

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Мельничук І. Я.

ВСТУП

У теперішній час, практичним психологам все частіше доводиться працювати з людьми, котрі, зазнавши психічної травми, не можуть її подолати без допомоги фахівця. Ця проблема є складною ланкою у роботі практичного психолога, вимагає професійних знань і навичок, великих внутрішніх ресурсів.

Подію, яка обумовлена екстремальними обставинами та виходить за межі індивідуального або колективного досвіду, сильно травмує і викликає стрес, прийнято називати надзвичайною ситуацією.

Надзвичайні ситуації можуть бути раптовими і прогнозованими; локальними, місцевими, регіональними, федеральними; навмисними та випадковими; короткочасними і довготривалими. У залежності від джерела походження вони поділяються на надзвичайні ситуації техногенного, природнього і біолого-соціального характеру.

Проблема вивчення, діагностики, консультування, корекції та психотерапії негативних психологічних наслідків, що виникають під впливом комплексу факторів, джерелом яких є різноманітні стресові події: аварії, катастрофи, воєнні дії, насилля – відносяться до числа найбільш актуальних у теперішній час.

Насамперед, хочемо наголосити, що більшість людей при виникненні надзвичайної ситуації діють адекватно і послідовно, їх миттєва реакція визначається, передусім, інстинктами та індивідуальними особливостями, через певний проміжок часу вони здатні самостійно подолати психотравмуючий стрес і не потребують психологічної допомоги.

Проте відразу після екстремальної ситуації для більшості людей є характерною гостра реакція на стрес, тому їм вкрай необхідна своєчасна первинна психологічна підтримка і допомога, від ефективності якої залежить подолання наслідків перебування в надзвичайних ситуаціях.

1. Теоретичні моделі та симптоми посттравматичного стресового розладу

У постраждалих з посттравматичним стресовим розладом, особливо в самих тяжких формах, зміни проявляються на всіх рівнях функціонування психіки. Люди можуть часто відчувати страх, не вірити в свої сили для подолання розладу. Боязнь та зневіра перешкоджають наданню психологічної допомоги, особливо на початкових її етапах. Тому що такі клієнти не довіряють психологу, робота з ним часто сприймається як небезпека, як ще одна значна стресова подія. Клієнти можуть мати сумніви щодо професійних здібностей психолога, його щирості, доброзичливості, а також побоювання стосовно дотримання конфіденційності. Ці захисні механізми поведінки постраждалого негативно впливають на роботу з надання психологічної допомоги. Тому необхідно, насамперед, налагодити доброзичливі стосунки, провести роз'яснювальну роботу і намагатись подолати бар'єри у спілкуванні, бо без цього буде важко досягти успіху в роботі.

Важливо розуміти, що тривалий і сильний стрес сприяє виснаженню захисних реакцій організму, тому можуть виникати розлади психіки психогенного характеру, одним із яких є посттравматичний стресовий розлад. Проте ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й навіть у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів.

Отже, посттравматичний стресовий синдром – це сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком надзвичайної події, яка перевищує адаптаційні можливості особистості.

У клінічному довіднику МКХ-10 зазначається, що ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має суб'єктивний характер погрози або катастрофи, які можуть викликати стрес майже у кожній людині¹.

Хочемо наголосити, що ПТСР проявляється як відстрочена, довготермінова реакція на стрес і спостерігається щонайменше як через чотири тижні після травматичної події. Також зазначимо, що при відсутності психологічної допомоги симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватися.

Психологи використовують різні варіанти назв ПТСР: «окопний синдром», синдром «серце солдата», «снарядний шок», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром». Термін

¹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клиническое описание и указания по диагностике. К., 2005. 306 с.

«посттравматичний стресовий розлад» з'явився в 1960–1970 роках у США, внаслідок великої кількості людей, які постраждали від війни в Кореї та В'єтнамі та мали схожі симптоми і потребували психологічної допомоги².

Діагноз ПТСР вперше був описаний у 1980 році в клінічних довідниках США в DSM III, а у 1995 році його зареєстрували в Міжнародній класифікації хвороб.

Дослідження посттравматичних психічних розладів розпочалося у 40-х роках минулого століття у США. Зокрема, Е. Ліндерман запропонував використовувати для позначення розладів, що виникали через тяжкі психічні травми, терміном «патологічне горе»³. До 1980 року синдром посттравматичних стресових розладів мав назву «військовий невроз» і розглядався як наслідок сильного стресу, пов'язаного лише з воєнними діями. У подальших дослідженнях було доведено універсальність і багатогранність причин виникнення і прояву ПТСР-синдрому. Було виявлено ідентичні симптоми різних травмуючих подій – військові дії, катастрофи, фізичне насилля, звалтування, втрата близької людини, смертельна хвороба одного з рідних, спостереження за насильницькою смертю тощо.

М. Горовіц об'єднав спільні симптоми при різних за походженням психічних травмах в синдром під назвою «посттравматичний стрес» або посттравматичні стресові порушення (ПТСР)⁴.

Створення перших вітчизняних програм психологічної допомоги і засобів діагностики наслідків травмуючих ситуацій пов'язане з завершенням військових дій в Афганістані у зв'язку з проблемами адаптації ветеранів⁵. У теперішній час ця проблема стала надзвичайно актуальною у зв'язку з військовими діями в Україні.

Сьогодні не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала природу та механізми посттравматичних стресових розладів особистості. Визнаними та обґрунтованими є чотири теоретичні моделі посттравматичних стресових розладів: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна.

² Чабан О.С. Психотерапія при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности. *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2010. №2 (21). С. 5–8.

³ Корольчук М.С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності: Навчальний посібник. К. 1996. 164 с.

⁴ Horowitz M.J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*. March 1986. Vol. 37. No 3. P. 241–249.

⁵ Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Навч. посіб. К. 1998. 289 с.

Відповідно психофізіологічній моделі, ПТСР є результатом тривалих фізіологічних змін, а особливості реагування на травму обумовлюється типом нервової системи і темпераментом.

Також представники психофізіологічного підходу вказують на те, що процес дезадаптації до стресу пов'язаний зі змінами у взаємодії між півкулями головного мозку⁶. Зокрема, при адаптації відбувається активація правої півкулі, яка більше пов'язана з діенцефальним відділом мозку. Усені вважають, що люди з меншою диференціацією між півкулями головного мозку мають певні переваги в екстремальних ситуаціях і можуть більш ефективно до неї адаптуватися.

Учені вказують на важливу роль у виникненні та специфіці прояву ПТСР підвищеної адренергічної активності вказував⁷. Вони стверджують, що у багатьох ветеранів військових дій спостерігається схильність до зростання рівня адреналіну, що впливає на схильність людини до гострих відчуттів, ризику, екстремальних спонтанних вчинків, порушення встановлених правил і норм поведінки.

Психодинамічна модель ПТСР ґрунтується на глибинній психології і у якості наслідків надзвичайних подій покладає актуалізацію дитячих травм і конфліктів. У зв'язку з цим, виокремлюються і аналізуються такі особливості як: регрес на оральну стадію розвитку, переміщення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, заперечення, забування тощо.

Учені також об'єднали психоаналітичний та медико-біологічний підходи до специфіки переживання травми. Вони стверджують, гострі стресові реакції на надзвичайні події актуалізують ранні дитячі способи розв'язання проблем і появу картини первинного травматичного Еґо-стресу, при якому є необхідність у новій дискомфортній посттравматичній ситуації дотримуватися «принципу реальності» породжує конфлікт. У зв'язку з цим, синдром Еґо-стресу розглядається як головний прояв патогенезу психопатологічних наслідків травмуючої ситуації.

