

УДК 159.942.6:355.1-057.36(477.61/.62)АТО

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ТРАВМАТИЧНИМ ЕМОЦІЙНИМ ДОСВІДОМ КОМБАТАНТІВ

Харченко А.О.

У статті представлено особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів. Актуальність даної проблематики різко зросла за останні 3-4 роки в першу чергу у зв'язку з подіями на сході України, а саме – Антитерористичною Операцією (АТО), що обумовило зростання комбатантів з різними особливостями емоційних травм. Специфіка умов, в яких перебувають комбатанти, особливості комунікації з керівництвом, підлеглими та товаришами по службі, особливості травматичного емоційного досвіду, важливість роботи з емоційними структурами, на яку вказує О.С. Кочарян та його учні в багаточисельних працях, обумовлює необхідність розробки психотерапевтичної стратегії роботи з комбатантами. В статті розглянуто можливість застосування клієнт-центрованої психотерапії, як стержневої складової терапії, доповненої елементами когнітивної психотерапії, психокаталізом за А. Ф. Єрмошиним та напрямком, запропонованим David Bercei, а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises, які сумарно дають можливість уникнути можливої деструктивної специфіки взаємодії з клієнтами-комбатантами-чоловіками. Можлива специфіка терапевтичної роботи з жінками не розглядається. Характерними для емоційного травматичного досвіду комбатантів, які були розглянуті на конкретному прикладі з терапевтичної практики є: фрагментарність спогадів, “склеювання емоцій та почуттів”, втрата зв'язку між змістом та самою емоцією, дисоціація від певних емоцій (страх, відраза, плач), виникнення “заторних” емоцій, алекситимічність та усвідомлення емоцій лише на рівні відчуттів, ригідність емоційної сфери, високий рівень роботи таких захисних механізмів, як психологічне витіснення, заперечення, ізоляція афекту.

Ключові слова: психотерапія комбатантів, травматичний емоційний досвід.

This article introduces the features of psychotherapeutic work with the traumatic emotional experience among combatants. The applicability of this issue has sharply increased over the past 3-4 years, primarily due to the events in eastern Ukraine, namely, the Antiterrorist Operation (ATO), which determined the growth of combatants with different features of emotional trauma. The specific conditions for the combatants, the peculiarities of communication with the executives, subordinates and comrades, the features of the traumatic emotional experience, the importance of working with emotional structures, pointed out by O.S. Kocharian and his students in numerous researches, make it necessary to develop a psychotherapeutic strategy for working with combatants. The article considers the possibility of using client-centered psychotherapy as a core component of therapy, complemented by elements of cognitive psychotherapy, psychotherapy by A.F. Yermoshin, and the direction proposed by David Bercei, namely TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises, which in general give the opportunity to avoid possible destructive specificity of interaction with clients-combatants-men. A possible specificity of therapeutic work with women is not considered. Characteristics of the emotional traumatic experience among combatants, based on

a concrete example of therapeutic practice is: fragmentation of memories, "gluing of emotions and feelings", loss of connection between meaning and emotion, dissociation from certain emotions (fear, aversion, crying), the generation of "blocked" emotions, alexithymia and awareness of emotions only at the level of sensations, rigidity of the emotional sphere, high level of work of such protective mechanisms as psychological displacement, negation, isolation of the affection.

Key words: psychotherapy of combatants, traumatic emotional experience.

За даними Генерального Штабу України за три роки проведення Антитерористичної операції на сході України загинуло більше трьох тисяч військовослужбовців Збройних сил України та більше двадцяти тисяч отримали поранення. Зі слів президента України П.О. Порошенко, за шість перших хвиль мобілізації до Збройних сил України вступило двісті десять тисяч військовослужбовців. Враховуючи те, що хвилі по мобілізації продовжуються, певна кількість військовослужбовців після демобілізації повторно йдуть служити, підписуючи контракт, можна зрозуміти, що до подій на сході України залучені сотні тисяч військовослужбовців.

Вищезазначена статистика свідчить про ріст актуальності професійної психологічної допомоги та профілактики як демобілізованим, особливо тим, у кого виникають складнощі при інтеграції в соціум, в повернення до звичного життя, так і тим, хто продовжує нести службу в рядах Збройних сил України, але, при цьому, є свідками каліцтв, поранень, загибелі товаришів, що, безумовно, має певний вплив на психіку.

