

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

О. Л. Туриніна

**ПСИХОЛОГІЯ
ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ**

*Рекомендовано
Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів
вищих навчальних закладів*

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2017

Рецензенти: *І. С. Булах*, д-р психол. наук, проф.
О. М. Кокун, д-р психол. наук, проф.
О. Л. Шопша, канд. психол. наук, доц.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом (протокол № 11 від 25.12.13)*

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки України
(лист №1/11-2633 від 17.02.14)*

Туриніна О. Л.

Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. – 160 с. – Бібліогр.: с. 149–159.

ISBN 978-617-02-0166-9

У навчальному посібнику розкрито основи психології травмуючих ситуацій, сутність і зміст основних категорій, висвітлено загальні положення стосовно специфіки дослідження виникнення психічних травм та посттравматичного стресового розладу. Розглядаються питання, пов'язані з напрямками профілактики розвитку посттравматичного стресу й особливостями організації та надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій і принципами та методами екстреної консультативної допомоги. Особлива увага приділяється формам та методам роботи психотерапії посттравматичних стресових розладів. Блок творчих завдань сприятиме активному і свідомому засвоєнню навчальної інформації.

Для студентів вищих навчальних закладів та психологів, психотерапевтів, співробітників служб соціально-психологічної допомоги населенню.

© О. Л. Туриніна, 2017
© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2017
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017

ISBN 978-617-02-0166-9

ЗМІСТ

Тема 1. Травмуюча ситуація та її психологічні наслідки	5
1.1. Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди.	5
1.2. Поняття про психічну травму	12
Тема 2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	24
2.1. Співвідношення понять стресу, травматичного та посттравматичного стресового розладу.	24
2.2. Теоретичні підходи до дослідження особливостей посттравматичного стресового розладу (ПТСР)	26
2.3. Особливості та критерії діагностики гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу	44
2.4. Розвиток особистості за травматичним типом внаслідок пережитого травматичного досвіду	50
Тема 3. Профілактика розвитку посттравматичного стресу	60
3.1. Система та напрями профілактики посттравматичного стресу	60
3.2. Методи психопрофілактики посттравматичного стресу	65

Тема 4. Екстрена психологічна допомога в екстремальних ситуаціях	90
4.1. Особливості організації та надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій	90
4.2. Принципи та методи екстреної консультативної допомоги	96
Тема 5. Психотерапія посттравматичних стресових розладів.....	110
5.1. Практичні психотерапевтичні підходи у допомозі при подоланні посттравматичних стресів	110
5.2. Психотехніки корекційної роботи з посттравматичними розладами.....	122
Творчі завдання	136
Список літератури	149

ТЕМА 1

ТРАВМУЮЧА СИТУАЦІЯ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ

1.1. Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди

Сучасна реальність є невичерпним джерелом травмуючих ситуацій, під якими розуміють такі екстремальні критичні події, ситуації загрози, які потужно і негативно впливають на індивіда та вимагають екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу (Н. В. Тарабріна, 2001). Вони можуть набирати форми незвичайних обставин чи якихось подій, які піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки.

Складність вивчення травмуючих ситуацій полягає в тому, що їх число і джерела багатомірні. Тому вони визначаються як ситуації, що загрожують життю людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми або поранення; взаємопов'язані зі сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей; мають відношення до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів середовища (О. О. Лабезна, 2004).

Л. В. Трубіцина (2005), розглядаючи проблеми, пов'язані з процесом травми, виокремлює такі травмуючі ситуації: військові дії, природні катаклізми, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява загрозових життю захворювань, нападу.

Існують масштабні ситуації, що привертають увагу великої кількості фахівців, однак мають місце і такі травмуючі ситуації, які з різних причин перебувають поза межами уваги фахівців.

Головною причиною таких фактів є “немасовість” ситуацій, коли суб’єктом взаємодії з іншими травмуючими умовами виступає одна людина, а сама подія має індивідуальний характер.

У психологічних дослідженнях виділяється ще одне поняття, приналежне до цієї проблеми. Це надзвичайна (екстремальна) ситуація, яка визначається як обставини на певній території, що склалися внаслідок аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які можуть спричинити за собою людські жертви, шкоду здоров’ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні втрати та порушення умов життєдіяльності людей (І. Г. Малкіна-Пих, 2006).

Екстремальні ситуації можуть класифікуватися за такими ознаками:

- *за ступенем раптовості*: раптові (непрогнозовані) та очікувані (прогнозовані). Легше прогнозувати соціальну, політичну, економічну ситуацію, складніше — стихійні лиха. Своєчасне прогнозування ЕС і правильні дії дають можливість уникнути значних втрат і в окремих випадках запобігти ЕС;
- *за швидкістю розповсюдження*: ЕС можуть бути вибухового, стрімкого, що швидко поширюється, або помірною, плавного характеру. До стрімких найчастіше належить більшість військових конфліктів, техногенних аварій, стихійних лих.

Відносно плавно розвиваються ситуації екологічного характеру:

- *за масштабом розповсюдження*: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, трансграничні. До локальних, місцевих і територіальних зараховують ЕС, що не виходять за межі одного функціонального підрозділу, виробництва, населеного пункту. Регіональні, федеральні й трансграничні ЕС охоплюють цілі регіони, держави або кілька держав;
- *за тривалістю дії*: можуть мати короткочасний характер або затяжну течію. Всі ЕС, в результаті яких відбувається забруднення навколишнього середовища, є затяжними;

- *за характером*: навмисні та ненавмисні. До перших належить більшість національних, соціальних і військових конфліктів, терористичні акти тощо. Стихійні лиха за характером свого походження є ненавмисними, ця група охоплює також більшість техногенних аварій і катастроф.

Існують ще деякі види ситуацій, що лежать у площині аналізу їх екстремальності. У психотерапії їх вирізняють як кризові, проблемні, критичні, екзистенціальні, термінальні, емоційно складні життєві ситуації.

Кризова ситуація в найзагальнішому вигляді визначається як ситуація, що породжує дефіцит сенсу в подальшому житті людини, як ситуація неможливості реалізації внутрішніх необхідностей свого життя (мотивів, прагнень, цінностей тощо).

Ф. Е. Василюк виділяє такі типи критичних ситуацій:

- стрес — неможливість реалізації “вітальних” тут-і-тепер установок;
- фрустрація — непереборні труднощі в реалізації життєво необхідних мотивів;
- конфлікт — суб’єктивно нерозв’язне протиріччя мотивів та цінностей;
- криза — ситуації, що сприяють неможливості реалізації життєвих задумів.

Відмінності у чотирьох типах ситуацій пояснюються з позицій різних онтологічних підходів, в описі різних типів активності і внутрішньої необхідності. Автор зазначає, що критична ситуація має складну внутрішню динаміку, а типи ситуацій взаємовпливають один на одного [5]. Практичне значення такої типології залишається незмінним — вона дає змогу чітко диференціювати характер критичної ситуації, що обумовлює оптимальні способи надання допомоги людині.

Емоційно складна життєва ситуація, яку різні автори називають також утрудненою, або ситуацією важких життєвих умов, ситуацією повсякденних неприємностей (daily hassles), — це значуща для особистості ситуація, що спрямована до емоційно-мотиваційної сфери і передбачає необхідність переживання як

процесу. З такою ситуацією людина здебільшого впорається самотійно.

Проблемна ситуація може виникати в окремій діяльності, наприклад, навчальній, професійній, пізнавальній тощо, не поширюючись на решту сфер життєдіяльності та не впливаючи вирішально на самооцінку, рівень самоповаги, ставлення до власного життя.

Критична ситуація передбачає конфліктні, складні, утруднені, суб'єктивно несприятливі життєві обставини, які потребують перегляду головних життєвих стратегій, внесення істотних коректив у життєвий сценарій.

Екзистенціальна ситуація переживається під час такої глибокої кризи, коли тимчасово втрачається сенс існування і людина опиняється перед вибором між життям і смертю.

Термінальна ситуація виникає вже за межею екзистенціального вибору, коли людина знає про свою приреченість і може лише впливати на якість останнього відтинку життя, яке залишається. Людина за цієї ситуації опиняється перед найскладнішим і найвідповідальнішим у її житті вибором — вона обирає або можливість поступового згасання, коли від неї вже нічого не залежить, або все ж таки можливість мужньо, з почуттям власної гідності, зустріти смерть.

Значне поширення як у науковому, так і в соціальному контексті набуло поняття “*важка життєва ситуація*”, яке, як правило, розглядається в найбільш широкому контексті і може містити всі перелічені вище терміни. Водночас саме цей термін найскладніше чітко визначити тому, що він вбирає в себе практично всі варіанти подій, пов'язаних з різним ступенем дискомфорту їх учасника. Під важкими життєвими ситуаціями можуть матися на увазі як катастрофічні події, що загрожують життю великої кількості людей, так і повсякденні події, які містять суб'єктивні пережиті незручності для конкретної людини і об'єктивні загрози і небезпеки її фізичному і психічному благополуччю.

Усі виокремлені типи травмуючих ситуацій суб'єктивно переживаються як більш-менш гостра необхідність реконструкції ставлення до себе, власного минулого, сьогодення і майбутнього. Порушується спонтанність буття, зростає відчуття внутрішнього та зовнішнього хаосу, втрачається структурованість життєвого світу. Можливості усвідомлення нею власних проблем майже завжди залишаються вкрай незадовільними.

Загалом можна узагальнити такі **основні риси травмуючої ситуації**:

- вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;
- висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті та впливає на картину світу особистості і переживання фундаментальної невразливості;
- характеризується подвійністю, оскільки, з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з другого — апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін;
- руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи її на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов'язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;
- під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;
- під час неї утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;
- обмежує здійснення самореалізації особистості та ускладнює можливості в задоволенні потреб;
- обмежує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;
- детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;
- супроводжується появою тріадичної структури “розлад — адаптація — розвиток”.

Важливим, на наш погляд, є підхід автора до розмежування екстремальних ситуацій, пов'язаних з такими умовами, які ви-

магають негайного втручання та усунення, а також з умовами, які пов'язані з діяльністю людини в обставинах, що висувують до нього підвищені або надмірні вимоги, але не припускають їх негайного усунення. Для розмежування таких умов вводяться поняття “катастрофічна” і “некатастрофічна” екстремальність. У першому випадку маються на увазі ситуації, що містять загрози і небезпеки для життя і здоров'я людини, які вимагають запобігання та усунення, у другому — маються на увазі такі умови, в яких здійснюється професійна діяльність людини.

Жертви стихійних лих та катастроф страждають від *факторів, викликаних екстремальною ситуацією* (Everstine, 1993):

1. Раптовість. Лише про деякі лиха люди попереджаються — наприклад, поступово досягають критичної фази повені або насувається ураган, шторм. Чим раптовіша подія, тим вона руйнівніша для жертв.

2. Відсутність подібного досвіду. Оскільки лиха та катастрофи є рідкісними явищами, то люди часто вчаться переживати їх у момент стресу.

3. Тривалість. Цей фактор варіює від часу до часу. Наприклад, повінь, яка поступово розвивається, може так само повільно і спадати, а землетрус триває кілька секунд і приносить набагато більше руйнувань. Проте у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, у випадках викрадення літака) травматичні ефекти можуть розмножуватись з кожним наступним днем.

4. Недолік контролю. Ніхто не в змозі контролювати події під час катастроф. Може спливати чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати звичайні події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей, то можуть виникнути ознаки “навченої безпорадності”.

5. Горі і втрата. Жертви катастроф можуть розлучитися із значущими людьми або втратити когось з близьких; але найгірше — це перебувати в очікуванні звісток про можливі втрати.

Крім того, жертва може втратити через катастрофи свою соціальну роль і позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може позбутися будь-яких надій на відновлення втраченого.

6. Постійні зміни. Руйнування, викликані катастрофою, можуть виявитися неочікуваними: жертва може опинитися у зовсім нових та ворожих умовах.

7. Експозиція смерті. Навіть короткі загрозові ситуації для життя можуть змінити особистісну структуру людини та її “пізнавальну карту”. Повторювані зіткнення зі смертю можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю ймовірно виникнення важкої екзистенційної кризи.

8. Моральна невпевненість. Жертва катастрофи може опинитися перед необхідністю приймати пов’язані з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, — наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати.

9. Поведінка під час події. Кожна людина прагне виглядати достойно у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що вона здійснила або не здійснила під час катастрофи, може переслідувати її дуже довго після того, як інші рани вже затяглися.

10. Масштаб руйнувань. Переживши катастрофу, людина, як правило, вражена її негативними наслідками у соціальному житті. Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишитися чужинцем, інакше емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією.

На переконання дослідників О. Євсюкова та В. Садкового, психотравмуючими є ті події, які викликають переживання інтенсивного страху та безпорадності.

За Американською класифікацією хвороб DSM—IV, травматичною можна назвати таку подію, яка пов’язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності. Але інколи психологічна травма виникає через те, що людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті зовсім чужої людини.

1.2. Поняття про психічну травму

Поняття “*психологічна травма*” не має чіткого визначення в сучасній вітчизняній психології. Свого найбільшого поширення це поняття отримало в рамках теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років у кризовій психології.

Історія поняття травми впливає з ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що надає патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не в зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні Его, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях.

Поняття “травма” у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла.

Травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, все залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар'єра тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й психічна травма.

Психіка, так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, і все, що порушує цю стабільність, витісняється за термінологією З. Фрейда. На відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, психічна травма може мати інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти.

Друга істотна відмінність психічної травми від фізичної полягає в тому, що вона невидима та об'єктивується за непрямими ознаками, головною з яких є душевний біль. Рефлекторна реак-

ція організму на будь-який біль — це відсторонення, уникнення, позбавлення. Але основна функція болю — інформаційна, вона повідомляє про наявність ушкодження та запускає механізм націлення й виживання організму.

Психічний біль так само інформує про психологічне неблагополуччя та запускає механізм цілення психіки — роботу захисних механізмів, зокрема механізмів витіснення та придушення або відповідну реакцію. Відповідна реакція на травматичний вплив присутня завжди, і чим інтенсивніша травма, тим сильніша зовнішня дія або внутрішнє переживання. Відповідною реакцією може бути удар, сварка, почуття безсилля та плач, якщо людину вдарили або принизили.

Відповідна реакція дає змогу здійснити розрядження надмірного психічного збудження, що виникає під час травматизації. У випадку коли психічне збудження, яке зросло, не може бути відреаговано (зокрема, вербально, як відомо, слова можуть замінювати не тільки дії, а й переживання), починають працювати захисні механізми психіки. Вони трансформують енергію травматичного збудження у тілесні симптоми, отже, розрядження відбувається в соматичній сфері. Відбувається те, що в психоаналізі називають конверсією.

Психосоматична психотерапія розглядає символічне значення конверсійних симптомів, локалізованих у тілі так:

- образа, яку людина не змогла “проковтнути”, локалізується в ділянці ковтання у вигляді захворювань горла, щитоподібної залози, а образа, яку людина не змогла “переварити”, — в ділянці шлунково-кишкового тракту;
- “травма розбитого серця”, або ситуація, якою переймаються, має локалізацію у серці;
- почуття провини викликає нудоту, блювоту, спазми судин, а сексуальна провина — часті сечовипускання, енурез, цистит;
- “невиплакані” сльози та пригнічений плач викликають розлад кишечника та риніт (сльози знаходять інший шлях виходу);

- безсила лють та пасивна дратівливість від життєвої ситуації, відсутність підтримки й опори — порушення опорно-рухового апарату;
- травми приниження та удари по самолюбству — проблеми з судинами, головний біль, гіпертонію;
- довербальні травми — порушення мовлення.

3. Фрейд вказував, що оскільки соматизація сприяє розрядженню психічного напруження, у психіці формується специфічне “ментальне ядро” або “пункт перемикання”, асоціативно пов’язаний з усією “атрибутикою” отриманої психічної травми. Це “ментальне ядро” почне активізуватися щоразу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування.

Вчений називав цей процес феноменом “нав’язливого повторення”. Таким чином, психічна травма має надзвичайно “хорошу пам’ять”, а її жертви страждають переважно від спогадів та патологічних патернів реагування, реалізованих несвідомо.

З точки зору З. Фрейда, вирішальним моментом для результату та наслідків травми є не її сила, а підготовленість або неготовленість організму, яка виражається в його потенціалі. Специфічно, що травма не завжди проявляється у чистому вигляді, як хворобливий спогад або переживання. Вона стає нібито “збудником хвороби” та викликає різні симптоми (фобії, obsesії, заїкання тощо).

За власними спостереженнями вчений визначив, що симптоми можуть зникати, якщо вдається з усією емоційністю відтворити в пам’яті, повторно пережити та проговорити травматичну подію.

Пізніше ці спостереження стали підґрунтям психоаналітичної психотерапії та дебрифінгу роботи з психічними травмами.

Основні положення теорії травми З. Фрейда:

- психічні травми відіграють важливу роль в етіології неврозів;
- переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного фактора;

- при певній психологічній конституції травмою стає те, що при іншій не викликало б подібних наслідків;
- усі психічні травми виникають у ранньому дитинстві;
- психічними травмами є або переживання власного тіла, або чуттєві сприймання та враження;
- наслідки травми бувають подвійного виду – позитивні та негативні; позитивні наслідки травми пов'язані із зусиллям згадати забуте переживання, зробити його реальним, знову пережити його повторення (фіксація на травмі та нав'язливе її повторення);
- негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення та фобій;
- невроз – це спроба зцілення від травми, прагнення примирити одну частину “Я”, що відкололася під впливом травми з іншими частинами.

У своїй праці “Психоаналітична теорія неврозів” О. Феніхель писав про те, що будь-який, раптовий та сильний потік подразників здатний викликати психічну травму в індивіда. Але для подальшої психопатології важливо, наскільки можливою була в період травми моторна реакція, позаяк її блокування істотно збільшує ймовірність психічного розладу. Автор підкреслював, що травмуючий вплив прямо пропорційний його раптовості, та визначив типові симптоми психічної травми:

- блокування або зниження функцій “его”, втрата почуття реальності та адекватного сприйняття дійсності;
- періодичні напади неконтрольованих емоцій, особливо тривоги та гніву;
- безсоння або тяжкі порушення сну з типовими сновидіннями, в яких знову та знову переживається травма;
- “програвання” травматичної ситуації у формі фантазій, думок, переживань;
- ускладнення у вигляді психоневрологічних симптомів.

Ідея З. Фрейда про травматогенний ефект несвідомих фантазій була сприйнята та розвинена К. Юнгом. Розпочате ним дослідження блокованих афектів та дисоційованих станів призведе-

ло до висновку про існування безлічі різних індивідуальних історій та фантазій (комплексів), що стосуються травми, інакше кажучи — до розуміння множинності травми (Д. Калшед, 2001).

У пізніших працях поняття психічної травми розглядалося у контексті теорії стресу в якості особливої форми загальної стресової реакції (Г. Сельє, 1979; О. Черепанова, 1997). Відповідно до цього підходу травматичний стрес настає в тому випадку, якщо стресогенний фактор досить сильний, продовжується впродовж тривалого часу, перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного “ламання” в організмі. Якщо переживання стресової ситуації в нормі мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню людини до мінливих умов, то травматичний стрес виснажує його адаптаційні можливості.

У сучасних працях психологічна травма визначається як стан сильного страху, що переживається людиною при зіткненні з раптовою подією, яка є потенційно загрозливою її життю. Такий страх перевершує можливості індивіда та не дозволяє йому контролювати та ефективно реагувати (P. Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001).

Серед сучасних теорій психічної травми існує цікавий підхід, розроблений американським вченим П. Левіном. Розвиваючи його, автор інтегрував відповідні знання не тільки психології та психотерапії, а й біології, психофізіології, а також нейропсихології. Травма розуміється автором як прорив у бар’єрі, що захищає людину від впливів та супроводжується надзвичайно сильним почуттям безпорадності.

Психологічна травма, як правило, виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події. З точки зору П. Левіна, руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події, ступеня її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції (P. Levine, 1997).

Реакції людей на потенційну загрозу широко варіюють, тому джерела травми, як правило, важко класифікувати. Г. Сельє вважав, що джерелом стресового переживання є будь-яка вимога, яка пред'являється людині (Г. Сельє, 1979).

П. Левін писав, що зазвичай травму пов'язують з впливом таких подій, як війна, фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нещасні випадки або природні катастрофи. Однак існує багато “звичайних” подій, навіть цілком сприятливих, які можуть стати не менш травмуючими. Наприклад, незначна дорожньо-транспортна пригода часто призводить до появи фізичних, емоційних і психологічних симптомів, що підривають здоров'я. Стандартні медичні процедури й хірургічні операції можуть переживатися людиною як надзвичайно травматичні, хоча насправді вони не є такими (Р. Levine, 1996).

Д. Калшед констатував, що психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травматичних подій, а й з причини внутрішньої роботи самої психіки.

Психіка реагує на зовнішню травматичну подію за такою схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню “самотравмуючу силу”, а потім відбувається малігінізація, “злякисне переродження” психологічних захистів, які перетворюються з системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний “архаїчний” рівень (відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансові стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипних реакцій, втрата сенсу існування), психіка регресує, тому звернення до раціональної частини виявляється скрутним. Друга лінія захистів, тобто примітивні “архаїчні” захисти, покликані відреагувати травму та запобігти руйнуванню особистості.

Головний висновок, якого дійшов Д. Калшед, полягає в тому, що травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення. Так, травмовані люди починають постійно виявляти себе в життєвих ситуаціях, в яких вони піддаються повторній травматизації. З. Фрейд так само писав

про “невроз долі”, який полягає в тому, що люди у своєму житті схильні постійно “наступати на одні й ті самі граблі”, повторюючи, таким чином, свій травматичний досвід.

Наприклад, людина з травмою приниження часто опиняється в ситуаціях приниження, ударів по самолюбству, людині з травмою зради постійно зраджують.

Д. Калшед пише про те, що існують психічні травми не сумісні з життям особистості за аналогією несумісних із життям тіла фізичних травм. У цьому випадку тієї особистості, яка була до травми, після неї вже не існує. Але, на відміну від фізичної травми, не сумісної з життям, ця втрата не безповоротна. У зв’язку з цим терапія психічних травм повинна починатися із встановлення довіри, яка виникає через розуміння та співчуття психолога, і тільки після цього переходити до поступового відновлення нормальних, зрілих захистів з наступним переходом до відновлення втраченого сенсу існування.

Австро-американський психоаналітик О. Ранк ввів поняття “травма народження” — це несвідомі переживання людини, пов’язані з її появою на світ. Згідно з його поглядами травма, отримана при народженні, є причиною виникнення неврозів, а переживання страху народження — “першою репетицією”, прообразом переживань усіх інших ситуацій небезпеки. Травма народження та викликаний нею страх, згідно з О. Ранком, є основними факторами розвитку людини та джерелом невротичних захворювань.

У внутрішньоутробному стані майбутня дитина органічно з’єднана з матір’ю, порушення цієї гармонії при народженні викликає у неї тривогу. Незахищеність дитини перед зовнішнім світом може стати причиною того, що у неї виникне прагнення повернутися у первісний стан, а неможливість здійснення цього призведе до появи неврозу. Доросла людина на несвідомому рівні у певній формі та мірі теж відчуває тугу за втраченою гармонією.

Під час сексу у чоловіка відбувається символічне прилучення до материнського лона, а у жінки виникає бажання увібрати

в себе чоловіка, щоб злитися з ним в одне ціле та відчути блаженство внутрішньоутробного періоду. Завданням психоаналізу О. Ранк вважав усунення спогадів про травму народження шляхом переносу несвідомих страхів пацієнта у його свідомість та розуміння того, що відділення дитини від матері є неминучим процесом психічного розвитку.

Серед сучасних авторів проблематиці психічної травми присвячено монографію “Психічна травма” М. М. Решетнікова, який вперше на підставі широкого психолого-психіатричного підходу зробив аналіз історії теорії психічної травми, аналіз самої теорії, патогенезу, діагностики та терапії психічної травми [8].

Загальноприйнятій класифікації психічних травм у науці поки не існує, однак існують різні варіанти. Насамперед виділяють дитячі травми, які здійснюють сильний патогізований вплив на психіку та розвиток дитини у зв’язку з її неможливістю відповідно зреагувати на травмуючу подію.

Види дитячих травм:

1. Травма “покинутості” виникає у дитячому віці при відсутності або недостатньому фізичному контакті дитини з матір’ю. Дитина до початку самостійного ходіння не відділяє своє тіло від тіла матері, та за відсутності матері переживає сильну тривогу й страх. Люди, які мають травму “покинутості”, схильні до різних залежностей, симбіотичних стосунків, інфантильності та страхів втрати коханого об’єкта.

2. Травма “відкидання” виникає з “холодною” або “мертвою” матір’ю (термінологія психоаналітичних теорій), емоційно не залученою у життя дитини з таких причини: післяпологової депресії, стресу, небажанням мати дитину, проблем у сім’ї, відсутністю партнера тощо. Люди, які мають таку травму, живуть з почуттям власної непотрібності й незатребуваності, вони не можуть самореалізуватися, виражати свої почуття та перебувати у близьких емоційних відносинах, уникають емоційних проявів.

3. Травма “позбавлення” виникає при нехтуванні потребами дитини (мама не підходить до малюка, коли він плаче, не заспокоює його страхи, не забезпечує необхідні догляд, підтримку й

увагу). Люди, які мають подібну травму, живуть з відчуттям нестачі уваги оточуючих, постійно прагнуть її завоювати, схильні до маніпуляцій, не відчують задоволення у житті.

4. Травма “зради” виникає при розчаруванні дитини своїми батьками, яких вона обожає (прикладом може бути побачена дитиною сцена сексуального акту між батьками). Різновидом цієї травми є “травма повалення з трону” (термін А. Адлера), яка виникає у дитини при народженні молодших дітей, яким приділяється більше батьківської уваги. Люди, які пережили цю травму, втрачають почуття довіри до людей, відчужуються та замикаються в собі або різноманітними способами намагаються догодити оточуючим, щоб символічно “повернути” любов батьків.

5. Травма сексуальної спокуси виникає при використанні дорослими дитини або підлітка для задоволення своїх сексуальних потягів та призводить до сексуальних і емоційних проблем.

6. Травма “насильства” виникає при систематичному жорсткому поводженні з дитиною з боку дорослих, нанесення їй тілесних ушкоджень. Травма “насильства” призводить до виникнення психопатії або формування психопатичного асоціального характеру.

7. Травми “приниження” або нарцисичні травми — це удари по самолюбству дитини, приниження, зневага, зниження самооцінки, що призводять до порушень “Я-концепції” та виникнення комплексів неповноцінності. Психічні травми приниження, насильства, відкидання, зради відбуваються також і у дорослому житті, але, як правило, за “повторним” дитячим сценарієм. Доросла людина відтворює дитячі травми, потрапляючи у травматичні ситуації з тими емоційними реакціями, патернами поведінки та переживаннями, що й у дитинстві.

Наприклад, доросла людина з травмою приниження буде “притягувати” до себе ситуації, у яких вона терпітиме знущання та приниження, а якщо має травму відкидання, то за “фатальною” випадковістю знайде собі партнера емоційно холодного та страждатиме від відсутності близькості у стосунках.

Ось чому З. Фрейд свого часу наполягав на лікуванні “неврозу долі” від дитячих травм. До психічних травм також належать:

- втрати близьких людей (фізичні — смерть, психологічні — розлучення);
- травма “розбитого серця” (зрада, нерозділене кохання);
- згвалтування, сексуальні спокушання;
- пережиті нещасні випадки та катастрофи.

Найбільше психічних травм відбувається у сфері міжособистісних стосунків, особливо близьких та інтимних. Психоаналітики припускають, що близькі стосунки амбівалентні за своєю природою, є аналогом дитячо-батьківських стосунків, у яких відтворюються давні конфлікти та травми.

У зв’язку з цим лікування психічних травм, пов’язаних з міжособистісними стосунками, необхідно проводити обов’язково з опрацюванням дитячих травм.

М. Решетніков у праці “Психічна травма”, посилаючись на публікацію Р. Кеслера, дає класифікацію психічних травм залежно від їх частоти та прогностичного значення щодо розвитку ПТСР за американською репрезентативною вибіркою.

За частотою провідного травматичного фактора травми класифікуються у порядку спадання:

- спостереження насильства або нещасного випадку;
- нещасні випадки та аварії;
- пожежі та стихійні лиха;
- загроза застосування зброї;
- фізичне насильство;
- сексуальні домагання;
- згвалтування;
- погане поводження з дитиною в дитинстві;
- участь у бойових діях;
- зневага людини у дитинстві.

Психічна травма проявляється у порушеннях системи відносин між людьми, ускладнює особисте життя, руйнує значущі міжособистісні зв’язки, проявляється в асоціальній та девіантній поведінці. Неадекватні форми переживання психічної трав-

ми обумовлюють глибокі порушення у життєдіяльності та розвитку людини на трьох рівнях:

- деструкуралізація відносин особистості зі світом та оточенням, втрата довіри до життя та людей;
- емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади;
- психосоматичні захворювання.

Конструктивні способи подолання психічних травм здатні актуалізувати внутрішні ресурси людини та започаткувати особистісний і духовний розвиток.

Етапи психічної травми

Дитячий психолог А. Венгер у своїй книзі “Психологічна допомога дітям та підліткам після Бесланської трагедії” виокремлює типові для постраждалих від травматичних ситуацій етапи переживання психологічної травми:

- шоківий етап;
- етап стабілізації;
- етап відновлення;
- етап особистісної та соціальної інтеграції (А. Л. Венгер, О. І. Морозова).

Шоківий стан

Перша реакція на важку психологічну травму – шоківий стан. Піддатливість шоківому стану особливо висока у дітей через їхню емоційну незрілість. Цей стан може проявитися у різних формах:

- патологічного гальмування;
- патологічного збудження.

При патологічному гальмуванні дитина бліда, малорухлива, її дії загальмовані, міміка проявляється слабо (“маскоподібне обличчя”). Вираз обличчя може бути нейтральним, сумним або наляканим. Мова бідна, тиха. Інколи спостерігається елективний мутизм (відмова від використання мови в певних ситуаціях) або тотальний мутизм (повна відмова дитини від використання мови). Реакція на зовнішні подразники дуже ослаблена. Дитина може не відповідати на поставлені їй запитання, не звер-

тати уваги на оточуючих людей, які намагаються встановити з нею контакт.

При патологічному збудженні спостерігається висока рухова активність дитини, але ця активність не має цільового направлення. Дитина може кудись бігти, кричати, голосно плакати, можливі агресивні та деструктивні (руйнівні) дії.

У шоковому стані у дитини різко знижена реакція на будь-які зовнішні впливи. Досить часто патологічне збудження та патологічне гальмування в однієї і тієї самої дитини чергуються: гальмування змінюється збудженням, потім знову розпочинається гальмування.

Таким чином, загальною характеристикою шокowego стану є відсутність цілеспрямованої активності дитини і відсутність контакту з оточуючим світом.

Етап стабілізації. Якщо психологічна підтримка була відсутньою або неефективною на попередньому етапі, то у дитини, яка пережила психотравмуючу подію, можуть з'явитися симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

ТЕМА 2

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

2.1. Співвідношення понять стресу, травматичного та посттравматичного стресового розладу

У науці існують різні теоретичні підходи до розуміння й вивчення стресу, травми й посттравматичного стресу, які показують ці терміни у взаємозв'язку та відмінностях.

У зарубіжних дослідженнях поняття “post-traumatic stress disorder”, “traumatic stress”, “post-traumatic stress” контекстуально залежні, поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми.

У вітчизняних наукових публікаціях категорія ПТСР набуває все більшого поширення, а в науково-популярних виданнях найчастіше використовується поняття “травматичний” та “посттравматичний” стрес або просто “стрес”.

Під **стресом** у психологічній науці розуміють особливий стан психіки, організму в цілому, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь-якого стресового (часто екстремального) впливу.

До основних рис психічного стресу належать такі:

- стрес — це стан організму, що виникає в результаті взаємодії між організмом та середовищем;
- стрес — більш напружений стан, ніж звичайний мотиваційний; необхідною умовою його виникнення є сприйняття людиною погрози;
- явища стресу виникають тоді, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

Травматичний стрес — це особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини. У цьому випадку стрес для людини є травматичним та може стати причиною психологічної травми (В. Г. Ромек, В. О. Конторович, О. І. Крукович, 2004).

На переконання дослідників В. Ромек, В. Конторович травматичний стрес має деякі відмінні особливості:

- подія, що відбулася, усвідомлюється (людина розуміє те, що з нею сталося та з якої причини у неї погіршився психологічний стан);
- існують зовнішні причини, які викликають цей стан;
- пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя;
- подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності [10].

Термін **“посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)”** був вперше запропонований М. Хоровіц. Ним були розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб.

Відповідно до МКХ-10 (Міжнародного класифікатора хвороб — основного діагностичного стандарту в європейських країнах) визначається, що услід за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Під “звичайним” людським досвідом розуміють такі події, як:

- втрата близької людини, що відбулася через природні причини;
- важка хронічна хвороба;
- втрата роботи;
- сімейні конфлікти тощо.