У когнітивній моделі, травматичні та стресові чинники розглядаються як потенційні руйнівники базових уявлень про світ, інших людей і про себе. Патологічні реакції на стрес пов'язуються з автоматичним думками, які викривлюють уявлення про навколишні

⁶ Марджори Вайтхед. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. № 9. С.43–49.

⁷ Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. X. 2008. 292 с.

події, сприяють виникненню негативних емоцій і перешкоджають ефективній адаптації до навколишнього середовища. Це проявляється у генералізації страху, гніву, уникненні, катастрофізації. Причиною цього є негнучкість, нескорегованість когнітивних схем. Когнітивна модель посттравматичних стресових розладів висвітлює його етіологію і симптоматику, враховує та поєднує генетичний, когнітивний, емоційний і поведінковий фактори.

Інформаційна модель ПТСР, розроблена М. Горовіцем, інтегрує когнітивну, психоаналітичну та психофізіологічну моделі. На думку вченого, стрес викликає потік внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не збігається з когнітивними схемами. У зв'язку з цим, відбувається інформаційне перезавантаження, а необроблена інформація переходить із свідомості в підсвідомість. У відповідності з принципом уникнення болю людина намагається зберегти інформацію у несвідомій формі, але з часом травматична інформація все ж проникає до свідомості. При опрацюванні інформації досвід стає інтегрованим, а травма більше не зберігається в активному стані.

На думку науковців Б. Грин, Д. Вільсон, Д. Лінді⁸, подолання індивідом психотравмуючого впливу стресових чинників залежить не лише від успішної когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів як: характер і сила психотравмуючої події, індивідуальні особливості постраждалого, своєчасність якісної психологічної допомоги та специфіка умов, у які повертається людина. Вищеописана модель отримала назву «інтеракціоністська».

За останні десятиліття уявлення про посттравматичний стресовий розлад особистості суттєво доповнилися і змінилися. Наприклад, вважається, що ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й у осіб, які після надзвичайної події не мали жодних розладів. Також у деяких випадках виникнення ПТСР може спровокувати повторна незначна психічна травма. Більш того, ученими визнається, що психофізіологічні зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу ситуацію, які можуть самі зникнути без надання психологічної допомоги. Разом з тим, результати проведених досліджень дозволяють стверджувати, що прояви ПТСР в учасників бойових дій мають більш яскравий характер, що обумовлює необхідність обов'язкового надання постраждалим психологічної допомоги для корекції розладів.

⁸ Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К. 2009. 580 с.

Охарактеризуємо симптоми, які можуть свідчити про наявність посттравматичного стресового розладу:

1. Нав'язливі спогади про події, які повторюються, заново переживаються і включають образи, думки чи відчуття. Такі пригадування виникають без будь-яких зовнішніх стимулів і сприяють виникненню відчуття реальності події. Вони з'являються всупереч волі людини, навіть тоді, коли вона намагається забути про пережите. Найчастіше такі яскраві спогади в дорослих можуть виникати під час просинання або при алкогольній чи медикаментозній інтоксикації. У дітей вони можуть проявлятися у іграх, які повторюються і демонструють елементи травмуючої події.

2. Сновидіння з відчуттям їх реальності про пережиту стресову подію, які повторюються та викликають сильну тривогу та страх.

3. Відчуття, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди, начебто стресові події відбуваються знову; розлади орієнтування, які тривають від декількох хвилин до декількох годин або днів, при яких людина повертається до надзвичайних подій.

4. Виникнення стану психоемоційного напруження чи гострого стресу під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які нагадують певний момент травмуючої події.

5. Фізіологічна реакція організму під впливом подразників, що символізують певний аспект стресової події, яка проявляється у пітливості, онімінні кінцівок, слабкості, тремтінні, спазмах у різних частинах тіла, відчутті тиску в горлі тощо.

6. Намагання уникнути думок, відчуттів і розмов, пов'язаних з травмою. Спроби уникнути дій, місць, людей, які викликають спогади про травму.

7. Часткове або абсолютне забування важливих складників травми. Людина не може пригадати певні епізоди того, що з нею відбувалося.

8. Втрата інтересу до справ, які раніше були значущими та важливими. Прояви байдужості та відмова від участі в видах діяльності, якими раніше захоплювалася людина.

9. Відчуття відгородженості від оточуючих, почуття замкненості та самотності навіть у колі сім'ї та близьких друзів.

10. Знижений настрій, постійне незадоволення собою та оточуючими людьми, роздратованість, апатія, втрата інтересу до навколишньої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники.

11. Нездатність будувати плани на майбутнє, орієнтуватися на довгострокові життєві плани, виникнення відчуття

«неперспективного майбутнього». Людина може планувати своє життя лише на дуже короткий час.

12. Підвищений рівень тривоги, нездатність розслабитися, нервові виснаження, відчуття фізичного та душевного болю. Ускладнення при засинанні, розлади тривалості сну. Страждання від нічних кошмарів, особливо тоді, коли сновидіння відображають психотравмуючі події.

13. Роздратованість, агресивність, конфліктність, раптові спалахи гніву, прояви насилля і негативних емоційних реакцій при найменшому нагадуванні травмуючих ситуацій, а також при раптових і голосних звуках, криках.

14. Зниження мотивації до навчальної діяльності та погіршення успіхів у навчанні. Труднощі у здатності зосереджуватися, концентрувати, розподіляти увагу, спостерігати й адекватно сприймати оточуючий світ.

15. Очікування постійної небезпеки, немотивована пильність. Це проявляється у постійній фізичній напрузі, пильному спостереженні за іншими людьми, готовності в будь-який момент подолати загрозу. Таке надмірне напруження забирає багато життєвої енергії, виснажує і не дозволяє розслабитися і відпочити.

16. Яскраво виражена реакція переляку, що проявляється при незначних звукових подразниках (шум транспорту, стукіт у двері тощо), може спричинити неадекватну реакцію (людина кричить, плаче, починає тікати) та актуалізувати відчуття безпомічності.

Клінічна картина може включати наступні додаткові симптоми:

- схильність до фізичного насилля, імпульсивність, роздратованість;
- зловживання алкоголем, наркотиками, заспокійливими препаратами для зменшення стресового стану;
- антисоціальна поведінка чи протиправні дії;
- депресія, суїцидальні думки та спроби самогубства;
- високий рівень психічної нестійкості;
- неспецифічні соматичні скарги, соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, виразки шлунку, коліту, болю в області серця.

Психічні розлади, які виникають одразу після екстремальної ситуації мають назву «Гостра реакція на стрес» і можуть проявлятися у формі психомоторного збудження, у швидких, безцільних рухах. Міміка та жести стають надмірно жвавими; зменшується обсяг та концентрація уваги; погіршується здатність сприймати пояснення,

логічно мислити та запам'ятовувати. Специфічним проявом реакції на стрес є ситуація, коли людина тікає з місця події.

Іншим видом гострої реакції на стрес є різке уповільнення психічних та моторних процесів (ступор) у поєднанні з відчуттям нереальності оточуючого світу. Зазвичай такі особи тривалий час залишаються в одній позі, іноді увага цих людей зайнята непотрібними чи зовсім непридатними для використання речами.

