

**ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ  
СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

*МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ*



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І. І. МЕЧНИКОВА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

**ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

*МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ*

ОДЕСА  
ОНУ  
2020

***Розробник:***

**С. Л. Чачко**, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології та психології розвитку особистості ФПСР ОНУ імені І. І. Мечникова.

***Рецензенти:***

**З. О. Кіреєва**, доктор психологічних наук, професор, зав. кафедри загальної психології та психології розвитку особистості ФПСР Одеського національного університету імені І. І. Мечникова;

**К. Г. Дементьєва**, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної та прикладної психології ФПСР Одеського національного університету імені І. І. Мечникова.

Рекомендовано до друку вченою радою  
ф-ту психології та соціальної роботи ОНУ імені І. І. Мечникова.  
Протокол № 3 від 10 грудня 2019 р.

**Чачко С. Л.**

Діагностика та корекція посттравматичних стресових розладів : методичні рекомендації до курсу за спеціальністю 053 «Психологія» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти / С. Л. Чачко – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2020. – 50 с.

Методичні рекомендації призначені для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». В них послідовно і цілісно викладаються теоретичні та емпіричні основи психодіагностики та психокорекції посттравматичних стресових розладів.

Мета методичних рекомендації виражається в можливості їх використання в навчальному процесі студентами для теоретичного та практичного опрацювання матеріала курсу.

УДК 159.944.4:616-056.2(076)

© Чачко С. Л., 2020

© Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2020

## ЗМІСТ

Вступ	4
Мета та завдання навчальної дисципліни	5
Структура програми навчальної дисципліни	7
Зміст навчальної дисципліни	8
Список навчальної літератури	42
Питання до підсумкового контролю	48

## ВСТУП

Курс «Діагностика та корекція посттравматичних стресових розладів» відноситься до циклу дисциплін за вибором професійного циклу підготовки студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». В методичних рекомендаціях до курсу «Діагностика та корекція посттравматичних стресових розладів» послідовно і цілісно викладаються теоретичні та емпіричні основи психодіагностики та психокорекції посттравматичних стресових розладів. В рамках курсу розглядається історія вивчення посттравматичних стресових розладів, здійснюється аналіз теоретичних і емпіричних досліджень з даної проблеми, висвітлюються сучасні погляди на це явище. Особлива увага приділяється диференціації понятійного апарату дисципліни, визначенню посттравматичного стресового розладу як самостійного психологічного явища, що має власні феноменологічні особливості. Розкриваються причини виникнення посттравматичного стресового розладу, механізми розвитку, структура та характерні прояви. В курсі надається сучасне уявлення про основні критерії, принципи та методи діагностики та корекції посттравматичних стресових розладів, що пройшли апробацію та підтвердили свою ефективність в реабілітації осіб з посттравматичним синдромом. Розгляд теоретичних моделей посттравматичного стресового розладу також виступає необхідною умовою для розуміння студентами основних засад організації психодіагностичної та психокорекційної роботи практичного психолога. Даний курс сприяє формуванню комплексних уявлень про феномен в професійній свідомості студентів та становленню їхньої професійної компетентності в сфері психотравматології. Підкреслюється, що в залежності від того, коли і наскільки якісно буде надана психологічна допомога, залежить ефективність подолання наслідків перебування в травмуючих ситуаціях

## МЕТА ТА ЗАВДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

### Мета

Навчальний курс «Діагностика та корекція посттравматичних стресових розладів» є одним із курсів циклу професійної підготовки магістрів психологічного відділення і включає сплановані та рівномірно розподілені складові теоретичної та практичної підготовки. Мета курсу – ознайомити слухачів з основними поняттями і проблемами, пов'язаними з вивченням посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що виникає у людини внаслідок перебування в негативних (напружених, кризових, екстремальних) ситуаціях; сформуванню у студентів уявлення про сучасні та актуальні підходи до змісту понять психічної травми і ПТСР, дати уявлення про механізми розвитку ПТСР; сформуванню загальнокультурні і професійні компетентності, у т.ч. здатність використовувати в прикладних дослідженнях базові знання з області теорії та методології психологічної науки.

### Завдання

- засвоїти понятійний апарат дисципліни, вивчити критерії посттравматичного стресового розладу;
- сформуванню здатність до аналізу теоретичних і емпіричних досліджень з проблеми психології посттравматичного стресового розладу в історичному контексті з метою формування комплексних уявлень про феномен в професійній свідомості студентів;
- розглянути теоретичні моделі посттравматичного стресу як необхідної умови для розуміння причин, механізмів формування та феноменологічних особливостей явища, а також подальшого їх урахування в організації психодіагностичної та консультативної роботи практичного психолога;
- формування у студентів умінь і навичок діагностичної та психотерапевтичної роботи з особами з посттравматичними стресовими розладами.

Процес вивчення дисципліни спрямований на формування елементів наступних **компетентностей**:

а) загальних (ЗК): КСО.07 здатність вирішувати нестандартні завдання та приймати рішення в умовах невизначеності.

б) фахових компетентностей спеціальності (СК): КСП.11 здатність до застосування на практиці методів психологічної діагностики стану психічного здоров'я і адаптаційних можливостей осіб з посттравматичними стресовими розладами.

**Очікувані результати навчання.** У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен *знати*:

- роль і місце психології травми, діагностики та корекції посттравматичних стресових розладів в системі психологічної науки;

- основні категорії та поняття в галузі психології травми та посттравматичних розладів;

- сутність методів та основні критерії діагностики посттравматичних стресових розладів, їх можливості і обмеження;

- програми діагностичного обстеження осіб, що перенесли психічну травму, та їх сімей з метою визначення структури дефекту, а також чинників ризику і дезадаптації;

- основні положення особистісно- і соціально-орієнтованих програм психотерапії, корекції і реабілітації.

*вміти*:

- виділяти предмет та понятійні складові дисципліни «Діагностика та корекція посттравматичних стресових розладів»;

- відбирати і застосовувати методики діагностики посттравматичних стресових розладів;

- самостійно аналізувати результати досліджень посттравматичних стресових розладів;

- розробляти і здійснювати особистісно- і соціально-орієнтовані програми психокорекції посттравматичних стресових розладів;

- орієнтуватися в науковій літературі, джерелах періодики, інтернет-ресурсах з метою самостійного пошуку і відбору інформації;

- вести дискусії на задану тему, висловлювати власну точку зору і доводити власні припущення з опорою на методологічні, теоретичні, практичні дані науки.

## СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин											
	Денна форма						Заочна форма					
	усього	у тому числі					усього	у тому числі				
		го	л	п/с	лаб	інд		с.р.	го	л	п/с	лаб
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Змістовний модуль 1. Посттравматичний стресовий розлад: моделі та діагностика												
Тема 1. Стрес, травматичний стрес, ПТСР. Критерії ПТСР	12	4	2			8	12	2				10
Тема 2. Індивідуальні особливості та психологічні наслідки травми	12	4	2			8	12	1				11
Тема 3. Оцінка травматичних переживань. Методи діагностики	24	6	4			10	24	3	2			19
Усього за змістовним модулем 1	48	14	8			26	48	6	2			40
Змістовний модуль 2. Можливості та методи психологічної корекції при посттравматичних розладах												
Тема 4. Загальні підходи до психологічного консультування та психотерапії ПТСР	16	4	2			10	16	1				15
Тема 5. Методи психотерапії при ПТСР	26	8	6			12	26	3	2			21
Усього за змістовним модулем 2	42	12	8			22	42	4	2			36
	90	26	16			48	90	10	4			76

## ЗМІСТ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

### **Змістовний модуль 1. Посттравматичний стресовий розлад: моделі та діагностика**

#### **Тема 1. Стрес, травматичний стрес, ПТСР. Критерії ПТСР**

##### **Основні питання теми:**

*Поняття стресу, травматичного стресу, посттравматичного стресового розладу. Різновиди психологічних травм, які найбільш часто викликають ПТСР. Фази психологічної реакції на стрес. Історичний огляд досліджень ПТСР. Діагностичні критерії ПТСР. Нозологічні одиниці ПТСР в класифікаціях психічних і поведінкових розладів: критерії ПТСР за МКХ-10(11) та DSM-IV(V). Епідеміологія ПТСР. Теоретичні моделі ПТСР.*

Протягом багатьох десятиліть дослідники користуються поняттям «стрес», але у сучасній психології важко знайти точне визначення психологічного стресу. Р. Лазарус з цією метою вводить уявлення про психологічний стрес, який, на відміну від фізіологічної високо стереотипізованої стресової реакції на шкідливість, є реакцією, опосередкованою оцінкою загрози і захисними процесами. Дж. Еверілл слідом за С. Селлсом вважає сутністю стресової ситуації втрату контролю, відсутність адекватної даній ситуації реакції у індивіда при значущості для нього наслідків відмови від реагування. П. Фресс пропонує називати стресом особливий вид емоціогенних ситуацій, в яких можуть з'явитися порушення адаптації. Отже, стрес – це реакція індивіда на вимоги, які він сприймає як обтяжливі або які перевершують його особистісні можливості.