Паралельно із загостренням зазначеної ситуації, існує недостатня кількість теоретичних уявлень, практичних напрацювань та результатів емпіричних досліджень, особливо в Україні, які давали б підставу максимально ефективно допомагати комбатантам у цій проблематиці, тим більш, що в Україні, як мінімум, за роки незалежності, майже не було підстав для актуалізації даної феноменології клієнтських запитів, хоча, звичайно, є психологи які займалися даною тематикою поза українського питання, серед яких: В.М. Ахутін, О.С. Лобастов, С.Д. Максименко, В.С. Новиков, Н.В. Оніщенко, , О.Д. Сафін, О.В. Тімченко, О.Ф. Хміляр, С.В. Чермянін, Є.Б. Шустов, В.Ф. Місюра, Г.І. Ломакін М. Горовіц, В.І. Алещенко, Р. Грінкер, Н.А. Агаєв, А. Кемпінські, Д. Лінді, Д. Шпігель та ін. В той же час, є очевидним те, що буде збільшуватись кількість комбатантів, в яких проявлятиметься посттравматичний стресовий розлад, проблеми соціальної інтеграції та адаптації, різного роду емоційні розлади та ін. Тобто, отриманий травматичний емоційний досвід буде погіршувати психологічне здоров'я та якість життя цих комбатантів.

Існує певна специфіка психотерапевтичної роботи з комбатантами, адже, усвідомлюючи наявність проблем психологічного характеру, вони досить часто позиціонують себе в рамках терапії, реалізуючи те, що О.С. Кочарян зазначив, як несприятливе для терапії, а саме: 1) регресія, 2) наповнення терапевтичного контакту трансферентними відносинами, 3) стійке відтворення інфантильних когнітивних, емоційних та поведінкових паттернів, 4) резистентність до змін. О.С. Кочарян, вказуючи на несприятливі для психотерапії компоненти, також вказує на запропоновані К.Р. Роджерсом[6] характеристики людей, які знаходяться на першій та другій стадіях психотерапевтичного процесу, а саме: небажання повідомляти будь-що про себе, готовність говорити тільки про зовнішні обставини, не усвідомлюються почуття та особистісний сенс,

статичність особистісних конструктів, страх психологічної інтимності, тенденція заперечувати наявність особистісних проблем, відсутність бажання змінюватися, блокування спілкування з самим собою[5]. Важливим є те, що саме ці особливості поведінки досить часто характерні для комбатантів в спілкуванні на теми травматичного емоційного досвіду, отриманого під час служби.

Надзвичайно сильно напружені емоційні структури не дають можливості клієнту рефлексувати ті почуття та емоції, які необхідно вивільнити для гармонізації цієї структури. Дану особливість можна розглянути на конкретному прикладі: чоловік 37 років, демобілізований, звернувся по проханню дружини, яка помітила виражені зміни в поведінці чоловіка, а саме: замкнутість, часта зміна настрою, сновидіння-жахіття, спалахи гніву, періодичні панічні атаки, хронічна напруга. До проходження служби в зоні АТО подібних особливостей поведінки у чоловіка не спостерігалось. Сам чоловік до психотерапевтичної роботи спочатку ставився досить скептично. В більшій мірі, з його слів звернувся до терапевта, бо дружина сподівається, що терапевт зможе допомогти. При найменших спробах говорити про події, які він пережив за час участі в бойових діях, у чоловіка спостерігався сильний емоційний спротив, впевненість в тому, що його ніхто не зрозуміє, гнів щодо того, що цивільне населення не розуміє, наскільки тяжко тим чоловікам, які отримали бойовий досвід, відчуття болю та втрати, пов'язане з загибеллю товариша. До зазначеної скарги додалася також алекситимічність висловлювань. Тобто чоловік часто міг говорити про деякі відчуття в тілі, а не про почуття та емоції, що теж є досить характерною особливістю для комбатантів. В той же час, зазначені відчуття, чоловіком ніяк не виражалися конструктивно, що обумовлювало хронічну напругу в тілі та періодичні сновидіння-жахи. Тобто, емоційна напруга була настільки сильною, що витіснялася зі свідомості, а найменша спроба терапевтичної роботи викликала сильну фрустрацію і, як наслідок, - бажання залишити терапію. Виникає ідея схожості даного травматичного досвіду із запропонованою ідеєю “заторних” емоцій О.С. Кочаряном[4]. Тобто існує певна емоційна складова як пласт, який блокує прояв звичайних емоцій, таким чином обумовлюючи певну ригідність та періодичну фрустрацію до певних станів. О .С. Кочарян підкреслює необхідність вивільнення “заторних” емоцій та підвищення емоційного тону та врівноважування емоцій як терапевтичного механізму, що має бути однією з основних цілей в терапевтичній стратегії[5]. Таким чином, клієнт-центрована психотерапія може бути основним вектором в роботі з комбатантами, адже саме її концептуальні засади орієнтовані на можливість відреагування тих “заторних” емоцій, які представляють собою майже всю сумарність клієнтських запитів комбатантів. Але виникає проблема “фасадної ” неготовності, відсутності досвіду на початковому етапі роботи працювати на рівні почуттів, бути в контакті зі своїми емоціями, звичка комбатантів раціоналізувати дійсність, звичка до директивності в компетентній комунікації, а відповідно і очікування допомоги від того, хто позиціонує себе в рамках даної специфіки комунікації, що суперечить традиційному розумінню позиції психотерапевта в клієнт-центрованій психотерапії по відношенню до клієнта, що, в свою чергу, може призвести до знецінення фігури психотерапевта таким клієнтом. Тож виникає необхідність створення оптимальної моделі психотерапевтичної роботи з комбатантами, враховуючи специфіку травматичного емоційного досвіду, а, відповідно, і клієнтських запитів, в якій клієнт-центрована психотерапія буде виступати

