

О. Я. Андрійчук¹

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4415-4696>

ResearcherID H-3854-2018

Scopus Author ID 57190423543

В. В. Степаненко¹

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8361-5507>

Scopus Author ID 57197272662

Л. Й. Петришин²

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4506-1523>

ResearcherID I-8571-2018

Scopus Author ID 58032096800

В. І. Степаненко¹

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5793-3069>

ResearcherID AAZ-5981-2021

Scopus Author ID 58033265700

Н. О. Федчишин³

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0909-4424>

ResearcherID Q-5422-2016

Scopus Author ID 57202833382

Н. І. Гриньків³

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7885-6787>

¹Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк

²Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка, Тернопіль

³Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль

ФОРМУВАННЯ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 «ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» РОЗУМІННЯ СПЕЦИФІКИ ПІДХОДІВ ДО РОБОТИ З ОСОБАМИ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

**O. Ya. Andriichuk¹, V. V. Stepanenko¹, L. Y. Petryshyn²,
V. I. Stepanenko¹, N. O. Fedchyshyn³, N. I. Hrynkiv³**

¹Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk

²Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University, Ternopil

³I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil

AWARENNESS FORMATION OF SPESIFIC APPROACHES IN THE WORK WITH INDIVIDUALS WHO HAVE POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG HIGHER EDUCATION STUDENTS SPECIALTY 227 THERAPY AND REHABILITATION

Анотація. У статті окреслено основні аспекти формування у здобувачів вищої освіти спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» розуміння різних підходів роботи фахівців з особами із посттравматичним стресовим розладом. Зазначено, що це передбачає наявність цілісного, багатовимірного, міжпредметного уявлення про сутність посттравматичного стресового розладу,

© О. Я. Андрійчук, В. В. Степаненко, Л. Й. Петришин та ін.

його механізми та наслідки, а також розуміння меж власної компетентності і компетентності колег, які можуть бути залучені до складу мультидисциплінарної команди в процесі роботи з особами із посттравматичним стресовим розладом або надавати допомогу самостійно відповідно до потреб пацієнта/клієнта.

Визначено підходи фахівців різних спеціальностей, що застосовуються в межах основних напрямів роботи з особами із посттравматичним стресовим розладом. Звернено увагу, що профілактичний напрям базується на методологічних підходах гігієни як науки і в його основі лежить принцип підвищення резильєнтності особистості. В межах лікувального напрямку роботи з особами із посттравматичним стресовим розладом висвітлено фармакологічний та психотерапевтичний підходи, спрямовані на обмеження дії стрес-чинника та зменшення рівня стрес-реакції. З'ясовано, що в основі реабілітаційного напрямку лежить концепція ліквідації психосоціальних наслідків дезадаптації пацієнтів. Зазначено, що співпраця фахівців, залучених до роботи з особами із посттравматичним стресовим розладом, повинна базуватися на біопсихосоціальної моделі, системному, компетентнісному, інтегрованому і мультидисциплінарному підходах. Розуміння фахівцями меж і специфіки як власної діяльності, так і діяльності колег у процесі роботи з особами із посттравматичним стресовим розладом забезпечує ефективний розподіл обов'язків, де кожен із фахівців несе відповідальність за свою частину роботи.

Ключові слова: вища освіта; здобувач вищої освіти; посттравматичний стресовий розлад; реабілітація; профілактика; лікування.

Abstract. The article outlines the main aspects of the formation among higher education students specialty 227 "Therapy and rehabilitation" of awareness of different approaches in the work of specialists with individuals who have post-traumatic stress disorder. It is noted that this involves a holistic, multidimensional, interdisciplinary awareness of the post-traumatic stress disorder essence, its mechanisms and consequences, as well as an awareness of the own competence and the colleagues' competence limits who can be involved in a multidisciplinary team in the process of working with individuals with post-traumatic stress disorder or provide assistance independently according to the needs of the patient/client.

The specialist approaches of various specialties, which are used within the main directions of work with individuals who have post-traumatic stress disorder, have been determined. Attention is drawn to the fact that the preventive direction is based on the methodological approaches of hygiene as a science and on the principle of increasing the personal resilience. Pharmacological and psychotherapeutic approaches aimed at limiting the action of the stress factor and reducing the level of stress reaction are highlighted within the therapeutic direction of working with individuals who have post-traumatic stress disorder. It was found that the concept of elimination of the psychosocial consequences of patient maladaptation is at the heart of the rehabilitation direction. It is noted that the cooperation of specialists involved in working with individuals who have post-traumatic stress disorder should be based on the biopsychosocial model, systemic, competence-based, integrated and multidisciplinary approaches. Specialists' awareness of the limits and specifics of their own activities and the colleagues' activities in the process of working with individuals who have post-traumatic stress disorder ensures an effective division of responsibilities, where each specialist is responsible for his or her part of the work.

Key words: higher education; student of higher education; post-traumatic stress disorder; rehabilitation; prevention; treatment.