За Короленко Ц.П. до наслідків стресу відносяться тимчасові або постійні зміни в поведінці людини. Слід розрізняти види стресів та знати динаміку їх протікання. Види стресів: фізіологічні та психологічні. Психологічні, у свою чергу, діляться на інформаційні й емоційні. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень. Емоційний стрес має місце в ситуаціях, загрозованих для фізичної безпеки людини (війна, злочин, техногенна катастрофа, природні катастрофи, тощо). Травматичним стрес стає, коли

результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У якості стресора в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що володіють потужним негативним наслідком, ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи в них у майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес (такий як природні й техногенні катастрофи, бойові дії, катування, звалтування й ін.), здатний викликати психічні порушення практично в будь-якої людини. Виділено основні критерії ПТСР: 1) встановлення факту перенесеного стресового стану під час лиха, катастрофи, війни; 2) напливи спогадів про події, які мали місце в життєнебезпечних ситуаціях, виникнення «провини за виживання» перед загиблими, мучать сновидіння з кошмарними сценами пережитого; 3) прагнення уникати емоційних навантажень, (результатом є відкладання прийняття необхідних рішень); 4) комплекс неврастенічних розладів; 5) прояви окремих патохарактерологічних симптомів і тенденція до формування психопатії.

На сьогодні не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію і механізми виникнення й розвитку ПТСР. Однак у результаті багаторічних досліджень розроблено кілька теоретичних моделей. До власне психологічних моделей, як вказує Н. В. Тарабріна, слід віднести психодинамічні, когнітивні і психосоціальні моделі, а також психобіологічну та мультифакторну. Вони були розроблені в ході аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя. Дослідження показали, що існує тісний зв'язок між способами виходу із кризової ситуації, способами подолання стану посттравматичного стресу (усунення й уникання будь-яких нагадувань про травму,

заглибленість у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення ввійти в групу взаємодопомоги і т. д.) і успішністю наступної адаптації. Було встановлено, що, можливо, найбільш ефективними є дві стратегії: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про подію, що травмує, з метою її аналізу й повного усвідомлення всіх обставин травми; 2) усвідомлення носієм травматичного досвіду значення травматичної події.

Когнітивна оцінка й переоцінка досвіду, що травмує – це основа розгляду ПТСР у когнітивних психотерапевтичних моделях. Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка ситуації, що травмує, будучи основним фактором адаптації після травми, буде найбільшою мірою сприяти подоланню її наслідків, якщо причина травми у свідомості її жертви, що страждає ПТСР, набуває екстернальний характер і буде лежати поза особистісними особливостями людини (широко відомий принцип: не «я поганий», а «я зробив поганий вчинок»). У рамках когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе.

Патологічна реакція на стрес – неадаптивна відповідь на знецінювання цих базових уявлень. Значення соціальних умов, зокрема, фактора соціальної підтримки оточуючих для успішного подолання ПТСР, відбите в моделях, що одержали назву психосоціальних. Згідно із психосоціальним підходом, модель реагування на травму є багатофакторною, і необхідно врахувати важкість кожного фактору в розвитку реакції на стрес. Автори і прихильники даної моделі підкреслюють також необхідність враховувати фактори навколишнього середовища: фактори соціальної підтримки, демографічний фактор, культурні особливості, додаткові стреси. Тарабріна, Юр'єва і багато інших авторів розглядає посттравматичний стресовий розлад як такий, що виникає як відстрочена й/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які здатні викликати дистрес майже у будь-якої людини (катастрофи, війни, катування, тероризм і т. п.). Протягом життя ПТСР переносить 1 %

населення, а в 15 % можуть виникнути окремі симптоми. Прихильники мультифакторної моделі ПТСР до факторів ризику його виникнення відносять наступні: характерологічні особливості, залежна поведінка, наявність психічного захворювання в анамнезі, підлітковий вік, похилий вік, наявність соматичного захворювання, попередня психотравма.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа. – М. : Академический проект, 2007. – 368 с.
2. Кириленко Т. С. Пошук гармонії. Емоційні переживання та стани особистості. - К. : Вид-во КНУ. 2004. – 100 с.
3. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: В 3 т. – М. : Медицина (на тит. л. в вых. дан.: Женева: Всемир. орг. Здравоохранения), 1998.
5. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
6. Чачко С. Л. Посттравматичне зростання як реалізація особистісного потенціалу. – Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві: колективна монографія. – Одеса : Фенікс, 2011. – С. 345-371.
7. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния. – Днепропетровск : Арт-Прес, 1998. – 164 с.

## **Тема 2. Індивідуальні особливості та психологічні наслідки травми**

### **Основні питання теми**

*Особливості прояву ПТСР у дітей. Вплив індивідуальних особливостей особистості на переживання травматичних подій. ПТСР і внутрішні конфлікти. Робота механізмів психологічного захисту (дисоціація та ін.). Аутодеструктивна поведінка і ПТСР. Схильність до віктимізації, залежність, сенситивність, травматофілія.*

Психологічна підготовка військовослужбовців – це система цілеспрямованих дій, що має на меті формування і закріплення у воїнів психологічної готовності і стійкості, переважно на основі самовдосконалення особистісних і розвитку професійно важливих якостей, набуття досвіду успішних дій в модельованих екстремальних умовах бойової обстановки.

Основними напрямками психологічної підготовки військовослужбовців є: формування у воїнів науково-обґрунтованих знань про бойові дії, уявлень про майбутню війну, переконань, готовності до подвигу, вчинення самовідданих вчинків в ім'я перемоги над ворогом; підвищення рівня психологічної стійкості і витривалості військовослужбовців, вироблення невибагливості, поміркованості в бажаннях і потребах; прищеплення довіри до командирів і начальників, установки на беззаперечну покору і послух, благонадійності і лояльності до політики держави; зниження психічних травм, підвищення рівня професійних і бойових навичок і умінь, фізіологічної та психологічної витривалості військовослужбовців.

Проблема «виходу з війни» не менше, а можливо, і більш складна, ніж проблема «входження» в неї. Діапазон впливу факторів війни на людську психіку виявляється надзвичайно широким. Він охоплює різноманітний спектр психологічних явищ, в яких зміни людської психіки коливаються від яскраво виражених, явних патологічних форм до зовні малопомітних, прихованих, пролонгованих, як би «відкладених» у часі реакцій.

Суперечливість впливу специфічних умов війни на психологію її учасників позначається протягом тривалого періоду після її закінчення. Життєвий досвід тих, хто пройшов війну, складний, суперечливий, жорстокий. Як правило, повоєнне суспільство ставиться до своїх недавніх захисників з нерозумінням і побоюванням. У цьому полягає одна з найважливіших причин такого явища, як посттравматичний синдром, і як наслідок – різного роду конфліктів з «новим середовищем» (психологічних, соціальних і навіть політичних), коли люди, що повернулися з війни, не можуть стати «такими, як усі», прийняти інші «правила гри», від яких вже відвикли або після всього пережитого вважають їх безглуздими і неприйнятними. В таких обставинах найбільш помітними проявами специфічного впливу війни на психологію її учасників є «фронтний максималізм», синдром силових методів і спроб їх застосування (особливо на перших порах) в конфліктних ситуаціях мирного часу. На перший план постає питання адаптації до нових умов, перебудови психіки «на мирний лад».