Під час гострої реакції на стрес поведінка визначається інстинктом самозбереження. Коли реальна загроза зникає і завершується гостра реакція на стрес, настає перехідний період, під час якого з'являються розлади сну у вигляді погіршення засинання, постійних нічних пробуджень і ранніх просинань. Виникає нерішучість, прагнення перекласти на інших прийняття відповідальних рішень, зниження загального функціонування особистості. У цілому поведінка більшості людей в цей період спрямована на мінімізацію загрози власному життю та життю близьких людей.

Після перехідного періоду у частини осіб, які перенесли гостру реакцію на стрес, розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Учені виокремлюють особистісні чинники, які можуть знизити поріг розвитку посттравматичних стресових розладів або ускладнити його перебіг. До цих чинників можна, насамперед, віднести компульсивні та астенічні риси. Серед типів акцентуацій, які сприяють формуванню та розвитку ПТСР, найбільш значущими є тривожний, демонстративний та педантичний типи.

Розлади реакції пристосування виникають у наслідок змін в житті, що обумовлені надзвичайною подією. Розлад виникає, як правило, після перехідного періоду та у більшості випадків проявляється різними за тривалістю та структурою депресивними синдромами, які позначаються на зниженому настрої, тривожності, безнадії та відсутності перспектив.

У деяких випадках розлади реакції пристосування проявляються в зміні стилю життя, недотриманні загальноприйнятих норм поведінки, зниженні індивідуальних моральних критеріїв особистості.

Як відповідь організму на непоправну втрату може виникати реакція горя, яку можна умовно поділити на три фази.

Перша фаза – фаза протесту, яка може тривати від декількох хвилин до декількох місяців.

Друга фаза – дезорганізація (усвідомлення втрати), при якій проявляється безцільність та неспокій, розчарування, біль, що виснажує і забирає багато життєвої енергії.

Третя – фаза реорганізації, може тривати від декількох тижнів до декількох років. Особистість поступово повертається до реальності, спогади про втрачену людину поступово стають позитивними і не такими виснажливими, проявляється інтерес до нових сфер діяльності.

Проаналізуємо етапи розвитку постратматичного стресового розладу⁹. Перший період триває 48 годин з моменту катастрофи. Інколи цей етап називають шоком. Зовні він може проявлятися як паніка, ступор або як інфантилізація, регресія.

Інфантилізація людини, яка перебуває у стані шоку, потребує материнської ласки та батьківської сили. Символічним виразом першої має бути надання суто фізичного тепла потерпілому: слід обійняти його, притиснути до себе, відвести у безпечне місце (а не розказувати, куди йти), якщо є така можливість, укрити чимось теплим та дати випити теплою напою, повторити декілька разів, що все вже позаду, що він у повній безпеці, і тільки після цього залишити його чи під наглядом іншого рятувальника, чи з точними інструкціями щодо подальшої поведінки (наприклад, спокійно залишатися на місці, доки рятувальники дадуть нові вказівки).

Символічним виразом батьківської сили має бути чітке й наполегливе інструктування потерпілих, особливо під час наростання паніки. Таку тактику доцільно спрямовувати не на окремих осіб (за винятком випадків виведення із етапів паніки чи ступору), а на групи людей.

Зразком психологічно грамотної роботи на місці катастрофи є постійне, послідовне, несуперечливе подання команд потерпілим. Тому бажано, щоб команди подавалися однією людиною чи, принаймні, однією групою людей, які координують свої дії. Команди подаються за допомогою радіопідсилювачів чи рупорів і мають містити розпорядження щодо місць збору, поведінки, дій (скласти списки, перерахуватись чи об'єднатися в групи), навіть якщо такі розпорядження недоцільні з огляду розгортання рятувальних робіт.

Психолог на місці катастрофи повинен спостерігати за психічним станом потерпілих, їх родичів, а також самих рятувальників щоб допомогти подолати кризовий стан. Для цього психолог може

⁹ Максименко С.Д., Папуч М.В., Максименко К.С. Проблеми діагностики постратматичних станів особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. № 8. С. 43–49/

попросити людину із ознаками стресу допомогти іншим – заспокоїти колегу, відвести до безпечного місця; попросити купити щось поїсти, приготувати чай.

На цьому етапі потерпілі майже ніколи не звертаються за допомогою до психологів. 80% постраждалих за сприятливих соціальних умов виходять зі стресу після першого етапу самостійно. Інші переходять до другого етапу.

Другий етап триває від одного місяця до півроку (або навіть до дев'яти місяців). Він характерний для учасників масових катастроф і характеризується ейфоричним єднанням людей, що пережили трагедію. За відсутності сприятливих для цього умов у окремих індивідів може розвиватися стан агресії. У разі ж єднання група може демонструвати агресію до навколишнього суспільства.

Частіше за все потреба у психологічній допомозі потерпілими не усвідомлюється. На їхню думку, їм необхідна лише матеріальна допомога.

Приблизно 20% учасників масової катастрофи мають на цій стадії певні порушення, пов'язані з: психосоматикою; проблемою виконання службових обов'язків; проблемами соціального життя (взаємодія з оточенням, виконання соціальних норм тощо); сексуальними проблемами; афективними розладами.

На цьому етапі фіксується найбільша кількість звертань за допомогою до психолога. Фахівці вважають, що це найбільш сприятливий час для надання швидкої та ефективної допомоги, здатної припинити розгортання ПТСП-синдрому.

На цьому етапі психолог повинен підтримати прагнення до єднання потерпілих. Він може організувати групи спілкування між з особами, що мають спільний досвід переживання та подолання стресового стану у вигляді груп зустрічей; випуск журналів, участь у телепередачах, де кожен може поділитися своїми спогадами, думками та почуттями щодо пережитого, розповісти про те, як вплинула трагедія на його подальше життя та життя його родини, а також про те, що хвилює його сьогодні.

Характерною ознакою природного розвитку другого етапу травматичного стресу є надмірна ейфорійність, яка може змінитися важкою депресією, коли людина повертається до повсякденного життя. Певне «заземлення» ейфорійних настроїв потерпілих є заходом психопрофілактики на цьому етапі стресу.

Для тих, хто не звернувся за психологічною допомогою, а перебуває у стані «ейфорійного єднання», залишаються резерви самостійного подолання стресового стану. У більшості людей, що

пережили другу стадію стресу (з одного боку, почуття єднання, а з іншого – порушення хоча б на одному з рівнів: соціальному, службовому чи особистому), спостерігається зменшення стресової симптоматики до закінчення названої стадії.

У деяких потерпілих (3-8% від загальної кількості) може спостерігатися інша динаміка симптоматики, коли порушення охоплюють багато сфер життя. Такі постраждали не можуть самостійно вийти зі стресу і переходять до третього етапу.

Третій етап не обмежений у часі та під час нього самостійне подолання стресового стану майже неможливе. Цей етап має назву ПТСР-синдрому. Повна його картина включає порушення вже усіх трьох рівнів життя: соціального, службового, особистого. Потерпілі часто усвідомлюють необхідність психологічної допомоги, але важкий емоційний стан не дозволяє самостійно звернутися по неї, тому до психолога їх часто приводять родичі або близькі люди.

Ефективність психологічної допомоги пов'язана зі своєчасним визначенням контингенту потерпілих, якнайскорішим наданням підтримки на перших етапах для запобігання подальшого розвитку ПТСР. Особливо важливо це на першому й третьому етапах, коли потерпілі, як правило, не звертаються за допомогою до психолога і тому така допомога має бути їм запропонована.