До стресорів, що виходять за межі звичайного людського досвіду, належать ті події, які можуть травмувати психіку майже будь-якої здорової людини:

- стихійні лиха;
- техногенні катастрофи;

- події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, попадання у “ситуацію заручника”, руйнування власного будинку тощо).

Таким чином, **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть або поранення іншої людини (особливо – близької людини), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років – у цьому полягає особливість ПТСР (І. Г. Малкіна-Пих, 2008).

2.2. Теоретичні підходи до дослідження особливостей посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

У психологічній науці існує кілька моделей дослідження посттравматичних розладів особистості.

Теоретичні моделі ПТСР

Нині не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію (“походження”) та механізми виникнення й розвитку ПТСР. Однак існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виокремити:

- психодинамічний (психоаналітичний) підхід;
- когнітивний підхід;
- психосоціальний підхід;
- психобіологічний (психофізіологічний) підхід.

Психодинамічні (психоаналітичні), когнітивні та психосоціальні моделі належать до психологічних моделей. Вони були розроблені під час аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя.

Дослідження виявили, що існує тісний зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, тобто способами подолання ПТСР (усунення та уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти до групи взаємодопомоги тощо), та успішністю подальшої адаптації.

Було встановлено, що найефективнішими є три сукупні (застосовувані комплексно) стратегії боротьби з ПТСР:

- цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин;
- усвідомлення носієм травматичного досвіду оборотного значення травматичної події для подальшого життя;
- реадаптація потерпілого та вироблення навичок самопомоги, що здійснюється за допомогою професійних психологів (І. Г. Малкіна-Пих, 2008).

Перша з цих стратегій була використана при розробленні **психодинамічних моделей**, що описують процес розвитку ПТСР — синдрому та виходу з нього як пошук оптимального співвідношення між патологічною фіксацією та травмуючою ситуацією і її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадувань про травму є найбільш адекватною у гострому періоді та допомагає подолати наслідки раптової травми. Під час розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмуючої ситуації на значущу частину буття суб'єкта. Відповідно до психодинамічного підходу травма призводить до порушення процесу символізації. З. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцистичний конфлікт та увів поняття стимульного бар'єра. Внаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на суб'єкта. Фіксація на травмі виступає як спроба її контролю.

У сучасній класичній психодинамічній моделі наслідками травматизації розглядаються:

- регрес до оральної стадії розвитку та зсув лібідо з об'єкта на “Я”;
- ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів;
- використання примітивних захистів;
- автоматизація “Я”;
- ідентифікація з агресором;
- регрес до архаїчної форми функціонування “Над-Я”;
- деструктивні зміни “Я-ідеалу”.

Ця модель не пояснює повністю симптоматику травматичного реагування, наприклад, постійне відігрівання травми. Крім того, у досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, яка не зумовлює, однак, розвиток неадаптивної реакції на стрес. Крім того, класична психоаналітична терапія для лікування цього розладу неефективна.

Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР — це когнітивне оцінювання та переоцінювання травмуючого досвіду, яке відображено у *когнітивних психотерапевтичних моделях*.

Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка травмуючої ситуації є основним фактором адаптації після травми. Вона найбільшою мірою сприятиме подоланню її наслідків, у випадку коли причина травми у свідомості її жертви, яка страждає на ПТСР, набуде екстернального характеру та знаходитиметься поза особистісними особливостями людини (широко відомий принцип: не “я поганий”, а “я зробив поганий вчинок”). У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається та підвищується віра у реальність буття, раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю за ситуацією.

Головним завданням при цьому є відновлення у свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих, оскільки саме таке оцінювання найбільшою мірою спотворюється у жертв травматичного стресу. (К. С. Калмикова, М. А. Падун, 2002).

У межах когнітивної моделі травматичні події — це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе, а патологічна реакція на стрес являє собою неадаптивну відповідь на знецінення цих базових уявлень. Такі уявлення формуються під час онтогенезу та пов'язані із задоволенням потреби у безпеці і складають Я-теорію.

У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії. І хоча колапс Я-теорії — це неадаптивний наслідок стресового впливу, він сам по собі може бути адаптивним, оскільки дає можливість для більш ефективної реорганізації Я-системи. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, дисоціацію, постійне програвання травми. Причина неадаптивного подолання травми полягає у негнучкості та невмінні корегувати когнітивні схеми. Ця модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез та симптоматику розладу, оскільки враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

У межах *психофізіологічної моделі* відповідь на травму — це результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментом. Згідно з сучасними даними (А. Kolb, 1984; V. Kolk, 1991, 1996) під час стресового впливу зростає обсяг норепінефріна, що призводить до зростання рівня плазматичного катехоламіну, до зниження в головному мозку рівня норадреналіну, допаміну, серотоніну, до зростання рівня ацетилхоліну, виникненню болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендogenousними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіну та спад рівня допаміну в мозку корелюють зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів (Р. Lifton, 1973; 1978; М. Horowitz, 1972; 1986; В. Green, Р. Lindy, 1992), є центральним у синдромі реакції на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендogenousними опіоїдами, може призводити до виникнення опіоїдної залежності та пошуків ситуацій, схожих на травматичну. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, яка пригнічує продовження поведінки, що призводить до генералізації умовної ре-

акції на пов'язані з первісним стресором стимули. Придушення функціонування гіпокампу може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід. Недолік цих моделей полягає в тому, що більшість досліджень було проведено на тваринах або в лабораторних умовах. Вони також не враховують залежності психофізіологічної реакції від когнітивного опосередкування, яке було доведено у досліджах Р. Лазаруса.

Інформаційна модель ПТСР розроблена американським психологом М. Горовицем (М. Horowitz, 1998), який ввів у науковий обіг термін “посттравматичний стресовий розлад” (post-traumatic stress disorder (PTSD)) у 1980 році. Інформаційна модель ПТСР є спробою науково-емпіричного синтезу трьох моделей ПТСР: когнітивної, психодинамічної (психоаналітичної) та психобіологічної (психофізіологічної).

Згідно з інформаційною моделлю ПТСР стрес — це сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними (інтелектуальними) схемами (уявленнями) суб'єкта. У зв'язку з цим відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись універсальному принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі. Проте, відповідно до тенденції до завершення (ефект незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структуру особистості, а травма більше “не зберігається в активному стані”. Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку. Такий феномен реагування — це нормальна реакція на шокуючу інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та блокуючими опрацювання інформації.

Інформаційна модель ПТСР М. Горовиця є недостатньо науково-емпірично диференційованою, внаслідок чого не дає

змогу повною мірою враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах (І. Г. Малкіна-Пих, 2008).

Величезне значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих, з метою успішного подолання ПТСР відображено у моделях, які отримали назву “психосоціальні”.

Відповідно до **психосоціального підходу** модель реагування на травму є багатофакторною, тому необхідно врахувати значення кожного фактора у розвитку реакції на стрес. На підставі психосоціальної моделі ПТСР ґрунтується інформаційна модель ПТСР М. Горовиця. Поряд з цим розробники та прихильники психосоціального підходу також підкреслюють виняткову необхідність врахування факторів навколишнього середовища (В. Стеен, 1990; К. Wilson, 1993), а саме:

- фактори соціальної підтримки;
- релігійні вірування;
- демографічні фактори;
- культурні особливості;
- наявність або відсутність додаткових стресів тощо.

Виділяють ще деякі умови, що впливають на інтенсифікацію ПТСР:

- ступінь суб'єктивності сприймання ситуації як загрозової;
- ступінь об'єктивності реальної загрози для життя;
- ступінь наближеності суб'єкта до місця трагічних подій (він міг фізично не постраждати, але бачити наслідки катастрофи, труп жертв тощо);
- ступінь замученості близьких суб'єкта.

Такі факти є особливо значущими для дітей. Коли батьки надто болісно сприймають події, які не є незворотними, то дитина подвійно відчуватиме себе психологічно небезпечно.

Психосоціальної моделі ПТСР притаманні недоліки інформаційної моделі, однак фактори оточуючого середовища уможливають виокремлено індивідуальні відмінності.

У межах цієї теорії виокремлено основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми, серед них:

- відсутність фізичних наслідків травми;
- міцне фінансове становище;
- збереження колишнього соціального статусу;
- наявність соціальної підтримки з боку суспільства та групи близьких людей.

Водночас фактор соціальної підтримки є найбільш значущим.

Виділено такі *стресогенні ситуації, що пов'язані із соціальним оточенням*:

- людина з військовим досвідом не потрібна суспільству;
- війна та її учасники непопулярні;
- між тими, хто був на війні, та тими, хто не був, спостерігається відсутність взаєморозуміння;
- суспільство формує комплекс провини у ветеранів тощо.

Зіткнення з такими, що є вторинними стосовно екстремального досвіду, наприклад, отриманому на війні, стресорами, досить часто призводило до погіршення стану ветеранів війни (наприклад, ветеранів Великої Вітчизняної війни (ВВВ), в'єтнамської, афганської, чеченської війни).

Цей факт вказує на значущість ролі соціальних факторів як під час допомоги з переживаннями травматичних стресових станів, так і у формуванні ПТСР у тих випадках, коли підтримка й розуміння з боку суспільства та оточуючих людей відсутні.

Досить часто суб'єкти з ПТСР переживають вторинну травматизацію, яка виникає в результаті негативних реакцій родичів, оточуючих людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються люди, які перенесли травму.

Негативні реакції людей на психічно травмовану людину проявляються у таких моментах:

- запереченні факту травми;

- запереченні зв'язку між травмою та стражданнями людини;
- негативному ставленні до жертви;
- її обвинуваченні (“сам винен”);
- відмові надати допомогу.

В інших випадках вторинна травматизація може виникати в результаті гіперопіки до постраждалих, навколо яких родичі створюють “інвалідну атмосферу”, що відгороджує їх від зовнішнього світу та перешкоджає реабілітації й реадптації.

Отже, виключно важливе значення для розвитку та перебігу ПТСР мають вторинні фактори, серед яких комплекс соціальних (соціально-психологічних) чинників посідає провідне місце, тому що часто те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї сильніше, ніж власне травма.

Прихильниками цього підходу виділено фактори (умови), які сприяють профілактиці розвитку ПТСР та пом'якшують його перебіг. До них належать:

- негайно розпочата психосоціальна терапія з постражданим, яка дає йому можливість активно ділитися своїми переживаннями;
- рання та довгострокова соціальна підтримка;
- соціально-професійне відновлення приналежності потерпілого до суспільства (реабілітація та реадптація) та реанімування почуття (відчуття) психологічної безпеки;
- участь потерпілого у психотерапевтичній роботі разом з йому подібними; відсутність повторної травматизації тощо (І. Г. Малкіна-Пих, 2008).

Як уже зазначалося, далеко не в усіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох **факторів**, а саме:

1. Характеристики травми — вид і “доза” травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик. Свою роль відіграє також і фактор жорстокості — травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж сти-

хійні лиха та техногенні катастрофи. Причому сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до ПТСР, ніж насильство фізичне. Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, загибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. І, звісно, множинні травматичні події (особливо в дитинстві) становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов'язані з ризиком розвитку так званого комплексного ПТСР.

2. Характеристики потерпілої особи та копінгу під час травми: особливості суб'єктивного сприйняття травми (наприклад, як заслужена кара тощо), особливості копінгу з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю та ін.), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й неінтегровані травми в дитинстві (у такому разі недавня травма може відкрити “скриньку Пандори” з минулого — як у наведеному прикладі). З другого боку, наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. У дітей, з огляду на брак “зрілих” ресурсів, до подолання травматичної події ризик розвитку ПТСР після перенесеної психотравмуючої події вищий і великою мірою залежатиме від того, як переживають подію батьки, і наскільки вони можуть допомогти дитині в “інтеграції” цього досвіду. Вченими виявлено певні гени, наявність яких збільшує ризик ПТСР після перенесеної психотравми.

3. Характеристики соціального оточення потерпілої особи: брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкидання, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо). Знову ж таки, навпаки: наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором.

4. Інших факторів: наприклад, травма зачепила одну людину чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо.

Які ж саме механізми спричиняють розвиток ПТСР? Для розуміння цього важливо переглянути, як працюють механізми пам'яті та як травматична подія “записується” у мозок.

У людини є два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна (табл. 1).

Таблиця 1

Імпліцитна та експліцитна пам'ять

Імпліцитна пам'ять	Експліцитна пам'ять
<p>Це від народження первинна пам'ять. Зумовлює “швидке”, первинне сприйняття подій (наприклад, ситуації, як небезпечно) та генерування відповідних емоційних реакцій на подію (наприклад, страх), поведінкових (втікай/нападай/завмирай) та тілесних станів (наприклад, активація симпатичної системи, приведення тіла у “бойову готовність”) — відповідно є складовою так званої швидкої нейрональної мережі оцінки ситуації та первинної підкіркової оцінки й відповідної реакції на ситуацію. Призводить також до формування певних ментальних моделей (і зв'язку між певними характеристиками середовища і відповідними реакціями на них). Не має суб'єктивного відчуття спогаду, тобто минулого часу (“те, що згадується, переживається так, наче воно відбувається зараз”). Не потребує свідомої уваги, автоматична. Включає перцептивну, емоційну поведінку і тілесну пам'ять, фрагменти перцепції не інтегровані. Регулюється мигдалеподібним тілом: це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція на події</p>	<p>Пов'язана з дозріванням певних структур мозку і розвитком мови — з'являється після двох років, це наративна пам'ять, організована за допомогою мови. Реалізується, зокрема, через лобну кору і гіпокамп. Складається із фактичної та автобіографічної пам'яті. Є складовою так званої повільної нейрональної мережі оцінки ситуації — коли інформація аналізується, порівнюється з минулим досвідом, накопиченими знаннями і тоді генерується більш свідомо “кіркова” реакція на подію. Спогади контрольовані, різні складові спогадів інтегровані, є суб'єктивне відчуття минулого/теперішнього (вона немов розділи книжки). Вимагає свідомої уваги. Піддається активній реорганізації у процесі життя. Роль гіпокампа дуже важлива — інтегрує різні фрагменти пам'яті, “сплітає”, архівує, організовує пам'ять, пов'язує з ідеями, нарративним автобіографічним контекстом (у цьому процесі інтеграції задіяна теж фронтальна та інші відділи кори мозку)</p>

Під час ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті та відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, гіпотезується, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі — згідно з дослідженнями його об'єм у осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним “увімкненням” механізму дисоціації. Сутність цього механізму полягає у “роз'єднанні” нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з “поля свідомості” (детальніше див. теорію структурної дисоціації особистості В. Hart, 2006). Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми-перегородки у свідомості, яка відгороджує “звичну зону” від травматичного минулого, від якого хочеться “втекти і сховатися, бо воно надто болюче”. Утворення цього дисоціативного “бар'єра” у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу сподіваючись, що якщо “намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою”, призводить до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно з цього походять симптоми ПТСР.

Ці симптоми за механізмом розвитку можна умовно поділити на дві групи. Перша з них пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно, спогади не “архівуються”, а періодично “вискакують” у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес — це так звані позитивні дисоціативні симптоми (у моделі В. Hart, 2006). Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних і т. д.) — ці спогади мають усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина ніби “провалюється” в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також бути

присутніми у снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть “вирина-ти” самостійно або викликатися певними “тригерами” — ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Відповідно, може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої — зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам’яті супроводжується і тим, що мигдалеподібне тіло “утримує” симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації — у людини може бути постійне відчуття тривоги, її вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дра-тівливість, труднощі з концентрацією уваги.

“Мені страшно, мені постійно страшно, — зізнається 9-річний хлопчик, який став свідком вбивства своєї мами. — Я щоразу, коли заплющую очі, бачу кров і як мама лежить вся в крові. Я боюся заплющувати очі... Я не маю спокою вдень, не можу вчитися нор-мально. І вночі — я постійно прокидаюся від страшних снів...”

“Я живу з постійним відчуттям, неначе це має статися зно-ву, — розповідає 22-річна дівчина, яка зазнала зґвалтування у віці 16 років. — Я не можу розслабитися. У мене постійне відчуття небезпеки. Коли я йду вулицею, то постійно озируюся, чи мене хтось не переслідує. Коли я бачу когось бодай чимось схожого на того хлопця, що зґвалтував мене, попри те, що я знаю, що він у тюрмі й не може бути зараз тут, у мене наступає миттєве від-чуття жаху, паніки. Я не можу їздити в ліфті. Я не перенешу запаху чоловічих парфумів (подія сталася у ліфті, кривдник був напахчений одеколоном). Коли мене несподівано ззаду хтось тор-кне рукою чи просто покличе — я підсакаю так, ніби бомба ви-бухнула. Вони всі дивуються, що зі мною. А мені треба кілька хви-лин, щоб прийти до тями, щоб серце заспокоїлося. Мені важко пояснити їм, що у той момент я не тут, я там, у ліфті. Я бачу його ніж, приставлений до мого горла. Я переживаю усі ті почут-тя знову так, як і тоді... Я оніміла після тієї події. Я перестала відчувати життя. Я не знаю, що таке радість. Я знаю лише один стан — напругу, страх. Я загалом пам’ятаю ту подію, але ті спо-гади як фрагменти пазлів — деякі є, а деякі немов загубилися”.

Друга група спогадів (негативні дисоціативні симптоми у моделі В. Hart, 2006) пов'язана з відсутністю, втратою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних “бар'єрів”. До цих симптомів може належати втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне “оніміння”, почуття загального “відчуження” тощо.

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам'яті, власного внутрішнього життя. Відповідно, життєвий простір людини може істотно обмежуватися — як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань. Людина з ПТСР, особливо при комплексних його формах, пов'язаних з досвідом хронічної травматизації у дитинстві, може поступово маргіналізуватися у зовнішньому світі, а також у внутрішньому — жити на периферії власної душі...

Вищезгадана пацієнтка останні кілька років перед психотерапією не працювала, рідко виходила з дому, мала дуже обмежене коло спілкування.

Інша пацієнтка, Аня, 33 роки, прийшла на психотерапію з дивним запитанням: “Чи можна знищити з пам'яті минуле, допомогти забути те, чого не пам'ятаєш, а маєш лише відчуття, здогад. У моєму дитинстві було щось страшне, не знаю що, але маю відчуття, що це щось дуже страшне. Я хочу це забути, вирвати і спалити, як сторінку із книги, щоб не можна було відновити”. У її дитинстві справді були, як виявилось потім, страхітливі речі — регулярно повторюване протягом кількох років сексуальне скривдження. Тривалий час упродовж дитинства ця жінка, щоб вижити, свою зболену, зранену “внутрішню дитину” просто закрила у неприступній внутрішній кімнаті, у підземеллі, що нагадує сюжети окремих казок. І щоб не чути отих “криків, що лунали з підземелля”, вона мусила жити на доволі великій відстані від свого внутрішнього світу — постійно зайнята роботою, а як не роботою, то розвагами, “екстремальними” видами спорту, алкоголем тощо.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад та розлад травми розвитку

У деяких осіб психотравмуючі переживання мають хронічний характер, оскільки виникли від множинної травматизації. Звісно, у таких випадках її наслідки більш виражені й для окреслення значно складнішої форми ПТСР, яку називають *“комплексний посттравматичний стресовий розлад”*.

Його додатковими симптомами є виражені порушення регуляції емоцій (виражена дисфорія, порушення контролю злості, самопошкоджуюча поведінка як форма емоційної саморегуляції тощо), порушення свідомості (тривалі стани дереалізації-деперсоналізації), самосприйняття (відчуття власної безпомічності, ідентичність жертви, виражений сором та відчуття власної дефективності тощо), виражені порушення у сфері соціальних стосунків (соціальна ізоляція, виражена недовіра людям), порушення у системі цінностей та деякі інші симптоми (К. Негман, 1997).

Коли комплексна травма мала місце у дитинстві під час формування особистості, то її наслідки є не лише у симптомах ПТСР, а й у порушенні особистісного розвитку, дезорганізації системи прив'язаності, інших порушеннях. На жаль, в Україні ще дуже слабка система соціального захисту дітей, більшість яких проживає тривалий час у вкрай неблагополучному, травматичному середовищі.

Це спогади 8-річного хлопчика: “Я не знаю, хто мій тато. А маму мою звали Іра. Моє життя з нею було сумне. Вона дуже любила мене, я від неї втікав до лісу вечорами, ночами, вдень. Мама ходила по смітниках. Коли вона була п'яна, кричала, що не хоче мене більше бачити. Я боявся тоді з нею залишатися, боявся, що вона мене вб'є. І я тоді втікав. Я лягав спати у лісі під деревом, якщо то було літо. А взимку ішов проситися до людей. Іноді мама зачиняла мене у підвалі. Там було темно і холодно. Її деколи дуже довго не було. Мені зараз теж страшно, коли темно... Коли у мене народилася сестра, я зрадів, думав, що тепер не буду самотній. Моє життя стало веселішим, я колював її, дуже любив. Я думав:

моя сестра виросте, мені буде добре, буду з нею бавитися. А тоді одного разу мама взяла мене кудись із собою, а сестричку лишила вдома. Нас не було вдома два дні, а коли ми повернулися, я побіг до коліски, а вона була холодна, нежива... Я дуже плакав, дуже плакав, а мама казала: "Чого ти плачеш, я народжу тобі іншу..." І я тоді перестав плакати... Моя мама багато разів, коли була зла та біла мене, кричала, що вб'є. Вона теж брала мене щоночі із собою на цвинтар, де крала вінки, прикраси. Мені тоді було дуже страшно. Мені здавалося, що вона мене бере туди, щоб убити. Хоч вона і померла, мені деколи і досі здається, особливо уночі, що вона жива і що прийде зараз з ножем, щоб мене вбити... Ночами мені часто сняться привиди, чудовиська, які женуться за мною. Прокидаюся і не знаю, де я. Тоді мені дуже страшно. Мені здається, що я там, у нашому домі, де ми жили з мамою... Я тоді приходжу до мого теперішнього тата у ліжко, мені хочеться приквітися до нього... Мені хочеться те забути, бо коли згадую, мені тоді стає дуже сумно і страшно..."

Упродовж останніх десятиліть досвід хронічної травматизації у ранньому дитинстві перебуває у фокусі інтенсивних наукових досліджень, і на сьогодні ми знаємо доволі багато про негативний вплив травматизації на психологічний розвиток дитини та на формування центральної нервової системи (Т. Г. Романчук, 2011). Так, пропонується увести у міжнародну класифікацію хвороб і новий розлад — розлад травми розвитку (V. Kolk, 2009).

Якщо спробувати лаконічно підсумувати дані цих досліджень, то їх можна звести у такі пункти (S. Cook, 2005; B. Hart, 2006) (рис. 1).

1. Досвід хронічної травматизації призводить до формування у дитини відчуття постійної загрози, що переводить її мозок у стан постійного очікування на небезпеку. У разі травми розвитку джерелом небезпеки є ті особи, до яких природно дитина повинна б мати прив'язаність, які б мали задовольняти її емоційні та біологічні потреби, бути джерелом безпеки. Тому, як це не парадоксально, джерело безпеки стає водночас джерелом небезпеки, що призводить до формування дезорганізованої моделі

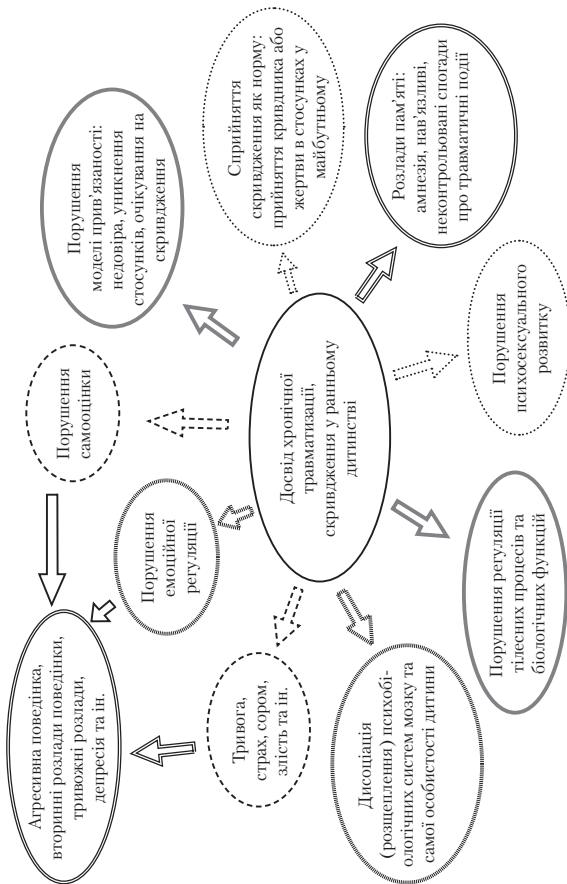


Рис. 1. Наслідок впливу хронічної травматизації на психологічний розвиток дитини

прив'язаності. Поведінка дитини дезорганізується між полярно протилежними сприйняттями особи батьків: “я боюся тебе/я прагну твоєї любові”, “я потребую тебе/я ненавиджу тебе” тощо.

2. Такі протилежні досвіди не можуть цілісно інтегруватися у головному мозку дитини — відповідно, психобіологічні системи її мозку так само дезорганізуються, дисоціюють, і в мозку, і в психіці дитини так само починають співіснувати окремі “частки” її досвіду: частка, яка уникає стосунків, і частка, яка прагне стосунків, частка, яка переживає злість, і частка, яка переживає страх, частка, яка пам'ятає досвід скривдження, і частка, яка нічого не пам'ятає тощо. Таке розщеплення, фрагментація спостерігаються як у її емоційному житті, так і в її пам'яті, поведінці, тілесному функціонуванні. У крайніх формах така фрагментація свідомості на частки може проявлятися дисоціативним розладом ідентичності.

3. Повторний, часто непередбачуваний характер травматичних подій призводить до формування у дитини “очікування на напад” — її тіло постійно “мобілізоване”, у стані хронічного стресу, концентрація гормонів стресу (норадреналіну та глюкокортикоїдів) також підвищена, що призводить до нейрогормональних порушень, дисрегуляції біологічних функцій (сон, їжа тощо), пригнічення функцій імунної системи, психосоматичних захворювань.

4. Як наслідок, пам'ять про травматичні події не може належним чином організуватися, інтегруватися. Відповідно, частини пам'яті можуть бути “дисоційовані” — немов приховані за кулісами — і тоді має місце те, що ми називаємо амнезією, а інші частини пам'яті — некеровані: вони можуть нагадуватися, інтрузивно переживатися дитиною знову і знову. Коли внутрішній світ дитини переповнений такими болючими спогадами, незінтегрованими фрагментами травматичної пам'яті, це немов жити у замку, в підземеллі якого живуть привиди, які переслідують його господаря.

5. Звісно, життя у такому “замку” стає дуже дезорганізованим — керувати увагою, організовувати свою поведінку відпо-

відно до цілей стає дуже складно. Дезорганізація психічного життя, дезінтеграція систем мозку призводять до порушень планування, керування увагою, самоорганізації поведінки, порушень контролю імпульсів тощо.

6. Підкіркові відділи мозку, що відповідають за тривогу, реакції втечі/нападу постійно активовані, що робить реакції дитини на стимули зовнішнього світу так само дисрегульованими. Дитина сприймає небезпеку там, де її немає, вона реагує нападом, агресією або ж страхом/втечею, реакцією замри/“відключись” на відносно нейтральні події.

7. Очікування небезпеки призводить до тотальної недовіри, сприйняття інших людей винятково як джерела небезпеки та скривдження. Дитина приписує іншим людям негативні мотиви, очікує від них агресивної поведінки, продовження скривдження, їй важко повірити, що наміри, ставлення інших людей можуть бути іншими.

8. В особливо важких випадках, коли скривдження було надто багато і не було жодної іншої доброї близької людини, щоб дитина могла зрозуміти, що у світі, крім ненависті та скривдження, є ще щось інше, у дитини може сформуватися відчуття, що насильство й скривдження є нормою стосунків. Тому дитина може почати сама кривдити інших, зокрема слабших, або ж приймати пасивну роль жертви — як у дитинстві, так і в дорослому віці.

9. Коли скривдження мало сексуальний характер (на жаль, це трапляється доволі часто), таке саме спотворення того, що є нормою, переноситься на сферу стосунків між людьми, зокрема і щодо інтимного, статевого характеру стосунків. Відповідно, може мати місце сексуалізація поведінки дитини, перенесення досвіду статевого скривдження у нові стосунки в ролі жертви/кривдника, формування негативного образу власного тіла, порушення сприйняття межі свого особистого/тілесного простору, простору інших людей.

10. Досвід скривдження, травматизації переполює внутрішній світ дитини почуттями страху, сорому, злості, провини, об-

рази, самотності тощо. Ці почуття дитина не може самостійно інтегрувати, відповідно, вони можуть бути або “дисоційовані”, “витіснені” (тоді спостерігаємо емоційне оніміння, беземоційність), або ж проявлятися поведінковими реакціями, бурхливими викидами їх “назовні” у формі нападів люті, плачу тощо. Спробами регуляції почуттів можуть стати згадувані вище ауто-стимуляційні рухи, мастурбація, самопошкоджуюча поведінка. З часом — алкоголь, наркотики та інші, більш “дорослі” способи регуляції почуттів.

11. Досвід хронічної травматизації у дитинстві, спричиняючи численні нейробіологічні порушення та негативно впливаючи на психосоціальний розвиток дитини, робить її схильною до вторинного розвитку низки психіатричних розладів у дитинстві, підлітковому та дорослому віці, зокрема поведінкових розладів, афективних (депресії, суїцидальності), тривожних, зловживання психоактивними речовинами, розладів особистості, харчової поведінки тощо.

2.3. Особливості та критерії діагностики гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу

Під час *гострої реакції на стрес (ГСР)* симптоми зберігаються до одного місяця, а під час *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* — більше одного місяця.

Під час *відстроченої реакції на стрес (відстрочене ПТСР)* симптоми з’являються після трьох, шести місяців, іноді через кілька років.

У психологічній науці виділено *критерії діагностики гострої реакції на стрес*, до яких належать:

- переживання важкого психічного або фізичного стресу;
- розвиток симптомів розпочинається безпосередньо протягом години;
- різні ступені вираженості напруги тривожності та вегетативних проявів, а у більш важких випадках: звуження ува-

ги, очевидна дезорієнтація, гнів, агресія, відчай, безглузда гіперактивність;

- при усуненні стресу симптоми редукуються не раніше, ніж через 8 годин, при збереженні стресу — не раніше, ніж через 48 годин;
- відсутність ознак будь-якого іншого психічного розладу (крім тривожного).

Гострий стан пов'язаний із впливом фактора несподіваності та раптовості. Виокремлюють три періоди розвитку гострої ситуації, кожний з яких потребує різних інтервенцій кризових спеціалістів (О. М. Корюкін, 2005; А. А. Осипова, 2005; В. Г. Ромек, 2005; В. Ю. Слабинський, 2006; Н. В. Тарабріна, 2001 та ін.).

1. *Гострий період* характеризується загрозою власному життю та життю близьких, що виникла раптово. Він триває від початку впливу до організації рятівних заходів (це можуть бути хвилини або часи). Потужний екстремальний вплив стосується в цей момент здебільшого життєвих інстинктів (самозбереження) і зумовлює розвиток неспецифічних, неособистісних психогенних реакцій, в основі яких — страх різної інтенсивності (В. І. Лебедєв, 1989). У цей час спостерігаються переважно психогенні реакції психотичного та непсихотичного рівня. Особливе місце посідають психічні розлади у тих, хто отримав травми та поранення. У таких випадках украй необхідним є проведення кваліфікованого диференційно-діагностичного аналізу, спрямованого на виявлення причинно-наслідкового зв'язку психічних порушень як безпосередньо з психогеніями, так і з отриманими пошкодженнями (наприклад, черепно-мозковою травмою, інтоксикацією внаслідок опіку тощо).

2. У другому періоді, перебіг якого припадає на розгортання рятівних робіт, починається, за образним висловом, “*нормальне життя за екстремальних умов*”. У цей час на формування станів дезадаптації та психічних розладів здебільшого впливають особливості особистості постраждалого, а також усвідомлення ним не лише небезпеки, яка ще триває, а й можливості появи нових

стресових факторів, таких, як втрата рідних, дому, майна, роз'єднання сім'ї.

Пролонгованому стресу в цей період значною мірою сприяє очікування на повторні впливи, невідповідність результатів рятувальних робіт очікуванням постраждалих, необхідність ідентифікації загиблих рідних. Психоемоційна напруга, характерна для початку другого періоду, змінюється наприкінці підвищеною втомою та “демобілізацією” з астенодепресивними проявами.

3. У третьому періоді, що починається вже після евакуації постраждалих до безпечних районів, у багатьох відбувається складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінюються власні переживання та відчуття, тому цей період отримав умовну назву “калькуляції витрат”.

Набувають актуальності психогенно-травмуючі фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, яка може втілюватись, наприклад, у проживанні у поруйнованому районі або місці евакуації. Переходячи у хронічну форму, вони сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Поряд із неспецифічними невротичними реакціями та станами в цей період починають домінувати патохарактерологічні зміни, посттравматичні та соціально-стресові розлади. У таких випадках спостерігають реакції двох типів: “соматизацію” багатьох невротичних розладів або протилежну цьому процесу “психопатизацію”, пов'язану з усвідомленням травматичних ушкоджень та соматичних захворювань, а також реальними складнощами життя постраждалих. На цьому етапі рекомендоване створення та робота терапевтичних груп (С. Г. Сукіасян, 2003).