Важливим чинником травматизації може виступити тероризм. Тероризм – це залякування людей здійснюваним насильством. Це насильство здійснюється в самих різних формах: фізичне, політичне, соціальне, економічне, інформаційне. З урахуванням ступеня масовості і в міру організованості виділяють чотири види насильства: масове організоване і масове стихійне, індивідуальне стихійне і індивідуальне організоване. Загальний історичний розвиток тероризму, з деякими винятками, йшов по ланцюжку: індивідуальний → груповий → локальний → масовий тероризм. Тероризм є особливим деструктивним різновидом людської діяльності. Він має тричленну структуру (діяльність - дія - операції), якій відповідають три види спонукань-стимулів (мотив - мета - умови). Серед основних мотивів заняття терористичною діяльністю («террорною роботою») виділяються: 1) меркантильні мотиви; 2) ідеологічні мотиви; 3) мотиви перетворення, активної зміни світу; 4) мотив влади над людьми; 5) мотиви інтересу і привабливості тероризму як особливої діяльності; 6) «товариська» мотивація; 7) мотив самореалізації.

Значний вплив на психіку людини може спричинити насильство. Насильство є частою причиною нездатності до соціальної адаптації та інших порушень. Відповідно до Нікол виділяються наступні види насильства: 1) Фізичне насильство: побиття, удушення, опіки або заподіяння іншої фізичної шкоди. 2) Емоційне насильство: погане поводження з дитиною, яке викликає серйозний і стійкий негативний вплив на емоційний розвиток. Дитина відчуває постійний страх або небезпеку від поведінки батьків. Нездатність одного з батьків захистити дитину від насильства з боку іншого з батьків (частіше батька), вважається активним насильством. 3) Нехтування вихованням: незадоволення фізичних і психологічних потреб, що призводить до серйозних порушень здоров'я і розвитку. Батьки не надають необхідного харчування, одягу, не захищають від фізичної шкоди або небезпеки, або не звертаються в необхідних випадках за медичною допомогою. 4) Сексуальне насильство: примус і схиляння до сексуальних дій в різних проявах.

Наслідком насильства в ранньому віці є розвиток боязкості, амбівалентності, псевдоаутизма, заниженої самооцінки, порушення «Я-концепції», почуття провини, депресія, труднощі в міжособистісних відносинах і сексуальні дисфункції, і в кінцевому підсумку формування відповідного особистісного радикала по гальмувальному принципу або другий варіант – розгальмування і формування особистісного радикала типу нестійкого. Насильство в ранньому дитинстві призводить до серйозних проблем в подальшому становленні навичок соціальної взаємодії.

Виділяються також типи психологічного насильства: 1) Ігнорування потреб дитини – ігнорування її потреби в безпеці, підтримці, схваленні, спілкуванні; проявляється в нездатності батьків висловлювати прихильність, любов і турботу про нього. 2) Заперечення – публічне приниження дитини, пред'явлення надмірних, що не відповідають її віку і можливостям вимог, публічна демонстрація негативних вчинків і якостей дитини, постійне апелювання до почуття провини, сорому, жорстка критика. 3) Загрози і тероризування – приниження гідності дитини, погрози покаранням,

побої, погрози насильством, образа, використання ненормативної лексики на адресу дитини. 4) Ізоляція – обмеження соціальних контактів дитини з однолітками, родичами або іншими значущими дорослими, примусове перебування вдома аж до переведення на домашнє навчання. 5) Розбещення – створення мотивацій асоціальної поведінки на злочинство, проституцію, вживання алкоголю і наркотиків.

Виділяються характерні особливості психічного стану і поведінки дітей різного віку, які піддаються насильству. Такі діти до шести місяців не посміхаються, малорухливі, байдужі до навколишнього, у них відсутні практично реакції на зовнішні стимули. Від півроку до півтора років діти бояться батьків і фізичного контакту з будь-яким дорослим, насторожені, постійно вередують, проявляють явний переляк, якщо дорослий хоче взяти їх на руки. Дошкільнята (від трьох до шести років) виявляють надмірну поступливість і запобігливу поведінку у взаєминах з дорослими, агресивні, брехливі, помічені в крадіжці, жорстокі по відношенню до тварин і молодших, дуже болісно реагують на найменше зауваження. Їх реакція на біль пасивна. Молодші школярі бояться після школи йти додому і вишукують для себе безліч переконливих причин для пізньої появи в будинку. Самотні, у них відсутні не тільки друзі, але й приятелі. Вони розуміють, що дії їхніх батьків по відношенню до них незаконні та через страх засудження з боку однолітків, вони приховують справжні причини власних травм. Підлітки висловлюють свій протест випадками насильства, втечами з дому, суїцидальними спробами, вживанням алкоголю, кримінальною поведінкою.

З 1991 р досвід роботи з надання допомоги особам з психічною дезадаптацією, що виникла в умовах соціальних змін на територіях колишнього СРСР, дозволив сформулювати концепцію о соціально-стресових розладах (ССР), що виникають у людей в психогенно-актуальній соціально-економічній і політичній ситуації. При цьому розладі спостерігаються прояви «кризи ідентичності». Виділяють три клінічних варіанти: 1) аномічний; 2) дісоціативний; 3) мегіфренічний. Соціально-стресовий розлад проявляється доклінічними

(психологічні реакції), і клінічними (невроз, патохарактерологічний розвиток особистості, алкоголізм) розладами. Основні клінічні прояви ССР: вегетативні дисфункції; порушення сну; астеничні розлади; істеричні розлади; панічні розлади; інші невротичні і психопатичні порушення.

Особливо показовими є прояви соціально стресового розладу у осіб з вимушеною міграцією. Психологи при обстеженні мігрантів звертають увагу на високий ступінь ризику розвитку психогенних розладів.

Як найважливіша форма реагування свідомості індивіда на психічну травму в психології розглядається поняття психологічного захисту. При цьому мається на увазі перебудова, що відбувається в системах взаємозалежних психологічних установок і відносин, в суб'єктивній ієрархії цінностей, яка спрямована на редукцію емоційної патогенної напруги. Найбільш поширеними і важливими механізмами психологічного захисту від травматизації є: витіснення–недопущення в сферу свідомості або усунення з неї болючих і суперечливих почуттів і спогадів, неприйнятних бажань і думок. Це найбільш примітивний, як правило, малоефективний спосіб захисту, але тією чи іншою мірою він приєднується до дії всіх інших захисних механізмів. Витісняється, забувається зазвичай те, що знижує відчуття власної цінності як особистості. Найчастіше він проявляється у особистостей з незрілим «Я», істеричними рисами характеру у дітей. Близьким до описаного способу захисту є механізм перцептивного захисту (автоматичні реакції несприйняття при наявності розбіжності між інформацією, що надходить, і наявною інформацією). Наступний механізм – це придушення (свідоме уникнення тривожної інформації, відволікання уваги від усвідомлюваних афектогенних імпульсів і конфліктів). Блокування – затримка, гальмування (зазвичай тимчасове) емоцій, думок або дій, що викликають тривогу. Заперечення невизнання, заперечення ситуацій, конфліктів, ігнорування болючої реальності, фактів. Представлену сукупність захисних механізмів об'єднує відсутність переробки змісту того, що піддається витісненню, придушенню,

блокуванню або запереченню.

Друга група захисних механізмів пов'язана з перетворенням (спотворенням) значення змісту думок, почуттів, поведінки. Механізм раціоналізації проявляється у вигляді псевдопояснень індивідом власних неприйнятних бажань, переконань і вчинків, інтерпретації по-своєму різних своїх особистісних рис (агресивності як активності, байдужості як незалежності, скупості як ощадливості і т. д.). При захисному механізмі по типу інтелектуалізації вступає в дію контроль над емоціями і імпульсами за допомогою роздумів, міркувань з їх приводу замість безпосереднього переживання. Характерною ознакою є «об'єктивне» ставлення до ситуації, надмірно когнітивний спосіб представлення і спроб рішення конфліктних тем, без відчуття пов'язаних з нею афектів. Близьким до описаного способу захисту є механізм ізоляції, що складається в інтелектуально-емоційної дисоціації, відділенні емоції від конкретного психічного змісту, в результаті чого подання або емоція витісняються, або емоція зв'язується з іншим, менш значущим поданням, і тим самим досягається зниження емоційної напруги.

