

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

УДК 37.013.42:616.89-008.441.44-053.6

НУБІП України
«ПОГОДЖЕНО» ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Декан факультету

Завідувач кафедри психології

І.М. Савицька

І.А. Мартинюк

« » 202 р. « » 202 р.

НУБІП України
Магістерська робота
на тему: «Психологічні характеристики посттравматичного
зростання особистості»

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітня програма: «Психологія»

Орієнтація освітньої програми: «Освітньо-професійна»

НУБІП України
Керівник магістерської роботи
доктор психологічних наук, професор Шмаргун Віталій Миколайович

Виконала Ревенко Валерія Миколаївна
НУБІП України
КИЇВ – 2022

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Затверджую

Завідувач кафедри психології
д.психол.н., професор

Шмаргун В.М.

« ___ » _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ

до виконання магістерської роботи студентці

Ревенко Валерії Миколаївні

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітня програма: «Психологія»

Орієнтація освітньої програми: «Освітньо-професійна»

Тема магістерської роботи: «Психологічні

характеристики посттравматичного зростання особистості»

затверджена наказом ректора НУБіП України від

Термін подання завершеної роботи на кафедру _____ 2022 р.

Дата видачі завдання « ___ » _____ 202__ р.

Керівник магістерської роботи _____

Шмаргун В.М.

Завдання прийняла до виконання _____ Ревенко В.М.

РЕФЕРАТ

НУБІП України

Магістерська робота на тему «Психологічні характеристики посттравматичного зростання особистості» виконана на 90 сторінках друкованого тексту.

НУБІП України

Магістерська робота містить вступ, три розділи, висновки до розділів, загальні висновки, таблиці, список використаних джерел.

У вступі відображені актуальність теми, об'єкт, предмет, мета, завдання дослідження, методологічна основа дослідження, матеріал дослідження, наукова новизна, теоретична та практична значущість одержаних результатів.

НУБІП України

Перший розділ містить аналіз сутності та значення травми, в тому числі розглянуто теоретичні підходи до вивчення психічної травми, її вплив та наслідки на особистість, а також інструменти для дослідження посттравматичного зростання.

НУБІП України

У другому розділі висвітлені розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій та їх симптоматику, наведені принципи та методи надання психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі та розкриті найефективніші способи профілактики ПТСР.

НУБІП України

У третьому розділі було проведено дослідження, згідно з яким була розроблена програма психологічної професійної допомоги при посттравматичних стресових розладах та рекомендації щодо подальшого психологічного зростання особистості.

Робота містить 5 таблиць, 7 рисунків, 43 літературних джерел.

НУБІП України

Ключові слова: травма, зростання особистості, посттравматичний стресовий розлад, психологічна допомога, самопомога, стрес.

НУБІП України

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ	7
1.1. Поняття «травма», її різновиди, вплив та наслідки.....	7
1.2. Огляд теоретичних підходів до вивчення психічної травми.....	12
1.3. Інструменти для дослідження посттравматичного зростання.....	19
РОЗДІЛ 2. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ВІД ПОЧАТКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДО ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ	26
2.1 Розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій та їх симптоми.....	26
2.2 Принципи та методи надання психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі.....	33
2.3 Профілактика розвитку посттравматичного стресу.....	52
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФЕСІЙНА ДОПОМОГА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ ТА РЕКОМЕНДЦІ ЩОДО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗРОСТАННЯ ..	60
3.1 Організація професійної психологічної допомоги при посттравматичному	
Рекомендації щодо посттравматичного зростання особистості.....	76
ВИСНОВОК	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87

ВСТУП

В останні роки у зарубіжній психології спостерігається стрімка зміна дослідницьких парадигм стосовно дослідження наслідків психологічної травми.

На противагу традиційній та широко представленій “патологізованій” парадигмі,

що відповідала на питання про те, яким чином вплив стресорів призводить до небажаних хворобливих наслідків, все активніше протиставляється нова – позитивно орієнтована. З'являється все більше досліджень, у яких не лише

констатується деструктивний бік психотравми, але й емпірично

підтверджуються позитивні або адаптаційні зміни особистості внаслідок переживання психотравмуючої події.

Вперше термін «Посттравматичний ріст» ввели в 1995 році Річард Талескі та Лоуренс Калхун після опрацювання результатів обстеження осіб, що постраждали від катастрофи Herald of Free Enterprise (6 березня 1987р.).

Восьмипалубний автомобільний та пасажирський пором перекинувся через кілька хвилин після виходу з Бельгії з порту Зебрюгге, причиною трагедії стали людський фактор та несправність техніки. Загибло 193 людини. У 1990 році

проведено чергове обстеження потерпілих і з'ясовано, що у 46% осіб погляди на

життя змінилися на гірше, але у 43% - змінилися на краще[41].

Отже, «феномен посттравматичного росту» - це позитивні зміни, що відбуваються з особою після потенційно травматичних подій. Люди відмічають

як через певний період після травми у них покращуються взаємовідносини з

рідними, розширюються особисті можливості, життя набуває більшої цінності,

відкриваються нові перспективи, які до цього часу були не задіяні, відбувається духовний розвиток[40].

Проте, незважаючи на активний розвиток за кордоном, феномен посттравматичного зростання особистості, як тематика наукових досліджень,

тільки починає з'являтися у вітчизняних дослідженнях. Інтерес до цього

феномену був відображений у наукових працях В.В. Горбунова, В.О. Клиничук,

О.А. Шелюг та С.Л. Чечко.

Метою магістерської роботи є наведення та аналіз теоретичних положень та запропонування практичних рекомендацій задля вирішення посттравматичного стресового розладу та для подальшого зростання особистості.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

1. Аналіз літератури на тему дослідження;
2. Розробка програми дослідження;
3. Проведення та інтерпретація результатів.

Об'єктом дослідження є оцінка виразності посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання.

Предметом дослідження є рівень посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання залежно від особливостей індивідів.

Методи досліджень. Методологічною основою є сукупність принципів, загальнонаукових і спеціальних методів та прийомів досліджень, використання яких зумовлено метою та завданнями. Основою дослідження є базові принципи, наукові положення та сучасні здобутки в даному розділі науки.

Інформаційною базою досліджень стали: Праці вітчизняних і закордонних фахівців в галузі психології, періодичні видання.

Апробація результатів дослідження. Ключові положення магістерської роботи були подані у вигляді тез «Психологічні характеристики посттравматичного зростання особистості» та обговорені на

Всеукраїнській науково-практичній онлайн конференції молодих науковців «Роль психології у часі відстоювання незалежної країни», яка відбулася 14 жовтня 2022 р.

Випускна магістерська робота складається з: вступу, 3 розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел, 90 сторінок тексту, 7 рисунків і 5 таблиці.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття «травма», її різновиди, вплив та наслідки.

Поняття травми останнім часом набуло дуже багато відтінків і значень. Чи є травмою розлучення з близькою людиною? Чи є травмою втрата кінцівки? Захворіти на COVID-19? Дізнатися про звільнення з роботи? Пережити приниження від керівника? Справді, емоційний біль від приниження, тривога за майбутнє, страх лишитися самотнім, інші почуття та емоції можуть бути надзвичайно інтенсивними і навіть переважити за значущістю фізичний біль. Утім, вони самі по собі травмою не є, і так само не є травмою деякі з перерахованих вище подій. Ці події (розлучення, звільнення, приниження) є неприємними, важкими, непростими, такими, що припічкують або лякають, але – не травматичними. Психологічна травма, психічна травма – це шкода, завдана психічному здоров'ю людини внаслідок впливу несприятливих факторів навколишнього середовища. У ряді випадків це гострі, важкі пережиті моменти життя, що порушили почуття безпеки або супроводжуються тривалим стресом на психіку людини[33].

Які бувають травми? Травми можуть бути отримані в різному віці, і загальна тенденція така: чим більш ранніми є травми, чим більше часу вони тривали або повторювалися, тим більший вплив вони чинять на людину. Саме тому дитячі травми посідають особливе місце. До речі, щодо них те, про що йшлося вище, не завжди є правильним. Розлучення батьків, наприклад, таки може бути травмою для дитини в повному сенсі цього слова, так само, наприклад, як стати жертвою булінгу.

Національна мережа дитячого травматичного стресу (СІНА) описує такі травми:

- Булінг. Свідомі дії, коли хтось має намір завдати соціальної, емоційної, фізичної та/або психологічної шкоди комусь іншому, що сприймається як менш сильний.

- Насилля в громаді. Пережиття міжособового насилля в публічних місцях з боку осіб, які не є тісно пов'язаними з дитиною.

- Комплексна травма. Позначає кілька речей. Перше – це пережиття дитиною багаторазових травматичних подій, часто міжособової природи. Також позначає масштабні та довготермінові наслідки такого пережиття.

- Катастрофа. Природні катастрофи, як-от: урагани, землетруси, торнадо, пожежі, цунамі, паводки, а також екстремальні погодні явища – надмірна спека, сильні вітри тощо.

- Рання дитяча травма. Загалом стосується травматичного досвіду, пережитого дитиною від народження до досягнення нею віку 6 років.

- Насилля з боку інтимного партнера. Інколи також називається домашнім насиллям і виникає, коли особа цілеспрямовано завдає шкоди або погрожує цим теперішньому або колишньому партнерові.

- Медична травма. У педіатрії також відома як педіатричний медичний травматичний стрес, що позначає низку психологічних і фізіологічних реакцій дитини і її родини на певні медичні втручання.

- Фізичне насилля. Дії батьків або опікунів, що спричиняють фізичне поранення дитини або підлітка.

- Травма переселення. Багато мігрантів і втікачів, особливо дітей, мають низку травм, пов'язаних із війною, переслідуваннями, які даються взнаки дуже довго після самих подій.

- Сексуальне насилля. Позначає будь-яку взаємодію між дитиною і дорослим, під час якої дитина використовується для сексуальної стимуляції, проникнення або як спостерігач.

- Тероризм, масове насилля. Стрілянина, бомбардування, інші атаки[28].

Реакції на травму, а особливо їх сприйняття самою людиною та її оточенням, може мати серйозний вплив на стан здоров'я, самопочуття, навіть самооцінки в майбутньому. Першими реакціями можуть бути: апатія, ступор, заціпеніння, або навпаки – емоційне збудження, рухове збудження, тремтіння, м'язове напруження, плач, крик, нудота, слабкість. Разом з тим деякі люди

можуть не проявляти жодних реакцій одразу після події, під час події вони можуть бути зібраними й активно включатися, наприклад, у допомогу іншим, але через певний час після події проявити вищеописані реакції. Цей «певний час» може тривати годину, дві, день, тиждень.

Разом з тим як би людина не поводитися, важливо розуміти, що вона сприймає себе, рефлексує щодо своєї поведінки і її сприйняття оточенням. Через це додатково ускладнювати її стан після травми можуть «надані значення» – думки про свою поведінку, які часто формулюються як «я слабка», «я не витримав», «усі бачили мою неадекватну реакцію», «що про мене подумують інші». Інколи такі «надані значення» стосуються самої події, – наприклад, думки про те, що подію можна було відвернути, передбачити, що такого могло б не статися, тощо.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найвідоміший, мабуть, серед розладів, який діагностується у близько 30% дітей і дорослих, які зазнали впливу травматичних подій. До основних діагностичних критеріїв належать:

- а) безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життю;
- б) інтрузивні симптоми;
- в) стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;
- г) негативні зміни в думках та настрої;
- д) помітні зміни в реактивності;
- е) тривалість порушень понад один місяць;
- є) сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності;
- ж) відсутність зв'язку симптомів із впливом психоактивних речовин чи іншими медичними причинами[8].

Експозиція до травми передбачає одну з таких ситуацій: особисте переживання загрози, перебування в ролі свідка, знання щодо надмірних страждань чи смерті близьких і рідних, а також багаторазове зіткнення з нестерпними деталями травматичної події (коли людина бачить руйнації, людські рештки, чує трупний запах тощо). Інтрузії включають нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції (флешбеки), сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції при зіткненні з нагадуваннями (тригерами) про травматичну подію. Уникання полягає в докладанні значних зусиль, аби усунути неприємні спогади, думки та почуття, а також ухилитися від зустрічі з людьми

та ситуаціями, від розмов та виконання будь-якої діяльності, що так чи інакше нагадують про травму. Зміни в думках та настрої пов'язані з вигісненням спогадів, спотворенням переконань про саму подію, її причини та наслідки, стійкими негативними емоційними станами, помітним зниженням інтересу до життя та діяльностей, відчуттям власної чужорідності та відчуження, а також нездатністю переживати позитивні почуття, наприклад радість чи щастя. Зміни в реактивності передбачають дратівливість та спалахи гніву, ризиковану і самоушкоджувальну поведінку, надмірну настороженість, перебільшену реакцію переляку, проблеми з концентрацією уваги та порушення сну.

Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. На жаль, не у всіх, хто зазнав травми, вистачає внутрішніх ресурсів та підтримки оточення, аби стабілізуватися та відновитися після травми. Зіткнення зі смертю та іншими загрозами провокує цілу низку симптомів, які істотно впливають на життя та знижують його якість.

Почуття жаху і безпорадності, з якими стикаються люди під час переживання травматичних подій, на жаль, часто не лишаються в минулому і продовжують переслідувати їх у теперішньому житті. Вони можуть виникати чи не кожного разу, коли хтось або щось нагадує про травму. Так само можуть з'являтися і почуття гніву, сорому та провини. Проблема в тому, що люди часто хибно інтерпретують те, що з ними сталося, покладаючи відповідальність за нещастя на себе самих. Так, дитина, побита дорослим, може вважати, що заслужила це своєю поганою поведінкою; дівчина, яку звалтували, може думати, що все це сталося, через її відвертий одяг та поведінку; погорільці, які втратили майно, можуть вважати, що їх карає доля за колись нечесно поділений спадок. Нав'язливі спогади, негативні думки та настрої, нічні жахоття, тривога та інші посттравматичні симптоми можуть супроводжуватися й іншими проблемами та розладами, до яких належать: депресія, зокрема пов'язана з ускладненим переживанням горя; тривожні розлади, зокрема панічні стани та фобії; психосоматичні реакції, наприклад, хронічний біль, для якого немає медичних підстав; зловживання алкоголем, наркотиками, дезадаптивна, асоціальна поведінка, зокрема відмова працювати, бродяжництво, жебракування. Усе перелічене жодним чином не сприяє налагодженню життя та призводить до ще глибшого занурення в проблеми, до руйнування взаємин з

людьми, до втрати соціального статусу та деградації особистості. Розуміння ранніх та відтермінованих у часі наслідків травми є дуже важливим. Адже увага до себе та близьких, відстеження психічного стану, реакції та поведінки сприяє як пошуку засобів самопомоги, так і вчасному зверненню по фахову допомогу, а отже, запобіганню несприятливим наслідкам переживання травматичних подій та їх подоланню[16].

Коли говоримо про допомогу людям, які пережили травму, слід опиратися на покроковий підхід до організації допомоги:

- одразу після травми для всіх, хто потребує, – Перша Психологічна

Допомога;

- через певний час після травми для тих, хто мають ознаки впливу травми на життя, структуровані психотерапевтичні інтервенції («Управління проблемами плюс»), «Навички психологічного відновлення» тощо);

- пізніше для тих, хто має ПТСР та інші розлади, – психотерапія, зокрема травмофокусовані інтервенції.

Перша психологічна допомога передбачає структурований модульний підхід до допомоги всім, хто зіткнувся з безпосередніми наслідками катастрофи, тероризму, іншої надзвичайної ситуації. Мета її – якомога швидше зменшити дистрес та сприяти підтримці людини, формуванню стратегій її подальшого функціонування та копіngu. Базована на наукових дослідженнях, перша психологічна допомога передусім придатна для використання в польових умовах, для застосування з людьми різного віку та стану, для адаптації до різних культурних умов. Ключові принципи надання першої психологічної допомоги такі:

Дивитися:

- аналізувати стан безпеки;
- виявляти осіб з очевидними нагальними базовими потребами;
- виявляти осіб у стані важкого дистресу.

