

Лекція 4.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В НЬОМУ

1. Характеристика стадій відновлення. Критерії подолання травми за Мері Гарвей.

2. Особливості побудови реабілітаційної програми

1. СТАДІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ.

Базовими переживаннями у психологічній травмі є відчуття втрати влади над собою та своїм життям, відгородженість від інших. Отже, основою видужання є здобуття влади для постраждалої особи та побудова нових зв'язків. Видужання можливе лише в контексті стосунків; воно не може відбутися в ізоляції. У відбудованих зв'язках з іншими людьми постраждала особа відновлює психологічні функції, пошкоджені або деформовані внаслідок травматичного досвіду: здатність довіряти, автономію, ініціативність, спроможність, ідентичність та приватність [1].

Відновлення відбувається у три стадії. Центральним завданням першої стадії є встановлення безпеки; другої – пам'ять та оплакування; третьої – відновлення зв'язку з повсякденним життям [1, ст. 262].

Травма забирає у постраждалої особи відчуття сили та контролю; провідним принципом видужання є відновлення сили та контролю у постраждалого. Першим завданням відновлення є встановити безпеку постраждалого. Це завдання передує всім іншим, позаяк жодна терапевтична робота не може бути успішною, якщо не гарантувати достатньої безпеки. Ця початкова стадія може тривати від днів до тижнів з гострою травмою або від місяців до років із постраждалими від хронічного насильства.

Постраждалі не відчувають себе безпечно у своєму тілі. У них є відчуття втрати контролю над почуттями та процесом мислення. Вони також не відчувають себе безпечно у стосунку до інших. Терапевтична тактика має звертатися до занепокоєння пацієнта щодо безпеки у всіх цих трьох сферах.

Установлення безпеки починається із зосередження на контролі над тілом

та поступово зміщується назовні – починається контроль над середовищем. Питання тілесної цілісності стосуються забезпечення базових потреб здоров'я, регуляції тілесних функцій, таких, як сон, прийом їжі та фізична активність, подолання посттравматичних симптомів, контроль над самодеструктивною поведінкою. Питання середовища – це питання налагодження безпечної життєвої ситуації, фінансової певності, мобільності, це розробка плану самозахисту, що охоплює весь діапазон щоденного життя пацієнта. Оскільки ніхто не здатен створити безпечне середовище сам, розроблення адекватного плану безпеки завжди містить складову суспільної підтримки.

Роль терапевта є одночасно інтелектуальною і стосунковою; вона сприяє як розумінню клієнта, так і емпатійному зв'язку. Хоча професійна кваліфікація, висновки та моральна підтримка терапевта життєво необхідні для успіху відновлення, наприкінці процесу саме постраждала особа своїми діями визначає рівень власного відновлення.

Клієнти часто питають, як визначити, чи готові вони до переходу на наступну стадію роботи. Немає конкретної і чіткої події, яка б позначала завершення першої стадії. Перехід відбувається поступово, уривчасто. Поступово травмована людина відновлює певне зародкове відчуття безпеки, або принаймні передбачуваності, в своєму житті. Вона знову дізнається, що може розраховувати на себе та на інших. Особа, постраждала від хронічної травми, починає вірити не лише в те, що вона може добре подбати про себе, але й що вона заслуговує на це. У стосунках з іншими вона навчилась і бути достатньо довірливою, і захищати себе. У стосунках з психологом вона досягла достатньо безпечного альянсу, який підтримує як автономію, так і зв'язок.

На цьому етапі, особливо після поодинокі гострої травми, постраждала особа може захотіти на якийсь час викинути цей досвід із голови і продовжувати жити далі. І деякий час їй це може вдаватися. Ніде не написано, що процес відновлення має бути простим і безперервним. Зрештою травматичні події не дають себе просто так відкинути. На певному етапі спогад про травму обов'язково повернеться та вимагатиме до себе уваги. Це часто провокується

значним нагадуванням про травму – ювілеєм, наприклад – або зміною життєвих обставин постраждалого, яка повертає її до незавершеної роботи з інтеграції травматичного досвіду. Тоді вона готова братися до другої стадії відновлення [1].

На другій стадії відновлення постраждала особа розповідає історію травми. Вона розповідає її повністю, ґрунтовно та у подробицях. Ця робота з реконструкції насправді видозмінює травматичний спогад, щоб він міг бути інтегрований у життєву історію постраждалої. Слід пам'ятати, що травматична пам'ять безслівна та статична. Початкова розповідь може бути монотонною, стереотипною та беземоційною.