Вступ. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) з епідеміологічної точки зору є доволі розповсюдженою патологією [21, 22, 26, 31]. У багатьох дослідженнях зазначено, що його симптоматика досить стійка і може зберігатися тривалий період життя пацієнта. Тобто негативний вплив деяких проявів ПТСР виявляється не тільки на клінічному етапі ведення пацієнта, а і вже на реабілітаційному етапі [23].

ПТСР є багатогранною проблемою, яка має біологічні, генетичні, медичні, психологічні та соціальні аспекти. Як і будь-який психопатологічний стан, ПТСР можна розглядати на різних рівнях порушення та патології – від зміни біохімічного гомеостазу на рівні молекулярної взаємодії до особистісного рівня порушення забезпечення адекватної рефлексивної поведінки, когнітивних функцій та забезпечення взаємодії особистості в соціумі [9, 15, 33]. Така багатогранність привела до того, що вирішення проблем пацієнтів із ПТСР виходить далеко за межі компетентності одного спеціаліста та потребує залучення багатьох фахівців різних спеціальностей у галузі 22 «Охорона здоров'я» (спеціальності: 222 «Медицина», 225 «Медицина психологія», 227 «Терапія та

реабілітація», 229 «Громадське здоров'я») і навіть різних галузей (галузь знань 23 «Соціальна робота», спеціальність 231 «Соціальна робота»; галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія» тощо).

У цьому аспекті слід також зазначити, що інтеграція України в європейський освітньо-науковий простір, поступове реформування системи вищої освіти відповідно до європейських стандартів якості характеризується наявністю тенденцій об'єднання певних галузей знань. Так, наприклад, це стосується пропозиції МОН України об'єднання галузей знань 22 «Охорона здоров'я» і 23 «Соціальна робота» в одну – I «Охорона здоров'я і соціальне забезпечення» з наявністю можливості навчання за спеціальностями 12 «Медицина», 15 «Терапія та реабілітація», 17 «Соціальна робота та консультування» (проект Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти») [3]. Інтегративні тенденції, які спостерігаються в системі вищої освіти України щодо розгляду пропозицій об'єднання певних галузей знань і пов'язані

з європейськими орієнтирами, також мають й інше підґрунтя із погляду роботи різних фахівців з особами з ПТСР. Успішність роботи фахівців різних спеціальностей багато в чому залежить не тільки від знання своєї предметної галузі, але й розуміння сфери знань інших спеціалістів для забезпечення плідної співпраці, організації роботи з особами із ПТСР, заснованої на біопсихосоціальной моделі та застосуванні системного, компетентнісного, інтегрованого і мультидисциплінарного підходів [4]. Тому однією з вимог щодо підготовки фахівців, які залучені до процесу вирішення проблем пацієнтів/клієнтів із ПТСР, є наявність цілісного, багатовимірного, міжпредметного уявлення про сутність ПТСР, а також розуміння меж власної компетентності і компетентності колег.

Мета статті – окреслити основні аспекти формування у здобувачів вищої освіти розуміння різних підходів роботи фахівців з особами із ПТСР задля усвідомлення ними меж компетентності фахівців, які можуть залучатися до роботи як у складі мультидисциплінарної команди, так і надавати допомогу самостійно відповідно до потреб пацієнта/клієнта (на прикладі підготовки здобувачів вищої освіти спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» у Волинському національному університеті імені Лесі Українки).

Теоретична частина. Формування розуміння здобувачами вищої освіти спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» різних підходів роботи фахівців у галузі охорони здоров'я з особами із ПТСР передбачено варіативною складовою їх підготовки. Вивчення вибіркового освітнього компонента «Фізична терапія пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом» забезпечує формування у них уявлення про сутність ПТСР, його механізми та наслідки, а також розуміння меж власної компетентності і компетентності колег, які можуть бути залучені до складу мультидисциплінарної команди в процесі роботи з особами із ПТСР, так і надавати допомогу самостійно відповідно до потреб пацієнта/клієнта.

Так, щодо сутності ПТСР, у здобувачів вищої освіти під час лекційних і лабораторних занять формується усвідомлення, що відповідно до сучасних класифікацій ПТСР відносять до патологій, які в основі мають стресогенну природу [11, 18]. Однак із сучасного наукового погляду стрес розглядається як початкова неспецифічна стадія адаптації, біологічною сутністю якої є мобілізація ресурсів для здійснення специфічної адаптації. Тому стрес є нормальною фізіологічною реакцією організму, яка

забезпечує виживання організму та його успішне пристосування до мінливих умов навколишнього середовища [7, 10].

Щодо аспекту механізмів та наслідків ПТСР, то в процесі вивчення освітнього компонента «Фізична терапія пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом» звертається увага здобувачів вищої освіти на те, що загрозу для організму представляє невідповідність реальних його резервів, що можуть бути задіяні для адаптації, до необхідної кількості, яка визначається потужністю стрес-чинника, який впливає на організм. Така невідповідність реальних можливостей організму до необхідних і є основою дезадаптації, тобто основою розвитку патології [20, 30]. І щодо теми нашої статті – це розвиток спочатку гострої стресової реакції, а згодом і ПТСР.