Визначення *стресора*, що спричинює формування ПТСР, існує у такій версії: людина була залучена до стресової події (короткої чи тривалої) надзвичайно загрозливого або навіть катастрофічного характеру, прикладами якої є природні або спричинені людиною лиха, військові дії, нещасні випадки, ситуація, коли індивід виступає свідком або дізнається про насильницьку смерть іншого, є свідком або жертвою катування, тероризму, зґвалтування та інших злочинів (К. Gailiene, 2005).

Тривалий стрес часто містить шок, притаманний гострому горю, проте ускладнений власними фізіологічними особливостями.

У психологічній науці виділено три групи симптомів ПТСР:

1. *Симптоми повторного переживання:* повторні нав'язливі негативні спогади про подію; повторні негативні сни, пов'язані з подією; раптові образи й почуття (флешбеки); інтенсивний психологічний стрес під час подій, що нагадують або символізують травму.

2. *Симптоми уникнення:* уникнення думок і почуттів, пов'язаних з подією; уникнення діяльності, пов'язаної з подією; неможливість згадати деталі події; зниження інтересу до раніше значущої діяльності; почуття відстороненості, відчуження від інших людей; збіднення почуттів; відсутність орієнтації на майбутнє.

3. *Симптоми підвищеної збудливості:* труднощі засинання, безсоння; дратівливість; труднощі концентрації уваги; надпильність; вибухові реакції; фізіологічна реакція на події, що символізують або нагадують травму.

Основні порівняльні ознаки прояву посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Основні порівняльні ознаки прояву посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу

№ пор.	Посттравматичний стресовий розлад	Гострий стресовий розлад
	1	2
1	Стойке уникнення стимулів, асоційованих з травмою, зменшення загальної реактивності організму (що були відсутні до травми), виявляються в таких ознаках: спроби уникнути думок, почуттів або розмов про травму. Спроби уникнути діяльності, місць або контакту з людьми, що викликають спогад про травму. Нездатність згадати який-небудь важливий аспект події.	Травмуюча подія нав'язливо переживається знову одним з таких способів: нав'язливі неприємні спогади, які містять образи, думки або сприйняття. Повторюються неприємні сновидіння про подію. Відчуття ожилого досвіду, ілюзії, галюцинації, дисоціативні флешбеки, включаючи ті, які виникають у стані напівсну або в період інтоксикації.

	1	2
	<p>Помітне зниження інтересу та участі у значущих видах діяльності. Відчуття залежності або відчуженості від людей. Звуження афекту (наприклад, нездатність відчувати любов). Почуття скорочення, відсутності майбутнього (відсутність очікування нормального життєвого циклу — кар'єри, одруження, дітей).</p>	<p>Виразні психологічні дистреси під впливом внутрішніх або зовнішніх стимулів, що символізують або нагадують про певні аспекти травмуючої події. Фізіологічні реакції на травмуючі стимули.</p>
2	<p>Стойкі симптоми фізіологічної (гіпер-) активації (що не були присутні до травми) виражаються у таких явищах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • труднощі засинання (безсоння); • дратівливість, спалахи гніву, труднощі концентрації. Підвищена пильність. Підвищена готовність до "реакції втечі". 	<p>Стойке уникнення стимулів, асоційованих з травмою, та зменшення загальної реактивності організму (що були відсутні до травми) виявляється в таких ознаках:</p> <ul style="list-style-type: none"> • спроби уникнути думок, почуттів або розмов про травму; • спроби уникнути діяльності, місць або людей, що викликають спогади про травму.
3	<p>Тривалість розладів (наявність критеріїв C, D) не менше одного місяця</p>	<p>Стойкі симптоми фізіологічної (гіпер-) активації (не були присутні до травми), що виражаються у таких явищах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • труднощі засинання (безсоння); • дратівливість, спалахи гніву. Труднощі концентрації мислення. <p>Підвищена пильність до навколишнього оточення. Підвищена готовність до реакції втечі. Відсутність фізичної втоми, потреби у відпочинку</p>
4	<p>Розлад зумовлює клінічно значущий дистрес або порушує соціальну, професійну чи іншу значущу діяльність</p>	<p>Розлад зумовлює клінічно значущий дистрес або порушує здатність індивіда до отримання необхідної допомоги, повідомленням членам сім'ї про пережиту травму</p>

Нижче наведено стадії тривалого стресового стану (Г. І. Кошицький, 1985).

1. *Стадія мобілізації*: супроводжується підвищенням уваги, загальної активності суб'єкта. Вважається нормальною, робочою стадією, коли сили організму витрачаються в економному, виправданому за таких обставин режимі. Навіть часті навантаження, що мають місце на цій стадії, стають своєрідним тренуванням, підвищують стресостійкість організму.

2. Якщо проблема не вирішується, розвивається фаза *стенічної негативної емоції*, на якій виникає надлишок негативних емоцій, що мають активно-дійовий характер — гнів, лють, агресія. Ресурси організму витрачаються неекономно, у спробі досягти свого на карту ставиться все. Така поведінка призводить до поступового виснаження.

3. Фаза *астенічної негативної емоції* характеризується домінантністю емоцій, що мають пасивно-безсильний, занепадницький характер.

Людину охоплює відчай, невір'я у можливість вийти зі складної ситуації. У літературі з проблеми дослідження кризових станів зустрічаються описи випадків, коли людина застряє в цій фазі (так званий стан анапсіозу): не реагує на звернення та дії, уповільнює контроль над зовнішніми подіями, їй притаманні дії, неадекватні логіці подій, що відбуваються (Н. П. Петрова, 2002; 2004).

Розвиток апатії, пасивності, іноді з кататоноподібними симптомами — найнесприятливіший варіант реакцій на тривалу стресову ситуацію. Людина припиняє притаманну їй активність, не бере участі у подіях, що відбуваються навколо, розцінює ситуацію як безнадійну.

Остання стадія — *невроз*, зрив. Людина повністю деморалізована, вона змиралась із поразкою. Саме тоді з'являються наслідки, які стрес залишає в організмі — депресія, початкові стадії психосоматичних захворювань, що можуть перейти із переважно зворотних порушень у стійкі.

2.4. Розвиток особистості за травматичним типом внаслідок пережитого травматичного досвіду

Психічні стани людей в екстремальних ситуаціях різноманітні. У початковий момент реакції людей переважно вітальної спрямованості, зумовленої інстинктом самозбереження. Рівень доцільності таких реакцій різний у різних індивідів — від панічних і безглузвих до свідомо цілеспрямованих.

Іноді люди відчувають стан психогенної анестезії (відсутність почуття болю) у перші п'ять-десять хвилин після отриманих травм, опіків при збереженні ясної свідомості і здатності до раціональної діяльності, що дає змогу деяким з потерпілих врятуватися. В осіб з підвищеним почуттям відповідальності тривалість психогенної анестезії в окремих випадках досягає 15 хвилин, навіть при опікових ураженнях площею до 40 % поверхні тіла. Одночасно може відзначатися гіпермобілізація психофізіологічних резервів і фізичних сил. Деякі постраждали, як свідчить медицина катастроф, здатні вибратися з перевернутого вагона, у якому заклинило вихід з купе, буквально роздираючи голими руками перегородки даху.

Гіпермобілізація в початковий період властива майже всім людям, якщо ж вона поєднується зі станом паніки, то може і не привести до спасіння людей. Екстремальні ситуації характеризуються низкою істотних психогенних ознак, роблять деструктивний, руйнівний вплив на соматiku і психіку людини.

До них можна віднести такі **психогенні чинники**.

Паніка — один з психічних станів, властивих екстремальним ситуаціям. Вона характеризується дефектами мислення, втратою свідомого контролю і осмислення подій, що відбуваються, переходом на інстинктивні захисні рухи, дії, які можуть частково або повністю не відповідати ситуації. Людина метушиться, не усвідомлюючи, що вона робить, або ціпеніє, стовпіє, відбувається втрата орієнтації, порушення співвідношення між основними і другорядними діями, розпад структури дій та операцій, заго-

стрення оборонної реакції, відмова від діяльності тощо. Це викликає і посилює тяжкість наслідків ситуації.

Аферентація — специфічне реагування організму в різко змінених, незвичних умовах існування. Виразно виявляється під час впливу невагомості, високих або низьких температур, високого чи низького тиску. Може супроводжуватися (крім вегетативних реакцій) вираженими порушеннями самосвідомості, орієнтації в просторі, афектацією, деперсоналізацією і дереалізацією особистості.

Афектація — сильне і водночас короткочасне нервово-психічне збудження. Характеризується зміненим емоційним станом, пов'язаним зі зміною важливих для суб'єкта життєвих обставин. Зовні проявляється в різко виражених рухах, бурхливих емоціях, супроводжується змінами у функціях внутрішніх органів, втратою вольового контролю. В основі афектації лежить пережитий стан внутрішнього конфлікту, що породжується суперечностями між вимогами, що пред'являються людині, і можливостями їх виконати.

Ажіотація — афективна реакція, що виникає у відповідь на загрозу життю, аварійну ситуацію та інші психогенні чинники. Проявляється у формі сильного занепокоєння, тривоги, втрати цілеспрямованості дій. Людина метушиться і здатна виконувати лише прості автоматизовані дії. Виникає відчуття порожнечі і відсутності думок, порушується можливість міркувати, встановлювати складні зв'язки між явищами. Це супроводжується вегетативними порушеннями: блідістю, почастишенням дихання, серцебиттям, тремтінням рук тощо. Ажіотація розцінюється як передпатологічний стан у межах психологічної норми. В аварійних ситуаціях серед льотчиків, підводників і представників інших професій, пов'язаних з ризиком, вона нерідко сприймається як розгубленість.

Монотонність — функціональний стан, що виникає під час тривалої монотонної роботи. Характеризується зниженням загального рівня активності, втратою свідомого контролю за ви-

конанням дій, погіршенням уваги і короткочасної пам'яті, зниженням чутливості до зовнішніх подразників, переважанням стереотипних рухів і дій, відчуттям нудьги, сонливості, млявості, апатії, втратою інтересу до навколишнього середовища, змінною аферентації з боку рецепторів вестибулярного та опорно-рухового апаратів.

Десинхроноз — неузгодженість ритму сну і неспання, що призводить до астенизації нервової системи і розвитку неврозів.

Зміна сприйняття просторової структури — стан, що виникає в ситуаціях, коли в полі зору людини взагалі відсутні будь-які об'єкти.

Обмеження інформації, особливо особистісно-значущої — стан, що сприяє розвитку емоційної нестійкості.

Соціальна ізоляція одиночна (на тривалий час) — прояв самотності, однією з форм якої виступає “створення співрозмовника”: людина “спілкується” з фотографіями близьких, з неживими предметами. Виділення “партнера” для спілкування в умовах самотності — захисна реакція в рамках психологічної норми, однак це явище являє собою своєрідну модель роздвоєння особистості в умовах тривалості екстремальної ситуації.

Соціальна ізоляція групова (на тривалий час) — стан високої емоційної напруженості, причиною якої може бути і те, що люди змушені постійно перебувати на очах один в одного. Особливо чутливі до цього фактора жінки. У звичайних умовах людина звикла приховувати від інших людей свої думки і почуття, які її охоплюють в той чи інший момент, а в умовах групової ізоляції це або утруднено, або неможливо. Відсутність можливості побути наодинці з собою вимагає від людини підвищеної зібраності і контролю за своїми діями, і коли такий контроль слабшає, багато людей може переживати своєрідний комплекс фізичної та психічної відкритості, оголеності, що і викликає емоційну напруженість. Іншим специфічним психогенним фактором, чинним в умовах групової ізоляції, є інформаційна виснаженість партнерів по спілкуванню. Для уникнення конфліктів люди обмежують спілкування один з одним та зосереджуються на своєму внутрішньому світові.

Сенсорна ізоляція — відсутність впливу на людину зорових, звукових, тактильних, смакових та інших сигналів. У звичайних умовах людина дуже рідко стикається з подібним явищем і тому не усвідомлює значення впливів подразників на рецептори, не розуміє того, наскільки важлива для нормального функціонування мозку його завантаженість. Якщо мозок недостатньо завантажений, то настає сенсорний голод, сенсорна депривація, коли людина відчуває гостру потребу у найрізноманітніших сприйняттях навколишнього світу. В умовах сенсорної недостатності починає посилено працювати уява, витягуючи з арсеналів пам'яті яскраві, барвисті образи. Ці яскраві вистави певною мірою компенсують сенсорні відчуття, характерні для звичайних умов, і дозволяють людині зберігати психічну рівновагу протягом тривалого часу. Із збільшенням тривалості сенсорного голоду послаблюється вплив інтелектуальних процесів. Для екстремальних ситуацій властива нестійка діяльність людей, що відбивається на їхньому психічному статусі. Спостерігаються, зокрема, погіршення настрою (млявість, апатія, загальмованість), які можуть змінюватись ейфорією, дратівливістю, порушенням сну, нездатністю до зосередженості, тобто ослабленням уваги, погіршенням пам'яті та розумової працездатності. Все це призводить до виснаження нервової системи.

Сенсорна гіперактивізація — вплив на людину зорових, звукових, тактильних, нюхових, смакових та інших сигналів, які за своєю інтенсивністю значно перевищують пороги чутливості для такої людини.

Загроза для здоров'я та життя людини — позбавлення її їжі, води, сну, нанесення тяжких тілесних ушкоджень тощо. Велике значення має діагностика психічних станів людей, у яких присутній фактор загрози для життя. Він може викликати різні психічні реакції — від гострої тривожності до неврозів та психозів. Одна з умов адаптації людини до ситуації, пов'язаної із загрозою для життя, — готовність до миттєвої дії, що допомагає уникнути аварій і катастроф. Стан психічної нестійкості в цих умовах виникає в результаті астенізації нервової системи різними потре-

сіннями. Цей стан нерідко проявляється у людей, попередня діяльність яких не відрізнялася психічною напруженістю. В умовах загрози для життя чітко вирізняються дві форми реакції: стан ажіотації і короткочасний ступор.

Про ажіотацію вже йшлося. Короткочасний ступор характеризується раптовим заціпенінням, застиганням на місці. При цьому зберігається інтелектуальна діяльність.

У деяких випадках зазначені фактори діють у сукупності, що значно посилює їх руйнівний вплив на психіку людини. Зазвичай екстремальні ситуації характеризуються масовими проявами психоемоційної напруги і психічної дезінтеграції.

У психології існує **класифікація психосоматичних наслідків впливу травмуючих ситуацій** на людину з точки зору основних динамічних етапів, серед яких:

- *непатологічна психофізіологічна реакція*, яка зазвичай триває протягом кількох днів. На психологічному рівні характеризується емоційною напругою, декомпенсацією (загостренням) особистісних акцентуацій, порушенням сну. На соціальному рівні їй властиві критичне оцінювання того, що відбувається, цілеспрямована діяльність;
- *психогенна адаптивна реакція*, яка триває до шести місяців. На психологічному рівні характеризується невротичним рівнем розладів, астеничними, депресивними та істеричними синдромами. На соціальному рівні їй властиві зниження критичного оцінювання того, що відбувається, та можливостей цілеспрямованої діяльності, виникнення міжособистісних конфліктів;
- *невротичний стан*, що триває три-п'ять років. На психологічному рівні характеризується неврозами виснаження, нав'язливого стану, істерією. На соціальному рівні йому властиві втрата критичного розуміння і можливостей цілеспрямованої діяльності, високий ступінь суперечливості та неузгодженості цінностей структури особистості, міжособистісні конфлікти. Невротичний стан трансформується

у невротичний розвиток особистості, часто формуються психопатії;

- *патологічний розвиток особистості*, який проявляється через три-п'ять років стабільних невротичних розладів. На психологічному рівні характеризується гострими афективно-шоковими реакціями, сутінковим станом свідомості, руховим збудженням чи, навпаки, загальмованістю, психічними розладами. На соціальному рівні це призводить до загального розпаданню структури особистості, особистісної катастрофи.

Під час ПТРС спостерігаються такі клінічні симптоми:

1. Немотивована пильність. Людина пильно слідкує за всім, що відбувається навколо, має постійне відчуття загрози.

2. Вибухова реакція. При кожній несподіванці людина здійснює стрімкі рухи (падає на землю під час звуку гелікоптера, швидко обертається та приймає бойову позицію, коли хтось наближається до неї зі спини).

3. Приглушеність емоцій. Відбувається, коли людина повністю або частково втрачає емоційні прояви. Їй важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, для неї недоступні почуття радості та кохання, творчий підйом та спонтанність. За свідченнями досліджуваних, після перенесених ними у минулому екстремальних подій їм набагато важче відчувати ці почуття.

4. Агресивність. Стремління вирішувати свої проблеми за допомогою грубої сили. Найчастіше це стосується фізичного силового впливу, але нерідко зустрічається також психічна, вербальна та емоційна агресивність.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. За деяких обставин у людини виникають труднощі у зосередженні та згадуванні. У спокійному стані у досліджуваних концентрація уваги може бути дуже великою, але при виникненні будь-якого стресового фактора людина уже не в змозі зосередитися.

6. Депресія. Цей стан проявляється у нервовому виснаженні, апатії та негативному ставленні до життя.

7. Загальна тривожність. Виявляється на фізіологічному рівні, як біль у спині, спазми шлунка, головний біль; у психічній сфері — постійне хвилювання, “параноїдальні” явища (наприклад, необґрунтований страх переслідування), в емоційних хвилюваннях (постійне почуття жаху, невпевненості, комплекс провини).

8. Напади люті. Як показують дослідження, такі напади виникають найчастіше під впливом алкоголю або наркотичних речовин.

9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. Щоб знизити інтенсивність посттравматичних синдромів, досліджувани, особливо ветерани, вживають наркотики, алкоголь та інші наркотичні препарати. Треба відмітити, що ветерани були помилково віднесені до категорії алкоголіків, наркоманів та ін.

10. Несподівані спогади. Вважається, що це найважливіший симптом, який свідчить про наявність ПТС. У пам'яті пацієнта несподівано виникають несподівані спогади, сцени, пов'язані з травмуючими подіями. Ці спогади виникають як уві сні, так і в бадьорому стані. Вони виникають у тих випадках, коли навколишнє середовище нагадує ситуацію, яка відбувалася під час травмуючої події: запахи, видовище, звуки тощо. Головна відмінність від буденних спогадів виявляється у тому, що посттравматичні “несподівані спогади” супроводжуються сильними почуттями тривоги та страху. Несподівані спогади, які приходять уві сні, викликають нічні страхіття. У ветеранів війни ці сновидіння часто пов'язані з бойовими діями. Людина, прокинувшись від такого сну, відчуває знесиленість: її м'язи напружені, підвищена пітливість. Ветерани та їхні близькі помічають, що під час сновидіння людина неспокійно поводить у своєму ліжку, прокидається зі стиснутими кулаками, нібито готовою до бійки.

11. Галюцинативні хвилювання. Це особливий різновид раптових спогадів про травмуючі події. Перебуваючи у такому стані, людина думає та відчуває те, що вона переживала у стресових ситуаціях минулих днів, коли необхідно було рятувати своє життя.

12. Безсоння (труднощі із засинанням та перерваний сон).

Коли людину турбують нічні жахи, вважається, що вона сама не усвідомлено чинить опір засинанню, і в цьому є причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Постійне недосипання, яке призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, невмінням зняти напругу, заспокоїтися, а також постійним відчуттям фізичного та душевного болю.

13. Думки про самогубство. Коли людина досягає тієї межі відчаю, де вона не знаходить ніяких варіантів виправити своє становище, вона починає думати про самогубство. Посттравматичні пацієнти, у тому числі і ветерани, розповідають, що якийсь час перебували на такій межі.

14. Провина, що вижив. Почуття провини, що людина вижила в екстремальній ситуації, в якій загинули інші, насамперед притаманне тим, хто страждав від емоційної глухоти (нездатності відчувати радість, кохання, співпереживання тощо) під час травмуючих подій. Постраждали готові на все, аби запобігти спогадам про трагічні події, загибель своїх товаришів. Сильне почуття провини інколи провокує приступи самознищення.

У психологічній науці виділяють такі *типи ПТСР* (В. М. Волошин, 2001).

Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно забарвленому афективному тлі з переживанням кілька разів на добу. Тривожні уявлення мають мимовільний характер, з відтінком нав'язливості, та відбивають психотравматичну ситуацію. Людям цього типу властиві дисфоричні забарвлення настрою з відчуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засинанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побюваннями за якість та тривалість сну, страхом перед болісними сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, розправи). Хворі часто навмисно засинають лише на ранок. Для людей

цього типу характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або приливами жару. Хворі самостійно звертаються по допомогу, і хоча домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, вони прагнуть до спілкування та цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від активності.

Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням відчуття млявості й слабкості. Настрій погіршений, часто з'являється байдужість до подій, якими вони раніше цікавилися, до проблем сім'ї та професійних питань. Поведінка людей цього типу відрізняється пасивністю. Для них характерні переживання втрати відчуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. У них протягом тижня кілька разів мимоволі спливають епізоди психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, у цих випадках образи позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості, хоча і визнається хворими відтінок нав'язливості. Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісною дрімотою, яка може тривати протягом усього дня. Такі хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самостійно звертаються по допомогу.

Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, майже до спалахів злоби та люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначають високий рівень агресивності, прагнення перенести на оточуючих дратівливість і запальність. У свідомості людей цього типу домінують образи агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, що лякає хворих та змушує обмежувати свої контакти з оточуючими до мінімуму. Вони не здатні контролювати себе і на зауваження оточуючих проявляють бурхливі реакції, про які згодом шкодують. Поряд з цим мимоволі у них виникають уявлення сценopodobного характеру, пов'язані з епізодами психотравмуючих ситуацій. Нерідкими випадками є сцени насильства з активною участю самих хворих.

Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення й дратівливості, поведінка відсторонена. Типовими ознаками їхньої поведінки є замкнутість та небагатослівність. Водночас вони не скаржаються на своє здоров'я, тому потрапляють у поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, зафіксованими близькими або товаришами по службі.

Соматоформний тип ПТСР характеризується проявами соматоформних розладів з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів у ділянці серця (54 %), шлунково-кишкового тракту (36 %) та голови (20 %). Ці розлади поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у таких хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, тому ці випадки позначають, як відстрочений варіант ПТСР.

Типовим для хворих цього типу є формування поведінки уникання на фоні панічних атак. Однак симптоми емоційного заціпеніння та феномени “флешбек” у них зустрічаються досить рідко та не мають обтяжливого емоційного характеру. Депресивний афект у цієї категорії хворих представлений недиференційованою гіпотимією з виразними тривожно-фобічними включеннями. Ідеаторний компонент симптомокомплексу більше представлений іпохондричною фіксацією на неприємних тілесних відчуттях та пароксизмальних нападах з вираженою тривогою очікування їх виникнення, ніж симптомами гіперзбудження та переживанням психотравмуючої ситуації.

ТЕМА 3

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

3.1. Система та напрями профілактики посттравматичного стресу

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом запобігання негативному впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини, в тому числі розвитку посттравматичного стресу.

Система профілактики ПТСР складається з таких компонентів:

- психологічної підготовки (розвиток психологічної готовності та психологічної стійкості, управління психічними станами);
- психологічної корекції (подолання негативних психічних станів);
- психологічної реабілітації (відновлення, корекція і компенсація).

Психологічна підготовка — це система цілеспрямованих дій з формування і розвитку психологічної готовності та психологічної стійкості при виконанні професійної діяльності в особливих умовах.

У межах психологічної підготовки психологічна готовність та психологічна стійкість при виконанні професійної діяльності у звичайних та особливих умовах досягається за рахунок інформування особистості про механізми формування професійного стресу, особливості перебігу психічних процесів під час стресу, динаміці розвитку посттравматичних стресових розла-

дів, навчанню їх методам самодіагностики, саморегуляції та управління психічними станами. За психологічними дослідженнями, у 80 % людей, які пережили травматичний стрес та пройшли відповідну психологічну підготовку, ПТСР не розвивається.

Під *психологічною корекцією* розуміють сукупність заходів, спрямованих на подолання порушень психічних функцій або реакцій на травматичний стрес.

Методи психологічної корекції — це комплекс психологічних способів і засобів (вербального і невербального впливу), що використовуються психотерапевтом для подолання негативних психічних станів. До них належать: методи саморегуляції; методи корекції за участю психотерапевта; індивідуальна робота з психотерапевтом; групова робота з психотерапевтом; екстрена корекція; планова корекція.

Психологічна реабілітація — система психологічних заходів, що сприяють відновленню, корекції та компенсації порушень психічних функцій, станів, соціального статусу людини.

Оскільки програми превентивної психологічної допомоги є найефективнішим втручанням з метою запобігання негативному впливу екстремальних подій на психіку людини, то розробка комплексу заходів із первинної та вторинної профілактики ПТСР є однією з актуальних проблем сучасної психології травмуючих ситуацій.

Під *первинною профілактикою ПТСР* розуміється робота з популяцією умовно здорових людей, в якій існує певна кількість людей із груп ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм.

Вторинна профілактика спрямована на пацієнтів із ПТСР з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації, розвитку коморбідних розладів (депресій, хімічних залежностей), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи.

Побудова профілактичних програм має проводитись з урахуванням основних факторів та умов розвитку ПТСР: особливостей травматичної події, наявності негативних “професійних” чинників, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей.

Проблема ідентифікації стрес-чинників є актуальною при вирішенні питань організації необхідної медичної та психосоціальної допомоги постраждалому населенню. Виділення “пускових” — найбільш патогенних — факторів, які з більшою вірогідністю здатні викликати психічні порушення, зокрема розвиток ПТСР, визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їхній вплив) у першу чергу. Ці заходи повинні відбуватися безпосередньо з моменту початку надання допомоги постраждалому населенню.

Виділення так званих підтримуючих патогенних факторів дасть змогу визначити групу вторинних стрес-чинників, які пов’язані з екстремальними ситуаціями, але самостійно не призводять до формування ПТСР. Заходи щодо подолання негативного впливу цих чинників повинні відбуватися у процесі ліквідації наслідків катастрофічних подій і продовжуватися після завершення рятувальних робіт.

Для проведення ефективних реабілітаційних та психопрофілактичних заходів необхідним є також визначення антистресових факторів, які приводять до зниження патогенного впливу екстремальних подій.

Профілактика ПТСР в осіб, які пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, ґрунтуватися на мультидисциплінарному підході та містити медичні, психологічні та соціальні заходи.

Основними напрямками профілактики ПТСР є:

- розробка та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних порушень у жертв екстремальних подій;
- подальший моніторинг стану здоров’я контингентів, які складають групи підвищеного ризику.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи із психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з неї (невідкладно або протягом найближчих днів). Ці заходи можуть містити психодіагностику, індивідуальне консультування, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки, психокорекційну роботу тощо. Слід підкреслити, що основною формою надання психологічної допомоги постраждалим є різні психокорекційні заходи.

Профілактичні заходи щодо розвитку ПТСР і його ускладнень мають відбуватись згідно з принципом етапності та містити психокорекційні і психотерапевтичні заходи, а також своєчасне лікування хронічних соматичних і нервово-психічних захворювань, зменшення впливу негативних “професійних” чинників, поліпшення виробничо-побутових умов і сімейних стосунків, підвищення рівня інформованості щодо отримання спеціалізованої медико-психологічної допомоги тощо.

Особливою проблемою є надання медико-психологічної допомоги великим групам постраждалих. На жаль, більшість сучасних екстремальних подій призводить саме до великих масивів жертв. Одним зі способів вирішення цієї проблеми є використання групових форм психокорекційного впливу.

Зазвичай у гострій фазі постстресових порушень групові форми не використовуються, однак на етапах завершення катастрофічної ситуації їх застосування є адекватним та ефективним. Групові психокорекційні техніки доречні у тих випадках, коли люди пережили спільну (колективну) травму.

Психологічні дебрифінги як форма надання допомоги у кризових ситуаціях проводяться з групами людей, які спільно зазнали впливу надзвичайних подій. Це можуть бути групи людей, що утворені за ознакою професійної належності або об’єднані спільною пережитою ситуацією.

Конкретні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання негативним психіатричним та медико-психологічним наслідкам

надзвичайних ситуацій, можуть бути розділені на 3 основних блоки заходів, здійснюваних у період:

- що передує екстремальній ситуації;
- під час самої надзвичайної події;
- після завершення дії факторів життєво небезпечної події.

Заходи, що входять до першого блоку, повинні мати диференційований характер залежно від груп населення, до яких вони адресуються. Умовно можна виділити кілька груп, до яких входять:

- представники професій підвищеного ризику: працівники системи МНС (рятувальники, пожежники, медичні працівники закладів медицини катастроф тощо), працівники МВС, МО та інших силових структур, шахтарі;
- професійні групи, які у разі виникнення надзвичайної ситуації в першу чергу можуть бути залучені до ліквідації її наслідків (медичні працівники, працівники силових структур, військовослужбовці запасу);
- населення, що мешкає в регіонах підвищеного ризику виникнення природних катаклізмів (повені, землетруси тощо);
- решта населення.

Для представників професій підвищеного ризику найбільш значущими профілактичними заходами є:

- ефективний професійний відбір;
- високий рівень професійної підготовки;
- заходи, спрямовані на формування готовності до діяльності в екстремальних умовах;
- розвиток нервово-психічної стійкості у стресових ситуаціях;
- сучасне психопрофілактичне забезпечення професійної діяльності (спеціальні організаційні, психокорекційні та психотерапевтичні втручання);
- навчання навичок психопрофілактичної допомоги постраждалому населенню;
- навчання способів психогієни з метою зменшення ризику виникнення психічних розладів;
- обов'язкова медико-психологічна реабілітація після закінчення роботи в зоні ураження.

3.2. Методи психопрофілактики посттравматичного стресу

Копінг-стратегії як способи управління поведінкою у стресових ситуаціях

У загальнолюдському плані універсальною профілактичною стратегією є формування соціальної компетентності людини і розвиток особистості в цілому, в тому числі адекватних копінг-механізмів, фрустраційної толерантності, стресостійкості тощо.

Вивчення поведінки, спрямованої на подолання травмуючих ситуацій, було започатковано в зарубіжній психології в рамках досліджень копінг-поведінки (coping behavior) — індивідуального способу взаємодії особистості з ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості в житті людини та її психологічних можливостей.

Спочатку поняття “копінг-поведінка” використовувалося в психології стресу і визначалося як комплекс когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на послаблення впливу стресу на особистість. Під “копінгом” (від англ. “cope” — долати) розуміють когнітивні, емоційні і поведінкові спроби впоратися зі специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами ситуації, що оцінюються особистістю як напружені і перевищують її адаптивні можливості.

У сучасній психології для позначення способів поведінки людини у травмуючих ситуаціях використовуються терміни “coping” (“справлятися” з чим-небудь, наприклад, з проблемною ситуацією) і “defense” (“захист”, наприклад, від неприємних переживань, думок або фактів, що загрожують позитивній самооцінці особистості).

У концепції психологічного захисту З. Фрейда поняття “defense” позначає функцію захисту ego від усвідомлення або прийняття неприємного життєвого факту. Захисна реакція виявляється в різних формах боротьби “Я” з нестерпними думками і хворобливими афектами, якими супроводжується переживання людиною неусвідомлюваного внутрішнього конфлікту.

Термін “coping” було введено у психологію в 30-х роках ХХ ст. Г. Гартманном у зв’язку з необхідністю опису специфіки “мирного”, конструктивного або незахисного способу розв’язання людиною проблем.

Окрім терміна “coping”, що стійко увійшов у психологічну літературу, для опису специфічного процесу розв’язання людиною труднощів часто вживаються також інші терміни. В англійській літературі серед інших найуживаніших є терміни “Handle with” (справлятися з чим-небудь), “Deal with” (мати справу з чим-небудь), “manage” (вирішувати, справлятися, управляти), “resolve” (вирішувати конфлікти, непорозуміння, утруднення), “problem solving” (розв’язання проблем).

Аналізуючи різні способи розв’язання психологічних проблем, вітчизняні психологи говорять про “захист” (Р. А. Зачеписький), “подолання” стану напруження і “купірування” стресу (Б. А. Бодров), “дезадаптацію” і “адаптацію” до соціальних умов (А. А. Налчаджян), “боротьбу” з життєвими труднощами, “переживання” критичних ситуацій (Ф. Є. Василюк). Проте все частіше дослідники використовують терміни “подолання” (рос. “совладание”) і “копінг-поведінка” (Л. І. Анциферова, Г. С. Кочарян, А. В. Лібіна).

А. В. Лібіна, проаналізувавши етимологію російського слова “совладание”, виокремила такі основні його значення: своєчасно й точно розпізнати причини, що зумовили скрутну ситуацію; адекватно відреагувати на різні обставини; не протистояти новим умовам, що виникли у зв’язку зі складною ситуацією; справитися із завданням, дилемою або проблемою; знайти спільний контакт з іншими; відновити справедливість, підтримувати мир та злагоду.