Слухати:

- звертатися до осіб, яким може бути потрібна підтримка;
- розпитувати про потреби особи, її занепокоєння;
- вислуховувати людей і допомагати їм заспокоїтися.

Направляти:

- допомагати людям задовольнити їхні базові потреби та отримати доступ до послуг;

- допомагати людям впоратися з проблемами;

- надавати їм інформацію;

- допомагати людям зв'язатися з їхніми близькими та отримати соціальну підтримку[11].

Також один із компонентів програми – це піклування про власний психічний стан тих, хто надає допомогу: увага до власного навантаження, дотримання режиму харчування та сну, наявність колег поруч для обговорення складнощів.

Навички для психологічного відновлення (Skills for Psychological Recovery (SPR)) потрібні для того, щоб допомогти тим, хто пережив травму, здобути навички справлятися зі стресом, посттравматичним стресом та життєвими негараздами, які можуть виникнути. Програма містить п'ять основних навичок, розвиток яких підтримується: навички вирішення проблем, підсилення позитивних активностей, менеджмент реакцій, підрозуміння корисного мислення, відновлення соціальних зв'язків. Навколо кожної із навичок і будується робота фахівця. І, звісно, не варто забувати про самопоміччя[37].

1.2. Огляд теоретичних підходів до вивчення психічної травми

На сьогодні існують десятки теоретичних і практико-орієнтованих моделей посттравматичного стресу, що пояснюють феномен психічної травми та окремі посттравматичні симптоми. При цьому в різних теоретичних підходах розглядаються різні аспекти психотравматичного впливу.

Структурний підхід до психічної травми розвинувся на основі синтезу теорії структурної дисоціації та психології дії Ера Жана, який запропонував структурну модель особистості як сукупності зв'язно і узгоджено функціонуючих психобіологічних підсистем. Його послідовники розробили концепцію структурної дисоціації особистості для опису дезорганізуючого впливу травматичної події на функціонування підсистем особистості. До травматичних у цьому підході відносять події, що чинять раптовий, інтенсивний

негативний вплив на особистість, що не піддається контролю, на особистість. Суб'єктивними чинниками схильності до травматизації є рівень психічної енергії та інтегративні здібності індивіда: чим більше розвинені здібності до інтеграції та узгодження різних підсистем особистості та чим вищий рівень психічної енергії, тим стійкіша людина до психотравмувальних впливів.

Таким чином, структурний підхід звертає увагу на те, що досвід травматизації розриває зв'язки між різними особистісними структурами, порушуючи тим самим їхню узгоджену роботу, що сприймається особою як розпад безперервності життєвого досвіду і втрата особистісної цілісності. Подолання деструктивних наслідків травми досягається за рахунок встановлення нових зв'язків між особистісними структурами, здатних включити в себе травматичний досвід і його наслідки, відновити цілісність і безперервність самосприйняття особистості[4].

Когнітивний підхід на сьогоднішній день є одним із найбільш затребуваних підходів до вивчення і терапії психічної травми. Причин тому кілька: домінування когнітивного напрямку в сучасній психології загалом, можливість емпіричної перевірки теоретичних гіпотез, ясність і структурованість психотерапевтичних рішень, пропонує на основі когнітивних теорій. Універсальне застосування для пояснення природи виникнення різних психічних і поведінкових розладів дістав концепт когнітивної схеми як структури, за допомогою якої відбувається репрезентація й упорядкування у свідомості людини уявлень про навколишній світ і самого себе.

Так, концепція депресії А. Бека пояснює емоційний стан і поведінку депресивних пацієнтів наявністю когнітивних схем, що встановлюють ідіосинкразичне ставлення пацієнта до самого себе, свого сьогодення і майбутнього. М.А. Падун і А.В. Когельникова зазначають, що, незважаючи на практичну цінність у розробленні методів психологічної допомоги в разі посттравматичного стресовому розладі, феномен психічної травми представлений у когнітивному підході «вкрай вузько» - травматичне переживання вилучається із смислового, світоглядного, міжособистісного контексту[12].

Узагальнимо, що когнітивний підхід вивчає деструктивний вплив психічної травми на процеси когнітивного опрацювання інформації, що

призводить до виникнення конфліктів між різними компонентами когнітивних схем і процесів. Подолання наслідків психічної травми пов'язане з відновленням узгодженості в когнітивних схемах і процесах опрацювання інформації.

У психоаналітичному підході психічна травма описується як результат акумуляції якою-небудь зовнішньою подією надзвичайно сильного афекту і нездатності психіки впоратися з інтеграцією такої кількості збуджень, що призводить до дезінтеграції психічного апарату та руйнування психічних функцій. Г. Кристал звертає увагу на відмінність психічної травматизації в дорослому та дитячому віках. На відміну від дитячої психіки, структура дорослої психіки містить ресурси, що дають змогу самотійно або із зовнішньою підтримкою пережити тимчасове порушення менталізації, регресію та дезорганізацію психіки. Дитяча психіка не володіє всім необхідним арсеналом щодо запобігання або усунення наслідків травматизації, тому для дитячої психіки життєво важливо мати стійкі підтримувальні стосунки з дорослим, який би виконував цю роботу.

Психоаналітична концепція психічної травми є добре розробленим теоретичним підходом до феномену психічної травми та посттравматичного стресу. Контекстуальний аспект психічної травми також часто втрачається, хоча, на думку психоаналітика В. Волкана, характер травматичної події - чи є травма є випадковістю чи чимось наміром, зовнішньою чи внутрішньою, абстрактною чи об'єктивованою загрозою - чинить суттєвий вплив на специфіку травматичного переживання.

Можна зробити висновок, що психоаналітичний підхід вивчає викликані психічною травмою порушення процесу зв'язування афективних і когнітивних компонентів психіки, що вносять дисбаланс у систему уявлень (асоційованих з ними афектів). Відсутність зв'язку між пережитими внаслідок травми афектами та їхніми когнітивними репрезентаціями перешкоджає інтеграції травматичного досвіду в цілісне самовідчуття і несуперечливу картину світу[6].

Психоаналітична ідея про те, що нерозвинені або ослаблені стресом функції менталізації та інтеграції афективного досвіду можуть бути реалізовані іншим суб'єктом, який виступає в ролі додаткового Его, була розвинена в інтерсуб'єктивному підході, представники якого стверджують, що "всі людські

психологічні прояви виникають у психологічних системах, основу яких становить взаємодія суб'єктивних світів"

Р. Сторлоу зі співавторами стверджують, що інтерсуб'єктивний контекст відіграє визначальну роль як у формуванні всіх форм психопатологій, так і в їхньому лікуванні. Наприклад, причиною депресивних розладів є відсутність афективного відгуку з боку оточення на переживання печалі, горя, жалю, розчарування та інших реакцій на втрату чи сепарацію. Нерозділені та невизнані переживання не інтегруються в цілісний досвід особистості, порушуючи її афективний розвиток і функціонування.

Узагальнюючи положення інтерсуб'єктивного підходу, можна зробити висновок про те, що інтегративні здібності психіки зумовлені інтерсуб'єктивно. Подія або переживання набуває статусу психотравмуючої, якщо не може бути позначена, розділена і прожита в міжособистісній взаємодії. В відсутності емпатичного відгуку значимого «іншого» афективний компонент переживання не асоціюється з відповідним когнітивним уявленням, унаслідок чого травматичне переживання не може бути інтегровано в цілісний особистісний досвід. Нездатність значимого «іншого» до надання адекватного переживання емпатичного відгуку зумовлена обмеженнями когнітивно-афективної сфери та соціальних уявлень «іншого».

М.Ш. Магомед Емінов розробив діяльнісно-смысловий підхід до феномена психічної травми в рамках ширшого контексту екстремальності як одного з модусів буття. Автор постулює наявність двох якісно різних, хоча і взаємопроникних модусів людського буття - повсякденного і неповсякденного. Повсякденний модус буття конституюється як життєвий світ зі смисловою структурою, зорієнтованою на редукцію смислів небуття, пов'язаних зі втратою, деструкцією, зникненням тощо. Горизонт повсякденного модусу буття заданий смислами, орієнтованими на утвердження життя. І.Ю. Фоменко розрізняє екстремальний і граничний модуси неповсякденного буття, конституювані, з одного боку, зовнішніми екстремальними умовами, а з іншого боку - особистісним ставленням до цих умов і способів самореалізації в них. Взаємодія людини зі світом у суб'єктно-буттєвому підході не зводиться тільки до "відображення" або адаптації, але також має на увазі неадаптивну, творчу, інтенціональну, перетворювальну активність. "Буття" описується як втілення

суб'єктивних смислів в об'єктивній реальності. Буття особистості представлено багатьма буттєвими просторами, зокрема екстремальними, наприклад, у період важкого захворювання або в професійних сферах, пов'язаних із навантаженнями.

Відповідно до основних принципів діяльно-смыслового та суб'єктного підходів буття особистості в умовах екстремальності зумовлене особливостями

суб'єктної позиції структури особистісних смислів, прагнення до самовизначення, системи відносин, життєвої позиції тощо.

Таким чином, особливістю і досягненням діяльно-смыслового та суб'єктного підходів є акцент на активну позицію суб'єкта, здатного не тільки протистояти, а й самоактуалізуватися, трансформуватися через екстремальний

досвід. Крім того, пропонується онтологічне осмислення психічної травми не в контексті психопатології, а в контексті буттєвості - різних модусів буття і співбуття з іншими людьми. Травматична ситуація конституюється через

формування певного ставлення суб'єкта до того сенсу, який психотравмувальна подія набуває в контексті наявної системи смислів і міжособистісних стосунків

суб'єкта. Подія може наділятися констративними, деструктивними або нейтральними смислами залежно від тих змін, які вносять ця подія в систему смислів і соціальних відносин суб'єкта[10].

В основі розуміння психічної травми в межах соціально-когнітивного підходу лежить поняття «базисних переконань». Згідно з цією моделлю люди

використовують генералізований набір базисних переконань про світ і про себе, який структурує їхнє розуміння та інтерпретацію подій, що відбуваються, підтримує цілісність ідентичності, відчуття осмисленості та цілеспрямованості

життя. М.А. Падун та А.В. Котельникова визначають базисні переконання як

«імплицитні, узагальнені, стійкі уявлення індивіда про світ і про себе, що впливають на мислення, емоційні стани та поведінку людини».

У роботах Р. Янофф-Булман описано модель психічної травми як пошкодження структури базисних переконань. В міжособистісній взаємодії

особистість структурує свій досвід, формулює та реструктурує імплицитну картину світу, що включає переконання про власну цінність, доброзичливість і

справедливість світу. Травмований індивід стикається з такою реальністю, в якій життя не має цінності, можуть відбуватися несправедливі події, власна

особистість сприймається як незначуща, нездатна до контролю над своїм

життям. Теорія психічної травми та посттравматичного стресу Р. Янофф-Булман виявилася найбільш затребуваною через свою емпіричну цінність: по-перше, у цій моделі вперше робиться спроба дослідити змістовні характеристики посттравматичної картини світу; по-друге, хоча запропоновані Р. Янофф-Булман перелік і опис базисних переконань і можна дорікнути в деякій схематичності та спрощеності, все ж ця спроба дає змогу конкретизувати й емпірично дослідити смислові аспекти травматичного досвіду та пов'язані з ними емоційні переживання.

Насамперед травматична подія ставить під сумнів уявлення людини про свою здатність до контролю. Дослідники відзначають, що намагаючись впоратися з негативними емоційними наслідками травми й уникнути почуття безпорадності та вразливості, травмовані індивіди схильні звинувачувати себе в тому, що трапилося. Таким чином, з точки зору соціально-когнітивного підходу подія набуває статусу психотравмувальної в тому разі, якщо ставить під сумнів або вносить дисбаланс у систему базисних переконань суб'єкта. Базисні переконання про доброзичливість і справедливість навколишнього світу є необхідною умовою соціальної спільноти людей і суб'єктивного сприйняття індивіда своєї належності до цієї спільноти, тоді як базисні переконання про цінність Я сприяють суб'єктивному благополуччю і сприйняттю цінності своєї особистості. І формування, і реконструкція базисних переконань здійснюються в міжособистісній взаємодії. Деструктивний вплив травми може бути редукований або посилений у внаслідок спроб особистості реконструювати структуру базисних переконань [14].

В основу конструктивістського розуміння природи психічної травми покладено ідею соціального конструкціонізму про те, що людський світ визначається не стільки матеріальною, фізичною реальністю, скільки реальністю соціальною, що складається із сукупності колективних знань, ідей, смислів, способів сприйняття та інтерпретації різних подій. Конструктивістська теорія травми вказує на те, що події не є травмувальними самі по собі, за властивою їм природою, а набувають травматичного статусу у світлі наявних у соціумі уявлень про цю подію та її наслідки. Травмованою або зіпсованою/пошкодженою при цьому виявляється особистісна та соціальна ідентичність окремих індивідів або колективна ідентичність соціальної групи.

На сучасному етапі розвитку гуманітарних наук соціально конструктивістські теорії є широко затребуваними, проте застосування конструктивістського підходу до дослідження феномена психічної травми є новим і перспективним дослідницьким напрямом, що дає змогу відповісти на ключове запитання: "Яким чином та чи інша подія стає травмувальною для одних людей і не стає такою для інших?". Соціально-конструктивістський підхід поміщає у фокус дослідження соціально конструйовану природу травматичної події як соціального факту - об'єктивно існуючого, незалежного від психіки окремого індивіда, що сприймається ним як об'єктивна реальність і що примушує його до певного способу дії.

За своїм змістом наративний підхід близький до соціально конструктивістського розгляду психічної травми, оскільки ґрунтується на ідеї про те, що "історії не трапляються в реальному світі, а конструюються людьми".

Однак на відміну від соціально-конструктивістського підходу, зосередженого на вивченні впливу вже наявних конструктів на соціум та індивідів, наративний підхід описує процес конструювання особистісних і соціальних історій, або наративів, які, на думку Дж. Брунера, є темпоральною формою опису особистого і соціального досвіду, що дає змогу створювати й утримувати сенс прожитого індивідуального або історичного часу. Травматична подія порушує цілісність і несуперечливість життєвого оповідання, створюючи в наративі часові розриви, зони конфлікту або відсутності смислів. Подолання психічної травми в межах цього підходу розглядається як реконструкція цілісної тканини життєвої оповіді за рахунок включення в наратив історії про травму та її наслідки.

Р. Харре постулює значущість мовленнєвих практик для формування якостей Я-концепції особистості, як сукупності тих особистісних властивостей, які людина демонструє у своїх взаємодіях з оточуючими, оскільки як відчуття Я зумовлюється культурним і соціальним контекстами. Одна й та сама фабула, розказана в різних контекстах, може створювати відмінні одну від одної історії. Наприклад, ситуація важкого захворювання може бути описана і як "небесна кара", і як героїчне подолання, і як спокутування гріхів.

Огляд теоретичних підходів показав, що існує тенденція до розширення контекстів вивчення психічної травми за рахунок підключення до аналізу соціально-психологічних, соціологічних, філософських та інших дисциплін.

Розгляд психічної травми як винятково клінічного феномена, що вивчається в рамках медичної або психіатричної патології, сьогодні видається занадто обмеженим. Безліч дослідників відзначають вплив на переживання травматичного досвіду таких соціально-психологічних чинників, як характер уявлень, що домінують у соціумі уявлень про травматичний досвід і суб'єктів цього досвіду, характер ініційованих травмою змін соціальних зв'язків, ідентичності, груп членства травмованих індивідів тощо [2].

1.3. Інструменти для дослідження посттравматичного зростання

На сьогодні вже створено низку валідизованих опитувальників та шкал, які можуть допомогти дослідити посттравматичне зростання. Однак, на жаль, більшість із них не адаптовані до використання в Україні.