Зазначене розуміння стресу є основою для побудови фундаментально різних підходів до організації і впровадження профілактики, лікування та реабілітації осіб із ПТСР. Так, в основі методології роботи фахівців за спеціальністю 222 «Медицина» (лікарів-лікувальників) лежить стратегія обмеження розвитку стрес-реакції та підвищення рівня резистентності організму пацієнта. Для цього згідно зі стандартами використовуються фармакологічні препарати, наприклад селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) [2, 5]. Серотонінергічну систему класично відносять до центральних стреслімітуючих систем [32]. Такий підхід з обмеженням потужності розвитку стрес-реакції, з одного боку, унеможливорює повний процес адаптації, тому що в сучасному розумінні процесу адаптації потужність стрес-реакції повинна відповідати величині стрес-чинника, інакше процес адаптації не буде повністю відповідати вимогам, що постали перед організмом. З іншого боку, відповідний підхід є виправданим, тому що сам факт втручання лікаря вже свідчить про початок розвитку патології, тобто зриву адаптації. І це, у свою чергу, є показником невідповідності потужності стрес-реакції до резервів організму (величини резистентності). Ціна адаптації для організму пацієнта занадто велика, і для адаптації просто не вистачає метаболічних та енергетичних резервів. У таких умовах обмеження розвитку стрес-реакції є абсолютно виваженим рішенням із погляду досягнення головної мети медицини – збереження здоров'я та життя пацієнта. Хоча слід зазначити, що при збереженні життя і здоров'я пацієнта його організм залишається неадаптованим і за повторної дії того ж самого стрес-чинника процес стрес-реакції

з намаганням адаптації буде запущений знову. Вірогідність дезадаптації буде так само збережена.

Деяко інша ситуація із психотерапевтичними методами лікування. Найбільш відомими та розповсюдженими є методики когнітивно-поведінкової терапії і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing, EMDR) [2, 5]. Зазначені методи використовують як на стадії розвитку стрес-реакції, так вже і за умови зриву адаптації, тобто за настання факту дезадаптації, розвитку патології, ПТСР. При цьому рекомендації ВООЗ стверджують, що ці методики є навіть більш ефективними у подоланні ПТСР у порівнянні, наприклад, із фармакологічними методами лікування [6].

Таке твердження, крім експериментального підтвердження, має і досить логічне фундаментальне обґрунтування. Так, із фізіологічної точки зору в основі методики десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR), швидше за все, спрацьовує принцип соматовегетативних рефлексів, за якого соматична складова (рух очей) рефлекторно впливає на вегетативний статус пацієнта, зокрема відбувається гальмування існуючих домінант кори великих півкуль та підкіркових структур, які асоційовані з проявами інтрузій або інших симптомів. У той же час багаторазовість повернення пацієнта до спогадів про події, які призвели до розвитку ПТСР, автоматично буде запускати і механізми адаптації.

Стосовно когнітивно-поведінкової терапії, то вона спрямована на обмеження впливу стрес-чинника за рахунок ментального приниження його значущості та рівня небезпечності. Це забезпечується терапевтичними впливами, спрямованими на виправлення спотвореного сприйняття реальності. Одночасно когнітивно-поведінкова терапія формує у пацієнта уявлення про те, що неадекватні дії, зумовлені спотвореним сприйняттям реальності, підтримують розвиток та утримання наявних проблем і розладів. Розуміння механізмів формування розладів дозволяє сформуванню впродовж курсу терапії адекватні форми поведінки, які за своєю сутністю мають ознаки адаптації.

Таким чином, стратегічною метою лікаря є обмеження розвитку стрес-реакції з метою збереження здоров'я та життя пацієнта, обмеження проявів симптомів ПТСР, які, до речі, є додатковими ендогенними стрес-чинниками, та опрацювання моделей поведінки, що спрямовані на одужання пацієнта.

На відміну від лікаря-лікувальника, спеціалісти з реабілітації (спеціальність 227 «Терапія та реабілітація») мають справу вже з наслідками дезадаптації. Так, згідно з Діагностичним та статистичним посібником із психічних розладів (DSM-5), при визначенні критеріїв диференційної діагностики ПТСР (критерій G) наголошується на тому, що його симптоми, крім того, що викликають клінічно значущі порушення функціонування організму пацієнта, ще в більшості призводять до проблем у професійному та соціальному житті або до проблем в інших важливих сферах життя індивіда [11]. Відповідна ситуація обумовлена порушеннями в когнітивно-емоційній сфері пацієнтів, що проявляються у заниженій самооцінці, втраті інтересу до видів діяльності, які були значущими до розвитку ПТСР (хобі, захоплення, соціальні та професійні інтереси), зниженні здатності відчувати позитивні емоції (наприклад, почуття прив'язаності, дружби, кохання). Таких людей описують як холодних, байдужих, недбайливих.

Крім того, тривалий час можуть зберігатися прояви невпевненості в собі, тривожності, сорому (патологічного), відсутності цілеспрямованості. Така картина наслідків із погляду психофізіології може бути пояснена втратою або гальмуванням домінант, що визначали ціннісно-орієнтаційну спрямованість особистості. Тобто у результаті розладу попередні психофізіологічні домінанти втрачені, а нові не сформовані. Тому в основі роботи спеціалістів з реабілітації стає проблема формування саме мотиваційної сфери пацієнта, відновлення навичок особистісної взаємодії пацієнта з соціумом і його активне включення в соціум, відновлення позитивності та стабільності емоційної сфери особистості.