Наступний в цій групі захисний механізм реактивного утворення характеризується спробою впоратися з неприйнятними імпульсами, емоціями, особистісними якостями за допомогою заміни їх на протилежні. Механізм зміщення проявляється тим, що реальний об'єкт, на який могли бути спрямовані негативні почуття, замінюється більш безпечним (наприклад, стримувана агресія відносно авторитетної особи переміщається на інших, залежних людей). У разі захисного механізму проекції відбувається приписування невизнаних власних думок, почуттів і мотивів іншим людям. На відміну від попереднього механізму, при ідентифікації індивід ототожнює себе з більш сильною особистістю, зокрема, імітуючи агресивну або доброзичливу манеру поведінки в залежності від асоційованих з цією людиною почуттів страху або любові.

Третю групу способів захисного реагування становлять механізми розрядки негативного емоційного напруження. До них відноситься захисний механізм реалізації в дії (acting-out), при якому

афективна розрядка здійснюється за допомогою активації експресивної поведінки. Захисний механізм соматизації тривоги або будь-якого негативного афекту проявляється в конверсійному і психовегетативному синдромі, за допомогою трансформації психоемоційного напруження сенсорно-моторними актами. Деякі автори включають в захисну діяльність особистості механізм сублімації (перетворює енергію інстинктивних потягів у соціально прийнятну активність).

До четвертої групи віднесено захисні механізми особистості маніпулятивного типу. При захисному механізмі регресії відбувається повернення до більш ранніх, інфантильних особистісних реакцій, що виявляється в демонстрації безпорадності, залежності, «дитячості» поведінки з метою зменшення тривоги і відходу від вимог реальної дійсності. За допомогою механізму фантазування (у функції маніпуляції) індивід, прикрашаючи себе і своє життя, підвищує почуття власної цінності і контроль над оточенням. Відомий також захисний механізм відходу у хворобу, в разі формування якого хворий відмовляється від відповідальності та самостійного вирішення проблем, виправдовує хворобою свою неспроможність, шукає опіки та визнання за допомогою ролі хворого.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных ситуациях. – М. : Пресс, 1991. – 321 с.
2. Дворкин А. Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. – Нижний Новгород : Издательство братства во имя св. князя Александра Невского, 2002. – 554 с.
3. Кровяков В. М. Психотравматология. – М. : Наука, 2005.
4. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. – М. : Эксмо, 2006. – 960 с.
5. Ольшанский Д. В. Психология терроризма. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.

### **Тема 3. Оцінка травматичних переживань. Методи діагностики**

#### **Основні питання теми**

*Основні методи дослідження психічного стану, поведінки постраждалих в травматичних ситуаціях. Загальна характеристика психотехнік діагностики адаптації до стресу, стресостійкості, дезадаптивних станів у травматичній ситуації. Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R), Місисипська шкала оцінки посттравматичних реакцій. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R). Специфіка діагностики психічних станів у дітей, які пережили надзвичайні ситуації. Полуструктуроване інтерв'ю. Батьківська анкета.*

Для вивчення особливостей переживання психотрамуючих ситуацій використовують емпіричні методи дослідження, серед яких: самоспостереження та спостереження за зовнішніми ознаками емоцій – мімікою, жестами, позою, диханням, мовою, тощо; психодіагностичні методи – опитувальники, тести, проєктивні методики, бесіда, біографічний метод, метод аналізу продуктів діяльності (малюнки, рукоділля, літературна творчість, тощо).

Одним з найкращих тестів, розроблених для вивчення психічного стану постраждалих, являється методика SCL-90-R, створена Дерогатіс на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) – методики, що веде свою історію від Cornell Medical Index, яка, у свою чергу, спиралася на «Шкалу дискомфорту», розроблену Parloff з співавторами в 1953 г. Досвід роботи Дерогатіс з HSCL показав, що, незважаючи на хороші результати, отримані при перевірці надійності та валідності шкали, мав місце ряд серйозних обмежень при її використанні. По-перше, методика HSCL розроблялася як дослідницький інструмент, не призначений для роботи з хворими. По-друге, п'ять спочатку виділених симптоматичних категорій, хоч і добре працювали в тих областях, на які вони були направлені, не охоплювали інших важливих областей симптоматики. І, по-третє, значна кількість питань не мали відношення до виміру п'яти основних

симптоматичних конструктів, а були просто «шумом». Нарешті, в HSCCL не існувало порівняльної клінічної шкали, яка могла б дозволити порівнювати показники психологічного статусу пацієнтів з клінічними даними. Ці міркування були враховані при створенні SCL-90-R. Взнявши за основу пункти HSCCL для п'яти симптоматичних категорій, визначених раніше, автори опустили деяку кількість старих питань і додали 45 нових, що склали 4 категорії. Все це в цілому і утворило методику SCL-90-R, яка історично пов'язана з HSCCL, але відмінна від неї.

Опис методики SCL-90-R містить 90 пунктів, і її призначення полягає в тому, щоб оцінювати патерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів та здорових осіб. Первісна версія шкали, запропонована Дерогатісом і його колегами на підставі клінічної практики і психометричного аналізу, потім була модифікована і валідизована в сьогоденному варіанті. Кожне з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім ні», а 4 – «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються і інтерпретуються по 9 основним шкалам симптоматичних розладів: соматизації – Somatization (SOM), obsесивності-компульсивності – Obsessive-Compulsive (O-C), міжособистісної сензитивності – Interpersonal Sensitivity (INT), депресії – Depression (DEP), тривожності – Anxiety (ANX), ворожості – Hostility (HOS), фобическої тривожності – Phobic Anxiety (PHOB), паранояльних тенденцій – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY) і по 3-х узагальнених шкалах другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GST), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальне число позитивних відповідей (PST). Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус пацієнта.

**Проведення методики та її характеристики.** Інструкція до тесту наведена на бланку, проте важливо розуміти, що установки людини, що пропонує пацієнту тест, також мають велике значення і впливають на якість відповідей пацієнта. Не слід довіряти процедуру

тестування людині, яка відчуває недовіру до методики. SCL-90-R – інструмент визначення актуального, присутнього на даний момент психологічного симптоматичного статусу. SCL не є методикою вивчення особистості (за винятком непрямого аналізу), тобто методикою, що виявляє особистісні типи або розлади особистості, які б відбивалися в характерному профілі первинних симптоматичних розладів. При створенні тесту використовувалися (наскільки це можливо) найбільш доступні для розуміння вираження. Питання включали в себе найпростіші слова, що дозволяють зберегти їх зміст. Однак, незважаючи на ці зусилля, все ще залишаються пацієнти, вербального рівня яких не вистачає для того, щоб осягнути сенс питань. Якщо у дослідника складається подібне враження або з питань, які задає обстежуваний, або в результаті клінічного спостереження, результати тесту вважаються недійсними. Вибір п'ятирангової дискретної шкали для відповідей на пункти SCL-90-R представляє деякий компроміс між тим фактом, що надійність пропорційна числу пунктів між граничними значеннями шкали відповідей, і розумінням того, що існують обмеження в сприйнятті людиною тяжкості пережитих психологічних симптомів. Подібний прагматичний підхід визначений тим, що мінімальне число пунктів для первинних симптоматичних порушень, як показує досвід, дорівнює 6 і є стабільним мінімумом для досягнення факторної інваріантності.

Методика створювалася для того, щоб оцінити психологічний симптоматичний статус широкого спектра індивідів, починаючи від осіб з групи «норми» і різних типів пацієнтів: від хворих загального профілю до індивідів з психіатричними розладами. Очевидно, що виключення для застосування методики повинні складати явно безграмотні і психотичні пацієнти, а також пацієнти з психічною затримкою і в стані делірію. Інші, менш очевидні причини, також можуть знижувати валідність тестування (наприклад, дорослі з дислексією, різним ступенем дебільності). Тестування може проводитися як одноразово, так і багаторазово в різних варіантах. Тест-ретестова надійність для SCL дуже хороша і немає даних щодо

будь-яких істотних спотвореннях при повторному пред'явленні методики.