Таким чином, ПТСР-фахівці насамперед визначають контингент потерпілих від надзвичайної ситуації, який може складатися з таких категорій:

- сім'ї загиблих;
- жертви (поранені й ті, що дістали хронічні захворювання внаслідок катастрофи) та їхні сім'ї;
- учасники (ті, хто безпосередньо пережили катастрофу, але врятувалися без пошкоджень) та їхні сім'ї;
- рятувальники (різні професійні підрозділи, що були задіяні у рятувальних роботах) та їхні сім'ї;
- спостерігачі (безпосередні і ті, хто стали свідками подій за допомогою телебачення);
- психологи.

Діагностика станів посттравматичних розладів має певні складності. Насамперед, це пов'язано з тим, що посттравматичний синдром це комплекс симптомів, які в різних стресових ситуаціях, можуть складати різні симптомокомплекси. Тому розробити єдину універсальну методіку досить складно, а запропонувати єдиний сталий набір діагностичних методик, майже неможливо. Тому діагностика ПТСР має індивідуалізуватись, виходячи з конкретної

ситуації. Для проведення діагностичного обстеження і виявлення осіб, що мають симптоми ПТСР ми пропонуємо наступні методики: дитячий і підлітковий опитувальник неврозів (ДОН); шкалу оцінки тяжкості впливу травмуючої події Горовіца (IOES); опитувальник для дослідження психотравмуючої події В. Панка; методики WOCQ (WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE) («Опитувальник адаптивної поведінки»); стандартизоване інтерв'ю для батьків, діти яких зазнали кривдженя й знаходяться у стані посттравматичного стресу¹⁰.

Психологу в практичній діяльності необхідно враховувати наступні діагностичні критерії ПТСР за DSM – IV.

А. Особистість перебувала під впливом травмуючої події, під час якої:

1. Людина була свідком чи учасником подій, які представляли реальну чи можливу загрозу смерті або серйозної шкоди чи небезпеки порушення фізичної цілісності для неї або інших людей.

2. Реакція людини була виражена у вигляді страху, безпомічності чи жаху.

Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох складових: інтрузії, уникнення та гіперактивності.

Б. Подія, яка травмує людину, повторно переживається у вигляді одного чи декількох наступних проявів (інтрузія):

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття.

2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу.

3. Відчуття, як начебто травмуючи подія відбувається знову (відновлення пережитого, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди, в тому числі ті, що виникають при просинанні чи в стані сп'яніння).

4. Значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадує про неї.

5. Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують який-небудь аспект травмуючої події чи нагадують про неї.

¹⁰ Хаирова С.И. К созданию адаптивного варианта методики WOCQ (Ways of coping questionnaire). *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. № 1. С. 9–18.

В. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, та загальне оціпеніння (якого не було до травми), про які свідчать не менше трьох симптомів з наступних (уникнення):

1. Спроби уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою.

2. Спроби уникнути дій, місць чи людей, які викликають спогади про травму.

3. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми

4. Втрата інтересу до раніше значущих видів діяльності чи участі в них.

5. Відчуття відстороненості від оточуючих.

6. Звуження діапазону афективної реакції, наприклад, нездатність переживати любов.

7. Нездатність орієнтуватися на далеку життєву перспективу (наприклад людина не планує займатися кар'єрою, одружуватися, мати дітей чи вибудовувати нормальне життя).

Г. Стійкі прояви підвищеного збудження, які були відсутні до травми, про що свідчать не менше двох симптомів з наступних (гіперактивність):

1. Складності при засинанні чи розлади тривалості сну.

2. Роздратованість чи спалахи гніву.

3. Складності концентрації уваги.

4. Підвищена пильність.

5. Посилена реакція на переляк.

Д. Тривалість розладу (симптомів, описаних в межах критеріїв Б, В та Г) більша за один місяць.

Е. Розлад призводить до клінічно значущого дистресу чи порушень у соціальній, трудовій чи інших сферах життєдіяльності.

Потерпілі часто усвідомлюють необхідність психологічної допомоги, але важкий посттравматичний стресовий розлад не дозволяє звернутися по неї. Першочерговим завданням психолога, в таких випадках, є виявлення осіб, які страждають посттравматичним синдромом і запропонувати їм допомогу.

2. Особливості надання психологічної допомоги на різних етапах травматичного стресу

Програма психологічної допомоги особам із ПТСР ґрунтується на наступних вимогах: комплексність, диференційованість, етапність.

Базові принципи психологічної допомоги при ПТСР:

1. Безумовне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з ПТСР. Травмовані можуть відчувати

себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.

2. Психолог має бути впевненим в тому, що всі прояви посттравматичного стресового розладу в клієнта обумовлені природою надзвичайної події, щоб виключити ймовірність впливу інших факторів, насамперед, психопатологічних розладів.

3. Визнання усіх реакцій постраждалих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. При цьому необхідно запевнити клієнта, що при здійсненні психотерапевтичного впливу його психоемоційний стан обов'язково покращиться.

4. Організація підтримки постраждалому з боку рідних, друзів.

5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постражданим; навіть ймовірність появи у самого психолога симптоматики ПТСР, появи збудливості, неврівноваженості, формування захисних механізмів психіки, емоційного вигорання.

6. Застосування у роботі з потерпілим моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у клієнта відчуття відповідальності за результати терапії.

7. Готовність психолога до того, що клієнт може його перевіряти на надійність, довіру, щирість, конфіденційність, що пояснюється страхом постраждалого бути незрозумілим психологом, піддатися критиці.

8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція у загальну систему цінностей клієнта. Переосмислення травми на рівні поведінки та можливостей; на рівні цінностей; на рівні саморозкриття та самореалізації.

9. Нормалізація психозахисної поведінки клієнта, активізація адекватних захисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенційних психологічних ресурсів клієнтів. Переробка травми, позбавлення від наслідків травми може бути достатньо тривалим. При цьому будь-який стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду¹¹.

Слід зазначити, що важливим вихідним принципом організації психологічного супроводу є характер і специфіка психотравмуючої

¹¹ Панок В. Скривдені діти. Що таке зловживання щодо дітей. *Психологічний додаток до газети «Шкільний світ»*. 2004. № 48. С. 4–11.

події. Найбільш ефективною формою роботи з особистостями, які пережили катастрофи, стали свідками аварій є групова форма роботи. Пояснюється цей факт існуванням такого феномену, як «емоційне групове єднання». Саме після впливу психотравми дані особистості відчувають потребу в соціальній підтримці та розумінні, яку може забезпечити група, до складу якої входять особистості з ідентичною проблемою. Як правило, при психологічному супроводі такої групи виникає необхідність і в індивідуальній роботі з потерпілими, яка доповнює тренінговий курс.

Відмінною від попередньої схеми є робота з посттравматичним синдромом, який є наслідком пережитої кризової ситуації (наси́льство, зґвалтування). Складність роботи з такими особистостями пов'язана з їх психологічним і емоційним станом. Зрозумілим стає той факт, що така особистість не зможе відразу працювати в групі, оскільки вона намагається відмежуватися від соціального оточення, заглиблюється в себе, знову і знову переживає психотравмуючу ситуацію. У такому випадку найбільш ефективною формою первинного психологічного супроводу є індивідуальна консультативна робота. Відкритися, переосмислити, пережити психотравму і її наслідки на початкових стадіях ПТСП-синдрому особистості значно легше віч-на-віч з консультантом.