На сьогодні методики реабілітації є достатньо різноманітними, але чинними протоколами передбачена лікувальна фізкультура, фізичні вправи (аеробні та анаеробні), голкорексфлексотерапія; транскраніальна магнітна стимуляція, психоосвіта, тренінг емоційних реакцій та розв'язання проблем, тренінги розв'язання проблем, пов'язаних із бойовим минулим (для військовослужбовців). Також рекомендованими є арттерапія і музикотерапія [5]. При цьому основною метою такої реабілітації визначається скорочення термінів інтеграції в суспільство і поліпшення функціонування, а не просто зменшення проявів симптомів ПТСР.

Усі зазначені заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному та соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не

відкладатися до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан. Такий підхід є абсолютно зрозумілим, виправданим та логічним у світлі вищезазначеної симптоматики. Однак треба зауважити, що в тому ж самому протоколі зазначається що доказової бази для обґрунтування зазначених методів реабілітації недостатньо.

Також потрібно зазначити, що в деяких клінічних настановах не проводиться чіткого розмежування між терапією (тобто лікуванням) та реабілітацією [1].

При аналізі зарубіжного досвіду можна констатувати більшу різноманітність методів реабілітації, серед яких вважаються досить перспективними напрямами методи групової реабілітації [24], петтерапії [12], арттерапії [16], рекреаційної терапії [27] та ін.

Таким чином, якщо порівняти методологію роботи психотерапевта, психіатра та реабілітолога, то глобальною відмінністю можна визначити те, що якщо діяльність лікаря в основному спрямована на підвищення резистентності пацієнта, то в основі реабілітації лежить принцип резильєнтності.

Окремо необхідно розглянути гігієнічні основи профілактики ПТСР. До цього аспекту роботи, крім зазначених вище фахівців, можуть залучатися спеціалісти за спеціальностями 053 «Психологія», 229 «Громадське здоров'я», 231 «Соціальна робота». Підкреслимо, що соціальні працівники і психологи можуть залучатися не тільки на етапі профілактики ПТСР. Вони можуть бути задіяні до роботи мультидисциплінарної команди і на етапі реабілітації. Потреба в їх залученні буде залежати від характеру наявних проблем пацієнта/клієнта (соціальні, психологічні проблеми).

В аспекті профілактики ПТСР також слід зазначити, що профілактичний принцип є основою і найбільш дієвим механізмом збереження здоров'я особистості та формування громадського здоров'я. Базуючись на визначенні ВООЗ, про те, що гігієна – це умови та практики, які допомагають підтримувати здоров'я та запобігати поширенню хвороб, можна визначити, що основним завданням є попередження захворювань, тобто профілактика. Виходячи з теми нашого дослідження, це профілактика ПТСР. Тобто підвищення резистентності або резильєнтності організму до психологічного впливу травмівної події і попередження розвитку ПТСР.

Проблема стресових розладів, у тому числі і ПТСР, має дуже сильний соціально-суспільний резонанс і тому широко висвітлюється в засобах масової інформації. З одного боку, це підвищує обізнаність населення щодо ПТСР. Однак, з іншо-

го боку, негативними наслідками такого широкого висвітлення проблеми є низькоякісна, а в більшості випадків навіть позбавлена будь-якого науково-обґрунтованого гігієнічно-профілактичного сенсу інформація щодо профілактики ПТСР. Як правило, такого роду профілактика зводиться до порад «не хвилюватися та бути сильним, позитивним, відчувати себе переможцем». З наукового погляду, зокрема з точки зору гігієни як науки, такі поради є абсолютно нікчемними і навіть можуть призвести до погіршення ситуації, тому що в реальній стресовій ситуації не будуть мати очікуваного позитивного результату, і це може швидко приводити до стану фрустрації та формування підґрунтя для розвитку гострого стресового розладу, а потім і ПТСР. З погляду психотерапії проблема таких «корисних порад» полягає в тому, що вони не задіюють реальних психічних, ментальних механізмів для вирішення проблем. При роботі пацієнта із психотерапевтом або медичним психологом, навпаки, фахівець пропонує пацієнту покрокову інструкцію ментальних дій під контролем і з своєчасною корекцією.

У вітчизняних протоколах основними методами у якості первинної профілактики рекомендовано: професійно-психологічну підготовку, психологічну просвіту окремих категорій осіб, які за своєю професійною діяльністю можуть перебувати в екстремальних ситуаціях, у тому числі працівників правоохоронних органів та військовослужбовців військових формувань, рятувальників тощо, і перед виконанням службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах за спеціально розробленими програмами в системі бойової та спеціальної, професійної, службової підготовки окремо за категоріями персоналу. А також рекомендовано проводити психосвітну роботу щодо реагування психіки на важкі психотравмівні події [5]. Одразу після дії травмівної події зазначається доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги». Важливим є зазначення того, що вітчизняні рекомендації фокусуються тільки на двох травмівних подіях – це терористичний акт або катастрофа.