На сьогодні в зарубіжній психології можна виділити три основні підходи до вивчення феномена “подолання”.

Перший представлений *его-орієнтованою теорією подолання* (К. Меннінгер, Т. Кребер, Р. Хаан), що бере свій початок у психоаналітичній концепції З. Фрейда і працях А. Фрейд. З точки зору психоаналітичної теорії, процес подолання розглядається

як специфічний его-механізм, до якого людина вдається з метою позбавлення від внутрішнього напруження.

У другому підході подолання розглядається в контексті відносно стійких особистісних передумов, що зумовлюють *реакцію людини на той або інший стресовий чинник* (Р. Моуз). Р. Моуз розрізняє активні і пасивні способи реагування на стрес: перші вважаються проявом конструктивної поведінки, другі — неконструктивної.

До третього напрямку належить *когнітивно-феноменологічна теорія подолання стресу*, розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкман. На сьогодні ця теорія є найбільш розробленою й поширеною. У ній подолання розглядається як динамічний процес, що залежить від специфіки ситуації, фази зіткнення зі стресовим чинником та від когнітивного оцінювання стресора самою людиною.

Р. Лазарус і С. Фолкман розрізняють два глобальні *типи копінг-поведінки*: проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований.

Вибір того чи іншого типу поведінки залежить від суб'єктивної оцінки можливості або неможливості що-небудь зробити для зміни ситуації. Якщо індивід вбачає таку можливість, то обирає проблемно-орієнтований тип поведінки, пов'язаний з розв'язанням стресової ситуації. Якщо ж нічого вдіяти неможливо, активізується емоційно-орієнтоване подолання, яке змінює лише "спосіб інтерпретації того, що трапилося", але не саму ситуацію.

Р. М. Грановська і І. М. Нікольська відзначають, що поняття копінг-поведінки за своїм змістом близьке до поняття психологічного захисту. Основна відмінність між ними полягає в тому, що стратегії копінг-поведінки використовуються особистістю свідомо і можуть змінюватися залежно від обставин, а механізми психологічного захисту не усвідомлюються і в разі їх закріплення стають дезадаптивними.

Л. І. Анциферова зазначає, що індивіди, які в проблемних і стресових ситуаціях вдаються до механізмів психологічного за-

хисту, сприймають світ як джерело небезпеки, мають невисоку самооцінку і песимістичний світогляд. Особи, які в подібних ситуаціях віддають перевагу конструктивним стратегіям копінг-поведінки, відрізняються оптимістичним світоглядом, стійкою позитивною самооцінкою, реалістичним підходом до життя і сильно вираженою мотивацією досягнення.

На відміну від Л. І. Анциферової, яка визнає доцільність застосування у певних ситуаціях захисних технік, О. В. Алексеєва вважає різні способи психологічного захисту неконструктивними стратегіями, як і імпульсивні та агресивні реакції.

Н. Хаан характеризує копінг-поведінку як цілеспрямовану, гнучку, адекватну реальності, адаптивну, а захисні процеси розуміє як нав'язані, ригідні, такі, що спотворюють реальність.

Копінг-поведінка проявляється у випадках, коли людина потрапляє у травмуючу ситуацію, яка передбачає наявність певних об'єктивних обставин та певного ставлення до них, що супроводжується різними емоційними реакціями.

Аналіз та узагальнення різних підходів дає підстави трактувати *копінг-поведінку* як цілеспрямовану спеціальну поведінку, що дає змогу суб'єктові впоратися зі стресом або важкою життєвою ситуацією адекватними особистісним особливостям і ситуації способами через усвідомлені стратегії дій. Це свідома поведінка, спрямована на активну взаємодію суб'єкта із ситуацією (що піддається контролю) або пристосування до неї (якщо ситуація не піддається контролю).

Копінг-поведінка охоплює всі свідомі спроби особистості подолати стресову ситуацію. Кожна форма копінг-поведінки специфічна, визначається суб'єктивним значенням ситуації для особистості і відповідає переважно одному із завдань: розв'язанню реальної проблеми; емоційному переживанню; коректуванню самооцінки; регулюванню взаємин з людьми.

Психологічне призначення копінг-поведінки полягає в тому, щоб якнайкраще адаптувати людину до вимог ситуації, оволодіти нею, послабити або пом'якшити її вимоги, уникнути або звикнути до них і таким чином погасити стресову дію ситуації.

За твердженням А. Лазаруса, *головне завдання копінг-поведінки* — забезпечення і підтримка благополуччя людини, фізичного і психічного здоров'я, задоволеності соціальними відносинами.

Копінг-поведінка може бути продуктивною і непродуктивною.

Продуктивний копінг має позитивні наслідки для розвитку особистості: вирішення проблеми, важкої ситуації, зниження рівня напруги, тривоги, дискомфорту, душевний підйом і радість подолання.

Непродуктивний копінг пов'язаний з переважанням негативних емоційних реакцій на ситуацію, своєрідним “застряванням” на них і проявляється у вигляді занурення в переживання, самозвинувачення, звинувачення інших, агресії. Така поведінка характеризується наївною, інфантильною оцінкою того, що відбувається.

Загальновизнаної класифікації стратегій копінг-поведінки не існує, проте більшість з них побудована навколо двох запропонованих А. Лазарусом модусів подолання:

- 1) спрямованого на розв'язання проблеми, що викликає стрес (*проблемно-сфокусована копінг-поведінка*);
- 2) спрямованого на зміну власного ставлення до ситуації (*емоційно-сфокусована поведінка*).

Крім того, копінг-поведінка може передбачати *наближення* до стресогенного чинника (агресія, пошук інформації, вирішення проблеми) або його *уникнення* (ігнорування, відволікання, втеча), що виявляється на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях.

Становить інтерес розширена класифікація стратегій копінг-поведінки, яку запропонував американський дослідник К. Карвер. На його думку, найбільш адаптивними є копінг-стратегії, безпосередньо спрямовані на розв'язання проблемної ситуації:

- “активний допінг” — активні дії, спрямовані на усунення джерела стресу;
- “планування” — визначення своїх дій щодо проблемної ситуації;

- “пошук активної суспільної підтримки” — пошук допомоги, поради у соціального оточення;
- “позитивне тлумачення” — оцінка ситуації з погляду її позитивних сторін і ставлення до неї як до одного з епізодів свого життєвого досвіду;
- “прийняття” — визнання реальності ситуації.

Інший блок копінг-стратегій також може сприяти адаптації в стресовій ситуації, проте він не пов’язаний з активним подоланням:

- “пошук емоційної суспільної підтримки” — пошук співчуття і розуміння з боку оточуючих;
- “гальмування конкуруючої діяльності” — зниження активності стосовно інших справ і проблем та повне зосередження на джерелі стресу;
- “стримування” — очікування сприятливіших умов для вирішення ситуації.

Третю групу копінг-стратегій становлять ті, які не є адаптивними, проте у дванадцяти випадках допомагають пристосуватися до стресової ситуації. Серед них можна виділити:

- “фокусування на емоціях та їх вираженні” — емоційне реагування в проблемній ситуації;
- “заперечення” — заперечення існування стресової події;
- “ментальне відчуження” — психологічне відволікання від джерела стресу через розваги, мрії, сон тощо;
- “поведінкове відчуження” — відмова від розв’язання ситуації.

Достатньо докладною є класифікація способів копінг-поведінки, запропонована П. Тойсом, який виділяє дві групи стратегій:

- поведінкові;
- когнітивні.

Поведінкові стратегії поділяються на три підгрупи:

- орієнтовані на ситуацію: прямі дії (обговорення, вивчення, зміна ситуації); пошук соціальної підтримки; “втеча” від ситуації;

- орієнтовані на фізіологічні зміни: вживання алкоголю, наркотиків; важка робота; інші фізіологічні методи (таблетки, їжа, сон);
- орієнтовані на емоційно-експресивне вираження: катарсис; стримування і контроль почуттів.

Когнітивні стратегії також поділяються на три групи:

- спрямовані на ситуацію: продумування ситуації (аналіз альтернатив, складання плану дій); вироблення нового погляду на ситуацію; прийняття ситуації; відволікання уваги від ситуації; придумування містичного розв'язання ситуації;
- спрямовані на експресію: фантастичне вираження (фантазування щодо способів вираження почуттів);
- спрямовані на емоційні зміни: переінтерпретація почуттів.

Е. Ендлер і Д. Паркер виділяють три основні стилі *копінг-поведінки*: проблемно-орієнтований копінг (спрямований на вирішення завдань); емоційно-орієнтований копінг (орієнтований на регуляцію емоцій); копінг, орієнтований на уникнення.

Перший стиль, *проблемно-орієнтований*, включає: попередній аналіз проблеми; фокусування на проблемі і пошук можливих способів її вирішення; прагнення краще розподіляти свій час; вибір особистих пріоритетів; звернення до власного досвіду вирішення аналогічних проблем; прагнення контролювати ситуацію; орієнтація на необхідність вирішення проблеми; практична реалізація своїх планів.

До другого стилю, *орієнтованого на емоції*, належать: внутрішня агресія; зовнішня агресія, спрямована на інших; фіксація на переживанні власних недоліків; роздратування або апатія; переживання непосильної нервової напруги, емоційний шок.

Копінг, *орієнтований на уникнення*, може виражатися у відволіканні від стресової ситуації або соціальному відволіканні. Відволікання від стресової ситуації проявляється у прагненні:

- отримати задоволення від речей, які не мають відношення до конкретної ситуації: приємні покупки, улюблена їжа,

читання книг, перегляд телевізора, прогулянки улюбленими місцями тощо;

- бути наодинці, віддалитися від ситуації, що непокоїть, або навпаки — постійно перебувати серед людей.

Соціальне відволікання реалізується в: 1) прагненні виговоритися, поділитися своїми переживаннями з близькими людьми; 2) зверненні по професійну допомогу.

Е. Фріденберг і Р. Льюїс виділяють 18 стратегій копінг-поведінки, об'єднаних у три стилі.

Перший стиль — продуктивне подолання, спрямоване на *вирішення проблеми*:

- фокусування на вирішенні проблеми — систематичне обдумування проблеми з урахуванням інших точок зору;
- наполеглива робота, добросовісне ставлення до навчання (роботи) і високі досягнення;
- фокусування на позитиві — оптимістичний погляд на речі, нагадування собі про те, що є люди, які знаходяться в гіршому становищі; підтримка бадьорості духу;
- активний відпочинок — заняття фізкультурою і спортом.

До другого стилю (проміжного), орієнтованого на *отримання соціальної підтримки*, належать:

- пошук соціальної підтримки — прагнення поділитися своєю проблемою з іншими, заручитися підтримкою, схваленням;
- спілкування з близькими друзями і набуття нових друзів;
- прагнення належати — інтерес до того, що думають про тебе інші, і дії, спрямовані на отримання схвалення;
- суспільні дії — пошук підтримки шляхом організації групових дій для вирішення проблем;
- звернення по професійну допомогу;
- пошуки духовної опори, молитви про допомогу, читання духовної літератури.

До третього стилю, *непродуктивної копінг-поведінки*, належать:

- неспокій — тривога за майбутнє загалом і про своє майбутнє особливо;

- надія на диво — сподівання на краще, на те, що все саме по собі налагодиться; розпач — відмова від будь-яких дій щодо розв’язання проблеми, хворобливі стани;
- розрядка — покращення самопочуття за рахунок “випуску пари”; зігнання своїх невдач на інших, сльози, крик, алкоголь, сигарети, наркотики;
- ігнорування проблеми — свідоме блокування проблеми;
- самозвинувачення — суворе ставлення до себе, відчуття відповідальності за проблему;
- занурення в себе — замкнутість, приховування від інших своїх проблем;
- прагнення відволіктися, відпочити — відволікання від проблеми, використання таких способів, як читання книг, перегляд телепередач, розваги.

Узагальнюючи результати досліджень стратегій копінг-поведінки, Л. І. Анциферова виділяє такі їх *види*:

- *перетворюючі стратегії* (передбачається усвідомлення підконтрольності ситуації в результаті когнітивного оцінювання; робота з проблемою: визначення кінцевої і проміжної мети, складання плану дій, визначення способів досягнення мети; “когнітивна репетиція”; техніка “корекції своїх очікувань і надій”, “порівняння, що йде вниз”, “порівняння, що йде вгору”, “антиципаційний допінг”);
- *прийоми пристосування*: зміна власних характеристик або ставлення до ситуації (прийом “позитивного тлумачення” кризової ситуації; використання рольової поведінки; прийом ідентифікації з успішною людиною або групою);
- *допоміжні прийоми самозбереження* (захисна техніка: відхід або втеча з важкої ситуації, “заперечення” тощо);
- *саморуйнівні стратегії* (наркоманія, алкоголізм, суїцид) [2].

Незважаючи на існування різних класифікацій, більшість дослідників виділяє три базові стратегії копінг-поведінки: розв’язання проблеми, пошук соціальної підтримки, уникнення стресової ситуації. Крім того, зазначається, що реалізація копінг-стратегій може відбуватися в трьох сферах: поведінковій, когнітивній та емоційній.

Методи релаксації

Більшість людей настільки звикла до душевної та м'язової напруги, що сприймає її як природний стан, навіть не усвідомлюючи, наскільки це є шкідливим. Освоївши релаксацію, можна навчитися цю напругу регулювати, припиняти й розслабитися з власної волі, за своїм бажанням. Виконувати вправи релаксаційної гімнастики бажано в окремому приміщенні, без сторонніх очей. Метою вправ є повне розслаблення м'язів. Повна м'язова релаксація справляє позитивний вплив на психіку та знижує душевну рівновагу. Психічна ауторелаксація може викликати стан “ідейної порожнечі”. Це означає хвилинне порушення психічних та розумових зв'язків з навколишнім світом, яке дає необхідний відпочинок мозку.

Для початку вправ необхідно прийняти вихідне положення: лежати на спині, ноги розвести, ступні тримати розгорнутими носками назовні, руки повинні вільно знаходитись уздовж тіла (долонями вгору). Голова злегка закинута назад. Все тіло розслаблене, очі заплющені, дихання через ніс. Приклади деяких релаксаційних вправ.

1. Лежіть спокійно приблизно 2 хвилини, очі заплющені. Спробуйте уявити приміщення, в якому ви перебуваєте. Спочатку спробуйте подумки обійти всю кімнату (уздовж стін), а потім виконайте шлях по периметру тіла — від голови до п'ят та назад.

2. Уважно стежте за своїм диханням, пасивно усвідомлюючи, що дихаєте через ніс. Подумки відзначте, що вдихаєте повітря трохи холодніше, ніж те, що видихається. Зосередьтеся на своєму диханні протягом 1–2 хвилин. Намагайтеся не думати ні про що.

3. Зробіть неглибокий вдих та на мить затримайте дихання. Одночасно різко напружте всі м'язи на кілька секунд, намагаючись відчути напругу у всьому тілі. При видиху розслабтеся. Повторіть 3 рази. Потім полежте спокійно кілька хвилин, розслабившись і зосередившись на відчутті ваги свого тіла. Насолоджуйтеся цим приємним відчуттям.

Тепер виконуйте вправи для окремих частин тіла — з поперековою напругою та розслабленням.

4. Вправа для м'язів ніг. Напружте відразу всі м'язи ніг — від п'ят до стегон. Протягом кількох секунд фіксуйте напружений стан, намагаючись відчувати напругу, а потім розслабте м'язи. Повторіть 3 рази. Потім полежте спокійно протягом кількох хвилин, повністю розслабившись та відчуючи тяжкість у своїх розслаблених ногах. Усі звуки навколишнього середовища фіксуйте у свідомості. Те саме стосується й думок, однак не намагайтеся їх побороти, їх потрібно тільки фіксувати.

Наступні вправи є ідентичними описаній вправі, але стосуються інших м'язів тіла: сідничних м'язів, пресу, м'язів грудної клітини, м'язів рук, м'язів обличчя. На закінчення подумки “пробіжіться” по всіх м'язах тіла — чи не залишилося де-небудь хоч найменшого напруження. Якщо так, то намагайтесь зняти його, оскільки розслаблення має бути повним.

Завершуючи релаксаційні вправи, зробіть глибокий вдих, затримайте дихання і на мить напружте м'язи всього тіла: при видиху розслабте м'язи. Після цього довго полежте на спині — спокійно, розслабившись, рівно дихаючи. Ви знову повірили у свої сили та здатні подолати стресову ситуацію. Після виконання цих вправ ви повинні відчувати прилив сил та енергії. Тепер розплющіть очі, потім замружте кілька разів, знову розплющіть та потягніться після приємного пробудження. Дуже повільно, плавно, без ривків сядьте. Потім так само повільно, без різких рухів, встаньте, намагаючись якомога довше зберегти приємне відчуття внутрішнього розслаблення.

З часом ці вправи будуть виконуватися швидше, ніж на початку. Пізніше можна буде розслаблювати тіло за необхідності.

Прогресивна м'язова релаксація за Ж. Джекобсоном

Ця методика рекомендується всім, хто відчуває труднощі із розслабленням м'язів. На думку її автора, нагальними проблемами людини, яка живе в цивілізованому світі, стали надмірний поспіх, неспокій та надлишок ситуацій, на які вона змушена реагувати. За таких умов фізичне та психологічне навантаження призводять до перенапруження. Воно має властивість бути три-

валим у часі та накопичуватися. Оскільки наші душа і тіло є одним цілим, то нервово-м'язова напруга сприяє підвищеній психічній напрузі й дратівливості. Якщо людина, перебуваючи в такому стані, спробує розслабитися, вона отримає абсолютно протилежний результат. Загальне розслаблення (особливо в психологічному плані) можливе лише під час релаксації всіх скелетних м'язів.

Тренування слід проводити у положенні лежачи: бажано, щоб у процесі занять вас не турбували. Звуки, які не несуть інформації та являють собою більш-менш одноплановий звуковий фон (годинник, холодильник, транспорт тощо), як правило, не турбують. У випадку, якщо вони вас турбують, достатньо на початку кожної вправи сказати собі: "Навколишні звуки мене не цікавлять, вони мені байдужі, вони не заважають мені" (фраза формулюється в індивідуальному порядку). Місце для занять має бути достатньо широким, щоб можна було вільно покласти руки поряд з тілом. За наявності проблем з хребтом підкладайте під голову, а за необхідності — і під поперек, подушечку. Ніщо не повинно тиснути на вас. Не повинні німіти руки або ноги. Одяг має бути вільним, щоб не утруднював рухів. Важливе значення має температура: вам не повинно бути ні спекотно, ні холодно. В останньому випадку слід накритися легким покривалом.

Перед початком кожної вправи розташуйтеся зручніше у позиції лежачи на спині. Лежіть спокійно та повільно заплющуйте очі. Чим повільніше ви будете заплющувати їх, тим швидше досягнете заспокоєння.

Релаксація м'язів рук

Вправа № 1. Приблизно 5 хвилин лежіть спокійно у вихідній позиції. Потім зігніть ліву руку в зап'ясті так, щоб долоня знаходилась вертикально, утримуйте її в такому положенні кілька хвилин; передпліччя залишається нерухомим. Слідкуйте за відчуттям напруженості у м'язах передпліччя. Розслабте руку, дозволивши кисті під власною вагою опуститися на покривало. Тепер ваша рука не може не бути розслабленою — після такого

напруження м'язів розслабленість є фізіологічною потребою. Протягом кількох хвилин фіксуйте відчуття розслабленості у кисті та передпліччі. Повторіть вправу ще раз. Потім проведіть півгодини у стані спокою. Найголовніше — навчитися розпізнавати відчуття напруженості та розслаблення.

Вправа № 2. Наступного дня повторіть попередню вправу. Після другої релаксації руки зігніть у зап'ясті в напрямі від себе (тобто інакше, ніж минулий раз) пальцями вниз. Майже годину залишайтеся розслабленими.

Вправа № 3. Сьогодні ви відпочиваєте. Займайтеся тільки розслабленням, при цьому стежте за відчуттями у лівій руці (вона розслаблена або час від часу ви відчуваєте у ній напруженість?).

Вправа № 4. До першої та другої вправ приєднайте досвід з флексорами ліктьового суглоба. Ліву руку зігніть у лікті під кутом 30 градусів, тобто підніміть її з покривала. Повторіть цю операцію тричі впродовж 2-х хвилин з подальшою релаксацією протягом кількох хвилин. Залишок часу (до години) розслабляйтеся.

Вправа № 5. Повторіть всі попередні вправи. Потім треба тренувати трицепс. Ви досягнете напруги у цьому м'язі, якщо покладете під передпліччя кілька книг та спробуєте вольовим зусиллям тиснути на них рукою. Тричі чергуйте розслаблення та напругу (для релаксації відведіть руку від корпусу, поза книги, що використовується вами як допоміжний засіб). Залишок часу (до години) розслабляйтеся.

Вправа № 6. Година повторення. Займіться відомими вам чотирма вправами для лівої руки.

Вправа № 7. Ця вправа доведе вам, наскільки успішно ви оволоділи усіма попередніми. Ваше завдання — лежати, спокійно витягнувши руки вздовж тіла. Досягати напруги ви будете виключно концентрацією уваги на лівій руці. Приблизно півхвилини зосереджуйтеся на нарузі, потім змініть її на розслаблення. Повторіть це кілька разів. Залишок часу (до години) знову розслабляйтеся. Надалі те саме виконайте з правою рукою (тобто всього сім вправ).

Релаксація м'язів ніг

Можна почати з повторення вправ для м'язів рук, але робити це зовсім не обов'язково. Якщо ви вже навчилися розпізнавати напругу та розслаблення у кожній групі м'язів і здатні керувати цими процесами, то можете відразу приступати до релаксації. Отже, розслабтеся всім тілом, тренувати будете тільки ноги (спочатку ліву, потім праву).

Вправа № 1. Зігніть ногу у коліні. Напружені м'язи повинні бути у верхній частині ноги та під коліном. Тренуємося у трикратному чергуванні напруження та розслаблення.

Вправа № 2. А тепер навпаки, вигинаємо кінцівку носком до себе. Напруження та розслаблення ікри.

Вправа № 3. Напруження та розслаблення у верхній частині стегна. Нога, що тренується, звисає з ліжка (дивана тощо), такою позицією ви досягаєте напруження. Потім поверніть ногу у вихідне положення та зосередьтеся на розслабленні.

Вправа № 4. Напруження в нижній частині стегна досягається згинанням ноги у коліні.

Вправа № 5. Напруження в ділянці тазостегнового суглоба та живота. Підніміть ногу так, щоб був зігнутий тільки тазостегновий суглоб.

Вправа № 6. Напруга сідничних м'язів. Поклавши під коліно кілька книг, натискайте на них.

Ці шість вправ закінчіть одним або двома заняттями на повторення або одним заняттям на релаксацію.

Релаксація м'язів тулуба

Вправа № 1. М'язи живота. Цю вправу виконуємо так: або свідомо втягуємо живіт у себе, або повільно піднімаємося з положення лежачи в положення сидячи.

Вправа № 2. М'язи розташовані вздовж хребта. Напруга досягається за допомогою вигинання та прогинання в попереку (у положенні лежачи на спині).

Вправа № 3. М'язи дихальної системи. До початку вправи рекомендується здійснити приблизно півгодинну загальну релак-

сацію. Потім проведіть серію глибоких вдихів та видихів. При цьому ви постійно будете відчувати напруження, що виникає в грудній клітці під час вдиху (можливо, що спочатку ви будете відчувати лише напруження під грудиною; завдяки тренуванню ви легко зможете розпізнавати його і в інших частинах грудної клітки). Коли вам стане зрозумілою загальна картина напруження у процесі глибокого дихання, то ви зможете визначити його і при нормальному диханні. Мета цієї вправи — не контроль дихання (як у інших релаксаційних методик), а навпаки — позбавити цей процес довільного впливу вольових чинників для того, щоб він функціонував абсолютно спонтанно.

Вправа № 4. Релаксація м'язів плечей. Передбачає придбання кількох навичок. Схрестивши витягнуті вперед руки, ви відчуваєте напруження в передній частині грудної клітки; за допомогою обертання плечей назад — напруження між лопатками, підняттям їх — напруження з боків шиї та у верхній частині плечей. Напруження з лівого боку шиї досягається нахилом голови вліво, з правого — праворуч. Фіксація її у передній та задній частинах має місце при нахилах голови вперед та назад. Цю вправу на релаксацію плечей можна робити в один прийом, але можна й поетапно. Вправи на релаксацію тулуба в цілому слід проводити приблизно тиждень (якщо ви вважаєте за потрібне закріпити деякі навички, в такому випадку передбачте заняття, присвячені виключно розслабленню).

Релаксація м'язів очей

Вправа № 1. Напруження в ділянці чола досягається зрушенням шкіри на лобі у зморшки.

Вправа № 2. Напруження м'язів повік виникає при зсуванні брів та міцно заплющених очах.

Вправа № 3. При напруженні окорухових м'язів ми відчуваємо натиск в очних яблуках. Заплющивши очі, дивимося праворуч, ліворуч, вгору, вниз. Тренуємося доти, доки не будемо здатні чітко розпізнати напруження або позбутися від нього (тобто розслабити ці м'язи).

Вправа № 4. Оволодівши попередньою вправою, розплющіть очі та стежте за тим, що відбувається, коли ви переводите погляд зі стелі на підлогу та навпаки. Відчуйте напруження й розслаблення.

Релаксація м'язів обличчя

Вправа № 1. Зціпивши зуби, прослідкуйте в усіх деталях за супутнім напруженням. Розслабтеся. Повторіть вправу кілька разів.

Вправа № 2. Відкрийте рот. Ви повинні відчувати глибоке напруження перед вушними раковинами.

Вправа № 3. Оскальте зуби, стежте за напруженням у щоках. Розслабтеся.

Вправа № 4. Заокругліть рот, ніби кажучи “ох!”. Відчуйте напруження, потім розслабте губи.

Вправа № 5. Відсунувши язик назад, стежте за напруженням, розслабтеся.

Релаксація розумової діяльності

Через чверть години після повної релаксації уявіть (із заплющеними очима), що бачите стелю та підлогу приміщення, у якому перебуваєте. Якщо уявлення будуть результативними, ви відчуєте таке м'язове напруження, яке відчули б при виконанні цієї вправи насправді. Розслабтеся на п'ять-десять хвилин. Потім уявіть собі стіни, що розміщуються ліворуч та праворуч від вас. Мета — вироблення вміння викликати інтенсивний уявний образ та напруження відповідних груп м'язів.

Надалі (одразу після релаксації) уявіть собі, що повз вас проїжджає автомобіль. Подібно до цього можна уявляти будь-який предмет, що рухається: можна уявити, ніби їде поїзд, пролітає літак або птах, котиться м'яч тощо. Відчувши напруження в очах при уявних образах рухомих об'єктів, зосередьтеся на уявленнях напруження очних м'язів при “спостереженні” за нерухомими об'єктами, наприклад, уявіть себе за читанням будь-якої книги. Такий підхід приводить до “вчищення думок” — під час або після вправи ви відчуєте, що ваші думки перестали вас хвилювати, жодній з них немає місця у вашому мозку.

Для розумового заспокоєння Ж. Джекобсон рекомендує уявити себе у розмові з іншими людьми. У разі інтенсивності образу ви відчуєте напруження в ділянці язика, горла, на губах, а в окремих випадках — напруження щелеп.

Концентрація

Невміння зосередитися — це чинник, тісно пов'язаний зі стресом.

Наприклад, більшість працюючих жінок вдома виконують три функції: домашньої господині, дружини та матері. Кожна з цих функцій вимагає від жінки зосередженості, граничної уваги та повної самовіддачі. Виникає багаторазова незосередженість. Кожна з цих трьох функцій викликає імпульси, які відволікають увагу жінки від виконуваної в певний момент діяльності та здатні викликати стресову ситуацію. Таке “розривання на частини” кожен день призводить, зрештою, до виснаження, здебільшого психічного.

У такому разі вправи на концентрацію просто незамінні. Їх можна виконувати будь-де протягом дня. Для початку бажано займатися вдома: рано-вранці, перед відходом на роботу (навчання) або ввечері, перед сном, або — ще краще — відразу після повернення додому.

Приблизний порядок виконання концентраційних вправ.

1. Постарайтеся, щоб у приміщенні, де ви будете займатися, не було глядачів.

2. Сядьте на табурет або звичайний стілець — тільки боком до спинки, щоб не спиратися на неї. Стілець не повинен бути з м'яким сидінням, інакше ефективність вправи знизиться. Сядьте якомога зручніше, щоб ви могли перебувати нерухомо протягом певного часу.

3. Руки вільно покладіть на коліна, очі заплющіть (вони повинні бути заплющені до закінчення вправи, щоб увага не відволікалася на візуальну інформацію).

4. Дихайте через ніс спокійно, не напружено. Намагайтеся зосередитись лише на тому, що ви вдихаєте повітря, яке холодніше за видихуване.

5. Існує два варіанти концентраційних вправ:

- концентрація на рахунку — подумки повільно рахуйте від 1 до 10. Якщо у певний момент думки почнуть розсіюватися і ви будете не в змозі зосередитися на рахунку, почніть рахувати спочатку. Повторюйте рахунок протягом кількох хвилин;
- концентрація на слові — оберіть коротке (найкраще двоскладове) слово, яке викликає у вас позитивні емоції або приємні спогади. Можливо, це буде ім'я коханої людини або ласкаве прізвисько, яким вас називали у дитинстві батьки, або назва улюбленої страви. Якщо слово двоскладове, то подумки вимовляєте перший склад на вдиху, другий — на видиху. Зосередьтеся на “своєму” слові, яке відтепер стане вашим персональним гаслом під час концентрації. Саме така концентрація приводить до бажаного результату — релаксації всієї мозкової діяльності.

6. Виконуйте релаксаційно-концентраційні вправи протягом кількох хвилин. Робіть це доти, доки цей процес не принесе вам задоволення.

7. Закінчивши вправу, проведіть долонями по повіках, не поспішаючи розплющіть очі та потягніться. Ще кілька секунд спокійно посидьте на стільці. Зафіксуйте подумки, що вам вдалося перемогти неуважність.

Часто виникають ситуації, коли складно згадати чиєсь прізвище або певну свою думку. Ми часто розгублено зупиняємося посеред кімнати або коридора, намагаючись згадати, з якою метою пішли або що хотіли зробити. Саме у подібних випадках рекомендується короткочасна концентрація за командою (власного слова або рахунку). Здебільшого потрібне забуте слово (або думка) виникне у голові майже через мить. Звичайно, немає гарантій, що це обов'язково буде завжди вдаватися. Але за допомогою концентрації на слові або рахунку можна згадати забуте швидше, ніж за допомогою посиленої напруги пам'яті.

Ауторегуляція дихання

Людина має можливість, свідомо керуючи диханням, використовувати його для заспокоєння та зняття напруження (м'язового та психічного).

Ауторегуляція дихання може стати дієвим засобом боротьби зі стресом, поряд з релаксацією та концентрацією. Протистресові дихальні вправи можна виконувати у будь-якому положенні. Обов'язковою є лише одна умова: хребет має знаходитися в чітко вертикальному або горизонтальному положенні.

Це дає можливість дихати природно, вільно, без напруження, повністю розтягувати м'язи грудної клітки й живота. Важливим також є правильне положення голови: вона має бути прямою та розслабленою. Якщо всі м'язи розслаблені, то можна тренуватися у вільному диханні, постійно контролюючи його. Дихальні вправи детально описані у літературі.

Висновки до вправ тренування:

1. За допомогою глибокого та спокійного ауторегульованого дихання можна попередити перепади настрою.

2. Сміх, зітхання, кашель, розмова або спів призводять до певних змін ритму дихання порівняно з нормальним автоматичним диханням. Спосіб та ритм дихання можна цілеспрямовано регулювати за допомогою свідомого його уповільнення та поглиблення.

3. Збільшення тривалості видиху сприяє заспокоєнню й повної релаксації.

4. Дихання спокійної та врівноваженої людини істотно відрізняється від дихання людини у стані стресу. Таким чином, за ритмом дихання можна визначити психічний стан людини.

5. Ритмічне дихання заспокоює нерви та психіку; тривалість окремих фаз дихання не має значення, оскільки важливим є тільки ритм.

6. Від правильного дихання значною мірою залежить здоров'я людини і навіть тривалість життя.

7. Чим повільнішим, глибшим, спокійнішим та ритмічнішим є наше дихання, тим швидше ми звикнемо до цього способу дихання, тим швидше воно стане частиною нашого життя.

Важливим методом психологічної допомоги особам, які перенесли психотравмуючий стрес, є *медитація*.

З її допомогою знімається нервово-психічне напруження, тривожні стани, страхи, полегшується усвідомлення психотравмуючих переживань та реакцій, посилюється процес “самоактуалізації”. При високому рівні оволодіння методикою медитації можливе досягнення психічного стану, що характеризується не-егоцентричним типом розумового процесу.

Медитації починаються з концентрації, зосередженості розуму, відмови від усього стороннього, що не пов’язане з об’єктом концентрації, від усіх другорядних внутрішніх переживань.

