

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-9-73-10>

УДК 317.8.48: 160.924.7

Музичко Л.Т.

Львівська національна академія сухопутних військ
імені гетьмана Петра Сагайдачного

ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Анотація. У статті висвітлені особливості переживання посттравматичного стресового розладу, проаналізовано стадії травматичної ситуації, розглянуті питання щодо надання психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом, які пережили травматичні події, розкрито поетапність роботи психолога з учасниками під час психотерапії, представлені психологічні технології подолання стресового розладу. Висвітлені особливості кожного напрямку психотерапевтичної допомоги. Ефективними психотерапевтичними техніками можуть бути: вислуховування, консультування, короткострокова динамічна психотерапія, нейро-лінгвістичне програмування, гіпноаналіз та ін. У психотерапевтичній роботі з дітьми, що пережили травматичний досвід використовують різноманітні психотерапевтичні ігри. Регулярне виконання вправ допоможе розвивати вже наявне мовлення, збагачувати активний та пасивний словник та формувати лексичний компонент як основу мовленнєвого спілкування. Проте як зазначалось: вправи необхідно проводити в ігрових формах, які заохочують, зацікавлюють та активізують дітей до співпраці, а також пришвидшують корекційний процес.

Ключові слова: технологія, психологічна допомога, психотерапія, посттравматичний стресовий розлад, психічна травма.

Muzychko Lesia

Hetman Petro Sahaidachnyi National Army Academy

PSYCHOLOGICAL TECHNOLOGIES OF OVERCOMING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Summary. The article highlights the features of experiencing post-traumatic stress disorder, analyzes the stages of the traumatic situation, discusses the issues of providing psychological assistance to persons with post-traumatic stress disorder, survived traumatic events, reveals the stages of work of the psychologist with participants during psychotherapy technology, presented the technology. The features of each area of psychotherapeutic care are highlighted. Effective psychotherapeutic techniques can be: listening, counseling, short-term dynamic psychotherapy, neuro-linguistic programming, hypnoanalysis, etc. In psychotherapeutic work with children who have experienced traumatic experiences use a variety of psychotherapy games. Exercising regularly will help develop existing speech, enrich the active and passive vocabulary, and form a lexical component as a basis for speech communication. However, as noted: exercises should be performed in playful forms that encourage, encourage and encourage children to cooperate and accelerate the corrective process. Mental disorders associated with stress during hostilities continue to be one of the major internal barriers to further adaptation to post-war life. As a rule, the purpose of psychocorrection and psychotherapeutic treatment of clients with post-traumatic stress disorder is to help release the memories of the past and to interpret further emotional experiences as reminders of the trauma, as well as to enable the client to actively and responsibly engage in the present. To do this, he needs to regain control of emotional reactions and find his own understanding of traumatic events in his personal life story. Post-traumatic stress disorder, closely linked to stress in hostilities, continues to be one of the major internal barriers to further psychosocial adaptation of personality to post-war life. Therefore, a purposeful analysis of the experience of other countries in the search for effective psychological technologies and methods of counseling, psychocorrection of post-traumatic stress disorder, creation of special centers for providing psychotherapeutic assistance to military and other victims is needed at this stage.

Keywords: technology, psychological help, psychotherapy, post-traumatic stress disorder, mental trauma.

Постановка проблеми. Переживання людиною травматичних подій на психічне здоров'я має два аспекти. Перший – той, що лежить на поверхні, – руйнівний, виражений, як правило, у вигляді «розладів, пов'язаних із травмою та стресом» (відповідно до DSM-V, серед яких найпоширеніші «гострий стресовий розлад» і «посттравматичний стресовий розлад» – ПТСР) [8], а також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами і конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами) [8].

Аналіз останніх досліджень і публікацій
Психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час

військових дій, стають надалі одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху подальшої адаптації до повоєнного життя. При цьому після повернення до мирної обстановки на посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які пов'язані з попередньою участю в бойових діях, нашаровуються нові психічні розлади, які обумовлені вже тривалою соціальною дезадаптацією учасників бойових дій після повернення з війни. Останні, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї тощо [3, с. 62].

При цьому, за даними DSM-V, ризик мати коморбідний розлад (депресію та ін.) для тих, хто виявляє ознаки ПТСР, становить 80% [7, с. 280].

Перераховані розлади суттєво впливають на рівень психологічного добробуту людини, якість її життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції та навіть інвалідації. Другий аспект впливу травми – це те, що Дж. Бріер називає «зростанням» [8, с. 98]. Воно проявляється тоді, коли людина змогла «пройти» через травму, пережити її.