Другою важливою деталлю є те, що профілактика розглядається тільки на рівні служб, фахівців й установ, які надають психологічну допомогу. На рівні ж закладів, які надають первинну медичну допомогу, зазначено, що не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики ПТСР. Також у протоколі є пряма заборона на використання у якості профілактики заходів формальної психотерапії особам без ПТСР та заборона на ви-

користання у якості профілактики фармакологічних засобів, таких як бензодіазепіни, нейролептики та препарати, що містять фенобарбітал [5].

У зарубіжних дослідженнях в основному так, як і у вітчизняних, виділяють два періоди профілактики або превентивних утручання, що зменшують загрозу розвитку ПТСР – первинне втручання та вторинне втручання (“primary intervention”, “secondary intervention”). Первинне втручання здійснюється заздалегідь до дії травмівної події, а вторинне – одразу після дії [14, 21]. Потрібно зазначити, що різноманіття методів профілактики дуже сильно відрізняється від вітчизняної практики, а тому є цікавим із погляду переїмання досвіду та залучення у вітчизняну гігієну.

Більш докладно та науково обґрунтовано представлена профілактика на рівні вторинних утручань, тобто одразу після дії травмівної події. Так, останнім часом з’явилася достатньо велика кількість даних щодо фармакологічної профілактики розвитку ПТСР. Пропонується достатньо широкий спектр фармакологічних препаратів для його профілактики, в тому числі антидепресантів, морфіни, глюкокортикоїди, пропранолол, кетамін та багато ін. Однак результати досліджень є суперечливими і деякі з них – достатньо не визначеними з погляду доказовості [13, 19, 22, 28]. Така полеміка розвивається на тлі ситуації, за якої вже достатньо досліджені біохімічні механізми впливу відповідних препаратів, а от психофізіологічні механізми фармакологічного попередження розвитку ПТСР залишаються недостатньо дослідженими і мають узагальнене трактування та пояснення. Навіть немає чіткої методологічної концепції щодо профілактики. Хоча деякі автори говорять про резильєнтність [17, 19] як механізм профілактики, але в більшості досліджень це питання взагалі оминається. Крім того, в деяких наукових роботах навіть не зазначається, про який тип утручань іде мова (первинних чи вторинних), що вносить додаткову плутанину в оцінку результатів. Автори праць зауважують те, що ще є достатньо питань не тільки практичного, а й етичного характеру, які необхідно вирішити, перш ніж рекомендувати фармакологічну профілактику ПТСР [14].

Іншим напрямом профілактики розвитку ПТСР на рівні вторинних утручань є психотерапевтичні практики. Основними методиками втручання є рекомендовані травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (СВТ-ТФ), когнітивно-процесуальна терапія (СРТ), когнітивна терапія (СТ), десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR), експозиційні терапії, зокрема “prolonged exposure

(PE)” [8]. Звісно, що цей перелік не є вичерпним, але одразу привертає увагу те, що у вітчизняній системі охорони здоров’я зазначені методики вважаються психотерапевтичними, тобто визначають процес лікування. У зарубіжній медичній практиці визначені методики вживаються з терміном запобігання, попередження (“prevention”).

Щодо профілактики на рівні первинного втручання, то науково обґрунтована інформація є недостатньою. З психологічного напрямку можна зазначити копіювальні технології, різні методики інтерпретації позитивної психології та деякі інші [21].

Привертає увагу робота щодо використання практик йоги у профілактиці ПТСР [29, 34]. Однак результати є поодинокими і потребують подальшого узагальнення та більш детального науково обґрунтованого розгляду.

Іншим напрямом є профілактика розвитку ПТСР за рахунок фізичної підготовки. Такі дослідження проводилися в основному при підготовці кадрів у військовій сфері і дають позитивні та достатньо науково коректні дані [25]. Відповідні дослідження абсолютно узгоджуються з фізіологічними аспектами реакції організму на стрес-чинники, де основним механізмом профілактики є підвищення загальної резильєнтності організму. Зазначимо, що фізична підготовка груп ризику (пожежні, рятувальники, військові, поліцейські) використовувалася достатньо давно, але організовувалася на емпіричній основі і слугувала формуванню тільки фізичної сили та витривалості. Методичною основою фізичних тренувань є принцип загартовування – тобто адаптація організму до стрес-чинника (у даному випадку – це фізичне навантаження), що постійно підвищує потужність. Таким чином, гігієнічні основи профілактики на сучасному етапі науки і практики в основному спрямовані на підвищення резильєнтності організму.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Підсумовуючи, необхідно зазначити, що формування розуміння здобувачами вищої освіти спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» роботи різних фахівців з особами із ПТСР передбачає наявність у них цілісного, багатовимірнього, міжпредметного уявлення про сутність ПТСР, його механізми та наслідки, а також усвідомлення ними меж власної компетентності і компетентності колеги, які можуть бути залучені: під час реабілітації (до складу мультидисциплінарної команди чи надавати допомогу самостійно відповідно до потреб пацієнта/клієнта); до процесу лікування пацієнтів із ПТСР, а також до проведення спільних заходів із

профілактики цієї патології. Потреба в залученні певних фахівців до роботи залежить від характеру наявних проблем пацієнта/клієнта із ПТСР.