Упродовж другої стадії відновлення залишається чинним базовий принцип здобуття влади для постраждалого. Вибір, чи пережити жахіття минулого, залишається за постраждалим. Терапевт бере на себе роль свідка та союзника, в присутності якого він може говорити про невимовне. Реконструкція травми ставить високі вимоги до відваги як пацієнта так і терапевта. Вона вимагає, щоб обидвоє чітко розуміли мету та були впевненими у своєму альянсі.

Коли постраждала особа викликає свої спогади, необхідність зберігати безпеку має постійно бути у рівновазі з потребою пережити минуле. Рішення стосовно темпів і термінів потребують прискіпливої уваги та частого спільного перегляду з боку і пацієнта, і терапевта.

Потрібно уважно спостерігати за інтрузивними спогадами пацієнта, щоб робота з розкриття залишалася в безпечних межах. Якщо упродовж активного дослідження травми симптоми різко посилюються, це має бути сигналом до сповільнення та до перегляду курсу відновлення. Реконструкція травми вимагає деякого послаблення звичних життєвих вимог; деякої «толерантності до стану хвороби». Активна робота з розкриття не має відбуватись у моменти, коли безпосередні життєві кризи забирають увагу пацієнта або коли першочерговими є інші важливі цілі.

Реконструювання травми починається з перегляду життя пацієнта до

травми й обставин, які призвели до травматичної події. Пацієнта слід заохочувати говорити про його важливі стосунки, ідеали та мрії, його боротьбу та конфлікти, що передували травматичній події. Це дослідження надає контекст, у межах якого можна зрозуміти особливе значення травми.

Наступний крок – реконструювати травматичну подію як розповідь про факти. Із фрагментарних компонентів – «застиглих» образів і відчуттів – пацієнт і психолог поступово збирають цілісну, детальну вербальну розповідь, орієнтовану в часі та історичному контексті. Розповідь містить не лише саму подію, але й реакцію постраждалої особи на неї та реакції важливих у її житті осіб. Розповідь без травматичних образів та тілесних відчуттів є порожньою та неповною.

Реконструкція історії травми також передбачає системний перегляд значення події як для пацієнта, так і для важливих для нього людей. На цій стадії важливою є моральна позиція психолога, утвердження позиції моральної солідарності з пацієнтом.

Перехід до оплакування є одночасно і найголовнішим завданням цього етапу відновлення, і тим завданням, якого найбільше бояться. Пацієнти часто бояться, що це завдання нездоланне, що як тільки вони дозволять собі відчути сум, вони ніколи не зможуть зупинитися. Також постраждалі часто опираються оплакуванню не лише через страх, але й через гордість. Вони можуть свідомо відмовлятися від переживання горя, намагаючись таким чином заперечити перемогу їхнього кривдника. У такому випадку важливо перетворити сум пацієнта в акт відваги, а не приниження. Доки пацієнти неспроможні сумувати, вони залишаються «відрізаними» від частини себе та позбавленими важливої частини свого зцілення. Лише через оплакування над втраченим пацієнти можуть відкрити своє незнищене внутрішнє життя.

Друга стадія відновлення має позачасовий характер, і це лякає. Пацієнти часто питають, скільки триватиме цей болісний процес. На це запитання немає чіткої відповіді, можна лише запевнити, що його не можна оминати чи прискорити. Він, напевно, триватиме довше, ніж бажає пацієнт, однак не буде

нескінченним. Після багатьох повторень настає мить, коли розповідь про травму вже не викликає таких інтенсивних почуттів. Вона стала частиною досвіду постраждалого. Ця історія є одним із спогадів і вона починає призабуватися, як і інші спогади. Горе також починає втрачати свою гостроту.

Реконструкція травми ніколи не завершується повністю; на кожному новому етапі життєвого циклу нові конфлікти неминуче знову пробуджують травму та витягають на світло якийсь новий аспект цього досвіду. Проте основна робота другої стадії є завершеною тоді, коли пацієнт повертає собі власне минуле і відчуває оновлену надію та енергію, щоб «повернутися» у життя. Час знову починає минати. Коли «процес розповіді» завершується, травматичний досвід по-справжньому належить минулому. На цьому етапі перед постраждалою особою формуються завдання відбудови свого життя у теперішньому та досягнення поставлених цілей у майбутньому.

Завдання першої стадії часто актуалізуються на третій стадії відновлення. Постраждалий знову вкладає енергію в піклування про своє тіло, своє близьке оточення, свої матеріальні потреби та стосунки з іншими. Але якщо на першій стадії метою було просто забезпечити стан базової безпеки, то на третій стадії така особа вже готова до активнішої взаємодії зі світом.