Дев'ять основних симптоматичних розладів були виділені в результаті комплексного клінічного, емпіричного і аналітичного дослідження. Автори вибрали тільки ті синдроми, яким в літературі дані чіткі і ясні визначення, що дозволило їм, по можливості, уникнути сумнівів щодо того, що ж насправді вимірюється. До того ж було потрібно, щоб ті відчуття, які об'єднуються в кожен з симптоматичних груп, можливо було виміряти в межах стандартних шкал і, більше того, щоб вони були доступні розумінню досліджуваного під час заповнення шкали. Остаточним критерієм було підтвердження базових дефініцій у клініці.

### **Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R)**

Перший варіант ШОВТС (Impact of Event Scale – IES) був опублікований в 1979 р. Горовіцем із співавторами. Створенню цієї шкали передували емпіричні дослідження Горовіця. Перше було присвячено вивченню взаємозв'язку уяви і стресових розладів, яке показало, що нав'язливі образи супроводжують травматичний досвід. Друге його дослідження було спрямоване на аналіз симптомів і поведінкових характеристик для пошуку стратегій індивідуального лікування в залежності від різних стресорів, таких як хвороба, нещасний випадок, втрата улюбленої людини. Ця робота привела до створення опитувальника IES (Impact of Event Scale).

Опитувальник складається з 15 пунктів, заснований на самозвіті і виявляє переважання тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події. Наступний етап досліджень полягав у виявленні, клінічному описі та перевірці протистояння цих двох тенденцій у процесі короткої терапії. Результати досліджень привели Горовіця до теоретичних уявлень про існування двох найбільш загальноприйнятих специфічних категорій переживань, що виникають у відповідь на вплив травматичних подій.

До першої категорії належать симптоми вторгнення – термін «вторгнення» (intrusion – англ.) іноді перекладається як

«нав'язування» – включають нічні кошмари, нав'язливі відчуття, образи чи думки. До другої категорії відносяться симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з травматичною подією, зниження реактивності. Грунтуючись на своїх поглядах з приводу реагування на травматичні стресори, Горовіц визначив реакції, що входять до сфери вторгнення і уникнення. Ці симптоми були первісної областю вимірювань IES. Аналізуючи зв'язки між травматичними життєвими подіями і наступними психологічними симптомами, які могли виявлятися протягом довгого часу, Горовіц і співавтори відзначили, що найчастіше вивчення цих реакцій змішувалося або з експериментальними фізіологічними вимірами, або з самозвіту за більш загальними показниками тривожності, визначеними, наприклад, за допомогою шкали тривоги, розробленої Тейлор. Перевага IES, представленого Горовіцем, полягало в тому, що зміст самозвіту був прив'язаний до специфічних життєвих подій, а також у специфіці вимірюваних показників. Необхідно відзначити, що публікація IES передувала виданню 3-ої редакції Американського діагностичного стандарту для психічних порушень та офіційному прийняттю «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР) в якості самостійної нозологічної одиниці. Можна сказати, що дані, зібрані за допомогою IES, певним чином підтвердили виділення ПТСР як діагностичної категорії. В отриманих спочатку даних, було проведено кластерний аналіз відповідей 66 чоловік, що знаходяться на амбулаторному лікуванні, пов'язаному з їх реакцією на стрес, викликаний тією чи іншою травматичною подією. Отримані дані підтверджують існування гомогенних кластерів пунктів, які характеризуються за допомогою вторгнення і уникнення (а-Кронбаха для вторгнення – 0,79, для уникнення – 0,82). Тест-ретестова надійність в даному дослідженні була задовільна, з коефіцієнтами 0,82 для вторгнення і 0,79 для уникнення. Чутливість до зміни була підтверджена показниками зміни в популяції, а також і тим, що були виявлені відмінності в реакції на травматичні стимули різного ступеня тяжкості.

У 1982 р. Н. Зільберг з співавторами провели ретельну перевірку відтворюваності і крос-культурну валідацію психометричних характеристик IES. Вони вивчили 35 амбулаторних пацієнтів з патологічним горем і порівняли їх з 37 піддослідними-добровольцями, які також пережили смерть батька, але не проходили спеціального лікування. Обидві групи оцінювалися три рази.

Пацієнти: 1) на початку дослідження перед початком курсу лікування; 2) через 4 місяці після закінчення лікування; 3) через 12 місяців після закінчення обмеженою за часом психотерапії.

Групи добровольців оцінювалися схожим чином: 1) перед початком дослідження, яке проводилося після 2 місяців після втрати; 2) через 7 місяців після події; 3) через 13 місяців після події. Результати цього дослідження продемонстрували те, що всі пункти часто підтверджувалися в межах від 44 % до 89 % у загальній вибірці. Ранговий порядок пунктів ґрунтувався на частоті підтверджень в групі пацієнтів, які втратили батьків. Потім його порівняли з ранговим порядком, описаним в першій публікації IES. Був отриманий коефіцієнт рангової кореляції Спірмана = 0,86 ( $p < 0,001$ ). Цей результат припускає, що зміст переживань, наступних за травматичними подіями, як представлено в загальних пунктах IES, було схожим як у пацієнтів, так і у добровольців.

Оцінка валідності розподілів пунктів по субшкалам вторгнення і уникнення проводилася за допомогою факторного аналізу, який показав наявність двох факторів. Питання з субшкали уникнення увійшли в 1-й фактор з навантаженнями від 0,39 до 0,86, а пункти з субшкали вторгнення мали коефіцієнти від 0,09 до 0,34. У 2-й фактор увійшли питання з субшкали вторгнення з навантаженнями від 0,58 до 0,75, в той час як пункти з субшкали уникнення мали коефіцієнти від 0,11 до 1,35. Коли перевірялися всі питання, то навантаження на гіпотетичний фактор було вище, ніж на другий фактор, що можна розглядати як високий рівень узгодженості між розподілами пунктів двох субшкал. Перевірка шкали на надійність показала, що коефіцієнти внутрішньої консистентності (узгодженості), отримані для обох субшкал в трьох вимірах для двох груп, як окремо, так і

комбіновано, розташовуються в інтервалах від 0,79 до 0,92.

Н. Зильберг із співавторами також перевіряли чутливість IES до відмінностей між пацієнтами та контрольною групою. 11 з 15 пунктів показали значні відмінності середніх значень між групами при першому вимірі. У групі пацієнтів відзначалися значно вищі величини реакцій на обидві субшкали і всі пункти, хоча тільки 11 осіб продемонстрували досить високий результат. Інший індекс чутливості – це здатність субшкал виявляти зміни в клінічному статусі після деякого часу. Був виявлений Т-тестовий кореляційний зв'язок, що показало чутливість IES до зміни не тільки в період між першим і третім виміром, але також і в більш короткий період між першим і другим оцінюванням, а також другим і третім періодами. Ці зміни були притаманні випробуванню з обох груп, що говорить про наявність деяких паралельних процесів в протіканні реакцій на травматичний стрес як в патологічному, так і в нормальному контексті.

IES набула широкого поширення, і в численних роботах продемонстровано перевага цього інструменту. Існують численні дані, отримані за допомогою IES, що свідчать про доцільність її використання, валідності, надійності та універсальності. Це важливо для дослідника, зацікавленого у вивченні прояви психологічної реакції на травматичні події.

Однак, незважаючи на це, Д. Вейс з колегами дійшли висновку, що IES може бути більш корисною, якщо вона буде здатна діагностувати не тільки такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які входять до діагностичного критерію DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, була зроблена спроба перегляду оригінальної IES.