Для реабілітологів важливо розуміти різні підходи роботи фахівців з особами із ПТСР. Основними напрямками роботи з особами із ПТСР є профілактичний, лікувальний і реабілітаційний, які визначають підходи фахівців різних спеціальностей, що застосовуються у роботі із зазначеною категорією пацієнтів/клієнтів. При цьому найменш розробленим і водночас найперспективнішим із погляду формування громадського здоров'я є профілактичний напрям, що базується на методологічних підходах гігієни як науки. В основі профілактичного підходу на сучасному етапі розвитку науки лежить принцип підвищення резильєнтності особистості. Подальші перспективи полягають у розробці методів профілактики, які базуються на формуванні резистентності осіб до ПТСР, особливо це актуально для груп ризику.

Основними найбільш ефективними підходами до роботи з особами із ПТСР у межах лікувального напрямку є фармакологічний та психотерапевтичний, які спрямовані на обмеження дії стрес-чинника та зменшення рівня стрес-реакції. У перспективі

цього напрямку є вдосконалення фармакологічних методів лікування та їх доказової бази.

В основі реабілітаційного напрямку роботи з особами із ПТСР лежить концепція ліквідації психосоціальних наслідків дезадаптації пацієнтів. Перспективним у межах цієї концепції вбачають формування та вдосконалення доказової бази ефективності різних методів реабілітації, збільшення їх різноманітності на основі апробації й адаптації зарубіжного досвіду в системі охорони здоров'я України.

Розуміння специфіки діяльності кожного з фахівців, які залучені до роботи з особами із ПТСР, забезпечує їх успішну співпрацю. Така співпраця повинна базуватися на біопсихосоціальній моделі, системному, компетентнісному, інтегрованому і мультидисциплінарному підходах. Розуміння фахівцями меж і специфіки як власної діяльності, так і діяльності колег у процесі роботи з особами із ПТСР забезпечує ефективний розподіл обов'язків, де кожен із фахівців несе відповідальність за свою частину роботи. Перспективу подальших наукових досліджень складає розуміння здобувачами вищої освіти спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» особливостей їх відповідальності у роботі з особами із ПТСР.

Список літератури

1. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) / Б. В. Михайлов ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Київ ; Харків, 2018. – 127 с.
2. Посттравматичний стресовий розлад : адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_akn_ptsr.pdf.
3. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти : Проект постанови Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://surl.li/kdevh>.
4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX : станом на 19 серп. 2022 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
5. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://surl.li/jxegy>.
6. Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0). – Geneva : World Health Organization, 2013. – 18 p.
7. Bijlsma K. Environmental Stress, Adaptation and Evolution / K. Bijlsma. – Springer, 1997. – 348 p.
8. Bisson J. I. Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base / J. I. Bisson, M. Olf // Eur. J. Psychotraumatol. – 2021. – Vol. 12. – P. 1824381.
9. Culture and PTSD [Electronic resource] / ed. by D. E. Hinton, B. J. Good. – University of Pennsylvania Press, 2016. DOI 10.9783/9780812291469.
10. Davenport J. Environmental Stress and Behavioural Adaptation / J. Davenport. – Springer London, Limited, 2012. – 121 p.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR (tm)). – American Psychiatric Association Publishing, 2022.
12. Dog training alleviates PTSD symptomatology by emotional and attentional regulation / I. Maoz, S. Zubedat, T. Dolev [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. – 2021. – Vol. 12, No. 1. DOI 10.1080/20008198.2021.1995264.
13. Early pharmacological interventions for universal prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD) / F. Bertolini, I. Robertson, J. I. Bisson [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2022. – Vol. 2022, No. 2. DOI 10.1002/14651858.cd013443.pub2.
14. Fletcher S. Preventing Post Traumatic Stress Disorder: Are Drugs the Answer? / S. Fletcher, M. Creamer, D. Forbes // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 44, No. 12. – P. 1064–1071. DOI 10.3109/00048674.2010.509858.
15. Genetics of PTSD / J. A. Sumner, A. C. Bustamante, K. C. Koenen, M. Uddin ; ed. by I. Liberzon, K. J. Ressler. – Oxford University Press, 2016. DOI 10.1093/med/9780190215422.003.0011.