Опитувальник «The Changes in Outlook Questionnaire» (CiOQ, Опитувальник змін у перспективі) було вперше представлено 1993 року (Joseph et al., 1993) у спільній праці С. Джозефа, Р. Вільямса та В. Юле. Опитувальник має дві шкали – позитивні зміни (наприклад, «Я значно більше ціную зараз свої стосунки», «Зараз я більше ціную інших людей» тощо) та негативні зміни (наприклад, «Моє життя більше не має сенсу», «Я весь час відчуваю, наче щось погане чекає мене за рогом» тощо). Результати повного дослідження психометричних характеристик опитувальника було опубліковано 2005 року (йдеться про повну версію, яка складається із 26 запитань). До дослідження було залучено чотири вибірки – дорослі особи, студенти, медичні сестри та особи із Національної асоціації людей, які зазнали насилля в дитинстві. Аналіз факторної структури опитувальника показав, що двофакторна модель найкраще описує отримані дані, підтверджуючи оригінальні шкали, закладені в опитувальник: позитивні зміни та негативні зміни. Дослідження внутрішньої узгодженості, конвергентної та дискримінаційної валідності проводилося шляхом кореляційного аналізу даних цього опитувальника (окремо шкали негативних змін та шкали позитивних змін) та інших опитувальників, які тієї чи іншою мірою оцінюють показники позитивних і негативних змін після травми

(інформацію про ці інструменти наведено нижче в наступних підрозділах цього розділу). Щодо внутрішньої узгодженості, то для обох шкал по кожній із чотирьох вибірок вона виявилася високою (альфа Кронбаха рівне від 0,80 до 0,88). Так само передбачувано було отримано високі показники кореляції між шкалою позитивних змін опитувальника та релевантними -ми інших опитувальників (коефіцієнт кореляції Пірсона, рівний від 0,42 до 0,66, $p < 0,001$) і шкалою негативних змін та відповідними шкалами інших опитувальників (коефіцієнт кореляції Пірсона, рівний від 0,48 до 0,65, $p < 0,001$), що свідчить про конвергентну валідність. Низькі і статистично незначущі кореляції, виявлені при кореляції позитивних та негативних шкал, свідчать про високу дискримінаційну валідність опитувальника. А отже, Опитувальник можна використовувати для оцінки змін після переживання травм, а також здійснювати його адаптацію до використання українською мовою[29].

Наступний опитувальник, який ми розглянемо (PTGI, Опитувальник посттравматичного зростання), був оприлюднений 1996 року, через три роки після оприлюднення CiOQ (Tedeschi, Calhoun, 1996). Методологія його розроблення дещо різнилася: дослідники, вже маючи накопичений за кілька років масив даних щодо того, які саме зміни відбуваються із людьми після переживання травми, узагальнили їх та виокремили всього 34 види змін. Після їх оцінки та наступної аналітичної роботи (із використанням факторного аналізу) було виокремлено 21 робочий пункт. Ці пункти майбутнього опитувальника дуже чітко вкладалися у 5 факторів, які, власне, і стали субшкалами опитувальника:

Фактор 1. Ставлення до інших (стосунки із іншими). Наприклад, пункти «Знання, що я можу розраховувати на інших в складні часи», «Наявність співчуття до інших» тощо.

Фактор 2. Нові можливості. Наприклад, «Я розвинув нові інтереси», «Я повернув своє життя на новий шлях» тощо.

Фактор 3. Особистісна сила. Наприклад, «Знання, що я можу справитися із складнощами», «Я відкрив, що є сильнішим, ніж думав досі» тощо.

Фактор 4. Духовні зміни. Наприклад, «Краще розуміння духовних справ», «Я маю сильнішу віру».

Фактор 5. Цінування життя. Наприклад, «Цінування кожного дня», «Визнання цінності мого власного життя» тощо.

Також дослідники перевірили гіпотезу, чи не були високі показники посттравматичного зростання, отримані під час опитування за допомогою цього інструменту, просто проявами соціальної бажаності? Для цього використали Шкалу соціальної бажаності Марлоу-Кравна і виявили відсутність кореляцій між цією шкалою та показниками зростання. Досліджували також конструктну валидність – порівняли показники посттравматичного зростання тих, хто пережив важкі травматичні події, та тих, хто пережив звичайні життєві події. У результаті виявили, що показники посттравматичного зростання перших були значно вищими. А отже, зміни, які вимірює опитувальник, є унікальними саме для зростання після травми[27].

Дещо пізніше, 1996 року, з'явився опитувальник «The Stress-Related Growth Scale» (SRGS, Шкала зростання, пов'язаного зі стресом) (Park et al., 1996). Опитувальник містив 50 пунктів, половина з яких відображала позитивні зміни в особистісних ресурсах, інша половина містила однакову представленість позитивних змін у стосунках та змін у навичках копіngu.

Дослідження показало, що опитувальник має високі значення надійності щодо внутрішньої узгодженості, а також ретестової надійності. Соціальна бажаність не впливала на результати опитувань. Разом із тим факторний аналіз не підтвердив закладену дослідниками модель субшкал. Усі проведені факторизації різними методами приводили до виявлення однофакторної структури, і тому надалі із дослідницькою метою використовувався сумарний показник зростання, без розподілу на субшкали. Цікаві результати було отримано, коли опитувальник заповнювали додатково друзі та родичі, оцінюючи зміни у респондентів. Виявилось, що між цими даними існує значуща і значна кореляція, тобто зміни після травми, зростання є помітним для близького оточення.

Також є дві шкали «The Thriving Scale» (TS, Шкала процвітання), представлена 1998 року (Abraido-Lanza et al., 1998), та «The Psychological

Thriving Scale» (PTS, Шкала психологічного процвітання), представлена 2013 року (Sirois & Hirsch, 2013). Цікаво, що попри незалежну розробку, обидва опитувальники призначені для оцінки зростання у тих, хто переживає (пережив) хронічні захворювання (обидві розробки проводилися із залученням осіб, хворих на артрит).

«Шкала процвітання» розроблялася як частина трирічного лонгітудного дослідження латиноамериканців, метою якого було дослідити фактори, які підтримують процвітання серед осіб, що стикаються із множинними негараздами – бідністю та хронічними хворобами. Спершу було використано якісну методологію для розуміння суті процвітання, а після опрацювання даних було розроблено власне «Шкалу процвітання» (20 пунктів). «Шкала психологічного процвітання» (2013) є більш доступною для використання і містить пункти, які запитують учасників дослідження про сприйняття ними змін (на краще чи на гірше), порівнюючи їхні життєві обставини до і після появи хронічного захворювання. Зміни оцінюються в трьох доменах: задоволеність життям, самовдосконалення та якість стосунків. Інструмент, за даними дослідників, має гарний показник надійності щодо внутрішньої узгодженості (альфа-Кронбаха 0,80), а також добру критеріальну валідність[32].

«The Perceived Benefit Scales» (PBS, Шкали сприйняття вигід) оприлюднена 1998 року (McMillen & Fisher, 1998). «The Perceived Benefit Scales» створені для оцінки позитивних наслідків негативних подій будь якого типу, і містить вісім субшкел: зміни у життєвому стилі, матеріальні вигоди, зростання самоефективності, сімейна близькість, громадська близькість, віра в людей, духовність. За даними дослідників, інструмент має високі показники надійності по внутрішній узгодженості та інші відповідні психометричні характеристики відповідають нормам.

Інший інструмент, зі схожою назвою, було опубліковано 2001 року – «The Benefit Finding Scale» (BFS, Шкала пошуку вигід). Шкала містить 17 запитань, і розроблялася для оцінки зростання серед жінок із раком грудей. З того часу використовувалася і для роботи із людьми із іншими станами здоров'я – раком простати, ВІЛ/СНІД тощо. Запитання в опитувальнику починаються із речення: «Маючи рак...», і продовжуються низкою варіантів: «...я стала більш відповідальною людиною», або «...почала приймати речі як вони є» тощо.

Психометричні характеристики інструменту відповідають нормам, а досвід його використання в різних дослідженнях показує, що інструмент дає цінну інформацію і придатний до вжитку (Antoni et al., 2001; Tomich & Helgeson, 2004).

Останній інструмент кількісної оцінки посттравматичного зростання, яким ми завершимо цей огляд – «The Posttraumatic Growth Status Inventory» (PTGSI,

Опитувальник статусу посттравматичного зростання), оприлюднений 2013 року.

Розроблений він був із метою уникнути в структурі запитань рефрену минулих подій, адже дослідники були переконані, що таким чином, через прив'язування в опитуваннях формулювань питань до минулого досвіду, можна отримати те саме «ілюзорне зростання», або «штучне зростання». Відтак вони створили 36-

пунктний інструмент, який містить формулювання питань у теперішньому часі, без явної відсилки до подій минулого. Наприклад: «Кожен день є особливим для мене», «Я добре справляюсь із труднощами», «Я маю симпатію до інших людей» тощо[34].

Послідовні серії факторних аналіз та досліджень призвели до виявлення 7-факторної структури субшкал: Стосунки з іншими, Нові можливості, Особистісна сила, Цінування життя, Духовні зміни, Щедрість, Відкритість. Опитувальник наявний у вільному доступі. Його рекомендовано

використовувати у лонгітюдних дослідженнях, а також із особами, чиї травми пов'язані із наявністю важких психічних чи фізичних обмежень функціонування у родині (Alexander & Oesterreich, 2013) [31].

Але не лише кількісними опитувальниками всі ці роки досліджували посттравматичне зростання. Звісно, вони мають свою привабливість – за їх допомогою легко охопити великі вибірки, вони не напружують учасників

дослідження, їхні результати легко обробити, і маючи кілька різних опитувальників – так само легко займатися пошуком кореляцій між субшкалами, відмінностями між різними категоріями учасників дослідження тощо. Однак, якісні методи мають свою невимовну перевагу – вони дають змогу зануритися у

життєвий світ учасників дослідження, і оприятити їхній унікальний та неповторний досвід. Більше того, вони часто дають змогу самим учасникам свій власний досвід зрозуміти краще, опрацювати, прожити знову свою історію зі здіюючим ефектом. Отже, що використовують:

- Напів-структуроване інтерв'ю, у два способи – або прямо запитуючи, як змінилося життя особи після травми, або запитуючи про певні сфери зростання або змін. Звісно, йдеться про «відкриті» запитання.

- Написання есе – учасників просять написати есе про різні життєві події та їхні наслідки.

- Опис життєвої історії – просять описати своє життя, зміни в ньому, історії власного життя.

- Фокус-групи.

- Експресивне писання.

Ці методи не є унікальними для дослідження зростання, тому не будемо тут вдаватися в деталі цих методів – їх насправді є більше, а якщо додати ще й можливості змішаного підходу. Лише зазначимо, що мають найбільша перевага якісних методів – це те, що вони можуть виявити щось неочікуване, щось, що не закладалося дослідниками у модель, у гіпотези тощо[36].

Висновки до розділу 1

Травми можуть бути отримані в різному віці, і загальна тенденція така: чим більш ранніми є травми, чим більше часу вони тривали або повторювалися, тим більший вплив вони чинять на людину. Саме тому дитячі травми посідають особливе місце. Реакції на травму, а особливо їх сприйняття самою людиною та її оточенням, може мати серйозний вплив на стан здоров'я, самопочуття, навіть самооцінки в майбутньому.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найвідоміший, мабуть, серед розладів, який діагностується у близько 30% дітей і дорослих, які зазнали впливу травматичних подій. Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. На жаль, не у всіх, хто зазнав травми, вистачає внутрішніх ресурсів та підтримки оточення, аби стабілізуватися та відновитися після травми. Зіткнення зі смертю та іншими загрозами провокує цілу низку симптомів, які істотно впливають на життя та знижують його якість.

Навички для психологічного відновлення (Skills for Psychological Recovery (SPR)) потрібні для того, щоб допомогти тим, хто пережив травму, здобути навички справлятися зі стресом, посттравматичним стресом та життєвими

негараздами, які можуть виникнути. Програма містить п'ять основних навичок, розвиток яких підтримується: навички вирішення проблем, підсилення позитивних активностей, менеджмент реакцій, підсилення корисного мислення, відновлення соціальних зв'язків.

На сьогодні існують десятки теоретичних і практико-орієнтованих моделей посттравматичного стресу, що пояснюють феномен психічної травми та окремі посттравматичні симптоми. При цьому в різних теоретичних підходах розглядаються різні аспекти психотравматичного впливу. Огляд теоретичних підходів показав, що існує тенденція до розширення контекстів вивчення психічної травми за рахунок підключення до аналізу соціально-психологічних, соціологічних, філософських та інших дисциплін.

У нашому сьогодні вже створено низку валидизованих опитувальників та шкал, які можуть допомогти дослідити посттравматичне зростання. Однак, на жаль, більшість із них не адаптовані до використання в Україні. Але не лише кількісними опитувальниками всі ці роки досліджували посттравматичне зростання. Звісно, вони мають свою привабливість – за їх допомогою легко охопити великі вибірки, вони не напружують учасників дослідження, їхні результати легко обробити, і маючи кілька різних опитувальників – так само легко займатися пошуком кореляцій між субшкалами, відмінностями між різними категоріями учасників дослідження тощо. Однак, якісні методи мають свою невимовну перевагу – вони дають змогу зануритися у життєвий світ учасників дослідження, і оприятити їхній унікальний та неповторний досвід.

Більше того, вони часто дають змогу самим учасникам свій власний досвід зрозуміти краще, опрацювати, прожити знову свою історію зі зміцнюючим ефектом.

РОЗДІЛ 2.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ВІД ПОЧАТКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДО ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

2.1 Розлади психіки, що виникають в наслідок екстремальних ситуацій та їх симптоми.

Перш ніж говорити про психічні розлади, пов'язані з екстремальними ситуаціями, необхідно констатувати, що значна кількість людей на виникнення такої ситуації відповідає адекватними та послідовними поступками. Така поведінка є складним поєднанням філогенетичних та онтогенетичних паттернів, основою яких є фізіологічні та психологічні особливості особистості, уявлення особистості про власні стандарти поведінки, уявлення мікросоціального середовища про стандарти поведінки в суспільстві. Під час подій, які загрожують життю та здоров'ю людини, миттєва реакція визначається в першу чергу інстинктами (збереження та продовження роду) та індивідуальними особливостями особистості (психічними та фізіологічними). Соціальні стандарти починають визначати поведінку індивіда на подальших етапах реагування на екстремальну ситуацію. В зв'язку з цим, на перших етапах реагування на загрози життю та здоров'ю можуть відмічатися різні психічні розлади[5].

Психічні розлади, які найчастіше виникають одразу після ЕС, за МКХ – 10 носять назву «Гострої реакції на стрес». Вона може проявлятися в двох видах. Найчастіше це психомоторне збудження, яке зовнішньо проявляється у швидких нецілеспрямованих рухах. Міміка та жести стають надмірно живими, має місце звуження обсягу та концентрації уваги, хворі дуже легко відволікаються, не звертають уваги на різні перешкоди, з трудом сприймають пояснення. Також мають місце складнощі в сприйманні інформації та розлади пам'яті.

Крайнім проявом гострої реакції на стрес є ситуація, коли людина втікає з місця події без урахування ситуації, що склалася.

Наступним видом гострої реакції на стрес є різке уповільнення психічних та моторних процесів (ступор). Одночасно мають місце дереалізаційні розлади, які проявляються у відчутті нереальності оточуючого світу. Зазвичай такі особи тривалий час залишаються в одній позі, іноді увага цих людей зайнята непотрібними чи зовсім непридатними для використання речами.

Під час гострої реакції на стрес поведінка визначається інстинктом самозбереження.

Після завершення гострої реакції на стрес (коли реальна загроза зникає) настає перехідний період. В цей час мають місце розлади сну у вигляді погіршення засинання, постійні нічні пробудження та ранні просинання. Відмічаються зміни їстівної поведінки, нерішучість, прагнення перекласти на інших прийняття відповідальних рішень, зниження загального функціонування особистості.

В цілому поведінка більшості людей в цей період направлена на мінімізацію загрози власному життю та життю близьких людей. Після перехідного періоду у частини осіб, які перенесли гостру реакцію на стрес, розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Розлади реакції пристосування (розлади адаптації) виникають в наслідок змін в життєвому укладі, що обумовлені надзвичайною подією. Розлад виникає, як правило, після перехідного періоду та у більшості випадків проявляється різними за тривалістю та структурою депресивним синдромом. У частині випадків депресивний синдром проявляється суб'єктивним відчуттям зниженого настрою, безнадії та відсутності перспектив. На відміну від попередніх розладів утруднення засинання пов'язано з тим, що перед сном в голову «приходять» різноманітні привожні думки.