стержневою складовою терапевтичної стратегії у взаємодії з іншими терапевтичними напрямками, які могли б допомогти ефективно подолати зазначені вище загрози для ефективної роботи з комбатантами.

В рамках оптимізації та адаптації клієнт-центрованої психотерапії для роботи з комбатантами було запропоновано доповнення класичного уявлення про роботу в рамках даного підходу, деякими іншими терапевтичними методами. Так, у вищезазначеному прикладі з психотерапевтичної практики, для початкового етапу роботи була залучена когнітивна психотерапія. Такі представники когнітивної психотерапії, як А. Бек, Р. Макмаллін, А. Еліс, вказують на існування неадаптивних когніцій, що по своїй природі є автоматичними, у зв'язку з чим досить складно піддаються рефлексії[1]. Звичайно (це вже, частково, було показано вище), у комбатантів достатньо таких сформованих когніцій: не зрозуміють, не підтримають, не оцінять, це нікому не потрібно крім мене, я ніколи з цим не зможу нічого зробити, ці спогади завжди будуть мене переслідувати та ін. Разом з цим, в даному сприйнятті реальності більш ніж достатньо викривлень дійсності, до яких належать необгрунтовані висновки, надмірна генералізація, вибіркоче абстрагування, персоналізація, катастрофізація, дихотомічне мислення та ін. Представники когнітивної психотерапії підкреслюють деструктивність впливу даного когнітивного фільтру в сприйнятті реальності. Враховуючи те, що досить часто у чоловіків-комбатантів, адже в першу чергу в даній статті річ йде саме про них, переважає раціональність, звичайно важливим на початковому етапі було створення колаборативних відносин, тобто, відносин партнерства, консолідації зусиль у роботі над проблемою. Саме такий початок терапії і був реалізований на початку роботи з зазначеним клієнтом. Інформування клієнта про хід психотерапії, важливість поетапності роботи, розкриття суті застосування тих чи інших технік, розвінчування клієнтських міфів за допомогою технік когнітивної психотерапії (наприклад, порівняння з іншими, перевірка логічності, реатрибуції, децентрації, три колонки та ін.), допомогло встановити довірливі відносини з клієнтом. На цьому етапі було мінімально задіяно роботу з почуттями, що зменшило вірогідність втрати клієнта для можливої терапевтичної роботи. Важливою також є можливість психотерапевта займати не характерну для клієнт-центрованої психотерапії більш батьківську позицію. Тобто не безумовно приймаючи, емоційно наповнену, емпатичну, конгруентну позицію, а більш раціональну, в першу чергу компетентну, директивну позицію, в якій клієнт має бачити авторитет, позицію. Це більш знайома та зрозуміла для чоловіків-військовослужбовців, модель взаємодії, в якій більше вірогідність побудувати спілкування, в якому можлива довіра та порозуміння, що, власне і виникло в психотерапевтичній роботі в описаному випадку.

