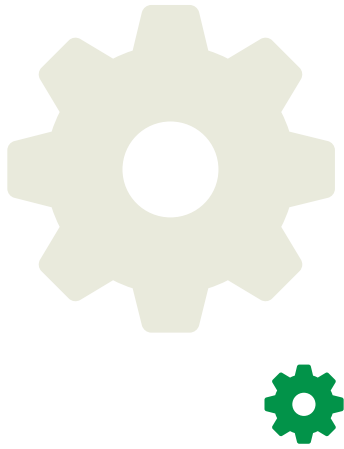
ДОДАТОК 8	
Диференційно-діагностичні критерії психічних розладів психогенного походження	154

Перелік літератури	162
--------------------	-----



Скорочення

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІПТ	Інтер-персональна терапія
лЧМТ	Легка черепно-мозкова травма
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КТП	Клінічна триада політравми
НЕТ	Наративна експозиційна терапія
ПТЗ	Посттравматичне зростання
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ТФ-КПТ	Травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія
Центр	Центр відновлення психічного здоров'я
EMDR	Метод десенсибілізації та опрацювання травми рухом очей



Передмова

Літо 2014 року... Початок українсько-російської війни... Для авторів Моделі Центру відновлення психічного здоров'я робота з невидимими наслідками війни почалася саме того далекого літа 2014 року, коли вперше в Україні створилася тісна колаборація лікарів і психологів у невеликому відділенні клініки професійних захворювань, щоб працювати з тоді ще зовсім невідомими травмами. Але велика вдячність і повага до людей, які нас захищають, сприяла саморозвитку, навчанню, розумінню того, що необхідно додати, які програми започаткувати. І це дало змогу відкрити у 2019 році перший в Україні Центр відновлення психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» на базі Міністерства охорони здоров'я України.

Центр продовжив удосконалення майстерності в царині лікування травмарелевантних розладів, акумулював кращі світові практики з імплементацією на український контекст війни, об'єднав фахівців, на базі тренінгової платформи провів велику кількість навчань для можливості ділитись досвідом. І сьогодні, під час широкомасштабного вторгнення, робота Центру «Лісова Поляна» показала свою актуальність, високу ефективність та безумовну необхідність. Команді вдалось вибудувати роботу таким чином, що пацієнти мають великий кредит довіри до фахівців, заклад здобув авторитет у ветеранів. На сьогодні Центр «Лісова Поляна» отримав неформальну назву «державний заклад з людським обличчям».

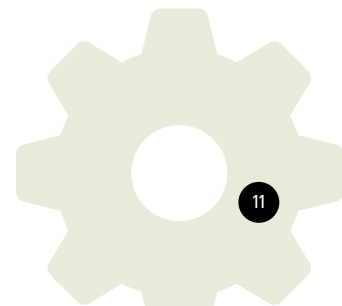
В основу описаної в цьому посібнику Моделі Центру покладено щоденний дев'ятирічний досвід роботи команди Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» з невидимими пораненнями, до якого додалась експертиза роботи з людьми, що пережили полон та катування, а також подолання наслідків легкої черепно-мозкової травми – «автографа війни». Ми ні на мить не зупиняємось в удосконаленні нашої роботи, постійно шукаємо додаткові методи та практики впливу на здоров'я людей, які зазнали травм війни. Наш багаторічний досвід навчив нас «чути» пацієнта значно глибше, визначати його часом не озвучені потреби та будувати роботу так, щоб допомогти людині відновити віру у власні сили. У Моделі ми ділимося не лише професійними питаннями, а й унікальним досвідом української професійної спільноти.

Всі війни закінчуються. Захисники та захисниці, які мужньо боронять Україну, повернуться додому. Поруч із ними житимуть родини тих, хто вже ніколи не повернеться, поруч із ними перебуватиме багато цивільного населення, яке пережило нелюдські страждання та ракетні обстріли, поруч із ними будуть медики та рятувальні служби, які понад межу можливостей надавали необхідну допомогу. Багато хто з цих людей потребуватиме професійної допомоги, яка має бути доступною, ефективною та людяною. Для захисників та постраждалих від війни надзвичайно важливо отримувати таку допомогу й підтримку саме від держави. Адже війна — це те, що стається на рівні держав. Відповідальністю держави, а за великим рахунком кожного з нас є забезпечення ефективної допомоги та підтримки під час відновлення після травми.

Сподіваємося, що опис Моделі Центру, його основні принципи, цінності, організаційні та методичні засади дадуть можливість усім зацікавленим особам імплементувати необхідні рекомендації для якісної допомоги, якої гідні наші захисники та захисниці.

Ксенія Возніцина,

Директорка ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації “Лісова поляна” МОЗ України».



Вступ

Війна не за територію, не за ресурси. Війна за ідентичність. Якщо ми не будемо створювати власну ідентичність, власний культурний продукт з виразним українським наповненням, ми завжди будемо вторинними.

Юрій Руф (Дадак) був незмінним ведучим фестивалю «Холодний Яр» і власником бренду одягу «Гwear». 2015 року заснував ГО «Літературно-просвітницький проєкт «Дух нації». Із 14 років складав вірші, є автором низки поетичних збірок. У перший день повномасштабного вторгнення вступив до лав 24-ї окремої механізованої бригади ЗСУ. Загинув 2 квітня 2023 року на Луганському напрямку.

Україна в сьогоднішній війні не лише бореться за власну свободу, а й відстоює фундаментальні принципи та цінності всього демократичного світу. Нас підтримує світова демократична спільнота. Проте найбільшу ціну в боротьбі з жорстоким та безпринципним ворогом за права людини та свободу від терору сплачує саме Україна.

За оцінками Київської школи економіки, за перший рік війни економічні втрати України досягли \$137,8 мільярда¹. Організація Об'єднаних Націй підтвердила 8 006 смертей цивільних, серед яких 487 дітей. ООН наголошує, що реальні людські втрати значно вищі. Але ООН не має доступу до окупованих територій, щоб оцінити кількість загиблих². Розслідування Associated Press виявило, що лише в окупованому Маріуполі у результаті бойових дій загинули близько 75 тисяч людей³. Втрати серед військових, що воюють на боці України, не розголошуються.

Ворог не обирає методів, порушує всі відомі до цього правила та канони ведення війни. Світ жахнувся не тільки від нових масштабних руйнувань, а й від тотального геноциду у проявах, яких раніше ніхто навіть не уявляв. За перший рік війни ООН задокументувала 621 випадок свавільного затримання цивільних російськими збройними силами та опитало 127 після їхнього звільнення. Із них 90% повідомили, що з них знущалися та катували під час ув'язнення, були випадки сексуального насильства. П'ятеро з опитаних — діти віком 14 та 17 років, які також зазнали катувань⁴. Десятки тисяч цивільних та військових зазнали тяжких поранень. Іноземні лікарі-волонтери, які працювали в Україні, описували жахливі поранення і травми «часів Першої світової війни», які були гіршими за те, що вони бачили в Іраку⁵. Прокуратура

ра розслідувала 171 випадок сексуального насильства над українцями з боку російської армії. Серед постраждалих — 39 чоловіків та 13 дітей. За словами Першої леді України Олени Зеленської, велика кількість та відкритий характер згвалтувань свідчить про те, що це цілеспрямована політика російської армії, яку використовують як психологічну та фізичну зброю проти українців⁶. Організація Human Rights Watch також задокументувала злочини війни з боку російських військових проти цивільного населення в Україні, зокрема випадки неодноразових згвалтувань, свавільні страти, насильство та погрози насильства, мародерство⁷. Цілеспрямовані знищення шпиталів та медичної інфраструктури також класифікуються як воєнні злочини, за які має понести відповідальність Російська Федерація⁸. Сім країн визнали війну Російської Федерації проти України геноцидом⁹.

Травмівні події сьогодення стосуються не тільки військовослужбовців, а й великої кількості цивільного населення. Згідно з даними ВООЗ, 20% населення, яке упродовж останніх десяти років проживає в постраждалих від воєнних конфліктів районах, має психічні розлади від легкої депресії й тривожності до психозу. Майже кожна десята особа має психічний розлад помірною або тяжкого ступеня¹⁰. На основі цих даних Міністерство охорони здоров'я України прогнозує, що 3,5 млн осіб у нашій державі матимуть певний розлад психічного здоров'я, а близько восьмисот тисяч — психічний розлад помірною або тяжкого ступеня¹¹.

Влітку та восени 2022 року були опубліковані результати перших досліджень, які підтверджують масштабність проблеми психічного здоров'я в Україні, а також указують на потребу в розвитку послуг психічного здоров'я та підтримки населення, що постраждало від війни. Сімдесят один відсоток учасників дослідження соціологічної компанії Gradus¹², яке провели влітку 2022 року, відчували останнім часом стрес або сильну знервованість. Найчастіше серед причин стресу називали війну (72%), на другому місці були фінансові складнощі (44%). На перших місцях серед аспектів війни, які викликали стрес, була безпека близьких, втрата джерела доходу, розлука з рідними, ризик втратити майно, померти під час бойових дій чи отримати поранення та ін.

Сорок відсотків учасників всеукраїнського дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни зазнали загрози власному життю та/або були безпосередніми свідками таких загроз у зв'язку з перебуванням у зоні бойових дій та/або під обстрілами. Понад 41% мали родичів або близьких, які перебували чи перебувають у зоні бойових дій, у тому числі 16% втратили когось із близьких. Шість відсотків респондентів перебували в окупації, зазнали безпосередньої загрози насильства або були свідками таких загроз. Кожен двадцятий опитуваний (5%) зазнав гіперкумулятивної травматизації — тобто пережив або став свідком усіх зазначених типів травмівних подій (обстріли,

загроза життю близьких, окупація або полон). Лише 9% опитаних заявили, що у жодний спосіб не стикалися з жодною травмівною подією за період повномасштабної війни. Це дослідження провели Благодійний фонд адаптації до мирного життя «Майнді» та компанія «Kantar Україна» спільно з Інститутом соціальної та політичної психології НАПН. Його результати були оприлюднені у вересні 2023 року¹³.

З огляду на ситуацію в країні, зараз як ніколи стають актуальними розбудова якісних послуг та створення широких можливостей для відновлення людей, які зазнали впливу психотравмівних подій. Також набувають особливого значення такі додаткові аспекти травматичного досвіду як пережитий полон і тортури, а також дія вибухової хвилі на мозок. Кількість осіб, що мають такі наслідки безпринципного ведення війни, зросла в рази, і все більше фахівців різних сфер будуть мати професійну та особисту зацікавленість у тому, щоб надавати допомогу, яка потребує певних знань, навичок і досвіду.

Згідно з рекомендаціями дослідження БФ «Майнді» та партнерів, протидія загрозам психічному здоров'ю та благополуччю населення, подолання їхніх деструктивних наслідків вимагає організації національної системи заходів для збереження та відновлення психологічного здоров'я громадян, чільними складовими якої мають стати:

- створення мережі центрів (ресурсів, платформ, «гарячих ліній») психологічної допомоги населенню, у тому числі на безоплатній основі;
- реалізація широкомасштабної просвітницької кампанії в ЗМІ, спрямованої на популяризацію культури турботи про психічне здоров'я і дестигматизацію людей, які потребують психологічної допомоги;
- розробка єдиних стандартів інформаційного висвітлення подій війни з метою уникнення вторинної травматизації аудиторії через медіа і неухильного дотримання медіаспільнотою цих стандартів протягом дії воєнного стану.

Плануючи розвиток послуг психічного здоров'я, особливу увагу необхідно приділяти групам населення, які найбільше постраждали від війни та мають підвищений ризик розвитку розладів: ветеранам, цивільним та військовим особам, які пережили полон і тортури, та членам їхніх родин, людям із деокупованих територій, внутрішньо переміщеним особам тощо.

Необхідність допомоги вимагає швидких та ефективних рішень і дій. Саме тому ми пропонуємо опис Моделі Центру для зацікавлених осіб, організацій, які мають на меті створювати реабілітаційні центри, відділення або реорганізовувати заклади, що вже існують, аби допомогти їм уникнути помилок у новій справі та зайвої втрати часу.

Розуміння основних принципів та проявів травматичного досвіду, якісна й ефективна допомога зможуть перетворити пережиту надзвичайно важку кризу на якісні зміни — розуміння і визнання своєї сили, мужності, посиленої здатності проживати глибокі почуття, глибокого розуміння себе, усвідомлення життєвих цінностей, що дасть змогу відчувати повноту життя через посттравматичне зростання.

I. Цінності

Ми боремося не тому, що ненавидимо тих, хто перед нами, а тому, що любимо тих, хто у нас за спиною (Роман Шухевич)

Цінності у кожного закладу можуть бути унікальні, проте враховуючи глобальність впливу війни на все українське суспільство ми пропонуємо спиратися на такі цінності в роботі Центру.



1. Плекати гідність бути українцем

Починаючи з 1991 року, Україна боролася за розбудову самобутньої національної ідентичності проти спадщини російського та радянського імперського впливу. Процеси культурної деколонізації після здобуття країною незалежності посилювалися після Революції гідності 2014 року. Подальша війна з росією, яка загострилася в 2022 році, ще більше прискорила ці процеси¹⁴.

Важливо пам'ятати, що українці не підтримували об'єднання з росією чи окупацію нею до повномасштабного вторгнення¹⁵. Наприклад, дослідження змін до та після Революції гідності показало, що між 2012 та 2015 роками частка людей, які називали своєю батьківщиною Україну (а не росію чи СРСР), зросла з 80% до 91%. Цей показник збільшився, незважаючи на те, що відсоток учасників опитування, які спілкувалися вдома російською, лишився таким самим — близько 30%, та 20% учасників говорили двома мовами. Дослідження також показало значне зменшення підтримки митного союзу з росією серед обох етнічних та мовних груп в Україні. Більшість українців не підтримували зміцнення зв'язків з росією після нападу на Донбас 2014 року¹⁶.

«Я була свідком того, як війна змінює структуру національної ідентичності країни, коли подорожувала Україною та брала інтерв'ю у місцевих активістів громадянського суспільства. Незважаючи на постійні труднощі, українці готові продовжувати боротьбу. Ідентичність відіграє значну роль у їхній мотивації. Вони вважають, що з початком повномасштабного вторгнення в лютому 2022 року Україна стала не лише центром геополітичного конфлікту, а й місцем, де відбувається боротьба за такі загальнолюдські цінності, як демократія, права людини та верховенство права. Звірства в Бучі та Ірпені, постійні атаки на цивільне населення та задокументовані воєнні злочини на щойно звільнених територіях внесли у війну гострий елемент національної ідентичності. «Українці борються за виживання як нація», — таку думку висловлює українська дослідниця Марія Левченко¹⁷.

Наша культура, переконання, цінності, етнічна або расова приналежність та мова впливають на те, як ми сприймаємо й переживаємо проблеми психічного здоров'я. Культура може впливати на те, які методи лікування, копінгові механізми та підтримка будуть ефективними для людини. Тому дуже важливо брати до уваги культуру та ідентичність, коли йдеться про психічне здоров'я та послуги в цій сфері. Щоб терапевтичні стосунки були ефективними, людина має почуватися комфортно й відчувати розуміння з боку фахівця психічного здоров'я. Послуги психічного здоров'я мають бути пристосовані до особистості — до її ідентичності, культури та життє-

вого досвіду¹⁸. Коли надавачі послуг психічного здоров'я розуміють роль, яку культурні контексти відіграють у діагностиці, та враховують культурні потреби в терапії, це значно покращує результати¹⁹.

Ми всі знаємо, яку ціну доводиться платити, щоб відстояти своє право на незалежність та свободу і гідність, уже не перше сторіччя. Ця боротьба не обмежується діями на фронті. Ми як нація мусимо позбутися комплексу національної меншовартості й плекати гідність бути українцем. Без усвідомлення національної ідентичності не може бути самоцінності, як і не може бути повноцінного психологічного благополуччя без відчуття власної цінності. Центр відновлення психічного здоров'я повинен бути місцем, де крізь усі види діяльності, комунікації, прав людини, якості послуг червоною ниткою проходить формування та підтримка національної приналежності й почуття гідності бути українцем.

У Центрі необхідно створити умови й атмосферу, які допоможуть людям усвідомити, що вони гідні та можуть отримувати в Україні якісні послуги, які інтегрують кращі світові практики з нашим унікальним досвідом і напрацюваннями.

2. Терапевтичну атмосферу створюють люди

Створення терапевтичної атмосфери допомагає підтримувати прогрес у досягненні цілей лікування, особистісному зростанні та позитивних змінах для людей, які звертаються по послуги²⁰. Ядром якісної та ефективної роботи Центру відновлення психічного здоров'я є люди, а не обладнання. Саме тому важливо приділяти значну увагу командотворенню, залученості персоналу до більш глобальних ідей та цінностей закладу, а також створювати умови, що формують відчуття безпеки та комфорту на робочу місці, турботи про психічне здоров'я, самопочуття та профілактику вигорання фахівців. У сукупності такі заходи дають фахівцям відчуття залученості та важливості, здатність до більш емпатійної поведінки і створюють стимул до творчості та втілення неформальних, прогресивних підходів.

Створіть умови для творчості, плекайте резильєнтність та взаємопідтримку в команді, і ви отримаєте значно більше, ніж вклали.

3.

Професіоналізм: постійне вдосконалення та навчання

Необхідно враховувати, що ми живемо в час коли, постійно розвивається наука. Саме тому важливо повсякчас учитись новому, переймати кращий досвід і слідувати за досягненнями української та світової фахової спільноти.

Безперервна освіта має важливе значення для фахівців у сфері психічного здоров'я, щоб бути в курсі останніх досліджень, методів лікування та найкращих практик у цій галузі. Цього вимагає складна природа та специфіка лікування розладів психічного здоров'я. «У той час як фізичні рани найчастіше видимі, розпізнавані та піддаються лікуванню, пост-травматичний стресовий розлад (ПТСР) є, так би мовити, невидимим. І лікування виглядає більш багатогранним через складну взаємодію кількох біопсихосоціальних факторів²¹».

Надавачі послуг повинні продовжувати навчатися та розвиватися, щоб надавати найкращий догляд своїм пацієнтам протягом усієї своєї кар'єри²².

4.

Формування культури відповідальності за власне здоров'я

Лікування ПТСР та інших розладів психічного здоров'я може допомогти пацієнтам повернути відчуття контролю над їхнім життям.

Міжнародні та українські протоколи однозначно визначають психотерапію як терапію першої лінії цього розладу. У частині випадків необхідно комбінувати психотерапію з медикаментами та застосовувати допоміжні методи для навчання пацієнта навичок саморегуляції, менеджменту симптомів. Також необхідно присвятити увагу виявленню та лікуванню інших проблем, пов'язаних із травмивними досвідами — таких як депресія, тривожність, зловживання психоактивними речовинами²³.

На сьогоднішній день в Україні недостатньо просвітніх програм щодо можливостей організму до самовідновлення за рахунок певних навичок та інструментів і не розвинена культура відповідального ставлення до свого здоров'я. Центри відновлення психічного здоров'я мають стати осередками підвищення культури відповідальності за власне здоров'я.

Щоб заохотити пацієнта до активної участі в лікуванні та реабілітації, а також посилити його відповідальність за власне здоров'я, Центр відновлення психічного здоров'я може запровадити «Права та обов'язки пацієнтів», залучати пацієнта до створення плану лікування, сприяти його активній участі у виконанні цього плану, вчити навичок самопомоги та керування симптомами.

II. Невидимі поранення — український контекст (психотравма, ЛЧМТ, полон)

Світ, бачся широкий, та нема де притулитись (Т.Шевченко)

Феноменологія змін у сфері психіки в умовах конвенційних війн вивчена на моделях локальних конфліктів, але гібридна за своїм характером війна в Україні на сьогоднішній день не має аналогів у такому масштабі.



Пролонгований вплив важких травмівних для психіки факторів, їх мультимодальність та особливості психопатологічного впливу при військових діях

Центр профілактики та контролю захворювань США називає травмівними подію або низку подій, що викликають сильний стрес. Травмівні події пов'язані з серйозною травмою, загрозою серйозної травми або смерті й відзначаються відчуттям жаху та безпорадності. Травмівні події впливають на тих, хто вижив, рятувальників, друзів та родичів постраждалих. Вони також можуть мати вплив на людей, які були безпосередніми свідками або бачили їх у телесюжетах²⁴.

Український контекст війни формує мультимодальність травми. Додаткових травмівних аспектів, зокрема, додають такі фактори:

Гібридність війни. Зперше феномен «гібридної війни» описав відомий теоретик у галузі збройних конфліктів та воєнно-політичної стратегії Френк Гоффман, визначивши її як таку, що включає низку різних способів ведення війни — у тому числі звичайні засоби, нерегулярні тактики та формування, терористичні акти, тотальне насильство й терор, злочинні заворушення. Ці різноманітні дії можуть застосовуватися одним і тим самим агентом²⁵. За Ф. Хоффманом, у гібридних війнах можуть використовуватися децентралізоване планування та виконання, участь недержавних акторів із використанням одночасно протистих і складних технологій. Доволі показовими, з погляду застосування стратегії «гібридної війни», були дії російської федерації на Сході України²⁶ з 2014 року, а також дії від початку повномасштабного вторгнення²⁷.

Велика кількість цивільних громадян в армії, тривале перебування на фронті без ротаций. Через раптовий напад російської федерації багато військових не отримали належної підготовки, що підвищує ризики розвитку психічних розладів. Незалежно від того, легкий чи важкий, ПТСР може мати руйнівний вплив на військових та їхні родини. Інший виклик полягає в тому, що після закінчення війни ветерани повертатимуться до зруйнованої країни, у якій може не вистачати ресурсів для підтримки психічного здоров'я²⁸. Дослідження серед ветеранів США показали, що, окрім проблем із психічним здоров'ям, багато ветеранів мають труднощі з поверненням до цивільного життя, що може призвести до соціальної ізоляції та відчуття втрати сенсу в житті²⁹.

Тривога за близьких, які також у небезпеці. Впливу травмівних для психіки факторів в Україні зазнають не тільки учасники бойових дій, а й широкий загал цивільного населення. Людям із зон боїв довелося тікати або стати свідками смерті та руйнувань у масових масштабах. Багато з них бачили або й пережили військові злочини, включно з сексуальним насильством. Мільйони втратили свої домівки та майно, а тисячі оплакують своїх близьких³⁰. Військове життя призводить до невизначеності та порушень у рутині, через що члени сім'ї можуть відчувати високу тривогу, депресію, ПТСР, довгострокові проблеми з психічним здоров'ям та самопочуттям³¹. Військова служба батьків є фактором ризику для психічного здоров'я дітей³².

Робота військових на деокупованих територіях, де вони бачать велику кількість загиблих та є свідками злочинів. Військові, які звільняли окуповані території, були першими свідками злочинів, скоєних російською федерацією проти жителів окупованих територій. Про те, що росія скоїла численні порушення міжнародного права під час повномасштабного вторгнення, йдеться у звіті Незалежної міжнародної комісії з розслідування порушень в Україні, який був оприлюднений у березні 2023 року. Члени Комісії відвідали 56 населених пунктів та опитали 348 жінок і 247 чоловіків, оглянули місця руйнувань, захопленень, місця ув'язнення і катувань, а також залишки зброї, та ознайомилися з великою кількістю документів і звітів. Задokumentовані порушення включають умисні вбивства, напади на цивільних осіб, незаконне позбавлення волі, тортури, згвалтування, примусове переміщення та депортацію дітей. Багато з них прирівнюються до воєнних злочинів. Комісія дійшла висновку, що російські збройні сили здійснювали напади із застосуванням вибухової зброї у населених пунктах, явно нехтуючи шкодою та стражданнями, завданими цивільному населенню. Серійні атаки російських збройних сил на енергетичну інфраструктуру України та застосування тортур російською владою можуть бути прирівняні до злочинів проти людяності. Комісія рекомендує розслідувати всі порушення і злочини та притягнути винних до відповідальності як на національному, так і на міжнародному рівні — що передбачає як притягнення до кримінальної відповідальності, так і здійснення права жертв на встановлення істини, репарації та неповторення³³. Прокурори зафіксували в Україні вже 71 147 воєнних злочинів, скоєних російською федерацією³⁴.

Приєднання органічної складової. Під час війни цивільні та військові піддаються підвищеному ризику черепно-мозковій травмі — передусім у результаті вибухів під час бою або в результаті нападу, падіння, аварій з автотранспортом, ураження об'єктами чи уламками від вибухів. Війна також збільшує ризики так званих «нетравматичних травм» головного мозку — зокрема внаслідок ураження електричним струмом, токсичного впливу. Ці проблеми можуть посилюватися через відсутність можливості отримати негайну та реабілітаційну допомогу, яка є критично важливою для покращення результатів черепно-мозкової травми, через перепопнені чи зруйновані лікарні³⁵.

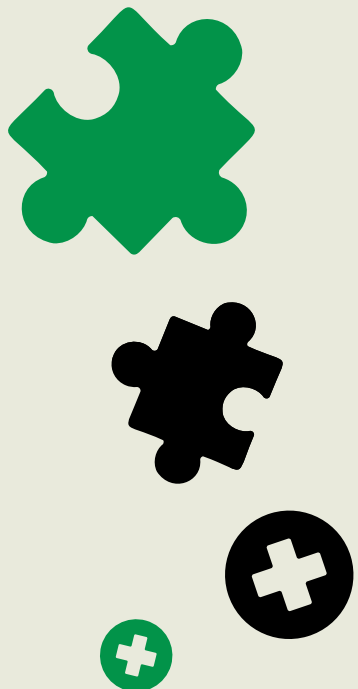
Особливості психопатологічних розладів в екстремальних умовах. Вони мають багато спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються в зви-

чайних умовах. Однак є і суттєві відмінності. По-перше, внаслідок чисельності раптових психотравмивних чинників психічні розлади одночасно виникають у великій кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не має строго індивідуального, як при звичайних психотравмивних обставинах, характеру і зводиться до невеликого числа досить типових проявів.

В умовах катастроф і стихійних лих нервово-психічні порушення проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Їхня тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, а й опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції в екстремальних ситуаціях не мають якогось специфічного характеру, це здебільшого універсальні реакції на небезпеку, а їх частота і глибина визначаються раптовістю й інтенсивністю екстремальної ситуації.

Визначальне значення для виникнення реактивного стану мають характер і сила психічної травми, з одного боку, і конституціональні особливості та преморбідні стани — з другого. Реактивні стани легше виникають у психопатичних особистостей, а також в осіб із скомпрометованим анамнезом.



II.2.

Посттравматичний стресовий розлад

Психотравма охоплює різноманітний спектр психологічних явищ, які коливаються від яскраво виражених, патологічних форм до зовні малопомітних, прихованих, пролонгованих, нібито «відставлених» у часі реакцій. Емоційні реакції на травмивну подію можуть бути різними — почуття страху, горя, депресії. До фізичних та поведінкових реакцій належать нудота, запаморочення, зміни апетиту та сну, а також відмова від повсякденної діяльності. Реакція на травму може тривати від кількох тижнів до місяців, перш ніж людина знову почне почуватися нормально. Якщо проблеми погіршуються або тривають більше місяця після події, людина може страждати від посттравматичного стресового розладу (ПТСР)³⁶.

Центр профілактики та контролю захворювань США дає таке визначення посттравматичного стресового розладу: ПТСР — це інтенсивна фізична та емоційна реакція на думки та нагадування про подію, які тривають протягом багатьох тижнів або місяців після травматичної події.

Виділяють наступні типи симптомів посттравматичного стресового розладу³⁷:

- **Симптоми повторного проживання** включають спогади, кошмари, екстремальні емоційні та фізичні реакції на нагадування про подію. Емоційні реакції можуть містити в собі почуття провини, надзвичайний страх заповідання шкоди та притуплення емоцій. Фізичні реакції виявляються у неконтрольованому тремтінні, ознобі або прискореному серцебитті та головному болю від напруги
- **Симптоми уникання** — це утримання від діяльності, місць, думок або почуттів, пов'язаних із травмою, або відчуття відчуженості чи ізольованості від інших.
- **Симптоми підвищеного збудження та реактивності** можуть проявлятися як надмірна пильність або полохливість, проблеми зі сном, дратівливість або спалахи гніву та відсутність концентрації.
- **Когнітивні симптоми та вплив на настрій** — це проблеми із запам'ятовуванням ключових характеристик травмивної події, негативні думки про себе чи світ, відчуття провини, втрата інтересу до занять, що приносили задоволення.

До 80% людей із ПТСР мають інші пов'язані з ним проблеми, такі як тривожність, напади паніки, депресію, суїцидальні думки або спроби суїциду, зловживання психоактивними речовинами, відчуття відчуженості та ізоляції й нездатність виконувати щоденні завдання³⁸.

Цілком природно мати деякі з цих симптомів протягом кількох тижнів після травмивної події. Якщо ж симптоми тривають більше місяця, серйозно впливають на здатність людини функціонувати й не спричинені вживанням психоактивних речовин, медичним захворюванням або іншими факторами, крім самої події, це може бути ознакою посттравматичного стресового розладу.

На початку жовтня 2022 року, були опубліковані результати дослідження серед цивільних осіб, 25,9% учасників якого ймовірно мали ПТСР³⁹. За результатами дослідження «Як блокада Маріуполя вплинула на людей», ПТСР мали до 60% жителів Маріуполя, які перебували у заблокованому окупантами місті, а потім евакуювалися⁴⁰.