Прояви і розвиток ПТСР у дітей мають ряд особливостей порівняно з дорослими, яким був поставлений аналогічний діагноз. Це пов'язано у першу чергу з особливостями дитячої психіки. Так, діти не завжди можуть зв'язати свої травматичні прояви з фактом психологічної травми, що вкрай важливо при опрацюванні травми. Критерій А за DSM-IV(V) включає «фактичну або загрозливу смерть

або серйозне пошкодження, або загрозу фізичної цілісності по відношенню до себе або інших» в додаток до досвіду «інтенсивного страху, безпорадності чи жаху». Це визначення травми виключає такі події, як, наприклад, розлучення батьків або залякування в школі без реальної загрози фізичної шкоди. Однак багато дослідників вважають, що діти, які пережили ці події, задовольняють вимогам критерію.

Нав'язливе відтворення травматичного випадку у дітей може мати форму повторюваних ігор, в яких простежуються тема або аспекти травми (Черепанова Є. М, 1997). Це особливий вид гри, коли діти одноманітно, монотонно повторюють один і той же сюжет гри, не вносячи туди жодних змін, ніякого розвитку. У таких іграх, як правило, відсутні катартичні елементи. Діти, програвши певні сюжети, не відчують полегшення. У дітей можуть бути сні, на перший погляд незрозумілі, але які викликають жах. Дитина може не розуміти, що у сні якимось чином відображена катастрофа, тоді як сторонньому, дорослій людині це очевидно.

Порушення в пізнавальній сфері у дітей часом досягають такої виразності, що їхні успіхи в навчанні сильно погіршуються. Відмінники стають двісчниками, дуже болісно переживаючи це. Ймовірно, у дітей мають місце тривожні думки неусвідомлюваного змісту, викликані травматичними переживаннями. Часто дитина не може уявити собі, що у нього буде довге життя, сім'я, кар'єра, діти і т. д. Катастрофи, стихійні лиха, міжнаціональні та міжрегіональні конфлікти, зростання насильства в нашій країні підтверджують, наскільки важливо надання своєчасної кваліфікованої допомоги дітям, які пережили травматичний досвід. Дані численних, переважно закордонних, досліджень показують, що невирішеність цього травматичного досвіду призводить до відстрочених негативних психологічних наслідків, які перешкоджають здібності дитини реалізувати себе соціально, професійно і особистісно. Однак не можна не відзначити, що в даний час в області вивчення ПТСР у дітей намітилися позитивні тенденції. Проводяться дослідження, публікуються статті, присвячені даній проблематиці.

На основі інтерв'ю, складеного у відділенні з вивчення та запобігання дитячому насильству при Бостонському національному

центрі ПТСР (CSTC National Center for PTSD, Boston DVAMC), був розроблений і в даний момент проходить апробацію діагностичний пакет з полуструктурованого інтерв'ю для оцінки травматичних переживань дітей та батьківської анкети для оцінки травматичних переживань дітей. За допомогою даного пакету обстежено 100 дітей у віці від 7 до 13 років і їхні батьки. Результати дослідження показують, що розроблені методики дозволяють визначити наявність травматичного досвіду у дітей, а також встановити інтенсивність симптомів ПТСР. Показано також, що хоча батьки в основному мають вірне уявлення про стан дитини, але вони прагнуть применшити негативні аспекти стану дитини, особливо у випадках, якщо самі батьки залучені в травматичну ситуацію або є її винуватцями. Розуміння і опис батьками травматичної ситуації більш адекватно для дітей 7-10 років. У віковій групі 10-13-річних дітей батьківські анкети можуть використовуватися тільки як доповнення та уточнення до дитячих.

У дисгармонійних / неповних сім'ях діти психологічно менш захищені від травматичних ситуацій, ніж в нормальних сім'ях. Батьки в таких сім'ях набагато рідше мають вірне уявлення про травматичний досвід своїх дітей. Також в дисгармонійних сім'ях батьки частіше намагаються применшити або приховати травматичний досвід своєї дитини.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: в 3 т. – М.: Медицина (на тит.л. в вых. дан.: Женева: Всемир. орг. Здравоохранения), 1998.
3. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

## **Змістовий модуль 2. Можливості та методи психологічної корекції при посттравматичних розладах**

### **Тема 4. Загальні підходи до психологічного консультування та психотерапії ПТСР**

#### **Основні питання теми**

*Мета психологічного консультування та психотерапії клієнтів з ПТСР. Стратегії, що дозволяють досягти цієї мети (за Еніколоповим). Стадії актуального стану клієнта (за Горовицем) і послідовні стадії психотерапії. Труднощі, пов'язані з прийняттям ролі реципієнта психологічної, психотерапевтичної допомоги. Найбільш поширені терапевтичні помилки при ПТСР. Психологічні проблеми психолога при роботі з потерпілими від травматичних ситуацій. Вторинний ПТСР психолога та його профілактика. Техніки трансформації травматичної пам'яті. Терапевтичні відносини з клієнтом, що страждає ПТСР.*

Існує багато напрямів і методів, які ефективно використовувалися та використовуються для корекції ПТСР. А. Л. Пушкарьов, В. А. Доморацький, О. Р. Гордєєва (2000) виділяють чотири напрями методів:

**1. Освітній напрям.** Цей напрям включає в себе інформаційну підтримку, обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, тільки просте знайомство з діагностичною симптоматикою ПТСР допомагає хворим усвідомити те, що їх переживання і труднощі не унікальні, «нормальні» у ситуації, що сформувалась, і це дає їм можливість здійснювати контроль за своїм станом, обирати засоби та методи досягнення одужання.

**2. Холістичний напрям.** Друга група методів розташовується в області цілісного ставлення до здоров'я. Фахівець, який звертає увагу своїх клієнтів на сторони цілісного існування людини, часто виявляє і активує такі здатності до відновлення людини, які були приховані навіть від неї самої. Здоровий спосіб життя - достатня фізична активність, правильне харчування, відсутність зловживання алкоголем, відмова від наркотиків, уникання вживання збуджуючих

речовин (наприклад, кофеїну), здатність з гумором ставитися до багатьох подій нашого життя створює основу для відновлення після важких травматичних подій, а також сприяє продовженню активного та щасливого життя.

**3. Соціальне спрямування.** Методи, спрямовані на формування та збільшення соціальної підтримки й соціальної інтеграції. Сюди також можна включити розвиток мережі самопомоги, а також формування громадських організацій, що здійснюють підтримку людей з ПТСР. Дуже важлива точна оцінка соціальних навичок, тренування цих навичок, зменшення ірраціональних страхів, допомога в умінні долати страх формування нових відносин. До цієї категорії належать і форми організації соціальної роботи, що допомагають перебігу процесу одужання.

**4. Терапевтичний напрям (фармакотерапія, психотерапія).** Цей напрям складається з власне психотерапії, спрямованої на опрацювання травматичного досвіду, роботи з горем, розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів.

У наш час не існує сталої точки зору на результати лікування ПТСР. Одні дослідники вважають, що ПТСР – виліковний розлад, інші – що його симптоми повністю не можуть бути усунені. ПТСР зазвичай викликає порушення в соціальній, професійній та інших важливих сферах життєдіяльності. Очевидне одне: лікування ПТСР – процес тривалий і може продовжуватися декілька років. Загалом, психотерапія працює на підкріплення захисних чинників, оскільки вона веде саме до переосмислення подій, що сталися, і посилення механізмів адаптації. Метою психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є допомога у звільненні від спогадів про минуле, що переслідують, і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також в тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знов знайти контроль над емоційними реакціями і знайти для травматичної події, яка сталася, належне місце в загальній тимчасовій перспективі свого життя та особистій історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того чужого,

неприємного, жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявлення про себе (образ Я). У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети:

1) підтримка адаптивних навичок Я (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії);

2) формування позитивного ставлення до симптомів (сенс даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для цієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів);

3) зниження уникнення (тому що прагнення клієнта уникати всього, що пов'язане з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід);

4) нарешті, зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити сенс, який клієнт додає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою»).