Наступним кроком реабілітації може стати включення в соціальне оточення, реконструкція і розвиток поведінкових контактів. Подібна схема роботи з особами з ПТСП-синдромом не є закономірністю. Як вже зазначалося вище, вихідним положенням при розробці корекційно-відновлювальної програми має стати специфіка ПТСП-синдрому окремої особистості.

Підхід до допомоги людям у критичній ситуації називається кризовим втручанням. Це інтенсивна робота протягом короткого періоду часу з акцентом на конкретних особливостях поточної ситуації і на власних зусиллях клієнта по її зміні. Консультативний процес можна проводити за схемою, яка подана в Таблиці 1.

Існують три стадії кризового втручання. Протягом першої стадії консультант прагне ввійти в світ клієнта, зрозуміти те, що людину хвилює – страхи, небезпека, безнадійність тощо. Три важливих процеси першої стадії – встановлення рапорту, оцінка ситуації і прояснення проблеми.

Таблиця 1

Основні етапи та напрямки роботи процесу консультування

№ п/п	Етап консультування	Основні напрямки роботи
1	Встановлення довіри	<p>Підлаштування під тон і темп голосу клієнта. Відповідність диханню клієнта. Відповідність позі клієнта. Використання слів, які відповідають провідній системі сприймання клієнта (візуальній, аудіальній, кінестетичній). Застосування співучасної стратегії контакту.</p>
2	Дослідження причин непродуктивності стилю взаємодії	<p>Аналіз історії життя клієнта. «Вирощування» потреби в зміні. Освоєння стратегії відповідальності. Усвідомлення вторинних переваг непродуктивного стилю взаємодії. Усвідомлення та подолання опору.</p>
3	Диференціація і узгодження конфліктних складових у сфері внутрішньо-особистісного простору	<p>Диференціація складових частин внутрішньоособистісного конфлікту і супутніх йому негативних емоцій. Відкрите вираження негативних емоцій. Визнання позитивної суті складових частин конфлікту. Відродження віри в особистісну самостійність, наповнення структурних складових самосвідомості позитивним змістом. Реконструкція соціальних установок.</p>
4	Диференціація і узгодження конфліктних складових у міжособистісному просторі	<p>Усвідомлення клієнтом свого внеску у взаємостосунки, та відповідальності за їх подальший розвиток. Усвідомлення ідентифікації учасників міжособистісного конфлікту з емоційно насиченими соціальними установками і моделями контакту, принесеними з сім'ї та соціуму. Відособлення клієнта від людей, які беруть участь в конфлікті. Розширення рамок позитивного сприймання партнера і ситуації взаємодії. Самостійне узгодження протидіючих устремлень у міжособистісній взаємодії.</p>
5	Зміна звичних неконструктивних стереотипів взаємодії	<p>Визнання необхідності зміни звичних неконструктивних стереотипів спілкування. Подолання звичних неконструктивних установок, стереотипів і сумнівів. Розвиток гнучкості. Використання своїх позитивних ресурсів. Робота над помилками.</p>
6	Підбивання підсумків	<p>Визначення ефективності консультування; змін в емоційному стані, сприйманні ситуації, поведінці. Виразення віри в те, що клієнт може самостійно справлятися з симптомами. Планування участі у груповій роботі.</p>

Щоб встановити рапорт, консультант створює середовище, яке дозволяє клієнтові обговорювати кризу. При цьому не рекомендується розпитувати і уточнювати деталі подій та обставини, які викликали травму.

Протягом другої стадії консультант і клієнт обговорюють можливі напрямки змін. На третій стадії визначається план дій. Варто обговорити, як клієнт раніше виходив із ситуацій кризи, здатність клієнта допомогти собі, можливості групової підтримки (як з боку безпосереднього оточення клієнта, так і від соціальних організацій).

Після того, коли альтернативи обговорені, вони повинні бути розглянуті і клієнт повинен погодитися діяти відповідно до поставлених задач. Якщо потрібно вирішувати багато задач, бажано зосередитися на тих, котрі є найважливішими.

Для надання успішної допомоги в кризовій ситуації психолог повинен:

- звертатися до реальності, тим самим допомагаючи людині розширювати перспективи і бачення не тільки негативних аспектів;
- виокремлювати і підкреслювати позитивний вплив;
- уникати розвитку тривоги, визнаючи, що реакція на кризу може породити нову небезпеку або іншу, самостійну кризу;
- попереджати відстрочені реакції, що можуть наступати через тиждень або навіть місяць після критичної події.

Не менш важливим фактором при організації індивідуально-консультативної роботи осіб з ПТСП-синдромом є вікові особливості реагування на вплив психічної травми.

При роботі з кожним видом проявів, з кожним симптомом пропонується використовувати певні прийоми для їх усунення, які представлені в Таблиці 2.

У психокорекційній програмі з потерпілими з ПТСР важливо дотримуватися послідовного проходження рівнів психологічної допомоги з інтеграцією різних психотерапевтичних підходів.

На першому рівні психологічної допомоги психокорекційна робота спрямовується на відновлення здатності до саморегуляції. При цьому ефективним є застосування тілесно-орієнтованої терапії.

Тілесно-орієнтована психотерапія – це унікальний спосіб роботи з посттравматичними стресовими розладами, який допомагає зв'язувати між собою почуття, розум і тілесні відчуття, відновлювати зв'язки між ними, створювати умови повного контакту людини зі своїм тілом.

Таблиця 2

Можливі вікові реагування на кризову ситуацію

Симптоми	Допомога
Дошкільний вік	
Безпомічність і пасивність	Забезпечення підтримки, відпочинку, комфорту, хороше харчування, можливості гратись, малювати.
Генералізований страх	Відновлення захисту з боку дорослих
Тривожна прив'язаність (боїться залишатися один)	Забезпечення постійної турботи і догляду
Поведінкова регресія (сання пальця, енурез, дитяче мовлення)	Перетерпіти ці тимчасові явища, не сварити.
Порушення сну	Заохочення розповідей про те, що сниться. Організація спокійної обстановки перед сном.
Недостатність вербалізації, програвання того, що трапилося	Допомога в вербалізації почуттів, скарг, того, що хвилює дитину. Дати можливість програти травматичну подію
Соматичні скарги	Допомога в ідентифікації тілесних відчуттів, знімання м'язової напруги, відновлення дихання, релаксація
Молодший шкільний вік	
Поглинання власними діями під час події	Допомога в вираженні прихованих переживань події, почуттів, думок з приводу того, що відбулося
Страхи, пов'язані з спогадами	Допомога в ідентифікації та вираженні спогадів, тривоги
Переказ і програвання подій	Дати можливість говорити і грати, пояснити, що почуття і реакції дитини є нормальними
Порушення сну	Підтримка розповідей про сни, вираження почуттів
Турбота про власну безпеку та безпеку інших	Допомога поділитися хвилюванням з приводу безпеки; заспокоїти реалістичною інформацією
Соматичні скарги	Знімання напруження, відновлення дихання
Турбота про інших жертв і їх сім'ї	Заохочення конструктивних дій
Підлітковий вік	
Сором, провина, страх	Обговорення подій і пов'язаних з ними почуттями
Соматичні скарги	Вправи для релаксації
Тривожне осмислення своїх страхів, почуття вразливості і емоційних реакцій, страх здаватися „ненормальним»	Допомога в усвідомленні своїх почуттів, в розумінні того, що здатність переживати такий страх – ознака дорослості; заохочення розуміння і підтримки в середовищі однолітків
Посттравматичні зриви (зловживання алкоголем, наркотиками, конфліктність)	Допомога в розумінні того, що така поведінка – це спроба блокувати свої реакції. Допомога в усвідомленні реакцій, розширення уявлення про форми опановуючої поведінки
Різні зміни в міжособистісних стосунках.	Обговорення можливих труднощів у стосунках з однолітками та сім'єю
Відкидання труднощів, пов'язаних з пережитими подіями	Дати інформацію, де можна отримати допомогу у випадках необхідності. Інформаційна підтримка. Спостереження за психічним станом.
Зміни життєвих установок, які впливають ідентичність	Зв'язати зміни установок з впливом травми

Соматичні симптоми психічних травм пояснюються як тілесні прояви переживань та поведінки людини, а психотерапія спрямована на те, щоб зробити їх доступними усвідомленню.