Виникнення довіри та готовності працювати над собою, звичайно не змінює інтенсивність переживань, які були пов'язані у клієнта з травматичним емоційним досвідом, які він отримав під час служби, а саме – бойових дій. Розуміння клієнтом присутності тієї фігури, з якою стає пов'язаною надія на зміну свого психічного стану не дає самих змін і залишає мало можливою конструктивну роботу з даними емоційними структурами, про важливість якої говорить багато психологів[2]. Тож на даному етапі необхідно знижувати афективність напруги для можливості продуктивної роботи (для якої потрібне напрацювання ресурсу), а не повторної травматизації та постійного тримання в дистресі клієнта, в якому він й так знаходився довгий час, що часто спричиняє ПТСР. Більш того, зменшення напруги

необхідно проводити “в обхід” усвідомлення. Для цього етапу констуктивним було залучення методу запропонованого David Bercei, а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises. David Bercei вказує на те, що під час стресової реакції, на досить глибинному рефлексиному та інстинктивному рівні, запускаються програми роботи організму, а, зокрема, і певних груп м'язів, орієнтованих на захист[8]. Прикладом може бути так звана “поза ембріона”, яку займають люди інтуїтивно, коли їм потрібен захист, коли на них діє певний стресовий фактор. David Bercei також зазначає про важливість пам'яті м'язів, яка відіграє важливу роль в адаптації, в накопиченні досвіду реагування, але може відігравати і негативну роль, адже при довготривалому впливі на організм певного подразнювача, впливає і на виникнення хронічної напруги, при відсутності можливості її дренажу, що, власне і відбувається з комбатантами під час бойових дій. Тобто, після різкої зміни стану м'язів під час стресу, необхідне відпускання, яке веде до гомеостазу[8]. Саме цієї складової повноцінного циклу реагування на стрес не відбувається у багатьох із комбатантів. В той же час, David Bercei вказує на виникнення психологічного еквіваленту реагування на стрес, в рамках якого травма залишається жити в психіці, часто не помітно зовні для оточуючих. Виникає її “замерзання”, що детермінує і одночасно являється психологічною напругою, разом з описаною м'язовою напругою. David Bercei запропонував ряд вправ, систематичне виконання яких дає можливість зняти цю напругу, без необхідності вербалізації змісту травматичного досвіду чи усвідомлення емоцій та почуттів. Важливо зазначити, що даний метод пройшов апробацію в роботі з військовослужбовцями в багатьох країнах, в яких виникали військові конфлікти, а саме: Ливан, Палестину, Ізраїль, Судан, Ємен, Ефіопію, Уганду, Афганістан та Сирію[8].

Клієнту було запропоновано пройти комплекс вправ по TRE[8]. Після двох місяців клієнт повідомив, що почав краще себе почувати і відчувати. Стало менше сновидінь-жахіть, знизилася дратівливість, менше став думати про пережиті події, знизилася кількість панічних атак. Отже, можна було стверджувати про отримання певного результату. Потрібно також зазначити, що даному комбатантові пропонувалася техніка психокаталізу по А.Ф. Єрмошину, суть якої полягає в роботі з відчуттями в тілі. Ця техніка допомагає візуалізувати дискомфортні відчуття в тілі та дренувати їх, таким чином, не маючи необхідності знаходити емоційне підґрунтя даних відчуттів, що було дуже актуальним для алекситимічності клієнта[3].

В комплексі когнітивна складова початку терапевтичної роботи, техніки TRE та психокаталізу, дали можливість через три місяці отримати той результат, який зробив можливим застосування клієнт-центрованого підходу в більш класичному варіанті. Покращення як психологічного так і фізичного станів стало вдалою передумовою до бажання продовжувати терапію та виводити її на більш довірливий рівень, що обумовило можливість клієнта розповідати про різні сфери життя, в тому числі (поступово, спочатку фрагментарно, а далі все більш чітко), й про емоційний досвід в бойових умовах, що супроводжувалося підтримкою психотерапевта, про важливість чого говорять багато хто з психологів, працюючих в даній сфері[9]. Безумовність прийняття психотерапевтом клієнта, конгруентність та емпатія, довіра в роботі спонукали клієнта до поетапного вивільнення емоцій, які заважали повноцінному психологічному функціонуванню клієнта. В роботі виникали такі тематики, як почуття провини по відношенню до загиблих, одночасний страх і