Основа медитації — концентрація уваги на певному стимулі або предметі. Відповідно до природи об’єкта виділяють чотири види медитації:

1. Повторення у думках. Об’єктом зосередження є мантра (слово або фраза, повторювана знову і знову, зазвичай подумки). Мантри можуть складатися із віршованих уривків, текстів народних пісень, окремих слів та звуків. Їхній вплив на психіку людини заснований на специфічному впливі звукосполучень.

2. Повторення фізичної дії. Об’єкт зосередження — певна фізична дія (повторювані дихальні рухи, дихальний контроль (підрахунок вдихів і видихів), використання поз (асан) в хатхайозі тощо.

3. Зосередження на проблемі. Об’єктом для концентрації є спроби вирішення проблеми, що містить парадоксальні завдання. Класичним прикладом є дзенівські “коани”.

4. Зорова концентрація. Об’єкт для концентрації — зоровий образ (картина, полум’я свічки, листок дерева тощо). У східних культурах часто використовується для зорової концентрації “мандала” — квадрат всередині кола, геометрична фігура, що символізує єдність людини та всесвіту. Важливо пояснити пацієнтам, що медитація і досягнення стану надсвідомості не одна-

кові поняття. Медитація являє собою процес або набір методик, які використовуються для досягнення бажаної мети — стану надсвідомості. Позитивний терапевтичний ефект може бути отриманий без досягнення кінцевого стану надсвідомості.

Виділяють такі стадії медитаційного процесу:

1. Факт початку медитативної практики. Стародавні індуїстські, дзенські писання, присвячені медитації, вказують, що спроба досягнення стану надсвідомості значно важливіша, ніж дійсне його досягнення.

2. Виникнення стану більш вираженої релаксації, тобто стану неспання, що характеризується зниженою психофізіологічною активністю.

3. Відсторонене спостереження, яке являє собою безособовий, пасивний стан спостереження, при якому людина просто “співіснує” з оточенням, а не протистоїть йому, намагаючись підпорядкувати собі.

4. “Стан надсвідомості”, що містить усі попередні стани, відрізняючись тільки інтенсивністю переживання, має такі характеристики: позитивний настрій; відчуття єдності з оточенням; зміна просторово-часових співвідношень; загострене сприйняття реальності. Прийняття речей, які здаються парадоксальними для повсякденної свідомості.

Умовами здійснення успішної медитації є: спокійне оточення; пристосування, що полегшує концентрацію; пасивна установка; зручна поза.

Специфічний процес медитації може бути дуже ефективним психотерапевтичним підходом при травматичному стресі. Найкращі результати досягаються при застосуванні до початку медитації кількох прийомів нервово-м'язової релаксації.

Методики саморегуляції стану спрямовані на формування адекватних внутрішніх засобів, що дають змогу людині здійснити спеціальну діяльність стосовно змінення свого стану. За змістом та спрямованістю ці методи є формами активного самовпливу.

Головна функція психолога в процесі їх використання полягає в управлінні процесом формування необхідних внутрішніх

засобів у суб'єкта впливу та забезпеченні адекватних умов їх засвоєння.

Під час профілактики симптомів з групи вторгнення і уникнення, зокрема нав'язливих станів (і нав'язливих страхів та станів “флешбек”), буде ефективною поведінкова психотерапія. Мета поведінкової психотерапії – формування та зміцнення здатності до дій, придбання технік, що уможливають поліпшити самоконтроль. Методика корекції містить два елементи:

- формування нової реакції, яка не має нічого спільного зі страхом;
- одноразово-умовне гальмування страху.

Практичний прийом полягає в поступовому демонструванні людині, яка знаходиться в стані релаксації, ієрархії обставин, що викликають страх (систематична десенсибілізація і десенсибілізація рухами очей).

У структурі психотравмуючого стресу присутня депресія, що розвивається в результаті невдалих спроб людини оволодіти власним психічним станом. Під час розвитку депресії як реакції на психотравмуючий стрес найефективніші методи належать когнітивній психотерапії. Основна ідея, яка закладена в цих методах, полягає у припущенні, що нормальні реакції, які дають можливість людям точно сприймати навколишню дійсність, опосередковуються когнітивними процесами. Тому при дестабілізації психічного стану ця здатність порушується, що, у свою чергу, призводить до когнітивних помилок. У реальній поведінці це проявляється у “тунельному баченні”, що призводить до негативної оцінки постраждалим себе, свого оточення та майбутнього. Людина починає керуватися у своїй поведінці жорстко детермінованими ірраціональними установками. Наприклад: “мене ніколи не зрозуміє людина, яка не пережила цього” або “після того, що мені довелося пережити, я ніколи не зможу виконувати колишню роботу” тощо.

З огляду на зазначене, основна психокорекційна стратегія спрямовується на допомогу людині у пошуку та ідентифікації дезадаптивних тверджень з подальшим переосмисленням та за-

міною цих тверджень на більш адаптивні. Найефективнішим прийомом є виділення прихованого змісту дезадаптивного твердження з метою показати людині алогічність та ірраціональність негативної установки мислення.

Методами цього підходу є:

- десенситизації рухами очей (ДРО) Ф. Шапіро;
- систематична десенсибілізація (Joseph Wolpe);
- раціонально-емотивна терапія (А. Елліса) та один з технічних прийомів НЛП — шестикроковий рефреймінг.

Десенситизація рухами очей за Ф. Шапіро

Новий метод було відкрито в 1987 р. американським психотерапевтом Ф. Шапіро, в основі якого лежить техніка десенсибілізації за допомогою руху очей, який активізує систему переробки інформації. Ідея цього методу полягає в тому, що психічна травма — це патологічна структура, в основі якої лежить неперероблена інформація травматичного досвіду. Сама по собі травма порушує систему переробки інформації, тому вона зберігається у вигляді травматичного переживання та може призвести до утворення симптому. Рух очей запускає інформаційно-переробну систему і відновлює її рівновагу.

Метод включає в себе два етапи:

- десенситизацію;
- когнітивне реструктурування спогадів та особистого ставлення.

Рух очей проводять з максимальною швидкістю від одного краю візуального поля до іншого, потім у зворотний бік (зліва направо, справа наліво, зверху вниз, знизу вгору, навскоси та по колу) 24–36 разів.

При появі болю рухи припиняють. Терапевт тримає два пальці вертикально на відстані 30 см від клієнта, який стежить за їх рухом. Після рухів очей необхідно вербалізувати почуття клієнта. При здійсненні рухів очей необхідно думати про травматичну подію. Після вправи проводиться переоцінювання травматичної ситуації та обумовлюються плани на майбутнє.

Метод систематичної десенсибілізації ґрунтується на поведінковому принципі протиобумовлення, який стверджує, що суб'єкт може подолати дезадаптивну поведінку, викликану ситуацією чи предметом, шляхом поступового наближення до ситуацій, що викликають страх, нівелюючи тривогу станом релаксації. Сутність методики полягає в тому, що у людини, яка знаходиться в стані глибокої релаксації, викликаються уявлення про ситуації, що призводять до виникнення страху. Потім шляхом поглиблення релаксації знімається тривога. У думках уявляються різні ситуації, від найлегших до важких, які викликають найбільший страх. Процедура закінчується, коли найсильніший стимул перестає викликати у людини страх. Виділяється три етапи процедури:

- перший — оволодіння методикою м'язової релаксації (за Джекобсоном);
- другий — складання ієрархії ситуацій, що викликають страх;
- третій — власно десенсибілізація (з'єднання уявлень про психотравмуючу ситуацію з релаксацією). На цьому етапі обговорюється методика зворотного зв'язку — інформування людиною психолога про наявність або відсутність у неї страху в момент подання ситуації. Наприклад, про відсутність тривоги повідомляється підняттям вказівного пальця правої руки, про наявність її — підняттям пальця лівої руки. Людина уявляє ситуацію 5–7 сек., потім усуває тривогу, яка виникла шляхом посилення релаксації. Період триває до 20 сек. Протягом одного заняття відпрацьовуються 3–4 ситуації зі списку.

З метою корекції страхів поряд з методикою систематичної десенсибілізації застосовується *метод “імерсії”* (загасання, згасання, занурення). Метод “імерсії” — метод поведінкової психотерапії, заснований на демонстрації пацієнту об'єктів, що викликають страх, без розслаблення, але в присутності психотерапевта.

Головною технікою є систематична експозиція (демонстрація, пред'явлення) об'єкта страху. До імерсивних методик нале-

жить також метод “парадоксальної інтенції” — метод В. Франкла, заснований на здійсненні пацієнтом того, чого він боїться, з почуттям гумору. Метод застосовується під час фобії — страху очікування повторення симптому. Наприклад, людина, яка потрапила в аварію, боїться знову сісти за кермо. У цій ситуації гумор дає можливість зайняти дистанцію щодо самого себе, свого страху, а втім, знайти над собою повний контроль. Парадоксальна пропозиція формулюється у гумористичній формі. Працюючи цим методом, важливо, щоб людина сама захотіла здійснити те, чого вона боїться зробити.

На відміну від методу систематичної десенсибілізації, в методах “імерсії” та “парадоксальної інтенції” не використовується стан релаксації, тому вони можуть бути застосовані для роботи з психічними травмами як малої інтенсивності, так і невротичними страхами.

ТЕМА 4

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1. Особливості організації та надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій

Всі люди, які опинилися в безпосередній близькості від кризової або надзвичайної події, вважаються постраждалими, оскільки навіть якщо не постраждала власно людина, а її родичі, то неможливо залишатися байдужим.

У психології розроблено класифікацію груп, постраждалих у надзвичайних ситуаціях:

I група – “жертви”; II група – постраждалі; III група – очевидці; IV група – спостерігачі.

На підставі психофізичних особливостей постраждалих у надзвичайних ситуаціях поділяють так:

I група – “жертви” (їм притаманні: больовий шок, гострі психічні реакції).

II група – постраждалі (почуття втрати, стан оглушення, реакція уникнення, психосоматичні прояви, шок (ступор, тремор, рухові порушення), зворотна реакція (приплив сил).

III група – очевидці (афективні реакції, мовна активність, пошук винних у події).

IV група – спостерігачі (прояв афективних реакцій (рідко).

Психологічної допомоги потребують всі перелічені групи людей. Реально задовольнити таку потребу зараз практично неможливо, адже в Україні система установ психологічної допо-

моги населенню тільки формується. Це центри психічного здоров'я, “телефони довіри”, служби зайнятості, соціальна служба для молоді тощо.

Під час стихійних лих і катастроф, що охоплюють значні території й супроводжуються значними санітарними втратами, як правило, місцеві органи охорони здоров'я дезорганізовані, внаслідок чого виникає необхідність залучення медичних сил і засобів усієї країни, у тому числі й психологічної служби.

Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації, щонайменше, такими моментами (Р. Ловелл, С. Малімонова, 2003):

- Робота з групами. Часто доводиться працювати з групами жертв, і ці групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб психотерапевтичного процесу, вони були створені самим життям чинності драматичної ситуації катастрофи.

- Пацієнти часто перебувають у гострому афективному стані. Іноді доводиться працювати, коли жертви знаходяться ще під ефектом травмуючої ситуації, що не зовсім звичайно для нормальної психотерапевтичної роботи.

- Нерідко низький соціальний та освітній статус багатьох жертв. Серед жертв можна зустріти велику кількість людей, які за своїм соціальним та освітнім статусом ніколи в житті не опинилися б у кабінеті психотерапевта.

- Різномірність психопатології у жертв. Жертви насильства часто страждають, крім травматичного стресу, неврозами, психозами, розладами нервової системи і, що особливо важливо для професіоналів, які працюють з жертвами, цілою низкою проблем, викликаних самою катастрофою або іншою травмуючою ситуацією. Мається на увазі, наприклад, відсутність засобів до існування, відсутність роботи тощо.

- Наявність майже в усіх пацієнтів почуття втрати, оскільки часто жертви втрачають близьких людей, друзів, улюблені місця проживання, роботи та ін., що робить внесок у нозологічну кар-

тину травматичного стресу, особливо в депресивну складову цього синдрому.

- Відмінність посттравматичної психопатології від невротичної патології. Можна стверджувати, що психопатологічний механізм травматичного стресу принципово відрізняється від патологічних механізмів неврозу. Таким чином, необхідно виробити стратегії роботи з жертвами, які охопили б і ті випадки, коли має місце “чисто” травматичний стрес, і ті випадки, коли має місце складне переплетіння травматичного стресу з іншими патогенними факторами внутрішнього або зовнішнього походження.

Саме тому служба екстреної психологічної допомоги виконує такі *базові функції*:

- практичну: безпосереднє надання швидкої психологічної і (за потреби) долікарської медичної допомоги населенню;
- координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими психологічними службами.

Мета і завдання екстреної психологічної допомоги містять:

- профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда;
- психотерапію нервово-психічних порушень.

Загальна медична, психологічна допомога першого етапу повинна бути спрямована на виявлення й ізоляцію осіб із психомоторним збудженням для запобігання розвитку паніки.

Упродовж усіх рятувальних і евакуаційних робіт психологічна допомога тісно пов'язана із медичною допомогою. Однак у зв'язку з обмеженістю ресурсів психологічна та психіатрична допомога надається не стаціонарними структурами, а мобільними психолого-психіатричними групами (бригадами).

Під час сортування потерпілих з гострою психічною травмою головними є такі критерії:

- психотичний або непсихотичний рівень розладів;
- свідомість у потерпілого порушена або не порушена;
- рухове порушення або ступор;
- стан емоційної сфери — страх, тривога або депресія.

На всіх етапах евакуації виявляються й окремі особи, які піддаються паніці, і суб'єкти з істеричними розладами, які становлять групу підвищеного ризику поширенню паніки.

Після завершення рятувальних робіт і відносної стабілізації ситуації формується система медико-психологічної допомоги, яка може мати розгалужену структуру:

1. Центри соціально-психологічної підтримки із провідною участю соціальних працівників і психологів для виконання інформаційної та психокорекційної роботи.

2. Амбулаторна психотерапевтична служба для психотерапевтичного (лікарського) консультування й лікування потерпілих з межуючими психічними розладами.

3. Стаціонарна психіатрична й психотерапевтична служба для лікування ПТСР, соматоформних і психотичних психогенних розладів.

В. С. Мухіна вважає, що формування групи для роботи з надання експрес-допомоги дітям і дорослим, які пережили травматичні події, повинно вестися з урахуванням низки умов.

1. Усі члени групи повинні бути професіоналами в галузі вікової психології й психології поведінки людини в надзвичайних ситуаціях як у теорії, так і на практиці. У ситуації, коли жертва переживає травмуючі події, робота психолога повинна вестися на основі знань психічних особливостей і можливостей кожного віку. Знання закономірностей розвитку психіки, її вікових особливостей і її потенціалу — підстава для початку роботи з надання психологічної допомоги. Наявність досвіду роботи з людьми різного віку (від дітей до людей похилого віку) принципово значуща в цій ситуації.

2. Учасники групи обов'язково мають бути емпатійними людьми. Робота з людьми, які пережили трагедію і перебувають у шоківому стані, пережили горе втрати, вимагає, крім професійних якостей, простого людського співпереживання.

Емпатія — основна умова для встановлення контакту з людиною, яка пережила трагедію, і для виведення її зі стану травматичного і посттравматичного стресу.

3. Члени групи обов'язково повинні бути як фізично, так і психічно витривалі. Графік роботи й навантаження в екстремальних ситуаціях не нормуються. Важливо, щоб усі члени групи вміли утримувати себе у психічній та фізичній нормі. Уміння регулювати власні фізичні та психічні стани для психологів, які працюють у надзвичайних ситуаціях, особливо важливе: всупереч надзвичайним обставинам психолог повинен залишатися здатним надавати допомогу прямим жертвам і жертвам подальшої хвилі надзвичайної ситуації.

4. Мотивація участі у психологічній експрес-допомозі повинна бути виключно професійною. Мотив — допомоги людям, які пережили надзвичайну ситуацію і горе втрати — природний мотив, властивий нормальній соціалізованій і моральній людині.

Професіонал повинен усвідомлювати, що під час надання допомоги він буде діяти у складній ситуації, часто непередбачуваній. Професіонал має бути психологічно включений в ситуацію експрес-допомоги. Думки і почуття психолога повинні бути зосереджені на людях, яким надається допомога, на їх проблемах і станах.

Власні амбіції як професійні, так і іншого роду під час роботи з жертвами надзвичайних ситуацій не повинні замінювати виконання взятих на себе зобов'язань. Домагання, що знаходяться за межами надання допомоги жертвам, повинні бути подавлені. Слід пам'ятати, що ти — професійний психолог, який працює для потерпілих і заради постраждалих.

Корисно засвоїти певні знання про можливі результати роботи психолога в умовах надзвичайних ситуацій:

- зусилля можуть принести успіх, але можуть бути й марні;
- якщо стан жертв, з якими ти працюєш, раптом буде явно поліпшуватися, то не слід відносити це на свій рахунок.

Потрібно знати і не забувати, що поліпшення стану забезпечує, швидше, властивість психіки людини до відновлення живої істоти, ніж твої професійні зусилля. Саме тому надання допомоги жертві з хронічними захворюваннями тіла і психіки вимагає великих зусиль і професійного втручання фахівців-медиків.

Однак, безумовно, робота професійного психолога може сприяти відновленню психіки жертви;

- психолог реально допомагає жертві впоратися з травмуючими переживаннями, створює умови, сприятливі для реабілітації.

5. Для ефективної роботи групи важливо, щоб кожен її член дотримувався загальних правил і не був індивідуалістом.

Для ефективної роботи групи важливі спільні вечірні рефлексії: аналіз складних випадків.

Кожен член спільноти психологів експрес-допомоги повинен бути готовим працювати самостійно в різноманітних проблемних ситуаціях. Кожен відповідає за себе. Ніхто ніким у процесі самої роботи не керує, нікого не контролює. Кожен сам на сам працює з психологічними проблемами конкретних людей і самостійно приймає рішення.

Якщо робоча група достатньо велика, то в низці обставин ефективніше працювати парами.

Взаємодопомога здійснюється на рефлексивних зустрічах.

В умовах психологічної експрес-допомоги в надзвичайних ситуаціях діяльність психолога перетворюється на екстремальну професію.

6. Керівник відповідає за загальну стратегію надання експрес-допомоги і тактику, щодня вирішуючи загальні та ситуативні проблеми. Під час формування групи важливі дві позиції: з одного боку, початково керівник бере відповідальність за склад учасників на себе, з другого — кожен член групи співпрацює з керівником і одночасно бере відповідальність на себе за свої дії.

7. Група формується з огляду на низку раціональних вимог. Крім професійних якостей практикуючого психолога, важливо правильно вибудувати віковий, гендерний та типологічний склад групи. Керівник має орієнтуватися в особливостях фізичного і психічного здоров'я і витривалості кожного члена групи.

Готовність психолога до роботи в екстремальних умовах зумовлена не тільки його знанням вікових особливостей людей і

типових регресій в результаті надзвичайних ситуацій, а і його особистої мотивації, сконцентрованої на безкорисливому наданні допомоги.

8. Психологічно правильно групи експрес-допомоги готувати заздалегідь як добровільні команди. Функціональні відносини членів групи повинні бути відпрацьовані заздалегідь, з огляду на потенційні можливості кожного. Крім основного складу групи, потрібними у роботі є дублери та добровольці.

4.2. Принципи та методи екстреної консультативної допомоги

Термінова психотерапія — вид психологічної допомоги, яка проводиться в найближчий час після отримання людиною психічної травми з метою відновлення психічної рівноваги та недопущення дезадаптивної реорганізації особистості. Вона має на меті надання оперативної психологічної допомоги, як правило, у безпосередній близькості до району бойових дій, стихійних лих, надзвичайних подій, при звільненні з полону тощо.

Специфічними принципами надання допомоги при психологічній травмі в результаті впливу екстремальних ситуацій є: невідкладність; наближеність до місця подій; очікування на відновлення нормального стану; єдність і простота психологічного впливу; принцип інтервенції.

Невідкладність означає, що допомога потерпілому повинна надаватись якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс **принципу наближеності** полягає в наданні допомоги у природній обстановці і соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків “госпіталізму”.

Очікування на відновлення нормального стану: з особою, яка перенесла стресову ситуацію, слід поводитися не як з пацієнтом, а як з нормальною людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність психологічного впливу має на увазі, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікована.

Простота психологічного впливу полягає у вмінні ізолювати потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим.

Екстрена психологічна допомога населенню повинна ґрунтуватися на *принципі інтервенції* в поверхневій зоні свідомості, тобто на роботі з симптоматикою, а не з синдромами.

Перший напрям застосовується зі здоровою частиною населення — у вигляді профілактики:

- а) гострих панічних реакцій;
- б) відстрочених, “відставлених” нервово-психічних порушень.

Другий напрям містить психотерапію та психопрофілактику осіб з розвиненими нервово-психічними порушеннями.

Технічні складності ведення рятувальних робіт у зонах катастроф, стихійних лих можуть призводити до того, що постраждали протягом досить тривалого часу опиняться в умовах повної ізоляції від зовнішнього світу. У цьому випадку рекомендується психотерапевтична допомога у вигляді екстреної “інформаційної терапії”, метою якої є психологічна підтримка життєздатності тих, хто живий, але перебуває в повній ізоляції від навколишнього світу (землетрусу, руйнування осель в результаті аварій, вибухів тощо).

“Інформаційна терапія” реалізується через систему звукопідсилювачів і складається з трансляції таких рекомендацій, які повинні почути постраждалі:

- 1) інформація про те, що навколишній світ намагається допомогти та зробити це якомога швидше;
- 2) при перебуванні в ізоляції необхідно зберігати повний спокій, оскільки це один з головних засобів порятунку;
- 3) необхідність надання собі самопомоги;
- 4) небажаність приймати жодних фізичних зусиль до самоевакуації у разі завалів, що може призвести до небезпечного зміщення уламків;

- 5) максимально економити свої сили;
- 6) перебувати з заплющеними очима, що дасть змогу наблизити себе до стану легкої дрімоти і більшої економії фізичних сил;
- 7) дихати повільно, неглибоко і через ніс, що дасть можливість зекономити вологи і кисень в організмі і кисень в навколишньому повітрі;
- 8) подумки повторювати фразу: “Я абсолютно спокійний” 5–6 разів, чергуючи ці самонавіювання з періодами рахування до 15–20, що дасть змогу зняти внутрішнє напруження і домогтися нормалізації пульсу і артеріального тиску, а також самодисципліни;
- 9) вивільнення з “полону” може зайняти більше часу, ніж хочеться потерпілим. “Будьте мужніми і терплячими. Допомога йде до вас”.

Метою “інформаційної терапії” є також зменшення почуття страху у постраждалих, тому що в кризових ситуаціях від страху гине більше людей, ніж від впливу реального руйнівного фактора.

Психотравматолог К. Хаусман (К. Hausmann, 2005) в роботі при *масових гострих психотравматичних обставинах пропонує такі дії.*

Заспокоєння. Потерпілого повертають до належного (адекватного) рівня схвильованості. Психолог спокійним та впевненим голосом стверджує: “Ви в повній безпеці”, “Все в минулому”. Забороняється! — недооцінювати ситуацію, давати неправдиві обіцянки, втішати через обман.

Відновлення орієнтації. У випадку порушеного орієнтування потерпілого допомогти йому повернути стан “реального Я” в стан “тут і тепер”. Потерпілому надається чітка інформація про ситуацію, місце і час. На всі його запитання даються чіткі відповіді. Також проводиться активне слухання та сприйняття. “... послушайте мене, подивіться на мене, подивіться навкруги, що ви бачите, що чуєте”, “Яку подію перед нещасним випадком ви можете пригадати, що можете пригадати з подій після випадку? Спробуйте пригадати, як це сталося, як все почалося? ...”

Активізація ресурсів потрібна для відкриття доступу та використання власних і соціальних механізмів подолання. Це реанімує почуття самокомпетентності. Варто звернути увагу на фізичні потреби потерпілого, для цього доречно запитати: “Як би ми могли це найшвидше вирішити?”, “Як ви зазвичай поводитесь у складних ситуаціях?”

Активізувавши ресурси, можна скласти стратегію подолання.

Сприйняття реальності ситуації потрібне для зменшення інтенсивності травматичного навантаження. Проводиться психовиховання, пояснюються симптоми гострої стресової реакції. Важливо відгородити потерпілого від повторної травматизації, надати допомогу чи підтримку або навпаки, адекватно підготувати до можливого важкого сприйняття (наприклад, прощання з померлим). Варто застосовувати вправи на уважність (“візьміть свою ліву руку, ... відчуйте, як ви сидите, як ви дихаєте...”).

Відчуття часу структурує подію і вкладає її в часовий контекст. Потерпілого можна запитати: “Котра зараз година?”, “Скільки часу пройшло від якоїсь конкретної події?” Важливо за допомогою інформації та активізації наративної пам’яті показати хронологію, ввести стресову подію у нормальний контекст буднів, ввести чіткі і стабільні поняття часу (тепер, до того, після того, сьогодні до обіду...).

Опрацювання в думках сприяє поведінковому аналізу події та власної реакції на неї.

Психолог спонукає до встановлення емпатичного контакту, спонукає потерпілого до висловлювання думок (“Про що ви тоді думали? Як би ви це описали”). Наприклад, висловлювання спогадів про померлого чи поведінку загиблого в нещасному випадку допомагає спонтанному відпочинку травмованої особи та оптимально прокладає шлях для опрацювання травми в травмотерапії.

Пробудження почуттів необхідне для того, щоб зняти емоційне напруження та унеможливило застрягання на емоційно гнітючих подіях.

Важливо просто сприйняти всі почуття, які висловлюються потерпілим. Забороняється перешкоджати проявам емоцій. Почуття, навіть такі, як сором, гнів, злість, роздратування, необхідно приймати та цінувати.

Відновлення та підтримка суб'єктивного контролю. Психолог спонукає потерпілого приймати рішення в простих речах: “Не могли б ви сказати, де б ви хотіли сісти? Вам багато цукру до кави? В який час мені краще зателефонувати вашому чоловікові?”

Зміцнення “образу Я” проводиться для нормалізації суб'єктивних та об'єктивних реакцій, активізує та підтримує дієздатність, спонукає до пошуку та застосування стратегій подолання. Психолог отримує відповідь на запитання “Кому ви зараз потрібні?”, “Чи є у вас якісь ідеї, що можна з цим робити?”

Така позиція сприяє нормалізації, започатковує роботу над розірваним “образом Я” у лікуванні травми.

Наступні кроки потрібні, щоб “поставити потерпілого на ноги”. Тут будуються конкретні плани і приймаються домовленості, встановлюються контакти, таким чином, ця робота є і діагностичною, і ошадливо-терапевтичною, що готує травмовану особу до проведення травматерапії.

Є інші підходи в роботі з гострою реакцією на стрес. Досить ефективним є дебрифінг (Дж. Мітчел). *Дебрифінг* — це кризова інтервенційна методика, яка застосовується для подолання кризи, що переживається в зв'язку з трагічними ситуаціями (стихійне лихо, теракти, дорожньо-транспортні пригоди, інші екстремальні події), які мають потужні психічні наслідки.

Мета групового обговорення — мінімізація психологічних страждань.

Завданнями дебрифінгу є:

1. “Опрацювання” негативних вражень, реакцій і почуттів.
2. Когнітивна організація переживання досвіду: усвідомлення травматичної події, реакцій та симптомів, які її супроводжують та нею викликані.
3. Зниження індивідуального та групового напруження.

4. Зменшення уявлень про унікальність та патологічності власних почуттів і реакцій.

5. Нормалізація станів (самопочуття): поява можливості обговорити кризову ситуацію та поділитися один з одним своїми переживаннями.

6. Мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів та посилення групової підтримки, солідарності і розуміння.

7. Підготовка до переживання симптомів або реакцій, які можуть виникнути через кілька днів або тижнів.

8. Визначення засобів подальшої допомоги у разі необхідності та інформування учасників групової дискусії, куди і до кого можна звернутися у разі потреби.

Оптимальний час для проведення дебрифінгу — не пізніше 48 годин після події. Обговорення може відбутися і значно пізніше після події, однак чим більше мине часу, тим невизначенішими будуть спогади. Для відтворення картини подій, що відбулися при великій часовій дистанції, можуть бути використані відеозаписи подій, якщо такі є.

Обстановка для проведення психологічного дебрифінгу повинна бути зручною, бажано в ізольованій кімнаті, в якій група була б захищена від зовнішніх втручань, таких, наприклад, як телефонні дзвінки, випадкові відвідувачі. Члени групи можуть розташуватися навколо столу.

Керує проведенням психологічного дебрифінгу одна людина, яка має одного або двох асистентів.

Серцевина дебрифінгу — фасилітоване групове обговорення, яке включає говоріння, слухання, прийняття рішень, навчання, проходження порядку цього методу та доведення зустрічі до результативного закінчення. У список умінь керівника входять: його дії на всіх етапах групового обговорення, знання закономірностей групової динаміки та їх використання у терапевтичних цілях, фасилітація, контроль за переміщенням членів групи усередині і поза кімнатою, де відбувається дебрифінг, контроль за часом, індивідуальні контакти з тим, хто переживає дистрес. Процес дебрифінгу має бути записаний.

Чисельність групи для психологічного дебрифінгу варіюється навколо цифри 15. Збільшення кількості учасників пов'язане з необхідністю мати додаткове число асистентів та умови для проведення дебрифінгу, а саме: просторе приміщення, щоб люди могли здійснювати обговорення одночасно у кількох групах з 15 осіб.

Структура психологічного дебрифінгу включає три частини та сім чітко виражених фаз.

Частина перша: опрацювання основних почуттів та вимір інтенсивності стресу включає: 1) вступну фазу; 2) фазу фактів; 3) фазу думок; 4) фазу реагування.

Частина друга: детальне обговорення симптомів та забезпечення почуття спокою й підтримки складається з 5) фази симптомів; 6) підготовчої фази.

Частина третя: мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє — 7) фаза реадаптації.

Процедура психологічного дебрифінгу представлена у класичному варіанті. Всі перелічені фази необхідні, оскільки учасники групового обговорення були свідками або потерпілими однієї травмуючої події.

Частина I. Опрацювання основних почуттів і вимір інтенсивності стресу

1. Вступна фаза психологічного дебрифінгу вимагає кваліфікованого початку групової роботи: проведення знайомства, порядок розміщення учасників за столом. На введення витрачається біля 15 хвилин.

На початку вступної фази психолог представляє себе та своїх асистентів, викладає цілі та завдання зустрічі. Правила дебрифінгу позначаються для того, щоб мінімізувати тривогу, яка може виникнути в учасників групового обговорення.

Правило перше. Учасники групового обговорення говорять тільки тоді, коли захочуть це робити. Ніхто не може примушувати їх до відвертості. Єдина вимога — вони повинні назвати своє ім'я та висловити своє ставлення до обговорюваної події.

Від членів групи потрібне вміння вислуховувати не перебиваючи і давати висловлюватися всім бажаним.

Правило друге. Члени групи повинні бути впевнені в дотриманні конфіденційності змісту обговорення. На кожній зустрічі встановлюється свій рівень конфіденційності. Керівник дає гарантію того, що все, що буде сказано, не вийде за рамки цього кола спілкування. Членів групи також просять не поширювати чутки про те, що тут відбуватиметься. Це створює в учасників групового обговорення стан психологічної безпеки.

Окремо слід обумовити ведення записів під час групових дискусій. Необхідно зняти страх, заспокоївши учасників запевненням, що нічого не буде записуватися проти їхньої волі.

Однак, з другого боку, їм можна повідомити, що було б корисно для них же самих робити запис викладених фактів і думок, щоб потім можна було ще раз звернутися до цього матеріалу. Це корисно особливо для зняття ілюзій, які виникають з приводу унікальності подій, що відбулися.

Правило третє. Учасникам групового обговорення пояснюється, що процедура психологічного дебрифінгу не припускає оцінок, критики і вироків. Це не трибунал, не суд, тут немає винних та суддів — це лише процедурне обговорення. Подібна установка попереджає суперечки, взаємні звинувачення, які можуть виникнути через розбіжності в очікуваннях, думках, почуттях.

Правило четверте. Учасників попереджають, що вони можуть відчувати себе трохи гірше під час групового обговорення (під час сесії), але це нормальне явище, яке зазвичай відбувається через порушення болючих проблем. Ведучий має пояснити, що це частина плати за можливість згодом протистояти стресам, за майбутнє одужання.

Правило п'яте. Групі не рекомендується працювати без перерви. Тому їм може бути запропоновано: перекусити або відвідати туалет до початку дебрифінгу. Корисно мати кавоварку або чайник, щоб кожен міг обслуговувати себе на місці, не перериваючи занять.

Правило шосте. Членів групового обговорення попереджають, що у них є можливість тихо вийти і повернутися назад. Од-

нак ведучого слід попередити про свій стан, якщо необхідний супровід.

Правило сьоме. Учасникам групового обговорення пояснюють, що вони можуть обговорювати проблеми, що виходять за рамки заданої теми, ставити будь-які запитання. Важливо постійно пам'ятати, що в учасників радше немає досвіду представлення свого “Я” в групі. На ведучому та його команді лежить відповідальність за заохочення і заспокоєння членів групи. І початок цієї діяльності запускається вже у вступній фазі. Тут доречні м'які жарти, легке жартування над собою. Все це допоможе знизити напругу в групі.