Під час роботи з психологічною травмою на рівні тіла, необхідно дотримуватися певних принципів, які забезпечують ефективність психологічної допомоги.

Насамперед, це створення відчуття безпеки. Встановлення таких терапевтичних відносин з пацієнтом, як: довіра, надійність, безпечний простір, співробітництво. Також слід приділити увагу для створення у клієнта ресурсів для роботи з травматичними переживаннями.

Важливо визначити або створити межі переживання, здійснити так зване «контейнування» – усвідомлення, яке дозволяє тому, що відбувається в середині клієнта, бути сприйнятим на тілесному рівні у вигляді різних соматичних проявів.

У якості основного методу в терапії психічної травми використовується техніка «соматичного переживання». Техніка передбачає трансформацію дезадаптивних тілесних реакцій в адаптивні, що досягається шляхом відновлення внутрішніх ресурсів у формі захисних та орієнтовних реакцій, які були втрачені під час травматизації. У практиці соматичної терапії травми використовують такі специфічні психотерапевтичні метафори, як «воронка травми», «воронка цілення».

Методи та техніки з використанням тілесно-орієнтованої психотерапії дозволяють створити передумови для відновлення природної здатності особистості до саморегуляції та подальшої інтеграції травматичного досвіду на інших рівнях.

Другий рівень психологічної допомоги передбачає проведення групової роботи. Групова психотерапія дозволяє вирішувати більш широкий обсяг спільних для клієнтів задач, які включають такі як: зниження відчуття ізоляції та формування відчуття приналежності, солідарності, спільності цілей, комфорту та підтримки, а також можливість ділитися з кимсь інформацією про себе, говорити про свої відчуття іншим людям.

Під час групової роботи відбувається відновлення ставлення до іншої людини як самоцінності; формується відчуття універсальності пережитого власного досвіду; здійснюється навчання новим методам керування наслідками травми в умовах групової роботи.

Важливо, що рамках групової роботи, на відміну від індивідуальної, є можливість підтримувати і допомагати іншим

людям, проявляти альтруїзм, що сприяє формуванню впевненості в можливості подальшого успішного проходження терапії.

Для корекції посттравматичного стресового розладу використовуються багато різноманітних технік, розроблених в поведінковій, когнітивній і екзистенційній терапії.

Наведемо приклади найбільш дієвих і широкоживаних методів:

- техніки активуючої терапії («Ранжування завдань сьогодення за складністю», «Терапія майстерністю та задоволенням»), які застосовуються для формування нових життєвих цінностей та відновлення контролю над власним життям;

- «Сократівський діалог», з метою розширення зони усвідомлення проблеми, а також для виявлення неадаптивних думок і установок та роботи з ними;

- використання метафор, що допомагає покращити емоційний стан, дистанціюватися від проблеми, активізувати ресурси та сприяє розв'язанню проблеми;

- техніка «Історія мого життя», яка застосовується з метою розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси;

- техніка «Тестування автоматичних думок» дозволяє виявити помилкові та некорисні думки;

- техніка «Позитивні боки травматичного досвіду» дозволяє переоцінити травматичний досвід, усвідомити від чого він оберігає і до яких рішень підштовхує, а також проаналізувати його наслідки на рівні поведінки, міжособистісних відносин, родини та з точки зору розвитку власної особистості.

- техніка «Поведінкова активація» спрямована на планування і здійснення різних видів ресурсної діяльності.

- техніки експозиції дозволяють поступово знизити чутливість до тих ситуацій, які викликають негативні емоції.

Третій рівень психологічної допомоги передбачає використання різних психотерапевтичних підходів і методів.

При виборі конкретних методів та прийомів психологічної допомоги, необхідних при роботі з клієнтом, важливо дотримуватися таких вихідних положень:

- метод, який застосовується повинен мати певний прагматичний зміст та не суперечити етичним вимогам;

- методи, розроблені гуманістичною психологією, є основою для будь-якої психотерапевтичної роботи, ними необхідно керуватися при побудові стосунків і взаємодії між психологом та клієнтом.

– методи, розроблені в психодинамічному підході, дають змогу глибше розібратися в причинах виникнення проблеми, виявити захисні механізми і неусвідомлені мотиви клієнта.

– методи, розроблені когнітивно-поведінковою психологією є обов'язковими в застосуванні для зняття симптомів ПТСР. Вони дозволяють краще усвідомити свої думки, емоції та поведінку і керувати ними.

– прийоми нейролінгвістичного програмування дозволяють змінити спектр бачення проблеми і запрограмувати себе на хороше майбутнє.

– техніки арт-терапії впливають на психіку на глибинному рівні, сприяють відновленню цілісності особистості, виходу її зі стану дезінтеграції і практично не мають протипоказань.

На четвертому рівні психологічної допомоги, з допомогою методів екзистенційної терапії, відбувається переосмислення, приймання пережитих подій, усвідомлення та приймання відповідальності за свою поведінку в екстремальній ситуації та під час психотерапії.

Глибше усвідомлення своїх цінностей та ресурсів дозволяє з впевненістю дивитися і майбутнє і визначати пріоритетні цілі для свого подальшого життя.

Запропоновані методи, поєднання їх в різні системи дозволяє переробити переживання травми на різних рівнях. Програма надання психологічної допомоги складається врахуванням вікових та індивідуальних відповідно до особливостей особистості клієнта.

Необхідно, також, наголосити на тому, що ефективність психологічної допомоги залежить від комбінування різних підходів, методів, технік.

Серед прийомів і методик, які можна використовувати для надання психологічної допомоги при посттравмах, є такі: «Я і мій життєвий шлях», «Рамки, через які ми дивимося на світ»; прийоми нервово-м'язової релаксації, дихальні релаксаційні техніки; прийом візуалізації; методика зупинки думок; арттерапія; бесіда з елементами дискусії.

Дієвою та ефективною, особливо на початковому етапі консультативної роботи, є бесіда, техніка «спостерігача», техніка дискусії. Зустрічі з клієнтом можна будувати за схемою:

- проговорення незавершених почуттів;
- використання технік, які сприяють активному переживанню травмуючої події;

- використання релаксаційних технік і технік візуалізації, технік зняття м'язової напруги;
- використання технік арттерапії;
- проговорення незавершених почуттів.

Подібна схема кожного заняття має низку переваг, а саме: використання прийому «проговорення незавершених почуттів» дозволяє не лише визначити стан клієнта, але і допомогти йому усвідомити почуття, думки і зміни, які відбуваються з ним.

Робота передбачає інтенсивне переживання психотравмуючої події, що сприяє усвідомленню власного стану та керуванню своїми почуттями. Це потребує багато зусиль не лише клієнта, але й самого консультанта. Тому для поновлення і повернення до стабільного емоційного стану використовуються релаксаційні техніки, техніки візуалізації.