За даними МОЗ, від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми виявляють у 60-80% військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. Симптоми ПТСР розвиваються приблизно у 12-20% військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва, загрозу військовій кар'єрі. Тривалість перебування в зоні бойових дій пов'язана з більшим ризиком розвитку ПТСР⁴¹.

На тлі безпосередньо воєнних подій (психотравма та масивне застосування високоенергетичної зброї) має місце «інформаційна війна», «кібервійна», що додає травматичного впливу на учасників.

Широкі масштаби та гібридний характер війни, небачена жорстокість воєни в сукупності з іншими факторами можуть призвести до того, що індивідуальна психічна травма поступово трансформується в колективну психічну, соціально-культурну травму. Розуміння контексту, та описаних вище аспектів вимагає застосовувати комплексний нетривіальний підхід до подолання наслідків травми війни.

II.3.

Легка черепно-мозкова травма (ЛЧМТ)

Крім травматичного впливу війни як такої (вітальна загроза), ми зіткнулися з масивним застосуванням новітніх видів зброї, яка впливає як на весь організм загалом, так і на центральну нервову систему зокрема, і це також не має повних аналогів серед інших війн. Пошкодження мозку від дії вибухової хвилі є найпоширенішою проблемою серед усіх війн останнього століття, недарма таке ураження набуло метафоричної назви «автограф війни»⁴².

Сьогодні, в умовах війни з росією, це явище набуває безпрецедентного характеру: велика кількість військовослужбовців, а часом і цивільних осіб, які зазнали дії вибухової хвилі на мозок, заслуговують на додаткову увагу до цієї проблеми як фахової спільноти, так і суспільства загалом⁴³.

Легка черепно-мозкова травма (ЛЧМТ) — це травматично викликане структурне ушкодження або фізіологічне порушення функції мозку внаслідок впливу зовнішньої сили, про що свідчить початок або погіршення принаймні однієї з таких клінічних ознак безпосередньо після події:

- будь-яка зміна психічного стану (наприклад сплутаність свідомості, дезорієнтація, сповільнене мислення тощо);
- будь-яка втрата пам'яті щодо подій безпосередньо перед або після травми;
- будь-який період втрати або зниження рівня свідомості, який спостерігався або про який повідомив пацієнт.

До зовнішніх сил належать: удар по голові об'єктом, удар голови об об'єкт, дії сил руху прискорення/уповільнення без прямої зовнішньої травми голови або дії сил, що виникають внаслідок вибуху, зокрема дія вибухової хвилі, а також проникаючі поранення⁴⁴.

Під час війни складно назвати точну цифру людей, які зазнавали ЛЧМТ, зокрема через те, що ця травма великою мірою стосується ураження нервової системи, яке не завжди одразу діагностують. Струси головного мозку (в ан-

гломовній літературі струс головного мозку має еквівалент — легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) — mild traumatic brain injury (mTBI)) залишаються серйозним джерелом травм для збройних сил у всьому світі.

Більшість черепно-мозкових травм (ЧМТ) у військовослужбовців виникає внаслідок впливу вибуху: вибухова черепно-мозкова травма серед військових становить приблизно 60% ЧМТ, з яких 80% припадає на лЧМТ⁴⁵.

В Україні спостерігається зростання черепно-мозкових травм та ПТСР після початку повномасштабного вторгнення російської федерації в лютому 2022 року. Поранення отримали військові та волонтери, які взяли в руки зброю під час війни, а також мирне населення, що постраждало від російського наступу.

Черепно-мозкові травми можуть мати ряд віддалених наслідків залежно від різних факторів^{46, 47}. Накопичуються дані про те, що у певній кількості людей після легкої нейротравми розвиваються стійкі когнітивні та поведінкові зміни, зберігаються функціональні порушення протягом значного часу⁴⁸. Додатковим важливим компонентом розвитку тривалих наслідків лЧМТ є її повторні епізоди⁴⁹. Дослідження показали, що повторні лЧМТ можуть мати кумулятивні та довготривалі наслідки⁵⁰.

Це може викликати проблеми з пам'яттю та концентрацією; вегетативні розлади, проблеми зі сном; розлади в сфері психічного здоров'я, такі як депресія, тривожні симптоми, схильність до суїциду та залежності від психоактивних речовин⁵¹.

II.4.

Наслідки полону, катувань, сексуального насильства

Додатковою особливістю сучасної війни є надзвичайно велика кількість людей, які пережили полон. Станом на кінець грудня 2022 близько 3,4 тис. українських військовослужбовців перебували в полоні, ще 15 тис. людей зникли безвісти⁵². Майже всі полонені піддавались катуванням⁵³, сексуальному насильству в контексті воєнних злочинів.

Заборона катувань є однією із небагатьох абсолютних та імперативних норм міжнародного права, визнаних і прийнятих більшістю держав. Заборона катувань застосовується в умовах миру, під час міжнародних і неміжнародних збройних конфліктів та окупації. На універсальному рівні системи захисту прав людини катування забороняється Конвенцією проти катувань, яка була прийнята 10 грудня 1984 року Генеральною Асамблеєю ООН і набула чинності в 1987 році⁵⁴.

Конвенція визначає катування як будь-яку дію, якою будь-якій особі навмисне заподіюються сильний біль або страждання, фізичне чи моральне, щоб отримати від неї або від третьої особи відомості чи визнання, покарати її за дії, які вчинила вона або третя особа чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також залякати чи примусити її або третю особу, чи з будь-якої причини, що ґрунтується на дискримінації будь-якого виду, коли такий біль або страждання заподіюються державними посадовими особами чи іншими особами, які виступають як офіційні, чи з їх підбурювання, чи з їх відома, чи з їх мовчазної згоди⁵⁵.

Під час збройних конфліктів Конвенція проти тортур залишається застосовною, оскільки вона не допускає жодних відступів навіть під час війни. Звільнені з російського полону українські військові розповідають про знущання. Як засіб катування окупанти застосовують побиття, душення, катування електрострумом, введення невідомих препаратів, погрозу розстрілом, позбавлення доступу до медичної допомоги, моріння голодом. Також полонених змушували вчити гімн Росії, історію створення герба та прапора РФ⁵⁶. Після звільнення фізичний та психологічний стан полонених оцінюють як важкий. «Кожний випадок підтверджує, що умови, у яких РФ утримує наших військовополонених, жахливі й нелюдські»⁵⁷. Майже всі звільнені у вересні 2022 року 215 осіб були

в стані, який шокував, та мали крайній ступінь анорексії. Багато з них мали приховані переломи та загострення різного ступеня хронічних хвороб⁵⁸.

Українські та міжнародні агенції не мають доступу до окупованих територій. Про злочини окупантів стає відомо від людей, яким вдалося виїхати, або після звільнення цих територій. На деокупованих територіях України органи прокуратури виявили 54 катівні та зафіксували 5079 випадків катувань⁵⁹. Уповноважений Верховної Ради з прав людини повідомляв, що російські військові на окупованих територіях облаштовують дитячі катівні⁶⁰.

За перший рік війни правоохоронці встановили 171 потерпілого від сексуального насильства з боку російських військовослужбовців. Серед постраждалих — 39 чоловіків та 13 неповнолітніх⁶¹.

Після звільнення з полону, втечі з окупації або повернення територій проблеми осіб, які пережили полон, катування або зазнали сексуального насильства, на жаль, не закінчуються. Всі ці люди потребуватимуть підтримки суспільства, а значній частині буде необхідна комплексна реабілітація та тривала підтримка задля зцілення й адаптації в нових умовах.

Люди, які пережили полон, катування, зазнали сексуального насильства, можуть мати тривалі наслідки як фізичного, так і психологічного характеру. Цього «невидимого ворога», який їх переслідує, не так просто розпізнати й надати людині відповідну допомогу. Роль фахівців у відновленні потерпілих від цих злочинів є надважливою і водночас дуже складною, тому потребує наявності додаткових навичок. Посилання на навчальні ресурси можна знайти у розділі «Робота з персоналом».

У сукупності описані вище фактори формують особливості клінічної картини пацієнтів, які необхідно враховувати під час лікування та надання реабілітаційних послуг. Клінічна тріада політравми (КТП), що охоплює черепно-мозкову травму, посттравматичний стресовий розлад і хронічний біль, була визначена як серйозна проблема у системі військової охорони здоров'я. Умови в цій тріаді взаємно підсилюють одна одну і можуть становити серйозну проблему для лікування пацієнтів.

Міжвідомчий постійний комітет (Interagency Standing Committee — IASC) представляє чотирирівневу піраміду втручання для психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях, що включає такі компоненти: базові послуги і безпеки, підтримку громади та сім'ї, цілеспрямовану неспеціалізовану підтримку та спеціалізовані послуги, в тому числі психологічну або психіатричну підтримку. Згідно з рекомендаціями IASC, найефективнішим лікуванням є багатокомпонентні втручання. Пакети для ПТСР у складній травмі та всі інші інтервенції повинні враховувати культурні фактори під час оцінки, запровадження послуг та подальшого спостереження⁶².

З метою сприяння розбудові спеціалізованих послуг психічного здоров'я для потерпілих від травм війни в Україні у цьому посібнику описана мультимодальна модель стаціонарного Центру, із напрямом амбулаторного консультування. В основу моделі покладено дев'ятирічний досвід державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів "Лісова Поляна"» Міністерства охорони здоров'я України.



III. Принципи роботи Центру відновлення психічного здоров'я



Чужому навчайтесь та свого не цурайтесь (Тарас Шевченко)

III.1.

Віра у посттравматичне зростання

Для повноцінного відновлення після травмивних подій війни необхідна інтеграція травматичного досвіду. Інтеграція досвіду — це прийняття подій як таких, що мали місце у життєвому досвіді, це завжди про відновлення та розвиток, адже після опрацювання травми людина приймає та усвідомлює не лише те, що з нею сталося, а й ту силу, яка в неї проявилася, щоб вижити.

Теорію посттравматичного зростання (ПТЗ) розробили психологи Річард Тедескі (Richard Tedeschi, PhD) та Лоуренс Калхаун (Lawrence Calhoun, PhD) в середині 1990-х років. Теорія передбачає, що серед людей, які зазнали психологічних труднощів після тяжких подій, після цього може спостерігатися позитивне зростання. Ці зміни включають покращення стосунків та нові можливості у житті. Люди починають більше цінування життя та сильніше відчувати особисту силу й прагнення духовного розвитку.

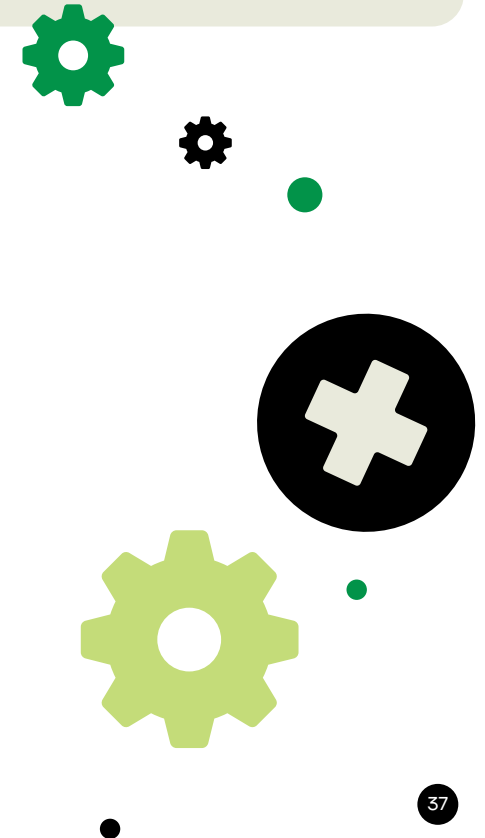
Посттравматичне зростання іноді вважають синонімом резильєнтності, бо підвищення стійкості в результаті боротьби з травмою може бути прикладом ПТЗ. Але це різні поняття. Резильєнтність — це особиста якість або здатність відновлюватися після травмивних подій. При ПТЗ йдеться про те, що може статися, коли людина переживає травмивну подію, яка кидає виклик його або її основним переконанням, витримує психологічну боротьбу (навіть психічне захворювання, таке як ПТСР) і зрештою знаходить відчуття особистісного зростання. Це процес, який вимагає багато часу та енергії⁶³.

Основний парадокс, який помічають люди, що пережили травму та повідомили про зазначені вище аспекти посттравматичного зростання: їхні втрати принесли цінні надбання⁶⁴. Також спостерігаються інші парадокси. Наприклад, люди говорять, що стали більш вразливими, але сильнішими. Люди, які зазнали травмивних подій, повідомляють про підвищене почуття вразливості, що відповідає досвіду страждань, які вони не могли контролювати або їм запобігти. Однак ці самі люди також можуть повідомити про посилене відчуття власної здатності вижити й перемогти⁶⁵. Ще один досвід, про який часто повідомляють ті, хто пережив травму, — це потреба говорити про травмивні події. Вона стає

своєрідним тестом для міжособистісних стосунків, який одні проходять, інші не витримують. Люди, які пережили травмивні події, більше задумуються про фундаментальні екзистенційні питання смерті й сенсу в житті. Такі люди зазвичай повідомляють, що почали більше цінувати прості речі в житті, а також мали важливі зміни в релігійних, духовних та екзистенційних складових філософії життя⁶⁶. Щоб оцінити посттравматичне зростання, психологи використовують різноманітні шкали самооцінки. Одна з них — це Шкала оцінки посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth Inventory — PTGI)⁶⁷.

Посттравматичне зростання часто відбувається природним шляхом. Також цьому можна сприяти такими п'ятьма способами: через освіту (переосмислення себе, нашого світу та нашого майбутнього), емоційну регуляцію (контроль наших негативних емоцій, рефлексії про успіхи та можливості), розкриття інформації (артикуляція того, що відбувається, та його наслідків), розвиток оповіді (формування розповіді про травму, отримання надії) та служіння (пошук роботи, яка приносить користь іншим)⁶⁸.

Щоб вижити в травмі, людина змушена проявити багато сили. Фахівці, які працюють у Центрі, завжди мають пам'ятати, що ця сила може проявитися в зростанні. Для цього необхідний пошук індивідуальних підходів до кожного пацієнта.



III.2.

Дотримання етичних стандартів та прав людини

Професійне життя сповнене викликів, які зачіпають як компетентності фахівця, так і інші аспекти його діяльності: організаційні, комунікаційні, часом наукові та, зокрема, етичні. В охороні психічного здоров'я етика та професійна культура тісно переплітаються⁶⁹.

Робота психологів, психотерапевтів, лікарів-психологів Центру має спиратися на «Етичний кодекс психолога», що був прийнятий Товариством психологів. Цей нормативний акт є гарантом високопрофесійної, гуманної, високоморальної діяльності психологів України. «Етичний кодекс психолога» — це сукупність етичних норм, правил поведінки, що склалися у психологічному співтоваристві й регулюють його життєдіяльність⁷⁰.

Лікарі, адміністративний персонал та науковці, які мають безпосередній стосуюнок до лікувально-профілактичної та наукової діяльності у галузі охорони здоров'я, зобов'язані керуватися положеннями «Етичного кодексу лікаря України», що систематизує моральні засади з урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як об'єкта дослідження», Загальної декларації про геном і права людини (995_575), Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (994_334)⁷¹.

Окрім етики, у формуванні політик та практик у сфері психічного здоров'я є надзвичайно важливим питання дотримання прав людини кожним фахівцем Центру, незалежно від фаху та компетенції⁷².

III.3.

Біопсихосоціальний підхід у роботі Центру

В основу роботи Центру має бути покладено сучасний принцип біопсихосоціального підходу до відновлення здоров'я. Тривале панування дихотомії (поділу) на тіло й душу останні роки було переосмислене. Характерний для нового розуміння холистичний підхід (грецьк. holos — ціле) ґрунтується на цілісному уявленні про організм людини, у якому біологічні, психологічні та соціальні чинники перебувають у постійному взаємозв'язку. Відповідно до цього уявлення про здоров'я людини, причини захворювань та надання їй допомоги залежить від особливостей та стану кожного з перелічених чинників. Лікування згідно з біопсихосоціальним принципом передбачає індивідуальну тактику в кожному окремому випадку з використанням мультидисциплінарного підходу. Це можливо лише за умови спільної роботи команди гетерогенних фахівців, пацієнтів та їхніх родин, за потреби — співпраці з іншими медичними закладами, громадськими організаціями, соціальними чи опікунськими службами тощо.

Важливість дотримання біопсихосоціального підходу до відновлення здоров'я обумовлена також впливом на нього надпотужного психогенного фактору, яким є війна. Це, зокрема, загострює проблему психосоматичних та соматопсихічних взаємовідносин, яка залишається актуальною останні десятиріччя, практично з кінця XIX століття.

Велика кількість професійних шкіл та вчених у галузі психіатрії, психології, неврології, психодинамічного аналізу присвятили цій темі багато досліджень. Разом з тим клінічний досвід роботи вітчизняних фахівців, у тому числі фахівців ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів “Лісова поляна”» МОЗ України, з особами, що постраждали внаслідок військових дій, за останні роки показав, що ступінь соматизації внаслідок емоційних стресових факторів залежить від рівня вітальної загрози, яку пережив пацієнт. Якщо рівень психогенії має переважно соціальний характер, то симптоматика належить до більш класичних невротичних проявів. Але ж якщо вплив психогенного фактора був з високим вітальним компонентом, симптоматика набуває глибокої соматизації та має поліорганный характер. Тобто що більшою є загроза життю, то більша соматична відповідь на неї.

Як відомо, війна і є тою самою надпотужною **травмою, з великої «Т» - загрозою** для життя і тим, що люди роблять з людьми, і цей фактор є особливо травмувальним.

Через надмірні фізичні й емоційні перевантаження та умови перебування у війську у багатьох ветеранів та осіб із досвідом війни може формуватися полісимптомальна патологія, синдромологічна структура якої має інтерференційний характер. Тобто класична формула симптом-синдром-нозологія не завжди зберігається, а симптомальна структура інтерферує, тобто перехрещується між собою, є поліморфною, де важко відокремити окремі нозології, а отже клініка є полісимптомною, переважно хронічного перебігу. Така клінічна картина формує відповідно і підходи до відновлювальної терапії і реабілітації, **які мають бути інтегративними (з використанням багатьох методів і технік) та мультидисциплінарними.** Також під час лікування мають динамічно змінюватись підходи, методи, техніки, засоби в залежності від змін у стані пацієнта.

Звісно, така конструкція роботи вимагає багато часу та певних інвестицій. Проте, як наслідок, послуга стає більш якісною, а пацієнти отримують кращий результат.



III.4.

Терапевтичне середовище на основі моделі BASICPh

В основі лікувального процесу лежить організація терапевтичного середовища. Терапевтичне середовище (від франко-англ. Milieu therapy) — лікувальний вплив середовища, лікування середовищем) являє собою використання терапевтичного потенціалу взаємодії пацієнта з оточенням, середовищем. Під середовищем мають на увазі все, що оточує пацієнта в стаціонарі (речі, люди, процеси, події) і є невід'ємним фактором лікарняного змісту, лікування і реабілітації.

Для створення терапевтичного середовища у Центрі відновлення психічного здоров'я можна використовувати **багатомодальну модель коупінг-стратегій BASICPh⁷³**, яка була розроблена ізраїльським психологом-травмотерапевтом Мулі Лаадом у процесі роботи з людьми, що живуть під постійною загрозою життю. Модель BASICPh виділяє шість типів природних коупінгових механізмів, серед яких віра та цінності, афекти й емоції, уява і творчість, соціальна сфера, когнітивна сфера, фізіологічні ресурси та активність.

У кожної людини є своя унікальна комбінація ресурсів боротьби з несприятливими обставинами. Що більше з них людина здатна використати, то більше стійкості вона здатна набути, щоб відновити відчуття контролю в жахливій ситуації.

Впровадження багатовимірної моделі BASICPh у Центрі відновлення психічного здоров'я допомагає визначити (активні та з потенціалом до розвитку) канали стратегій подолання стресу та наслідків психотравмівних обставин. За допомогою спостереження, клінічного інтерв'ю та анкети BASICPh фахівці визначають основні канали коупінг-стратегій, що являють собою ядро подолання стресу для конкретного пацієнта. Далі ми розглянемо, яким чином через інфраструктуру та ресурси Центру можна залучити пацієнтів до різноманітних активностей та видів діяльності відповідно до їхніх активних коупінгових стратегій за моделлю BASICPh.

КАНАЛИ ОТРИМАННЯ РЕСУРСІВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ВІДПОВІДНО ДО МОДЕЛІ BASICPH⁷⁴:

● КАНАЛ B: BELIEFS AND VALUES — ВІРА ТА ЦІННОСТІ.

Віра може бути потужним фактором стійкості. Це можуть бути релігійні чи будь-які інші спільні переконання людей, що спираються на внутрішні основні цінності. Спільні переконання особливо корисні, оскільки вони також забезпечують зовнішню підтримку.

Для активації ресурсу відповідного до каналу B Центр відновлення психічного здоров'я може залучати капеланську підтримку, проводити заходи національно-патріотичного змісту, залучати учасників до святкування традиційних свят, створювати простори для реалізації духовних потреб пацієнтів. На території Центру можуть працювати каплиці, або можна залучати духовних лідерів для проведення служб на базі Центру.

● КАНАЛ A: AFFECTS AND EMOTIONS — АФЕКТИ ТА ЕМОЦІЇ.

Висловлюючи емоції, ми можемо ділитися страхами, гнівом, смутком з іншими та отримати валідацію цих емоцій, що дає змогу почуватися менш самотніми.

Цей канал реалізується через роботу фахівців психічного здоров'я, залучення консультантів «рівний — рівному», груп підтримки тощо. Також варто регулярно проводити творчі, розважальні групові заходи.

● КАНАЛ S: SOCIAL RELATIONS — СОЦІАЛЬНА СФЕРА.

Завдяки підтримці соціального середовища або організацій ми матимемо почуття відповідальності через приналежність до групи, що допоможе нам залишатися заземленими. Зменшення ізоляції разом із підвищенням соціальної відповідальності може відновити емоційну безпеку.

Простір Центру слід будувати так, щоб максимально відтворити відчуття безпеки для пацієнтів та сприяти побудові спільноти. Для цього варто створювати кімнати відпочинку та релаксаційні зони, проектувати вітальні у відділеннях таким чином, щоб стимулювати ветеранів до спільної діяльності. Також активації соціального каналу та побудові додаткової мережі соціальної підтримки сприяють групові заняття з психотерапевтом, групи підтримки за принципом «рівний — рівному».

● КАНАЛ I: IMAGINATION AND CREATIVITY — УЯВА ТА ТВОРЧИСТЬ.

Канал I у Центрі відновлення психічного здоров'я можливо підключити за допомогою творчих просторів, через залучення пацієнтів до творчих активностей, арттерапевтичних сесій, у поєднанні з практиками народних ремесел

● КАНАЛ C: COGNITION AND THOUGHT — КОГНІТИВНА СФЕРА.

До когнітивних коупінгових стратегій належать вирішення питань та прямий підхід до вирішення питань. Напрацювання стратегій з іншими може змусити людей почуватися менш самотніми та більше контролювати свою ситуацію. Цей канал може бути залучений через психоедукацію, роботу фахівців відділення психічного здоров'я, залучення пацієнта до створення плану лікування.

● КАНАЛ PH: PHYSIOLOGICAL RESOURCES AND ACTIVITIES — ФІЗІОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА АКТИВНІСТЬ.

Цей канал має подвійну перевагу: забезпечує неформальну обробку ситуації разом із непрямим вивільненням почуттів. Канал опрацьовується завдяки фізіотерапії, теренкуру, оздоровчим прогулянкам та заняттям з фізичної терапії.

Терапевтичне середовище має включати наступні компоненти:

- ⚙️ Терапевтична атмосфера.
- ⚙️ Людиноорієнтований підхід.
- ⚙️ Ефективна організація процесів лікування.
- ⚙️ Дизайн приміщень, архітектурне оформлення, наявність обладнання.
- ⚙️ Організація навігації та каналів комунікації.

III.4. 1. Терапевтична атмосфера

Американська психологічна асоціація визначає терапевтичну атмосферу як середовище прийняття, емпатійного розуміння та безумовного позитивного ставлення, у якому клієнти можуть вільно висловлювати свої думки, розглядати поведінку та емоції, вносити конструктивні зміни до свого ставлення та реакцій⁷⁵. Коли людина потрапляє в терапевтичну атмосферу, вона має отримати приємний та корисний досвід. У терапевтичній атмосфері людині буде легше звертатися по послуги. Їй буде зручніше говорити на чутливі теми, такі як травма. Ефективна терапевтична атмосфера найімовірніше сприятиме тому, що людина чинитиме менше опору терапії, оскільки матиме підсвідоме відчуття безпеки. Створення терапевтичної атмосфери вимагає свідомих та цілеспрямованих зусиль надавачів послуг та адміністрації закладу. Створюючи терапевтичну атмосферу, надавачі послуг можуть підтримувати прогрес у досягненні цілей лікування, особистісному зростанні та позитивних змінах для людей, які звертаються по послуги⁷⁶.

III.4. 2. Людиноорієнтований підхід

В основі людиноорієнтованого підходу — людина, її потреби й залученість у процес надання допомоги у ролі партнера, а не просто користувача, націленість на комплексне керування її здоров'ям. Увага спеціаліста направлена не на дані діагнозу, а на живу людину з її індивідуальними потребами та рисами характеру.

Раніше охорона здоров'я базувалася на системній моделі, яка була односпрямованим клінічним підходом. Лікарі та медичні працівники працювали разом, щоб лікувати хвороби, стани і травми з дуже невеликим внеском з боку пацієнтів або їхніх родин. На рубежі ХХІ століття почався великий культурний зсув. Організації охорони здоров'я усвідомили, що пацієнти та їхні сім'ї — це ресурс, який не використовується в охороні здоров'я, та вжили заходів, щоб виправити цю ситуацію⁷⁷.

Існують докази того, що допомога, орієнтована на людину, може привести до покращення безпеки, якості та економічної ефективності медичної допомоги, а також покращення рівня задоволеності пацієнтів і персоналу^{78, 79}. Дослідження показали зв'язок між задоволеністю пацієнтів та результатами лікування — двома ключовими показниками ефективності медичних організацій^{80, 81}. У тісному зв'язку з цими тенденціями та пріоритетами є запровадження людиноорієнтованого підходу в сфері охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає людиноорієнтований підхід як такий, що надає людям можливості самостійно піклуватися про своє здоров'я, а не бути пасивними отримувачами послуг. Ця стратегія догляду ґрунтується на вірі в те, що погляди, внесок і досвід пацієнтів можуть допомогти покращити загальний стан здоров'я. Людиноорієнтований підхід передбачає збалансоване врахування прав і потреб, а також обов'язків і можливостей усіх зацікавлених сторін системи охорони здоров'я⁸². Це включає, зокрема, пошук і розуміння того, що є важливим для пацієнтів, членів їхніх родин та осіб, які здійснюють догляд та надають підтримку. Це передбачає також плекання довіри та взаємної поваги.

Одним із ключових способів залучення пацієнтів є покращення взаємодії між пацієнтами та надавачами послуг, завдяки чому послуги сприймаються як чуйні та співчутливі. Щоб досягти цього, лікарі, медсестри та інші фахівці мають бути навчені слухати, інформувати й консультувати пацієнтів протягом усього періоду надання допомоги, а також, ухвалюючи клінічні рішення, враховувати індивідуальні переваги, потреби та цінності⁸³.

Серед ключових принципів людиноорієнтованого підходу виділяють такі⁸⁴:

- Ставлення до пацієнтів з гідністю та повагою.
- Залучення пацієнтів до участі в ухваленні рішень, погодження з ними індивідуального плану лікування.
- Пояснення пацієнтам про їхній клінічний стан і варіанти лікування, можливі ускладнення простими словами, без використання складної медичної лексики.

III.4.

3. Ефективна організація процесів лікування

Ефективна організація процесів лікування є складовою частиною людиноорієнтованого підходу, яка не вимагає великих ресурсів, окрім ефективних управлінських рішень.

Такі заходи в Центрі, як запровадження записів до лікарів, організація маршруту пацієнта в такий спосіб, щоб усі необхідні дослідження й консультації він проходив у мінімальний термін та проводив якнайменше часу в черзі, запобігають додатковому роздратуванню або знервованості пацієнтів та, як прояв поваги до них, високо ними оцінюються.

В основу організації послуг та процесів лікування слід покласти такі принципи:

- ⚙️ **доступність** – безперешкодний доступ до закладів охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів;
- ⚙️ **адекватність** – відповідність допомоги справедливим потребам та очікуванням пацієнта в межах прийнятної для пацієнта якості життя;
- ⚙️ **ефективність** – забезпечення досягнення оптимальної при наявних ресурсах результативності медичної допомоги, наданої з дотриманням вимог медико-технологічних документів та етичних принципів.

III.4.

4. Організація навігації та каналів комунікації

Якісна навігація по закладу особливо важлива в реабілітаційному центрі, де перебувають пацієнти з порушеннями у сфері психічного здоров'я. Нестабільність емоційного стану, певна розгубленість у новому місці, уникнення спілкування, порушення в когнітивній сфері тощо потребують інтуїтивно зрозумілої програми навігації, яка відповідає стану та винятковому досвіду пацієнтів. Наприклад, на кожному поверсі варто розмістити карту Центру, на якій нанесені всі необхідні для пацієнта сервіси. Інформація про лікаря або іншого спеціаліста: прізвище, ім'я та по батькові, його спеціалізація має міститися на дверях кабінетів або на стіні біля кабінету, тут же вказуються години і дні прийому.