У результаті такого проживання якість життя людини також змінюється, але вже в інший бік – усе тепер усвідомлюється по-новому, змінюються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей. Разом із тим досягти цього, другого, аспекту, не пройшовши й не подолавши перший, буває дуже складно, і допомога фахівця, психолога чи психотерапевта є надзвичайно важливою.

Низка методів психотерапії, ефективність яких емпірично доведена, дає змогу в стислі терміни подолати ці розлади й повернутися до життя (приміром травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія). Депресія як наслідок переживання травми. За даними низки дослідників, депресія, яка в більшості випадків коморбідна із ПТСР або є самостійним наслідком пережитої травми, значно ускладнює процес травмотерапії, робить його тривалішим [9; 10].

Відповідно до DSM-5 депресивні розлади характеризуються пригніченим, смутним чи дратівливим настроєм, супроводжуються соматичними та когнітивними змінами, які суттєво впливають на якість життя людини [7]. Найвідомішим з-поміж них є «великий депресивний розлад», який діагностують у разі наявності щонайменше п'яти симптомів, що виявляються упродовж останніх двох тижнів: пригнічений настрій протягом більшої частини дня, значне зниження інтересу чи задоволення від більшості видів активності, значна зміна ваги тіла чи апетиту, надмірна сонливість або безсоння, психомоторне збудження або загальмованість, відчуття нестачі енергії, почуття меншовартості або провини, знижена здатність до концентрації уваги, повторювані думки про власну смерть, суїцидальні наміри чи спроби [7].

Психотерапевтичні концепції й методи при ПТСР досить різноманітні: 1) методами раціональної психотерапії клієнту роз'яснюють причини та механізми ПТСР; 2) методи психічної саморегуляції (аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів) допомагають зняти симптоми напруги і тривоги; 3) методи когнітивної психотерапії допомагають переосмислити дезадаптивні думки і змінити негативні установки; 4) методи особистісно-орієнтованої терапії дозволяють змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї; 5) методи позитивної терапії та гештальт-підходу дозволяють актуалізувати приховані можливості і резерви, притаманні кожній людині, у подоланні посттравматичного стресового розладу [4, с. 188].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Якими є основні завдання психокорекції та психотерапії у практиці сьогодення? Якими є сучасні технології психокорекції?

Формулювання цілей статті: висвітлення психологічних технологій подолання посттравматичного стресового розділу.

Основними завданнями психокорекції та психотерапії у подоланні посттравматичного стресового розладу. Це насамперед лікування клієнтів з посттравматичним стресовим розладом є допомога у звільненні від спогадів про минуле і від інтерпретації подальших емоційних переживань, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися у соціум.

Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти власне осмислення травматичних подій у особистій життєвій історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того далекого, неприйняттого, жахливого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе у свою «Я-Концепцію» [1; 2].

Ефективними психотерапевтичними техніками можуть бути: вислуховування, консультування, короткострокова динамічна психотерапія, нейролінгвістичне програмування, гіпноаналіз та ін.

Можна розглянути основні психотерапевтичні техніки із подолання посттравматичного стресового розладу:

Дискурсивне дистанціювання. Завдання цієї техніки полягає у створенні можливостей як для особи, так і для психолога дистанціюватися від клієнтського дисфункційного мотиваційного дискурсу, спробувавши «прочитати» його ззовні, під різними кутами зору. Для цього фахівець використовує активне слухання та уточнювальні запитання: Що це для вас означає? Як ви це розумієте? Якби це була проблема іншої людини, що б ви про неї сказали? Варіація цієї техніки – «психодраматичне дзеркало», в якому клієнт та фахівець міняються ролями і фахівець повторює слова клієнта, а той спостерігає. За рахунок отримання відповідей та розширення рефлексивності особи створюється своєрідна дистанція між нею і її мотиваційним дискурсом. Реконструкція мотиваційно-дискурсивних ланцюжків відбувається за схемою, відповідно до якої особу просять знайти відповіді або продовжити незакінчені речення: «Тому що...», «Для того щоб...», які йдуть послідовно. Це сприяє збагаченню мотиваційного словника. Завданням цієї техніки є розширення мовного мотиваційного репертуару особи, яка бере участь у фасилітаційному процесі. Це обов'язкова умова розвитку мотиваційної грамотності, одним із вимірів якої є вміння говорити про свої мотиви. Адже не маючи у своєму словниковому запасі слів для позначення мотиваційних змістів свідомості, особистість не може їх відрефлексувати, збагнути і оприявнити – вони не є для неї дійсністю і перебувають поза межами її життєвого світу. Збагачення має місце вже у попередніх техніках, коли учасник роботи ознайомлюється з переліком мотиваційних тем. На цьому етапі перелік перебуває в центрі уваги, кожна з його тем стає предметом обговорення та пояснення. Створюються умови, за яких клієнт може позиціонувати себе в межах відповідної тематики. У кожному випадку фіналом роботи є поява більшої кількості мотиваційних слів, більш глибоке їх розуміння і вбудовування в мотиваційний дискурс.