16. Guzman L. Essential Art Therapy Exercises: Effective Techniques to Manage Anxiety, Depression, and PTSD / L. Guzman. – Rockridge Press, 2020. – 162 p.
17. Horn S. R. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD / S. R. Horn, A. Feder // Harvard review of psychiatry. – 2018. – Vol. 26. – P. 158–174. DOI 10.1097/HRP.000000000000194.
18. International Classification of Diseases-11 (ICD-11) [Electronic resource]. – Access mode : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
19. Ketamine as a prophylactic resilience-enhancing agent / A. G. Evers, J. W. Murrough, D. S. Charney, S. Costi // Frontiers in Psychiatry. – 2022. – Vol. 13. DOI 10.3389/fpsy.2022.833259.
20. Meerson F. Z. Adaptation, Stress, and Prophylaxis / F. Z. Meerson, J. Shapiro. – Springer, 2011. – 340 p.
21. Naguy A. PTSD – Inevitable or preventable? / A. Naguy, B. Alamiri // Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. – 2018. – Vol. 26, No. 6. – P. 670–670. DOI 10.1177/1039856218783853.
22. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis / L. A. Wright, M. Sijbrandi, R. Sinnerton [et al.] // Translational Psychiatry. – 2019. – Vol. 9, No. 1. DOI 10.1038/s41398-019-0673-5.
23. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys / K. C. Koenen, A. Ratanatharathorn, L. Ng [et al.] // Psychological Medicine. – 2017. – Vol. 47, No. 13. – P. 2260–2274. DOI 10.1017/s0033291717000708.
24. Present-Centered Group Therapy for PTSD / M. S. Wattenberg, D. L. Gross, B. L. Niles [et al.]. – New York : Routledge, 2021. DOI 10.4324/9780429322617.
25. Prophylactic relationship between mental health disorder symptoms and physical activity of Royal Canadian Mounted Police Cadets during the cadet training program / T. Teckchandani, R. L. Krakauer, K. L. Andrews [et al.] // Frontiers in Psychology. – 2023. – Vol. 14. DOI 10.3389/fpsyg.2023.1145184.
26. Qi W. Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions / W. Qi, M. Gevonden, A. Shalev // Current psychiatry reports. – 2016. – Vol. 18. – P. 20. DOI 10.1007/s11920-015-0655-0.
27. Ramsawh H. J. Recreational Therapy for PTSD / H. J. Ramsawh, G. H. Wynn. – Oxford University Press, 2016. DOI 10.1093/med/9780190205959.003.0010.
28. Roque A. P. Pharmacotherapy as prophylactic treatment of post-traumatic stress disorder: a review of the literature / A. P. Roque // Issues in mental health nursing. – 2015. – Vol. 36, No. 9. – P. 740–751. DOI 10.3109/01612840.2015.1057785.
29. Santra G. Yoga and the Need of Its Integration in Modern Medicine / G. Santra // The Journal of the Association of Physicians of India. – 2022. – Vol. 70. – P. 11–12. DOI 10.5005/japi-11001-0142.
30. Stamm B. H. Measurement of stress, trauma, and adaptation / B. H. Stamm. – Sidran Press, 1996. – 445 p.
31. To BDZ or not to BDZ? That is the question! Is there reliable scientific evidence for or against using benzodiazepines in the aftermath of potentially traumatic events for the prevention of PTSD? A systematic review and meta-analysis / B. Campos, V. Vinder, R. B. F. Passos [et al.] // Journal of psychopharmacology. – 2022. – Vol. 36. – P. 449–459. DOI 10.1177/02698811221080464.
32. Williams B. C. Serotonin / B. C. Williams, Y. C. Lo // Encyclopedia of stress. – 2007. – P. 457–460. DOI 10.1016/b978-012373947-6.00342-1.
33. Yehuda R. Neuroendocrinology of PTSD / R. Yehuda ; ed. by C. B. Nemeroff, C. R. Marmar. – Oxford University Press, 2018. DOI 10.1093/med/9780190259440.003.0020.
34. Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial / B. A. van der Kolk, L. Stone, J. West [et al.] // The Journal of clinical psychiatry. – 2014. – Vol. 75. – P. e559. DOI 10.4088/JCP.13m08561.

References

1. Mykhailov, B.V. (2018). *Medyko-psykholohichna reabilitatsiia uchasnykiv ATO v sanatorno-kurortnii merezhi (klinichna nastanova) [Medical and psychological rehabilitation of ATO participants in a sanatorium-resort network (clinical guidelines)]*. Kyiv; Kharkiv: Khark. med. akad. pisladyplom. osvity [in Ukrainian].
2. (2016). *Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh Posttravmatychnyi stresovyi rozlad [Adapted evidence-based clinical guideline Posttraumatic stress disorder adapted evidence-based clinical guideline]*. Retrieved from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_akn_ptsr.pdf [in Ukrainian].
3. (2023). *Proiekt postanovy Kabinetu Ministriv Ukrainy Pro zatverdzhennia pereliku haluzei znan i spetsialnostei, za yakymy zdiisniuetsia pidhotovka zdobuvachiv vyshchoi osvity [Draft resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine On approval of the list of fields of knowledge and specialties for which higher education applicants are trained]*. Retrieved from: <http://surl.li/kdevh> [in Ukrainian].
4. *Zakon Ukrainy Pro reabilitatsiui u sferi okhorony zdorovia vid 03.12.2020 r. № 1053-IX [Law of Ukraine About rehabilitation in the field of health dated December 3, 2020 No. 1053-IX]*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> [in Ukrainian].
5. (2016). *Reaktsiia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii [Reaction to severe stress and adaptation disorders]*. Retrieved from: <http://surl.li/jxegy> [in Ukrainian].
6. (2013). *Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0)*. Geneva: World Health Organization.