Система навігації об'єднує і впорядковує кожний заклад, щоб поліпшити якість обслуговування (кольорові рішення, неформальні елементи, використання логотипів закладу тощо). Правильні вивіски, знаки та номери кімнат, які легко читаються, чіткі та послідовні письмові або усні вказівки, інформаційні стенди та доступна інформація в електронному форматі можуть задовольнити навігаційні потреби відвідувачів та зменшити час, який співробітники витрачають на пояснення маршрутів.

Наявність сайту додає інформативності та зрозумілості про заклад для пацієнтів, дозволяє донести до відвідувачів інформацію про Центр, його послуги, акції, новини, контактні дані, схему проїзду та багато іншого. Ці відомості можна постійно оновлювати, чого складно досягти, друкуючи рекламні проспекти. На багатьох сайтах є форум, де відвідувачі не тільки знайомляться з публікаціями, а й обговорюють усілякі питання, тобто дискутують. На вебсайті можна розмістити практично необмежену кількість файлів, які можуть зацікавити відвідувача або з якими йому необхідно ознайомитися перед зверненням до клініки.

5. Дизайн приміщень, архітектурне оформлення

Терапевтичне середовище — надважлива складова організації реабілітаційного центру, заснована на людиноцентричному підході. Окрім людського ресурсу, який відповідає за формування атмосфери прийняття і підтримки, терапевтичне середовище також включає технічну, архітектурно-дизайнерську складову, якісну навігацію по закладу.

Фізична структура та дизайн закладів охорони здоров'я впливає на психологічний добробут пацієнтів, медсестер, інших медичних працівників та відвідувачів. Серед найбільш сприятливих елементів дизайну відзначають одномісні кімнати для пацієнтів, безпечні поверхні, які легко чистити; звукопоглинальні панелі на стелі, відповідна та достатня вентиляція, тепловий комфорт, природне денне світло, контроль температури та освітлення, краєвиди з вікон, доступ до природи, відповідне обладнання, інструменти та меблі⁸⁵. Якість дизайну закладів охорони здоров'я включає три різні теми: 1) стійкість навколишнього середовища та екологічні цінності, 2) соціальні й культурні взаємодії та цінності, а також 3) стійкість інженерної та будівельної конструкції⁸⁶.

Науково обґрунтований дизайн може вплинути на такі основні показники, як зменшення стресу, безпека та загальна якість охорони здоров'я⁸⁷. Нижче подано огляд головних елементів дизайну, які впливають на ці показники, на основі статті «Designing Health Care Environments: Part I. Basic Concepts, Principles, and Issues Related to Evidence-Based Design»⁸⁸.

СТРЕС ТІСНО ПОВ'ЯЗАНИЙ З ФАКТОРАМИ ДОВКІЛЛЯ. Шум, просторова дезорієнтація, надмірне освітлення та ізоляція, яких зазнають пацієнти та працівники, зумовлюють нижчі результати. Було виявлено, що зменшення стресу пацієнта послаблює сприйняття болю, покращує сон, знижує артеріальний тиск, підвищує задоволеність послугами та скорочує тривалість перебування у закладах. Медсестри, які переживають стрес, частіше скаржаться на втому, частіше беруть лікарняні, припускаються помилок та звільняються.

Рівень стресогенності середовища можуть знизити:

⊕ **Зниження рівня шуму.** Пацієнти та медсестри часто називають шум основним фактором стресу. Для зниження рівня шуму рекомендується шумоізоляція, окремі кімнати для пацієнтів.

⊕ **Правильне освітлення.** Зв'язок між яскравим освітленням (природним та штучним) і кращими результатами охорони здоров'я добре задокументований. У добре освітлених сонцем кімнатах у пацієнтів спостерігається покращення психосоціального здоров'я, вони зменшують використання анагезій і, отже, витрати на ліки та скорочують тривалість перебування у закладах. Адекватне освітлення покращує роботу медсестер, сприяє більш точному виконанню маніпуляцій, позитивно впливає на настрій. Вікна на робочому місці і доступ до денного світла безпосередньо пов'язані з підвищенням задоволеності робочим середовищем. Пацієнти та співробітники закладів охорони здоров'я також віддають перевагу краєвидам природи з вікна — це також пов'язано з покращеними результатами роботи й лікування.

⊕ **Твори мистецтва** також можуть знижувати стрес та сприяти процесу лікування. Більшість досліджень виявили, що пацієнти віддають перевагу реалістичним картинам і принтам. Хаотичні, неоднозначні, сюрреалістичні та абстрактні форми мистецтва більшістю пацієнтів сприймаються негативно і не знижують стрес або хвилювання⁸⁹.

БЕЗПЕКА. Найпоширеніші питання безпеки працівників та пацієнтів у сфері охорони здоров'я — це інфекції та випадкові травми.

Заходи, що покращують безпеку:

⊕ **Зниження забруднення поверхонь.** Забруднення поверхонь зазвичай є результатом поганого миття рук та неадекватного прибирання обладнання загального користування. Стратегічно розташовані станції для миття рук та одномісні номери є двома найважливішими засобами зменшити поширення мікроорганізмів. Диспенсери із санітайзерами для рук на спиртовій основі, розміщені біля дверей кабінетів та біля ліжок, а також умивальники можуть підвищити дотримання правил миття рук та зменшити забруднення поверхонь.

⊕ **Попередження падінь.** Падіння пацієнтів є ще однією проблемою безпеки у закладах охорони здоров'я. Окрім потенційної фізичної травми, падіння можуть призводити до негативних психологічних наслідків та продовжити тривалість перебування. Найчастіше падіння трапляються дорогою між ліжком та ванною кімнатою, а також коли пацієнтам не надають допомоги або не спостерігають за ними під час спроби встати з ліжка. Недоліки конструкції, що сприяють падінню пацієнта у кімнатах, — це слизька підлога, вузькі дверні прорізи, неправильне розміщення поручнів, а також неправильна висота унітазів та меблів. Особливості дизайну, такі як нічні світильники, поручні, що світяться в темряві, й освітлені шляхи до ванних кімнат розглядаються як потенційні засоби для зменшення падінь.

Загальна якість охорони здоров'я. Одно- або двомісні кімнати для пацієнтів є найважливішою особливістю дизайну, яка підвищує загальну якість догляду та задоволеність пацієнтів — це підтверджує велика кількість досліджень⁹⁰. Одномісні номери мають численні переваги над кімнатами на багато ліжок або відкритими конструкціями. До цих переваг належать: зниження внутрішньолікарняних інфекцій, що приводить до скорочення тривалості госпіталізації; зменшення рівня шуму та помилок у комунікації; поліпшення сну; підвищена конфіденційність; можливість розміщення членів сім'ї.

Для Центру є вкрай необхідним забезпечити відчуття безпеки та конфіденційність, а також створити атмосферу, яка буде спонукати до відновлення якості життя і розвитку, зокрема й за допомогою інтер'єру, кількості та якості відповідних приміщень.

Терапевтичний простір зі всіма його учасниками стає маленькою моделлю соціуму. За умови правильного підходу простір може допомогти пацієнту отримати новий позитивний досвід. Приміщення закладу мають бути побудовані з урахуванням усіх вимог безбар'єрності⁹¹.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРИМІЩЕНЬ

Функціональне призначення приміщення	Короткий опис	Орієнтовна площа	Кількість
Зона рецепції або приймального відділення як елемент першого враження.	Має створювати атмосферу довіри, бути комфортним, дружнім до пацієнта, що надзвичайно важливо для людей, що потребують лікування в Центрі.		1
Кімнати для перебування пацієнтів	Мають бути одно- або двомісні.		25-50
Кабінети лікарів	Для підтримки конфіденційності та безпечного середовища, враховуючи вразливість пацієнтів центрів психічного здоров'я, важливо забезпечити індивідуальними кабінетами лікарів загальної практики та психіатра.		3
Кабінети для індивідуальної психотерапії	Враховуючи чутливість роботи з травмою та необхідність дотримання принципу конфіденційності, забезпечення потреби у безпеці для пацієнтів обов'язковою є організація окремих кабінетів для фахівців відділення психічного здоров'я. Важливо забезпечити достатню звукову ізоляцію.	12-16 м ²	5
Зали для групової роботи	Зала зі зручним покриттям підлоги, килимками для виконання фізичних вправ, 10-15 стільців для групових занять.	від 25 м ²	2
Кімната для творчої майстерні	Майстерня для створення хендмейд-виробів у різних техніках: живопис, розпис, декупаж, гончарство, ліплення, технік колажу.	від 25 м ²	1
Зони загального перебування	Можуть бути організовані в холах відділень або інших місцях спільного перебування у вигляді лаунж-зон.		2
Коворкінг	Приміщення для роботи або навчання під час проходження реабілітації на 2-4 робочих місця.	20 м ²	1
Зала для терапевтичного дозвілля	Кімната має бути забезпечена відповідним технічним обладнанням — ноутбук, екран, проектор, звук.	від 50 м ²	1
Зали для фізичної реабілітації	Зали із відповідним обладнанням та покриттям.	від 50 м ²	1
Кімната відпочинку для персоналу	Кімната обладнана таким чином, щоб забезпечити відпочинок персоналу.	від 20 м ²	2

Медицина на основі доказів (evidence-informed)

Усім відомий термін «доказова медицина» (evidence-based), що передбачає сумлінне, чітке та розумне використання поточних найкращих доказів в ухваленні рішень щодо догляду за окремими пацієнтами⁹². Відмінністю доказової медицини є використання більш достовірних доказів. Основним досягненням доказової медицини є розробка систематичних оглядів і мета-аналізів — методів комплексного аналізу різних досліджень з однієї теми, що дозволяють виділяти кращі з них і проводити їх критичний аналіз для формування кінцевих висновків. Доказова медицина передбачає осмислене, точне й сумлінне застосування результатів досліджень, ґрунтуючись на кращих із них, під час лікування кожного конкретного хворого. У клінічних приписах, заснованих на принципах доказової медицини, має бути зазначено ступінь упевненості в тих чи інших доказах і обґрунтованих рекомендаціях. Це зазвичай називають рівнями достовірності доказів і рівнями переконливості рекомендацій, позначаючи римськими цифрами або латинськими літерами⁹³.

Ідея використання найкращих доказів в ухваленні рішень поширилася за межі доказової медицини серед медсестер, медичних працівників суміжних категорій та інших фахівців медичної та соціальної галузей. Терміни «доказова практика» та «доказова медицина» використовуються в професійних кодексах, стандартах і звітах у всьому секторі охорони здоров'я. У них сформульовано вимогу до фахівців застосовувати поточні найкращі наявні клінічні докази та індивідуальний клінічний досвід або судження для ухвалення рішень щодо догляду за окремими користувачами послуг.

Однак деякі фахівці вважають доказовий підхід надто обмежувальним, оскільки в ньому пріоритет надається насамперед кількісним доказам досліджень над іншими цінними джерелами⁹⁴.

У наші дні все частіше вживається термін «медицина на основі доказів» (evidence informed), який забезпечує більшу гнучкість щодо характеру доказів та їх використання. Такий підхід передбачає, що багато різних рівнів, типів доказів потрібні та можуть використовуватися для ухвалення рішень щодо лікування⁹⁵. «Медицина на основі доказів» визнає людиноорієнтований характер охорони здоров'я, а також те, що рішення мають ухвалюватися на основі експертизи й клінічного досвіду надавача послуг, унікальних цінностей, переваг та обставин пацієнтів, а також найкращих наукових доказів⁹⁶. Саме на такий підхід рекомендовано спиратися в організації лікування та медико-психологічної реабілітації у Центрах.

Під час планування нових послуг у сфері психічного здоров'я варто обирати процес ухвалення рішень на основі доказів (evidence-informed decision making). Цей підхід наголошує, що рішення повинні ґрунтуватися на найкращих наявних доказах досліджень, із урахуванням таких факторів, як контекст, громадська думка, ефективність, безпека, вплив на справедливість, можливість реалізації, доступність, стійкість і прийнятність для зацікавлених сторін. Підхід до ухвалення рішень на основі доказів за своєю суттю пропонує кращі рішення для поліпшення здоров'я, уникнення шкоди та більш ефективного використання обмежених ресурсів. Цей підхід містить у собі рішення щодо клінічної практики, громадського здоров'я та систем охорони здоров'я⁹⁷.

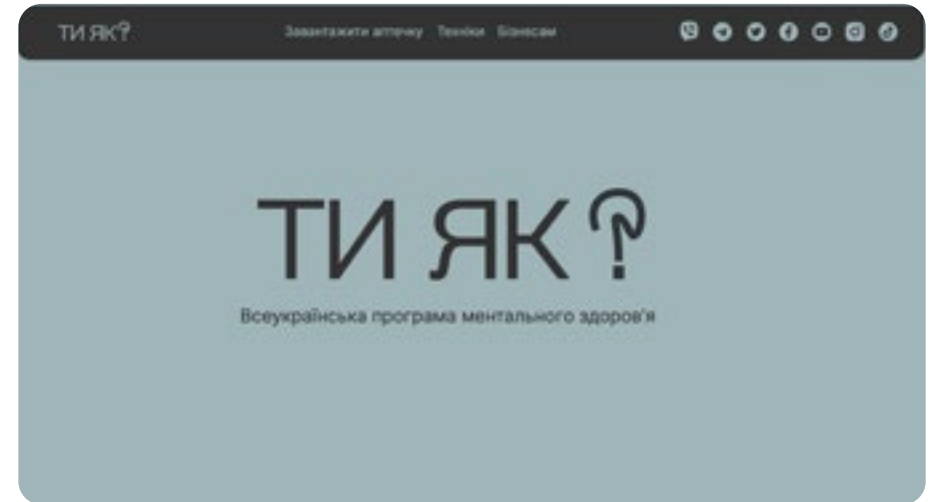
III.6.

Безперервний континуум допомоги під час відновлення психічного здоров'я

Оскільки багато психічних розладів мають хронічний перебіг із періодами загострення та ослаблення симптомів, важливо, щоб допомога після перенесених гострих станів не переривалася після лікування в стаціонарі, а продовжувалася на інших ланках. Так, особи з психічними розладами повинні мати підтримку за місцем проживання чи роботи через фахівців різних ланок і служб. Це допоможе зменшити кількість госпіталізацій та суттєво покращить якість життя самої людини⁹⁸. За оцінками ВООЗ, здоров'я населення оцінюють за трьома показниками: показник дитячої смертності; кількість робочих днів, пропущених через хворобу; середня тривалість життя. Вплив медицини на ці показники, за оцінками ВООЗ, не перевищує 10 %. Решта залежить від спадковості (20%), стану довкілля (19%), а найбільше (51 %) — від нашого способу життя.

Центр відновлення психічного здоров'я має володіти інформацією про формальні та неформальні послуги в громадах. Такі послуги з психосоціальної підтримки можуть надаватися різними організаціями — від громадського сектору до державних установ, комунальних підприємств і приватних закладів. У кожній громаді можуть бути свої надавачі послуг, які працюють як волонтери або за кошти бюджету. Карта послуг може виявитися корисною й для оцінки наявних (або відсутніх) ресурсів у громаді.

Перелік та контакти перевірених надавачів послуг можна знайти на сайті Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?».



IV. Організаційні ВИМОГИ



IV.1.

Цільові групи Центру

Лікування та медико-психологічну реабілітацію в Центрі проходять особи, які постраждали від травм війни, зокрема:

- Ветерани
- Військовослужбовці
- Особи, що пережили полон та катування
- Особи, що пережили окупацію
- Члені родин загиблих, полонених, зниклих безвісті
- Інші особи з травмареlevantними розладами, спричиненими війною

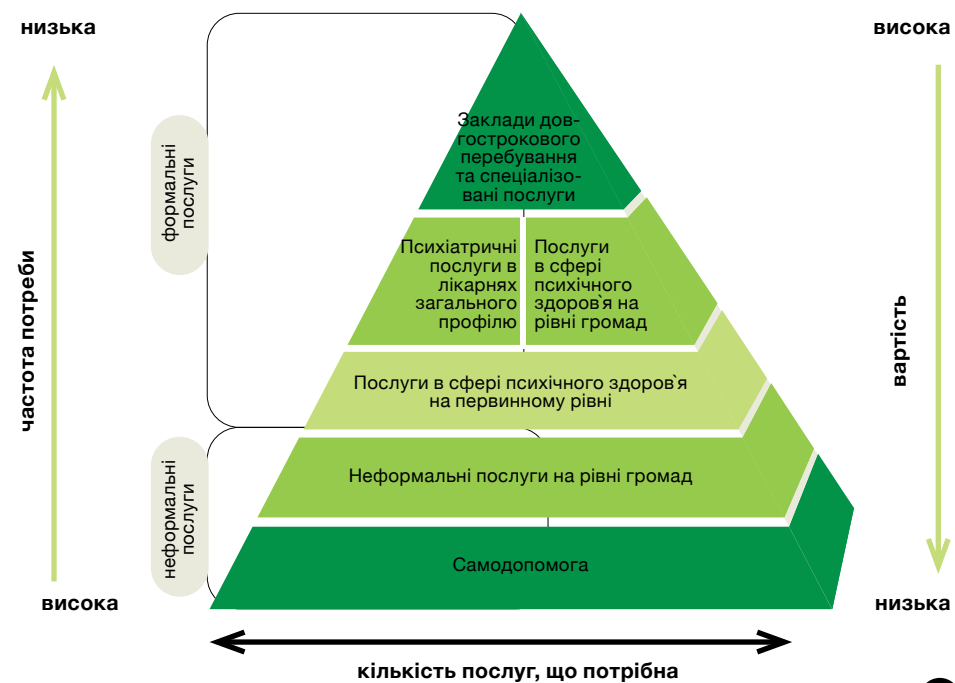


IV.2.

Умови надання послуг: стаціонар та консультативно-амбулаторна допомога

ВООЗ рекомендує розглядати заклади тривалого перебування та спеціалізовані заклади не як психіатричні лікарні, які домінували в сфері психічного здоров'я протягом більшої частини ХХ століття та мають історію порушень прав людини, поганих клінічних результатів і неадекватних реабілітаційних програм⁹⁹.

Піраміда організації послуг для оптимального їх поєднання у сфері психічного здоров'я



Хоча зазвичай спеціалізовані послуги потрібні невеликому відсотку населення, та враховуючи кількість постраждалих від війни людей в Україні, такі послуги, ймовірно, знадобляться багатьом. За оцінками ВООЗ, 3,5 млн осіб у нашій державі матимуть певний розлад психічного здоров'я, а близько восьми сот тисяч — психічний розлад помірного або тяжкого ступеня¹⁰⁰. Це означає, що для України нагальною потребою є створення спеціалізованих Центрів відновлення психічного здоров'я нового зразка.

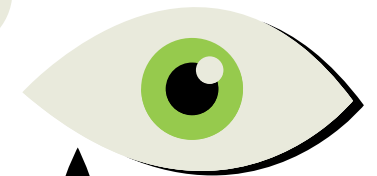
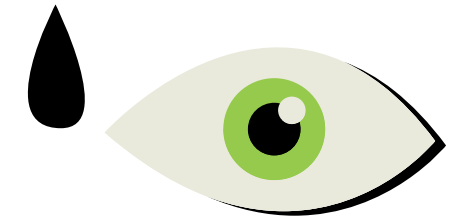
В основу роботи «Центру відновлення психічного здоров'я» рекомендовано застосовувати стаціонарну модель надання допомоги, яка забезпечуватиме потреби в лікуванні та реабілітації пацієнтів із тяжкими та хронічними розладами психічного здоров'я. Ця модель має певні переваги для більш складних випадків з коморбідними станами, особливо для постраждалих від війни. Адже саме такі травми значно порушують здатність людини до довіри та вибудовування нових соціальних контактів, навичок комунікації, і тут стаціонарна модель реабілітації може давати додатковий зцілювальний потенціал. Лікування травми в умовах стаціонару можна розглядати як «метатерапію», що задає контекст безпеки і створює атмосферу, яка допомагає повернути пацієнтові почуття соціальної доцільності та спільності з іншими людьми.

Потрапляючи на лікування в стаціонарний центр, пацієнт опиняється в оточенні терапевтичної когнітивної рамки, яка має кілька рівнів, а саме: режим дня, режим харчування, спання, пристосування в палаті, контакт із фахівцями мультидисциплінарної команди, дотримання правил перебування в закладі. Крім того, формуються психотерапевтичні рамки, які вибудовуються в індивідуальній та груповій роботі. Стаціонарна модель — це комплекс правил і кордонів, від обов'язкових (виписка за порушення режиму, виконання плану лікування) до факультативних (наприклад, участь у заходах терапевтичного дозвілля).

У реабілітаційному стаціонарі пацієнт потрапляє у певною мірою штучно створений соціальний простір, де довкола пацієнта постійно щось відбувається. Він опиняється в оточенні людей (команди), які стоять «за нього». Це допомагає пацієнтові по-іншому осмислити елементи його історії, опрацювати власний травматичний досвід. Тепер команда й терапевтичний простір стаціонару стає контейнером для переживань пацієнта.

Комбінація роботи з внутрішніми переживаннями та включенням зовнішніх елементів простору має надзвичайний лікувальний ефект. Терапевтичне середовище стаціонару, професійні та індивідуальні якості фахівців допомагають пацієнтові подолати спротив та схильність до уникання і максимально включитись у процес зцілення, довіритись фахівцям та підвищити відповідальність за власне здоров'я.

Консультативно-амбулаторна допомога. Цей напрям має забезпечити умови для «оперативної» амбулаторної консультативної допомоги у гострих випадках розладів психічного здоров'я; надання кризових консультацій та планової консультативної допомоги особам, які направлені з неуточненим діагнозом із регіональних служб первинної медичної допомоги або інших установ; при наближеному проживанні до Центру в окремих випадках проведення програми лікування амбулаторно. Центр також може надавати подальший тривалий супровід амбулаторно у разі складного хронічного перебігу захворювань. Окрім того, консультативно-амбулаторний напрямок може пропонувати групи підтримки, групові заняття, психоедукацію для пацієнтів, членів родин та представників громади. Консультативно-амбулаторну допомогу можуть надавати співробітники Центру.



IV.3.

Підстави надання стаціонарних послуг у Центрі

Клінічна характеристика психопатологічних розладів в учасників бойових дій, членів їхніх сімей, родин загиблих військовослужбовців і тимчасово переміщених осіб

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після бойових дій, об'єднують у чотири групи: непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози. У віддаленому періоді у постраждалих внаслідок бойових дій розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) — F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F 62.0).

⚙️ **Непатологічні (фізіологічні) реакції.** Характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психо вегетативних, гіпотимічних проявів. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи. Зазвичай зберігаються працездатність (хоча вона і знижена), здатність до спілкування з оточенням і критичного аналізу своєї поведінки, до цілеспрямованої діяльності. Такі реакції також визначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції тощо.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) такі реакції рубрикуються за діагностичною рубрикою Z 65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин).

⚙️ **Психогенні патологічні реакції.** Невротичний рівень розладів — це астенічний, депресивний, істеричний та інші синдроми, які характеризуються гострим виникненням, зниженням критичної оцінки того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки

небезпеки, у людей виникає розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом у разі простої реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинками, голос стає гучним, дзвінким. Відбувається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами про те, що відбувалося навколо, проте в повному обсязі запам'ятовуються власні дії і переживання. Характерною є зміна відчуття часу, плинність якого сповільнюється і тривалість гострого періоду бачиться збільшеною в кілька разів. У разі складних реакцій страху передусім виявляються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. Постраждалі або пасивно підкоряються спробі надати допомогу, або стають негативістичними. Мова уривчаста, обмежується вигуками, часом спостерігається афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих у цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти. Сприйняття простору змінюється, спотворюється відстань між предметами, їх розміри і форма. Часом навколишнє уявляється «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути й кінестетичні ілюзії.

У разі простої та складної реакції страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного становища.

Найбільш характерними є три феномени:

- суб'єктивне почуття звуження часу, коли всі сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;
- уявлення про відсутність ресурсів для виходу з ситуації;
- переживання загрози на рівні смислів цінностей.

Коли стресова ситуація пом'якшується або зникає, симптоми слабшають протягом восьми годин, а при збереженні стресу — протягом 48 – 72 годин.

У МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F 43.0 (гостра реакція на стрес).

Своєчасне надання медико-психологічної допомоги особам, у яких виявляється гостра реакція на стрес, може значно зменшувати ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

❁ Психогенні невротичні стани. Це стабілізовані невротичні розлади, які характеризуються ускладненням, часом втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю неврозів є збереження інтелекту і найважливіших психологічних характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина неврозів формується поступово, має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне ставлення до навколишнього і свого захворювання. За МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластеру F 4 — невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади: обсесивно-компульсивний розлад (F 42), дисоціативний (конверсійний) розлад (F 44), фобічний розлад (F 40.1 — 40.2), іпохондричний розлад (F 45.2).

Особливе місце посідають розлади, безпосередньо пов'язані з дією травматичного стресу: розлади адаптації і посттравматичний стресовий розлад.

Розлади адаптації (F 43.2). У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астеничному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуативно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загального сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна порівняно з ендогенною депресією (при неврозі стан погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний невроз розвивається у пізньому віці та пов'язаний із певною ситуацією. Характерні дифузні іпохондричні та астеничні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. У ці проміжки з'являється тривога, прискорюється серцебиття, виникають страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженим наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016р. № 121, рекомендовано використовувати термін «гострий стресовий розлад» (ГСР), запозичений із Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-V).

Посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) — це відставлені та затяжні реакції на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру після латентного періоду від кількох тижнів до кількох місяців. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» й емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на довкілля, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму.

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки і поведінки можуть проявлятися хронічним змінням особистості, яке виникає внаслідок стресу внаслідок катастрофи

і спостерігається протягом двох років і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптивних ознак, які призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: вороже або недовірливе ставлення до світу; соціальна відгородженість; відчуття спустошеності й безнадійності; хронічне почуття хвилювання як боязнь постійної загрози, існування «на межі»; відчуженість.

❁ Реактивні психози. Серед реактивних психозів в ситуації масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові реакції (гіперкінетична і гіпокінетична форми), депресивні реакції і істеричні психози.



ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ (Додаток 8)

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕННЯ ДО ЦЕНТРУ:

- Граничні (непсихотичні) психічні розлади (згідно МКХ-10)
 - Неврастенія (F48.0);
 - Соматоформні розлади (F45);
 - Тривожно-фобічні розлади (F40-F49), зокрема, агорафобія (F40.0) і панічні розлади (F41.0);
 - Гостра реакція на стрес (F43.0), РА (F43.2) та ПТСР (F43.1);
 - Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);
 - Дисомнічні розлади, безсоння неорганічної природи (F51);
 - Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0).
 - Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих проблем (Z73).
 - Початкові прояви недостатності кровообігу головного мозку (I60), ішемія мозку (хронічна) (I67.8).
- Ці розлади є підставою для направлення в ЦЕНТР як такі, так і у поєднанні з іншими соматичними та неврологічними розладами (коморбідні):
- Закрита черепно-мозкова травма: струс головного мозку S 06.0, акустична травма H 83
 - Ознаки посткомоційного синдрому, наслідків закритої черепно-мозкової травми у відповідності до МКХ-10 (F 07.8 або T 90.5)
 - Скарги, які відповідають гіпотезі щодо можливості перенесеної під час бойових дій лЧМТ (тобто без документального підтвердження).

Пацієнти можуть потрапляти до Центру наступними способами:



направлення лікуючого лікаря або сімейного лікаря



направлення ВЛК, начальників медичної частини та командування військових підрозділів



самозвернення (рішення про госпіталізацію приймається комісією з госпіталізації, що створена в закладі)

— Протипоказання для лікування та реабілітації у Центрі:

розлади психіки і поведінки психотичного рівня, гострий період непсихотичних психічних розладів та розладів поведінки, олігофренія, гострі соматичні захворювання та їх загострення, які потребують профільного лікування.

IV.4 Організаційна структура



IV.4.

1. Матрична структура Центру

УПРАВЛІННЯ ЦЕНТРОМ ЗДІЙСНЮЮТЬ:

- ★ **Генеральний директор** – відповідає за загальне управління та концепцію розвитку закладу, здійснює представницьку функцію, відповідає за зовнішні партнерства.
- ★ **Медичний директор** – відповідає за медичний напрямок роботи закладу. Йому підпорядковуються уніфіковані відділення, а також напрями реабілітаційної та інтегративної медицини.
- ★ **Директор з психологічного напрямку** – відповідає за роботу Відділення психічного здоров'я, роботу з персоналом, створення терапевтичного середовища, тренінги для персоналу, просвітницьку роботу.