Заключним етапом має стати підведення підсумків консультування, аналіз позитивних змін, висловлення побажань і пропозицій, а також планування подальшої роботи.

Ефективним індивідуальним методом роботи з клієнтом, який страждає посттравматичним синдромом є десенсибілізація і переробка інформації рухами очей – ДПРО (EMDR), основною метою якої є зменшення чутливості до травмуючої події.

Пояснення ДПРО Ф. Шапіро: «Коли відбувається травма, то вона ніби утворює блок у нервовій системі у вигляді початкового уявлення або у вигляді звуків, думок, почуттів. Рух очей, які ми використовуємо в ДПРО розблоковує нервову систему. Щось схоже відбувається під час сну – рух очей стимулює переробку неусвідомленого матеріалу. Важливо пам'ятати, що ваш власний мозок буде здійснювати процес зцілення і ви самі будете контролювати його»¹².

А. Пейдж і Р.Кріно стверджують: «Клієнту необхідно зосередитися на травматичній події, візуалізувати травматичну сцену, коротко оцінити адекватність отриманого ствердження, сконцентруватися на асоційованих фізичних відчуттях, а також прослідкувати очима рухи пальців терапевта. Пальці рухаються назад і вперед ритмічно, швидко пересікаючи лінію зору зліва направо на відстані 30-35 см від обличчя клієнта зі швидкістю два рухи в секунду. Це повторюється 12-24 рази, після цього клієнту слід

¹² Лушин П.В. Психология личностного изменения. Кировоград. 2002. 360 с.

зробити глибокий вдих. Терапевт оцінює рівень дискомфорту, і , якщо він не понизився, процедура повторюється»¹³.

Проведення методики ДПРО (EMDR) передбачає поступове і гнучке проходження певних етапів роботи з клієнтом. Насамперед, проводиться інструкція, яка передбачає встановлення хорошого зворотного зв'язку в процесі роботи, а також для здійснення фізіологічного контролю.

Клієнту пропонують обрати і уявити спогад, над яким він би хотів попрацювати, а також вербально виразити своє реальне негативне уявлення щодо нього. У подальшому клієнту пропонують змоделювати і оцінити ідеальне позитивне уявлення себе у попередній ситуації.

Під час роботи важливо щоб клієнт усвідомив свої емоції та тілесну локалізацію негативного спогаду. Десинсібілізація здійснюється за допомогою викликання в уяві картини разом із негативними словами, усвідомленням тілесних і відчуттів разом із специфічним рухом очей. Наприкінці емоційний стан і тілесні відчуття оцінюються.

Після проведеного індивідуального консультування, які емоційно відреагували і усвідомили свою проблему, осіб з посттравматичним синдромом доцільно включати в групову роботу.

Програма корекційно-реабілітаційного тренінгу передбачає:

- одержання нової інформації про себе, свою емоційну сферу;
- переосмислення уявлень про свій образ «Я» та свої емоції;
- розкриття особистих якостей, що закріплюють позитивний досвід про себе;
- побудова нового типу емоційних та поведінкових реакцій;
- закріплення позитивного досвіду емоційного реагування та вивільнення від неконструктивних способів реагування.

Обов'язковою характерною рисою адекватної, інтегрованої психіки є саморегуляція. Несформованість саморегуляції, невміння нею скористатися або небажання до неї звертатися, зневажання її результатів – все це неминуче призводить до невротичних розладів. Тому в тренінг доцільно включати вправи для навчання саморегуляції.

До занять доцільно включати вправи на заспокоєння, нормалізацію емоційного стану, вправи для релаксації, а також вправи на підвищення самооцінки та впевненості. Для подолання посттравматичного синдрому варто використовувати прийоми

¹³ Page A.C., Crino R. D. EMD: A simple treatment for PTSD ? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1993. № 27. P. 288-293

арттерапії, насамперед проєктивний малюнок, музикотерапію, казкотерапію¹⁴.

Рекомендується кожному учаснику вести щоденник, який складається з двох частин. Перша частина – самооцінка емоційного стану за методикою «Градусник». Зміст цієї методики полягає в тому, що кожного дня протягом тренінгових занять учасники фіксують емоційний стан у двох напрямках: вербальному і кольоровому. «Градусник» має такі шкали емоційного стану: захоплений (запальний), спокійно-врівноважений, байдужо-нудний, дратівливий. Вибір кольору індивідуальний.

Друга частина щоденника – це домашнє завдання. Залежно від мети зустрічі вона може бути такого типу:

- спостереження за проявами емоцій різних людей у повсякденному житті;
- аналіз особистих емоційних реакцій в окремих ситуаціях;
- спроба визнати свої позитивні якості в реальній ситуації ризику;
- спроба врегулювати свої емоції в напруженій ситуації тощо.

На заняттях також проводиться інформування учасників, якщо учасникам бракує знань з конкретного питання. Наприклад, це може бути інформація про нервово-м'язову релаксацію, аутотренінг, сферу самоусвідомлення.

Після згуртування і встановлення довіри між учасниками, групові заняття можна проводити у режимі груп «зустрічей», де кожне заняття присвячується окремому учаснику, який розповідає про себе, свою історію, свої минулі та теперішні переживання.

Фахівці з посттравматичних стресових порушень одноставно відмічають, що уявлення про розлад радикально змінилися за останні десять років. Сьогодні більшість з дослідників визнають, що значні психофізіологічні зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу подію. У зв'язку з цим виникає необхідність обережно вибирати види та методи роботи з постраждалими відразу після травми.

Одним із ефективних засобів психологічної підтримки та відновлення психічного здоров'я і психологічної рівноваги після перебування у екстремальній ситуації є психологічний дебрифінг, сутність якого полягає в обговоренні трагічної або стресової події, яку нещодавно спільно пережила група постраждалих людей. Цей метод доцільно проводити не пізніше, ніж через дві доби після травмуючої події.

¹⁴ Мельничук І.Я., Цапенко О.В. Психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом: методичні рекомендації для практичних психологів. Кіровоград, 2006. 52 с.

Дебрифінг є, водночас, профілактичним методом, оскільки проводиться з метою зменшення наслідків стресу і сприяє виходу з нього на початкових етапах завдяки усвідомленню причин кризи, способів зменшення впливу.

Психологічний дебрифінг (англ. debriefing – доповідь після повернення завдання) є груповою формою обговорення пережитої екстремальної ситуації, що сприяє розумінню причин, які викликають стрес, і усвідомленню дій, необхідних для усунення цих причин.

Дебрифінг, зазвичай, проводять два тренера (дебрифера) – ведучий і асистент із групою людей від 5 до 10 учасників. Його основними завданнями є створення умов для емоційного відреагування, зменшення напруження, а також сприяння виникненню групової взаємодопомоги та солідарності, пошук та розвиток внутрішніх і зовнішніх ресурсів, інформування про симптоми, які можуть у подальшому виникнути.

Також важливо повідомити учасників дебрифінгу про те, де вони при потребі можуть отримати подальшу допомогу.

Для проведення де брифінгу необхідна окрема кімната, яка ізольована від будь-яких шумових впливів. До участі в роботі не можна допускати сторонні особи, які не мають безпосереднього відношення до надзвичайної ситуації, наприклад журналістів, представників адміністрації тощо.