Рольова реконструкція мотиваційного дискурсу. Сутність цієї техніки полягає в психодраматичній побудові «сцени» із життя клієнта, відбувається рольове програвання вчинків, дія-

логів, які мали місце між учасниками певної ситуації. Завдяки побудові сцени, обмінам ролями і техніці «дзеркала» досягається максимально глибоке занурення в певний мотиваційний дискурс і його ситуаційна реконструкція.

Тематичне збагачення. Реалізація техніки проходить у кілька етапів: 1) вибір теми, яка потребує збагачення; 2) психодраматичне привнесення нових тем у минуле; 3) вчинкові спроби реалізації нової теми у власному житті (приміром, на основі методу фіксованої ролі).

Трансдискурсивне позиціонування. Сутність техніки – ознайомлення з чимось іншим, новим, незвичним, нестандартним у мотиваційному плані. Допоміжними тут можуть стати книги, фільми, нові референтні групи поза межами фасилітації, фасилітаційні групи. Мета техніки – допомогти зробити перші кроки до фіксації змін, які відбулися в мотиваційному дискурсі особистості. Досягається ця мета завдяки спільній з особою роботі, що полягає в огляді пройденого спільного шляху та створенні історій: оновленого наративу на тему свого запиту та історії про свій шлях у контексті участі у фасилітаційному процесі. Детально розробляються і плануються інтервенції, розробляються стратегії на той випадок, коли не вдасться досягти відповідних успіхів.

Фіксація змін. Завдання техніки – завершити роботу й підбити підсумки, зафіксувати досягнуті зміни. Перед останньою зустріччю особу просять написати історію свого життя і на сесії порівнюють її з тими історіями, які були озвучені на перших зустрічах.

Тривалість роботи залежить від бажання особи, від її ресурсів та масштабів як контекстів, так і змін. Як правило, лише перші кроки особа робить за підтримки фахівця, після чого можливі періодичні зустрічі для обговорення результатів.

Виклад основного матеріалу дослідження. С.Н. Єніколопов розрізняє чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети: підтримка адаптивних навичок «Я» (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії); формування позитивного ставлення до симптомів (сенси даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшу травматизацію самим фактом існування цих розладів); зниження уникнення (бо прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід); нарешті, зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити зміст, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою») [1, с. 52].

Групова терапія є найбільш часто вживаним форматом терапії для клієнтів, які пережили травматичний досвід. Вона нерідко використовується в поєднанні з різними видами індивідуальної терапії. При цьому не існує будь-яких спеціальних рекомендацій, що дозволяють вибрати оптимальний вид групової терапії. Тут можна використовувати групи різних напрямків: з одного боку, групи відкритого типу, орієнтовані на вирішення освітніх завдань або на структурування травматичних спогадів (робота «там-і-

тоді»); з другого боку, групи, що мають задану структуру, націлені на виконання конкретного завдання, на вироблення навичок опанування травмою, на роботу з інтерперсональною динамікою (робота «тут-і-тепер»). Якби методи групової терапії не використовувалися при роботі з клієнтами з ПТСР, ця діяльність завжди спрямована на досягнення певних терапевтичних цілей, які коротко можна визначити наступним чином: 1) повторне емоційне переживання психотравми в безпечному просторі підтримуючої групи, поділ цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевту не слід форсувати процес); 2) спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити почуття ізоляції, відчуженості, сорому і посилити почуття приналежності, доречності, спільності, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи; 3) можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи; 4) спільне навчання методам контролю над наслідками особистої травми; 5) придбання досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи прийняти стресову подію іншим, більш адаптивним способом [2, с. 71].

У психотерапевтичній роботі з дітьми, що пережили травматичний досвід використовують різноманітні психотерапевтичні ігри. Регулярне виконання вправ допоможе розвивати вже наявне мовлення, збагачувати активний та пасивний словник та формувати лексичний компонент як основу мовленнєвого спілкування. Проте як зазначалось: вправи необхідно проводити в ігрових формах, які заохочують, зацікавлюють та активізують дітей до співпраці, а також пришвидшують корекційний процес [6, с. 469].