Фаза фактів. Ця фаза являє собою короткий опис людиною того, що з нею сталося під час інциденту. Учасники можуть описати, як вони побачили обговорювану подію і яка була тимчасова послідовність етапів її сприйняття. Ведучий повинен заохочувати питання, які допомагають прояснити і відкоригувати об'єктивну картину фактів і подій, наявних у розпорядженні членів групи. Це важливо, тому що у зв'язку з розмахом інциденту і помилок сприйняття кожна людина реконструює картину по-своєму. Це можуть бути просто неадекватні переживання подій або ж наявність помилкових ключових уявлень про них. Іноді порушується відчуття часу: послідовність і тривалість подій. Тривалість фази факту може варіюватися. Але чим триваліша травмуюча подія, тим довшою може бути фаза факту. Знання про всі епізоди події та їх послідовності створює відчуття когнітивної організації минулої події. Це одне з головних завдань психологічного дебрифінгу — дати людям шанс більш об'єктивно й адекватно побачити ситуацію, маючи повну картину всіх фактів обговорюваної події. Таким чітким обговоренням блокуються різні спекуляції, що підігрівають тривогу.

Фаза думок. Ця фаза передбачає фіксування на судженнях з приводу події. Відбувається аналіз висловлених суджень та обговорення їх. Питання, що відкривають цю фазу, можуть бути такого типу: “Якими були ваші перші думки? Коли це стало-

ся? Коли ви повернулися на місце події? Коли виявилися залученими?”

Люди, які не поспішають поділитися своїми першими думками, бо ці думки їм здаються недоречними, химерними, переживають інтенсивне відчуття страху. Перша думка може відображати те, що згодом складає основу тривоги. Необхідно підштовхнути учасників групового обговорення до висловлювань з приводу події.

Оживити спогади та активізувати думки можна за допомогою запитань: “Що ви робили під час інциденту? Чому ви вирішили робити саме те, що ви робили?”

У кінці цієї фази можуть бути проговорені враження учасників, які були на місці події. Питання, які, можливо, будуть поставлені, такі: “Які були ваші враження про те, що відбувалося навколо вас, коли події тільки почали розвиватися? Що ви чули, бачили?”

Зіставлення спогадів і їх усне повідомлення робить не настільки потужним їх руйнівний ефект, оскільки вони ще й вербалізуються всередині когнітивних рамок у процесі групового обговорення.

Фаза реагування. У процесі проведення цієї фази досліджуються почуття. Це часто найтриваліша частина психологічного дебрифінгу. Для того щоб вона проходила успішно, ведучому необхідно допомагати людям розповідати про свої переживання, нерідко навіть хворобливі. Це знизить деструктивний характер виражених почуттів.

Коли люди описують причини прийнятих рішень, вони дуже часто говорять про страх, безпорадність, самотність, самозвинувачення і фрустрації. Типові коментарі: “Я так боявся зробити помилки...”; “Я знав, що якщо я зможу...”; “Я ніколи у своєму житті не був так переляканий. Мої руки тряслися і тряслися...”; “Я не знав, чи я збережу життя, або відбираю життя...”; “Я був такий самотній, що повинен був приймати всі рішення самостійно...”. Важливо придивлятися до тих, хто здається більш постраждалим, хто мовчить або у кого є особливо виражені сим-

птоми посттравматичного розладу. Це можуть бути люди, які найбільше зазнали насильства і жорстокості. До таких учасників потрібен індивідуальний підхід, і після закінчення психологічного дебрифінгу їм може бути запропонована індивідуальна програма підтримки, психологічної допомоги. Іноді під час дебрифінгу можуть спливати ще давніші кризові події або більш особистісні проблеми. Слід передбачити детальніший розгляд деяких індивідуальних реакцій. Учасників групи просять описувати симптоми, потрясіння (емоційні, когнітивні та фізичні), які вони пережили на місці події, коли інцидент завершився, протягом наступних днів і тепер. Особливо слід затримати увагу на незвичайних переживаннях, про деякі труднощі повернення до звичайної роботи і до звичного способу життя.

Можна очікувати знайомі риси посттравматичного стресу — переживання феномену уникнення і заціпеніння. Страх може викликати зміни в поведінці. Фобічні реакції можуть проявлятися в тому, що люди не зможуть повернутися назад в те місце, де сталася подія. Особливо проблемним це є в тому випадку, якщо воно є основним місцем їхньої роботи. Після подібних інцидентів люди іноді змушені змінювати місце роботи і місце проживання, бояться користуватися громадським транспортом, можуть боятися спати без світла.

Під час розповіді про пережиті почуття у членів групи створюються відчуття схожості, спільності і природності реакцій. Групове обговорення, що знімає унікальності пережитого, є ключовим. Питання, які сприяють створенню відчуття спільності, можуть бути такими: “Як ви реагували на подію?”; “Що для вас було найжахливішим з того, що трапилося?”; “Чи переживали ви у вашому житті раніше щось подібне?”; “Що викликало у вас появу такого ж смутку, розладу, фрустрації, страху?”; “Як ви себе почували, коли відбулася ця подія?”

Важливо отримати відповідь на запитання про найважчі переживання, пов’язані з подією, що відбулася. Правильна поведінка ведучого психологічного дебрифінгу особливо важлива на цій фазі обговорення. Він має створити такі умови, щоб кожен

брав участь у комунікаціях, втручатися, якщо правила дебрифінгу порушуються або якщо має місце деструктивний критичизм. Чому це так важливо в процедурі дебрифінгу? Річ у тому, що один з головних терапевтичних результатів дебрифінгу — моделювання стратегій, що визначають, як справлятися з емоційними проблемами, що виникають у взаєминах після травмуючої події. Учасники групового обговорення повинні навчитися виражати свої почуття, знати, що це безпечно, розуміти, що вони мають право обговорити свої проблеми з іншими. Нерідкі випадки, коли учасники засмучуються, якщо у них виникають сильні емоційні переживання. Для ведучого це є сигналом для організації групової підтримки. Варіанти підтримки можуть бути найрізноманітніші: можна покласти руку на плече людини, яка перебуває в стані дистресу, або просто підтримати, повідомивши, що сльози тут прийнятні і доречні. Ведучому дебрифінгу слід мати на увазі, що навіть такий, простий на перший погляд, спосіб групової підтримки, як доторк до плеча сусіда, може викликати негативну реакцію і тому вимагає спеціального дозволу. Якщо хтось іде, помічник ведучого дебрифінгу повинен упевнитися в нормальному самопочутті і сприяти його поверненню в колектив. Особливу увагу слід приділити проблемі взаємин у родині. Нерідко людина, яка пережила стрес, бачить, що сім'я не може зрозуміти того, що вона пережила, і в родині виникає почуття взаємного відчуження.

Частина II. Детальне обговорення симптомів та забезпечення почуття спокою й підтримки

Підготовча фаза. На цьому етапі психологічного дебрифінгу ведучий або один з його помічників, який вів запис обговорення, повинен спробувати синтезувати реакції учасників. Тому особливі вимоги пред'являються до ведучого запису та здійснення діагностики загальних реакцій і спроб нормалізації стану групи. На цій фазі можна використовувати матеріали інших інцидентів або навіть результати досліджень. Акцент робиться на демонстрації реакцій, які є "нормальними реакціями на ненормальні

події”. Важливо тут підкреслювати індивідуальність кожного. В учасників групової дискусії не повинно скластися враження, що вони зобов’язані реагувати, якщо вони нормальні в цих подіях. Вони повинні тільки знати, що завжди можуть робити це, якщо захочуть.

Корисно використовувати записи, які відновлюють у пам’яті реакції і роблять більш точними і послідовними спогади. Під час психологічного дебрифінгу цього робити не можна, а тільки в кінці, щоб не руйнувати процес обговорення. Добре мати карту симптомів, де кожен з них докладно описаний, бажано карту повісити в кімнаті і щоб кожен міг підійти і додати щось до симптомів, якщо вони не виявили їх у себе раніше.

Важливо, щоб уже на цій фазі учасники могли домовитися про наступну зустріч. Інформація про майбутню зустріч дасть змогу учасникам замислитися над формуванням власної стратегії подолання своїх очікувань. Такі реакції, як зростання тривоги, почуття вразливості, проблеми зі сном і концентрацією уваги важливо не тільки описати, а й передбачати їх виникнення. У процесі обговорення вони повинні бути узагальнені, і в учасників групової дискусії сформовані установки та очікування, що за нормального розвитку подій з часом симптоми зникають.

Частина III. Мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє

Під час роботи на **фазі реадаптації** обговорюється і планується майбутнє учасників групової дискусії, намічаються стратегії подолання негативних симптомів.

Одна з головних цілей психологічного дебрифінгу, крім усього іншого, є створення безпечного внутрішньогрупового психологічного контексту. Переживання нерозуміння з боку співробітників або членів сім’ї може бути одним із найбільш травмуючих аспектів посттравматичного стресу. Типовий текст у постраждалих від якогось травмуючого інциденту може бути виражений так: “Ми потребуємо можливості говорити один з

одним, поділитися всіма переживаннями і думками без страху, що інші сміятимуться над нами”.

Корисно обговорити, в яких випадках учаснику потрібна додаткова допомога. Визначальними можуть бути такі показники:

- Якщо симптоми не зникли через 6 тижнів.
- Якщо симптоми з часом стали більш явними.
- Якщо є складнощі з поверненням у нормальне життя вдома і на роботі.

Напрями подальшої допомоги. Група повинна обговорити і прийняти рішення про подальшу свою поведінку: про необхідність організації наступного дебрифінгу або як мінімум відзначити його ймовірність, якщо інцидент був особливо травмуючим або залишилися деякі проблеми. За надзвичайних обставин, наприклад, смерті одного зі співробітників або для поглиблення групової солідарності, можливе проведення наступного дебрифінгу.

Слід передбачити спілкування один з одним у подальшому, коли команда буде розформована. Наприклад, обмінятися телефонами та адресами.

Відновлення роботи психологічного дебрифінгу може мати місце після двох тижнів або навіть двох місяців. Цей процес уже менш структурований, ніж перший, і його головне завдання — простежити прогрес у відновленні нормальної життєдіяльності учасників групового обговорення.

ТЕМА 5

ПСИХОТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

5.1. Практичні психотерапевтичні підходи у допомозі при подоланні посттравматичних стресів

Психотерапія, що розрахована на обмежений час, — вид психологічної допомоги, що проводиться з людьми, в яких відстрочені реакції на психотравмуючий стрес не набули хронічної форми. Головне її завдання — допомогти людині у поверненні до нормального процесу відновлення після травматичної події. Процес короткострокової психотерапії складається з 12 сесій (зустрічей). Психологічний вплив здійснюється за допомогою емпатійної підтримки людини до спогаду про травматичну подію.

Найважливішою умовою чіткішого усвідомлення травматичного стресу є зростаючий рівень контакту психолога з клієнтом. Глибокому переосмисленню того, що сталося, допомагає робота психолога з активізації роздумів клієнта про взаємозв'язок психотравмуючої події з минулим життєвим досвідом, про вплив травмуючої ситуації на його життя в цей період, а також роздуми про майбутнє. Основна увага при цьому приділяється вирішенню невротичного конфлікту за допомогою аналізу реакцій на психотравмуючу подію.

Тривала психологічна допомога передбачає такі етапи роботи:

- встановлення довірчих відносин між клієнтом і психологом;
- ознайомлення клієнта з необхідною інформацією про процес подолання наслідків психотравмуючого стресу;

- контроль за загальним станом клієнта та редукція (зменшення) підвищеної напруги; повернення до повторних переживань мають відношення до психічної травми;
- інтеграція травматичного досвіду.

У практиці надання психологічної допомоги виділяють три **методологічних підходи**.

Перший ґрунтується на ідеї про залежність ефективності успішної корекції психічних порушень від знань про етіологію (передумови) та патогенез (розвиток хворобливих симптомів) цих порушень.

Другий підхід впливає з припущення, що, впливаючи на конкретні прояви психічних порушень, можна домогтися загального поліпшення психічного стану.

Прикладами першого підходу є патогенетична психотерапія (Б. Карвасарський) і психоаналіз, прикладом другого — техніки NLP.

Третій підхід ґрунтується на дослідженні структурних компонентів психотравмуючого стресу та конкретних посттравматичних станів з метою впливу на них різноманітними психокорекційними методами. Подібна стратегія ґрунтується на роботі не з синдромом у цілому, а з конкретними психічними станами, що виникли в процесі його формування. Тобто, якщо людина скаржиться на відчуття “втрати сенсу життя”, то необхідно працювати з її емоційними станами; якщо її турбує безсоння або регулярні кошмарні сновидіння, потрібно спрямувати роботу на корекцію підвищеної тривожності. Головним завданням психотерапевта наразі є створення умов для поступової асиміляції (засвоєння) психотравмуючого досвіду.

У межах третього підходу застосовується:

- конкретні методи корекції психічних станів (раціональна, трансмедитативна, когнітивна, поведінкова, особистісно-орієнтована терапія, гештальттерапія, терапія мистецтвом, творчим самовираженням тощо);
- форми проведення (індивідуальна, групова, сімейна);

- врахування вікових категорій пацієнтів (діти та підлітки, дорослі, люди похилого віку).

Крім того, обов'язково враховується тип психічної травми:

- загроза життю і цілісності Я-образу (згвалтування, фізичні та психічні методи тортур, бойовий стрес тощо);
- втрата близького оточення (члени сім'ї, близькі родичі, друзі);
- втрата благополуччя (місця проживання, матеріальних цінностей) внаслідок стихійного лиха або вимушеного переселення.

Практичні психотерапевтичні підходи у допомозі при подоланні посттравматичних стресів розрізняються залежно від тих теоретичних шкіл, в рамках яких вони виникли. Тут можна виділити декілька напрямів:

- логотерапію В. Франкла;
- екзистенціально-гуманістичну психотерапію Дж. Б'юджентала;
- гештальттерапію Ф. Перлза;
- соматичну терапію психічної травми П. Левіна;
- особистісно-орієнтовану психотерапію К. Роджерса;
- тілесно-орієнтовану психотерапію;
- процесуальну психотерапію А. Мінделла.

У логотерапії В. Франкла (1992) набуття сенсу, втраченого при травмі, досягається шляхом вдосконалення діяльності щодо світу та інших людей. Сенс не можна придумати, його можна тільки усвідомити і відкрити для себе. Він не може бути даний ззовні, оскільки утворюється на перетині внутрішнього в людині (відповідальність за вибір) і зовнішнього (життєві вимоги, які повинні стати осмисленими). Працюючи із сенсом, за В. Франклом, використовується поняття специфічних цінностей. Описується цінність відносин як самотрансценденція, знаходження сенсу у власній долі; цінність творчості або свобода власного ставлення до світу і своїх дій щодо нього; цінність переживання, тобто досвіду придбання людиною переживань стосовно явищ навколишнього світу в усій їхній своєрідності і неповтор-

ності. Заповнення сенсу передбачає прийняття одної з цих цінностей.

В екзистенційно-гуманістичній психотерапії Дж. Б'юдженталя вирішення травми відбувається у процесі розкриття суб'єктивності, розгортання пошуку і поглиблення рівня присутності як клієнта, так і терапевта (Дж. Б'юдженталь, 1998). Під час пошуку протягом психотерапії відбувається внутрішнє дослідження, спрямоване на усвідомлення і зміну системи конструктів “Я і Світ”, на розкриття особистісного потенціалу та побудову нових життєвих смислів. Подолання травми передбачає опрацювання екзистенціальних “даностей”, таких, як “смерть”, “свобода”, “ізоляція”, “безглуздість”, які найчастіше і складають сенс переживань під час психологічної травми. У цьому зв'язку особливий інтерес становить даність “тілесності”.

Гештальттерапія як терапія цілісного досвіду використовує в роботі з травматичними ситуаціями уявлення про цикли контакту, механізми його переривання, незавершені ситуації і про організмичні саморегуляції. Терапія з вирішення травми спрямована на відновлення цілісного циклу реалізації потреб і подолання захисних механізмів проекції, ретрофлексії, інтроєкції, а також злиття. Робота з потребами заснована на здатності організму до саморегуляції. У гештальт-підході широко використовуються техніки діалогу, спрямовані на зміну внутрішньої позиції людини, а також робота з почуттями і тілом. Це дає можливість завершити переживання травми на різних рівнях (Ф. Перлз, 2001).

Соматична терапія травми Пітера Левіна, відповідно до концепції якого травма — це насамперед нейрофізіологічний процес, а в людського організму є внутрішня здатність до саморегуляції, відновлення внутрішнього балансу і життєвості. У зв'язку з цим базовою ланкою роботи з психічною травмою є нормалізація фізіологічних процесів у тілі людини. Цей рівень є первинним доступом до травми, позаяк психічна травма спочатку виникає на рівні фізіології і тілесних відчуттів. Опрацювання травматичного змісту може бути ефективним у тому випадку,

якщо усунена нейрофізіологічна основа травматичних переживань. Центральною ланкою в терапії П. Левіна є техніка, яку він назвав “соматичним переживанням”. Соматичне переживання передбачає процес тілесного усвідомлення відчуттів і почуттів, що дає людині можливість трансформувати травму та перетворити дезадаптивні тілесні реакції на адаптивні. В результаті пережитий травматичний спогад створює певні тілесні межі та характеристики соматичного сприймання сенсів і почуттів, що є надзвичайно важливим для процесу психотерапії.

Свідома фіксація відчуттів у тілі є одним з основних терапевтичних прийомів, що допомагає домогтися розрядження сконцентрованої енергії травми. При цьому відновлюються захисні та орієнтовні реакції, які не були реалізовані й завершені під час травматичної ситуації. Травматичні переживання супроводжують, як правило, відчуття стиснення, важкості, холоду, нерухомості, оніміння, напруги, дискомфорту.

П. Левін вказує на те, що, крім травматичних відчуттів, у тілі людини знаходяться різноманітні види ресурсних відчуттів, що проявляються як тепло, легкість, розширення, тілесний комфорт та свобода. Тому в процесі психотерапії цілеспрямоване створення ресурсних відчуттів у тілі, фіксація на них уваги людини завжди повинні передувати роботі з травмою. Робота у соматичній терапії заснована на сенсибілізації клієнта відчуттів у власному тілі та їх спостереженні за допомогою запитань: “Що ви відчуваєте в тілі? У якій частині тіла ви це відчуваєте? Підсильте це відчуття. Де воно починається і де закінчується? Куди воно рухається і як змінюється? Просто дозвольте цьому відчуттю бути”.

У процесі роботи виділяються послідовні цикли розрядження травматичних переживань, їх заміна ресурсними станами та нові прояви травматичних симптомів, що вимагають опрацювання. Спостереження за відчуттями під час цих циклів регулюється терапевтом, але, по суті, самі цикли реалізують процес природної саморегуляції організму, порушений травмою. При цьому конкретний зміст травматичної події не має вирішально-

го значення, головним є переживання та відреагування пов'язаного з ним тілесного симптому.

Раціонально-емотивна терапія (за А. Елісом) ґрунтується на положенні про те, що безпосередній ґрунтовний вплив на емоційні наслідки (С) здійснюють не активізуючі події нашого життя (А), а система переконань і уявлень (В). Завдання РЕТ полягає в тому, щоб допомогти людині навчитись оскаржувати (D) свої ірраціональні уявлення (В) та змінити їх, а також набутти нову життєву філософію (Е), звільнившись від ідеї самозвинувачування за допомогою раціональних уявлень. Раціональні уявлення — це думки, що допомагають переживати доречні почуття та поводитись адекватно. Вони бувають двох видів:

- ті, які констатують роздуми про те, що відбувається в житті людини. Наприклад: “Людина, з якою я спілкуюся, стає похмурою. Вона може вирішити, що я поганий співрозмовник”. У реченні йдеться про те, що робить людина, а не про те, яку оцінку їй дають;
- ті, що висловлюють побажання та переваги людини. Наприклад: “Я хочу спілкуватися з цією людиною, і тому мені не подобається її похмурий погляд. Я хочу, щоб вона припинила бути похмурою та подивилась на мене з усмішкою”.

Ірраціональні судження — думки, які сприяють формуванню неадекватних (недоречних) почуттів та невідповідної поведінки. Вони бувають трьох видів:

- категоричного висновку (“Схоже, ця людина мені не симпатизує”);
- категоричного оцінювального твердження (“Я хочу, щоб вона ставилась до мене позитивно”);
- категоричної вимоги (“обов'язковості”), наприклад: “Будь-яким шляхом я повинен сподобатись цій людині, я зобов'язаний це зробити”.

Люди, які перенесли психотравмуючий стрес, часто жорстко та неухильно дотримуються своїх ірраціональних уявлень, вважаючи, що у них все має виходити добре, як раніше, що їх повинні поважати оточуючі та справедливо ставитися до них. Зустрі-

чаючи невідповідність між своїми уявленнями і реальністю, психотравмована людина відчуває тривожність, пригніченість, вона озлоблена, жаліє або ненавидить себе.

Завдання психолога — допомогти цій людині усвідомити свої ірраціональні уявлення та змінити їх.

Раціонально-емотивна терапія (PET) ґрунтується на положенні про те, що, перебуваючи в стані паніки або депресії, люди шляхом зміни своїх поглядів на речі здатні подолати руйнівні почуття та почати жити щасливіше й спокійніше.

PET являє собою метод психотерапії, заснований на раціональному логічному переконанні клієнта у можливості змінити своє ставлення до “безвихідної” ситуації шляхом переведення її в проблемні ситуації з ірраціональних установок на раціональні. Робота будується з урахуванням схеми А, В, С та має такі етапи.

Перший етап — класифікація, прояснення параметрів події (А), у тому числі параметрів, які найбільш емоційно торкнулися клієнта та викликали у нього неадекватні реакції.

Другий етап — ідентифікація наслідків (С), насамперед афективних впливів події. На цьому етапі відбувається робота з ірраціональними установками, які проявляються у словах, що відображають крайній ступінь емоційної залученості клієнта (жахливо, приголомшливо, нестерпно тощо), та мають характер обов’язкового розпорядження (необхідно, треба, повинен, зобов’язаний тощо), а також глобального оцінювання особи, об’єкта чи події. Відповідно до видів ірраціональних уявлень А. Елліс виділив чотири найпоширеніші групи ірраціональних установок, що створюють проблеми:

- катастрофічні установки;
- установки обов’язкової повинності;
- установки обов’язкової реалізації своїх потреб;
- глобальні оціночні установки.

Мета етапу вважається досягнутою тоді, коли у проблемній ділянці виявлені ірраціональні установки.

Третій етап — реконструкція ірраціональних установок. Реконструкція відбувається на одному з трьох рівнів: когнітивному (шляхом доказу); рівні уяви; рівні поведінки (прямої дії).

Під час роботи на рівні уяви клієнт подумки занурюється у психотравматичну ситуацію. Він повинен максимально повно використати позитивно забарвлені емоції (при позитивній уяві). Це повторюється до зменшення інтенсивності використовуваних емоцій.

Четвертий етап — закріплення адаптивної поведінки за допомогою домашніх завдань, що виконуються клієнтом самостійно.

Методика містить деякі послідовні вправи з подолання ірраціональних суджень, які проводяться на різних рівнях (когнітивному, уяви та поведінки).

Робота з “обов’язковістю”. Якщо людина переживає нервозність, тривогу або паніку, необхідно знайти в її словах такі звороти, як “повинен”, “необхідно”, “не можу цього пережити”, “нестерпно”, “я винен в усьому” та інші прояви самознищення й узагальнення. Наприклад: “Мені потрібна гарантія того, що мій чоловік ні в якому разі не помре, тому що, якщо він помре, я не винесу самотності та залишуся нещасною на все життя”, або: “Я не повинен втратити зір — якщо таке зі мною трапиться, це буде жахливо, я вже ніколи не зможу радіти життю”.

Після аналізу висловлювань клієнта психотерапевт пропонує уявити йому ситуацію, що страшна подія відбулася, а потім запитати про відчуття, які виникли. Якщо у клієнта виникає депресія, гнів, тривога й паніка, то замість печалі та жалю, неспокою та настороженості йому пропонується знайти у своїх думках слова “повинен”, “зобов’язаний” та інші імперативи. У момент переживання негативних емоцій звертається увага клієнта на причини походження цього відчуття:

- а) з’являються природним шляхом з бажань та устремлінь;
- б) є наслідком вимог, наказів, обов’язку.

У випадку “б” людина відчуває сильну тривогу замість неспокою тощо.

Працюючи з клієнтом на когнітивному рівні усвідомлення, психолог формує у нього науково-дослідницьке мислення, основні положення якого полягають у таких твердженнях:

1. Дійсність існує незалежно від нас, а ми у змозі спостерігати за фактами та визнавати їх істинними або помилковими.

2. Теорію змінюють, якщо вона не підтверджується фактами або логікою.

3. Наука відрізняється гнучкістю та відсутністю догматизму.

4. Наука не розглядає теорії, які не можуть бути перевірені.

5. Не існує абсолютного стандарту добра і зла, хорошої або поганої поведінки.

6. Наука не передбачає абсолютних правил поведінки.

На підставі цих тверджень психолог може працювати з психотравмованою людиною, формуючи у неї раціональні установки. Наприклад, жінка, яка переживає відчуття провини у зв'язку з втратою чоловіка, стверджує: “Я не повинна була так поводитись з ним, я не змогла його вберегти, я не маю права на щасливе життя”.

У цьому випадку проводиться науковий аналіз цього ірраціонального уявлення:

1. Чи є це твердження реалістичним та заснованим на фактах? (Не існує такого закону, який би стверджував певний тип поведінки, існує безліч вчинків, які виглядають набагато гірше вашої поведінки).

2. Чи є це твердження логічним? (Ні. Оскільки з тверджень “я вважаю, що погано поведився з кимось” неможливо зробити висновок про те, що я не гідний на щасливе життя).

3. Чи є це твердження гнучким? (Ні, тому що через свої вчинки ви не маєте право жити щасливо).

4. Чи можливо фальсифікувати це твердження? (Так, тому що ви не зобов'язані завжди бути бездоганною у спілкуванні, та не можна довести, що саме ви не вберегли свого чоловіка).

5. Чи можливо довести істинність або хибність цього твердження? (Ні, ви не можете довести, що якби поводитись інакше, то не втратили б чоловіка).

6. Чи означає це твердження те, що якщо я буду дотримуватися його, то у мене все буде добре та я зможу відчувати себе краще? (Ні, означає зворотне, якщо ви будете так думати, то вас чекає важка депресія і ви не зможете нормально працювати і утримувати сім'ю).

Переконуючи клієнта, необхідно проявляти послідовність, логічність суджень і наполегливість.

Особистісно-орієнтована психотерапія (за К. Роджерсом). Психологічна допомога в цьому випадку ґрунтується на принципі про відповідальність людини за свої емоції та відчуття. Людина несе відповідальність за свій вибір, і якщо вона обирає бути нещасною і жити минулим, то це її право.

Основною метою цього виду психотерапії є змінення ставлення клієнта до факту наявності в його житті психотравмуючої ситуації.

Типовими стратегіями психотерапевтичної допомоги є взаємопов'язані один з одним положення:

1. Людина повинна сама прийняти самостійне рішення про необхідність допомоги психолога. Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб клієнт усвідомив незалежність свого рішення та взяв на себе відповідальність за роботу над своїми проблемами. Він допомагає зрозуміти, що клієнт повинен сам створити умови, в яких можуть бути вирішені його проблеми.

2. Психолог стимулює вільний прояв почуттів, пов'язаний з проблемою. Це досягається дружнім та зацікавленим ставленням до нього.

Приклад: "Людина, яка перенесла психотравмуючий стрес, пов'язаний з втратою, висловлює невдоволення з приводу неухважності родичів до її проблеми". Психотерапевт ні в якому разі не перешкоджає такому потоку ворожості і критичних зауважень.

3. Психотерапевт розпізнає, приймає та прояснює ці негативні почуття. Реагує не на те, що говорить клієнт, а на ті почуття, що приховуються за ними. Завдання полягає в тому, щоб своїми словами чи діями створити атмосферу, в якій людина могла б усвідомити свої негативні почуття і прийняти їх як частину

себе, замість того, щоб проектувати їх на інших або приховувати їх за допомогою захисних механізмів. Тут доречні такі фрази, як “Вам гірко говорити про це”, “Те, про що ви говорите, звучить так, ніби ви себе звинувачуєте”.

4. Після висловлення негативних почуттів клієнтом починається нерішучий прояв позитивних імпульсів, які сприяють зростанню його самосвідомості. Чим сильніше і глибше виявлення негативних почуттів (за умови, що вони усвідомлюються та приймаються), тим більша вірогідність подальшого прояву позитивних почуттів — любові, самоповаги, прагнення до зростання.

5. Психотерапевт визнає й приймає виражені клієнтом позитивні почуття, але не висловлює схвалення. У такій ситуації взаємодії спонтанно розвивається просвітління, інсайт, несподіване розуміння свого внутрішнього світу. Клієнт щиро висловлюється, наприклад: “Тепер я знаю, чому відчуваю такі почуття стосовно родичів, я завжди звертався до них по допомогу, знімаючи із себе відповідальність”.

6. Після усвідомлення проблем клієнтом психолог допомагає йому прояснити можливість вибору та недостатність можливості рухатися далі, усвідомити відчуття страху і які він відчуває у даний момент. Таким чином, ця форма психологічної допомоги являє собою упорядкований та узгоджений процес, у якому психолог створює рівноправні відносини при взаємодії з клієнтом.

Тілесно-орієнтована психотерапія є галуззю психотерапії, що ґрунтується на десятках шкіл і напрямів, об’єднаних загальним поглядом на тілесні (фізіологічні) функції як невід’ємну частину цілісної особи нарівні з психічними і енергетичними феноменами. Початок тілесної психотерапії поклали В. Райх, І. Ролф, Ф. Александер, О. Лоуен. Психокорекція наявних психічних, фізіологічних або енергетичних порушень здійснюється за допомогою процедур тілесного контакту і/або використання тілесних функцій (дихання, рух, статична напруга тіла та ін.).

Різновидом тілесно-орієнтованої психотерапії є *екзистенційно-тілесно-орієнтована терапія травми Джона Інгла*.

З точки зору тілесно-орієнтованого підходу в результаті впливу психічної травми формується м'язово-енергетичний блок, так звана воронка травми або тіло травми.

Завдання екзистенційної тілесно-орієнтованої терапії травми Джона Інгла полягає в ідентифікації “тіла травми”, знаходженні точки блокування енергії, знаходженні каналу розрядження енергії, у допомозі закінчити незавершену дію.

Принципи терапії містять такі постулати:

- Чим більша травма, тим більший за нею стоїть ресурс.
- Ресурс повинен бути адекватним травмі і бути значущим для клієнта.
- Робота повинна відбуватися на рівні відчуттів.
- Обов'язковим компонентом є робота з рухами.
- Послідовність роботи повинна здійснюватися від периферії до центру.
- Працюємо від називання — до відчуттів — до називання відчуття.
- Розмовляти необхідно тільки мовою клієнта, без перефразування його висловлювань.
- Робота проводиться тільки в екологічних зонах (приємно-нейтрально), виключаючи зону “неприємно”.

До алгоритмів роботи належать:

- Ідентифікація травматичного вогнища в тілі.
- Ідентифікація вогнища ресурсу в тілі.
- Встановлення взаємодії між цими осередками.

Орієнтовними запитаннями терапевта можуть бути такі:

- Що ти відчуваєш у своєму тілі?
- Коли ти відчуваєш у тілі (точне повторення відчуттів клієнта), що ти ще відчуваєш?
- Як це відчуття можна назвати: приємним, неприємним чи нейтральним?
- Яке відчуття для тебе є протилежним тому, яке ти відчуваєш?

Методи процесуальної психотерапії Арнольда Мінделла

Процесуальна психотерапія Арнольда Мінделла ґрунтується на уявленнях про те, що нова ідентифікація, нові смисли прагнуть проявитися в неусвідомлюваних процесах. Таким чином, він визначає первинний (усвідомлюваний) та вторинний (неусвідомлений) процес.

У зв'язку з цим завданнями процесуальної терапії є:

- створення умов для прояву та усвідомлення вторинного процесу (нової ідентифікації);
- надання можливості всьому процесу, обом його частинам виразити себе;
- інтегрування частини;
- відтворення цілісності.

До принципів процесуальної психотерапії належить: спостереження за процесом; активність у спільному процесі; зворотний зв'язок; забезпечення повного прояву процесу.

Алгоритм роботи:

1. Досліджуємо процес.
2. Ідентифікуємо неусвідомлювані сигнали в усіх каналах.
3. Створюємо умови для прояву вторинного процесу.
4. Проходимо “край” на піку кризи.
5. Визначаємо новий сенс.

Найчастіше у процесуальній терапії застосовуються такі методи роботи: перемикання каналів, робота з несвідомими рухами, посилення симптому.

5.2. Психотехніки корекційної роботи з посттравматичними розладами

Катарсичні методи психотерапії посттравматичних стресів

Сутність методів полягає в емоційному реагуванні при повторному переживанні травматичного досвіду та звільненні від хворобливих симптомів. Поняття “катарсис” вперше ввів Аристотель та описав його як “очищення” душі від негативних емоцій за допомогою перегляду театральних вистав. Співпереживаючи

героям вистави, глядач переживає різні пригнічені та невідрадаговані емоції та звільняється від них.