КЛЮЧОВІ СТРУКТУРНІ ВІДДІЛИ «ЦЕНТРУ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я» ВКЛЮЧАЮТЬ:

- Уніфіковані відділення
- Відділення психічного здоров'я
- Відділення фізичної реабілітації та інтегративної медицини
- Амбулаторно-консультативний напрямок

Враховуючи цільові групи та доцільність мультидисциплінарного підходу до лікування й медико-психологічної реабілітації, структуру та взаємодію між різними частинами Центру необхідно ґрунтувати на таких принципах:



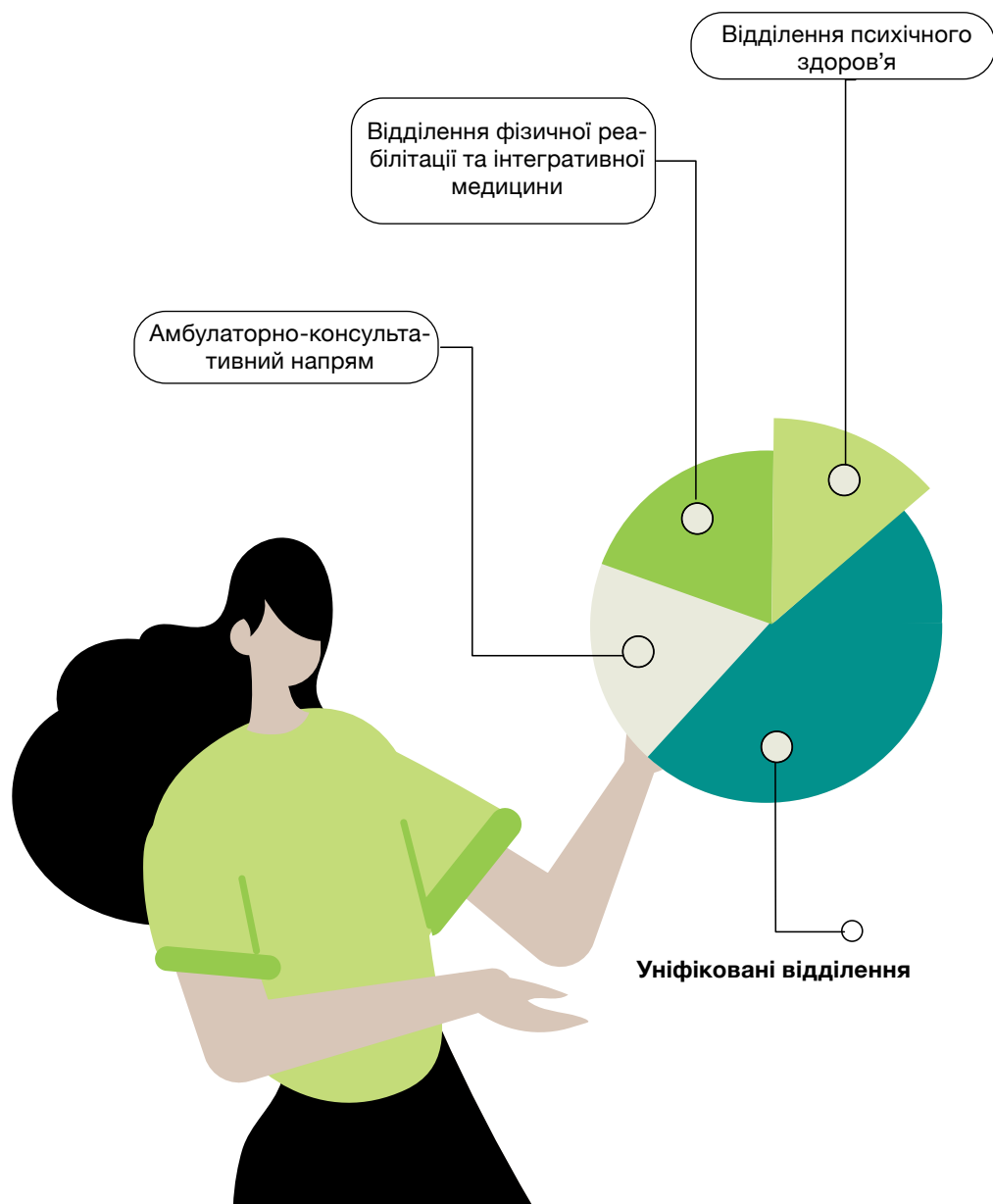
Єдиний формат «Уніфіковане відділення» — відділення для лікування та реабілітації пацієнтів із «рівнокомпетентним лікарем-куратором», який призначає лікування та координує зусилля членів мультидисциплінарної команди з метою забезпечення якісним пакетом послуг кожного пацієнта. По відділеннях пацієнти розподіляються за кількісним принципом. У Центрі відновлення психічного здоров'я немає необхідності розподіляти пацієнтів по відділеннях за певними напрямками, враховуючи коморбідність та перехресність розладів.



«Комплексне рішення допомоги», при якому надання допомоги відбувається у поєднанні всіх необхідних складових для досягнення мети лікування.



Принцип «Матрична Структура», де уніфіковані відділення поєднані з інституцією лікарів-консультантів, відділенням психічного здоров'я, відділенням фізичної реабілітації та інтегративної медицини, які обслуговують пацієнтів уніфікованих відділень, згідно з призначеннями лікаря-куратора. Додатковими перевагами такої системи є надбання різнопланового досвіду консультантами та зміцнення стосунків і взаємодії між співробітниками Центру відновлення психічного здоров'я.



IV.4.

2. Мультидисциплінарний підхід

Комплексний характер, ступінь травматизації та наявність соматичних захворювань вимагає мультидисциплінарного підходу до лікування та медико-психологічної реабілітації. Для відновлення людей потрібні люди. І саме люди відіграють ключову роль у створенні терапевтичної атмосфери, що сприяє формуванню довіри та покращує результати лікування.

Мультидисциплінарна команда – це група фахівців різних спеціальностей із взаємодоповнювальними знаннями та навичками, які надають послуги лікування й медико-психологічної реабілітації особі, що їх потребує, для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності. Члени команди мають бути віддані спільній меті, цілям та підходу, за які вони несуть взаємну відповідальність. Робота такої команди є основним механізмом забезпечення цілісного догляду для пацієнтів протягом усієї траєкторії їх захворювання¹⁰¹.

У роботі Центру саме робота в команді однодумців є тією основою та значущою силою, що сприяє подоланню наслідків травм різного виміру. Злагодженої роботі мультидисциплінарної команди, її наповненню та ефективному функціонуванню треба приділити багато уваги під час організації таких центрів. Командна робота не виникає сама собою. Для ефективної взаємодії та досягнення результатів необхідно:

- Мати спільні цілі та цінності.
- Розуміти та поважати компетенції інших членів команди.
- Вчитися від інших дисциплін, поважати їхні різні погляди й точки зору.

Щоб сформувати ефективні мультидисциплінарні команди, які зможуть надати найкращу можливу допомогу окремим користувачам послуг, деяким членам команди може знадобитися переоцінити претензії на ексклюзивні знання чи повноваження¹⁰² та вибудувувати взаємодію з колегами різних спеціальностей на принципах поваги та довіри.

Ефективна команда підтримує та доповнює зусилля, націлені на досягнення спільної мети. Усі члени добре розуміють ролі й відповідальність один одного. Ролі та відповідальність залежать від умінь і досвіду членів команди, а також від потреб у вирішенні завдань. Взаємодоповнювальний «пазл» із майстерності членів команди є дуже цінним для роботи, адже вони мають різні цінні технічні або функціональні вміння, ролі в команді та особисті риси.

Внутрішні взаємозв'язки незалежних експертів у команді має координувати лідер групи. Він здійснює загальне керівництво, узгоджує роботу членів та визначає план лікування, що пропонується конкретному пацієнту. Лідерство всередині команди змінюється в залежності від завдань. Лідери виконують функції координування всередині команди.

Діяльність мультидисциплінарної команди координується шляхом організації регулярних групових зустрічей, під час яких відбувається моніторинг та оцінювання виконаної роботи, представлення нових випадків, підведення підсумків та визначення цілей і завдань.

До мультидисциплінарної команди Центру відновлення психічного здоров'я мають входити лікарі, медичний персонал та фахівці у сфері психічного здоров'я, зокрема: рівнокомпетентний лікар-куратор, лікарі-консультанти різних спеціальностей, психіатр, лікар фізичної реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, асистент фізичного терапевта (за необхідності), медсестри, психотерапевти (та/або лікарі-психологи, клінічні психологи), ерготерапевт, терапевт мови та мовлення, клінічні кейс-менеджери, соціальні працівники. Функції цих фахівців описані у наступних розділах. Кількість фахівців визначається з урахуванням потреб, наявних ресурсів, кількості пацієнтів.

Ми пропонуємо розглядати мультидисциплінарний підхід в рамках центру психічного здоров'я та реабілітації дещо ширше. Робота команди може не обмежуватись тільки фахівцями різного профілю самого закладу. Можна залучати до співпраці громадські, волонтерські, благодійні організації, які можуть бути партнерською додатковою підтримкою в реалізації найкращої допомоги кожному пацієнту. Це формує доступність до ширшого спектру послуг та може заощадити й оптимізувати ресурси закладу. Залежно від наявних ресурсів партнери можуть пропонувати додаткових фахівців, забезпечення витратних матеріалів, супровід пацієнта після виписування із закладу, додаткові послуги для членів родин пацієнтів тощо.



3. Уніфіковане відділення

«Уніфіковане відділення» підпорядковується медичному директору. Це лікувальна структурна одиниця «Центру відновлення психічного здоров'я», на базі якої відбувається проведення всього комплексу лікування. Пацієнти мають розподілятися по відділеннях за кількісним принципом – **орієнтовно 50 пацієнтів на відділення**. Кількість відділень може залежати від потреб та потужностей центру, який буде створюватися.

«Уніфіковане відділення» підпорядковується медичному директору. Це лікувальна структурна одиниця «Центру відновлення психічного здоров'я», на базі якої відбувається проведення всього комплексу лікування. Пацієнти мають розподілятися по відділеннях за кількісним принципом – орієнтовно 50 пацієнтів на відділення. Кількість відділень може залежати від потреб та потужностей центру, який буде створюватися.

До уніфікованих відділень рекомендовано залучати наступних фахівців:

➕ **Завідувач відділення** – лікар терапевтичної спеціальності, який здійснює управління відділенням та загальну координацію роботи.

➕ **Лікар-куратор** – це фахівець, функцією якого є інтеграція пацієнта у систему «Комплексне рішення допомоги», виходячи з особливостей кожного пацієнта з подальшим контролем виконання програм та результатів. Це може бути невролог, терапевт або психіатр. Для відділення на 50 ліжок потрібно два-три лікарі-куратори. Вони ведуть пацієнта та призначають програму лікування, спільно з фахівцем психічного здоров'я – з урахуванням медичних та психологічних показів та протипоказів. Лікарі-куратори призначають медикаментозне лікування, направляють до лікаря фізичної реабілітаційної медицини (ФРМ) та на заходи інтегративної медицини.

➕ **Лікарі-консультанти** різних спеціальностей. Їх можна залучати позаштатно за потреби, використовуючи ресурси Центру або партнерів. **Лікар-психіатр** – обов'язково має бути серед лікарів-консультантів «Центру відновлення психічного здоров'я». Лікар-психіатр тісно співпрацює командою Відділення психічного здоров'я. Це лікар з вищою медичною освітою, який отримав спеціальну підготовку з психіатрії та володіє методами діагностики, лікування, профілактики та експертизи психічних захворювань при розладах психічного здоров'я будь-якого ступеня вираження. Психіатри мають право встановлю-

вати діагнози та призначати медпрепарати. Психіатрів не навчають технікам психологічної терапії – лікування, яке вони проводять, як правило, не спрямоване на опанування пацієнтами стратегій та методів, що допомагають у вирішенні емоційних та поведінкових проблем. Деякі психіатри додатково навчаються, щоб поєднати свою сферу діяльності з психотерапією та пропонувати пацієнтам більш широкий перелік послуг¹⁰³.

➕ **Клінічні кейс-менеджери** є зв'язковими між універсальними відділеннями та іншими відділеннями або напрямками. Їхнє завдання – допомогти пацієнтові досягти цілей лікування під час отримання послуг у «Центрах психічного здоров'я». Клінічні кейс-менеджери контролюють якість обслуговування пацієнтів у закладі. До їхніх обов'язків входить розгляд справ, оцінка планів лікування та інформування пацієнтів про їхні варіанти догляду. Їх мета полягає в тому, щоб гарантувати, що пацієнти отримають найкращі результати та послуги, необхідні для досягнення добробуту та автономії¹⁰⁴. Кейс-менеджмент активно застосовується в соціальній та реабілітаційній сферах. Кейс-менеджери працюють з людьми з проблемами здоров'я, з родинами, які опинились у складних обставинах через різні причини (домашнє насильство, складне матеріальне становище тощо), з ветеранами та військовослужбовцями, з мігрантами, біженцями та іншими категоріями населення¹⁰⁵. Цих фахівців можна залучати через співпрацю з громадськими організаціями, грантову підтримку тощо.

➕ **Середній та молодший медичний персонал.**



IV.4.

4. Відділення психічного здоров'я

«Травми війни це те, що одні люди зробили з іншими людьми. Тому вони не можуть бути зцілені на самоті. Люди мають допомогти людям.»

Відділення психічного здоров'я підпорядковується директору з психологічного напрямку. Це основний структурний підрозділ «Центру відновлення психічного здоров'я», на роботі якого вибудована вся система «Комплексне рішення допомоги». Фахівці Відділення обслуговують уніфіковані відділення. Щодня, зранку вони мають сумісні робочі зустрічі з лікарями-кураторами та завідувачами відділень, на яких відбувається розбір складних випадків, перерозподіл навантаження між фахівцями, узгодження планів лікування. Двічі на тиждень фахівці Відділення психічного здоров'я збираються окремо на свої робочі зустрічі з метою аналізу та планування загальної роботи відділення.

Відділення психічного здоров'я має включати фахівців з практичної роботи з пацієнтами, які спеціалізуються на різних методологіях допомоги. Різні техніки психотерапевтичної корекції дозволяють забезпечити відповідний лікувально-реабілітаційний комплекс для кожного хворого, незалежно від специфіки формування розладу.

Команда Відділення психічного здоров'я має складатися з гетерогенних фахівців-однотимців, які доповнюють один одного. Усі вони повинні мати відповідну сертифікацію у доказових методах травматерапії та проходити регулярну супервізію.

При підборі фахівців психолого-психотерапевтичного профілю, важливо правильно розрахувати кількість фахівців відповідно до кількості пацієнтів, які будуть перебувати в закладі. Рекомендовано розраховувати навантаження не більше 10 пацієнтів (краще 7-8) на одного фахівця психолого-психотерапевтичного профілю.

Нижче описані фахівці психолого-психотерапевтичного профілю (клінічний психолог, психотерапевт, лікар-психолог), які є рівнозначними. Їх склад та кількість можна комбінувати залежно від можливостей. Команди Відділення психічного здоров'я має тісно співпрацювати з лікарем-психіатром.

У СКЛАДІ КОМАНДИ ВІДДІЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАЮТЬ БУТИ НАСТУПНІ ФАХІВЦІ:

+ **Завідувач** – цю функцію забезпечує директор з психологічного напрямку Центру, який координує свою роботу з медичним директором. Забезпечує координацію дій різних фахівців Відділення, в залежності від потреб пацієнтів, поточного навантаження відділень та потреб Центру. Формує принципи та координує систему взаємодії та обміну досвідом між фахівцями Центру. Запроваджує систему навчання, розвитку та підвищення кваліфікації фахівців. Для цієї посади необхідна освіта у сфері психології.

+ **Клінічний психолог.** Ця посада була включена наказом МОЗ від 30.09.2022 №1782 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року №385» до переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою, які надаватимуть допомогу, визначену Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». До роботи на посаді «клінічний психолог» допускаються особи, які здобули вищу освіту другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Психологія», із умовою до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія». Особа, яка працює в закладі охорони здоров'я до 01 січня 2023 року, має стаж роботи у системі охорони здоров'я понад 5 років та переводиться на посаду «клінічний психолог», має право до 01 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія» зі скороченим терміном підготовки, що визначається закладом вищої (післядипломної) освіти в кожному випадку окремо і може становити від одного до трьох місяців¹⁰⁶.

+ **Психотерапевт** – це психолог або психіатр, які отримали додаткову освіту в одному або кількох напрямках психотерапії. До роботи на цій посаді допускаються особи, які здобули вищу освіту другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Психологія» та пройшли спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія»¹⁰⁷.

+ **Лікар-психолог** – це фахівець із вищою медичною освітою за спеціальністю «Медична психологія». Серед завдань та обов'язків лікарів-психологів є здійснення психофілактики серед людей груп ризику, психодіагностика та лікування хворих соматичного та психічного профілю спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, психологічна реабілітація із застосуванням спеціальних методик. Лікар-психолог має розширені психологічні компетенції в порівнянні з психологом: має базову підготовку в медицині, а не в психології;

має підготовку в психофармакології та може призначати пацієнтам певні групи препаратів; має глибоку підготовку в галузях, що стосуються психічних розладів; суміщає в своєму навчанні біомедичну та психосоціальну моделі; навчаються спеціально для роботи в закладах охорони здоров'я.

До роботи Відділення психічного здоров'я бажано залучити консультанта «рівний рівному» та соціального працівника, залучаючи додаткові ресурси в рамках чинного законодавства (співпрацю з громадськими організаціями, грантову підтримку та ін.).

✚ **Соціальний працівник** – поняття реабілітації базується не тільки на медичній та психологічній допомозі, а й на соціальній. Тому надзвичайно важливим та актуальним є інноваційне запровадження у «Центрі відновлення психічного здоров'я» додаткової можливості отримати соціальні послуги. На базі Центру пацієнтам варто організувати можливість для отримання наступних видів соціальної допомоги: соціальне консультування – питання отримання виплат за поранення, перебування в полоні, оформлення інвалідності, щодо протезування, соціальних пільг тощо; консультування соціальної адаптації – аналіз життєвої ситуації, визначення основних її проблем, залучення отримувача послуг до аналізу та вирішення власної ситуації; послуга соціальної інтеграції та реінтеграції – надання інформації з питань соціального захисту; представництво інтересів; допомога в оформленні документів; допомога в працевлаштуванні; соціальний супровід та ведення випадку. Для роботи на цій посаді необхідна неповна вища освіта відповідного напрямку підготовки (молодший спеціаліст) без вимог до стажу роботи. Соціальний працівник повинен знати законодавство у сфері надання соціальних послуг; основи етики та професійного спілкування; зміст, форми та порядок надання послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах; методи і форми соціальної роботи зі спеціальними групами клієнтів; основи психології; основи медичних та гігієнічних знань; основи економіки, права та трудового законодавства, норми охорони праці та виробничої санітарії; діловодство¹⁰⁸.

✚ **Консультант «Рівний-рівному»** – у роботі «Центру відновлення психічного здоров'я» рекомендовано використовувати принцип «рівний-рівному» з метою забезпечення налагодження контакту та формування довіри до фахівців та послуг. Підхід «рівний-рівному» — це засіб передачі достовірної, соціально значущої інформації під час неформального або особливим способом організованого спілкування в соціальній групі людей, рівних за якоюсь певною ознакою (вік, інтереси, цінності, потреби, проблеми тощо). Підхід «рівний — рівному» передбачає об'єднання людей у групи за якимись спільними ознаками з метою забезпечення їх точною інформацією й спростування розповсюджених помилкових поглядів, стереотипів, а також для того, щоб допомогти їм розвинути навички, які необхідні для ефективною адаптації та інтеграції в соціумі¹⁰⁹. Навчання за принципом «рівний-рівному» передбачає вплив членів певної групи (як от ветеранів із досвідом опанування ситуацією) на інших членів тієї ж групи (ветеранів та їхнє оточення), що переживають труднощі в адаптації до мирних умов, щоб сприяти позитивним змінам у поведінці останніх.



ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Робота з наслідками психотравми є дуже тонкою. Пацієнти, що переживають наслідки травмивних подій, зокрема ПТСР, схильні до уникнення. З огляду на це, важливо правильно організувати роботу відділення психічного здоров'я. З одного боку, **має бути чітка структура та маршрут пацієнта** в процесі отримання послуг, з другого — **враховано індивідуальні особливості** кожного пацієнта та його потреб.

Важливі аспекти в плануванні роботи фахівців відділення психічного здоров'я

! Важливо дбати про сталість просторів для роботи. Оскільки пацієнти, що відновлюються після травмивних подій, часто бувають недовірливі та ригідні, бажано, щоб консультації відбувались в одному й тому самому кабінеті, групі заняття теж мали сталий простір.

! Групова робота повинна мати чітко визначені часові рамки та сталий графік. Це допомагає пацієнтам почуватись безпечніше та дає відчуття стабільності.

! Психолог може виступати своєрідним «перекладачем» між пацієнтом та іншими фахівцями закладу, якщо сам пацієнт має складнощі з вербалізацією власних потреб.

Запорукою ефективної роботи відділення є хороша комунікація та взаємна підтримка в команді. Необхідно проводити щоденні робочі зустрічі, під час яких відбувається обмін досвідом, планування, розподіл клієнтів між фахівцями, обговорення складних випадків та кризових ситуацій. Також важливою формою взаємодії фахівців відділення є консиліуми, а також супервізійні та інтервізійні групи.

Додаткова функція відділення психічного здоров'я — це просвітницька робота серед персоналу, активна участь у творенні терапевтичного простору та інформування пацієнтів. Команда фахівців із психічного здоров'я є одним з основних підрозділів Центру, який відповідає не лише за психотерапевтичні інтервенції та діагностику, а й формує психологічну атмосферу в колективі загалом, у тому числі якісної комунікації медичного персоналу з пацієнтами («перекладач» між лікарем та пацієнтом), впливає на створення терапевтичної атмосфери та проводить заходи терапевтичного дозвілля.

Відділення має стати амбасадорами плекання про психічне здоров'я для команди, підтримувати та дбати про його резильєнтність, займатись просвітою серед пацієнтів та в суспільстві загалом.

IV.4.

5. Відділення фізичної реабілітації та інтегративної медицини

Відділення фізичної реабілітації та інтегративної медицини включає напрям фізичної реабілітації та ерготерапії, та напрям інтегративної медицини.

КОМАНДА ВІДДІЛУ:

+ **Завідувач** – забезпечує організацію діяльності відділу та координує співпрацю з уніфікованими відділеннями та Відділенням психічного здоров'я.

+ **Лікар фізичної та реабілітаційної медицини** (лікар ФРМ) – нова спеціальність в Україні¹¹⁰. Лікар ФРМ має встановити мету, до якої прагне людина, і що заважає її досягненню. Для цього використовує класичну медичну діагностику, неврологічний та ортопедичний огляд і створює план реабілітаційних заходів. В нього входять: фізична терапія та ерготерапія, що включає реабілітаційні методи, ортопедичну мануальну терапію, терапевтичні вправи; апаратна фізіотерапія – електротерапія, магнітотерапія, лазеротерапія та ін.; медикаментозна терапія та лікувальні ін'єкції. Лікар ФРМ повинен давати чіткий напрямок руху, стратегію відновлення, розуміння людини відповідальності за свій результат. Пацієнт повинен бути активним учасником процесу. Лікар ФРМ – обов'язково повинен мати вищу медичну освіту. Глибоке знання анатомії та всіх процесів функціонування організму людини дозволяє лікарю ФРМ надавати ефективну допомогу, дотримуючись принципів доказової медицини та зберігаючи цілісне бачення потреб пацієнта. Основний контингент в терапії – пацієнти з захворюваннями нервової системи та опорно-рухового апарату¹¹¹.

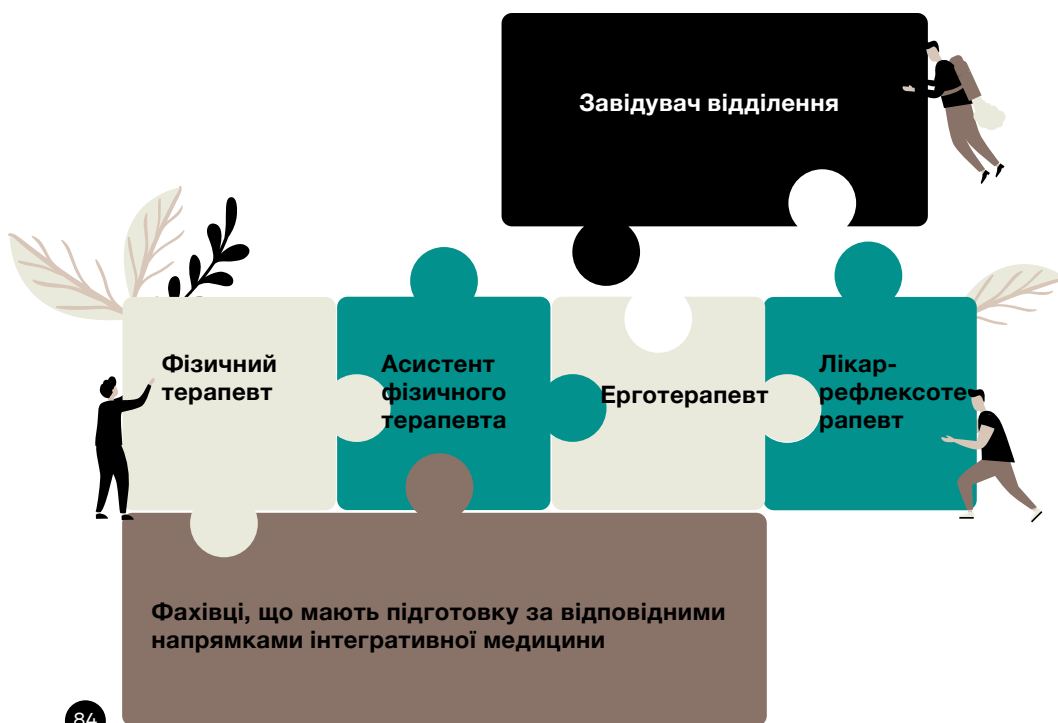
+ **Фізичний терапевт** – це фахівець, метою роботи якого є реабілітація пацієнта після захворювання або травматичного ушкодження через пасивні та активні рухи, фізичні фактори та фактори навколишнього середовища. Фахівець повинен мати вищу освіту магістра в галузі «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або за спеціальністю «Фізична реабілітація», або вищу освіту магістра в галузі «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за спеціальністю «Фізична реабілітація»¹¹².

➔ **Асистент фізичного терапевта** – для роботи на цій посаді необхідна вища освіта бакалавра в галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація», або вища освіта першого рівня за ступенем бакалавра галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини»¹¹³.

➔ **Ерготерапевт** – фахівець зі спеціальною освітою за цим напрямком, рівня кваліфікації «магістр». Найбільш поширеною формою навчання є 2-річні магістерські програми з ерготерапії, впродовж яких студенти повинні отримати не менше 1000 годин навчальної практики в реабілітаційних центрах, лікарнях. Діяльність ерготерапевта має спиратися на чинне законодавство України про охорону здоров'я, нормативні документи, які регулюють організацію ерготерапії, принципи та правила медичної етики, правилами внутрішнього трудового розпорядку та іншими правилами Центру, посадовою інструкцією¹¹⁴.

➔ **Лікар-рефлексотерапевт** – кваліфікаційні вимоги включають повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Лікувальна справа»; проходження інтернатури за спеціальністю «Неврологія» з наступною спеціалізацією з «Рефлексотерапії», наявність сертифіката лікаря-спеціаліста¹¹⁵.

➔ **Фахівці, що мають підготовку за відповідними напрямками інтегративної медицини**, такими як терапевтична йога, мануальні практики, практики майндфулнес тощо. Можуть бути члени мультидисциплінарної команди, або залучені фахівці.



IV.5.

Напрямок фізичної реабілітації та ерготерапії

Роль фізичної терапії у відновленні здоров'я в сучасній медичній практиці важко переоцінити. Робота реабілітаційної команди фахівців для відновлення втрачених функцій та рухового потенціалу кожного дня доводить свою ефективність. Організаційні аспекти такої роботи викладено в Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та нормативно-правових актах до нього¹¹⁶.

У цьому посібнику зосередимо увагу на необхідності застосування фізичної терапії при «невидимих пораненнях» — психотравмі та наслідках дії вибухової хвилі на мозок: легкій черепно-мозковій травмі та посткомоційному синдромі.

Фізична терапія при розладах психіки. Психіка людини невід'ємно пов'язана з тілом. Весь наш розвиток і всі наші переживання відбуваються в тілі. Навіть найменший емоційний прояв, стрес залишають відчуття в тілі. Американська психологічна асоціація визначає стрес як фізіологічну або психологічну реакцію на внутрішні або зовнішні стресори. Стрес є нормальною реакцією на повсякденний тиск, але може стати нездоровим, коли він порушує вашу повсякденну роботу. Стрес включає зміни, що впливають майже на кожен систему організму, а також на те, як люди почуваються та поведуться¹¹⁷.

Якщо ми не маємо можливості допрожити свої переживання, вони накопичуються в тілі й поступово дають про себе знати дискомфортом, напруженням та болем у м'язах. Стрес може стати нездоровим, коли порушує повсякденне функціонування людини. Токсичний (тривалий) стрес впливає на розвиток префронтальної кори та гіпокампу, притупляє увагу, знижує концентрацію та погіршує здатність до судження. Сукупний тягар хронічного стресу та життєвих подій описує термін «алостатичне навантаження». Згідно з цією концепцією, вплив стресу є кумулятивним — його можна визначити за допомогою біомаркерів та клінічних критеріїв. Вплив стресорів активує симпатико-наднирково-мозкову вісь та гіпоталамо-гіпофізо-наднирникову вісь. Вони запускають фізіологічні реакції на стрес, які допомагають нам реагувати на загрозу та адаптуватися. З часом ці фізіологічні адаптації спричиняють значне зношування тіла. Вони можуть негативно вплинути на імунну систему, метаболічні процеси та серцево-судинну систему — призводять до підвищення артеріального тиску, рівня ліпідів, глюкози та провокують запалення, що збільшує ризики для здоров'я¹¹⁸.