В частині випадків розлади реакції пристосування проявляються в зміні стилю життя, недогриманні загально прийнятих норм поведінки, зниженні індивідуальних моральних критеріїв особистості [7].

Реакція горя – емоційна та поведінкова відповідь організму на непоправну втрату. Реакцію горя можна умовно поділити на три фази. Перша фаза – фаза протесту, може тривати від декількох хвилин до декількох місяців. Друга – фаза дезорганізації (усвідомлення втрати), відмічається дезорганізація, безцільність та неспокій, все «робиться автоматично, без почуттів, але й це потребує значних зусиль». Третя – фаза реорганізації, може тривати від декількох тижнів до декількох років. Особистість повертається до реальності, спогади про все стають позитивними, проявляється інтерес до нових сфер діяльності.

Відповідно до МКХ -10 та DSM – IV, посттравматичний стресовий розлад розвивається після травматичних подій, що «виходять за межі нормального людського досвіду». Він може виникнути як у безпосередніх жертв травм, так і у свідків подій.

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

А. Хворий перебував під впливом травматичної події, під час якої мали місце:

1. Хворий пережив, був свідком чи учасником події чи подій, які представляли реальну чи можливу загрозу смерті або серйозної шкоди чи небезпеку порушення фізичної цілісності, яка загрожує самому хворому чи іншим людям.
2. Реакція хворого була виражена у вигляді страху, безпомічності чи жаху. Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох складових: інтрузії, уникнення та гіперактивності.

Б. Травматична подія повторно переживалася у вигляді одного чи декількох наступних проявів (інтрузія):

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття.
2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу
3. Такі дії та відчуття, як начебто травматична подія відбувається знову (включаючи відчуття відновлення пережитого, ілюзії, галюцинації та

дисоціативні епізоди, в тому числі ті, що виникають при проєциванні чи в стані сп'яніння)

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

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

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

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

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

3. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми

4. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності чи участі в них.

5. Відчуття відстороненості від оточуючих.

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

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

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

1. Складності при засинанні чи розлади тривалості сну.

2. Роздратованість чи спалахи гніву.

3. Складності концентрації уваги.

4. Підвищена пильність.

5. Посилена реакція на переляк.

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

Е. Розлад призводить до клінічно значимого дистресу чи порушень в соціальній, трудовій чи інших сферах життєдіяльності

Типи розладу:

- гострий – симптоми зберігаються менше трьох місяців;
- хронічний - симптоми зберігаються три місяці і більше;
- відстрочений – симптоми виникають не менше, ніж через шість місяців закінчення дії стресора[3].

Основні симптоми ПТСР

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття. Травмуюча подія переживається знов і знов. Людина намагається забути про пережите, але спогади постійно виникають без будь-яких зовнішніх стимулів. Виникає відчуття реальності події. Вони можуть виникати наяву, при просинанні, при інтоксикації (алкогольної, під дією ліків). До цієї групи відносяться дитячі ігри, що повторюються, в яких помітні елементи травмуючої події.

2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу. Сни викликають глибокі переживання психотравмуючих подій з відчуттям їх реальності.

3. Такі дії та відчуття, начебто психотравмуючі події відбуваються знову. Відчуття відновлення пережитого, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди. Можуть бути стани з розладами орієнтування, які тривають від декількох хвилин до декількох годин (дів), людина начебто стає учасником психотравмуючих подій.

4. Значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадує про неї. В деяких випадках можуть виникати стани психоемоційного напруження чи гострого стресу при зіткненні з чимось, що нагадує про травмуючу подію. Наприклад, реакція жертв нацистських концентраційних таборів на вид свастики, учасників бойових дій на відповідні передачі по телебаченню.

5. Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадують

про неї. При зіткненні з ситуацією, яка нагадує психотравмуючу, проявляються фізіологічні реакції: пітливість, оніміння кінцівок, відчуття слабкості, відчуття тиску в горлі...

6. Намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою. Спроби уникнути дій, місць, людей, які викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує про травму.

7. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми. Людина не може пригадати деякі епізоди того, що з ним відбувалося.

8. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності чи участі в них. Людина стає байдужою до всього, чим раніше захоплювалася.

9. Відчуття відгородженості від оточуючих, виникає відчуття самотності навіть в колі родини, дітей.

10. Звуження діапазону афективної реакції. Зниження настрою, постійне незадоволення собою та оточуючими, роздратованість, апатія, втрата інтересу до оточуючої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники.

11. Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу. Формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час, виникає відчуття «неперспективного майбутнього».

12. Ускладнення при засинанні та розлади тривалості сну. Нічні кошмари, боязнь заснути, сновидіння відображають психотравмуючу ситуацію, нервові виснаження, підвищення тривоги, нездатність розслабитися, відчуття фізичного та душевного болю.

13. Роздратованість та спалахи гніву. У учасників бойових дій виникають бурхливі реакції агресії при найменших неочікуваних подіях, які нагадують травматичні ситуації бойових дій (різкі звуки, крики, шум)ю Людина стає конфліктною, в суперечках застосовує насилля.

14. Труднощі при концентрації уваги. Людина не може зосередитися на чомусь, що необхідно пригадати. В деяких моментах концентрація уваги може бути достатньою, але тільки виникає стресовий фактор, як втрачається здатність зосередження. У дітей достатньо помітно знижуються успіхи в навчанні, відмінники стають посередніми учнями.

15. Немотивована нильність. Хворий слідкує за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, часто вона

проявляється в постійній фізичній напрузі, готовності в будь-який момент відбити зовнішню чи подолати внутрішню загрозу. Поведінка таких осіб відображає характер перенесеної психічної травми. Наприклад, учасники бойових дій відмовляються сідати спиною до дверей, вибирають місця з яких вони можуть спостерігати за всіма присутніми. Напруження не дозволяє особі розслабитися, відпочити, вимагає значних витрат енергії.

16. Посилена реакція переляку. Незначний шум, стук призводить до того, що людина починає бігти, сильно кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати у особи спогади про травмуючі події, відчуття безпомічності та незахищеності[42].

Бланк виокремлював чотири типи повторних відчуттів:

- яскраві сні та нічні кошмари;

- яскраві сні, від яких людина просинається з відчуттям реальності подій та дій, які можливо особа скоїла під впливом спогадів;

- усвідомлюваний флешбек – переживання, в яких яскраво представлені образи психотравмуючої події, супроводжуються візуальними, звуковими та нюховими складовими. При цьому може втрачатися контакт з реальністю;

- неусвідомлюваний флешбек – неочікуване, абстрактне переживання, яке супроводжується певними діями та образами.

Клінічна картина зазвичай включає ще додаткові симптоми ПТСР:

- імпульсивність поведінки, експлозивні спалахи, роздратованість, схильність до фізичного насилля;

- зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань;

- антисоціальна поведінка чи протиправні дії;

- депресія, суїцидальні думки та спроби самогубства;

- високий рівень психічної нестійкості;

- неспецифічні соматичні скарги (головний біль,). У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в області серця, респіраторного симптому[9].

2.2. Принципи та методи надання психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі

Екстрена психологічна допомога почала формуватися ще в роки Першої світової війни. Сьогодні екстрена психологічна допомога представляє собою роботу не тільки з наслідками травми, а роботу в епіцентрі надзвичайної ситуації. Передбачається, що будь-які превентивні заходи мають враховувати соціальні процеси, що виникають навколо травматичної події, позитивні та негативні аспекти соціальної взаємодії в цей період, культурних контекст, традиції, ритуали. Соціальна підтримка визнається найважливішим захисним фактором після травми, а робота з родиною – одним з основних напрямів втручання. Надання психологічної допомоги вимагає від психолога дуже високого рівня професіоналізму, «психологічного мистецтва» [38].

Питання 1. Принципи надання психологічної допомоги при ПТСР

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

Базові принципи психолого-психіатричної допомоги при ПТСР:

1. Безоціночне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з ПТСР. Травмовані можуть відчувати себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.

2. Психолог має бути впевненим в тому, що всі прояви ПТСР у клієнта обумовлені природою травмуючої події. Такі самі зміни особистості можуть бути обумовлені іншими психопатологічними розладами та особливостями особистості.

3. Визнання усіх реакцій травмованих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. Запевняючи в цьому пацієнта, передаючи йому інформацію про його проблему, ви вже справляєте психотерапевтичний вплив і можете досягнути певних результатів.

4. Екстрене втручання психолога та його участь в організації певної підтримки постраждалому для його скорішого одужання. Мається на увазі

встановлення емоційної підтримки близького оточення постраждалого, того, що Лінді назвав «травматичною мембраною навколо жертви».

5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постраждалим, появи у психолога симптоматики ПТСР. Інколи виникає навіть терапевта з постраждалим, психологи ставали більш збудливими, неврівноваженими, формувалися захисні механізми їх поведінки, емоційне вигорання.

Сьогодні в зоні АТО пропонують роботу психологам (10 – 15 діб). Використовування при роботі з клієнтом моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у пацієнта відчуття відповідальності за результати терапії.

7. Готовність психолога до того, що пацієнт може його перевіряти, «тестувати». Це перевірка на надійність, довіру, щирість, та пояснюється страхом постраждалого бути не зрозумілим психологом, піддатися критиці за ту чи іншу дію.

8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція в загальну систему цінностей клієнта. Переосмислення травми на рівні поведінки та можливостей; на рівні цінностей, не рівні саморозкриття та самореалізації. Альтруїстичні схильності.

9. Нормалізація психозахисної поведінки клієнтів, активізація адекватних егозахисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенціальних психологічних ресурсів клієнтів. Переробка травми, вилікування від наслідків травми може бути достатньо тривалим. При цьому будь-який стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду. Необхідно формувати самостійність клієнта в подоланні таких наслідків (повторних впливів інших стресів).

Питання 2. Етапи надання психологічної допомоги при ПТСР

В програмі передбачається послідовне проходження від першого до четвертого рівня травми та відповідної психологічної допомоги.

1 – й рівень психологічної допомоги – тілесно орієнтована терапія. Відповідно до підходу Пітера Левіна, психотерапевтична робота з травмою має бути направлена, перш за все, на відновлення природної здатності до саморегуляції, яка оцінюється як психологічна та біологічна здатність до ціле

направленої організації. Саморегуляція розглядається як природна здатність особи до самовилікування, основана на ресурсах організму.

Працюючи з психологічною травмою на рівні тіла, необхідно дотримуватися деяким принципам, що забезпечують ефективність психологічної допомоги.

- Створення відчуття безпеки. Встановлення таких терапевтичних відносин з пацієнтом, як: довіра, надійність, безпечний простір, співробітництво.

- Створення у клієнта ресурсів для роботи з травматичними переживаннями. Ресурси – це різні види позитивних самовідчуттів на рівні тіла, те, що допомагає людині зберігати та підтримувати відчуття себе і власної внутрішньої цінності при загрози можливого руйнування травмою. Ресурс забезпечує здатність до саморегуляції.

- Створення меж переживання – «контейнерування» – усвідомлення, яке дозволяє тому, що відбувається в середині клієнта, бути сприйнятим на тілесному рівні у вигляді різних соматичних проявів.

Методи та техніки роботи дозволяють створити передумови для відновлення природної здатності особистості до саморегуляції та подальшої інтеграції травматичного досвіду на інших рівнях.

2-й рівень психологічної допомоги – групова робота. Групова психотерапія дозволяє вирішувати більш широке коло спільних для клієнтів задач, в число яких входять наступні:

- Створення безпечного соціального простору.
- Зниження відчуття ізоляції і формування відчуття приналежності, спільності цілей, комфорту та підтримки.

- Відновлення відносин до іншого як до самоцінності, що супроводжується формуванням відчуття довіри до себе.

- Формування відчуття універсальності власного досвіду.
- Прояснення загальних проблем, навчання методам (совладення) наслідками травми.

- Можливість прийняти на себе роль «допомагаючого».

- Розвиток відчуття «ліктя»: сильні проблеми розподіляються між учасниками групи.

• Можливість ділитися з кимсь інформацією про себе, говорити про свої відчуття іншим людям.

• Формування впевненості в можливості успішного проходження терапії.

Для досягнення поставлених завдань використовуються деякі техніки, розроблені в межах поведінкової, когнітивної та екзистенційної терапії. До числа обов'язкових методів входять:

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

- принципи сократівського діалогу як основного виявлення неадаптованих думок та установок та роботи з ними;

- використання метафор з метою передачі інформації на рівень підсвідомого клієнтів, це допомагає активізувати приховані ресурси та призводить до неочікуваного розв'язання проблеми;

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

- техніка «Позитивні сторони травматичного досвіду», що дозволяє переоцінити травматичний досвід та його наслідки на рівні поведінки, міжособистісних відносин, родини та з точки зору розвитку власної особистості.

3-й рівень психологічної допомоги – різні психотерапевтичні підходи.

Принципи вибору конкретних методів та прийомів, необхідних при роботі з конкретним клієнтом, мають бути наступними:

Метод, що застосовується повинен мати певний прагматичний зміст та не суперечити етичним вимогам.

- Методи та прийоми, розроблені гуманістичною психологією, є зальними для будь-якої психотерапевтичної роботи, ними необхідно керуватися у взаємовідносинах між психологом та клієнтом. Однак для надання допомоги використовувати тільки їх не є достатньо ефективним.

Методи, розроблені в психодинамічному підході, обов'язкові в усіх випадках, коли мають місце не просто розлади, викликані психотравмуючою

ситуацією, але й виявляється більш – менш виражений невроз. Підпсиходинамічними методами маються на увазі метод «Вільних асоціацій», метод «Глумачення сновидінь», трансактивний аналіз Е. Бернса.

- Методи, розроблені біхевіріально-когнітивною психологією є обов'язковими в застосуванні для зняття симптомів. Найбільш ефективними вони є тоді, коли направлені на самі симптоми. До біхевіріально-когнітивних методів відносять варіанти десенсибілізації, прийоми нейролінгвістичного програмування.

- В психотерапевтичній роботі доцільним є застосування техніки арт-терапії. Арт-методи впливають на психіку на глибинному рівні, сприяють відновленню цілнності-особистості, виходу її зі стану дезінтеграції і практично не мають протипоказань.

4-й рівень психологічної допомоги – екзистенціальна терапія. Осмислення того, що відбулося, - необхідний елемент для повноцінного завершення лікування. Найкраще ці питання висвітлені в доготерапії напрям екзистенціальної терапії, заснований В. Франклом, на роботу якого вплинув досвід перебування в концентраційному таборі фашистської Німеччини.

Головне завдання психолога – це:

- клієнт має прийняти те, що з ним відбулося;
- клієнт має усвідомити свої цінності;
- клієнт має взяти на себе відповідальність за свою поведінку в екстремальній ситуації та на час психотерапії;
- клієнт має прийняти психотравмуючих досвід як «ресурс» для свого подальшого життя [39].

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

У постраждалих з посттравматичним стресовим розладом, особливо в самих тяжких формах, зміни проявляються на всіх рівнях функціонування психіки. Люди часто відчують страх, не вірять в свої сили для подолання розладу. Страх та зневіра впливають на організацію психологічної допомоги,

особливо на початкових її етапах. Робота з психологом часто сприймається як загроза, як ще одна психотравмуюча подія. Клієнти мають сумніви щодо професійних здібностей психолога, мають сумніви щодо його широчини, доброзичливості. Ці захисні механізми поведінки постраждалого значно ускладнюють роботу з надання психологічної допомоги. Без подолання цих бар'єрів важко досягти успіху в роботі.