бажання (з яким пов'язана ця вина) бути на їх місці, тематика безпорадності, страх смерті, невивільнений гнів, пов'язаний з необхідністю та вимушеністю брати участь в бойових діях, почуття самотності, нерозділене почуття слабкості, невпевненості в собі, ненависті, відрази до тих картин та ситуацій, які довелося бачити, почуття безвиході, ідеї очікування загрози кожної секунди. Позиція психотерапевта на цьому етапі вже більш в традиційній ролі клієнт-центрованого терапевта, дала можливість пройти рекапітуляцію травматичного досвіду та отримати ту підтримку та віру, яку було складно отримати під час травматичних подій, враховуючи те, що більшість із зазначених тематик не були озвучені. Під час роботи спостерігалися фрагментарність спогадів, "склеювання емоцій та почуттів", втрата зв'язку між змістом та самою емоцією, дисоціація від певних емоцій (страх, відраза, плач), виникнення "заторних" емоцій, алекситимічність та усвідомлення емоцій лише на рівні відчуттів, ригідність емоційної сфери, високий рівень роботи таких захисних механізмів, як психологічне витіснення, заперечення, ізоляція афекту. Всі ці особливості травматичного емоційного досвіду в різній мірі вдалося пропрацювати, надавши, таким чином, можливість клієнтові вийти на інший рівень взаємодії з оточенням, що допомогло в конструктивній інтеграції в соціум та повернення до звичного образу життя. Для підтримки та закріплення отриманих результатів, клієнтові було запропоновано групову форму роботи зі збереженням практики психокаталізу та TRE та перенесення в повсякденне життя досвіду конструктивного емоційного прояву та реагування.

Список літератури

1. Бек Аарон // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. – Изд. 2-е, доп. И перераб.. – СПб.: Питер, 2000. – С. 81-82.
 2. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия / О.В. Бермант-Полякова. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
 3. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ф. Ермошин – М.: Независимая фирма "Класс", 1999. – 320 с.
 4. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А.С. Кочарян // Психологічне консультування і психотерапія. – 2014 – випуск 1-2. – С. 24-36.
 5. Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография / [А. С. Кочарян, И. А. Кочарян, М. Е. Жидко, Н. Н. Терещенко, А. М. Лисеная, Л.П. Рогулева, С.А. Кочарян]; под ред. д. психол. н., проф. А.С. Кочаряна. - Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2014. – 260 с.
 6. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И.. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
 7. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб. : Речь, 2007. – 256 с.
 8. David Berceci: "The Revolutionary Trauma Release Process (Transcend Your Toughest Times)" - Namaste Publishing, Vancouver, Canada 2009.
-

References

1. Bek Aaron // Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya / Eds. B.D. Karvasarskogo. – Pub. 2-nd, added and reshaped. – Spb.: Piter, 2000. – P.81-82.
 2. Bermant-Polyakova O.V. Posttravma: diagnostika i terapiya / O.V. Bermant-Polyakova. – SPb. : Rech', 2006. – 248 p.
 3. Yermoshin A.F. Veshchi v tele: Psikhoterapevticheskiy metod raboti s oshchushcheniyami / A. F. Yermoshin – M.: Nezavisimaya firma “Klass”,1999.–320p.
 4. Kocharyan A.S. Perekhivaniye kak mishen' kliyent-tsentrirovannoy psikhoterapii / A.S. Kocharyan // Psikhologichne konsul'tuvannya í psikhoterapiya.–2014–number1-2.–P.24-36.
 5. Psikhoterapiya kak neverbal'naya praktika: kollektivnaya monografiya / [A.S. Kocharyan, I.A. Kocharyan, M.Ye. Zhidko, N.N. Tereshchenko, A. M. Lisenaya, L.P. Roguleva, S.A. Kocharyan]; eds. psy. D., prof. A.S. Kocharyana. - KH.: V.N Karazina KHNU, 2014. – 260 p.
 6. Rodzhers K. Vzglyad na psikhoterapiyu. Stanovleniye cheloveka: Transl. from engl. / Gen. ed.and intro. Iseninoy Ye.I.. – M.: Publishing group«Progress»,«Univers»,1994.–480p.
 7. Romek V.G. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh / V.G. Romek, V.A. Kontorovich, Ye.I. Krukovich. – SPb. : Rech', 2007. –256p.
 8. David Bercei: "The Revolutionary Trauma Release Process (Transcend Your Toughest Times)" - Namaste Publishing, Vancouver, Canada 2009.
-