Розглянемо етапи професійної допомоги при роботі з дорослими із посттравматичним стресовим розладом:

Першим етапом будь-якої психологічної допомоги є психологічна діагностика. Вона може проходити як у формі тестів, так і у формі бесіди, у ході якої фахівець усвідомлює подробиці проблемної ситуації і переживань людини, яка звернулася до нього за допомогою.

Другий етап – це укладення так званого «психотерапевтичного договору». Як правило, цей договір не набуває форму офіційного юридичного документа. Це просто певна домовленість між фахівцем і клієнтом про порядок їх спільної роботи (з якою проблемою йде робота, як довго вона може протривати, з яких етапів складатиметься, на який результат розрахована).

Третій етап – початок роботи над проблемою. На цьому етапі найважливішим спільним досягненням фахівця і клієнта є створення, розширення і зміцнення тих психологічних ресурсів, які допоможуть впоратися з травматичним досвідом. Для того щоб впоратися з психологічною травмою, потрібні психологічні, душевні сили. Підготовка, «виروشвання» цих сил визначає успішність подальших корекційних заходів.

Четвертий етап – опрацювання травматичного досвіду. Ця стадія роботи починається тоді, коли накопичені сили, і постраждала людина вже готова зустрітися зі спогадами, переживан-

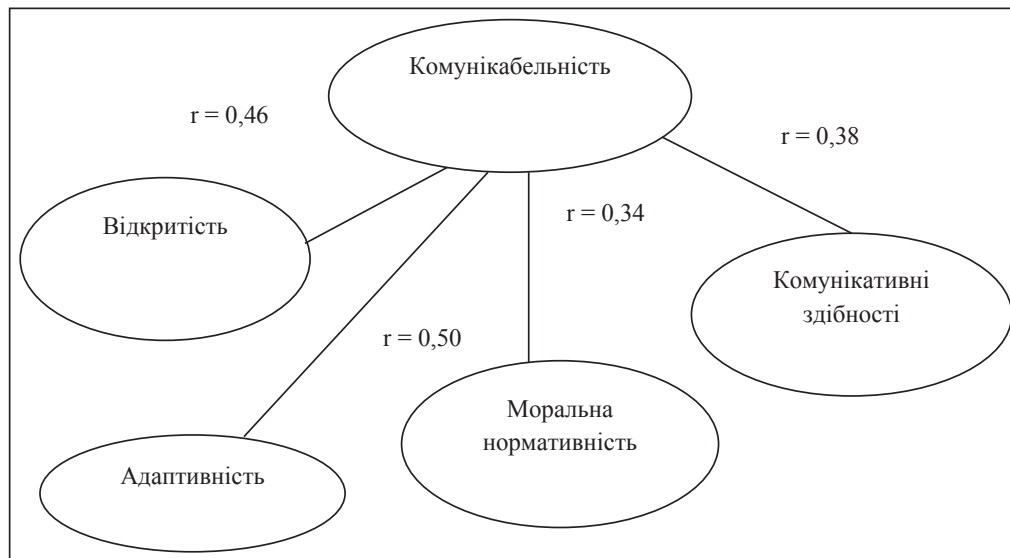


Рис. 1. Взаємозв'язок комунікабельності військовослужбовців із відкритістю, адаптивністю, моральною нормативністю та комунікативними здібностями

нями тієї події, що викликала психологічну проблему. Людина на цьому етапі переживає і приймає травматичну ситуацію. Постраждали люди усвідомлюють, що дала їм ця ситуація, чому вона їх навчила (наприклад, «завдяки цій ситуації я став сильним», «ця ситуація показала, що у мене є справжні друзі» тощо).

П'ятим етапом у психологічній корекції посттравматичного стресового розладу є етап, який фахівці називають «екологічною перевіркою». На цьому етапі людина пробує жити з новим досвідом, який отримала у процесі психокорекції та психотерапії. Ця стадія необхідна для того, щоб травматичні переживання не повернулися знову. У цей період людина обговорює з фахівцем зміни, які відбуваються в її житті у зв'язку з роботою над травмою. Таким шляхом відбувається перевірка того, наскільки людина впоралася з посттравматичним стресовим розладом, перевіркою, яку влаштовує саме життя [5, с. 64].

У психологічному дослідженні брали участь 50 військовослужбовців, які безпосередньо були задіяні у бойових діях. Були використані такі методики як: опитувальник FPI, особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника, метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу).

Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельності та відкритості ($r = 0,56$) свідчить про те, що вміння особистості налагоджувати контакти з іншими перебуває у взаємозв'язку із відкритістю у взаєминах із оточуючими людьми. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між

показниками комунікабельності та адаптивності ($r = 0,51$) свідчить про те, що прагнення особистості до спілкування перебуває у взаємозв'язку із вмінням особистості адекватно орієнтуватися в ситуації поведінки. Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельності та моральною нормативністю ($r = 0,37$) комунікабельність як характерологічна властивість перебуває у взаємозв'язку із реальною оцінкою особистості своєї ролі в колективі, орієнтацією на дотримання загальноприйнятих норм поведінки. Також встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельності та комунікативними здібностями ($r = 0,39$) комунікабельність пов'язана із високим рівнем розвитку комунікативних здібностей, легкістю у налагодженні контактів з колегами, оточуючими. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.

Висновки з даного дослідження. Посттравматичний стресовий розлад тісно пов'язаний із стресом під час військових дій, стає надалі одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху подальшої психосоціальної адаптації особистості до повсякденного життя. Тому на даному етапі необхідний цілеспрямований аналіз досвіду інших країн у пошуку ефективних психологічних технологій і методів консультування, психокорекції та психотерапії посттравматичного стресового розладу, створення спеціальних центрів для надання психотерапевтичної допомоги військовим та іншим постражданим, а також прискорена спеціальна підготовка достатньої кількості кваліфікованих фахівців для надання відповідної психологічної допомоги.

Список літератури:

1. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 50–56.
2. Калмыкова Е.С. Особенности психотерапии посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2001. Т. 22. № 4. С. 70–80.
3. Лазебная Е.О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. *Психологический журнал*. 1999. № 5. С. 62–74.
4. Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. Москва, 1993. 316 с.

5. Пушкарёв А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. Москва, 2000. 128 с.
6. Сайко Х.Я., Шаблінська Ю.В. Особливості застосування гри в системі формування лексичної компетентності дітей дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. *Молодий вчений*. 2017. № 3(43). С. 466–470.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. *American Psychiatric Association*, 2013. 947 p.
8. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment. Second edition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012. 428 p.
9. Kathleen T. Brady, Therese K. Killeen, Tim Brewerton, Sylvia Lucerini Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000. Vol. 61 (Suppl 7). P. 22–32.
10. O'Donnell M.L. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 161. P. 1390–1396.

References:

1. Enykopolov, S.N. (1998). Psykhoterapiya pry posttravmatycheskykh stressovykh rasstroistvakh [Psychotherapy for post-traumatic stress disorder]. *Rosyiskiy psykhyatrycheskiy zhurnal*, vol. 7, no 3, pp. 50–56. (in Russian)
2. Kalmukova, E.S. (2001). Osobennosti psykhoterapiyy posttravmatycheskoho stressa [Features of psychotherapy for post-traumatic stress]. *Psykholohycheskiy zhurnal*. T. 22, no 4, pp. 70–80. (in Russian)
3. Lazebnaia, E.O. (1999). Voenno-travmatycheskiy stress: osobennosti posttravmatycheskoi adaptatsyy uchastnykov boevukh deistviy [Military-traumatic stress: features of post-traumatic adaptation of combatants]. *Psykholohycheskiy zhurnal*, no 5, pp. 62–74. (in Russian)
4. Lendys, R. (1993). *Prodvynutyte tekhniky dlia raboty s posttravmatycheskymy stressovymy sostoianyamy* [Advanced techniques for dealing with post-traumatic stress conditions]. Moscow : Nauka. (in Russian)
5. Pushkarev, A.L. (2000). *Posttravmatycheskoe stressovoe rasstroistvo: dyahnostyka, psykhofarmakoterapiya, psykhoterapiya* [Post-traumatic stress disorder: diagnosis, psychopharmacotherapy, psychotherapy]. Moscow : Institute of Psychotherapy Publishing House. (in Russian)
6. Saiko, Kh.Ya., & Shablinska, Yu.V. (2017). Osoblyvosti zastosuvannya hry v systemi formuvannya leksychnoi kompetentnosti ditei doshkilnoho viku iz zahalnym nedorozvynenniam movlennia [Features of application of the game in the system of formation of lexical competence of preschool children with general underdevelopment of speech]. *Molodyi vchenyi*, no 3(43), pp. 466–470. (in Ukrainian)
7. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. California: American Psychiatric Association, 947 p.
8. Briere, J. (2012). Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment. California: University of Southern California, Keck School of Medicine, 428 p.
9. Brewerton, T., Killeen, K., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 61 (Suppl 7), pp. 22–32.
10. O'Donnell, M.L. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, pp. 1390–1396.