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

Фахівці з ПРСТ одностайно відмічають, що уявлення про розлад радикально змінилися за останні 10 років. Сьогодні більшість з дослідників визнають, що значні неіхолофізіологічні зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу подію. Цілеспрямовані дослідження західних спеціалістів доводять, що частина з них з часом можуть пройти самостійно. В зв'язку з цим виникає необхідність обережно вибирати види та методи роботи з постраждалими відразу після травми. Достатньо ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, психологічне втручання (інтервенція), психологічна корекція тощо. Цілі і завдання екстреної психологічної допомоги включають профілактику гострих психологічних реакцій та підвищення адаптаційних можливостей працівників.

Одним із ефективних засобів психологічної підтримки та відновлення психічного здоров'я і психологічної рівноваги після перебування у екстремальній ситуації є психологічний дебрифінг. Вітчизняні фахівці з корекції кризових станів адаптували методіку психологічного дебрифінгу, що виправдала себе в роботі з ветеранами в'єтнамської війни [1] працівниками поліцейських підрозділів США і ряду Європейських країн [16].

Психологічний дебрифінг (англ. debriefing – доповідь після повернення завдання) являє собою групове обговорення пережитої екстремальної ситуації, що сприяє розумінню причин, які викликають стрес, і усвідомленню дій, необхідних для усунення цих причин. Даний засіб дозволяє вирішувати наступні завдання:

- зниження рівня емоційного сприйняття екстремальної ситуації;

- зменшення рівня індивідуальної і групової психологічної напруги;
- регулювання морального і психологічного стану учасників.

Найбільш оптимальний час для проведення дебрифінгу – по закінченню двох діб після події.

Практика показує, що психологічний дебрифінг повинен проводитися з дотриманням наступних умов:

- наявність окремої кімнати, ізольованої від будь-яких шумових впливів;
- кількість учасників не повинна перевищувати 10 чоловік (оптимально 5-7 чоловік) – з числа працівників ОВС, які раніше потрапляли у подібні екстремальні ситуації. При більшій кількості учасників група розбивається на підгрупи зі своїм «ведучим».

Психологічний дебрифінг здійснюється за методикою «круглого столу». Можна використовувати аудіо- і відеозаписи ситуацій і подій. Перед проведенням дебрифінгу доцільно провести у учасників експрес-діагностику постстресового стану, що допоможе з'ясувати ситуацію у групі і визначити тактику роботи з окремими її членами.

Процес дебрифінгу складається з трьох частин:

- а) «вентиляція» почуттів у групі і оцінка стресу ведучими;
- б) обговорення «симптоматики» і надання психологічної підтримки;
- в) мобілізація ресурсів, надання інформації і планування подальшої допомоги.

Загалом виділяють від 5 до 7 обов'язкових фаз у роботі групи:

1. Вступна фаза, передбачає роз'яснення ведучим мети, завдань і правил; зняття тривоги в учасників з приводу новизни та «незвичайності» процедури.

Оптимальний час на вступ – 15 хвилин.

Потім ведучий визначає правила дебрифінгу для того, щоб мінімізувати тривогу, яка може виникнути в учасників.

До основних правил, яких слід дотримуватись відносять наступні:

- а) представитися та висловити власне ставлення до обговорюваної події; якщо учасник не хоче обговорювати певний факт, не потрібно його змушувати до цього; всі інші уважно вислуховують те, що говорить кожний з присутніх;
- б) дотримуватися конфіденційності: те, що відбувається або обговорюється в групі не виноситься назовні;

в) не критикувати інших;

г) кожен говорить від свого імені, про свої переживання, вчинки (від першої особи), а не про чужі;

д) психолог попереджає учасників, що вони можуть знову пережити негативні почуття, але це і є завдання дебрифінгу – навчитися переборювати реальні негативні емоційні стани;

е) хоча група і працює без перерви, але це не означає, що забороняється виходити на певний час у справах.

2. Фаза фактів спрямована на розповідь кожного учасника про те, що відбувалося з ним: що він бачив, де знаходився і що робив. Саме таким чином можна відновити повну картину і хронологію подій.

Тривалість фази чинників може варіювати. Але чим довше тривав інцидент, тим довша повинна бути дана фаза.

Одне з головних завдань дебрифінгу – дати працівникам можливість більш об'єктивно побачити ситуацію, щоб блокувати тривогу й дискомфорт, викликані викривленням реальної картини того, що відбувалося.

3. У фазі думок, емоцій та почуттів. Ведучий просить перейти від опису події до розповіді про внутрішні переживання та психологічні реакції на них.

Дуже важливо згадати перші враження, які промайнули в голові, думки, імпульсивні вчинки і емоційні реакції. Питання, що відкривають цю фазу, можуть бути, наприклад, типу «Якими були ваші перші думки, коли це відбулося?».

У кінці цієї фази можуть бути обговорені враження учасників на місці події. Питання, які, можливо, будуть задані, наступні: «Ваші враження про те, що відбувалося навколо вас, коли події тільки починалися і в ході їх розвитку?», «Що ви думали й почували?».

4. Фаза симптомів передбачає обговорення проявів стресового психічного стану, які спостерігались учасниками як зміна своєї поведінки. В результаті складається перелік симптомів, що описує спектр психологічних наслідків критичного інциденту в даній конкретній групі. Кожен учасник має можливість зрозуміти та усвідомити свій стан, а також розповісти про ті симптоми, які раніш нікому не розповідав.

Варто зазначити, що постстресовий стан працівників рано чи пізно створює певний вплив на сімейне життя, при цьому працівник може почувати, що його рідні не в змозі зрозуміти, що він пережив. Як результат, пошуки розуміння приводять до колег, що пережили ті ж самі події.

5. Фаза інформування направлена на роз'яснення учасникам природи постстресових станів як «нормальних реакцій на екстремальну ситуацію»; обговорення варіантів та засобів їх подолання і можливих у майбутньому негативних психологічних наслідків. Психолог у формі міні-лекції повідомляє про види, ознаки та наслідки, спричинені стресами. Корисно у таких випадках надати інформацію зафіксувати на листівках та надати учасникам дебрифінгу як роздатковий матеріал.

6. Фаза «закриття минулого» і «новий початок» спрямована на підведення підсумків пережитого. Ритуали «закриття минулого» існують у кожній культурі (поминки, річниця, відвідування місць, пов'язаних з певними подіями тощо), однак вони припускають і власну творчу участь, наприклад, багато з тих, хто пережив катастрофу, пізніше присвячують своє життя, щоб допомогти уникнути нових катастроф або зменшити їх травматичні наслідки, використовують свій досвід при наданні допомоги, беруть участь у діяльності добровільних рятувальних бригад та ін.

7. Фаза реадaptaції сприяє обговоренню і плануванню майбутнього. Однією з головних цілей дебрифінгу є створення відчуття внутрішнього психологічного комфорту. Корисно обговорити також, у яких випадках, учасник повинен звертатись по подальшу допомогу. Вирішальними можуть бути такі показники: якщо симптоми не зменшилися через 6 тижнів, якщо симптоми збільшилися згодом, якщо працівники не в змозі адекватно виконувати свої функціональні обов'язки, або виникають конфлікти та непорозуміння в сім'ї.

Психолог повинен акцентувати увагу на закінченні дебрифінгу, що, в свою чергу, надає процесу завершеність і логічну злагоженість.

Однак, варто зазначити, що сам по собі дебрифінг не вичерпує необхідності у наданні індивідуальної професійної психологічної допомоги працівникам органів внутрішніх справ [15].

Кризове консультування – це найбільш дієва та актуальна форма психологічного консультування для екстремальної діяльності. Головною метою

кризової допомоги найчастіше вважають попередження посттравматичних розладів, запобігання суїцидам, профілактика дезадаптації працівників.

Кризове консультування досить ефективний психопрофілактичний засіб, який є значно доступнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, які потребують значних часових витрат, певної підготовки, обладнання тощо.

Процес надання психологічної допомоги може бути розділена на три стадії.

1. Встановлення довірчого безпечного контакту, що дає право на отримання доступу до «закритого» травматичного матеріалу;
2. Консультативна, терапевтична або корекційна допомога, зорієнтована на травму, поєднана з глибинним дослідженням травматичного матеріалу, роботою з униканням та відчуженістю;
3. Стадія, яка допомагає особі дистанціюватися від травми і возз'єднатися з сім'єю, друзями та суспільством.

Разом з тим, певні елементи і принципи кризового консультування мають загальний характер. До основних принципів кризового консультування відносяться: емпатійний контакт, короткостроковість, невідкладність, високий рівень активності психолога-консультанта, обмеження цілей консультування, що передбачає фокусування на основній конкретній проблемі, інтенсивна ситуативна підтримка [30].

Дієвим засобом психологічної допомоги, який може бути застосований в процесі психологічного консультування працівників, які перебували в екстремальних умовах діяльності, є кризова інтервенція.

Головною метою кризової інтервенції є уникнення госпіталізації чи хроніфікації симптомів, які виникають унаслідок кризових ситуацій. Мета кризової інтервенції полягає у загальній підтримці людини та її оточення, у здатності активізувати ресурси для саморегуляції та самопомоги.

Кризова інтервенція – це робота, спрямована на вираження сильних емоцій постраждалого, відкриття доступу до дослідження гострих проблем та формування розуміння поточних проблем, для його психологічної підтримки, а також створення фундаменту для прийняття ним пережитого досвіду. Загальним змістом описаної стратегії дій психолога є допомога постраждалому в розумінні

змісту того, що відбулося, у відновленні почуття контролю свого емоційного стану та контролю над своїм життям, відновленні самооцінки [17].

Присутність психолога для клієнта, який пережив екстремальні події, це повне привнесення себе в інтеракцію з компетентним фахівцем. Клієнти часто йдуть саме до психолога, оскільки якісні стосунки зі значущими фігурами, можливість бути присутнім з іншою важливою особою в неопосередкованій близькості з якихось причин блокувана. Тому психологи повинні бути готові емоційно реагувати та співпереживати постраждалим працівникам, уміючи при цьому дистанціюватися.

Процес вербалізації пережитого досвіду через консультування має величезне значення в наданні психологічної підтримки. Психолог виступає в ролі слухача і допомагає працівникові сформулювати свої думки, висловитися, поділитися пережитим.

Як відомо, внутрішня робота з асиміляції нового, в тому числі, травматичного, досвіду проходить через процес вербалізації.

Терапевтичні відносини, побудовані на підставі діалогу, мають деякі специфічні характеристики. Контроль за ходом бесіди – це прояв відповідальності консультанта. Тільки лише слухання, навіть самого чуйного, в більшості ситуацій недостатньо. Прояв активності в обмеженні змісту промови клієнта і утримання фокусу на певних скаргах, темах, ситуаціях дозволяє консультанту формулювати і перевіряти початкові гіпотези щодо працівника (як клієнта) і його проблем, тим самим з максимальною користю використовувати потенційну можливість їх вирішення [18].

Розповідаючи про свої проблеми та труднощі, особа формулює проблемну ситуацію. Психологічні проблеми не існують ізольовано, їх можна виділити лише з контексту. До появи чи загострення дисгармонії завжди призводять конкретні життєві та професійні ситуації. Переживання клієнта кризової ситуації – це процес, що триває певний час. З боку психолога йому відповідає зустрічний процес – співпереживання.

Процес співпереживання включає: докладну розмову про кризову ситуацію; емпатичне розуміння і безумовне прийняття консультантом емоційної реакції співробітника на кризову ситуацію; вербалізація психологом його почуттів, його ставлення до тих чи інших елементів чи учасників кризової

ситуації; оцінка переживань співробітника як природних в даній ситуації. Одним з елементів психологічної підтримки постраждалого є визнання психологом його страждань. Психологу необхідно вербально підтвердити розуміння того, що він зазнав певних емоційних потрясінь, серйозно поставитися до його переживань та турбот у конкретній ситуації.

Існує ряд прийомів, які сприяють найбільш успішному здійсненню техніки слухання. Зазвичай їх об'єднують в єдину групу під назвою «Прийоми активного слухання». Активне слухання дозволяє завоювати довіру клієнта, зібрати максимально повну інформацію про нього та його проблеми. До прийомів активного слухання відносяться такі:

1. Кивання головою і використання вигуків «так», «угу».
2. Питання-відлуння: дослівне повторення основних положень висловлених працівником.
3. Уточнення, при яких психолог просить уточнити окремі положення, висловлювання працівника.
4. Переформулювання – полягає у поверненні сенсу висловлювання працівника консультантом за допомогою використання інших слів, мовних оборотів.
5. Відображення емоцій відбувається при прямому описі переживань, які психолог помітив у поведінці працівника [24].

Важливим для кризової інтервенції є також позитивне підкріплення емоційного стану працівника.

Ефективною технікою впливу на емоційний стан є навіювання, яке має цілеспрямований, неаргументований характер. При навіюванні здійснюється процес передачі інформації, заснованої на її некритичному сприйнятті. Навіювання відрізняється і від переконання: воно безпосередньо викликає певний психологічний стан без доводів та критичного сприйняття. Переконання ж побудовано на тому, щоб за допомогою логічного обґрунтування домогтися згоди від постраждалого, що вислуховує інформацію.

На кожному етапі консультативного процесу психолог-консультант використовує спеціальні прийоми та техніки:

«Відзеркалення» – прийом полягає в непомітному для працівника повторенні його висловів і рухів.

- «Перифраза» – коротка, поточна репліка психолога, яку він вимовляє під час сповіді працівника і призначена для прояснення, уточнення значення того, що він говорить.

- «Узагальнення» – прийом, який зовні чимось нагадує перифразу, але відноситься не до того останнього, що сказав працівник, а до цілого вислову, який складається з декількох думок або пропозицій.

✓ Прийом емоційної підтримки – психолог уважно вислуховує працівника, слідує за його думкою, намагаючись в потрібні моменти виражати підтримку його висловлювань, зокрема демонструвати позитивні емоції.

- Постановка перед клієнтом питань, які стимулюють його мислення.

Підведення підсумків змісту думок, висловлювань та почуттів.

- Уточнення змісту та почуттів. Запропонувати йому назвати свої почуття, визначити та виразити їх [22].

Інформування постраждалого представляє досить делікатний і складний процес, оскільки передбачає не тільки неупереджене надання фактів, а й урахування можливих його реакцій на інформацію про себе.

Ще одним важливим та доцільним елементом психологічного консультування клієнтів, які перебувають в екстремальних умовах діяльності, є навчання їх навичкам саморегуляції.

Надзвичайно актуальним питанням для процесу психологічного консультування є його ефективність.

Зазвичай основним джерелом інформації про ефективність консультування є сам клієнт, надана їм оцінка.

Отже, психологічна консультація є дієвим та доступним методом психологічної особам після їх перебування в екстремальних умовах діяльності.

Даний метод психолог може застосовувати іноді навіть в несприятливих умовах, за відсутності певного обладнання та комфорту (що в цілому є важливим фактором роботи психолога). Дотримання принципів кризового консультування, емпатійний контакт, високий рівень активності психолога-консультанта дозволяє вчасно надати необхідну допомогу та виграти час для включення в дію механізмів психологічної адаптації клієнта.



Рис. 2.1 Тілесно-орієнтована терапія

Тілесно-орієнтована психотерапія – головний напрям сучасної практичної психології. Сьогодні у світі існують понад 50 інститутів з навчальними та терапевтичними програмами різних шкіл та напрямів тілесно-орієнтованої психотерапії. Основними з них вважаються: біосинтез, біоенергетичний аналіз, біодинаміка, соматопсихологія, процесуальна психотерапія.

Спеціалісти вважають, що тілесно-орієнтована психотерапія - це унікальний та ефективний спосіб роботи з ПТСРЮ який допомагає зв'язувати між собою чуття, розум і тілесні відчуття, відновлювати зв'язки між ними, створювати умови повного контакту людини зі своїм тілом. Соматичні симптоми психічних травм пояснюються як тілесні прояви переживань та поведінки людини, а психотерапія направлена на те, щоб зробити їх доступними переживанню і усвідомленню.

З точки зору терапії важливо не допустити, щоби посттравматичні симптоми стали хронічними.

В якості основного методу в терапії психічної травми використовується техніка «соматичного переживання». Техніка передбачає трансформацію дезадаптивних тілесних реакцій в адаптивні, що досягається шляхом відновлення внутрішніх ресурсів в формі захисних та орієнтованих реакцій, які були втрачені під час травматизації.