Тіло може стати для нас потужною опорою або ж найбільшою перешкодою в подоланні наслідків психотравмивних подій. У деяких випадках ми отримуємо парадоксальний ефект: людина не може відпустити ментальне чи емоційне переживання, бо в неї перенапружені м'язи, але так само не може розслабити м'язи, бо напруження постійно зростає через стрес, що спричинений спогадами про травмивні події. Тому робота з тілом під час лікування психотравми є не просто корисною, а необхідною.

Фізична активність зменшує симптоми депресії й тривоги та рекомендується як допоміжний засіб під час лікування депресії та тривожності. Дослідження показують, що фізична активність може зменшити частоту виникнення депресії й тривожності¹¹⁹. Вплив фізичної активності на ПТСР менш досліджений. Проте є попередні свідчення про те, що фізичні вправи є перспективними для зменшення тяжкості симптомів ПТСР серед ветеранів¹²⁰. Хоча для підтвердження переваг фізичних вправ для зменшення симптомів ПТСР потрібні високоякісні рандомізовані дослідження, фізичні вправи використовують як допоміжні методи лікування осіб з ПТСР та іншими розладами психічного здоров'я. Переваги фізичних вправ для здоров'я добре відомі — зараз зростає кількість досліджень, які показують, що фізичні вправи як додаткове лікування можуть підтримувати психічне здоров'я¹²¹.

За допомогою вправ ми знижуємо нашу нейроендокринну реактивність і знижуємо біологічну реакцію на стрес, це приводить до заспокоєння та відчуття контролю ситуації. Незалежно від типу вправ, фітнес зміцнює впевненість у собі та дає відчуття виконаного обов'язку. А от відмова від фізичної активності сприяє зниженню самооцінки. Вправи допомагають зняти гостроту реакції і дають можливість вивільнити негативні емоції. Чи ми говоримо про фізичні навантаження, пов'язані з кардіо, чи легші, менш інтенсивні, такі як ходьба або робота по дому, людина може буквально відпрацювати деякі емоції — за допомогою глибокого дихання та перенаправлення емоцій через рухи тіла. Це може стимулювати вироблення ендорфінів, які заспокоюють і розслаблюють.

Фізична терапія в роботі з лЧМТ та посткомоційним синдромом

Клінічні практичні рекомендації з фізичної терапії пацієнтів з лЧМТ описані в практичному посібнику «Легка черепно-мозкова травма. Реабілітаційний інструментарій»¹²², Клінічній настанові «Лікування та догляд за пацієнтами зі струсом мозку — легкою черепно-мозковою травмою»¹²³.

Враховуючи етіопатогенетичні аспекти дії вибухової хвилі на мозок, а саме пошкодження нейронів, нейроглії та судинних структур внаслідок проходження фронту високого тиску через паренхіму мозку та ліквородинамічного удару, що призводить до каскаду ексайтотоксичних процесів, потрібно застосовувати підходи, засновані на унікальній здатності мозку до відновлення — нейропластичності.

Нейропластичність (також відома як пластичність мозку) — це процес, який включає адаптивні структурні та функціональні зміни мозку. Визначається як здатність нервової системи змінювати свою діяльність у відповідь на внутрішні або зовнішні подразники шляхом реорганізації структури, функцій або зв'язків після травм, таких як інсульт або черепно-мозкова травма (ЧМТ)¹²⁴. Нейропластичність — це здатність мозку адаптуватись, відновлюватись і створювати нові нейронні зв'язки як після травмивних подій, так і в повсякденному житті.

Фізична активність — обов'язкова умова для розвитку нейропластичності. За даними Школи громадського здоров'я Гарвардського університету, фізичні вправи стимулюють нейрогенез, тобто утворення нових нейронів у мозку¹²⁵. Вони впливають на дихання, насичення мозку киснем, координацію, моторику тощо.

Рух сприяє не тільки фізичному здоров'ю — він життєво важливий для коректної роботи мозку. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, необхідно отримувати 150 хвилин на тиждень фізичної активності¹²⁶, що покращує навички мислення, обробку інформації, управління стресом, пам'ять, успішність і може допомогти контролювати психічні захворювання і нейродегенеративні розлади або запобігти їм. Фізична активність дає змогу підняти рівень нейромедіаторів у мозку: серотоніну та ендорфінів, які викликають почуття задоволення.

Окрім використання фізичної активності для запуску процесів нейропластичності, фізична терапія в корекції окремих порушень після лЧМТ та посткомоційного синдрому є невід'ємним методом вестибулярної реабілітації при вестибулярних розладах, роботи з головними болями напруження, корекції спазмів мускулатури та м'язових асиметрій¹²⁷.

Загальна модель фізичної терапії у реабілітаційному центрі потребує використання рекреаційних зон та активної взаємодії з природними чинниками. Додавання до базових завдань фізичної терапії занять на відкритому просторі та спеціальних вправ, які імітують природні рухи, сприяє відновленню нейронних зв'язків та правильному патерну руху пацієнта, допомагає ефективно проводити профілактику для військових та сприяє розвитку необхідних навичок під час перебування у польових умовах.

Ерготерапія та психічне здоров'я. До мультидисциплінарної команди Центру відновлення психічного здоров'я» рекомендовано залучати ерготерапевта.

Американська асоціація ерготерапевтів відзначає особливе значення ерготерапії у сфері психічного здоров'я: «Окрема цінність ерготерапії полягає в покращенні здоров'я та якості життя через залучення до значущих, необхідних і звичних видів повсякденної діяльності». Ерготерапія має багату історію зміцнення психічного здоров'я в усіх сферах практики шляхом залучення пацієнтів до важливих для них та приємних занять. Мета ерготерапії у сфері психічного здоров'я полягає в тому, щоб допомогти людям розвивати й підтримувати психічне здоров'я, запобігати психічним захворюванням чи одужати від них, щоб жити повноцінним та продуктивним життям.

Психічне здоров'я характеризується не просто відсутністю психічних захворювань, а й наявністю таких характеристик, як позитивний стан, позитивне психологічне та соціальне функціонування, а також здатність адаптуватися до змін і справлятися з життєвими проблемами. Психічно здорові люди краще функціонують у повсякденному житті та виконують дії для підтримки здоров'я. Через динамічну природу психічного здоров'я та психічних розладів у житті людини фахівці з ерготерапії налаштовуються на потреби психічного здоров'я всіх клієнтів у всіх практичних установах і вирішують їх¹²⁸.

За визначенням «Українського товариства ерготерапевтів», ерготерапія — це «клієнтоцентрична професія у сфері охорони здоров'я, освіти та сфері соціальних послуг, яка допомагає людям усіх вікових категорій, які внаслідок фізичних, розумових, сенсорних, психоемоційних проблем не можуть брати повноцінну участь у повсякденному житті. Основною метою ерготерапії як науки та мистецтва є уможливити залучення людини до виконання повсякденних занять, досягнути максимально можливого рівня її незалежності та покращити якість її життя шляхом розвитку, відновлення або підтримки функціональних навичок, модифікації заняттєвої активності людини або адаптації її середовища. Це процес відновлення, розвитку та/або підтримки навичок, необхідних для залучення особи з обмеженнями повсякденного функціонування до активного повсякденного життя та занять, які вона бажає, потребує або планує виконувати, а також модифікація заняттєвої активності особи та/або адаптації її середовища. Ерготерапія признається, планується та здійснюється ерготерапевтом або під його контролем»¹²⁹.

Головним принципом ерготерапії є пацієнтоцентричність. У центрі роботи завжди стоїть саме конкретна унікальна людина, яка має деякі обмеження у виконанні активності. Окрім стану людини, характеру її захворювання, ерготерапевт аналізує її оточення, як вона жила до хвороби, особисті схильності та захоплення тощо. Комплексний аналіз ситуації дозволяє ерготерапевту припустити, що можна доповнити, змінити, адаптувати в процесі реабілітації та в оточенні людини. Все це дуже важливо, оскільки завдання ерготерапії — поліпшити якість життя, дати можливість людині повернутися до звичайної діяльності, самостійно обслуговувати себе, урізноманітнити своє дозвілля, почати працювати¹³⁰.

IV.5.

1. Напрямок інтегративної медицини

Інтегративна медицина з використанням комплементарних методів. Інтегративна медицина — це досить новий, сучасний напрямок медицини, який використовує передові методики лікування сучасної західної та багатовікової східної медицини, кожна з яких має свої сильні та слабкі сторони, що дає можливість завдяки їх об'єднанню досягати максимально ефективного результату.

Інтегративна медицина підтверджує важливість відносин між надавачем послуг та пацієнтом; орієнтується на людину як цілісність; має доказове підґрунтя; використовує всі відповідні терапевтичні підходи та підходи до способу життя, медичні практики та дисципліни для досягнення оптимального здоров'я та зцілення. Інтегративна медицина пробуджує внутрішні можливості організму, активує налаштування саморегулювання, вчить свідомого ставлення до себе, акцентує увагу на профілактиці, вводить у дію механізми самовідновлення здоров'я за допомогою десятиліть вироблених технік і, за необхідності, доступних природних ресурсів.

Впровадження комплементарної медицини у Центрах відновлення психічного здоров'я є етіопатогенетично обґрунтованим підходом до відновлення, що дає можливість пацієнтам використовувати отримані певні навички в домашніх умовах для підтримання свого здоров'я та добробуту в подальшому.

У системі охорони здоров'я багатьох країн комплементарні (додаткові) методи доповнюють наукові і не заперечують одні одних. У США, Європі, Швейцарії, Ізраїлі, Австралії, Канаді та інших країнах уже давно визнали переваги застосування інтегративного підходу з використанням комплементарних методів як ефективного доповнення до традиційного, а часом і як самодостатнього способу надання допомоги за певних проблем зі здоров'ям.

У Міністерстві у справах ветеранів США це пов'язано, зокрема, з культурною трансформацією від підходу до лікування, який наголошує на ізольованих симптомах, захворюваннях та хворобах, до зосередження на кожному ветерані як цілісній особистості. Було створено Координаційний центр інтегративної охорони здоров'я (Integrative Health Coordinative Center), який визначає та усуває перешкоди для надання послуг інтегративної медицини у закладах міністерства, служить ресурсом для клінічних практик та освіти для ветеранів, клініцистів, керівництва й персоналу, розробляє політику та вказівки щодо впровадження інтегративної медицини.

✦ Можливі варіанти долучення комплементарних методів:

- ✦ йога та травма-інформована йога
- ✦ тайцзи
- ✦ пілатес
- ✦ акупунктура
- ✦ нейрофідбектерапія
- ✦ біофідбек
- ✦ клінічний гіпноз
- ✦ медитації
- ✦ м'язова релаксація
- ✦ мануальні практики
- ✦ релаксаційні техніки
- ✦ інше

IV.5.

2. Напрямок рекреаційної терапії

Рекреаційна терапія або терапевтична рекреація — це систематичний процес у межах лікування та реабілітації, який використовує відпочинок (дозвілля) та інші види діяльності як втручання для задоволення потреб осіб із захворюваннями та/або станами інвалідності, як засіб для психологічного та фізичного здоров'я, відновлення та благополуччя.

Рекреаційна терапія часто проводиться в лікарнях та інших лікувальних закладах і базується на простій передумові, що відпочинок має терапевтичну цінність.

Рекреаційні програми допомагають підтримувати фізичне, психічне та емоційне благополуччя людей, що відновлюються, прагнуть зменшити депресію, стрес і тривогу; відновити основні рухові функції та здібності до міркування; розвивати впевненість і ефективно спілкуватися. Рекреаційна терапія може допомогти відновити навички, покращити настрій, якість життя та зміцнити соціальні зв'язки, що так необхідно при роботі по відновленню психічного здоров'я!

МОЖЛИВІ РЕКРЕАЦІЙНІ ЗАХОДИ:

- ✓ мистецтво і ремесла;
- ✓ водна терапія;
- ✓ адаптивний спорт;
- ✓ картки та настільні ігри;
- ✓ кулінарія та випікання;
- ✓ фізичні вправи та спорт;
- ✓ садово-городні роботи;
- ✓ активний відпочинок на свіжому повітрі (включно з іграми у дворі);
- ✓ екскурсії з реінтеграції в громаду;
- ✓ РЕТ-терапія (за допомогою тварин);
- ✓ читання і письмо;
- ✓ екологічні ініціативи — наприклад, прибирання або сортування сміття та ін.;
- ✓ відеоігри.

Існує ряд досліджень, які свідчать про зменшення проявів депресії у разі використання активної рекреаційної терапії¹³¹; про покращення здорового функціонування роботи мозку завдяки фізичним вправам, соціальному залученню та іграм¹³²; про збільшення показників упевненості людини в собі та самооцінки¹³³; про позитивний вплив можливості спілкуватися з іншими людьми, що може протидіяти почуттю ізольованості¹³⁴; про підвищення фізичної витривалості, гнучкості та покращення балансу¹³⁵.

Застосування рекреаційних заходів гармонійно доповнює реабілітаційний процес, розширює та зміцнює терапевтичний вплив під час відновлення психічного здоров'я.

V. Психо- терапевтичні підходи та стандарти



Рекомендовані стандарти, настанови, протоколи при психологічній реабілітації

Відповідно до Наказу № 1422 від 29.12.2006¹³⁶, Міністерство охорони здоров'я України може обирати клінічні настанови для їх подальшого затвердження як клінічних протоколів. Заклади МОЗ можуть обирати й затверджувати внутрішніми наказами настанови, перекладені українською, із наведеного нижче переліку джерел.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ:

Універсальні

Up To Date	http://www.uptodate.com
BMJ Clinical Evidence	http://clinicalevidence.bmj.com
Medscape from WebMD	http://www.medscape.com
National Guideline Clearinghouse	https://www.guideline.gov/
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	https://www.cdc.gov/
The Cochrane Collaboration The Cochrane Library	http://www.cochrane.org/
Clinical Knowledge Summaries (CKS)	http://prodigy.clarity.co.uk/

Національні

The Finnish Medical Society Duodecim	https://www.duodecim.fi/
The Association of the Scientific Medical Societies in Germany	http://www.awmf.org
The French National Authority for Health	http://www.has-sante.fr/
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk/
Canadian Medical Association InfoBase (CMA InfoBase: Clinical Practice Guidelines (CPGs))	http://www.cma.ca/
The National Health and Medical Research Council (NHMRC)	https://www.nhmrc.gov.au
Royal College of Physicians	https://www.rcplondon.ac.uk/
AMA (American Medical Association)	https://www.ama-assn.org/
American Academy of Family Physicians	http://www.aafp.org/home.html
American Academy of Pediatrics Policy (AAP Policy) Clinical Practice Guidelines	https://www.aap.org
European Pediatric Association, the Union of National European Pediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA)	http://www.epa-unepsa.org/

Травма

Brain Trauma Foundation (BTF)	https://www.braintrauma.org/ http://www.trauma.org/
Eastern Association for the Surgery of Trauma	https://www.east.org/
Western Trauma Association	https://westerntrauma.org/

V.2.

Психотерапевтичні підходи

Під час терапії пацієнтів із травмареlevantними розладами необхідно спиратися на доказові напрями психотерапії та методи роботи, які застосовуються в індивідуальному та групових форматах. Ми їх розглянемо детальніше далі у цьому розділі.

V.2.

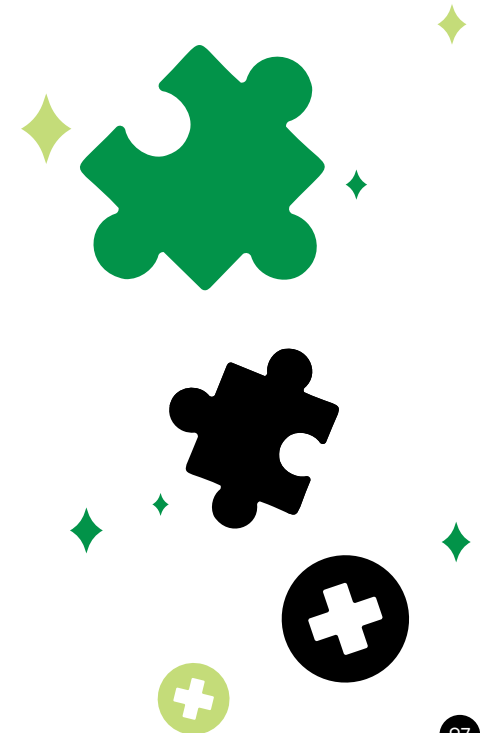
1. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ КПТ)

Згідно з рекомендаціями протоколу «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», ТФ-КПТ проводиться індивідуально. Для пацієнтів з ПТСР рекомендовано 8-12 сеансів, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена, якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості, що спричинили проблеми соціальної адаптації. Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу.

V.2.

2. Когнітивно-процесуальна терапія

Когнітивно-процесуальна терапія — це особливий тип КПТ із доведеною ефективністю у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу внаслідок різноманітних травмивних подій, таких як жорстоке поводження з дітьми, бойові дії, зґвалтування та стихійні лиха. Терапія зазвичай проводиться протягом 12 сеансів і допомагає пацієнтам навчитися піддавати сумніву та змінювати пов'язані з травмою шкідливі переконання. Пацієнт створює нове розуміння та концептуалізацію травмивної події, щоб зменшити її постійний негативний вплив на своє життя. Когнітивно-процесуальна терапія рекомендована Американською психологічною асоціацією як така, що має потужну доказову базу.



3. Пролонгована експозиція

Пролонгована експозиція — це стратегія втручання, що зазвичай використовується в КПТ, щоб допомогти людям справлятися зі страхами. Пролонгована експозиція є специфічним типом КПТ, що навчає людей поступово наближатися до пов'язаних із травмою спогадів, почуттів і ситуацій. Більшість людей хочуть уникати всього, що нагадує їм про пережиту травму. Але це підсилює їхній страх. Зустрівшись із тим, чого уникала, людина може зменшити симптоми ПТСР. Це відбувається через активне навчання та засвоєння на досвіді того, що пов'язані з травмою спогади й сигнали самі по собі не є небезпечними та їх не потрібно уникати. Пролонгована експозиція рекомендується для лікування ПТСР. Терапевти починають процес терапії з того, що дізнаються про минулий досвід пацієнта, проводять психоедукацію. А потім, як правило, навчають пацієнта дихальної техніки для подолання тривожності. Зазвичай після оцінки та початкового сеансу починається експозиція. Оскільки це викликає сильне почуття тривоги у більшості пацієнтів, терапевт наполегливо працює над тим, щоб терапевтичні стосунки сприймалися як безпечне місце для зустрічі з дуже страшними речами. Експозиція відбувається у темпі, який диктує пацієнт. Пролонгована експозиція рекомендована Американською психологічною асоціацією як така, що має потужну доказову базу.

4. Метод десенсибілізації та опрацювання травми рухом очей EMDR

Це спеціальна травмотерапія, яка є складним напрямом психотерапії, що об'єднує багато успішних елементів ряду терапевтичних підходів та комбінує їх із рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції мозку таким чином, щоб стимулювати механізм обробки травматичної інформації. Метод EMDR створила у 1987 році д-р Френсін Шапіро (психолог, старший науковий співробітник Науково-дослідного інституту Психічних досліджень в Пало-Альто, США). EMDR є короткостроковим напрямом психотерапії, який у наш час визнаний одним з найбільш ефективних у роботі з травматичними переживаннями. Цей метод активно використовується військовими спеціалістами у збройних силах та національній гвардії США, військових структурах країн — членів НАТО для подолання наслідків бойової психічної травми та посттравматичного стресового розладу і рекомендований багатьма міжнародними та вітчизняними інституціями, а також Клінічними протоколами Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії (NICE)¹³⁷. EMDR рекомендований протоколом «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

5. Наративно-експозиційна терапія (НЕТ)

Наративно-експозиційна терапія (НЕТ) була розроблена в Університеті міста Констанц (the University of Konstanz) у Німеччині як психотерапевтична інтервенція для людей, котрі мають комплексну або складну травму внаслідок війни, катувань, гендерно обумовленого насильства/насильства від партнера тощо. Під час НЕТ пацієнт створює детальну хронологічну біографію у співпраці з консультантом. Кожен розділ автобіографії письмово документує консультант і переглядає пацієнт. Спеціальний фокус терапії приділяється трансформації фрагментованих спогадів про травмівні досвіди на цілісну та послідовну історію (наратив). Під час останньої сесії пацієнт отримує записаний звіт про власну історію, який також використовують у процесах у сфері прав людини — звітах правозахисних організацій, судах тощо. Терапія триває 8-12 сесій, які проводяться один або два рази на тиждень. Ефективність НЕТ була оцінена та валідована у багатьох дослідженнях, на підставі чого цей метод було рекомендовано Клінічними протоколами NICE для профілактики та лікування ПТСР серед дорослих .

Травмофокусовані втручання повинні починатися не раніше ніж через два тижні після пережитої травми. Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування інтервенцій, що не сфокусовані на травмлі, інші методи психотерапії і психологічної корекції та фармакотерапію.

6. Інтерперсональна терапія (ІПТ)

Це лімітована в часі психотерапія, яка оригінально була розроблена для лікування клінічної депресії. Дослідження протягом останніх 40 років неодноразово демонстрували ефективність цього методу у лікуванні розладів настрою та інших психічних розладів¹³⁸. Підхід ІПТ не заснований на когнітивно-поведінковій терапії та не передбачає експозиції. ІПТ зосереджується на афектах, життєвих обставинах, міжособистісних стосунках та на міжособистісних наслідках травми, а не на самій травмлі, викривлених когнітивних уявленнях чи поведінковій габітуації. ІПТ прагне вирішити міжособистісні конфлікти та мобілізувати соціальну підтримку¹³⁹. Оскільки ІПТ зосереджена на покращенні міжособистісного функціонування, здавалося доречним адаптувати її для лікування ПТСР — захворювання, яка пов'язане з життєвими подіями та впливає на міжособистісне функціонування¹⁴⁰. Попередні дані свідчать про ефективність ІПТ у полегшенні симптомів ПТСР¹⁴¹.

7. Тілесно-орієнтована терапія

ПТСР — це хронічний розлад, що характеризується симптомами повторного переживання, уникнення, емоційного заціпеніння та підвищеного збудження внаслідок одного чи кількох травматичних переживань. Цей розлад пов'язаний із суїцидальними ідеями та поведінкою, а також високим рівнем супутніх психічних розладів, таких як розлади настрою та тривожний розлад, соматоформні розлади та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами тощо. Окрім того, ПТСР часто пов'язаний із супутніми медичними захворюваннями — це серцево-судинні, дихальні, опорно-рухові, неврологічні та шлунково-кишкові розлади, хронічний біль та запалення, діабет і метаболічний синдром¹⁴². ПТСР також пов'язаний із значними проблемами в тілі та самосвідомості, а також у регуляції афектів¹⁴³. Нейробиологічні дослідження показують, що еволюційно старші системи мозку, які відіграють центральну роль в обробці надзвичайного стресу, недостатньо охоплюються вербальними та когнітивними втручаннями, які передусім спрямовані на префронтальну кору¹⁴⁴. Різні форми терапії — такі як експозиція, EMDR та когнітивно-поведінкові втручання, виявилися ефективними в лікуванні ПТСР. Проте значна частина пацієнтів припиняє лікування або має значні залишкові симптоми ПТСР після лікування, зокрема порушення сну, біль та психосоматичний біль, інші проблеми з фізичним здоров'ям. Тому останнім часом усе більше досліджують користь для пацієнтів із ПТСР терапевтичних підходів, що спрямовані на полегшення регуляції механізмів збудження та афекту «знизу вгору» — починаючи з тіла та тілесних відчуттів¹⁴⁵.

Допоміжні техніки психологічної роботи

Допоміжні техніки психологічної роботи застосовуються надавачами послуг психічного здоров'я, щоб полегшити симптоми та навчити прийомів конструктивного керування симптомами. Нижче наведений перелік включає деякі з цих технік і не є вичерпним:

- * **Майндфулнес** (від англ. mindfulness). Цей термін ввів американський професор медицини Джон Кабат-Зінн у 70-х роках XX століття. Майндфулнес означає безоцінну усвідомленість, яка виникає внаслідок свідомого скерування уваги на теперішній момент власного досвіду. Ця практика навчає бути повністю присутніми «тут і зараз», помічати звичні стани нашої свідомості, контролювати нашу увагу та поведінку. Люди, які практикують майндфулнес, не настільки вразливі до стресу через те, що можуть «вистрибнути» з румінації та опрацювати події і ситуації, які їх виснажують. Постійна практика майндфулнес дає можливість покращити не лише емоційне здоров'я, а й фізичне самопочуття. Вчені дослідили, що майндфулнес сприяє зменшенню больових відчуттів при хронічних захворюваннях, зміцненню імунної системи, зниженню артеріального тиску та ризику розвитку серцево-судинних хвороб¹⁴⁶.
- * **Менеджмент когнітивних функцій за програмою CogSMART**. Це менеджмент когнітивних симптомів та реабілітаційна терапія, розроблена для людей з наслідками черепно-мозкової травми. Вона спрямована на покращення навичок перспективної пам'яті, уваги, виконавчих функцій (розв'язання проблем, планування, когнітивна гнучкість) задля більш успішного виконання повсякденної діяльності та досягнення цілей в особистій, робочій та навчальній сферах¹⁴⁷.
- * **Нейрофідбек**. Це процедура, метою якої є поліпшення функцій головного мозку, що відповідають за нервову систему, розумову активність та сон. У цій технології немає ризиків і протипоказань. Нейрофідбек не виявляє хвороб та не лікує їх, а є інструментом поліпшення якості вашого життя. Серйозні проблеми вимагатимуть інших методик. В основі нейрофідбеку лежить принцип електроенцефалографії — доказового методу вимірювання активності мозку за допомогою аналізу електричних хвиль¹⁴⁸. Нейрофідбек допомагає людям навчитися свідомо контролювати свої мозкові хвилі.

Електроенцефалографія (ЕЕГ) записується під час сеансу нейрофідбеку. Учасники сеансу отримують зворотний зв'язок у формі аудіо, відео або їх комбінації. Відповідно, електрофізіологічні компоненти демонструються окремо. Під час цієї процедури учасник сеансу дізнається про зміни, що відбуваються під час навчання, може навчитися керувати реакціями на стимули, оцінити свій прогрес, щоб досягти оптимальних результатів¹⁴⁹.

- * Віртуальна реальність (VR). Техніка означає використання комп'ютерного моделювання та симуляції, що дозволяє людині взаємодіяти зі штучним тривимірним (3-D) візуальним або іншим сенсорним середовищем¹⁵⁰. Ефективність VR була підтверджена в лікуванні акрофобії, страху павуків, панічного розладу та агорафобії, розладів образу тіла, розладів харчової поведінки, страху літати, соціальної фобії, клаустрофобії та ін. VR також використовується в когнітивній реабілітації, щоб допомогти дорослим або дітям з аутизмом розвинути необхідні для самостійності навички. VR також застосовують у терапії ПТСР. За допомогою цієї технології пацієнт піддається впливу джерела свого розладу (наприклад, поля бою). Обґрунтування такої форми терапії полягає в тому, що контакт пацієнта з тими подіями, що спричинили його стан, у поєднанні з навчанням релаксації дозволить йому адаптуватися до стресу.
- * Біосугестивна терапія (БСТ) є ефективним засобом для корекції психологічних, соматоформних і психосоматичних розладів, що поєднує в собі прийоми вербального та невербального навіювання. Однією з переваг БСТ є застосування її у роботі з групами: за 25 хвилин можна провести терапевтичний сеанс одночасно з 8-10 особами. БСТ рекомендована до застосування Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; Лігою психіатрів, психологів, наркологів і психотерапевтів України; кафедрою військової психології Військового інституту Київського національного університету ім. Тараса Шевченка.

V.4.

Форми роботи

Індивідуальна робота. Для оптимального результату рекомендовано дві індивідуальні консультації на тиждень та щоденна участь хоча б в одному груповому психологічному заході, бажана участь у терапевтичному дозвіллі. На практиці — психолог, що супроводжує пацієнта в праві визначати кількість індивідуальних консультацій та групових занять індивідуально.

Групова робота. Однією з переваг роботи у групі є те, що груповий досвід блокує відчуження пацієнта від світу, від інших людей, від самого себе. У тренінговій або психотерапевтичній групі людина уникає замикання в собі зі своїми труднощами та усвідомлює, що інші люди переживають подібне. Для багатьох людей таке відкриття саме по собі виявляється могутнім психотерапевтичним чинником. Також у групі відображається суспільство в мініатюрі — моделюється система стосунків та взаємозв'язків, що характерна для реального життя учасників. Це дає можливість побачити й проаналізувати в умовах психологічної безпеки психологічні закономірності спілкування та поведінки інших людей і самих себе, що не такі очевидні у реальних життєвих ситуаціях. У групі можна відтворити конкретні життєві ситуації когось із учасників та програти різні варіанти їх протікання, випробувати різні стратегії поведінки. Учасники групи можуть отримати зворотний зв'язок і підтримку від людей, що мають схожий досвід. Як правило, використовується зворотний зв'язок без оцінювання та засудження¹⁵¹.