Безпорадність та ізоляція – ядро психічної травми. Здобуття влади та налагодження зв'язку з людьми навколо є основою видужання. На третій стадії травмована особа усвідомлює, що вона стала жертвою і розуміє, до чого це призвело. Тепер вона готова інтегрувати уроки свого травматичного минулого у життя: робити конкретні кроки, щоб поглибити відчуття власних сили та контролю, захистити себе від майбутніх небезпек і поліпшити стосунки з людьми, яким вона навчилася довіряти. Просте твердження – «Я знаю, що в мене є я» – може бути символом третьої та останньої стадії відновлення. Постраждала людина більше не відчуває себе в полоні власного травматичного минулого; тепер вона належить сама собі.

Терапевтична робота на цьому етапі часто зосереджується на формуванні бажання та ініціативи [1]. Відновлення соціальних зв'язків починається з

розуміння того, що ти не сам. Це період спроб і помилок, навчання зносити невдачі та відчувати насолоду від неочікуваного успіху. Соціальна активність стає джерелом сили для постраждалої особи; ця сила походить з її власної ініціативності, енергії та винахідливості, але вона й розширює ці якості далеко за межі можливостей такої людини. Участь в організованих відповідальних соціальних акціях вимагає активувати найбільш зрілі пристосувальні якості, а саме: терпіння, вміння чекати, альтруїзм та почуття гумору. Це розкриває в людині найкращі риси характеру, а вона, своєю чергою, отримує відчуття зв'язку з найкращими рисами інших людей.

Незважаючи на те, що процес подолання травми ніколи не буває повністю завершеним, – існує велика ймовірність повернення посттравматичних симптомів під впливом стресу: для пацієнтів зазвичай цілком достатньо перевести свою увагу із завдань відновлення на буденні життєві клопоти. Найкращими показниками подолання травми є відновлена здатність постраждалих отримувати задоволення від життя та будувати повноцінні стосунки з іншими. Постраждала особа стає більш зосередженою на теперішньому та майбутньому, ніж на минулому, та починає сприймати світ крізь призму радості й захоплення, а не страху.

Повна характеристика стадій відновлення подана у таблиці.

Таблиця 1.

Група	Стадія відновлення		
	Перша	Друга	Третя
Терапевтичне завдання	Безпека	Пам'ять та оплакування	Відновлення зв'язку
Часова орієнтація	Теперішнє	Минуле	Теперішнє, майбутнє
Фокус	Гурбота про себе	Травма	Міжособистісні стосунки
Склад групи	Однорідний	Однорідний	Змішаний
Рамки	Гнучкі, відкриті	Закриті	Стабільні, поступова зміна учасників
Згуртованість	Помірна	Дуже висока	Висока
Терпимість до конфліктів	Низька	Низька	Висока
Часові обмеження	Необмежена або повторювана	Обмежена	Необмежена
Структура	Навчальна	Цільово зорієнтована	Неструктурована
Приклад	Програма 12 кроків	Група для постраждалих	Міжособистісна психотерапевтична група

Психолог Мері Гарвей визначила сім критеріїв подолання травми:

1. Фізіологічні симптоми посттравматичного стресового розладу переведено у контрольовані межі.
2. Людина здатна витримувати почуття, пов'язані з травматичними спогадами.
3. Людина може керувати своїми спогадами. Вона може вибирати: чи згадувати про травму, чи відкласти спогади.
4. Пам'ять про травматичні події – послідовна розповідь, пов'язана з почуттями.
5. Уражене почуття власної гідності відновлено.
6. Відновлені важливі стосунки з іншими людьми.
7. Людина відтворила послідовну систему знань та переконань, у якій присутня історія травми [1, ст. 359].

На практиці усі ці питання взаємопов'язані і стосуються усіх етапів відновлення. Процес відновлення не є простим рухом вперед – дуже часто трапляються «різкі повороти або повернення назад», щоб переглянути ті речі, які згадувалися уже багато разів, та поглибити і розширити розуміння пережитого досвіду.

2. ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ

Процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану. Окрім цього, має відбуватися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування та його впливу на соціальні, психічні та професійні навички людини. Лікування стану в гострому періоді орієнтоване на травму або захворювання, що може призвести до інвалідності. Реабілітація, навпаки, орієнтується на ті навички, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформованими на основі резервних можливостей людини. Отже, реабілітація

містить в собі визначення та корекцію факторів, які пов'язані як з особистістю, так і з оточенням людини, і які заважають повноцінній участі людини в житті суспільства.

Фази реабілітаційного процесу:

1. *Гостра фаза* з акцентом на заходах медичної реабілітації.

Завдання: психодіагностика, психологічна та психотерапевтична бесіди (наприклад, для послаблення депресивних реакцій або для мотивації клієнта до активного пошуку можливих рішень).