Робота з травмою передбачає створення певних меж переживання, контейнування – усвідомлення, яке дозволяє тому, що відбувається в середині клієнта, бути сприйнятому на тілесному рівні у вигляді різних соматичних проявів.

В практиці соматичної терапії травми використовують такі, специфічні психотерапевтичні метафори, як «воронка травми», «воронка відчуження».

Психотерапевт при зіткненні травми працює з досвідом клієнта. В практиці соматичної терапії травми гештальт-досвід отримав назву «SIBAM» (відчуття (sensation), образ (image), поведінка (behavior), афект (affect), сенс (meaning)). «SIBAM» - це спосіб організації досвіду, встановлення контакту з оточуючим середовищем, організації реакції індивіда на те, що відбувається.

Методи та техніки роботи з цілісним переживанням травми створюють передумови для відновлення природної здатності особистості до саморегуляції, необхідної для терапії травми.



Рис. 2.2 Біхевіріально-когнітивна терапія

Відповідно до когнітивної моделі ПТСР, зцілення пов'язано з наступними процесами:

- для позбавлення від симптомів повторного небажаного переживання травми необхідно провести ретельну оцінку спогадів, інтегрувати травматичний досів;

- необхідно змінити ті дисфункціональні когнітивні бінки травми та її наслідки, які пов'язані з переживанням постійно існуючої загрози;

- необхідно змінити дисфункціональні поведінкові та когнітивні стратегії, що блокують відновлення пам'яті про події, посилюють симптоми ПТСР.

В перші тижні після травми постраждалому може бути запропонована «перша психологічна допомога». Не рекомендується на цьому етапі застосовувати будь-які спеціальні психологічні інтервенції.

Основні рекомендації:

- забезпечити можливість задоволення всіх фізіологічних потреб (медикаменти, їжа, вода);

- забезпечити атмосферу безпеки;

- надати практичну допомогу у побутових питаннях;

- допомогти відновити контакти з близькими та друзями;

- орієнтувати на постійний контакт з близькими людьми.

Почати «психологічну освітню» роботу:

- інформувати постраждалих про різні реакції, що виникають у відповідь на «тяжкі» події, нормалізувати ці реакції;

- розповісти про те, що типовий розвиток подій призводить до одужання, зробивши акцент на можливостях людської психіки;

- рекомендувати не дивитися телевізор;

- надавати допомогу при прийнятті конкретних життєвих рішень.

Будь-які обговорення травми в перші тижні після неї мають проходити за бажанням постраждалого. Психотерапевтам не рекомендується заохочувати клієнтів знову і знову розказувати про психотравмуючу подію для попередження формування ПТСР.

Етапи когнітивної психотерапії:

- діагностичний етап;
- інформування про хід психотерапії;
- відновлення занять, які раніше доставляли задоволення;
- відновлення травматичних спогадів та когнітивне їх переструктурування;
- пролонговане поринання у уявлення;
- поринання in vivo когнітивне переструктурування;
- виявлення тригерів спогадів та емоцій, що повторюються;
- тренінг управління тривогою;
- когнітивне переструктурування;

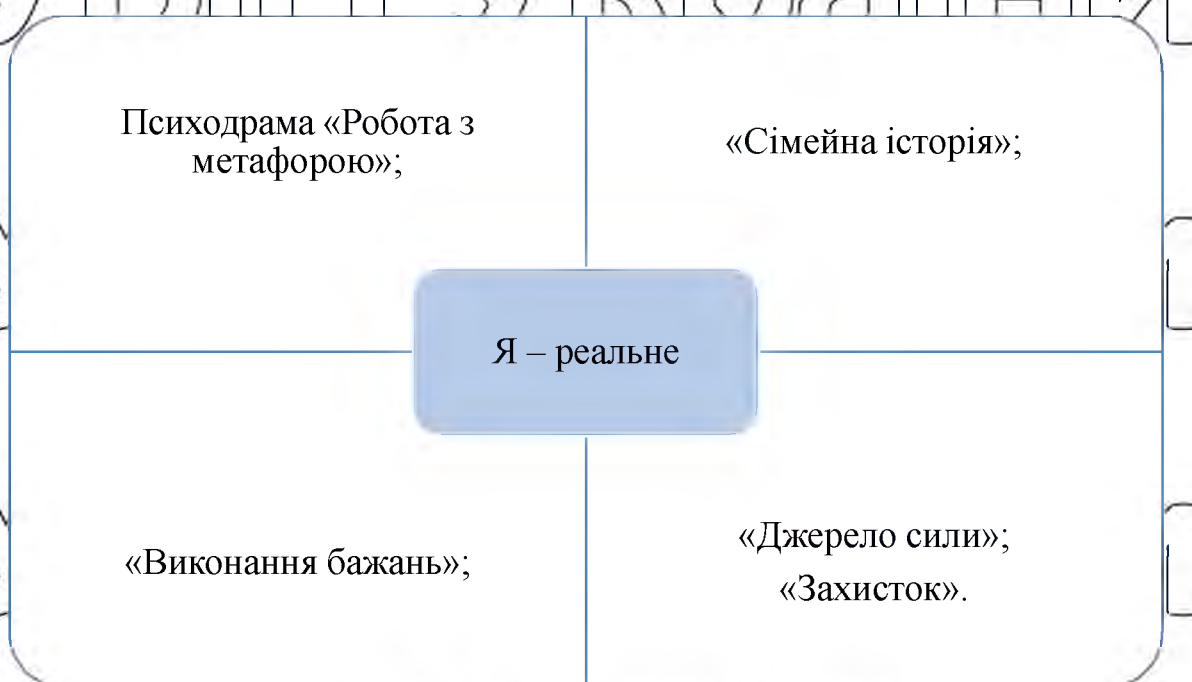


Рис. 2.3 Психодинамічна терапія

Психодинамічна терапія підкреслює роль конфліктів, які виникають через невідповідність цінностей та внутрішньої картини світу клієнта. Психологічна допомога в цьому напрямі психотерапії полягає в дослідженні системи цінностей і потреб постраждалого та руйнуванні їх травмуючою ситуацією; в розв'язанні свідомих та без свідомих конфліктів; в направленні енергії руйнування на творення в атмосфері емоційного комфорту.

Метою психодинамічної терапії також є відновлення самоповаги, розвиток здорового рівня особистісної відповідальності, відновлення цілісності Я.

В короткостроковій психодинамічній терапії ПТРС М.М.Решетніков виокремлює три основних етапи:

- встановлення довіри і формування у клієнта відчуття безпеки для пред'явлення будь-якого емоційного чи вербального матеріалу;
- проблемно-орієнтовна робота у поєднанні з підтримуючою терапією;
- інтеграція особистості пацієнта та повернення його до реальності з наступним переходом до формування життєвої перспективи (12 – 15 сеансів).

Сучасний психодинамічний підхід в короткостроковій терапії ПТРС наближається до раціональної терапії.

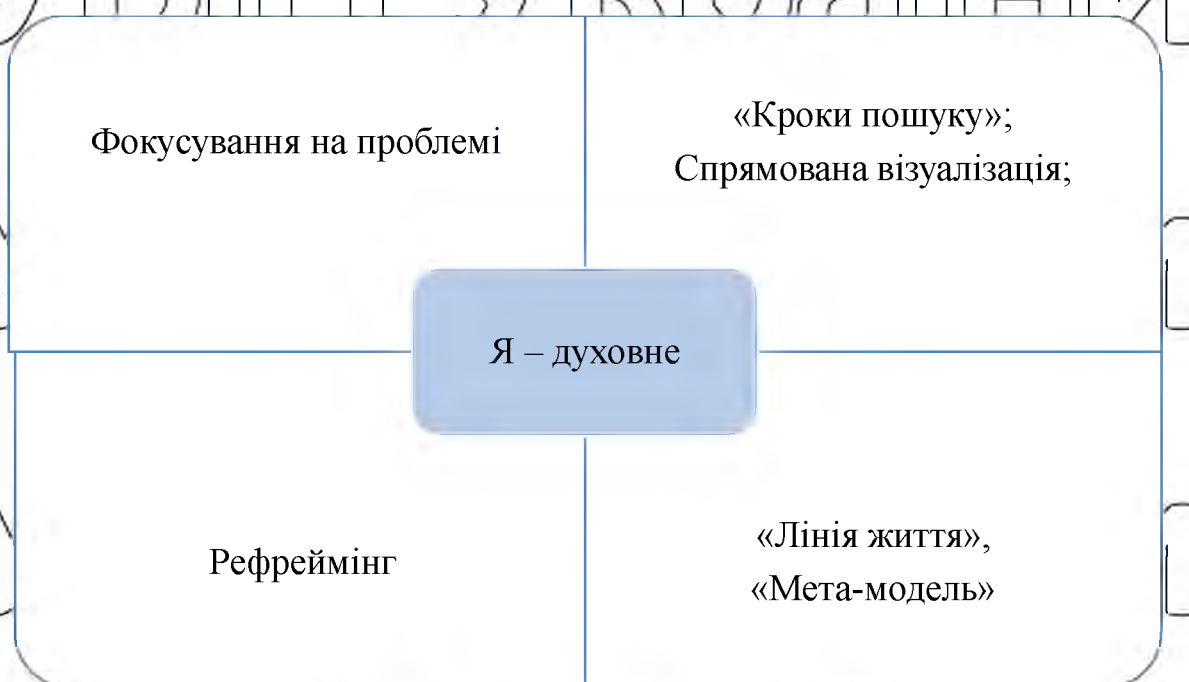


Рис. 2.4 Екзистенціальна терапія

Екзистенціальна психотерапія – це динамічний психотерапевтичний підхід, який фокусується на базисних проблемах існування індивіда та направлений на фундаментальні зміни в його житті.

Кожний практичний курс екзистенціальної психотерапії складається з таких етапів роботи:

- створення психотерапевтичного альянсу;
- поглиблення проблематики клієнта;

- робота з процесом внутрішнього пошуку;
- робота з внутрішнім спротивом;
- робота з терапевтичними відносинами;
- завершальний етап, підведення підсумків.

При наданні допомоги постраждалим з розладами адаптації короткий курс екзистенціальної терапії необхідний в більшості випадків. Як правило, в подальшому клієнт в змозі самостійно справитися з труднощами без загрози для здоров'я.



Рис. 2/5 Арт-терапія

Вважається, що арт-терапія має велике значення в психотерапії ПТСР. Це метод допомоги клієнту, який полягає в застосуванні художньої творчості.

Задані арт-терапевтичної роботи:

- послаблення симптомів, які є у клієнта, оптимізація та стабілізація їх психічного стану і соціального функціонування;
- досягнення більш високого рівня психосоціальної адаптації, формування навичок саморегуляції, розвиток здібностей розуміти себе, вербально та невербально проявляти свої чуття та думки;

- удосконалення спроможності клієнта приймати самостійні рішення, діяти в конфліктних та напружених ситуаціях, формування стійкої системи соціально значимих зв'язків, інтересів, захоплень.

Етапи арт-терапевтичного процесу:

- підготовчий етап;
- етап формування системи психотерапевтичних відносин і початку образотворчої діяльності;
- етап укріплення та розвитку психотерапевтичних відносин;
- завершальний етап[20].

Психологічна допомога людям, які пережили надзвичайну ситуацію, необхідно розглядати як психологічне супроводження особистості, спрямоване на позитивні зміни з метою інтеграції та розвитку всіх рівнів індивіда. Це

достатньо складе завдання в сучасних соціально-політичних, соціально-

економічних умовах. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоби

допомогти людині, необхідно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати найефективніші з них для конкретного клієнта, вміти

застосовувати їх. Для роботи з психотравмованими особами необхідна також

особистісна зрілість. Психолог має бути психічно стійким, надійним,

врівноваженим, усвідомлювати свої переваги та обмеженість власних

можливостей. Надаючи психологічну допомогу постраждалим психологу

необхідно пам'ятати, що їх реакції нормальні і відповідають ситуації, яку вони

пережили[21].

2.3 Профілактика розвитку 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[1].

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 розладів, навчання 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 [19].

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 явирішенні 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 самотійно 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 [25].

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 відбуватися 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[43].

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 посттравматичних 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[26].

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 [37].

Висновки до розділу 2

Під час подій, які загрожують життю та здоров'ю людини, миттєва реакція визначається в першу чергу інстинктами (збереження та продовження роду) та індивідуальними особливостями особистості (психічними та фізіологічними).

Соціальні стандарти починають визначати поведінку індивіда на подальших

етапах реагування на екстремальну ситуацію. В зв'язку з цим, на перших етапах реагування на загрози життю та здоров'ю можуть відмічатися різні психічні розлади.

Сьогодні екстрена психологічна допомога представляє собою роботу не тільки з наслідками травми, а роботу в епіцентрі надзвичайної ситуації.

Передбачається, що будь-які превентивні заходи мають враховувати соціальні процеси, що виникають навколо травматичної події, позитивні та негативні аспекти соціальної взаємодії в цей період, культурних контекст, традиції, ритуали. Соціальна підтримка визнається найважливішим захисним фактором після травми, а робота з родиною – одним з основних напрямів втручання.

Надання психологічної допомоги вимагає від психолога дуже високого рівня професіоналізму, «психологічного мистецтва».

Фахівці з ПРСТ одностайно відмічають, що уявлення про розлад радикально змінилися за останні 10 років. Сьогодні більшість з дослідників

визнають, що значні психофізіологічні зміни – це нормальна реакція на психотравмуючу подію. Цілеспрямовані дослідження західних спеціалістів доводять, що частина з них з часом можуть пройти самоетійно. В зв'язку з цим виникає необхідність обережно вибирати види та методи роботи з

постраждалими відразу після травми. Достатньо ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, психологічне втручання (інтервенція), психологічна корекція тощо.

Психолог має бути психічно стійким, надійним, врівноваженим, усвідомлювати свої переваги та обмеженість власних можливостей. Надаючи психологічну допомогу постражданим психологу необхідно пам'ятати, що їх реакції нормальні і відповідають ситуації, яку вони пережили.

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом запобігання негативному впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини, в тому числі розвитку посттравматичного стресу. Психологічна підготовка – це система цілеспрямованих дій з формування і розвитку

психологічної готовності та психологічної стійкості при виконанні професійної діяльності в особливих умовах.

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.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФЕСІЙНА ДОПОМОГА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ ТА РЕКОМЕНДЦІ ЩОДО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗРОСТАННЯ

3.1. Організація професійної психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі

Наявність у людини ПТСР може свідчити про суттєве зниження психологічної стійкості: відбувається втрата сенсу життя, падають захисні бар'єри, змінюється структура самосвідомості, змінюється ставлення до оточуючих і себе, руйнуються основні структури особистості. Вважають, що посттравматичні реакції — це нормальні реакції на ненормальні обставини, і сильний стрес викликає такі реакції в будь-якої людини. Разом з тим посттравматичні реакції та їх віддалені наслідки сильно варіюють у різних людей. Показано, що лише 20% з тих, хто пережили травму, мають згодом серйозні психологічні проблеми, більшість же використовує свої здібності, які дозволяють успішно адаптуватися і реадaptуватися після травматичного досвіду [35].

Даний розділ містить дослідження щодо посттравматичного стресового розладу і подальшого психологічного зростання у людей, які перебували в зоні бойових дій або приймали в них участь. В опитувальнику прийняли участь 25 респондентів.

Міссісіпська шкала ПТСР (Keane, Caddell, Taylor, 1988) була розроблена для оцінки виразності посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій. Шкала містить твердження, що відображають стан людей, які пережили травматичну ситуацію.

Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які пережили важкі, екстремальні події та ситуації. Кожне твердження має шкалу від "1" до "5". Користуючись даною шкалою, потрібно вказати, якою мірою ви згодні

або не згодні з цим твердженням. Треба дати тільки одну відповідь на кожне твердження: "цілком неправильно", "іноді вірно", "до певної міри вірно", "вірно", "цілком вірно".

1. У минулому я мав більше близьких друзів, ніж зараз

- абсолютно неправильно (1б.)