Психологічний дебрифінг здійснюється за методикою «круглого столу». Перед проведенням дебрифінгу доцільно провести експрес-діагностику постстресового стану, що допоможе з'ясувати ситуацію у групі та визначити тактику роботи з окремими її учасниками.

Виокремлюють сім основних стадій дебрифінгу. На першій стадії відбувається знайомство, пояснення основної мети дебрифінгу (допомогти впоратися з наслідками травмуючої події). Також важливо наголосити, що дебрифінг не є психотерапією, під час нього можна поділитися своїми почуттями, допомогти собі та іншим, дізнатися про те, які бувають зазвичай реакції на схожі події та як з ними справлятися.

На першому етапі важливо обговорити і визначити правила роботи у групі для досягнення найбільшої ефективності, серед них основними є такі: бути присутнім на усіх заняттях; говорити від свого імені; дотримуватися конфіденційності; не критикувати інших тощо.

Також дебриферу важливо висловити жаль з приводу надзвичайних подій, які трапились, і попередити учасників про ймовірність повторного переживання негативних почуттів, адже це необхідно для подолання негативних емоційних станів.

На другій стадії дебрифінгу обговорюються конкретні зовнішні факти, події, вчинки постраждалих, для того, щоб відновити хронологію і повну картину надзвичайних подій.

Психолог пропонує кожному учаснику дати відповідь на такі запитання: Де ви були, коли сталася подія? Розкажіть, що трапилось? Що ви бачили? Пригадайте і розкажіть про вашу першу реакцію та подальші вчинки? Важливо не просто задати запитання, але й перефразувати й уточнити кожную відповідь. На цій стадії важливо не допускати викривлення і перебільшення, а більш об'єктивно та відсторонено подивитись на ситуацію.

На третій стадії усвідомлюються і обговорюються емоції, почуття і думки постраждалих. Наприклад, психолог може задати такі запитання: Що ви відчували? Які тілесні відчуття ви переживали? Якими були ваші перші думки, коли це відбулося? Що є найважчим для вас у цій події (у тому, що відбулося)? Що з того, що ви побачили, почули, відчули (можливо, звуки, запахи та ін.), закарбувалося в пам'яті і тривожить вас зараз найбільше? Під час обговорення важливо приймати, поважати і не засуджувати емоції учасників, а також спонукати постраждалих до обговорення.

На четвертій стадії обговорюються прояви і симптоми стресового стану, його наслідки і прояви у різних сферах життєдіяльності. Необхідно, щоб кожний учасник усвідомив свій стан і розповів про вплив надзвичайної ситуації на взаємостосунки в сім'ї, спілкування з друзями, роботу, фізичне самопочуття (специфічні болі, загострення хронічних захворювань, якість сну, апетит тощо).

На п'ятій стадії здійснюється інформування і навчально-просвітницька робота, під час якої учасникам розповідають про типові реакції на стресові ситуації, обговорюються способи подолання ймовірних наслідків, зокрема те, як вони можуть подбати самі про себе. Зазвичай п'ята стадія проводиться у формі інтерактивної міні-лекції.

Шоста стадія спрямовується на підбивання підсумків, «закриття минулого», використання власного досвіду для допомоги іншим людям.

Сьома стадія присвячується плануванню майбутнього, а також інформуванню, у яких випадках і до кого можна звернутися за допомогою. Пропонується учасникам підтримувати один одного надалі. На цій стадії підбиваються підсумки, обговорюються найважливіші моменти, висловлюється подяка усім учасникам.

Хочемо зауважити, що сам по собі дебрифінг не вичерпує необхідності у наданні індивідуальної професійної психологічної

допомоги. Тому з учасниками, які викликають найбільше занепокоєння, рекомендується пропонувати продовжувати роботу.

ВИСНОВКИ

Під посттравматичним стресовим синдромом слід розуміти сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком конкретної одиничної або повторюваної надзвичайної події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, роль жертви знущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину), що перевищує адаптаційні можливості особистості та супроводжується переживанням страху і безпорадності.

Визнаними та обґрунтованими є чотири теоретичні моделі посттравматичних стресових розладів: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна.

Психологічну допомогу людям, які пережили надзвичайну ситуацію, необхідно розглядати як психологічний супровід особистості, спрямований на позитивні зміни. Це достатньо складне завдання у сучасних соціально-політичних, соціально-економічних умовах. Своєчасне надання кваліфікованої первинної психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях є профілактикою виникнення ПТСР.

Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоб допомогти людині з посттравматичними стресовими розладами, потрібно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати, комбінувати та застосовувати найефективніші підходи, методи та техніки.

Ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, психологічна інтервенція, психологічна корекція тощо.

На кожному рівні психологічної допомоги інтегруються і застосовуються різні психотерапевтичні підходи (тілесноорієтовані, арттерапевтичні, когнітивно-поведінкові, психодинамічні, екзистанційні) із врахуванням вікових та індивідуальних особливостей клієнтів.

АНОТАЦІЯ

У теперішній час все більш актуальною стає організація психологічної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, тероризму, сексуального насилля тощо).

Більшість потерпілих при виникненні надзвичайної ситуації здатні самостійно подолати стрес і не потребують психологічної допомоги. Проте у деяких людей через певний проміжок часу може виникнути посттравматичний стресовий розлад, що перевищує адаптаційні можливості особистості та характеризується комплексом симптомів, найбільш важливим серед яких є яскраві спогади про події, які періодично повторюються і викликають тривогу та страх.

У психокорекційній програмі з потерпілими з ПТСР важливо дотримуватися послідовного проходження рівнів психологічної допомоги з інтеграцією різних психотерапевтичних підходів.

Ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, інтервенція, психологічна корекція тощо.

На кожному рівні психологічної допомоги інтегруються і застосовуються різні психотерапевтичні підходи (тілесноорієтовані, арттерапевтичні, когнітивно-поведінкові, психодинамічні, екзистанційні) із врахуванням вікових та індивідуальних особливостей клієнтів.

Література

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клиническое описание и указания по диагностике. К., 2005. 306 с.
2. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности. *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2010. №2 (21). С. 5–8.
3. Корольчук М.С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності: Навчальний посібник. К. 1996. 164 с.
4. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*. March 1986. Vol. 37. No 3. P. 241–249.
5. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Навч. посіб. К. 1998. 289 с.
6. Марджори Вайтхед. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. №9. С.43–49.
7. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Х. 2008. 292 с.
8. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К. 2009. 580 с.

9. Максименко С.Д., Папуч М.В., Максименко К.С. Проблеми діагностики посттравматичних станів особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. №8. С.43–49.

10. Хаирова С.И. К созданию адаптивного варианта методики WOCQ (Ways of coping questionnaire). *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. №1. С. 9–18.

11. Панок В. Скривджені діти. Що таке зловживання щодо дітей. *Психологічний додаток до газети «Шкільний світ»*. 2004. № 48. С.4–11.

12. Лушин П.В. Психология личностного изменения. Кіровоград. 2002. 360 с.

13. Page A.C., Crino R. D. EMD: A simple treatment for PTSD ? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1993. № 27. P. 288-293.

14. Мельничук І.Я., Цапенко О.В. Психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом: методичні рекомендації для практичних психологів. Кіровоград, 2006. 52 с.

Information about the author:

Melnychuk Iryna Yaroslavivna,

Candidate of Psychological Sciences,

Associate Professor at the Department of Psychology and Social Work

Volodymyr Vynnychenko Central Ukrainian State University

1, Shevchenko str., Kropyvnytskyi, 25006, Ukraine