ВИДИ ГРУПОВОЇ РОБОТИ:

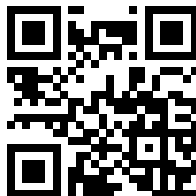
⚙️ **Психоедукаційні зустрічі** — це групові зустрічі, під час яких учасникам пояснюють необхідну інформацію про психічне здоров'я, психічні розлади та симптоми, нейробіологічні процеси травми, стратегії керування симптомами та їх наслідки для особистості, ймовірні прогнози¹⁵². Психоедукація — це первинний етап у роботі з постраждалими від травм війни, який створює базове підґрунтя для роботи на наступних етапах, таких як стабілізація, пошук ресурсів та саморегуляція психологічного стану. Психоедукаційні зустрічі можуть проводитись у форматі мінілекцій, групових бесід або практичних занять із фахівцями відділення психічного здоров'я. Рекомендована тривалість таких зустрічей — від 40 до 45 хв. Для донесення інформації варто використовувати різні способи подачі інформації: лекція, візуальні зображення, відео тощо.

Інформацію про психоедукацію на різні теми для едукативних зустрічей можна знайти на таких ресурсах:

● YouTube-канал Інституту психології здоров'я



● Вебсайт всеукраїнської платформи ментального здоров'я «Ти як?»



● Методичний довідник «Невидимі наслідки війни»



● Посібник «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Зібрання в 3-х томах»



● Платформа «Це Ок»



⚙️ **Ресурсні групи** — це групова психологічна робота, яка спрямована на відновлення ресурсів психіки пацієнтів. Цей напрям роботи є надзвичайно важливим. У таких групах не відбувається робота з травматичними досвідами, відреагування тяжких переживань, проте ведучі груп (фахівці відділення психічного здоров'я) спрямовують динаміку групи на відновлення доступу до заблокованих ресурсів, допомагають віднайти додаткові джерела для наповнення. Деякі вправи на відновлення ресурсу містяться в «Посібнику само-допомоги»¹⁵³. Більше інформації про організацію роботи груп на відновлення ресурсу можна знайти в посібнику «Основи реабілітаційної психології»¹⁵⁴.

⚙️ **Мотиваційні лекції** мають на меті переконати або спонукати аудиторію до певних дій. Мотиваційні лекції мають надихнути присутніх, щоб змусити їх задуматися та зрештою прийняти ваш заклик до дії та виконати її. Тобто лекції мають не тільки пізнавальну мету, а й емоційно-діяльнісну функцію¹⁵⁵. Це формат роботи, який допомагає пацієнтам віднайти мотивацію, розширити кордони бачення проблеми, переводити акцент із проблеми на рішення. Для такого формату зазвичай запрошують спікерів, які мали схожі життєві ситуації, захворювання або ж проблеми, проходили складні випробування і вже змогли їх подолати, переосмислити та рухатись далі в своєму житті. Це можуть бути спортсмени, представники Invictus Games, успішні люди, які мали досвід подолання наслідків травматичних подій.

VI. Маршрут пацієнта

У цьому розділі, після ознайомлення з контекстом, цільовими групами та принципами роботи Центру, його основними підрозділами та засадами, буде описаний маршрут пацієнта відповідно до «Комплексного рішення допомоги».

Програма лікування розрахована на три тижні — з прикладом можна ознайомитися у додатках. Програма може бути адаптована або розроблена відповідно до умов, можливостей та потреб закладу.



1. Прийом пацієнта

Пацієнт може звернутися до Центру самостійно або за направленням сімейного лікаря чи лікаря-куратора.

➔ **Якщо пацієнт звернувся без направлення** — скликається комісія, яка розглядає питання щодо госпіталізації для вирішення її доцільності. Така комісія формується у закладі та затверджується відповідним наказом. У її складі має бути медичний директор, лікар-куратор, фахівець відділення психічного здоров'я та психіатр.

Комісія складає консультативний висновок щодо доцільності госпіталізації. Якщо госпіталізація визнана доцільною та не було виявлено протипоказань, пацієнт оформлює первинну документацію для госпіталізації та скеровується до уніфікованого відділення.

Протипоказаннями до госпіталізації у Центрі є: розлади психіки та поведінки психотичного рівня, гострий період непсихотичних психічних розладів та розладів поведінки, олігофренія, гострі соматичні захворювання та їх загострення, які потребують профільного лікування.

➔ **Якщо наявне направлення від лікаря** — працівник приймального відділення одразу оформлює первинну документацію та скеровує пацієнта до уніфікованого відділення.

2. Перший контакт із лікарем-куратором

Завідувач відділення призначає пацієнтові лікаря-куратора. У перший день перебування пацієнта у Центрі лікар-куратор робить базові призначення та спрямовує його на первинний скринінг до фахівця відділення психічного здоров'я, який обслуговує це відділення.

3. Первинний психологічний скринінг

Завдання скринінгу (Додаток 4) полягає у первинній оцінці стану та запиту клієнта. Це оцінка ризиків, за потреби мотиваційне консультування й едутація пацієнта відносно його стану та користі психологічних послуг. На скринінгу особлива увага приділяється дослідженню: суїцидальних думок, суїцидальних ризиків (Додаток 2), вживання хімічних речовин, психосоматичних скарг, симптомів дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності та міжособистісних проблем. а кож здійснюється тестування (використовуються об'єктивні психометричні інструменти, спрямовані на оцінку нейроповедінкових симптомів (Додаток 5), ПТСР-симптомів (Додаток 5), депресії та тривоги (Додаток 7).

Фахівець відділення психічного здоров'я заповнює карту скринінгу.

За результатами скринінгу відбувається сортування:

➔ **Необхідність негайного втручання одразу після скринінгу** — кризова консультація, суїцидальні або гоміцидні тенденції, гострий стан. При виявленні суїцидальних тенденцій, складається план безпеки для попередження суїцидів (Додаток 3).

➔ **Спрямування на групову терапію** — фахівець, який проводив скринінг, призначає заходи групової роботи, про що робить записи в картку «Індивідуальний маршрут пацієнта».

➔ **Спрямування на індивідуальну терапію або ж комбінований варіант** — пацієнт спрямовується до фахівця з психічного здоров'я, який найбільше компетентний для цього запиту. Заповнюється карта психологічного супроводу (Додаток 6).

4. Розробка індивідуального маршруту пацієнта лікарем-куратором у співпраці з фахівцем відділення психічного здоров'я

Індивідуальний маршрут пацієнта формується на основі результатів скринінгу лікарем-куратором та закріпленим за пацієнтом психологом. План лікування складається на основі «Комплексного рішення допомоги», із залученням лікарів-консультантів, фахівців та ресурсів відділення психічного здоров'я, відділень фізичної реабілітації та інтегративної медицини — з урахуванням стану, потреб та побажань пацієнта. У разі направлення до соціального працівника заповнюється карта оцінки потреб (Додаток 1).

Пацієнт отримує паперовий варіант маршруту, у якому фіксуються всі призначення з навігацією (розписані локації та кабінети) та часом їх проведення на весь курс програми, а також відмічаються відвідування.

5. Виконання та моніторинг плану лікування

Здійснює відповідальний лікар-куратор. Для покращення якості та результатів лікування пацієнтів, які потребують додаткового супроводу, рекомендовано залучати клінічних кейс-менеджерів. Заповнюється карта моніторингу прогресу пацієнта (Додаток 1).

6. Закінчення лікування

Після виконання індивідуального маршруту пацієнта відбувається повторне тестування з формуванням висновку та рекомендацій психолога, а також формування лікарем-куратором виписки з історії хвороби з відповідними рекомендаціями.

7.

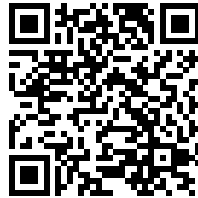
Направлення на послуги в громадах

Згідно з принципом безперервного континууму надання допомоги, слід забезпечити пацієнта інформаційною підтримкою щодо можливостей отримання супроводу в громадах.

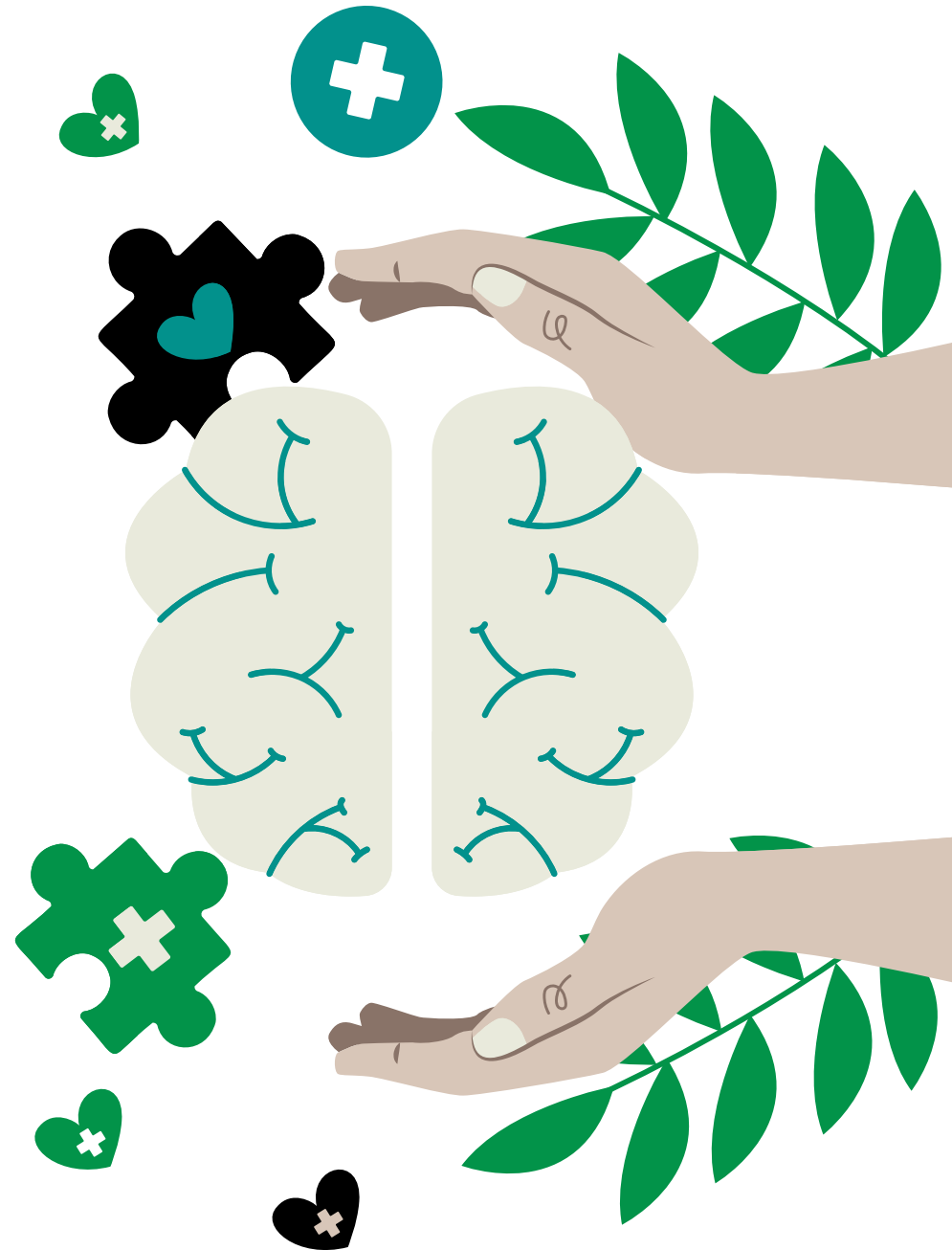
Картування наявних послуг із психосоціальної допомоги значно підвищує їхню доступність. Слід розробити місцеву карту послуг із психосоціальної допомоги, яка б містила перелік послуг, що надаються службами охорони здоров'я, соціальними службами чи НУО на обласному рівні та у громаді. Складних пацієнтів із хронічним перебігом захворювання після закінчення лікування в Центрі необхідно проінформувати, а у разі необхідності скерувати на подальший супровід у вище зазначені організації з психосоціальної підтримки, що надасть сталого ефекту від лікування.

Інформацію про надавачів послуг психічного здоров'я в громадах можна знайти на наступних ресурсах:

● Карта надавачів медичної допомоги за напрямом «Психологічна та психіатрична допомога» НСЗУ



● Карта надання психосоціальної підтримки (ВООЗ)



VII. Робота з персоналом



Команда Центру виконує функцію контейнування внутрішніх переживань і проявів пацієнта, що допомагає йому самому по-іншому переосмислити свій досвід та бути з ним у контакті не руйнуючись.

Добре підготовлена, мотивована, емпатична та ресурсна команда в Центрі, де відновлюють психічне здоров'я, є фундаментом і запорукою успіху. Тому невід'ємною частиною роботи Центру має бути підбір, навчання та постійний розвиток фахівців — від керівників до молодшого медичного персоналу.

Для життєдіяльності команди дуже важливий процес її формування: так би мовити, зародження, та програма, за якою вона твориться, а також власне процес створення. Утворення команди не може відбуватися без загального бачення її існування. Для цього дуже важливими є особистості та візія, бачення її творців, її лідерів. Початком команди є представлення усім цього бачення, місії, сенсу праці в команді, як і загальної моделі роботи, моделі стосунків та співпраці. Це певний базис побудови майбутньої ефективної команди.

Наступним важливим етапом розвитку команди є формування способу її функціонування уже безпосередньо в процесі праці. У перші роки спільної роботи в команді усталюються основні підходи до ухвалення рішень, розподілу обов'язків, спілкування, обміну інформацією, розв'язання конфліктів, проведення зборів, взаємопідтримки, навчання, святкування. Ці перші часи дуже важливі, бо закладають певну традицію, яка далі вже буде передаватися «з покоління у покоління». І дуже важливо, щоб ці базові функції та процеси командної роботи були ефективними. Але іноді структура може і заважати, коли в умовах змін зовнішньої ситуації потрібно відійти від «старого курсу», гнучко переорієнтуватися, модифікувати спосіб функціонування. Тому важливо, з одного боку розвивати і зміцнювати структуру, з другого — не боятися, якщо потрібно, відходити від структури, творити щось зовсім нове.

За етапом формування команди та програми настає стадія зрілості — час плідності, час ефективної праці, коли робота на попередніх періодах починає справді виявляється у плодах та досягненнях. На цьому етапі команда може працювати злагоджено і менше потребувати часу на розвиток та підтримку свого функціонування, але важливо не впасти в оману. На цьому етапі, як і на всіх попередніх, за нестачі уваги та плекання команда може піддатися різним «хворобам». Вони можуть прийти зсередини — як наслідок «недопрацювань» та нез'ясованих конфліктів, що передалися з попередніх етапів, і ззовні — з різних соціальних та інших зовнішніх змін і впливів. «Хвороби» можуть виражатися через втрату позитивної емоційної атмосфери, ізоляцію та суто формальне спілкування між членами команди, наростання взаємних образ і невдоволень, прояв тенденцій до конкуренції, порівняння між членами команди, груповий

нарцисизм, емоційне вигорання, наростання знеохоти до праці. Це нормально, що команда, як і будь-який організм, потребує ефективного лікування і часом допомоги зовнішніх експертів для встановлення точного «діагнозу» та вибору належних методів терапевтичних утручань. Це кропітка праця, але плоди її того варті, бо справді у команді можна досягти того, чого не досягти поодиночі, і, зокрема, командою можна забезпечити ефективну допомогу.



До числа необхідних знань фахівця, що працює в мультидисциплінарній команді, дослідники відносять знання про принципи й організацію роботи в такій команді, її цінностей. До числа умінь — диференціювання спільної й індивідуальної відповідальності, уміння переносити досвід, отриманий у команді до нових робочих ситуацій.

Важливо передбачити у цій роботі створення спеціальної програми для команди у вигляді як циклу семінарів та тренінгів із психологічної пропедевтики, так і заходів для їх психологічної підтримки та профілактики емоційного вигорання.

Відділення психічного здоров'я Центру має слідкувати за своєчасним виконанням графіка навчання та підвищення кваліфікації, розробляти й упроваджувати програму навчання та підвищення кваліфікації фахівців Центру, в тому числі для запобігання «вигоранню».

Рекомендовані теми обов'язкових тренінгів для персоналу

- ➔ Перша психологічна допомога.
- ➔ Вступ до травми, гострої реакції на стрес та ПТСР.
- ➔ Особливості комунікації з людьми, які мають бойовий досвід.
- ➔ Особливості роботи з тими, хто пережив полон і тортури.
- ➔ Психологічні наслідки сексуального насильства в контексті воєнних злочинів.
- ➔ Базові навички комунікації, асертивна поведінка.
- ➔ Профілактика емоційного вигорання та попередження вікарної травми.
- ➔ Навички резильєнтності для фахівців.
- ➔ Супервізії для фахівців.

⚙ Ресурсний центр «Лісова поляна»



⚙ Посібник «Невидимі наслідки війни»



⚙ «Спосіб життя після легкої черепно-мозкової травми»



⚙ Довідник безбар'єрності



⚙ «Інклюзивне суспільство в Україні. Довідник практичних рекомендацій»



⚙ Посібник «Легка черепно-мозкова травма. Реабілітаційний інструментарій»



⚙️ Клінічна настанова «Лікування та догляд за пацієнтами зі струсом мозку — легкою черепно-мозковою травмою»



⚙️ Додаток «База» з психічного здоров'я для ветеранів



⚙️ Посібник «Рекомендації для медичних працівників щодо особливостей роботи з пацієнтами, які пережили полон та тортури»



⚙️ Сайт «ЦеОк»



⚙️ Академія стійкості



⚙️ Посібник для місцевих координаційних органів «Охорона психічного здоров'я у громадах»



⚙️ Онлайн-курс проекту Mh4U «Методи психологічної самопомоги для медичних працівників і не лише...»



⚙️ Онлайн-курс проекту Mh4U «Техніки самопомоги та розвитку стресостійкості у ситуації війни: для цивільних та військових»



⚙️ Онлайн-курс проекту Mh4U «Етика у сфері психічного здоров'я»



⚙️ Онлайн-курс проекту Mh4U «Психічне здоров'я і права людини»



⚙️ Навчальний посібник «Психічне здоров'я та насильство на гендерному ґрунті — допомога жертвам сексуального насильства в умовах конфлікту»



VIII. Вимоги до персоналу



ВИМОГИ ЩОДО ПРОФІЛІВ ТА КІЛЬКОСТІ ФАХІВЦІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ НА ПОСАДАХ:

Таблиця розрахунку кількості спеціалістів з розрахунку на 50 ліжок

Посада	Спеціалізація	Форма співпраці	Навантаження на спеціаліста	% пацієнтів, які потребують допомоги спеціаліста	Кількість спеціалістів
1. Уніфіковане відділення					
Завідувач відділення	Лікар терапевтичної спеціальності	За основним місцем роботи у відділенні			1
Лікар-куратор	Лікар терапевт та/або невролог	За основним місцем роботи в уніфікованому відділенні	10	100	5
Клінічний кейс-менеджер	Будь-яка особа з гуманітарною освітою	Можлива будь-яка форма залучення: основне місце роботи або за сумісництвом, договори ЦПХ, договори про співпрацю з НУО	10	100	5
Лікар-психіатр	Лікар, який отримав спеціальну підготовку з психіатрії, володіє методами діагностики, лікування, профілактики та експертизи психічних захворювань при розладах психічного здоров'я будь-якого ступеня вираження	За основним місцем роботи у відділенні	35	70	1

Лікар-консультант	Обов'язково: лікар-терапевт і лікар-офтальмолог та лікар-ортопед і лікар-отоларинголог за показаннями: організація консультацій спеціалістів різних профілів за потреби пацієнта	Основне місце роботи в закладі, за сумісництвом, за договором цивільно-правового характеру, за договором підряду	50	100	4
Маніпуляційна медична сестра	Маніпуляційна медична сестра	за основним місцем роботи у відділенні	35	70	1
Постова медична сестра	Постова медсестра	За основним місцем роботи у відділенні		100	4
2. Відділення психічного здоров'я					
Завідувач відділення психічного здоров'я	Спеціаліст у сфері психології	За основним місцем роботи у відділенні			1
Психолог	Клінічний психолог та/або психотерапевт та/або лікар-психолог	За основним місцем роботи у відділенні	10	100	5
Соціальний працівник	Неповна вища освіта відповідного напрямку підготовки (молодший спеціаліст) без вимог до стажу роботи.	За основним місцем роботи у відділенні	25	50	1

Консультант «рівний — рівному»	Ветеран (бажано підготовка за доказовими програмами, психотерапевтичними методами)	За основним місцем роботи у відділенні	25	50	1
Фахівець із нейрофізичної терапії	Психолог, лікар-психолог, психотерапевт, який пройшов відповідне навчання	Можлива будь-яка форма залучення: основне місце роботи або за сумісництвом, договори ЦПХ, договори про співпрацю з НУО	25	50	1
Фахівець з VR	Психолог, лікар-психолог, психотерапевт, який пройшов відповідне навчання	Можлива будь-яка форма залучення: основне місце роботи або за сумісництвом, договори ЦПХ, договори про співпрацю з НУО	25	50	1
3. Відділення фізичної терапії та інтегративної медицини					
Завідувач	Лікар ФРМ	За основним місцем роботи у відділенні			1
Ерготерапевт	Фахівець зі спеціальною освітою за цим напрямом, рівня кваліфікації «магістр».	За основним місцем роботи у відділенні	25	50	1

Фізичний терапевт	(молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія», або «Фізична реабілітація», або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр)	За основним місцем роботи у відділенні	25	100	2
Асистент фізичного терапевта	Необхідна вища освіта бакалавра в галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» чи «Фізична реабілітація» або вища освіта першого рівня за ступенем бакалавра галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини»	За основним місцем роботи у відділенні			2

Лікар-рефлексотерапевт	Необхідна повна вища освіта за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Лікувальна справа»; проходження інтернатури за спеціальністю «Неврологія» з наступною спеціалізацією з «Рефлексотерапії», наявність сертифіката лікаря-спеціаліста	За основним місцем роботи у відділенні	25	50	1
------------------------	--	--	----	----	---

IX.

Контроль якості надання послуг

Основою побудови роботи у закладі має стати створення політик та стандартних операційних процедур, пов'язаних між собою та об'єднаних у єдину систему прозорого керування всіма процесами у закладі. Додатково необхідно впровадити систему управління ризиками, яка має бути розроблена на основі результатів аналізу можливих ризиків та напрацювання шляхів їх усунення. Третім модулем необхідно визначити економічні та фінансові показники закладу, підвищення ефективності яких дозволить досягнути середньотермінових цілей. Й останнім має стати впровадження принципів комплаєнсу для запобігання корупції.

Передбачається тристороння система оцінювання якості роботи:

- ➔ з боку пацієнтів-ветеранів (анкетування на початку та наприкінці терапії);
- ➔ з боку працівників (система збору групового та індивідуального зворотнього зв'язку);
- ➔ за результатами терапії (аналізу показників зміни стану та ефективності роботи закладу з визначенням очікуваної динаміки поліпшення основних показників — середня зайнятість ліжка, оборот ліжка, середній ліжко-день, термін простою ліжка).

Покращення основних індикаторів ефективності роботи закладу має відбуватися за такими показниками:

1. Скорочення терміну діагностичного періоду та запобігання дублюванню (задвоєнню) обстеження за рахунок якісного догоспіталізаційного підготовчого етапу хворого у поліклініці, чіткий взаємозв'язок із системою постійного зворотного зв'язку між поліклінікою та стаціонаром до та після госпіталізації.
2. Покращення самої системи госпіталізації за рахунок скорочення терміну очікування для планових хворих шляхом складання графіка попереднього запису на госпіталізацію, забезпечення рівномірного навантаження всіх днів протягом тижня, чітка комунікація щодо підготовки документів, необхідних для госпіталізації на відповідному рівні.
3. Комплекс заходів, спрямованих на запобігання подовженню терміну госпіталізації за рахунок супутньої патології — госпіталізація за умов ремісії хронічного захворювання або своєчасне невідкладне залучення зовнішніх фахівців для узгодження необхідного лікування загострення.

Госпіталізація у пізній термін захворювання, тривале очікування хворими, застарілі аналізи або їх повна/часкова відсутність призводять до подовження терміну госпіталізації, безпідставного дублювання обстежень, підвищення рівня загострень, особливо серед контингенту старшої вікової групи, як результат — нераціональне використання ліжкового фонду та зниження медичної й економічної ефективності лікування.

ДОДАТОК 1

Оцінка потреб та ресурсів пацієнта

ПІП клієнта _____

Відповідальний фахівець _____

Дата заповнення _____

Потреби	Безпечний	Задовільний	Вразливий	Кризовий
1.Отримання медичної допомоги.	1	2	3	4
2. Отримання психологічної допомоги.	1	2	3	4
3.Забезпечення базових потреб (їжа, одяг).	1	2	3	4
4. Житло.	1	2	3	4
5. Близькі стосунки (родина, друзі)	1	2	3	4
6. Соціальна активність	1	2	3	4
7. Дохід	1	2	3	4
8. Юридичні потреби	1	2	3	4
9. Безпека (історія суїцидальних нахилів)	1	2	3	4
10. Емоційний стан.	1	2	3	4

Примітки:

Оцінка потреб та ресурсів пацієнта. Ключ.

Потреби	Безпечний	Задовільний	Вразливий	Кризовий
1.Отримання медичної допомоги.	Пройшов повне медичне обстеження. Необхідним лікуванням та медикаментами забезпечений.	Отримав медичні консультації. Не має можливості пройти терапевт. курс лікування.	Мав тільки одну невідкладну конс.	Не отримав медичної допомоги /обстеження після звільнення зі служби.
2. Отримання психологічної допомоги.	Має можливість отримати психологічну допомогу у разі потреби.	Отримує постійну психологічну допомогу/ знаходиться у терапевтичному контакті	Мав одну психологічну консультацію/ негативний досвід взаємодії з психологом	Не мав можливості отримати психологічні послуги.
3.Забезпечення базових потреб (їжа, одяг).	Задовольняє базові потреби без сторонньої допомоги.	Задовольняє базові потреби зі сторонньою допомогою	Частково задовольняє базові потреби/потребує допомоги.	Не має можливості задовільнити базові потреби.
4. Житло.	Має власне житло/задовільні умови.	Має можливість винаймати безпечне житло/ задовільні умови.	Не має постійного місця проживання. (Проживає у хостелі, небезпечних умовах)	Без певного місця проживання.
5. Близькі стосунки (Родина, друзі).	Має підтримку в родині, теплі стосунки з друзями.	Задовільна підтримка родини, друзів.	Відсутність стабільної підтримки.	Відсутність підтримки / родина потребує підтримки клієнта.
6. Соціальна активність	Регулярно задіяний в діяльності значимої спільноти	Час від часу включається в роботу значимої спільноти, спілкується з побратимами.	Соціальні контакти підтримує за необхідністю.	Соціальні контакти не підтримує, комунікує в разі гострої необхідності.

7. Дохід	Дохід, що перевищує потреби.	Стабільний дохід, задовольняє базові потреби.	Не регулярні та не стабільні джерела доходу.	Відсутність джерел доходу.
8. Юридичні потреби	Необхідні юридичні питання вирішені.	Працює з юристом, адвокатом. Документи на стадії підготовки.	Мав юридичні консультації, але справа не в процесі./Не задоволений якістю послуг.	Має не вирішені правові питання/ проблеми з законом.
9. Безпека (Історія суїцид. нахилів)	Немає історії суїцидальних поведінок.	Має історію суїцидальної поведінки, але зараз не має.	Присутні пасивні суїцидальні нахили.	Клієнт має план нашкодити собі та іншим.
10. Емоційний стан	Переважає позитивний фон настрою.	Настрій переважно стабільний.	Переважно позитивний настрій, сум, печаль.	Затяжна депресія.