- іноді вірно (2б.)

- до певної міри вірно (3б.)

- вірно (4б.)

- абсолютно вірно (5б.)

2. Я не маю почуття провини за все те, що я робив у минулому

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся і застосую фізичну силу

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені минуле, це виводить мене з рівноваги

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене

абсолютно неправильно
 іноді вірно
 до певної міри вірно
 вірно

абсолютно вірно

6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми

абсолютно неправильно
 іноді вірно

до певної міри вірно

вірно

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що відбувалося зі мною насправді

абсолютно неправильно
 іноді вірно

абсолютно неправильно

іноді вірно

до певної міри вірно
 вірно
 абсолютно вірно

8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив у минулому, мені просто не

хочеться жити
 абсолютно неправильно
 іноді вірно

до певної міри вірно

вірно

9. Зовні я здається бездушним

абсолютно неправильно
 іноді вірно

абсолютно неправильно

іноді вірно

до певної міри вірно
 вірно
 абсолютно вірно

10. Останнім часом мені іноді хочеться накласти на себе руки

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

11. Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюся тільки тоді, коли мені потрібно вставати

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

12. Я питаю себе, чому я ще живий, в той час як інші померли

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

13. У певних ситуаціях я почуваюся так, ніби я повернувся до минулого

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся у холодному поті і змушую себе більше не спати

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно
 - абсолютно вірно
 15. Я почувуюся виснаженим

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

17. Мене, як і раніше, тішать ті ж речі, що й раніше

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно
 - абсолютно вірно

18. Мої фантазії реалістичні та лякають мене

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

19. Робота не обтяжує мене

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно
 - абсолютно вірно
 20. Мені важко зосередитись

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

21. Я плачу без причини

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

22. Мені подобається бути в суспільстві інших людей
 - абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно
 - абсолютно вірно

23. Мене лякають мої прагнення та бажання

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

24. Я легко засинаю

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно
 - абсолютно вірно
 25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюся

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

27. Я легка, спокійна, врівноважена людина
 - абсолютно неправильно
 - іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно
 - абсолютно вірно
 28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив у минулому, я ніколи не

зможу розповісти, бо ніхто мене не зрозуміє

- абсолютно неправильно

- іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики чи снодійне), щоб заснути чи
 забути про те, що траплялося зі мною в минулому
 - абсолютно неправильно

іноді вірно
 до певної міри вірно
 вірно
 абсолютно вірно

30. Я не відчуваю дискомфорту в натовпі

абсолютно неправильно
 іноді вірно
 до певної міри вірно
 вірно

абсолютно вірно
 іноді вірно
 до певної міри вірно
 абсолютно неправильно

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці

абсолютно вірно
 іноді вірно
 до певної міри вірно
 вірно
 абсолютно неправильно

32. Я боюся засинати

іноді вірно
 до певної міри вірно
 вірно
 абсолютно вірно
 абсолютно неправильно

33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому

абсолютно неправильно
 іноді вірно
 до певної міри вірно
 вірно
 абсолютно вірно

вірно
 абсолютно вірно
 іноді вірно
 до певної міри вірно

34. Моя пам'ять не гірша, ніж раніше

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно
 - вірно

- абсолютно вірно

35. Я відчуваю труднощі у прояві своїх почуттів, навіть стосовно близьких людей

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

36. Часом я відчуваю або поведжуся так, ніби те, що було зі мною в минулому, відбувається знову

- абсолютно неправильно
 - іноді вірно
 - до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно
 37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною в минулому

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно
 - вірно
 - абсолютно вірно

38. Я виявляю пильність і настороженість більшу частину часу

- абсолютно неправильно

- іноді вірно
 - до певної міри вірно
 - вірно

- абсолютно вірно

39. Якщо трапляється, що щось, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що починається сильне серцебиття і перехоплює дихання, може посилитися

- абсолютно неправильно

- іноді вірно

- до певної міри вірно

- вірно

- абсолютно вірно

Кожне питання має свою шкалу оцінки від 1 до 5 на відповіді.

Підсумувавши загальний бал по кожному респонденту, визначаємо, в яку з трьох категорій вони відносяться

До 100 балів – нормативні показники, добрий рівень адаптації;

100-139 балів – окремі симптоми ПТСР; порушення адаптації;

140-195 балів – ознаки клінічного ПТСР, рекомендовано звернутися до центру психологічної реабілітації військовослужбовців.

Таблиця 3.1

Порядковий номер опитуваного	Результат
1	76
2	98
3	105
4	51
5	66
6	78
7	93
8	77
9	125
10	175
11	83
12	98
13	71
14	111
15	91
16	86
17	152
18	82
19	88
20	132
21	83
22	59
23	67
24	105
25	148
Всього: 25	2400

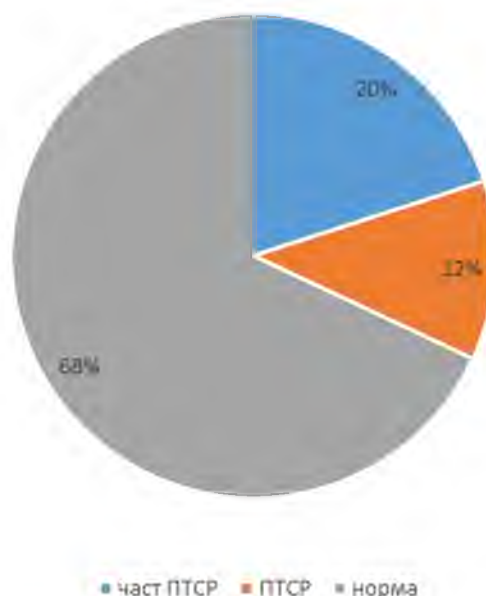


Рис. 3.1 Результати дослідження у вилебтках

Нормативні показники виявлено у 17 респондентів, що становить 68% від усієї групи. У п'ятьох виявлено окремі симптоми ПТСР – це 20%. Також у трьох виявлено ознаки клінічного ПТСР, що становить 12%. Отже, можна зробити висновок, що війна в країні залишила свій значний слід в психіці людей.

Доцільно піклуватися про свій стан і у разі виявлення симптомів ПТСР у себе, звернутися до спеціаліста та не забувати про самопомогу. ○○

Опитувальник построзматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory) розроблений Р. Талеши і Л.Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим. Складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей. Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя. Треба вказати для кожного нижченаведеного твердження ступінь, якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової(травматичної) події, використовуючи наступну шкалу:

Таблиця 3.2

Жодних змін (0)	Дуже незначні зміни (1)	Невеликі зміни (2)	Помірні зміни (3)	Великі зміни (4)	Дуже суттєві (5)
-----------------	-------------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті

2. Я набагато краще розумію цінність власного життя

3. У мене з'явилися нові інтереси

4. Я став більш впевненим у собі

5. Я став краще розуміти духовні питання

6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях

7. Я скерував своє життя на новий шлях

8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими

9. Я охоче виражаю свої емоції

10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами

11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті

12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є

13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя

14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше

15. Я став більше співчувати іншим

16. Я докладано більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми

17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін

18. Я став більш віруючим (релігійнішим)

19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав

20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди

21. Я краще розумію потреби інших людей.

Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і

інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Таблиця 3.3

Шкала	Кількість тверджень	Номер тверджень
Ставлення до інших	7	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Нові можливості	5	3, 7, 11, 14, 17
Сила особистості	4	4, 10, 12, 19
Духовні зміни	2	5, 18
Підвищення цінності життя	3	1, 2, 13

Таблиця 3.4

Нормативні показники

Шкала	Низькі значення	Середні	Високі
А. Ставлення до інших	0-14	15-24	25-35
Б. Нові можливості	0-9	10-15	16-25
В. Сила особистості	0-7	8-15	16-20
Г. Духовні зміни	0-3	4-6	7-10
Д. Підвищення цінності життя	0-6	7-11	12-15
Є. Індекс ПТЗ	0-32	33-63	64-105

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу:

Шкала «Ставлення до інших». Людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль для встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

Шкала «Нові можливості». Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях

позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

Шкала «Сила особистості». Людина стала краще розуміти, що може додати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

Шкала «Духовні зміни». Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

Шкала «Підвищення цінності життя». У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його більш змістовним. Отже, досліджувані з високим індексом

посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчують впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

Так як в попередньому опитуванні ми з'ясували, що посттравматичного стресового розладу немає у 17 респондентів, тому у цьому дослідженні візьмемо саме цю вибірку людей та проведемо дослідження про посттравматичний ріст особистості.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

Таблиця 3.5

№	А	Б	В	Г	Д	Є
2	7	6	5	3	4	25
3	5	8	7	2	6	28
4	7	19	14	6	11	67
5	33	14	13	8	14	82
6	26	16	11	9	12	74
7	14	11	8	4	10	47
8	9	7	3	5	5	29
9	8	3	7	1	6	25
10	8	11	4	5	4	32
11	13	9	15	2	9	48
12	12	15	17	4	11	59
13	16	18	10	3	12	59
14	9	15	7	6	13	50
15	3	1	5	0	2	11
16	10	8	6	1	6	31
17	27	23	18	7	14	89

Провівши опитування, були отримані результати, за якими можна детально визначити, у яких шкалах респонденти мають високий рівень значень. Загалом,

за індексом посттравматичного зростання бачимо, що 8 опитаних мають низький рівень росту, 5 - середній та 4 - високий. Побудуємо діаграму для наочного висвітлення у відсотках.

НУБІП України

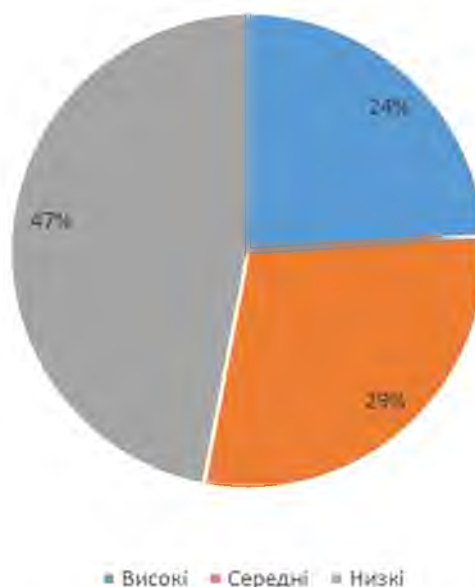


Рис. 3.2 Результати дослідження у відсотках

Отже, провівши дослідження та отримавши індекси посттравматичного зростання можна наочно побачити, що 47%, майже половина опитаних людей, хоча й не мають ПТСР, також фактично, мають низький рівень росту. Всі події, що відбулися, майже ніяк не вплинули на психіку цих людей. Також, 53% респондентів після травмуючих подій, почали змінювати своє життя краще, так у 24% це вишло на високому рівні, що є дуже гарним показником.

3.2. Рекомендації щодо посттравматичного зростання особистості

Проведене дослідження показало нам, що респонденти мають як і посттравматичний стресовий розлад так і посттравматичне зростання. Тому, в цьому розділі наведена професійна допомога при ПТСР та поради щодо самопомоги задля ПТЗ.

Отже, запропоновані підходи в роботі психолога:

- Цілісний нарративно орієнтований підхід до сприяння зростанню пропонує С. Джозеф. Ідеться про так звану THRIVE-модель (thrive (англ.) – процвітання, добробут) (Joseph, 2013). Основні її елементи такі:

- Taking stock (інвентаризація): переконатися, що клієнт у безпеці й допомогти йому навчитися справлятися із посттравматичним стресом, приміром, за допомогою технік експозиції).

- Harvesting hope (збирання врожаю надії): навчитися плекати надію на майбутнє, приміром, через історії людей, які пройшли через схожі ситуації.

- Re-authoring (ре-авторизація): переписати свій досвід через створення історій, техніки експресивного письма, щоб знайти нові перспективи.

- Identifying change (ідентифікація змін): помічати посттравматичне зростання, приміром, за допомогою шкал та опитувальників.

- Valuing change (ціннісні зміни): розвинути впевненість у нових пріоритетах.

- Expressing change in action (дієві прояви змін): активно шукати способи перенести посттравматичне зростання у зовнішній світ, приміром, через складання тижневих планів конкретних дій.

- Підхід за Титаренко, який сприяє досягненню стану психологічного благополуччя після переживання травми:

- 1) здатність переосмислювати травматичні переживання;
- 2) досягнення внутрішньої автономії;
- 3) здатність приймати і надавати допомогу;
- 4) підвищення продуктивності, самоефективності;
- 5) активізація креативності і відповідальності у ставленні до власного життя.

- Найпоширеніші методи психотерапії при травмі мають спільну рису - експозиція у той чи інший спосіб до травматичних спогадів та тригерів, які їх провокують. Разом з тим нещодавно було адаптовано протоколи інтерперсональної терапії для лікування ПТСР. ПТСР-фокусована інтерперсональна терапія (ПТСР-ІПТ) фокусується не на експозиції до травми, а на наслідках, які травма мала для міжособистісних стосунків. Як зазначають розробники підходу, ідея полягає в тому, що травма порушує почуття міжособистісної безпеки і призводить до уникнення стосунків та блокує відтак здатність використовувати соціальну підтримку для опрацювання травматичної

події. Таким чином, особа з ПТСР відкидає соціальну підтримку якраз тоді, коли вона їй є життєво необхідною. ІПТ допомагає зрозуміти свої почуття, толерувати їх, покращити комунікацію та взаємодію з іншими, і таким чином, відновити довіру до людей та відбудувати / побудувати мережу соціальної підтримки (Rafaeli & Markowitz, 2011). Виділяються такі проблемні зони, з якими працює ІПТ при ПТСР: втрата (торювання через втрату значущої людини), рольовий конфлікт (наявність у клієнта та інших осіб з його життя різних очкувань одне від одного), рольовий перехід (зміни у житті, які вимагають освоєння нових ролей, не завжди бажаних).

Основні кроки роботи в моделі ІПТ при ПТСР є такими (наведено на основі Rafaeli & Markowitz, 2011.):

1. Початкова фаза (сесія 1-3). Мета – дослідження теперішніх і минулих стосунків, ідентифікація складнощів, пов'язаних із ПТСР, та знайомство із історією травми. Особлива увага приділяється зазначеним вище проблемним зонам. Завершується ця фаза формулюванням резюме – коротким погодженням із клієнтом описом його складнощів, їх причини, наслідків та потенційних цілей терапії.

2. Центральна фаза (сесії 4-10). На цій фазі клієнт вже розуміє, що страждає від розладу, який можнавилікувати, що це не є його провина. Фахівець на цій фазі пропонує стратегії удосконалення міжособистісної комунікації та допомагає виявити почуття, які лежать “за нею”. Використовуються рольові ігри, аналіз попереднього досвіду, домашні завдання тощо. Центральним компонентом є розуміння того, що певні емоції та почуття виникають у ширшому міжособистісному контексті, та навчання проявляти їх щоб покращити стосунки.

3. Завершальна фаза (сесія 11-14). На цій фазі відбувається огляд пройденого шляху, прогресу, зробленого клієнтом, його нових умінь та почуттів щодо завершення терапії. Також передбачаються складнощі, які можуть виникнути після завершення роботи та складається план їх подолання. Дослідження показують, що ПТСР-ІПТ в цілому має значущий вплив на

полегшення стану осіб з ПТСР, порівняних із пролонгованою експозицією. Особливо важливо, що при використанні цього методу було найменше випадків покидання терапії пацієнтами, які мали додатково до ПТСР депресивний розлад (Markowitz et al., 2015) [23].

Одним з найефективніших способів самопомоги, на мою думку, є спосіб спрямований на розслаблення або так званий метод 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 хвилине 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 відчутти 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 поперемінною напругою та розслабленням. 75

4. Вправа для м'язів ніг. Напружте відразу всі м'язи ніг — від п'ят до стегон. Протягом кількох секунд фіксуйте напружений стан, намагаючись відчутти напругу, а потім розслабте м'язи. Повторіть 3 рази. Потім полежте спокійно протягом кількох хвилин, повністю розслабившись та відчуваючи 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, преси, м'язів грудної клітини, м'язів рук, м'язів обличчя. На закінчення подумки “пробіжіть” по всіх м'язах тіла чи не залишилося де-небудь хоч найменшого напруження. Якщо так, то намагайтеся 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 відчутти 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 розслабляти тіло за необхідності.