7. Bijlsma, K. (1997). *Environmental Stress, Adaptation and Evolution*. Springer.
8. Bisson, J.I., & Olff, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 12, 1824381.
9. Hinton, D.E., & Good, B.J. (2016). *Culture and PTSD*. University of Pennsylvania Press. DOI 10.9783/9780812291469.
10. Davenport, J. (2012). *Environmental Stress and Behavioural Adaptation*. Springer London, Limited.
11. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR (tm)). American Psychiatric Association Publishing.
12. Maoz, I., Zubedat, S., Dolev, T., Aga-Mizrachi, S., Bloch, B., Michaeli, Y., ... Avital, A. (2021). Dog training alleviates PTSD symptomatology by emotional and attentional regulation. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). DOI 10.1080/20008198.2021.1995264.
13. Bertolini, F., Robertson, L., Bisson, J.I., Meader, N., Churchill, R., Ostuzzi, G., ... Barbui, C. (2022). Early pharmacological interventions for universal prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. DOI 10.1002/14651858.cd013443.pub2.
14. Fletcher, S., Creamer, M., & Forbes, D. (2010). Preventing Post Traumatic Stress Disorder: Are Drugs the Answer? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1064-1071. DOI 10.3109/00048674.2010.509858.
15. Sumner, J.A., Bustamante, A.C., Koenen, K.C., & Uddin, M. (2016). Genetics of PTSD. I. Liberzon, K. J. Ressler (Eds.). Oxford University Press. DOI 10.1093/med/9780190215422.003.0011.
16. Guzman, L. (2020). *Essential Art Therapy Exercises: Effective Techniques to Manage Anxiety, Depression, and PTSD*. Rockridge Press.
17. Horn, S.R., & Feder, A. (2018). Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harvard review of psychiatry*, 26, 158-174. DOI 10.1097/HRP.0000000000000194.
18. (2023). International Classification of Diseases-11 (ICD-11). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
19. Evers, A.G., Murrough, J.W., Charney, D.S., & Costi, S. (2022). Ketamine as a prophylactic resilience-enhancing agent. *Frontiers in Psychiatry*, 13. DOI 10.3389/fpsy.2022.833259.
20. Meerson, F.Z., & Shapiro, J. (2011). *Adaptation, Stress, and Prophylaxis*. Springer.
21. Naguy, A., & Alamiri, B. (2018). PTSD – Inevitable or preventable? *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 26(6), 670. DOI 10.1177/1039856218783853.
22. Wright, L.A., Sijbrandi, M., Sinnerton, R., Lewis, C., Roberts, N.P., & Bisson, J.I. (2019). Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 9(1). DOI 10.1038/s41398-019-0673-5.
23. Koenen, K.C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K.A., Bromet, E.J., Stein, D.J., ... Kessler, R.C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274. DOI 10.1017/s0033291717000708.
24. Wattenberg, M.S., Gross, D.L., Niles, B.L., Unger, W.S., & Shea, M.T. (2021). *Present-Centered Group Therapy for PTSD*. Routledge. DOI 10.4324/9780429322617.
25. Teckchandani, T., Krakauer, R.L., Andrews, K.L., Neary, J.P., Nisbet, J., Shields, R.E., ... Carleton, R.N. (2023). Prophylactic relationship between mental health disorder symptoms and physical activity of Royal Canadian Mounted Police Cadets during the cadet training program. *Frontiers in Psychology*, 14. DOI 10.3389/fpsyg.2023.1145184.
26. Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Current psychiatry reports*, 18, 20. DOI 10.1007/s11920-015-0655-0.
27. Ramsawh, H.J., & Wynn, G.H. (2016). *Recreational Therapy for PTSD*. Oxford University Press. DOI 10.1093/med/9780190205959.003.0010.
28. Roque, A.P. (2015). Pharmacotherapy as prophylactic treatment of post-traumatic stress disorder: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*, 36(9), 740-751. DOI 10.3109/01612840.2015.1057785.
29. Santra, G. (2022). Yoga and the Need of Its Integration in Modern Medicine. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 70, 11-12. DOI 10.5005/japi-11001-0142.
30. Stamm, B.H. (1996). *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Sidran Press.
31. Campos, B., Vinder, V., Passos, R.B.F., Coutinho, E.S.F., Vieira, N.C.P., Leal, K.B., ... Berger, W. (2022). To BDZ or not to BDZ? That is the question! Is there reliable scientific evidence for or against using benzodiazepines in the aftermath of potentially traumatic events for the prevention of PTSD? A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychopharmacology*, 36, 449-459. DOI 10.1177/02698811221080464.
32. Williams, B.C., & Lo, Y.C. (2007). Serotonin. *Encyclopedia of stress*. Elsevier. DOI 10.1016/b978-012373947-6.00342-1.
33. Yehuda, R. (2018). *Neuroendocrinology of PTSD*. C.B. Nemeroff, C.R. Marmar (Eds.). Oxford University Press. DOI 10.1093/med/9780190259440.003.0020.
34. Van der Kolk, B.A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75, e559. DOI 10.4088/JCP.13m08561.

Отримано 03.10.2023.
Рекомендовано 05.12.2023.

Електронна адреса для листування: gryniv@tdmu.edu.ua