Прототипом катарсису є християнська сповідь. Вперше катарсичну техніку за допомогою гіпнозу застосував Й. Брейер наприкінці XIX століття при лікуванні істерії.

Катарсична техніка містить обов'язкове розслаблення пацієнта та спонтанне пригадування та уявлення. Емоційні реакції відбуваються через плач, крики, стогін, лють, а також через тілесні симптоми: ядуху, блювоту, біль, спазми тощо.

До катарсичних методів належать:

- “Терапія отруєного пера” А. Атанасова — написання листів, у яких висловлюються почуття, але без відправлення адресату.

- Багаторазове переказування травматичної події в розслабленому стані, бажано лежачи з заплющеними очима доти, доки спогад травми не викликає жодних емоцій.

- “Автологокатарсис” А. Атанасова — техніка прискореного відреагування за допомогою магнітофонних записів звуків людського страждання (плач, стогін, зітхання, крики), при відтворенні яких у пацієнтів дуже швидко виникають афективні реакції. Запис триває не більше 15 хвилин, відтворюється запис 1–2 рази в розслабленому стані пацієнта. Сеанси закінчуються, коли пацієнт спокійно слухає магнітофонний запис.

- Декапсуляція К. Чолакова — за допомогою гіпнозу людини навіюються соматичні та вегетативні прояви травми (серцебиття, потовиділення, прискорення дихання, тремтіння в тілі тощо), і людина згадує травматичну подію.

- Штучна репродукція афективних переживань за Н. Крестниковим містить: релаксацію пацієнта, навіювання йому травматичного емоційного стану, згадування травми, повторне переживання, катарсис.

- Методика репродуктивних переживань М. Асатіані — це варіант психотерапевтичного методу гіпнокатарсису. У гіпнотичному стані за допомогою спеціально створеного впливу домагаються відновлення й повторного переживання психічної травми, щоб з'ясувати причину виникнення неврозу. Репро-

дукція переживань направляється й контролюється психотерапевтом, відповідно до неї створюється й психологічний вплив.

Рефреймінг (від англ. *frame* — переформування) — переформування внутрішніх психічних процесів людини, що дають змогу їй моделювати свою поведінку.

В основі рефреймінгу лежать базові положення НЛП:

- будь-яка реакція на психотравмуючий стрес, будь-яка поведінка, що зумовлена цією реакцією, мають захисний характер і тому корисні, шкідливими вони вважаються тільки тоді, коли використовуються у невідповідному контексті;
- у кожної людини є своя суб'єктивна модель світу, яку можна змінити; кожна людина володіє прихованими ресурсами, що дають змогу змінити цю модель за допомогою невикористаних можливостей людини, що зберігаються як на свідомому, так і несвідомому рівнях.

Рефреймінг — потужний засіб, за допомогою якого, використовуючи приховані ресурси організму, можна змінити ставлення людини до її проблеми.

Наприклад, несподівана затримка вильоту літака за розкладом є прикритим незадоволенням для пасажирів, які знаходяться на борту, та несподіваним щастям для пасажирів, які спізнюються. Кожна ситуація визначається межею розуміння та може сприйматись як перевага або її відсутність.

Ефективний рефреймінг приводить до змін у досвіді. Відповідно до теорії НЛП у людини є “частина” її особистості (суб-особистість), яка відповідає за певну поведінку. З цією “частиною” можна вступити в контакт, ставити їй запитання, отримувати відповіді. Відповіді можуть надходити в будь-якій формі: у словах, у вигляді “картини”, звуків, кінестетичних відчуттів. Психолог уловлює та розуміє ці невербальні ознаки “відповідей”, підлаштовуючись до особистості клієнта. Підстроювання до особистості клієнта — встановлення рапорту як на свідомому, так і несвідомому рівнях, що створює у пацієнта від-

чуття того, що його зрозуміли. Більш повному та якісному підлаштуванню сприяє виділення психологом ключових лексичних знаків та предикатів, за допомогою яких пацієнт надає вербальну інформацію. Предикати — слова людини, що відображають її спосіб сприйняття світу. На невербальному рівні підлаштування здійснюється за допомогою прийому віддзеркалювання. Віддзеркалювання — це психотерапевтичний прийом, що полягає у відображенні, повернення клієнту особливостей його власної невербальної поведінки.

Шестикроковий рефреймінг проводиться у такій послідовності:

1. Визначте хворобливий симптом або форму порушення поведінки. (Наприклад, сильна реакція страху при їзді на автомобілі, прискорення дихання, головний біль, агресивна реакція щодо водія).

2. Перед початком роботи з клієнтом психолог повинен розповісти йому про безліч частин, що складають цілісне — Я; пояснити, що кожна з “частин” існує, щоб приносити йому користь, і тільки пізніше трансформується у хворобливий симптом або небажану поведінку. Наприклад: “Їздити на автомобілі слід обережно: зустрічні машини небезпечні”. І як гіперболізація адекватного побоювання виникає страх їзди на автомобілі. Треба попросити клієнта увійти в контакт з його “частиною”, що відповідає за формування та прояв цього симптому. Для цього слід запропонувати йому заплющити очі, зосередитися на внутрішніх відчуттях та подумки запитати себе: “Чи хоче частина мене, що створює цей симптом або небажану поведінку (конкретно: головний біль, нав’язливий страх), говорити зі мною?” Потім клієнт повинен уважно стежити за виникненням або, навпаки, зникненням відчуття і позначати киваннями голови контакт зі своєю “частиною”. Психолог має стежити за змінами у невербальній поведінці клієнта (різкі рухи, нова поза, міміка тощо).

3. Відокремити симптом (поведінку) від первісного мотиву (наміру). Тобто дізнатися, для чого виникла ця “частина”. Відповідями можуть бути: “Щоб не потрапити в аварію” тощо.

4. Знайти нову “частину” (новий спосіб), здатну задовольнити цей початковий намір. Можна знайти два-три нових способи. Для цього необхідно попросити клієнта звернутися до свого внутрішнього Я, до його “творчої частини” з проханням знайти ці нові способи. Якщо “творчу частину” всередині себе відшукати не вдасться, необхідно її створити. Слід попросити клієнта пригадати ситуації, коли він був здатний до творчості і вирішував подібні ситуації іншими шляхами (наприклад, не прямою агресією на оточуючих, а більш раціональними та менш травмуючими способами).

Якщо спроба вдалася, психолог використовує метод “якоря”. Метод “якоря” — метод нейролінгвістичного програмування, заснований на встановленні та використанні асоціативного зв’язку між певним стимулом та переживаннями людини. “Якорем” може бути жест, міміка, інтонація. “Якорі” можуть бути зоровими, аудіальними, кінестетичними. Дотик — це найкращий кінестетичний “якір”.

При невдалій спробі психолог має запропонувати клієнту згадати здатну до творчості людину, яку він поважає. Клієнт уявляє цю людину, а потім просить її знайти три способи виконання наміру.

5. Відповідальність. Клієнт повинен запропонувати своїй виділеній частині, відповідальній за симптом, використовувати ці нові можливості для реалізації своїх намірів. На цьому етапі використовується та сама техніка внутрішнього діалогу з “частиною”.

Клієнт повинен запитати у “частини”, що має позитивний намір: “Чи згодна ти взяти відповідальність за використання цих трьох нових виборів?”

6. Екологічна перевірка. Клієнт повинен запитати себе, чи згодні всі його частини (всі Я) з укладеним договором? Якщо виникають заперечення, то процес шестикрокового рефреймінгу повторюється. При цьому з’ясовується, у чому полягає заперечення, і воно відділяється від наміру.

Сугестивні техніки

Незважаючи на складність класифікації навіювань, у сугестивно-психологічній літературі в структурі сугестивного впливу розрізняють такі базові види навіювання, пов'язані з етапом утилізації стану підвищеної сугестивності сугеренда: 1) прямі навіювання; 2) непрямі навіювання.

Прямі навіювання припускають розуміння сугерендом мети сугестивного впливу, чітко вказуючи на очікувану дію або психологічну реакцію з його боку. Значною мірою вони належать до свідомого досвіду цього сугеренда й зазвичай дають конкретні вирішення проблем, а також детальні інструкції про те, як реагувати на рекомендації й питання сугестора [6].

Цей вид сугестії, відповідно до її психологічної природи, може розглядатися у двох аспектах: 1) в аспекті впливу на емоції, установки, неусвідомлювані мотиви сугеренда (у формі сугестивних наставлянь сугестора); 2) в аспекті впливу на складові поведінки сугеренда (у формі сугестивних команд і наказів сугестора).

Пряме навіювання може бути імперативним і мотивованим.

Імперативне навіювання (сугестивні команди й накази) здійснюється наказовим, емоційно-насиченим тоном, що не допускає сумнівів. Пряме навіювання здійснюється у вигляді коротких, зрозумілих сугеренду фраз із повторенням ключових слів і висловів, які підкріплюються й підсилюються невербальними сигналами. Імперативне навіювання є стресовим видом впливу на людину. Іноді імперативне навіювання називають “батьківським” методом сугестії.

Мотивоване навіювання включається в текст сугестії у вигляді елементів роз'яснення й переконання. Сугестивні наставляння, що впливають на емоції, установки й мотиви поведінки сугеренда, виконуються спокійним тоном у вигляді м'яких, заспокійливих фраз, які зазвичай повторюються кілька разів. Іноді мотивоване навіювання називають “материнським” методом сугестії.

Існують найважливіші змістовні особливості різних форм прямого навіювання:

1. “Позитивні навіювання”.

Ці навіювання найпопулярніші, прості й безвідмовні. Вони будуються так, щоб допомогти усвідомити сугеренду, що він може досягти бажаних станів, переживань, відносин.

Оскільки слова сугестора орієнтують сугеренда на актуалізацію певного досвіду, конкретне позитивне навіювання конструюється так, щоб стимулювати певні бажані або необхідні реакції.

Приклади: а) “*Ви можете згадати ту мить, коли пишалися собою*”; б) “*Ви спроможні знайти в собі сили, про існування яких навіть не підозрювали*”.

2. “Негативні навіювання”.

За допомогою таких навіювань можна актуалізувати бажану реакцію сугеренда, рекомендуючи йому не реагувати тим способом, що від нього насправді очікується. Якщо застосовувати навіювання з урахуванням контексту комунікації й характеру сугеренда, вони можуть виявитися винятково корисними.

Приклади: а) “*Ви не повинні тепер думати із симпатією про свою школу*”; б) “*Спробуйте не думати про те, хто з ваших друзів завтра не прийде на вечірку*”.

3. “Конкретні навіювання”.

Ці навіювання містять детальні описи почуттів, спогадів, думок або фантазій, які повинні бути актуалізовані в сугеренда в процесі навіювання. При цьому приведення численних деталей, що стосуються кожного елемента досвіду, який навіюється, може викликати бажаний сугестивний ефект більш повно, тривало й надійно.

Приклад: “*Чи пам’ятаєте ви, як приємно відкусити стиглий апельсин, коли рот наповнюється слиною, а по пальцях тече солодкий ароматний сік?*”

Однак кожне конкретне навіювання може стати водночас і джерелом потенційної невдачі. Таке можливо тому, що велика кількість деталей, які приводить сугестор, збільшують імовір-

ність переживань сугеренда, що суперечать зі змістом навіювань сугестора.

4. “Загальні навіювання”.

На відміну від конкретних навіювань, у загальних навіюваннях відсутні деталі, що дає сугеренду можливість вільно вибирати елементи суб’єктивного досвіду, які асоціюються з абстрактним змістом навіювання. У межах сугестивного процесу вони дають сугеренду шанс використовувати власний досвід та інформацію для деталізації й реалізації змісту навіювання. Таким чином, навіювання, яке може здатися надто узагальненим, щоб бути успішним, насправді стає стимулом для осмисленого індивідуалізованого переживання.

Приклади: а) “Ви спроможні згадати деяке переживання свого дитинства, до якого ви так давно не зверталися”; б) “Чи пам’ятаєте ви той особливий момент, коли ви були задоволені собою?”

Жодне із зазначених загальних навіювань спеціально не уточнює, який саме спогад мається на увазі. Тому сугеренд сам змушений актуалізувати конкретні елементи індивідуального досвіду. Застосовуючи визначення “конкретний”, “певний”, “специфічний”, “особливий”, сугестор підштовхує сугеренда до концентрації на одному зі своїх реальних переживань, які мали місце в минулому. Вибір сугерендом конкретного суб’єктивного переживання є результатом актуальної взаємодії між свідомою й несвідомою сферами його психіки.

К. І. Платонов відзначав, що при конструюванні формул прямого навіювання доцільно використовувати такі принципи: 1) зміст прямого навіювання повинен мати форму імперативного повідомлення, пов’язаного з минулим, сьогоденням або майбутнім сугеренда; 2) формула навіювання повинна бути виражена в деяких простих і зрозумілих словах, які відповідають за своїм змістом особистісним якостям сугеренда, рівню його інтелектуального розвитку, змісту його проблеми; 3) при здійсненні прямого навіювання сугестор повинен вимовляти слова авторитетно і твердо, впевнено і спокійно, повторюючи формулу навіювання кілька разів; 4) успіх словесного навіювання значною

мірою визначається не тільки змістом самої формули навіювання, а й виразністю мовлення — силою звуку, інтонацією голосу, певними наголосами, що відповідають змісту вимовлених слів; 5) зміст формули прямого навіювання повинен мати чітку спрямованість на вирішення проблеми сугеренда; 6) зміст навіювання повинен перебувати в гармонії з етичними нормами, соціальними установками, самолюбством сугеренда; 7) формула навіювання має містити певні строки й умови її реалізації; 8) пряме навіювання може містити елементи мотивованого роз'яснення, авторитетного наставляння або поради; 9) слова навіювання повинні бути досить яскраво, емоційно забарвлені; 10) сугестор повинен заздалегідь передбачити можливі обставини й ускладнення (ятрогенію), внаслідок яких його слово може діяти інакше, ніж він замислив.

Непрямі навіювання характеризуються або неясністю мети для сугеренда, або відсутністю прямої спрямованості на того, хто є справжнім об'єктом впливу. При цьому зміст непрямой сугестії включається сугестором у повідомлювану інформацію у схованому, замаскованому вигляді й характеризується неусвідомленістю, непомітністю, мимовільністю її засвоєння сугерендом. “М'які” форми непрямой навіювання рідко зустрічають опір з боку сугеренда. Непряме навіювання дуже часто може бути ненавмисним, будучи звичайним компонентом міжособистісного спілкування. Водночас довільне використання непрямой навіювання потребує від сугестора неординарності рішень, великої винахідливості у виборі мовних форм його реалізації, а також певного самовладання й артистизму.

Непрямі навіювання зазвичай тісно пов'язані з проблемою сугеренда й викликають у нього бажані реакції замаскованим та мимовільним способом. Ці навіювання можуть бути досить тонкими. Зазвичай вони конкретно не торкаються свідомого досвіду цієї людини, тому потребують від сугеренда різноманітних суб'єктивних інтерпретацій.

Застосування непрямих навіювань може приводити до того, що на рівні свідомості сугеренд думатиме про зміст актуальної

Існують змістові особливості деяких мовних форм непрямого навіювання:

1. “Складне складене навіювання”.

Воно являє собою складносурядне або складнопідрядне речення. Найчастіше перша частина речення є “приєднанням”, тобто описує психічний стан або ситуацію сугеренда в цей момент часу, а друга — “веденням”, тобто описує ефект, який сугестор хоче викликати в сугеренда.

Приклади: а) “Чим уважніше ви слухаєте мій голос, тим глибше ви можете поринути у спогади свого дитинства”; б) “В міру того, як ваш подих стає рівним, ви можете розслабитися ще більше”.

2. “Послідовність прийняття”.

Цей вид навіювання схожий з попереднім, але складається з більшої кількості фраз “приєднання” і дає змогу досягти таким чином більшої згоди сугеренда. Йдеться про послідовне прийняття якихось ідей. Людина, слідкуючи за логікою мовлення сугеренда, подумки погоджується з кожним наступним постулатом, оскільки перед цим уже погодилася з попереднім. Найвідомішим прикладом є “правило чотирьох так”: якщо сугеренд чотири рази відповів “так” на запитання, прохання, заяви сугестора, то в п'ятий раз він, найімовірніше, скаже “так” автоматично.

Приклади: а) “Ми з тобою зустрілися сьогодні вранці, а вже вечір. І ми по-справжньому добре провели цей день: ми разом попрацювали у бібліотеці, поблукали по місту, довідалися багато нового (твердження приєднання). Тому давай і завтра знову зустрінемося й проведемо весь день разом (твердження ведення)”; б) “Ми з вами в цій кімнаті. І ви чуєте мій голос, відчуваєте крісло, в якому сидите, бачите секундну стрілку на годиннику (твердження приєднання), і ваші очі можуть заплющитися (твердження ведення)”.

3. “Пресуппозиція”.

Під пресуппозицією, або припущенням, розуміється явище, що обов'язково станеться. Речення зазвичай будується як складне й конструюється так, що наголос падає на одну частину, а не

наголошена частина, яка і є пресуппозицією, сприймається як така, що обов'язково станеться.

Приклади: а) “Ви зможете зайнятися самодослідженням, коли сядете в це крісло”. (Передбачається, що самодослідженням сугеренд займеться обов'язково); б) “Коли підеш у бібліотеку, візьми словник іношомовних слів”. (Передбачається, що сугеренд обов'язково піде в бібліотеку).

4. “Трюїзм”.

Це мовна констатація певних фактів, подій, явищ, які не можна заперечувати. Це можуть бути як факти, що випливають із життєвих спостережень, так і факти, які відомі всім. Трюїзми можна розглядати і як “порожню породу”, що необхідна для заповнення простору мовлення сугестора, і як різновид навіювання. У цьому випадку трюїзми застосовують для одержання ефекту “ведення” сугеренда, що виникає після сприйняття ним трюїзму.

Приклади: а) “Кожна людина виняткова, ми всі це знаємо (трюїзм), і тому ви можете відчути розслаблення своїм неповторним, винятковим способом (ведення)”; б) “Все рухається, все змінюється (трюїзм), і ви теж здатні до глибинних трансформацій (ведення)”.

5. “Негативні парадоксальні навіювання”.

Зазвичай такі навіювання мають негативні частки й можуть діяти потрійно. По-перше, сугестор може прагнути привернути увагу сугеренда до предмета або явища. По-друге, оскільки деякі сугеренди звикли не погоджуватися з думкою оточуючих людей, то сугестор може використовувати їх “стратегію негативізму” за аналогією з математичним принципом: “мінус на мінус дає плюс”. По-третє, частка “не” несвідомим не засвоюється, і тому фраза “Ви можете заплющувати очі й не заплющувати очі” звучить на рівні несвідомого сугеренда фактично як здвоєне навіювання заплющити очі.

Приклади: а) “Не думайте про білу березу, не думайте про її зелені листочки й весняний березовий сік”; б) “Не треба заплющувати очі й думати про пляж, шурхіт піску й приємне розслаблення в усьому тілі під променями теплового літнього сонця”.

6. “Подвійна зв’язка, або Вибір без вибору”.

За логікою дії цей вид навіювання близький до пресуппозиції й дає ілюзорну можливість вибору там, де його немає. Таке навіювання приймається легко, оскільки існує видимість вільного ухвалення рішення.

Приклади: а) “*Ви волієте відповідати на мої запитання тоді, коли сядете на стілець або коли пересядете в крісло?*”; б) “*Ти підеш учити уроки зараз або коли пограєш із братом?*”

7. “Навіювання, які пов’язані з часом”.

Такі сугестії передбачають, що трансформація відбудеться тоді, коли для сугеренда настане суб’єктивно доречний час. Йому пропонується обрати доречний часовий інтервал, коли він може виконати запропоновану дію. Оскільки сугестор не висуває твердої вимоги виконувати навіювання саме зараз, то сугеренд легше погоджується із запропонованим у них змістом. Навіювання, які пов’язані з часом, можна розглядати як варіант подвійної зв’язки.

Приклади: а) “*У кожної людини зміни відбуваються з різною швидкістю: комусь досить дня, щоб змінитися, комусь двох, а комусь потрібен тиждень*”; б) “*По мірі занурення в транс, руки й ноги можуть почати розслаблюватися відразу або через деякий час*”.

8. “Мобілізуєчі навіювання”.

Для мобілізуючих навіювань використовується особливий порядок побудови фрази, яка вимовляється за один видих. При цьому цілісне речення під час реалізації сугестії може бути розбите на кілька фраз, кожна з яких вимовляється окремо, на черговому видиху. Наприкінці фрази ставиться дієслово або віддієслівна частина мови, наприклад дієприкметник, що має мобілізуючий характер, який підсилюється мовним наголосом. Подібна побудова фрази стимулює несвідоме сугеренда, підштовхуючи його до дії.

Приклад: “*І ви можете починати РУХАТИСЯ (мовний наголос)... до мети, яку УСВІДОМЛЮЄТЕ (мовний наголос)..., і коли ви будете готові ЗМІНЮВАТИСЯ (мовний наголос)..., ви зможете це ЗРОБИТИ (мовний наголос)*”.

9. “Парадоксальні навіювання”.

У зміст парадоксальних навіювань входять елементи, які здаються, на перший погляд, суперечливими.

Приклади: а) “Протягом наступної хвилини у вас буде стільки часу, скільки ви захочете для завершення роботи із внутрішньої інтеграції нових можливостей”; б) “У вашому минулому досвіді знаходяться всі необхідні ресурси для вирішення будь-яких проблем у майбутньому”.

10. “Відкриті навіювання”.

Іноді відкриті навіювання виділяють в окрему групу, але вони близькі до непрямих навіювань. Вони створюються в такий спосіб: сугестор дає сугеренду кілька ідей на вибір, перелічуючи можливі варіанти вирішення його проблеми.

Приклади: а) “І для того, щоб навчитися вирішувати складні проблеми в міжособистісних відносинах, ви можете читати книги, дивитися навчальні відеофільми, прийти на семінар, а можете зробити щось ще, що дасть вам змогу досягти цієї мети”; б) “І для вирішення своєї проблеми ви можете згадати щось важливе: те, що сталося дуже давно, або недавно, або щось середнє”.

11. “Метафора”.

Метафора є непрямим методом досягнення багатьох сугестивних цілей. Вона вважається одним із найпотужніших і водночас м'яких засобів, які застосовуються для надання сугеренду важливої інформації. Метафора може застосовуватися як при утилізації гіпнотичного стану, так і для навіювання поза станом трансу.

У метафори є кілька властивостей, які роблять її найважливішим інструментом сугестії: 1) подібність змісту метафори проблемі сугеренда; 2) образність метафори, що дає їй змогу знайти шлях у сферу несвідомого, де перебувають як проблеми сугеренда, так і ресурси для їхнього вирішення; 3) багатозначність метафори, що дає змогу сугеренду знайти в ній саме той зміст, що потрібний йому для вирішення власної проблеми.

12. “Контекстуальне навіювання (аналогове позначення)”.

Контекстуальне навіювання присутнє тоді, коли на тлі розміряного мовлення слово або фраза виділяється тоном голосу,

паузами, гучністю або якимись іншими мовними характеристиками. Свідомість розуміє, що логіка речення не порушена, і тому не втручається, а несвідоме активізується, сприймаючи спеціально виділену в мовленні інформацію.

13. “Афектаційна сугестія”.

Афектаційна сугестія заснована на підвищеній сугестивності осіб, які перебувають у стані афекту. При цьому “порада” сугестора, надана сугеренду в стані афекту, набуває значної сили, тому що під впливом афекту пильність сугеренда приспана.

Наприклад, сугестор у розмові зі схвильованим сугерендом намагається якимось заспокоїти останнього, завойовуючи його увагу, а потім після невеликої паузи дає імперативну або кооперативну “пораду”, пов’язану зі змістом його проблеми.

14. “Комплементарна сугестія”.

Комплементарна сугестія заснована на здатності деяких людей “танути, як сніг, тільки-но їх злегка обдадуть теплом компліменту”. При цьому невелика похвала, компліменти дають змогу сугестору побічно навіювати сугеренду заздалегідь заплановані вчинки.

Наприклад, сугестор вислуховує чергове висловлювання сугеренда, а потім починає розхвалювати останнього, робити йому компліменти, одночасно аплодуючи його словам, лясаючи його по плечу, потискуючи руку. Така техніка обробки свідомості сугеренда називається “бомбардуванням любов’ю”. Після цього сугестором робляться утилізаційні навіювання, які, природно, можуть некритично сприйматися сугерендом від людини, яка ним щиро захоплюється.

Творчі завдання

Творче завдання 1.

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

Коли мати розповідала про свою доньку, у неї мимовільно потекли сльози: “Росла прекрасна, слухняна дівчинка... Всі прохання та доручення і в школі, і вдома виконувала старанно і ретельно, часто плакала і переживала, якщо щось виходило не так,

як треба. Вчилася всі шкільні роки тільки на “відмінно”. І треба ж було такому статися — золота медалістка “провалилася” на вступному іспиті до інституту, про який мріяла. З цього часу в родині оселилися нервовість, смуток, туга та безнадійність...

Об’єктивно — нібито нічого страшного не сталося. Однак вже майже півроку дочка нікуди не ходить, ні з ким не спілкується, за весь цей час навіть не спробувала влаштуватись на роботу. Вона з ранку до ночі готується до майбутніх вступних іспитів, а більше майже нічого не робить. Ми з батьком намагаємось допомогти їй, як можемо: звільнили її від усіх домашніх справ, бережемо її, як можемо, підтримуємо в усьому, але вона все більш і більш нервується. Все б нічого, але останнім часом вона зовсім нічого не їсть... За весь день — одне-два яйця, кілька яблук, ну... чогось смачненького, незвичайного ще може скуштувати, але примусити її поїсти нормально не вдається. Що з нею робити?!

Стала худа, як щіпка, роздратована... Я розумію, що від таких переживань не товстішають, але її стан хвилює мене все більше і більше...” (ситуацію наведено з джерела...): Лупшо С. Е. Психологія травмуючих ситуацій: Практикум. — К.: НАУ, 2010. — 48 с.).

1. Проаналізуйте отриману інформацію. Чи вважаєте ви, що описані жінкою характеристики психологічного стану доньки вказують на наявність у неї посттравматичних порушень? Аргументуйте свою відповідь.

2. Як можна пояснити матері психологічні причини поведінки доньки?

3. Як ви вважаєте, до якого характерологічного типу належить ця дівчинка?

4. Який психологічний прогноз можна зробити стосовно цієї ситуації? Яку стратегію психологічної допомоги ви могли б запропонувати?

Творче завдання 2.

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

Наведену нижче сповідь воїна — афганця було надано через 10 років після повернення з війни.

“Правду вам розповість тільки розпачливий, адже правда надто страшна... Правди не буде... Хто вам розповість, як перевозили хутра та наркотики в трунах замість загиблих? Хто вам покаже намисто із засушених людських вух? Їх сушили і зберігали як бойові трофеї... Зберігали в сірникових коробочках... вони скручувалися там, висихаючи, у маленькі листочки... Ви скажете, такого не може бути? Прикро слухати таке про славних радянських хлопців? Виходить — може... Виходить — було... Це і є та правда, від якої неможливо сховатися, неможливо втекти...

Повернувся звідти додому... Там звук користуватись маленьким дзеркалом... А вдома — велике... Глянув у нього — і не впізнав себе... Нібито це не я, а хтось інший дивиться на мене з дзеркала — хтось зовсім чужий, незнайомий, з чужими очима, чужим обличчям... Не можу визначити, що саме змінилося, але це насправді була зовсім інша людина... Згадую: повернувся, увійшов у дім... мати мене, як малу дитину, роздягнула, усього обмацала: “Ціленький, рідненький!!!”.

Але це ж тільки ззовні — ціленький, а всередині — усе спалене... У моєї кімнаті — все, як раніше: книги, світлини, магнітофон, гітара... А я — інший... Дивне, страшне відчуття... Чужак у власному житті... Стільки років вже минуло, а я — немов все ще там... По парку й дотепер пройти не можу спокійно — озираюся. В кафе офіціант встане за спиною: “Замовляйте!”, а мене немов холодною хвилею накриває: ледве стримуюсь, щоб не підхопитися й не кинутися на нього — не можу, щоб у мене за спиною хтось стояв... Побачу гада якого-небудь — десь у метро або на вулиці — усе нібито загоряється усередині: “Вбити б, розстріляти такого!” — і аж долоні спітніють від цієї думки, ледве стримуюсь, щоб не вбити, адже вбити — так легко... ..Ночами спати не можу — боюся засинати, щоб знову не поринути у нескінченний кошмар, у моторошні сновидіння, що й досі з’являються щочочі, нібито страшний привіт звідти, з минулого... Отак майже до світанку борешся із собою, потім — на короткий час — ні, не заснеш, а немов провалишся кудись... Вранці прокидаєшся — і радий, що не пам’ятаєш

снів... Тільки почуття нудоти залишається завжди після ночі, немов нагадує: “Брешеш, не забудеш, не відмовишся від себе — минулого, будеш пам’ятати все, що було ТАМ, будеш носити з собою цей важкий камінь усе своє життя!”

...А один сон останніми роками повторюється щоразу і пам’ятається у подробицях... Начебто я сплю й бачу багато-багато людей... Усі вони чомусь біля нашого будинку зібралися. Я озираюся, мені тривожно й хочеться втекти звідси, але відчуваю, що ноги мене не слухаються... Отут до мене доходить, що я лежу в труні... але труна — дерев’яна, не цинкова, як на війні... Пам’ятаю це добре і відчуваю, що це для мене чомусь дуже важливо. ...Дивно, але я, хоча й знаходжуся в труні, відчуваю себе живим, точніше, не відчуваю, а нібито пам’ятаю, що я — живий, хоча й лежу в труні...

Відкриваються ворота, люди виходять на дорогу — це вони мене виносять — на дорогу. Народу — тьма-тьмуца, в усіх на обличчях горе і ще якийсь таємний вираз, мені незрозумілий. Що трапилося? Чому я в труні? ...Раптом процесія зупиняється, і я чую, як хтось каже: “Дайте молоток!” Отут мене пробиває думка — це сон, я бачу сон. Знову хтось повторює: “Дайте молоток!” І почуття таке дивне: ніби це все наяву відбувається і водночас ніби — уві сні. І втретє хтось каже: “Дайте мені молоток!”, і я чую, як ляскає кришка, як стукає молоток і відчуваю, як один цвях входить мені у палець. Я починаю битися головою по кришці труни, ногами починаю стукати... Нарешті кришка відривається і падає. Всі люди дивляться на мене — я піднімаюся... ось вже піднявся до пояса, але мене ніби ніхто не бачить — усі дивляться ніби крізь мене. Мені хочеться кричати: “Навіщо ви мене забиваєте цвяхами, мені ж боляче, мені там немає чим дихати!” А вони плачуть, але мені нічого не говорять — усі ніби німі. І я не знаю, як мені заговорити з ними так, щоб вони мене побачили та почули! Мені здається, що я кричу, а губи мої стиснуті, не можу їх розліпити. Тоді я лягаю назад у труну й лежу тихо... раптом приходиться думка: вони, напевно, хочуть, щоб я помер! Може, мені й справді треба померти, щоб нікого не роз-

чарувувати, — так буде краще для всіх? Або, може, я вже помер і тому мовчу? ...Хтось знову говорить: “Подайте врешті-решт молоток!..”

Прокидаюся після цього сну пригнічений, збентежений, з болем у серці та відчаєм у душі... Як мені жити з цією нестерпно тяжкою ношею? Як зцілити розшматовану душу? Чому війна не відпускає мене? Шукаю, шукаю відповідь на ці запитання... але все марно... нібито бігаю по вузькому колу...” (ситуацію наведено з джерела: Алексієвич С. Цинковые мальчики. — М.: Время, 2007. — 400 с.).

1. Визначте психологічні проблеми героя розповіді. Чи можна говорити про наявність у нього посттравматичних порушень? Аргументуйте відповідь.

2. Проаналізуйте зміст наведеного в розповіді сновидіння. Як ви вважаєте, в чому його сенс? Які психологічні проблеми і фрустровані потреби відбиваються в описаному сновидінні?

3. Окресліть основні завдання психотерапевтичної роботи з цим клієнтом.

Творче завдання 3.

У наведених нижче ситуаційних завданнях описано психотравмуючі переживання біженців, які були вимушені покинути власні домівки через етнічні чистки в Боснії і Герцеговині (під час війни в Хорватії, Боснії і Герцеговині, 1992 р.).

Всі вони пережили стрес переміщення у формі, яка є найгіршою для людини — переміщення, що пов'язане з війною, втратою близьких, знищенням їхніх домівок, власного світу (приклад наведено з джерела: Луппо С. Е. Психологія травмуючих ситуацій: Практикум. — К.: НАУ, 2010. — 48 с.).

Ситуаційне завдання 1.

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

Айша Ходжахметович, 35-річна жінка з маленького селища В. у Північній Боснії і Герцеговині, де в неї та її чоловіка був дім та невеличка ферма. Нині вона мешкає разом з двома дочками — Амрою (14 років) та Мелікою (8 років) — у передмісті Загреба, у кімнаті, яку винаймає у господарів будинку.