Моніторинг прогресу клієнта

Ім'я клієнта: _____

Код клієнта: _____

Дата першого контакту: _____

Позначте : перша оцінка моніторинг

Спеціаліст: _____ Дата оцінки потреб: _____

1.Отримання медичної допомоги.	1	2	3	4
2. Психологічна допомога.	1	2	3	4
3.Забезпечення базових потреб.	1	2	3	4
4. Житло.	1	2	3	4
5. Близькі стосунки .	1	2	3	4
6. Соціальна активність.	1	2	3	4
7. Дохід.	1	2	3	4
8. Юридичні потреби.	1	2	3	4
9. Безпека (історія суїцид. нахилів).	1	2	3	4
10. Емоційний стан.	1	2	3	4

Примітки:

ДОДАТОК 2

Анкета суїцидальних нахилів

Клініка з прав людини – Анкета суїцидальних нахилів		
Кроки та підказки (пропоновані питання виділено жирним шрифтом)	так	ні
<p>1. Бажання бути мертвим</p> <p>Клієнт висловлює думки або настрої про небажання жити або бажання піти назавжди або бажання заснути і не прокинутись</p> <p>Чи Ви думали, що життя вже неварте того, щоб продовжувати жити?</p> <p>Чи ви хотіли, щоб Вас вже тут не було / щоб вже не бути живим?</p> <p>задайте питання 2</p>		див.низ.рівень
<p>2. Суїцидальні думки</p> <p>Клієнт має загальні неспецифічні думки про бажання закінчити своє життя.</p> <p>Чи Ви думали про те, щоб вбити себе?</p> <p>Чи Ви думали про те, щоб покінчити з життям?</p> <p>задайте питання 3</p>		див.низ.рівень
<p>3. Суїцидальні думки з методом та наміром</p> <p>Клієнт має активні суїцидальні думки та вже думав про щонайменше один метод.</p> <p>Чи Ви маєте план, як би Ви покінчили з життям (яким чином)?</p> <p>Чи Ви маєте якісь ідеї – яким чином покінчити з життям?</p> <p>Якби Ви вбивали себе, як би Ви це зробили?</p> <p>задайте питання 4</p>		див.серед.рівень

<p>4. Намір здійснити суїцид з планом</p> <p>Клієнт думав про те, щоб покінчити з життям в деталях, детально це планував, або має загальний план і відзначає, що він/вона мають намір та потяг цей план втілити.</p> <p>Чи Ви думали про деталі, наприклад, як і коли б хотіли покінчити з життям?</p> <p>задайте питання 5</p>		див.серед.рівень
<p>5. Суїцидальна поведінка (в минулому)</p> <p>Чи мав клієнт суїцидні нахили / спроби в минулому (фактор ризику)</p> <p>Чи Ви коли-небудь робили щось або готувались / починали робити, щоб покінчити з життям?</p> <p>Що? Коли? Як?</p>	див.висок.рівень	див.серед.рівень
<p>6. Захисні фактори</p> <p>Внутрішні: механізми виживання, релігійні вірування, стійкість, надія</p> <p>Зовнішні: відповідальність перед сім'єю/дітьми, домашні тваринами, або громадою, соціальна підтримка</p> <p>Що Вас стримало від самогубства?</p> <p>Що Вас стримало, щоб реалізувати свій план?</p>		

Рівні ризику та їх визначення

Рівень ризику	Рекомендації
Низький	Забезпечте клієнту доступ до гарячої лінії з попередження суїцидів (наприклад Life Line Ukraine 7333) та поясніть як працює гаряча лінія. Домовтесь з клієнтом, щоб він подзвонив до професіонала, якому довіряє, або на гарячу лінію, якщо буде відчувати суїцидні настрої. Направте клієнта на консультацію.
Середній	Забезпечте клієнту доступ до гарячої лінії з попередження суїцидів (наприклад Life Line Ukraine 7333) та поясніть як працює гаряча лінія. Домовтесь з клієнтом, щоб він подзвонив до професіонала, якому довіряє, або на гарячу лінію, якщо буде відчувати суїцидні настрої. Направте клієнта на консультацію до психіатра. Складіть з клієнтом план безпеки. Підтримуйте зв'язок з клієнтом відповідно плану безпеки.
Високий	Домовтесь з клієнтом щоб наразі він не робив нічого, що йому нашкодить. Використовуйте стабілізуючі техніки, щоб допомогти клієнту бути в спокої (дихання, орієнтація у просторі та ін). Складіть з клієнтом план безпеки. Підтримуйте зв'язок з клієнтом відповідно плану безпеки. Відповідно до ситуації за можливості потреби зв'яжіться з безпечними людьми клієнта та іншими спеціалістами, які залучені до життя клієнта. За необхідності викличте швидку допомогу, поліцію

ДОДАТОК 3

План безпеки для попередження суїцидів

I. НЕБЕЗПЕЧНІ ОЗНАКИ.

1. _____

2. _____

3. _____

II. ЯК Я МОЖУ САМОСТІЙНО ВІДВОЛІКТИСЬ ВІД ДУМОК ПРО СМЕРТЬ.

1. _____

2. _____

3. _____

III. МОЇ БЕЗПЕЧНІ ЛЮДИ ТА БЕЗПЕЧНІ МІСЦЯ.

1. _____ тел. _____
2. _____ тел. _____
3. _____ тел. _____
4. _____ тел. _____

Адреса, маршрут:

IV. ФАХІВЦІ, ЯКІ МОЖУТЬ МЕНІ ДОПОМОГТИ.

1. Ім'я, телефон

2. Ім'я, телефон

3. Ім'я, телефон

4. Ім'я, телефон

V. ОРГАНІЗАЦІЇ ДО ЯКИХ Я МОЖУ ЗВЕРНУТИСЯ ПО ДОПОМОГУ.

1. _____

2. _____

3. Гаряча лінія LIFELINE Ukraine 7333

VI. КОНТАКТ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ НА ВИПАДОК КРИЗИ ВИСОКОГО РІВНЯ ЗАГРОЗИ. (УЧАСНИК СУЇЦИДАЛЬНОГО КОНТРАКТУ)

ДОДАТОК 4

Первинний психологічний скринінг

Проводив (ла) _____

1. Загальні дані.

Прізвище Ім'я По батькові:	
Телефон:	
Стать:	
Вік:	<input type="radio"/> чоловік <input type="radio"/> жінка
Рід військ/наявність людей в підпорядкуванні:	
Дата заповнення:	
Дата поступлення:	
Відділення та палата	
Лікуючий лікар:	

2. Цільова категорія (зазначити хто саме).

- Ветерани
- Діючі військовослужбовці
- Служби рятування
- Родина ветерана, родина УБД
- Звільнені військовополонені
- Родина військовополоненого/звільненого з полону
- Звільнені з полону цивільні
- Інші (наприклад, ВПО) _____

Психодіагностична методика	Результат	Інтерпретація
PCL		
Опитувальник нейроповедінкових симптомів		

Контактні дані особи, з якою можна зв'язатися у разі, якщо з вами не буде зв'язку. (записує психолог, що бере в роботу)

4. Стан здоров'я.

Скарги на психологічний стан (якщо є) або на соматичні симптоми:

5. Суїцидальні думки або спроби:

Чи були у Вас думки про самогубство?	<input type="radio"/> так <input type="radio"/> ні
«Якщо Так, то чи це була тільки думка, чи продумували спосіб та план дій?»	<input type="radio"/> Тільки думка <input type="radio"/> Планував
Чи здійснювали Ви спробу самогубства?	<input type="radio"/> так <input type="radio"/> ні
«Якщо Так, то скільки спроб? Коли це було? Що зупинило?» *досліджуємо детально, якщо думки актуальні	

6. Черепно-мозкові травми:

Чи були у Вас черепно-мозкові травми?	<input type="radio"/> так	<input type="radio"/> ні
Якщо Так, то скільки?		

7. Соціальний працівник (якщо є необхідність вказати основні потреби):

так ні

- 1. працевлаштування
- 2. гуманітарна допомога
- 3. представлення інтересів
- 4. соціальне консультування
- 5. оформлення інвалідності
- 6. консультування з соціальної адаптації
- 7. інше _____

Групова робота:

Індивідуальна робота:

ДОДАТОК 5

Опитувальник нейроповедінкових симптомів

Уважно читайте твердження і обирайте варіант відповіді від 0 до 4, який відповідає Вашому стану протягом останніх двох тижнів:

Шкали	Немає такого	Інколи, рідко	Помірно	Часто	Дуже часто
Відчуття запаморочення	0	1	2	3	4
Втрата рівноваги	0	1	2	3	4
Погана координація рухів, незграбність	0	1	2	3	4
Головні болі	0	1	2	3	4
Нудота	0	1	2	3	4
Проблеми із зором, розмитість	0	1	2	3	4
Висока чутливість до світла	0	1	2	3	4
Утруднення слуху	0	1	2	3	4
Висока чутливість до шуму	0	1	2	3	4
Оніміння чи поколювання в тілі	0	1	2	3	4
Зміни смаку чи/та нюху	0	1	2	3	4
Втрата або підвищення апетиту	0	1	2	3	4
Погана концентрація уваги, легко відволікаюся	0	1	2	3	4
Забудькуватість, не можу згадати певні речі	0	1	2	3	4
Труднощі у прийнятті рішень	0	1	2	3	4
Уповільнення думок, утруднення самоорганізованості, неможливість довести справу до кінця	0	1	2	3	4
Втома, зниження енергійності, швидка втомлюваність	0	1	2	3	4
Труднощі із засинанням або легко прокидаюся	0	1	2	3	4
Відчуття тривоги та напруженості	0	1	2	3	4

Відчуття депресії чи пригніченості	0	1	2	3	4
Дратівливість, легко вивести із себе	0	1	2	3	4
Відчуваю, що легко розчаровуюсь через дрібниці	0	1	2	3	4

Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5

Згадайте подію, яку Ви можете назвати стресовим досвідом. Наскільки часто, за останній місяць, Вас турбували наступні проблеми:

Шкали	Зовсім не турбує	Трохи	Помірно	Значною мірою	Надзвичайно
1. Повторювальні, хвилюючі та небажані спогади про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
2. Повторювальні, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3. Ви раптово відчуваєте, або поводити себе так, ніби стресова подія відбувається знову (ніби ви дійсно повернулися туди та переживаєте стресову подію заново)	0	1	2	3	4
4. Відчуття засмученості, понівеченості, коли щось нагадало Вам про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5. Відчуття сильної фізіологічної реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (напр., у Вас прискорюється серцебиття, утруднюється дихання, Ви більше пітнієте, тощо)?	0	1	2	3	4
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, певних місць, речей, тем розмов, зайнять) які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8. Проблеми із згадуванням важливих моментів стресової події?	0	1	2	3	4

9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10. Звинувачування себе або когось іншого в тому, що відбулося, або в тому, що сталося після цього?	0	1	2	3	4
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12. Втрата інтересу до занять, які вам раніше подобалися?	0	1	2	3	4
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?	0	1	2	3	4
14. Проблеми з переживанням позитивних почуттів (наприклад, нездатність відчувати щастя або відчувати почуття любові до близьких Вам людей)?	0	1	2	3	4
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16. Занадто часто ризикуєте, чи робите вчинки, які можуть завдати вам шкоди?	0	1	2	3	4
17. Часте перебування «на сторожі», підвищена пильність, ніби ви «на взводі»?	0	1	2	3	4
18. Ви відчуваєте що можете здригнутися в будь-який момент від раптової події (гучного звуку, різкої дії)?	0	1	2	3	4
19. Труднощі із зосередженням уваги?	0	1	2	3	4
20. Вам важко заснути, або ж Ви часто прокидаєтесь в ночі?	0	1	2	3	4

ДОДАТОК 6

Картка психологічного супроводу

1. Загальні дані.

П.І.Б.: _____

Вік: _____ Сімейний стан: _____ Діти: _____

Освіта: _____ Діяльність: _____

Інвалідність _____ Контактний телефон: _____

Тривалість перебування в зоні бойових дій : з _____ по _____

Перебування під обстрілами, в полоні _____

Поранення: травми голови, контузії _____ Інші поранення _____

Звернення до психологів. Проходження психологічної реабілітації раніше (коли?, де?)

Тілесні прояви:	Емоційний стан:
<input type="radio"/> головні болі	<input type="radio"/> підвищена тривожність, страх
<input type="radio"/> посилене серцебиття	<input type="radio"/> дратівливість або спалахи гніву, агресія
<input type="radio"/> підвищений чи понижений АТ	<input type="radio"/> немотивована пильність
<input type="radio"/> потіння	<input type="radio"/> надмірні полохливі реакції
<input type="radio"/> судоми	<input type="radio"/> апатія, байдужість
<input type="radio"/> нудота	<input type="radio"/> відчуття туги, смутку, депресії
<input type="radio"/> запаморочення, непритомність	<input type="radio"/> втрата інтересу до життя, радощів
<input type="radio"/> тремтіння, поколювання в пальцях	<input type="radio"/> відчуття самотності
<input type="radio"/> відчуття напруги м'язів	<input type="radio"/> відчуженість
<input type="radio"/> підвищена втомлюваність	<input type="radio"/> почуття провини
<input type="radio"/> відчуття слабкості	<input type="radio"/> почуття образи
<input type="radio"/> неспроможність розслабитися	<input type="radio"/> власна неспроможність
<input type="radio"/> біль в різних частинах тіла	<input type="radio"/> проблеми переживання позитив. емоцій
<input type="radio"/> втрата/підвищення ваги	<input type="radio"/> незадоволення собою, оточуючими

Поведінкові прояви:	Когнітивні прояви:
<input type="radio"/> втрата апетиту, переїдання	<input type="radio"/> проблеми з пам'яттю, забудькуватість
<input type="radio"/> порушення сну, погані сни, кошмари	<input type="radio"/> повторне переживання подій («спалахи»)
<input type="radio"/> уповільнена/прискорена мова	<input type="radio"/> нав'язливі думки, спогади, флешбеки
<input type="radio"/> труднощі в спілкуванні	<input type="radio"/> перевага негативних думок
<input type="radio"/> підвищена конфліктність, імпульсивність	<input type="radio"/> порушення логіки
<input type="radio"/> уникнення думок і почуттів	<input type="radio"/> порушення абстрактного мислення
<input type="radio"/> уникнення всього, що нагадує про травму	<input type="radio"/> часті помилки, неуважність
<input type="radio"/> проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія...)	<input type="radio"/> труднощі із концентрацією уваги
<input type="radio"/> соціальна самоізоляція	<input type="radio"/> самозвинувачення або звинувачення ін.
<input type="radio"/> низька продуктивність діяльності	<input type="radio"/> роздуми про помсту
<input type="radio"/> сексуальна дисфункція	<input type="radio"/> роздуми про відновлення справедливості
<input type="radio"/> зловживання алкоголем, психоакт. речов.	<input type="radio"/> втрата сенсу життя

2. Запит (словами клієнта)

3. Суїцид /гоміцид (шкода собі/шкода іншим)

- Клієнт заперечує думки про суїцид в минулому чи зараз
- Клієнт має зараз суїцидальні думки
- У клієнта є план нашкодити собі/іншим. Перерахуйте іншу інформацію, що стосується зазначеної вище (особливості думок про суїцид/гоміцид, план, засоби, сімейну історію, а також будь-який **план безпеки, який може бути втілений**)

4. Протокол діагностичного обстеження

Психодіагнос-тична методика	Результат до початку медико психологічної реабілітації	Інтерпретація	Результат після медико психологічної реабілітації	Інтерпретація

ШКАЛА ІНТЕНСИВНОСТІ СТРЕСУ

(наскільки симптоми і переживання заважають нормальному функціонуванню у повсякденному житті - суб'єктивна оцінка)

на вході 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 на виході 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○

5. Психологічні /психотерапевтичні інтервенції

Форма роботи	Кількість сеансів
Психодіагностичне обстеження	
Психологічне консультування	
Психотерапія	
Когнітивний тренінг	
Біосугестія	
Арт-терапія	
Інше	

ВИСНОВОК: _____

РЕКОМЕНДАЦІЇ: _____

Термін проходження курсу реабілітації з _____ по _____
 Надавач послуг _____ Підпис пацієнта _____
 Дата _____

ДОДАТОК 7

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS

D	A		D	A	
		1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі			2. Мені здається, що я почав усе робити дуже повільно
3		увесь час	3		практично увесь час
2		часто	2		часто
1		час від часу	1		іноді
0		зовсім не відчуваю	0		зовсім ні
		3. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння			4. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж
0		зовсім не відчуваю	0		звичайно ж, це так
1		іноді	1		напевно, це так
2		часто	2		це так, але значно менше
3		дуже часто	3		це зовсім не так
		5. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися			6. Я не стежу за своєю зовнішністю
3		звичайно, це так, і страх дуже сильний	3		звичайно, це так
2		це так, але страх не дуже сильний	2		я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		іноді, але це мене не турбує	1		можливо, я став менше приділяти цьому уваги
0		зовсім не відчуваю	0		я стежу за собою так само, як і раніше
		7. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися			8. Я здатний розсміятися і побачити смішне в тій чи іншій події
3		звичайно, це так	0		звичайно, це так
2		напевно, це так	1		напевно, це так
1		лише іноді це так	2		лише трохи це так
0		зовсім не відчуваю	3		зовсім не здатний

		9. Неспокійні думки крутяться у мене в голові			10. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені відчуття задоволення
3		постійно	0		так само, як і зазвичай
2		більшу частину часу	1		так, але не настільки, як раніше
1		час від часу, і не так часто	2		значно менше, ніж зазвичай
0		тільки іноді	3		зовсім так не вважаю
		11. У мене буває раптове відчуття паніки			12. Я відчуваю бадьорість
3		дуже часто	3		зовсім не відчуваю
2		досить часто	2		дуже рідко
1		не дуже часто	1		іноді
0		зовсім не буває	0		практично увесь час
		13. Я легко можу сісти і розслабитися			14. Я можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- або телепрограми
0		звичайно, це так	0		часто
1		напевно, це так	1		іноді
2		лише зрідка це так	2		рідко
3		зовсім не можу	3		дуже рідко
Всього балів:					

ДОДАТОК 8

Диференційно-діагностичні критерії психічних розладів психогенного походження

1. Неврастенія (F.48.0)

Діагностичні критерії:

- а) постійні скарги на підвищену стомлюваність після розумової роботи або скарги на слабкість у тілі і виснаження після мінімальних зусиль;
- б) принаймні два з наступних симптомів:
- відчуття мускульного болю,
 - запаморочення,
 - тензійний головний біль,
 - порушення сну,
 - нездатність розслабитися,
 - дратівливість,
 - диспепсія.
- в) будь-які наявні вегетативні або депресивні симптоми не настільки тривалі і важкі, щоб відповідати критеріям більш специфічних розладів, що описуються в даній класифікації.

2. Соматоформна вегетативна дисфункція (вегето-судинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія) (F.45.3)

Діагностичні критерії:

- а) симптоми вегетативного порушення, такі як серцебиття, потіння, тремор, почерво-ніння, що мають хронічний характер і заподіюють занепокоєння;
- б) додаткові суб'єктивні симптоми, що відносяться до визначеного органа або системи;
- в) занепокоєність і прикrostі з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органа або системи, причому повторні пояснення і переконавання на цей рахунок лікарів залишаються марними;
- г) відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення даного органа або системи.
- П'ятий знак може використовуватися для виділення окремих розладів цієї групи з вказівкою органа або системи, що розглядаються хворим у якості джерела симптоматики.

F.45.30. Серця і серцево-судинної системи

Включаються:

- невроз серця;
- синдром Да Коста;
- нейроциркуляторна астения.

F.45.31. Верхньої частини шлунково-кишкового тракту

Включаються:

- невроз шлунка;
- психогенна аерофагія;
- гикавка;
- диспепсія;
- пілороспазм.

F.45.32. нижньої частини шлунково-кишкового тракту

Включаються:

- психогенний метеоризм;
- синдром роздратованого кишечника;
- синдром газової діареї.

F.45.33. дихальної системи

Включаються:

- психогенні форми кашлю і задишки.

F.45.34. уrogenитальної системи

Включаються:

- психогенне підвищення частоти сечовипускання;
- психогенна дизурія.

F.45.38. Іншого органа або системи

F.45.4. Хронічний соматоформний больовий розлад

3. Тривожно-фобічні розлади (F.40), зокрема агорафобія (F.40.0) і панічні розлади (F.41.0)

F.40.0. Агорафобія

Діагностичні критерії:

- а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинним проявом тривоги, а не бути вторинними стосовно інших симптомів, таким, як марення або нав'язливої думки;
- б) тривога повинна бути обмежена тільки (або переважно) хоча б двома з наступних ситуацій: натовп, суспільні місця, пересування поза будинком і подорож на самоті;
- в) уникання провокуючих ситуацій є або було вираженою ознакою.

F.40.00. Агорафобія без панічного розладу

F.40.01. Агорафобія із панічним розладом

F.40.1. Соціальні фобії

Діагностичні критерії:

- а) психологічні, поведінкові або вегетативні симптоми повинні бути проявом насамперед тривоги, а не бути вторинними стосовно інших симптомів, таким, як марення або нав'язливої думки;
- б) тривога повинна бути обмежена тільки або переважно визначеними соціальними ситуаціями;
- в) уникання провокуючих ситуацій повинно бути вираженою ознакою.

F.40.2. Специфічні (ізолювані) фобії

Діагностичні критерії:

- а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинними проявами тривоги, а не вторинними стосовно інших симптомів таким, як марення або нав'язливої думки;
- б) тривога повинна обмежуватися визначеним фобічним об'єктом або ситуацією;
- в) пацієнт уникає провокуючої ситуації, коли тільки це можливо.

F.40.8. Інші тривожно-фобічні розлади

F.40.9. Фобічний тривожний розлад, неуточнений

F.41. Інші тривожні розлади

F.41.0. Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)

Діагностичні критерії:

Панічний розлад повинний бути діагностовано як основний діагноз тільки при відсутності жодної із ознак у F.40.

Для достовірного діагнозу необхідно, щоб декілька важких атак вегетативної тривоги виникали протягом 1 місяця:

- а) при обставинах, не зв'язаних з об'єктивною погрозою;
- б) атаки не повинні бути обмежені відомими або передбаченими ситуаціями;
- в) між атаками стан повинний бути порівняно вільним від тривожних симптомів (хоча тривога передбачення є звичайною).

F.41.1. Генералізований тривожний розлад

Діагностичні критерії:

У хворого повинні бути первинні симптоми тривоги більшість днів принаймні декілька тижнів підряд, а звичайно декілька місяців. Вони містять:

- а) побоювання (занепокоєння про майбутні невдачі, відчуття хвилювання, труднощі в зосередженні та ін.);
- б) моторна напруга (метушливість, головний біль напруги, дрижання, неможливість розслабитися);
- в) вегетативну гіперактивність (пітливість, тахікардія або тахіпное, епі-гастральний дискомфорт, запаморочення, сухість у роті та ін.).

F.41.2. Змішаний тривожний і депресивний розлад

Включається:

– тривожна депресія (легка або нестійка).

Виключені:

– хронічна тривожна депресія (дистімія) (F.34.1).

F.41.3. Інші змішані тривожні розлади

F.41.8. Інші уточнені тривожні розлади

Включається:

– тривожна істерія.

F.41.9. Тривожний розлад, неуточнений

4. Гостра реакція на стрес (F.43.0), розлади адаптації (F.43.2) та посттравматичні стресові розлади (F.43.1);

F.43.0. Гостра реакція на стрес

Діагностичні критерії:

Обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок звичайно негайний або через кілька хвилин. Симптоми:

- а) мають змішану і звичайно мінливу картину: на додаток до ініціального стану оглушення можуть спостерігатися депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але жодний із симптомів не є довгостроковим;
- б) припиняються швидко (як найбільше впродовж декількох годин) у тих випадках, де можливо усунення стресових обставин. У випадках, де стрес продовжується або по своїй природі не може припинитися, симптоми звичайно починають зникати через 24–48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

F.43.1. Посттравматичний стресовий розлад

Діагностичні критерії:

Цей розлад не повинний діагностуватися, якщо немає доказів, що він виникнув протягом 6 місяців від важкої травматичної події. Докази наявності травми повинні бути доповнені повторюваними нав'язливими спогадами про подію, фантазіями й уявленнями в денний час. Помітна емоційна відчуженість, заціпеніння почуттів і уникання стимулів, що могли б викликати спогаду про травму. Зустрічаються часто, але не є необхідними для діагностики. Вегетативні розлади, розлад настрою і порушення поведінки можуть включатися в діагноз, але не є першорядно значимими.

F.43.2. Розлади адаптації

Діагностичні критерії:

Діагноз залежить від уважної оцінки співвідношення між:

- а) формою, утриманням і вагою симптомів;
- б) анамнестичними даними й особистістю;
- в) стресовою подією, ситуацією і життєвою кризою. Наявність третього чинника повинно бути чітко встановлене і повинні бути вагомі, хоча, можливо, і приблизні докази, що розлад не з'явився б без нього. Якщо стресор відносно малий і якщо тимчасовий зв'язок (менше 3 місяців) не може бути встановлений, розлад варто класифікувати в іншому місці відповідно до наявних ознак.

При критеріях розладів адаптації клінічна форма або переважні ознаки можуть бути уточнені за п'ятим знаком:

F.43.20. Короткочасна депресивна реакція

F.43.21. Пролонгована депресивна реакція

F.43.22. Змішана тривожна і депресивна реакція

F.43.23. Із переваженням порушення інших емоцій

F.43.24. Із переваженням порушення поведінки

F.43.25. Змішаний розлад емоцій і поведінки

F.43.28. Інші специфічні переважаючі симптоми

6. Дисоціативні (конверсійні) розлади (F.44);

Діагностичні критерії:

Для достовірного діагнозу повинні бути:

- а) наявність загальних клінічних ознак, для невротичних розладів.
- б) відсутність якогось фізичного або неврологічного порушення, із яким могли б бути зв'язані виявлені симптоми;
- в) наявність психогенної обумовленості у формі чіткого зв'язку із стресовими подіями або проблемами або порушеннями взаємовідносинами (навіть якщо вона заперечиться хворим).

Переконливі докази психологічної обумовленості можуть бути важко виявлені, навіть якщо вони обумовлено підозрюються. При наявності відомих розладів центральної або периферичної нервової системи діагноз дисоціативного розладу повинний встановлюватися з великою обережністю. При відсутності даних про психологічну обумовленість діагноз повинний бути тимчасовим і варто продовжувати дослідження фізичних і психологічних аспектів.

F44.0 Дисоціативна амнезія

Діагностичні критерії:

- а) амнезія, парціальна або повна, на недавні події травматичної або стресової природи (ці аспекти можуть з'ясуватися при наявності іншої інформації);
- б) відсутність органічних розладів мозку, інтоксикації або надмірної втоми.

F.44.1. Дисоціативна фуга

Діагностичні критерії:

- а) ознаки дисоціативної амнезії (F44. 0);
- б) цілеспрямована подорож поза межами звичайної повсякденності (диференціація між подорожжю і блуканням повинне проводитися з обліком місцевої специфіки);
- в) підтримка нагляду за собою (харчування, вмивання та ін.) і нескладна соціальна взаємодія з незнайомими людьми (наприклад, хворі купують квитки або бензин, питають як проїхати, замовляють їжу).

F.44.2. Дисоціативний ступор

Діагностичні критерії:

- а) ступор як неможливість рухатися;
- б) відсутність фізичного або психічного розладу, що могло б пояснити ступор;
- в) данні про недавні стресові події або поточні проблеми.

F.44.3. Транси і стани оволодіння

F.44.4. Дисоціативні розлади моторики

При наявності органічних розладів нервової системи, а також у раніш добре адаптованих осіб із нормальними сімейними і соціальними взаємозв'язками діагноз повинний установлюватися з великою обережністю.

Для достовірного діагнозу:

- а) повинні бути відсутні дані про фізичний розлад;
- б) потрібно мати у своєму розпорядженні достатню інформацію про психологічну і соціальну ситуацію, у якому знаходиться хворий, і про його особистостних взаємозв'язках, щоб можна було переконливо сформулювати причини виникнення розладів.

Якщо є сумніви щодо фактичних або можливих фізичних розладів або якщо неможливо зрозуміти чому розвився розлад, то діагноз повинний установлюватися як ймовірний або тимчасовий. У заплутаних або невизначних випадках варто завжди мати на увазі можливість більш пізнього прояву важких фізичних або психічних розладів.

F.44.5. Дисоціативні судоми

F.44.6. Дисоціативна анестезія і втрата почуттєвого сприйняття

F.44.8. Інші дисоціативні (конверсійні) розлади

F.44.80. Синдром Ганзера

F.44.81. Розлад множинної особистості

F.44.82. Транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади, що виникають у дитячому і підлітковому віці

F.44.88. Інші неуточнені дисоціативні (конверсійні) розлади.