2. *Фаза підготовки* до реабілітації та пошуку форм реабілітації (інтерв'ю, планування реабілітаційних заходів, прийняття рішення щодо психотерапевтичних заходів).

Завдання: опанування соціально-психологічних навичок пристосування хворих до умов зовнішнього оточення (стимуляція соціальної активності хворого).

3. *Фаза власне реабілітації.*

Завдання: полегшення процесів навчання та психічна підтримка за допомогою консультування та терапії.

4. *Фаза соціальної та професійної інтеграції.*

Завдання: допомога психолога знайти людині своє місце в житті.

Основні принципи психологічної реабілітації такі:

1. Поєднання психологічного впливу на тлі біологічного втручання.

2. Різноманітність психологічного втручання – врахування усіх аспектів життєдіяльності хворого (психологічної, сімейної, трудової, соціальної складових).

3. Партнерство – активна участь пацієнта у відновленні функцій організму та побудові соціальних зв'язків.

4. Поступовість – розв'язання соціально-психологічних проблем від менш складних до більш соціально дезадаптувальних [2].

Етапи визначення реабілітаційної програми:

1. Проведення реабілітаційно-експертної діагностики. Обстеження хворого чи інваліда, встановлення його реабілітаційного діагнозу, на основі якого

будується наступна реабілітаційна програма.

2. Передбачення реабілітаційного прогнозу.
3. Визначення заходів, технічних засобів реабілітації та послуг, які допоможуть пацієнту відновити порушені або компенсувати втрачені здібності.

Вік має велике значення при плануванні реабілітаційного процесу. Увесь контингент можна поділити на чотири групи:

1. Дитяча, у котрій необхідні в основному педагогічні й трудові заходи, які проводять в спеціалізованих дитячих дошкільних установах, школах і професійних училищах.

2. Підліткова. Трудових і професійних навичок набувають у професійних школах, училищах, технікумах, а при психічних розладах – у лікувально-трудових майстернях.

3. Молода і середнього віку (при наявності виробничої або спеціальної підготовки). Здебільшого підготовка здійснюється за індивідуальною програмою на робочому місці у виробничих умовах, як правило, із збереженням колишньої кваліфікації.

4. Передпенсійна і пенсійна. Полегшені умови праці зі зниженням кваліфікації.

У кожному віці професії або заняття, що рекомендуються для реабілітації, мають строго відповідати трудовим можливостям і властивостям особистості.

При підготовці плану реабілітації враховується також статева приналежність реабілітанта, хоча вона і менш суттєва, ніж вікова різниця. Слід, проте, пам'ятати, що жінки, порівняно з чоловіками, глибше переживають стан своєї особистісної дестабілізації, передовсім у сімейних умовах. Тому тут на перший план виступає психологічна адаптація. У зв'язку з фізіологічними особливостями жіночого організму, до вибору професії або роботи, що доступна жінці, нерідко матері, потрібне особливо уважне ставлення. Для створення нормальної обстановки на роботі й у сім'ї найчастіше потрібна допомога громадськості і родичів [1; 2].

Рівень загальної і професійної освіти також позначається на реабілітаційних заходах. У осіб із високим рівнем загальноосвітньої і професійної підготовки є більше можливостей до відновлення працездатності за спеціальністю. Навчання таких осіб нової професії також вимагає невеличких матеріальних витрат. Проте у стані непрацездатності відносно часто виникає тривожний стан (невротична фіксація на своїй неповноцінності), що уповільнює процес видужання й адаптації. Тому вони потребують посиленої психологічної реабілітації на ранніх стадіях хвороби. У осіб із низьким рівнем загальної і професійної освіти на перший план виступає проблема професійної підготовки й, особливо, працевлаштування.

Плануючи реабілітаційні заходи, необхідно, також, дотримуватися відповідних санітарно-гігієнічних рекомендацій (особливо при проведенні трудотерапії і професійної підготовки), вимог щодо охорони праці, санітарно-епідеміологічних норм й умов лікувально-профілактичної допомоги.

Види реабілітаційних програм та умови проведення.

Стационарна програма. Здійснюється в умовах стаціонару і є найефективнішою, позаяк людина забезпечується всіма видами реабілітації.

Денний стаціонар. Людина живе вдома, а на час проведення реабілітаційних заходів перебуває в клініці.

Амбулаторна програма. Здійснюється у відділеннях відновлювальної терапії при поліклініках, де пацієнт перебуває на час проведення реабілітаційних заходів.

Домашня програма. Усі реабілітаційні заходи відбуваються вдома. Перевага в тому, що людина отримує всі необхідні навички в буденній для неї обстановці.

Реабілітаційні центри.