Коли у травні 1992 року сусіднє селище З. було атаковане сербами, Айша, її чоловік та дві доньки були вимушені терміново сховатися у кукурудзяному полі. Айнуша, третя донька Айши (9 років), у цей час гралася десь на околиці села разом з іншими дітьми, і батьки не змогли її знайти. Серби, серед яких були як мешканці їхнього селища, так і “чужаки”, яких родина Айши до цього часу ніколи не бачила, витягли її чоловіка зі схованки і розстріляли його разом з іншими чоловіками. В цей день було вбито мешканців села, серед них — Айнушу разом з 4 дітьми, з якими вона гралася. Обидві доньки Айши, які вижили, бачили гору трупів.

Мешканцям села, які втратили своїх близьких, не дозволялося навіть підходити до вбитих, щоб поховати їх. Щоб залишитися живими, Айша з дітьми та іншими мешканцями села були вимушені протягом чотирьох днів переховуватися в лісі без їжі, води та одягу. Втративши надію повернутися до рідного селища, вони почали пробиратися крізь ліс і нарешті дійшли до якогось великого села, в якому переховувалися впродовж тижня, до приходу сербів. Потім знову, пробираючись крізь ліс, дійшли до сусіднього селища З., де перебували 4 дні, після чого, нарешті, змогли виїхати в Хорватію, де тимчасово оселилися у Загребі.

Нині Айша разом з дітьми отримує гуманітарну, психологічну та медичну допомогу у рамках проекту “Загребська допомога”, її доньки пішли до школи. Через деякий час Айша знайшла можливість заробляти невеличкі гроші для утримання родини (зараз вона прибирає квартири). Після пережитого, майже відразу після прибуття в Загреб, Айша захворіла на цукровий діабет. Це був дуже складний період для її родини, і перший час ані вона, ані її доньки не мали можливості оплакати втрату, яку потерпіли. У Загребі Айша дізналася і про загибель двох її рідних братів: вони загинули у бою в Боснії.

За словами Айши, тривалий час вона поводитися “як бездушна тварина, інакше не змогла б вижити зовсім”. Тепер за допомогою спеціалістів і неспеціалістів вона змогла увійти в контакт зі своїм внутрішнім горем і виразити свій душевний біль

під час терапевтичних бесід. Також вона почала усвідомлювати жахливі події, які відбулися у її житті. Цей процес протікає для неї дуже тяжко: під час терапевтичної роботи посилилась тривога, почалися стійкі розлади сну, її майже не відпускає сильний головний біль, почастишало виникнення раптових спогадів про пережите, які самі виникають у свідомості (flash-back-ефекти). Після них Айша відчуває себе спустошеною та знесиленою. Вона постійно думає про загиблу доньку, відчуваючи надзвичайний душевний біль та почуття провини через те, що не змогла повернутися в село, знайти її і поховати по-людськи. І хоча вона розуміє, що тоді вони всі могли загинути, біль та провини не відпускають її ні на мить (через деякий час після тієї страшної атаки сербів усі 105 загиблих селян були поховані у братській могилі, і Айша знає про це). “Іноді я заспокоюю себе тим, — каже Айша, — що донька загинула разом з дітьми, з якими так любила гратися. Можливо, вони і зараз знаходяться усі разом? ...Я тільки сподіваюся, що вона померла миттєво і не страждала під час загибелі...”

1. Побудуйте граф-схему посттравматичних порушень, які мають місце у жінки. Чи можна стверджувати про наявність у неї ПТСР? Аргументуйте відповідь, з огляду на критерії ПТСР відповідно класифікатору DSM.
2. Як ви вважаєте, чому підсилення проявів посттравматичної симптоматики відбулося саме під час надання психологічної допомоги жінці?
3. Окресліть основні завдання психотерапевтичної роботи з цією жінкою.

Творче завдання 4.

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

Хлопця І. К. (12 років) привела до спеціалістів з організації “Загребська допомога” мати з приводу енурезу та енкопрезу. У цей час хлопчик разом з матусею та двома сестрами мешкав у таборі для біженців у Хорватії. Його батько загинув під час бою, намагаючись врятувати товариша. Мати ще до війни перенесла складну операцію з приводу пухлини головного мозку і страж-

дала на епілепсію. Хлопець, таким чином, був єдиним чоловіком у родині і відчував себе відповідальним за хвору матір та сестер. Після втрати батька він припинив гратися з дітьми, весь вільний час проводив біля матері, піклуючись про неї, уважно стежачи за виразом її обличчя, постійно запитуючи, чи все з нею добре, намагаючись у такий спосіб попередити виникнення епілептичного нападу. На цьому тлі в нього почався енурез, а потім приєднався і енкопрез.

Він був госпіталізований в одну із загребських лікарень, де вже після кількох сеансів проведеної психотерапії зазначені симптоми зникли: він заспокоївся і почав поводитись, як інші діти. Коли мати з сестрами прийшли до лікарні провідати його, він відразу став серйозним та стурбованим, у цей же день симптоми повернулися і набули стійкого характеру.

1. Визначте психологічну природу посттравматичної симптоматики, яка має місце у хлопчика.

2. Окресліть основні завдання психологічної роботи з хлопцем.

3. Які методи психокорекції та психотерапії ви вважаєте за доцільне використовувати під час психологічної роботи з ним? Аргументуйте відповідь.

Творче завдання 5.

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

Хлопчик В. (11 років), після етнічної чистки в Боснії, мешкає у Загребському таборі для біженців. До спеціалістів проекту “Загребська допомога” його привела мати. Вона розповіла, що син відмовляється ходити до школи, пояснюючи це страхом отруєння: вважає, що все навкруги отруєно ядом. Коли мати все таки примушує його піти до школи, він іде, вкриваючи носа та рота носовою хустинкою, пояснюючи це тим, що “не хоче дихати отрутою”.

Він не грається з дітьми, не виходить з дому, вживає тільки добре запаковані продукти. Зазначені симптоми з’явилися в нього після того, як він почув по радіо попередження, щоб люди не торкалися знайдених на вулиці незнайомих предметів (олівців, шоколаду, іграшок тощо) та міни, які не розірвалися.

Мати розповіла, що син дуже уважно прислухається до інформації, що стосується страшних подій, пов'язаних з війною. При цьому мати не приховувала, що саме ця тема — жахи війни — є головною темою сімейних розмов та розмов між поселенцями табору для біженців.

Під час обстеження у хлопця було виявлено надзвичайний рівень тривоги, нав'язливий страх знищення, фізичне та нервово-психічне виснаження, порушення сну, численні соматичні проблеми.

1. Визначте психологічну природу посттравматичної симптоматики, яка має місце у хлопчика.

2. Окресліть основні завдання психологічної роботи з хлопцем.

3. Які методи психокорекції та психотерапії ви вважаєте за доцільне використовувати під час психологічної роботи з ним? Аргументуйте відповідь.

Творче завдання 6.

Уважно прочитайте приклади дитячих переживань, у тому числі виражених у малюнках, пов'язаних з психотравмою війни та переміщення. Виконайте поставлені завдання.

Приклад 1.

Хлопчик І. С. (8 років) до табору біженців попав з області, яка відома надзвичайно жорстокими розправами сербів з місцевим населенням. Під час воєнних дій був тяжко поранений мінометним снарядом, який вбив його батька та тяжко поранив матір. Як і його мати, він переніс кілька складних операцій. Опинившись у статусі біженця, став надзвичайно агресивним, у тому числі і до своєї матері, яка тяжко переживала це і не могла знайти пояснень таким змінам характеру дитини.

Матері порекомендували звернутися до спеціалістів-психологів, що вона і зробила. Під час кожного психотерапевтичного сеансу хлопець малював одне і те саме: місце трагічної події; танк, який випустив снаряд, тіло батька, матір і власне тіло у калюжі крові перед їхнім зруйнованим будинком...

Приклад 2.

Хлопчик С. К. (5 років) мешкає з матір'ю і молодшою сестрою в селищі для біженців. Батько перебуває на лінії фронту. Зі слів матері, у вигнанні хлопець дуже змінився: він постійно намагається залишитися наодинці, майже не розмовляє ні з ким, відмовляється від прогулянок, став емоційно заторможеним. У нього з'явилися численні страхи, у тому числі страх засинання, зараз він спить тільки з мамою. Останнім часом відмовляється від їжі. Коли відмова від їжі набула стійкого характеру, що стало загрожувати його здоров'ю, мати звернулася по допомогу у центр допомоги переміщеним. Під час перших сеансів психотерапії поведінка хлопця була аутичною, на всі запитання спеціалістів він відповідав дуже лаконічно, або не відповідав зовсім, ніколи не згадував про татка і не відповідав на запитання стосовно нього. На запитання про теперішнє життя та друзів відповів, що йому не подобається жити у селищі для біженців. На одному з сеансів він спонтанно попросив папір і намалював собаку. Коли хлопця запитали про нього, він відповів, що собака зветься Целі і він залишився вдома, тому що вони не змогли знайти його, коли залишали своє село. Тільки після цього хлопчик вперше за весь час перебування у таборі заплакав і сказав, що він постійно думає про свого Целі. Він боїться, що собаці нема чого їсти у зруйнованому селищі, що він голодує і страждає від холоду та самотності. Після цього він вперше згадав і про батька: “Напевно, він досі шукає мого собаку, щоб повернути його додому”. Після цього хлопчик під час кожного сеансу малював свого собаку і розповідав про нього. Він став більш відкритим, у нього з'явився апетит, поліпшився емоційний стан.

1. Визначте психологічну природу наведених посттравматичних переживань дітей, які постраждали під час війни.

2. Визначте характерні для дітей форми психічних розладів.

3. Окресліть основні завдання психологічної роботи з дітьми, постраждалими під час війни.

Творче завдання 7.

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

На прийомі у психолога дівчина 20 років, яка тяжко переживає розрив стосунків з важливою для неї людиною.

“Зі слів бабусі, моя мати завагітніла до заміжжя... Батьки жили погано. Батько випивав і бив маму. Через сім років вони розлучилися. Незабаром я з мамою виїхала в іншу країну, де мама знову вийшла заміж. Стосунки були більш-менш нормальними, але в матеріальному плані було дуже складно, пам'ятаю, що іноді взагалі не було чого їсти. Мама почала випивати з кожним місяцем усе більше і більше. Потім ми повернулися в Україну, жили по квартирах, мама ніде не працювала, вітчим іноді працював, але постійної роботи в нього теж не було. Проте згодом його засудили за злочинство. У 12 років мама відправила мене до бабусі на літо, а потім я залишилася там під приводом “поки вони влаштуються”, і далі (до сьогодні) я живу з бабусею (мамою мого рідного батька) і дідусем. Маму я більше не бачила, лише іноді доходили чутки, що вона дуже сильно п'є. Але от уже багато років я взагалі не знаю, де вона і чи жива...”

У 17 років я почала зустрічатися з хлопцем, я дуже до нього звикла. Це був другий мій хлопець, з першим (мені тоді було 15 років) у мене не склалося відразу, і зустрічалися ми недовго, мабуть, тому, що в мене є дуже багато комплексів з приводу моєї зовнішності. А з цим ми зустрічалися майже два роки, а півроку як розлучилися. Вірніше, він покинув мене. Сказав, що більше не любить...”

У перші місяці в мене були сильні істерики, я дуже важко переживала наш розрив, і чомусь мені дуже хотілося розповісти про все це мамі, хотілося, щоб вона була поруч. Але її не було... А в мене не було поруч жодної людини, яка б мене посправжньому зрозуміла. Я дуже багато плакала, лаялася з бабусею і дідусем, дуже сильно відсторонилася від оточення, закрилася в собі... З моменту розриву наших відносин минуло вже півроку, я все чекала, що біль відпустить, але чомусь стає все важче... В душі — порожнеча.

У мене таке відчуття, що жити більше не варто, що я більше не можу довіряти людям, зовсім нікому, адже всі, кого я любила по-справжньому, зрадили мене. Мені здається, що я відчуваю лють до всього світу. З'явилося відчуття, що я більше ніколи нікого не зможу любити, що в мене ніколи не буде власної родини, такої, про яку я мріяла, якщо у мене нічого не виходить із хлопцями. Можливо, все це від того, що я не можу позбавитись минулого? А ще... в мене чомусь зникли всі почуття до мами, хоча всі ці роки я дуже, дуже любила її, незважаючи на всі погані звістки про неї, і завжди чекала на неї... Мені від цього страшно, я знаю, що так не повинно бути, але, крім байдужості, у моїй душі немає вже нічого..." (ситуація з консультативного досвіду автора посібника).

1. Схарактеризуйте психічний стан дівчини, аналізуючи його емоційні і когнітивні кореляти. Які особливості ціннісно-смислового визначення свого життя та самої себе вказують на наявність у дівчини посттравматичної трансформації? Які мотиваційні та емоційно-когнітивні особливості свідчать про це?

2. Проаналізуйте психологічні та соціальні фактори, які "підготували", зумовили виникнення описаної травматичної реакції на розпад відносин?

3. Розробіть стратегію допомоги дівчині.

Творче завдання 8.

Уважно прочітайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

На прийомі у психолога жінка Г., 46 років, зі скаргами на тривале безсоння, "важкий" (з її слів) настрій, плаксивість, дратівливість, відсутність життєвих сил.

Вперше ці симптоми з'явилися 1,5 роки тому, незабаром після сварки з дочкою, винною в якій, на думку клієнтки, є дочка. Останнім часом, за висловлюванням жінки, її стан став зовсім нестерпним: "пропав інтерес до всього", "все складніше стало просто жити, ходити, щось робити".

Приводом — саме приводом, а не причиною сварки між матір'ю і дочкою, став той факт, що незаміжня дочка відмовилася перервати першу, незаплановану вагітність і народила дитину.

Реакція матері була категоричною: “Жити разом з людиною, яка не прислухалася до материнської думки, хоча вона була їй відома, я не буду ні за яких обставин”.

Передісторія ж була така. Сімейне життя Г. склалося не так, як їй хотілося. Сама вона також завагітніла ще до шлюбу, а незабаром після народження дочки розлучилася з її батьком. Заміж більше не виходила, всю себе віддавши дитині. Дочку виховувала сама, відмовившись від “послуг п’яниці-батька”. Жінка намагалася виховувати дочку так, щоб та “уникла її долі”, намагалася її переконати в тому, що заміж можна виходити тільки з любові, а не за захопленням чи пристрастю. Одного разу, під час розмови з дочкою в день її повноліття, у відповідь на зізнання дочки в особливих почуттях до хлопця мати в ультимативній формі сказала: “Якщо народиш дитину поза шлюбом, будеш сама її виховувати!”

Так і сталося. У відповідь на реакцію матері дочка виїхала в інше місто, а народивши дитину, заборонила матері навіть бачитися з онукою... На прийомі у психолога Г. наполягала на тому, що вона “не може піти проти своїх принципів”. “Інакше, — стверджувала вона, — я перестану поважати саму себе” (ситуацію у скороченому вигляді наведено з джерела: Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб.: Речь, 2005. — 256 с. — С. 146—147).

1. Який тип психічної травми описаний у ситуаційному завданні? Визначте психологічні фактори, які призвели до розгортання травматичного процесу.

2. Побудуйте стратегію психологічної роботи з жінкою (спробуйте визначити мету і основні “мішені” роботи).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Аббков В. А., Перре М.* Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, психотерапии. — СПб.: Речь, 2004. — 166 с.
2. *Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Стивак Л. И., Щукин Б. П.* Психогении в экстремальных ситуациях. — М.: Пресс, 1991. — 321 с.
3. *Алиев Х.* Метод “Ключ” в борьбе со стрессом. — М.: Феникс, 2003. — 320 с.
4. *Алферова Т. С., Котлярова Г. В., Гантов В. Б.* Жить, чтобы выжить, и выжить, чтобы жить. — М.: Мега-Нэт, 1998. — 248 с.
5. *Антипов В. В.* Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям: Учеб. издание. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. — 176 с.
6. *Анциферова Л. Н.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. — 1994. — № 1. — Т. 15. — С. 3—18.
7. *Байер О. О.* Життєві кризи особистості: навч. посібник / О. О. Байер. — Д.: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. — 244 с.
8. *Басин В. Ф., Рожнов В. Е., Рожнова М. А.* К современному пониманию психической травмы и общих принципов ее психотерапии. — В кн.: Руководство по психотерапии. — М., 1974. — С. 39—53.
9. *Бек А.* Техники когнитивной психотерапии / Под ред. А. Б. Фенько, Н. С. Игнатьева, М. Ю. Локтаева. Психологическое консультирование и психотерапия: хрестоматия. — Т. 1: Теория и методология. — М.: МПЖ, 1999. — С. 142—167.
10. *Белорусов С.* Психология страха смерти: [electronic sources]: <http://pravbeseda.org/library/books/raz4.html>

11. *Бермант-Полякова О. В.* Посттравма: диагностика и терапия. — СПб.: Речь, 2006. — 248 с.
12. *Бодров В. А.* Психологический стресс: развитие и преодоление. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 528. — С. 2.
13. *Бурмистрова Е. В.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. — М.: МГППУ, 2006. — 96 с.
14. *Василюк Ф. Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). — М.: Изд-во У, 1984. — 200 с.
15. *Василюк Ф. Е.* Уровни построения переживания и методы психологической помощи // Вопросы психологии. — 1988. — № 5. — С. 27—37.
16. *Венгер А. Л.* Культурно-исторический подход к коррекции посттравматической регрессии: на материале психологической работы в Беслане (2004—2006) /А. Л. Венгер // Вопросы психологии. — 2007. — № 1. — С. 62—69.
17. *Венгер А. Л., Морозова Е. И.* Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. — Владимир: Транзит-ГЕКС, 2009. — 150 с.
18. *Воробьев Ю. Л.* Катастрофы и человек. — М.: Академический проект, 1997. — 256 с.
19. *Гингер С., Гингер А.* Гештальт-терапия контакта. — СПб.: Специальная литература, 1999. — 287 с.
20. *Гиппиус С.* Тренинг развития креативности. Гимнастика чувств. — СПб.: Речь, 2001. — 345 с.
21. *Гиринг Т.* Посттравматический стресс с позиции экзистенциально-гуманистической психологии // Вестник психологии. — 1994. — № 1. — С. 92—96.
22. *Гиссен Л. Д.* Клиника и профилактика невротических реакций, возникающих в экстремальных условиях. — М., 1975.
23. *Гнездилов А. В.* Психология и психотерапия потерь.— СПб.: Речь, 2002. — 162 с.
24. *Гостюшин А. В.* Человек в экстремальной ситуации. — М.: Армада-Пресс, 2001. — 384 с.

25. *Гремлинг С., Ауэрбах С.* Практикум по управлению стрессом.— СПб.: Питер, 2002. — 240 с.
26. *Гриневиц Є. Г., Лінський І. В.* Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12. — № 1–4. — С. 16–21.
27. *Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Пономаренко В. А.* Готовность к деятельности в напряженных ситуациях. — Мн., 1985. — 206 с.
28. *Дэвис Б.* Основы выживания в экстремальной ситуации. — М.: Яуза Эксмо, 2003. — 288 с.
29. *Ениколопов С. Н.* Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 3. — С. 50–56.
30. *Зинкевич-Евстигнеева Т.* Формы и методы работы со сказками. — СПб.: Речь, 2008. — 240 с.
31. *Зинкевич-Евстигнеева Т., Грабенко Т.* Практикум по креативной терапии. — СПб.: Речь, 2001. — 400 с.
32. *Золотарева Т. Ф., Минигалиева М. Р.* Проблемы социально-психологической помощи жертвам террора. — Изд-во МГСУ, 2002. — 25 с.
33. *Зуев Ю.* Сознание в поединке // Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. — М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. — 480 с. — С. 332–348.
34. *Ильин А. А.* Выживание в городе. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2005. — 576 с.
35. *Ильина С. В.* Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. — 1998. — № 6. — С. 65–74.
36. *Католик Г. В.* Тренінг релаксації як ефективна форма психокорекційної допомоги при ПТСР у дітей // Проблеми психологічного здоров'я в сучасній психотерапії: матеріали Міжн. наук.-практ. конф. — Львів, 2006. — С. 19–23.

37. *Католик Г., Корнієнко І.* Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. — Львів: Червона Калина, 2003. — 124 с.
38. *Католик Г., Коваль М.* Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань у підлітків // Збірник тез Міжнар. конф. з дитячої та юнацької психотерапії “Дитяча та юнацька психотерапія в Україні: 5-річний досвід роботи”. — Львів, 2006. — С. 31–33.
39. *Керрел С.* Групповая психотерапия подростков. — СПб.: Питер, 2002. — 224 с.
40. *Китаев-Смык Л. А.* Психология стресса. — М.: Академический проект, 2009. — 943 с.
41. *Калшед Д.* Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа. — М.: Академический проект, 2007.
42. *Картрайт С., Купер К. Л.* Стресс на рабочем месте. — Х.: Гуманитарный центр, 2004. — 236 с.
43. *Козлов В. В.* Работа с кризисной личностью: Методическое пособие. — М.: Психотерапия, 2007. — 336 с.
44. *Колодзин Б.* Посттравматический стресс. — М.: Школа реабилитации, 2001. — 88 с.
45. *Колодзин Б.* Как жить после психической травмы. — М., 1992. — 186 с.
46. *Конончук Н. В.* О психологическом смысле суицидов // Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия. — М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. — С. 277–291.
47. *Кораблина Е. П., Акиндинова И. А., Баканова А. А., Родина А. М.* Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: пособие для практических психологов. — СПб.: Союз, 2001. — 319 с.
48. *Корнієнко І.* Психологічна допомога дітям, що зазнали травми внаслідок катастрофи / І. Корнієнко, Г. Католик // Психолог. — 2004. — Грудень (№ 46). — С. 8–16.
49. *Коротков Б. П., Черепанов И. Г.* Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф. — М.: Дашков и К^о; Наука Пресс, 2008. — 480 с.

50. *Котенов И. О.* Психологическая диагностика постстрессовых состояний. — Пермь, 1998. — 42 с.
51. *Котляров А. В.* Другие наркотики, или Homo Addictus: Человек зависимый. — М.: Психотерапия, 2006. — 480 с.
52. *Краснов В. Н., Юркин М. М., Войцех В. Ф.* и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 1. — С. 5—10.
53. *Крукович Е. И., Ромек В. Г.* Кризисное вмешательство. — М.: Европейский гуманитарный университет, 2003. — 92 с.
54. *Кузьминов В. Н., Васильева О. О.* Особливості психопатологічних порушень у хворих із синдромом алкогольної залежності, що приймали участь в екстремальних подіях // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10. — № 4 — С. 91—94.
55. *Лазарус А.* Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
56. *Лабезная Е. О.* Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс // Психология состояний / Под ред. А. О. Прохорова. — СПб., 2004. — С. 373—385.
57. *Лебедев В. Н.* Личность в экстремальных условиях // Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. — М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. — 480 с. — С. 84—134.
58. *Лебедев В. Н.* Экстремальная психология. — М.: Юнити-Дана, 2001. — 431 с.
59. *Леонтьев Д. А.* Методика предельных смыслов. — М.: Смысл, 1999. — 35 с.
60. *Личность* в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. Сборник научных статей научно-практической конференции с международным участием / Под ред. Р. В. Кадырова. — Владивосток: Владивостокский государственный медицинский университет, 2012. — 319 с.
61. *Ліщинська О. А.* Можливості психологічної допомоги жертвам деструктивних тоталітарних організацій // Прак-

- тична психологія та соціальна робота. — 2006. — № 3. — С. 1—4.
62. *Ловелле Р. П., Малимонова С. В.* Когнитивно-імагинативні методи в ліченні травматического стресса: на приме-ре тренінга для работников соціальної сфери в Чечне: [electronic sources]: www.supporter.ru, 2003.
63. *Лоуэн А.* Биоенергетика. Терапія, котра працює з телем. — СПб.: Ювента, 2000. — 384 с.
64. *Магомед-Эминов М. Ш.* Предыстория концептуализации феномена ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) // Психология состояний: хрестоматия / Сост. Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров — М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. — 608 с. — С. 347—353.
65. *Малкина-Пых И. Г.* Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2006. — 90 с.
66. *Макаревич Р. А.* Экспериментальная психология: теоретические основы, лабораторный практикум. — М.: Изд-во “Университетское”, 2003. — 173 с.
67. *Маклаков А. Г.* Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22. — № 1. — С. 16—24.
68. *Марищук В., Евдокимов В.* Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. — СПб.: Сентябрь, 2001. — 260 с.
69. *Меновщиков В. Ю.* Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. — М.: Смысл, 2005. — 182 с.
70. *Моляко В. А.* Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия (на примере Чернобыльской атомной катастрофы) // Психология состояний: хрестоматия / Сост. Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров. — М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. — 608 с. — С. 439—444.
71. *Мороз Р.* Запобігання і подолання наслідків насильства // Психолог. — 2006. — № 5. — С. 23—27.

72. *Моховиков А. Н., Дыхне Е. А.* Кризисы и травмы: методические материалы к учебному курсу. Теория и практика гештальт-терапии. — Вып. 1. — М., 2007.
73. *Мусяненко Г. О., Бараненко О. В., Гольцова С. В., Віхляєва Л. Ю.* Оцінка особливостей проявів післятравматичних стресових розладів у осіб з алкогольною залежністю // Довженківські читання: теорія і практика наркології: матеріали VI Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. — Харків, 2005. — С. 99–102.
74. *Мюлленайзен Б.* Нарушения, обусловленные стрессом и их причины // Психология состояний: хрестоматия / Сост. Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров. — М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. — 608 с. — С. 394–399.
75. *Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П., Садковий О. В., Склень О. І., Тімченко О. В.* Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: Монографія. — Х.: Вид-во УЦЗУ, 2008. — 221 с.
76. *Новикова М. В.* Психологическая помощь ребенку в кризисной ситуации. — М.: Генезис, 2006. — 128 с.
77. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь, 2006. — 400 с.
78. *Новейшая энциклопедия выживания в экстремальных ситуациях.* — М.: АСТ; Астрель, 2007. — 320 с.
79. *Ольшанский Д. В.* Психология террора. — М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. — 320 с.
80. *Ольшанский Д. В.* Психология терроризма. — СПб.: Питер, 2002. — 288 с.
81. *Осипова А. А.* Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 315 с.
82. *Осухова Н. Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. — М.: Академия, 2005. — 288 с.
83. *Павловський П., Завадзький Л., Завадзький Б.* Динаміка співвідношення між перцепцією травми, емоційною реактивністю та загостренням симптомів посттравматичного

- стрессового розладу після перенесення катаклізму паводку // Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. — Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. — 338 с. — С. 141–158.
84. *Панок В. Г.* Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи: Монографія. — К.: Центр соціальних експертиз і прогнозів, 1999. — 106 с.
85. *Пергаментцик Л., Пузыревич Н.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях: Практикум. — Минск: Изд-во Гревцова, 2013. — 340 с.
86. *Пергаментцик Л. А.* Список Робинзона // Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченков. — М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. — 480 с. — С. 60–83.
87. *Петрюк П. Т., Якущенко И. А.* Социально-психологические и психиатрические аспекты психосоматических расстройств у больных, перенесших психоэмоциональный стресс // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 3–4. — С. 140–159.
88. *Практикум по арт-терапии* / Под ред. А. И. Копытина. — СПб.: Питер, 2001. — 448 с.
89. *Профілактика психологічного насильства і маніпулювання свідомістю та розвиток критичного мислення в молодіжному середовищі.* Матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 27–28 трав. 2004 р., м. Київ. — К.: Укр. центр політичного менеджменту, 2005. — 320 с.
90. *Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных* / Под общ. ред. Ю. С. Шойгу. — М.: Смысл, 2007. — 319 с.
91. *Психогимнастика в тренинге* / Под ред. Н. Ю. Хрящевой. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
92. *Пуховский Н. Н.* Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. — М.: Академический проект, 2000. — 286 с.

93. *Пушкарев А. А., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. — 128 с.
94. *Пятницкая Е. В.* Психологическая помощь детям и подросткам, переживающим психотравмирующие события: Учеб.-метод. пособие для студ. психол. спец. и практикующих психологов / Е. В. Пятницкая. — Николаев, 2008. — 180 с.
95. *Ромек В. Г.* Поведенческая психотерапия. — М.: Academia, 2002. — 192 с.
96. *Ромек В., Ромек Е.* Тренинг наслаждения. — СПб.: Речь, 2003. — 160 с.
97. *Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб.: Речь, 2005. — 256 с.
98. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. — СПб.: Питер, 2001. — 384 с.
99. *Самоукина Н. В.* Экстремальная психология. — М.: Ассоциация авторов и издателей "ТАНДЕМ", Изд-во ЭКМОС, 2000. — 288 с.
100. *Сандомирский М. Е.* Защита от стресса. Телесные технологии. — СПб.: Питер, 2008. — 256 с.
101. *Смирнов Б. А., Долгополова Е. В.* Психология деятельности в экстремальных ситуациях. — Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. — 276 с.
102. *Соловьев В.* Особенности психологического статуса сотрудников спецподразделений в постэкстремальный период // Развитие личности. — 1999. — № 1. — С. 128—135.
103. *Словоева С. Л.* Кризисная психология. Справочник практического психолога. — АСТ, 2008. — 288 с.
104. *Смирнов Б. А., Долгополова Е. В.* Психология деятельности в экстремальных ситуациях. — Х.: Изд-во Гуманитарный центр, 2007. — 276 с.
105. *Соловейчик М. Я.* Кризис и основы кризисной интервенции // Мастерство психологического консультирования /

- А. А. Бадхен, А. М. Родина (ред.) — СПб.: Европейский дом, 2002. — 240 с.
106. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: Когито-Центр, 2005. — 376 с.
 107. *Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А. Н. Моховиков.* — М.: Когито-центр, 2001. — 570 с.
 108. *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
 109. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., Петрухин Е. В.* Посттравматический стресс у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Труды Института психологии РАН. — Т. 1. — Кн. 1. — М., 1995. — С. 66—99.
 110. *Тарас А. Е., Сельченко К. В.* Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. — Мн.: Харвест, 1999. — 480 с.
 111. *Топчий М. В., Чурилова Т. М.* Стресс как объект научной рефлексии. — Ставрополь: НОУВПОСКСИ, 2009. — 312 с.
 112. *Трубицына Л. В.* Процесс травмы. — М.: Смысл; ЧеРо, 2005. — 194 с.
 113. *Уайзман Дж.* “Лофти”. Полное руководство по выживанию. — М.: АСТ; Астрель; Мн.: Харвест, 2007. — 576 с.
 114. *Фопель К.* Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего: практическое пособие. — М.: Генезис, 2005. — 256 с.
 115. *Хассен С.* Освобождение от психологического насилия, деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. — 400 с.
 116. *Хассен С.* Противостояние сектам и контролю над сознанием. — М.: АСТ, АСТ Москва, 2006. — 320 с.
 117. *Хусейн С. А., Холкомб В. Р.* Руководство по лечению психологической травмы у детей и подростков. — США: Гуманитарно-благотворительный фонд “Сострадание”. — 36 с.
 118. *Черепанова Е. Н.* Психологический стресс: Помогите себе и ребенку. — М.: Академия, 1997. — 96 с.

119. *Черноборов В.* Справочник сталкера. Азбука выживания. — М.: Вече, 2006. — 384 с.
120. *Шапарь В. Б.* Психология кризисных ситуаций. — Изд. 2. — М.: Феникс, 2010. — 452 с.
121. *Шутценбергер А. А.* Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 240 с. — С. 141—145.
122. *Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка.* — К.: ТОВ “Август Трейд”, 2007. — 502 с.
123. *Юл У., Уильямс Р. М.* Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // *Детская и подростковая психотерапия / Под ред. Д. А. Лейна, Э. Миллера.* — СПб.: Питер, 2001. — С. 275—308.
124. *Эффективная психотерапия посттравматического стрессового расстройства.* — М.: Когито-Центр, 2005. — 467 с.
125. *Юрьева Л. Н.* Кризисные состояния. — Днепропетровск: Арт-Прес, 1998. — 164 с.
126. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. — М.: Класс, 1999. — 576 с.

У навчальному посібнику розкрито основи психології травмуючих ситуацій, сутність і зміст основних категорій, висвітлено загальні положення стосовно специфіки дослідження виникнення психічних травм та посттравматичного стресового розладу. Розглядаються питання, пов'язані з напрямками профілактики розвитку посттравматичного стресу й особливостями організації та надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій і принципами та методами екстреної консультативної допомоги. Особлива увага приділяється формам та методам роботи психотерапії посттравматичних стресових розладів. Блок творчих завдань сприятиме активному і свідомому засвоєнню навчальної інформації.

Для студентів вищих навчальних закладів та психологів, психотерапевтів, співробітників служб соціально-психологічної допомоги населенню.

Навчальне видання

Туриніна Олена Леонтіївна

ПСИХОЛОГІЯ
ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

Навчальний посібник

Відповідальний редактор *В. Д. Бондар*
Редактор *Ю. А. Носанчук*
Коректор *Н. К. Чумаченко*
Комп'ютерне верстання *Ю. Ю. Попова*
Оформлення обкладинки *О. О. Стеценко*

Піди. до друку 15.09.14. Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 9,30. Обл.-вид. арк. 7,00. Наклад 1000 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

ДП «Видавничий дім «Персонал»
03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. XX

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.08*

Надруковано в друкарні ДП «Видавничий дім «Персонал»