Вміння стримувати емоції, контролювати гнів, злість, агресію стануть внагоду скрізь: від звичайного спілкування з рідними та близькими до рішення робочих питань та ведення ділових переговорів. Необхідність у виконанні психологічних вправ є у кожної людини у різних життєвих ситуаціях.

Психологічні тренінги позитивно впливають на емоційний стан. Вони допомагають.

1. менш гостро переживати стресові ситуації;
2. керувати своїми страхами, агресією, роздратуванням, тривожністю;
3. легко впоратися зі складнощами комунікації коїться з іншими людьми;
4. досягати поставленої мети.

Вправи для психологічного тренінгу:

Вправа 1. Діалог із собою з метою екстреної самопомоги (За М. Сандомирським). Ціль цієї техніки — швидко допомогти собі в момент появи інтенсивного дискомфорту в тілі, емоціях. Робіть вправу повільно, у спокійній обстановці.

1. Заплюште очі, уявіть, що ви стоїте перед дзеркалом. Як ви виглядаєте у напружений момент? Як дискомфорт відбивається на вашому особі?

2. Зосередьтеся на тілесних відчуттях. Знайдіть зони в тілі, де дискомфорт відчувається особливо гостро.

3. Промовте на свою адресу слова, які можуть заспокоїти, підбадьорити, дати почуття опори, піднінуть самоповагу, зупинять тривогу. Вкладіть у слова стільки сили, емоційності, скільки необхідно, щоб повернути вам душевний та тілесний комфорт.

4. Знов відчуйте, як реагує тіло. Якщо сказане досягло мети, то фізичний дискомфорт ослабне. Якщо він не ослаб, то повторіть вимовлену фразу, що підтримує, ще 3 рази.

Якщо необхідно, то техніку самопомоги можна виконувати кілька разів поспіль, поки фізичний та емоційний дискомфорт не ослабне.

Вправа 2. Техніка зняття стресу (за К. Шрайнером).

1. Згадайте, що ви відчуваєте, перебуваючи у стресовому стані - Ви покривається пітом або скуті напругою?

2. Відчуєте момент, коли максимально напружені. Запитайте себе: "Навіщо, заради чого я напружуюсь так сильно? Що дає мені це напруга?"

3. Запитайте себе: "Що я маю зробити, щоб почуватися краще?"

4. На кілька хвилин зануртесь у ще більш напружений стан. Відчуйте, скільки енергії воно забирає.

5. Дайте відповідь: "Чи потрібна така напруга? Чи дає воно мені користь? Хочу я позбутися його?"

6. Усвідомте, що вимоги, які ви виставляєте до себе і які викликають напругу, занурюють вас у відчай.

7. Сядьте або ляжте зручно. Уявіть, що ваше тіло, кожна його клітина абсолютно розслаблені. Вони схожі на м'який поролон чи тісто. Намагайтеся відчутти, як це відгукується в тілі.

8. Уявіть, що виметаєте з мозку всі непотрібні переконання, установки, упущені кимось слова, що застрягли в мозку надовго.

9. Звільнене місце заповніть тими установками, які ви вважаєте корисними та потрібними для вас. Після цього замініть ваші вимоги на переваги.

Ці прості вправи та рекомендації допоможуть людині справитись з тривожністю та нададуть сил для подальшого зростання.

Висновки до розділу 3

Провівши дослідження за міссісіпською шкалою ПТСР, нормативні показники виявлено у 17 респондентів, що становить 68% від усієї групи. У п'ятих виявлено окремі симптоми ПТСР – це 20%. Також у трьох виявлено ознаки клінічного ПТСР, що становить 12%. Отже, можна зробити висновок, що війна в країні залишила свій значний слід в психіці людей. Доцільно піклуватися про свій стан і у разі виявлення симптомів ПТСР у себе, звернутись до спеціаліста та не забувати про самодопомогу.

Провівши дослідження та отримавши індекси посттравматичного зростання можна наочно побачити, що 47%, майже половина опитаних людей, хочай не мають ПТСР, також фактично мають низький рівень розвитку. Всі події, що відбулися, майже ніяк не вплинули на психіку цих людей. Також, 53% респондентів після травмуючих подій, почали змінювати своє життя на краще, так у 24% це вийшло на високому рівні, що є дуже гарним показником.

ВИСНОВКИ

Травматичні події приносять людині багато страждань та болю. Однак не слід забувати і про те, що внаслідок подолання травмуючих обставин життя людини може змінюватися на краще. Посттравматичний ріст описує переживання і досвід людей, розвиток яких, принаймні, в деяких областях, після травми перевершило те, що було до травми. Людина не просто вижила, але і у житті виникли значні з її погляду позитивні зміни. Це не повернення до колишнього життя, до того як все було до травми, це глибоко значуще перетворення життя.

Найчастіше посттравматичний зростання виникає тоді, коли травмуюча подія змушує людину суттєво переглянути свій світогляд. Чим сильніша подія загрожує світогляду людини, тим більша ймовірність посттравматичного зростання. Кожна зі сфер посттравматичного зростання включає парадоксальний елемент: «втрачаючи щось, щось набуваєш». Посттравматичне зростання немає без переживання потрясіння, розпаду засад світу, проте вкрай висока інтенсивність травмуючих переживань може бути більша, ніж людина може винести, і результатом стає не розвиток, а божевілля чи самогубство. Для того, щоб посттравматичний зріст мав місце, у людини з самого початку повинні бути певні навички успішного подолання негативних емоцій і психічної напруженості, інакше людина виявляється зламана подіями.

Посттравматичний зростання виникає паралельно спробам пристосуватися до важких життєвих обставин та високого рівня психологічного дистресу. Раніше вважалося, що основними та практично неминуваними реакціями на важкі життєві обставини є порушення психічного здоров'я, але пізніше з'ясувалося, що подібні висновки робилися на основі досліджень, проведених на вибірках людей, які зверталися за допомогою до психіатричної клініки. Ті, хто пережив травму, але до психіатра не звертався, не були обстежені. Кількість людей, які пережили травму і зазнали посттравматичного зростання, значно більша, ніж кількість людей з психіатричними порушеннями, що виникли внаслідок травми.

Провівши дослідження та опитавши 25 респондентів, які знаходились та приймали участь у бойових діях, було наглядно показано достовірність цієї тенденції. 32% опитаних мають окремі симптоми або ж повний клінічний ПТСР, в той час як 53% мають середні та високі показники ПТЗ. В результаті серйозних життєвих випробувань у людей часто змінюються цінності та пріоритети, при цьому більш привілейоване становище починають займати так звані «прості речі» — те, що не модно, не коштує великих грошей, не престижно, але приносить людині справжнє задоволення та відчуття свідомості життя. Однією із змін у рамках посттравматичного зростання є зміна переживання повсякденного життя. Ті, хто вижив, почуваються дуже «везучими». Зазвичай ми цінуємо не буденне, але надзвичайне. Щоб щось цінувати, ми маємо сформулювати це як щось особливе, визначне. Але для людини, яка більше не сприймає життя як щось само собою зрозуміле, життя стає особливим, не буденним, тому ми цінуємо те, що боїмося втратити.

Більше ймовірність подолання травмуючої ситуації на шляху посттравматичного зростання, а не посттравматичного стресу, у тих, хто здатний довільно концентрувати увагу, і навіть у самій катастрофічній ситуації відзначати моменти, яким можна порадіти, якісь сфери життя, не порушені проблемою. Важливо також вміння виділяти суттєве в ситуації та оцінювати, що на даний момент піддається контролю людини, а що ні, на що їй варто спрямовувати свої сили, а що поки що слід перетерпіти. Чим краще людина справляється відразу після травми, чим активнішою і компетентнішою вона почувається, тим більша ймовірність, що надалі у неї відбудеться посттравматичний ріст. Готовність сприймати травматичну ситуацію як у певному сенсі навчальну з якої можна отримати урок, і нагадування собі про те, чого в ситуації вдалося навчитися, — важливий чинник посттравматичного зростання. Також в стресових ситуаціях слід допомагати самому собі різними вправами, приклади яких були наведені в розділі 3.2., та не боятися звертатися за кваліфікованою психологічною допомогою до спеціалістів.

Отже, в загальному висновку можна сказати, феномен посттравматичного зростання постав у центрі уваги дослідників не так давно, але за цей час встиг посісти важливе місце у розумінні наслідків психічної травми та травма-фокусованої психотерапії. Передусім, у результаті низки досліджень доведено існування цього феномену і спростовано погляди на нього як тимчасовий механізм копіngu із дистресом. Надалі розроблено інструменти для вимірювання зростання, встановлено значущі зв'язки між посттравматичним зростанням і його предикторами та наслідками, розроблено пояснювальні моделі і на основі інтеграції результатів емпіричних досліджень і цих моделей створено рекомендації щодо сприяння зростанню у процесі психотерапії. Найважливішим є те, що цей феномен дає нам емпіричний базис для сприймання подолання травми не лише як виклику, але й як шансу до оновлення, досягнення мудрості та більшого цінування життя.

НУБІП УКРАЇНИ

НУБІП УКРАЇНИ

НУБІП УКРАЇНИ

НУБІП УКРАЇНИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асмолов А. Г. Особистість як предмет психологічного дослідження. М., 1984. С. 44 - 57.
2. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Наук.Ред. Вікторія Горбунова, Віталій Климчук. – Львів: Свічало, 2015. – 448 с.
3. Бундало Н.Л. Роль психічної травми у розвитку посттравматичного стресового розладу // Медичний огляд. – 2006. – №4. – 71-74.
4. Виготський Л.С. Ймовірне прогнозування діяльності людини. Збір.тв. у 6 т. М.: Педагогіка, 1982-1984. С. 221-222.
5. Вправи для релаксації та зняття емоційної та м'язової напруги [Електронний ресурс] <https://4brain.ru/blog/%D1%83%> (дата звернення 08.06.2021).
6. Горностаї, П. П. (2012). Колективна травма та групова ідентичність. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. К., 89-95с.
7. Пуревича К. М. Психологічна діагностика: Проблеми дослідження. М., 1979. 232с
8. Зубовський, Д. С. (2018). Перевірка факторної структури україномов. методики Опитувальник посттравматичного зростання. Український психологічний журнал, (2), 36-47.
9. Кон І.С. Постійність та мінливість особистості // Психологічний журнал. 1987. № 4.С. 126-137.
10. Магомед-Емінов М.Ш. Тріада розлад, стійкість, зростання - наслідок екстремальної ситуації. //Акмеологія. 2009. № 1, с. 53-63
11. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога у кризових ситуаціях. – М.: Вид-во Ексмо, 2005. - 960 з
12. Методики тестів <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/28.html> [Електронний ресурс] (дата звернення 12.03.2021).
13. Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А. Посттравматичний стресовий розлад. Діагностика та лікування. М: Видавництво інституту психотерапії, 2000
14. Решетніков М.М. Психічна травма: Східно-Європейський Інститут

психоаналізу, 2006. - 322 с.

15. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки, сучасні підходи до терапії // «Нейро-News: психоневрологія та нейропсихіатрія» (19.04.2013) [Електронний ресурс] URL:

<http://neuronews.com.ua/article/586.html> .

16. Сукіасян С.Г., Маргарян С.П., Манасян Н.Г. Взаємовідносини між різними радикалами в рамках афективної патології: рівні депресії, соматизації та тривоги. Рос. психі-атр. журнал. 2009;1:49-56.

17. Тадевосян М.Я., Сукіасян С.Г. Психічна травма, її наслідки та сприятливі фактори. Журнал неврології та психіатрії. 2011; 111 (11): 95-100.

18. Тарабріна Н. В., Лазебна Є. О. Синдром посттравматичних стресових порушень: сучасний стан та проблеми // Психол. журн. 1992. С. 14-29.

19. Тарабріна Н.В. Практикум психології посттравматичного стресу. СПб.: "Пітер", 2001.

20. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умови тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.

21. Титаренко, Т. М. (2018). Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життятворення. Особистість та її історія, 102-112.

22. Федуніна Н.Ю. Поняття стійкості до травми та посттравматичного зростання. //Психотерапевтичний журнал. - 2006. - №4. – С. 69-80.

23. Фос Б.Е. Ефективна терапія посттравматичного стресового розладу. - М.: Когіто-Центр, 2005. - 467 с.

24. Чачко С. Л. Проблема посттравматичного зростання: спроба теоретичного аналізу / С. Л. Чачко // Вісник Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, 2010. – Том 15, Випуск 11. – С. 140-148..

25. Шелтоф С. А. Багатовимірність феномену посттравматичного росту:

біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій / О. А. Шелюк // Психологія і особистість. - 2014. - № 1. - С. 112-129.

26. Щербатих Ю. "Психологія стресу та методи корекції" - С-П., Пітер, 2008. - С. 93-95.

27. Blake D.D., Abweg F.R., Woodward S.H., Keane T.M. Treatment efficacy in post-traumatic stress disorder // Handbook of effective psychotherapy / Ed. T.R. Giles. N.Y.: Plenum Press, 1993.

28. Bleich A, Attias J & Furman V., Effects of repeated visual traumatic stimuli on the event related P3 brain potential in post-traumatic stress disorder // International Journal of Neuroscience. 1996. V.85. P.45-55.

29. Bonnet C. Enfances interrompues par la guerre / Book of abstracts European conference on traumatic stress. Paris, 1995.

30. Branscomb L. Dissociation in combat-related posttraumatic stress disorder // Dissociation. 1991. V. 4., № 1. P. 13-20.

31. Breslay N., and Davis G.C. Posttraumatic stress disorder: The stressor criterion // J. Nerv Ment. Dis. 1987 V. 175. P.255-264.

32. Horowitz M. J. Stress response syndromes. - Northvale, NJ., Aronson, 2nd ed., 2004.

33. Calhoun L. G. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide / L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi - Routledge. 1999. - 184 p

34. Cohen S. Stress, social support, and the buffering hypothesis / S. Cohen, T. Wills // Psychological Bulletin. - 1985. - № 98. - P. 310-357..

35. Epel E. S. Embodying Psychological Thriving: Physical Thriving in Response to Stress / E. S. Epel, B. S. McEwen, J. R. Ickovics // Journal of Social Issues. -1998. - Vol. 54 (2). - P. 301-322.

36. Linley P. A. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review / P. A. Linley, S. Joseph // Journal of Traumatic Stress. -2004. - № 1. - Vol. 17. -P. 11-21.

37. Morrill E. F. The interaction of post-traumatic growth and post-

traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life / E.F. Morrill, N.T. Brewer, S.C. O'Neill, S.E. Lillie, E.C. Dees, L.A. Carey, B.K. Rimer // *Psycho-Oncology*. - 2008. - Vol. 17 (9). - P. 948-953.

38. Park C. L. Assessment and prediction of stress related growth / C. L. Park, H. C. Lawrence, R. L. Murch // *Journal of personality*. - 1996. - № 64. - Vol. 1. - P. 71-105.

39. Peterson C. Strengths of character and posttraumatic growth / C. Peterson, N. Park, N. Pole, W. D'Andrea, M. E. Seligman // *Journal of traumatic stress*. - 2008. - № 21. - Vol. 2. - P. 214-217.

40. Sanders A. F. Toward a model of stress and human performance / A. F. Sanders // *Acta Psychologica*. - 1983. - № 53. - P. 61-97.

41. Tedeschi R. G. The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Journal of Traumatic Stress*. - 1996. - Vol. 9. - P. 455-471.

42. Tedeschi R. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Psychological Inquiry*. - 2004. - № 1. - Vol. 15. - P. 1-18.

43. Zoellner T. Posttraumatic Growth and Psychotherapy / T. Zoellner, A. Maercker / Calhoun Lawrence G. (Ed); Tedeschi, Richard G. (Ed) // *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. - 2006. - P. 334-354..