Перелік літератури

- 1 The total amount of damage caused to Ukraine's infrastructure due to the war has increased to almost \$138 billion. (2023, 24 January). Kyiv School of Economics official website. <https://kse.ua/about-the-school/news/the-total-amount-of-damage-caused-to-ukraine-s-infrastructure-due-to-the-war-has-increased-to-almost-138-billion/>
- 2 Türk deplores human cost of Russia's war against Ukraine as verified civilian casualties for last year pass 21,000. (2023, 21 February). Office of the high commissioner of UN Human Rights. <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2023/02/turk-deplores-human-cost-russias-war-against-ukraine-verified-civilian>
- 3 Russia scrubs Mariupol's Ukraine identity, builds on death. (2022, 23 December). The Associated Press. <https://apnews.com/article/russia-ukraine-war-erasing-mariupol-499dceae43ed77f2ebfe750ea99b9ad9>
- 4 UN Human Rights Ukraine released reports on treatment of prisoners of war and overall human rights situation in Ukraine. UN Ukraine. <https://ukraine.un.org/en/224744-un-human-rights-ukraine-released-reports-treatment-prisoners-war-and-overall-human-rights>
- 5 UN Human Rights Ukraine released reports on treatment of prisoners of war and overall human rights situation in Ukraine. Ukraine. <https://ukraine.un.org/en/224744-un-human-rights-ukraine-released-reports-treatment-prisoners-war-and-overall-human-rights>
- 6 Ukrainska Pravda. (2023, 4 March). 171 cases of sexual violence by Russian military recorded – Zelenska. <https://www.pravda.com.ua/eng/news/2023/03/4/7392024/>
- 7 Ukraine: Apparent War Crimes in Russia-Controlled Areas. (2022, 3 April). Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/news/2022/04/03/ukraine-apparent-war-crimes-russia-controlled-areas>
- 8 Russia's attacks on health care in Ukraine are war crimes. (2023, 21 February). Harvard Public Health Magazine. <https://harvardpublichealth.org/global-health/russias-attacks-on-health-care-in-ukraine-are-war-crimes/>
- 9 Seven Countries Have Already Recognised Russia's War Against Ukraine As Genocide. (2022, 29 May). Promote Ukraine — Media and expert platform for Ukraine and the EU. <https://www.promoteukraine.org/seven-countries-have-already-recognised-russias-war-against-ukraine-as-genocide/>
- 10 Mental health in emergencies. (2022, 16 March). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- 11 В Україні презентували результати першого з початку повномасштабної війни дослідження психологічного стану населення. (2022, 14 September). Ministry of Health of Ukraine. <https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentuvali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomashtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja-->
- 12 Mental health and attitude of ukrainians to psychological help during war. (2023). Gradus. https://gradus.app/documents/307/Gradus_Research___Mental_Health_Report_full_version.pdf?fbclid=IwAR2OTLHBB2q_NWFbLJZRSxRiDPRw8lQwKrxTJXReec86-IX8QhKhWg_-Dal
- 13 2021. Прес-реліз: Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни. — Інститут соціальної та політичної психології. (2022, 13 September). Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України. <https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennya-psihologichnogo-stanu-naselennya-v-umovax-povnomashtabnoi-vijni/>
- 14 Fomenko,O. (2022). Brand new Ukraine? Cultural icons and national identity in times of war. Place Branding and Public Diplomacy. <https://doi.org/10.1057/s41254-022-00278-y>
- 15 Roots of the Resistance: Understanding National Identity in Ukraine - War on the Rocks. (2022, 27 April). War on the Rocks. <https://warontherocks.com/2022/04/roots-of-the-resistance-understanding-national-identity-in-ukraine/>
- 16 Pop-Eleches,G., & Robertson,G.B. (2018). Identity and political preferences in Ukraine – before and after the Euromaidan. Post-Soviet Affairs, 34(2-3), 107–118. <https://doi.org/10.1080/1060586x.2018.1452181>
- 17 Divided or united? (2022, 20 December). Berghof Foundation. <https://berghof-foundation.org/news/divided-or-united-impact-of-war-on-ukrainian-national-identity>
- 18 Identity and Cultural Dimensions | NAMI: National Alliance on Mental Illness. (б.д.). Home | NAMI: National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/Your-Journey/Identity-and-Cultural-Dimensions>
- 19 Asnaani,A., & Hofmann,S.G. (2012). Collaboration in Multicultural Therapy: Establishing a Strong Therapeutic Alliance Across Cultural Lines. Journal of Clinical Psychology, 68(2), 187–197. <https://doi.org/10.1002/jclp.21829>
- 20 Best Practice for Therapeutic Environments A Guide for Clinicians and Administrators. (2019). Sandhills Center.
- 21 van der Kolk,B.A. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 16(S1), S49-S64. <https://doi.org/10.1002/hup.270>
- 22 Gerson,M. Why Is Continuing Education Important For Professionals? PsychStudies.net. <https://www.psychstudies.net/blog2/continuing-education-important-professionals/>
- 23 Post-traumatic stress disorder (PTSD) — Diagnosis and treatment — Mayo Clinic. (2022, 13 грудня). No. 1 Hospital in the Nation — Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355973>
- 24 Coping with a Traumatic Event. USA Department of Health and Human Rights.
- 25 Hoffman,F. (2009). Hybrid Warfare and Challenges. Academia.edu — Share research. https://www.academia.edu/22884324/Hybrid_Warfare_and_Challenges
- 26 Попович К. (2016). Гібридна війна як сучасний спосіб ведення війни: історичний та сучасний виміри. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Історія, (2), 75–7.
- 27 Ukraine's Lessons for the Future of Hybrid Warfare. (2022, 28 листопада). RAND Corporation Provides Objective Research Services and Public Policy Analysis | RAND. <https://www.rand.org/blog/2022/11/ukraines-lessons-for-the-future-of-hybrid-warfare.html>

- 28 Ukraine: PTSD may be a huge problem after the war – but thankfully science can help. (2022, 25 March). The Conversation. <https://theconversation.com/ukraine-ptsd-may-be-a-huge-problem-after-the-war-but-thankfully-science-can-help-179691>
- 29 Elnitsky,C.A., Fisher,M.P., & Blevins,C.L. (2017). Military Service Member and Veteran Reintegration: A Conceptual Analysis, Unified Definition, and Key Domains. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00369>
- 30 Ukraine war: conflict-related PTSD is putting strain on an already underfunded mental health system. (2023, 22 лютого). The Conversation. <https://theconversation.com/ukraine-war-conflict-related-ptsd-is-putting-strain-on-an-already-underfunded-mental-health-system-199629>
- 31 Stresses of Military Life on Marriages & Families. (б.д.-б). Centerstone. <https://centerstone.org/our-resources/health-wellness/the-stresses-of-military-life-on-marriages-and-families/#:~:text=Military%20life%20results%20in%20uncertainty,help%20for%20stress%20or%20depression>
- 32 Cunitz,K., Döhlitzsch,C., Kösters,M., Willmund,G.-D., Zimmermann,P., Bühler,A.H., Fegert,J.M., Ziegenhain,U., & Kölich,M. (2019). Parental military deployment as risk factor for children's mental health: a meta-analytical review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0287-y>
- 33 Доповідь Незалежної міжнародної комісії з розслідування порушень в Україні. (2023).
- 34 Ukrinform. (2023, 14 березня). В Україні вже зафіксували понад 71 тисячу воєнних злочинів РФ. Укрінформ — актуальні новини України та світу. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3682265-v-ukraini-vze-zafiksuvali-ponad-71-tisacu-voennih-zlociniv-rf.html>
- 35 BIAA Expresses Support for Ukrainian Troops and Civilians. (2022, 25 лютого). Brain Injury Association of America. <https://www.biausa.org/public-affairs/public-awareness/news/biaa-expresses-support-for-ukrainian-troops-and-civilians>
- 36 Coping with a Traumatic Event. USA Department of Health and Human Rights.
- 37 Post-Traumatic Stress Disorder. (б.д.). National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>
- 38 Grinage,B. (2003). Diagnosis and Management of Post-traumatic Stress Disorder. *American Family Physician*, 68(12), 2401–2409.
- 39 Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., Martenskovskyi, D., & Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276-285. <https://doi.org/10.1111/acps.13529>
- 40 Як блокада Маріуполя вплинула на людей (ДОСЛІДЖЕННЯ). (2023, 3 квітня). UrkSocStandart.
- 41 Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом | Центр громадського здоров'я. (2022, 10 березня). Центр громадського здоров'я України | МОЗ. <https://phc.org.ua/news/dopomoga-viyskovim-z-posttravmatichnim-stresovim-rozladom>
- 42 Snell, F. I., & Halter, M. J. (2010). A Signature Wound of War. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(2), 22–28. <https://doi.org/10.3928/02793695-20100108-02>
- 43 Bell, R. S., Vo, A. H., Neal, C. J., Tigno, J., Roberts, R., Mossop, C., Dunne, J. R., & Armonda, R. A. (2009). Military Traumatic Brain and Spinal Column Injury: A 5-Year Study of the Impact Blast and Other Military Grade Weaponry on the Central Nervous System. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 66(Supplement), S104-S111. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e31819d88c8>
- 44 Kay, T., Harrington, D., Adams, R., Anderson, T., Berrol, S., Cicerone, K., Dahlberg, C., Gerber, D., Goka, R., Harley, P., Hilt, J., Horn, L., Lehmkuhl, D., & Malec, J. (1993). Definition of mild traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(3), 86–87.
- 45 Bell, R. S., Vo, A. H., Neal, C. J., Tigno, J., Roberts, R., Mossop, C., Dunne, J. R., & Armonda, R. A. (2009). Military Traumatic Brain and Spinal Column Injury: A 5-Year Study of the Impact Blast and Other Military Grade Weaponry on the Central Nervous System. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 66(Supplement), S104-S111. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e31819d88c8>
- 46 Terrio, H., Brenner, L. A., Ivins, B. J., Cho, J. M., Helmick, K., Schwab, K., Scally, K., Bretthauer, R., & Warden, D. (2009). Traumatic Brain Injury Screening. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(1), 14–23. <https://doi.org/10.1097/htr.0b013e31819581d8>
- 47 Belanger, H. G., Proctor-Weber, Z., Kretzmer, T., Kim, M., French, L. M., & Vanderploeg, R. D. (2011). Symptom Complaints Following Reports of Blast Versus Non-Blast Mild TBI: Does Mechanism of Injury Matter? *The Clinical Neuropsychologist*, 25(5), 702–715. <https://doi.org/10.1080/013854046.2011.566892>
- 48 Sayer, N. A. (2012). Traumatic Brain Injury and Its Neuropsychiatric Sequelae in War Veterans. *Annual Review of Medicine*, 63(1), 405–419. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-061610-154046>
- 49 MacFarlane, M. P., & Glenn, T. C. (2015b). Neurochemical cascade of concussion. *Brain Injury*, 29(2), 139–153. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.965208>
- 50 Agoston, D. V. (2017). Modeling the Long-Term Consequences of Repeated Blast-Induced Mild Traumatic Brain Injuries. *Journal of Neurotrauma*, 34(S1), S44-S52. <https://doi.org/10.1089/neu.2017.5317>
- 51 MacDonald,E. (2022, 12 Septeber). Houston doctors helping Ukraine diagnose, treat traumatic brain injuries from war with Russia. *Houston Chronicle*. <https://www.houstonchronicle.com/lifestyle/renew-houston/health/article/Houston-doctors-helping-Ukraine-diagnose-treat-17436409.php>
- 52 Перун, В. (2023, 24 квітня). Україна звільнила з російського полону вже 2238 людей, — Зеленський. *LB.ua*. https://lb.ua/society/2023/04/24/552973_ukraina_zvilnila_z-rosiyskogo.html
- 53 Звільнені з російського полону військові перебувають у шокуючому стані: майже всі 215 осіб мають крайній ступінь анорексії. (2022, 24 вересня). *Новини України та світу. Головні й останні новини — NV*. <https://nv.ua/ukr/world/geopolitics/bilshist-zvilnenih-z-polonu-viyskovih-mayut-krayniy-stupin-anoreksiji-azov-novini-ukrajini-50272272.html>
- 54 Злочини катування під час збройного конфлікту Росії проти України: міжнародний гуманітарний аспект — Українська Гельсінська спілка з прав людини. (2022, 7 грудня). *Українська Гельсінська спілка з прав людини*. <https://www.helsinki.org.ua/articles/zlochynu-katuvannia-pid-chas-zbrojnoho-konfliktu-rosii-proty-ukrainy-mizhnarodnyy-humanitarnyy-aspekt/>
- 55 Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведінки і покарання, Конвенція Організація Об'єднаних Націй (1998). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_085#Text

- 56 Катування, введення препаратів та російський гімн: звільнені з полону військові ЗСУ розповіли про знущання окупантів. (2022, 28 травня). Громадське — Останні новини дня, всі надзвичайні новини в Україні | hromadske. <https://hromadske.ua/posts/katuvannya-vvedennya-preparativ-ta-rosijskij-gimn-zvilneni-z-polonu-vijskovi-zsu-rozpovili-pro-znushannya-okupantiv>
- 57 Фізичний та психологічний стан звільнених з російського полону прикордонників важкий — ДПСУ. (2022, 25 вересня). Новини України та світу. Головні і останні новини — NV. <https://nv.ua/ukr/ukraine/events/fizichniy-ta-psihologichniy-stan-zdorov-ya-zvilnenih-z-polonu-prikordonnikiv-vazhkiy-novini-ukrajini-50272376.html>
- 58 Звільнені з російського полону військові перебувають у шокуючому стані: майже всі 215 осіб мають крайній ступінь анорексії. (2022, 24 вересня). Новини України та світу. Головні й останні новини — NV. <https://nv.ua/ukr/world/geopolitics/bilshist-zvilnenih-z-polonu-viyskovih-mayut-krayniy-stupin-anoreksiji-azov-novini-ukrajini-50272272.html>
- 59 Собенко, Н. (2022b, 23 грудня). На деокупованих територіях виявили 54 катівні і зафіксували понад 5 тисяч випадків катувань — ОГП. Суспільне новини. <https://susplne.media/345006-na-deokupovanih-teritoriah-viavili-54-kativni-i-zafiksuvali-ponad-5-tisac-vipadkiv-katuvan-ogp/>
- 60 Собенко, Н. (2022, 14 грудня). На окупованих територіях є дитячі катівні — Лубінець. Суспільне новини. <https://susplne.media/338360-na-okupovanih-teritoriah-e-ditaci-kativni-lubinec/>
- 61 Interfax-Ukraine. (2023, 4 березня). В Україні зафіксовано 171 випадок сексуального насильства з боку окупантів — Олена Зеленська. Інтерфакс-Україна. <https://interfax.com.ua/news/general/895546.html>
- 62 The IASC MHPSS Pyramid Vs. The International Red Cross Red Crescent Movement Framework. Home — Psychosocial Support IFRC. https://pscentre.org/wp-content/uploads/2021/07/iasc_rorc_pyramid-2.pdf
- 63 Lorna, C. Growth after trauma. <https://www.apa.org>. <https://www.apa.org/monitor/2016/11/growth-trauma>
- 64 Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Park, C. L. (1998). Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis. Taylor & Francis Group.
- 65 Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. Taylor & Francis Group.
- 66 Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004, 1 квітня). Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology. *Psychiatric Times*. <https://www.psychiatristimes.com/view/posttraumatic-growth-new-perspective-psychotraumatology>
- 67 Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- 68 Tedeschi, R. (2020). Growth After Trauma. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2020/07/growth-after-trauma>
- 69 Етика у сфері психічного здоров'я. (б.д.). МН4U. <https://edu.mh4u.in.ua/courses/етика-у-сфері-психічного-здоров'я/>
- 70 Етичний кодекс. (1990, 20 грудня). Товариство психологів України. <http://nsj.gov.ua/files/1448287570Етичний%20кодекс%20психолога.docx.pdf>
- 71 Етичний кодекс лікаря України, Етичний кодекс (2009) (Україна).
- 72 Роханський, А. (2017, 7 березня). Права людини в галузі охорони здоров'я — А. Роханський — Українська Гельсінська спілка з прав людини. Українська Гельсінська спілка з прав людини. <https://www.helsinki.org.ua/prava-lyudyny-v-haluzi-ohorony-zdorov-ya-a-rohanskyj/>
- 73 Lahad, M., Leykin, D., Kerkeljic, L., Rogel, R., & Lev, Y. (2012). *BASIC Ph Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application*. Kingsley Publishers, Jessica.
- 74 Resilience and Trauma – The BASIC Ph Model. (2020, 5 травня). Brighton Therapy Partnership. <https://brightontherapypartnership.org.uk/resilience-trauma-basic-ph/>
- 75 APA Dictionary of Psychology. (б.д.). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/therapeutic-atmosphere>
- 76 Best Practice for Therapeutic Environments A Guide for Clinicians and Administrators. (2019). Sandhills Center.
- 77 Patient- vs People-Centred Care: What's the difference? (2020, 12 January). HSO Health Standards Organization. <https://healthstandards.org/general-updates/people-vs-patient-centred-care-whats-difference/>
- 78 Person-centred care. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/partnering-consumers/person-centred-care>
- 79 Summer Meranius, M., Holmström, I. K., Håkansson, J., Breitholtz, A., Moniri, F., Skogevall, S., Skoglund, K., & Rasoal, D. (2020). Paradoxes of person-centred care: A discussion paper. *Nursing Open*, 7(5), 1321–1329. <https://doi.org/10.1002/nop2.520>
- 80 Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), Стаття e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- 81 Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563–569. <https://doi.org/10.2471/blt.18.225201>
- 82 People-centred health care: a policy framework. (2013, 2 грудня). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789290613176>
- 83 Patient Centered Care & Person Centered Care — What Is it & How Can it Improve Healthcare?. *Guideway Care*. <https://guidewaycare.com/what-is-person-centered-care-and-how-can-it-improve-healthcare/>
- 84 Principles of care underpinning the clinical care standards. (б.д.). Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/about-clinical-care-standards/principles-care>
- 85 Salonen, H., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L. D., Morawska, L., & Reijula, K. (2013). Design approaches for promoting beneficial indoor environments in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1), 26–50. <https://doi.org/10.1080/17508975.2013.764839>
- 86 Raza, H. (2022). Stock Evaluation of the Data-Limited Fisheries: A Case Study of Five Major Commercially Important Fishes from the Western Indian Ocean, Pakistan. *Pakistan Journal of Zoology*. <https://doi.org/10.17582/journal.pjz/20211108201136>

- 87 Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. National Academies Press.
- 88 Cesario, S. K. (2009). Designing Health Care Environments: Part I. Basic Concepts, Principles, and Issues Related to Evidence-Based Design. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(6), 280–288. <https://doi.org/10.3928/00220124-20090522-09>
- 89 Fudickar, A., Konetzka, D., Nielsen, S. M. L., & Hathorn, K. (2021). Evidence-based art in the hospital. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00861-7>
- 90 Sattler, B., & Hall, K. (2007). Healthy Choices: Transforming Our Hospitals into Environmentally Healthy and Safe Places. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(2). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol12no02man03>
- 91 ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. (2019, 1 квітня). Останні новини, нормативи та публікації — ДБНУ — Державні будівельні норми України — норми: ДБН, ДСТУ. https://dbn.co.ua/load/normativy/dbn/dbn_v_2_2_40/1-1-0-1832
- 92 Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- 93 Що таке доказова медицина — Первинка. (2021, 19 листопада). Первинка. <https://pervynka.in.ua/news/shho-take-dokazova-medycyna/>
- 94 Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. *British Journal of Social Work*, 41(6), 1176–1197. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq149>
- 95 Woodbury, G., & Kuhnke, J. (2014, April). Evidence-based Practice vs. Evidence-informed Practice: What's the Difference? https://www.researchgate.net/publication/260793333_Evidence-based_Practice_vs_Evidence-informed_Practice_What's_the_Difference/stats
- 96 Why 'evidence informed' healthcare? (2017, 24 травня). Health Sciences Libraries Group. <https://hslg.ie/2017/05/24/why-evidence-informed-healthcare/>
- 97 A Guide for Evidence-Informed Decision-Making, Including in Health Emergencies. (2022). Pan American Health Organization.
- 98 Климчук, В., & Сувало, О. (2021, 7 липня). Охорона психічного здоров'я в громадах. Посібник для місцевих координаційних органів. МН4U. <https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/09/opz-v-gromadah-posibnyk-klmchuk-suvalo.pdf>
- 99 Всесвітня організація охорони здоров'я. (2021). Удосконалення систем охорони здоров'я та послуг у сфері психічного здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339743>
- 100 Amid a year of relentless war, WHO Regional Director for Europe strengthens commitment for mental health services during visit to Ukraine. (2023, 16 лютого). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/europe/news/item/16-02-2023-amid-a-year-of-relentless-war--who-regional-director-for-europe-strengthens-commitment-for-mental-health-services-during-visit-to-ukraine>
- 101 Jefferies, H., & Chan, K. K. (2004). Multidisciplinary team working: is it both holistic and effective? *International Journal of Gynecological Cancer*, 14(2), 210–211. <https://doi.org/10.1111/j.1048-891x.2004.014201.x>
- 102 Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper (Mental Health Commission). (2006).
- 103 Психолог, медичний психолог, психіатр, психотерапевт — хто чим займається? (2021, 13 березня). Ужгородський національний університет. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/news/manu-psychos.htm>
- 104 Clinical Case Manager Job Description. (б.д.). Betterteam. <https://www.betterteam.com/clinical-case-manager-job-description>
- 105 Кейс-менеджмент — Робота з клієнтами. Посібник. (б.д.). Орієнтація на клієнта: практичний poradnik для юриста системи надання БПД. Посібник — Робота з клієнтами. Посібник. <https://qala-project-2.gitbook.io/robo-ta-z-kl-ntami-pos-bnik/dodatki/1.-keis-menedzhment>
- 106 Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385, Наказ МОЗ України №1782 (2022) (Україна).
- 107 Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385, Наказ МОЗ України №1782 (2022) (Україна).
- 108 Про затвердження Випуску 80 «Соціальні послуги» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, Наказ Мінсоцполітики України №518 (2017) (Україна).
- 109 Соціально-педагогічні методи у діяльності соціального педагога. Головна — Факультет педагогічної освіти. <https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2017/03/Лекція-8.pdf>
- 110 Професія ФРМ в Україні. (б.д.). УТФРМ — асоціація. <http://www.utfrm.com.ua/profession/>
- 111 Лікар фізичної та реабілітаційної медицини — нова спеціальність в Україні. (2021, 24 липня). Благоді. <https://blagomed.com.ua/likar-fizychnoyi-ta-reabilitacijnoyi-medycyny-nova-speczialnist-v-ukrayini/>
- 112 Професійний стандарт «Фізичний терапевт». (2023, 20 січня). Українська асоціація фізичної терапії. <https://uapt.org.ua/uk/resource/practice/standarts/ps-pt/>
- 113 Професійний стандарт «Фізичний терапевт». (2023, 20 січня). Українська асоціація фізичної терапії. <https://uapt.org.ua/uk/resource/practice/standarts/ps-pt/>
- 114 Посадова інструкція ерготерапевта. (2020, 8 грудня). Медична справа. <https://medplatforma.com.ua/article/823-ergoterapevt-spetsifika-roboti-ta-posadova-nstruktsya-pratsvnika>
- 115 Лікар-рефлексотерапевт. [jobs.ua. https://jobs.ua/dkhp/articles-2941](https://jobs.ua/dkhp/articles-2941)
- 116 Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, Закон України №1053-IX (2022) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
- 117 Stress definition. (б.д.). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/stress#:~:text=1.,how%20people%20feel%20and%20behave>
- 118 Poverty and mindsets. (2021). JRC Publications Repository. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC124759>
- 119 Wanjau, M. N., Möller, H., Haigh, F., Milat, A., Hayek, R., Lucas, P., & Veerman, J. L. (2023). Physical activity and depression and anxiety disorders: a systematic review of reviews and assessment of causality. *AJPM Focus*, 100074. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100074>

- 120 Reis, D. (2022). Exercise to Reduce Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Veterans. *Federal Practitioner*, (39 (4)). <https://doi.org/10.12788/fp.0248>
- 121 Exercise may be useful treatment option for Veterans with PTSD. (2022, 28 червня). Office of Research & Development. <https://www.research.va.gov/currents/0622-Exercise-may-be-useful-treatment-option-for-Veterans-with-PTSD.cfm>
- 122 Легка черепно-мозкова травма. Реабілітаційний інструментарій. (2023, 14 лютого). American Ukrainian Medical Foundation (AUMF) — charity organization. <https://aumf.org/ua/books-translation/mild-traumatic-brain-injury>
- 123 Клінічна настанова «Лікування та догляд за пацієнтами зі струсом мозку — легкою черепно-мозковою травмою». (2016). Міністерство у справах ветеранів США (VA) та Міністерство оборони США (DoD).
- 124 Puderbaugh, M., & Emmady, P. (2023, 1 травня). Neuroplasticity — StatPearls — NCBI Bookshelf. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557811/>
- 125 Choi, S. H., Vylykbashi, E., Chatila, Z. K., Lee, S. W., Pulli, B., Clemenson, G. D., Kim, E., Rompala, A., Oram, M. K., Asselin, C., Aronson, J., Zhang, C., Miller, S. J., Lesinski, A., Chen, J. W., Kim, D. Y., van Praag, H., Spiegelman, B. M., Gage, F. H., & Tanzi, R. E. (2018). Combined adult neurogenesis and BDNF mimic exercise effects on cognition in an Alzheimer's mouse model. *Science*, 361(6406), Стаття eaan8821. <https://doi.org/10.1126/science.aan8821>
- 126 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. (2020, 25 грудня). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- 127 Клінічна настанова «Лікування та догляд за пацієнтами зі струсом мозку — легкою черепно-мозковою травмою». (2016). Міністерство у справах ветеранів США (VA) та Міністерство оборони США (DoD).
- 128 Mental health promotion, prevention, and intervention. <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/practice/mentalhealth/distinct-value-mental-health.pdf>
- 129 Українське товариство ерготерапевтів. (2021, 24 травня). Шановні колеги, презентуємо до Вашої уваги «Короткий термінологічний словник ерготерапії», створений з метою уніфікації термінології ерготерапії українською [Долучено зображення] [Оновлення статусу]. Facebook. <https://www.facebook.com/ergotherapy.ukraine/posts/pfbid02Cn52wadULEzY4PMLjqjhpMUmMQbzWVnGiTWFoxchZ8qua2TGWffAaTvuDnqZk9DEI>
- 130 Чи знаєте ви, хто такі ерготерапевти? — Development Foundation. (2019, 27 червня). Home — Development Foundation. <https://foundationdv.com/ua/articles/CHy-znaiete-vy-khto-takierhoterapevty>
- 131 VA.gov | Veterans Affairs. (2023, 14 лютого). VA.gov Home | Veterans Affairs. <https://www.va.gov/WHOLEHEALTH/professional-resources/IHCC.asp>
- 132 Williams, K. N., & Kemper, S. (2010). Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(5), 42–51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20100331-03>
- 133 Williams, K. N., & Kemper, S. (2010). Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(5), 42–51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20100331-03>
- 134 Phinney, A., & Moody, E. M. (2011). Leisure Connections: Benefits and Challenges of Participating in a Social Recreation Group for People With Early Dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(2), 111–130. <https://doi.org/10.1080/01924788.2011.572272>
- 135 Cho, S.-i., An, D.-h., & Yoo, W.-g. (2014). Effects of Recreational Exercises on the Strength, Flexibility, and Balance of Old-old Elderly Individuals. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(10), 1583–1584. <https://doi.org/10.1589/jpts.26.1583>
- 136 Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1422 (2016) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>
- 137 EMDR – EMDR Україна. (б.д.). EMDR Україна – ГО «Асоціація ЕМДР в Україні — фахове об'єднання зі спеціальної травматерапії». <https://emdr.com.ua/emdr/>
- 138 Bleiberg, K. L., & Markowitz, J. C. (2019). Interpersonal psychotherapy for PTSD: Treating trauma without exposure. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 15–22. <https://doi.org/10.1037/int0000113>
- 139 Pickover, A., Lowell, A., Lazarov, A., Lopez-Yianilos, A., Sanchez-Lacay, A., Ryba, M., Such, S., Arnon, S., Amsalem, D., Neria, Y., & Markowitz, J. C. (2021). Interpersonal Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder for Veterans and Family Members: An Open Trial. *Psychiatric Services*, 72(8), 866–873. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000355>
- 140 Markowitz, J. C. (2016). Adapting IPT for PTSD. *У Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder* (с.47–55). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psy/ch/9780190465599.003.0004>
- 141 Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 715–726. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.001>
- 142 Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
- 143 Lanius, R. A., Bluhm, R. L., & Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 331–348. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01755.x>
- 144 Ray, A. (2015). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. *The Permanente Journal*. <https://doi.org/10.7812/tpj/14-211>
- 145 Galovski, T. E., Monson, C., Bruce, S. E., & Resick, P. A. (2009). Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 197–204. <https://doi.org/10.1002/jts.20418>
- 146 Що таке майндфулнес-медитація та чому вона корисна для мозку | Уляна Супрун | Блог. (2020, 18 квітня). Уляна Супрун | Блог. https://suprun.doctor/zdorovya/shho-take-majndfules-meditacziya-ta-chomu-vona-korisna-dlya-mozku.html?_page=1237
- 147 CogSMART. CogSMART. <http://www.cogsmart.com/>
- 148 Нейрофідбек: що потрібно знати про роботу мозку в реальному часі. (2019, 20 березня). Mind.ua. <https://mind.ua/openmind/20194969-nejrofidbek-shcho-potribno-znati-pro-robotu-mozku-v-realnomu-chasi>

- 149 Marzbani, H., Marateb, H., & Mansourian, M. (2016). Methodological Note: Neurofeedback: A Comprehensive Review on System Design, Methodology and Clinical Applications. *Basic and Clinical Neuroscience Journal*, 7(2). <https://doi.org/10.15412/j.bcn.03070208>
- 150 Lowood, H. E. (1998, 20 липня). Virtual reality (VR) | Definition, Development, Technology, Examples, & Facts. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/technology/virtual-reality>
- 151 Lowood, H. E. (1998, 20 липня). Virtual reality (VR) | Definition, Development, Technology, Examples, & Facts. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/technology/virtual-reality>
- 152 ПСИХОЛОГІЧНА ПРОСВІТА ДЛЯ СТУДЕНТІВ: як допомогти собі та іншим в ситуації стресу війни? (2022, 10 листопада). Головна. <http://www.ndu.edu.ua/index.php/ua/component/k2/item/4980-psykholohichna-prosvita-dlya-studentiv-iaak-dopomohty-sobi-ta-inshym-v-sytuatsii-stresu-viiny>
- 153 Ковалик, Т., Чоботар, В., & Гуковський, О. (2021). Посібник самопомоги. *Водynamic international aps*.
- 154 Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Т. 2. (2019, 18 вересня). Organization for Security and Co-operation in Europe | OSCE. <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430829>
- 155 Motivational Speaking: Definition And Purpose. (б.д.). Studocu. <https://www.studocu.com/ph/document/lorma-colleges/values-education/motivational-speaking-definition-and-purpose/31257610>