Психокорекція, як метод психологічної допомоги повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу: зниженню тривоги і відновленню відчуття особистої цілісності та контролю над тим, що відбувається. Розглядається п'ять стадій актуального стану клієнта (фази його реакції на травматичну подію): 1) тривалий стресовий стан в результаті травматичної події; 2) прояв нестерпних переживань: напливи відчуттів і образів; паралізуюче уникнення і оглушеність; 3) застрягання в неконтрольованому стані уникнення і оглушеності; 4) здатність сприймати і витримувати спогади і переживання; 5) здатність до самостійної переробки думок і відчуттів.

Кожній фазі реакції клієнта на травматичну подію відповідають послідовні цілі психотерапії.

1. Завершити подію або вивести клієнта із стресогенного оточення. Побудувати тимчасові стосунки. Допомогти клієнтові в ухваленні рішень, плануванні дій (наприклад, в усуненні його з оточення).

2. Понизити амплітуду станів, спогадів і переживань до рівня таких, що можуть бути подолані.

3. Допомогти клієнтові в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами і в здійсненні довільного пригадування. У ході пригадування надавати допомогу клієнтові в структуризації і вираженні переживання; при зростаючій довірливості стосунків з клієнтом забезпечити подальше опрацювання травми.

4. Допомогти клієнтові переробити його асоціації і пов'язані з ними когніції та емоції, що стосуються Я-образу і образів інших людей. Допомогти клієнтові встановити зв'язок між травмою і переживаннями загрози, патерном міжособових стосунків, Я-образом і планами на майбутнє.

5. Опрацювати терапевтичні стосунки. Завершити психотерапію.

Необхідно пам'ятати, що терапевтичні стосунки з клієнтами, які страждають на ПТСР, надзвичайно складні, оскільки міжособистісні компоненти травматичного досвіду: недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть – мають тенденцію виявлятися при побудові взаємодії з психотерапевтом. Робота з травмами породжує інтенсивні емоційні реакції і у психолога, отже, пред'являє високі вимоги до його професіоналізму.

Найбільш поширеними терапевтичними помилками є: уникнення травматичного матеріалу; невчасне і стрімке опрацювання травматичного досвіду, поки ще не створена достатня атмосфера безпеки і не побудовані довірчі терапевтичні стосунки.

Психічну травму доволі часто супроводжує вторинна травма або вторинний травматичний стрес – це зміни у внутрішньому досвіді людини, що виникають у результаті її емпатичного включення в стосунки з іншою людиною, що переживає травмуючу подію. Без емпатії не може бути співпереживання іншої людині в її травмуючій ситуації, а тому це створює умови для виникнення вторинної травми у людини, яка співпереживає. І. Г. Малкіна-Пих окреслює наступне визначення вторинної травми: «Вторинна травма, або «вторинний травматичний стрес» (Secondary Traumatic Stress – STS), – це зміни у внутрішньому досвіді терапевта, які виникають у результаті його емпатичного залучення у відносини із клієнтом, що переживають

травматичний стан». На думку автора, фахівець не може уникнути вторинної травми, тому що для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданню, а це співпереживання створює умови для вторинної травматизації. Ще одним важливим фактором вторинної травми є неможливість швидких змін. Консультанти постійно зустрічаються у своїй практиці із клієнтами, що пережили ту або іншу травматичну подію: від сексуального насильства в родині до стихійних лих, – і робота з ними включає у себе допомогу у вигляді розповіді про травматичні події, надання можливості виразити негативні почуття й переживання й прагнення полегшити їхній вплив. У той час, працюючи з людиною, що переживають нестерпні страждання, фахівець відчуває величне бажання якомога швидше полегшити його біль. Коли це не виходить, виникає почуття розчарування й власного безсилля, що підсилює руйнівну дію вторинної травми. Вторинна травма або вторинний травматичний стрес пов'язаний з так званим «синдромом вигорання», хоча й не є його повним аналогом. Проте, і той, і інший стан мають тенденцію до нагромадження й приводять до УДК 323+327]-048.7:316.3(477)''20'' результатів: безсонню, депресії й порушенню комунікації з родиною й значимими людьми. Відмінності між ними лежать, головним чином, у причинах виникнення цих станів: у той час як вторинний травматичний стрес найчастіше виникає як вторинна реакція на емоційне співпереживання іншій людині (в тому числі і клієнтам) із травматичними або проблемними ситуаціями, синдром вигорання може виникати при роботі з будь-якими клієнтами. Також вважається, що синдром вигорання проявляється поступово (накопичений стрес), у той час як вторинна травма може настати раптово й без усякого попередження.

Основні передумови успішної роботи з клієнтами, які страждають на ПТСР, можна сформулювати таким чином. Здатність клієнта розповісти про травму прямо пропорційна здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь. Будь-яка ознака відкидання або знецінення сприймається клієнтом як нездатність терапевта надати йому допомогу і може призвести до припинення

боротьби клієнта за своє одужання. Емпатійний психолог заохочує клієнта розповідати про жахливі події, не демонструючи йому власної шокової реакції. Психолог не применшує значення подій, емоційних реакцій, які виникли спонтанно і не переводить розмову на «нейтральні» теми, які безпосередньо не пов'язані з травматичним страхом. Інакше у клієнта виникає відчуття, що екзистенційний тягар пережитого нестерпний для терапевта, і клієнт відчуватиме себе незрозумілим.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных ситуациях. – М. : Пресс, 1991. – 321 с.
2. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М. : ПЕРСЭ, 2006.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: в 3 т. – М. : Медицина (на тит.л. в вых. дан.: Женева: Всемир. орг. здравоохранения), 1998.
4. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М. : Академия, 2007.
5. Паркинсон Ф. Посттравматический стресс: спасательные команды и добровольцы // Антология острых переживаний: социально-психологическая помощь. М., 2002.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
7. Федунина Н. Ю. Экстренная психологическая помощь: законы жанра // Московский психотерапевтический журнал (теоретико-аналитическое издание). Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. – 2006.– № 4 (51). – С. 6-25.
8. Фoa Э. Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж. Эффективная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. – М. : Когито-Центр, 2005.– 467 с.

## **Тема 5. Методи психотерапії при ПТСР**

### **Основні питання теми**

*Психоаналіз та ПТСР. Раціональна психотерапія, методи зняття напруги і тривоги, когнітивна психотерапія, кататимно-імагінативна психотерапія, арт-терапія, особистісно-орієнтована психотерапія, позитивна терапія, гештальт-підхід. Логотерапія (В. Франкл). Психотерапія емоційних травм за допомогою руху очей (ДПДГ). Групова терапія. Терапевтичні цілі групової терапії при ПТСР. Принципи та методи.*

У сучасних підходах до посттравматичної терапії (ПТТ) основний упор роблять на тому, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальною ситуацією. Таким чином, щоб зменшити вплив хворобливих наслідків, необхідно основний упор робити на мобілізацію власних захисних механізмів.

Групова психотерапія – це психотерапевтичний метод, специфіка якого полягає в цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи й групового психотерапевта, у лікувальних цілях. Групова терапія є важливою частиною корекції ПТСР. Травма часто негативно впливає на здатність людини створювати і підтримувати відносини з іншими людьми. Групова терапія допомагає людям з ПТСР відновлювати довіру до людей, а також здатність мати здорові відносини з іншими. Існують групи різного типу. Серед них розрізняють групи, які забезпечують підтримку і закріплення соціальних навичок, групи, спрямовані на полегшення специфічних симптомів, і групи, які переважно орієнтовані на формування адекватної самооцінки. Група може бути гетерогенною і гомогенною залежно від діагнозу у її членів. Для корекції посттравматичного стресового розладу використовують переважно гомогенні групи. Як правило, терапія спрямована на навчання соціальним навичкам і моделювання соціальних ситуацій за допомогою виконання практичних завдань в рамках групи.

Які б методи групової терапії не використовувалися при роботі з клієнтами з ПТСР, ця робота завжди спрямована на досягнення певної терапевтичної мети, яку коротко можна визначити наступним чином:

1. Повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевтові не слід форсувати процес).

2. Спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи 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 тих, хто упорався з наслідками особистої травми.

5. Можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє упевненість, здатний повернути відчуття власної гідності), що дозволяє здолати відчуття власної нецінності («мені нічого запропонувати іншому»), зсув фокусу з відчуття власної ізолюваності та негативних думок самознищення.

6. Набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в інший, більш адаптивний спосіб.

Традиційно вважається, що поведінкова психотерапія найбільш ефективна при корекції ПТСР. Згідно з принципом, на якому ґрунтується цей вид терапії, для зміни поведінки не обов'язково розуміти її психологічні причини. Мета її – головним чином формувати і зміцнювати здатність до адекватних дій, придбання навичок, що дозволяють поліпшити самоконтроль. Методи поведінкової терапії включають позитивне і негативне підкріплення, покарання, систематичну десенсибілізацію, градуйоване уявлення і самоконтроль. Поведінкова терапія зосереджується на заміні

неприйнятних дій прийнятними і використанні деяких методів, що ведуть до зменшення або припинення небажаної поведінки. Наприклад, одна з технік навчає пацієнтів діафрагмальному диханню для зняття занепокоєння. Терапія може проводитися з використанням систематичної десенсибілізації (поступового, поетапного звикання до лякаючої ситуації), або мати вигляд «методу повені» (пацієнтів ставлять в лякаючу їх ситуацію і допомагають з нею впоратися). Метод «повені» вважається більш дієвим.

Терапевти когнітивно-поведінкового напрямку припускають, що психопатологічні відхилення є наслідком неточної оцінки подій, і зміна оцінки цих подій, отже, має вести до зміни емоційного стану пацієнта. Подібно поведінковій терапії, когнітивно-поведінкова терапія вчить пацієнтів по-іншому реагувати на ситуації, які викликають напади паніки і інші ознаки занепокоєння. Усуваються ірраціональні судження, що виникли на тлі тривоги і непрямим чином підтримують її шляхом оскарження їхньої доречності. Когнітивна терапія заснована на теорії, відповідно до якої поведінка людини визначається його думками про самого себе і його ролі в суспільстві. Деадаптивне поведінка зумовлена вкоріненими стереотипними думками, які можуть призвести до когнітивних спотворень або помилок в мисленні. Ця теорія орієнтована на корекцію подібних когнітивних спотворень і є наслідком їх поведінкових установок, спрямованих на самозахист. Когнітивна терапія являє собою короткостроковий метод лікування, як правило, розрахований на 15-20 сеансів, що проводяться близько 12 тижнів. У цей період пацієнти повинні усвідомити свої власні спотворені уявлення і установки. Домашнє завдання полягає в наступному: пацієнтів просять написати, що вони відчують в певних стресових ситуаціях (таких, як «я недосконалий» або «нікому до мене немає справи») і визначити частково неусвідомлювані, що лежать в основі їх припущення, які провокують появу негативних установок. Такий спосіб називається розпізнаванням і корекцією мимовільних думок.

Психодинамічний напрямок підкреслює роль конфліктів, що виникли через невідповідність особистісних цінностей і внутрішньої

картини світу пацієнта дійсності травмуючої ситуації. Тому корекція в цьому психотерапевтичному напрямку полягає в дослідженні системи цінностей і потреб людини і того, як поведінка і досвід травматичної ситуації порушило її; у вирішенні свідомих і несвідомих конфліктів; в переведенні руйнівної енергії у творчу в атмосфері розуміння, прийняття та емоційного комфорту. Виведення витіснених подій на рівень свідомості, їх емоційне відреагування, звільняє людину від систематичної амнезії, пов'язаної з тенденцією уникати певних негативно забарвлених спогадів і уявлень. Для цієї мети широко використовуються проєктивні методики. Робота також спрямована на відновлення самоповаги і самовладання, розвиток здорового рівня особистісної відповідальності, відновленні цілісності «Я».

Роль сімейної посттравматичної терапії зросла завдяки значній поширеності розлучень, подружніх конфліктів, сімейних дисгармоній, зловживання алкоголем ветеранами війни, нерозуміння дружинами їх станів. Метою психотерапії є гармонізація сімейних відносин, поліпшення взаєморозуміння в сім'ї, ліквідації у подружжя негативних емоційних тенденцій один до одного. Основним методом є групова психотерапевтична дискусія. Він ґрунтується на використанні в лікувальних цілях групової динаміки, яка виникає в результаті взаємин і взаємодії членів групи між собою і членів групи з психотерапевтом або психологом. Як показують зарубіжні вчені, посттравматична терапія сім'ї включає етап оцінки і чотири етапи корекції: етап оцінки, відтворення проблеми, переструктурування проблеми, загоєння.

У корекції посттравматичного стресу, як підкреслюють деякі психотерапевти, може дуже ефективно використовуватися арттерапія, що забезпечує можливість катарсичних переживань. Арттерапія може бути використана як в індивідуальному, так і груповому контексті. Використовується широка гама технічних прийомів (малювання, ліплення з глини та пластиліну, аплікація, робота з тканинами і т. д.). Всі вони переломлюються з урахуванням специфіки терапії ПТСР. Наприклад, темами для малювання можуть бути: «Виражений в

кольорі досвід переживань бомбардування», «Колір, побачений в момент вибуху», «Життя і смерть», «Любов і ненависть» та ін.

Кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама) – широко поширений за кордоном (у Німеччині, Австрії, Швейцарії та ін. країнах), але досі маловідомий у нас метод психотерапії, званий інакше «метод сновидінь наяву». Перевагою даної системи є її глибока теоретична проробка і детальна розробка всього комплексу психотерапевтичних дій. З технічної точки зору метод заснований на тому, що у лежачого в розслабленому стані на кушетці або зручно сидячого у кріслі пацієнта психотерапевт може викликати схоже на сновидіння наяву уявлення образів – імагінації. Якщо попередньо задати певний невизначений мотив подання, то це виходить значно легше. Пацієнта просять відразу ж повідомляти сидячого поруч з ним психотерапевта про зміст образів, що з'являються. Психотерапевт може зробити на них вплив і структурувати сновидіння наяву у відповідності зі спеціально розробленими правилами. Вся система розділена на три ступені: основна щабель, середня і вища щабель. Психотерапевтичний упор робиться поряд з втручанням в кризових ситуаціях на коротку терапію, що не перевищує 30 сеансів.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – психотерапевтична концепція, яка за рахунок зміни представленого в свідомості психічного образу життєвій ситуації змінює психічний стан людини для забезпечення можливості ефективної реалізації себе в житті і задоволення актуальних потреб. Одним з базисних положень НЛП є твердження, що кожна людина несе в собі приховані, невикористані психічні ресурси. Головними завданнями НЛП-терапевта є забезпечення доступу пацієнта до цих прихованих ресурсів, вилучення їх із підсвідомості, доведення до рівня свідомості, а потім навчання пацієнта того, як ними користуватися. Виконання цих завдань досягається використанням різних технік: «інтеграція якорів», «потрійна дисоціація», «шестикроковий рефреймінг», «помах».

Логотерапія займається сенсом людського існування і пошуками цього сенсу. Травма порушує звичний хід життєвого шляху,

деформує життєвий світ і створює відчуття втрати сенсу життя. У структуру ПТСР входить симптоматика, відповідна проявам так званих ноогенних неврозів. Специфічною сферою застосування логотерапії якраз і є ноогенні неврози, породжені втратою сенсу життя. У цих випадках використовується методика сократівського діалогу, що дозволяє підштовхнути пацієнта до відкриття ним для себе адекватного сенсу життя. Важливу роль при цьому відіграє особистість самого психотерапевта, хоча нав'язування їм своїх смислів неприпустимо. За будь-яких обставин людина здатна зайняти осмислену позицію по відношенню до травматичних обставин і надати своєму стражданню глибокий життєвий сенс. Таким чином, життя людини ніколи не може виявитися безглуздом. Практичні досягнення логотерапії пов'язані саме з цінностями відносин, із знаходженням людьми сенсу свого існування в ситуаціях, що представляються безвихідними. З прийняттям рішення, з вибором пов'язана відповідальність людини за своє життя.

Аутогенне тренування (АТ) – активний метод психотерапії, психопрофілактики та психогігієни, що підвищує можливості саморегуляції початково мимовільних функцій організму. Досягається за допомогою АТ саморегуляція емоційно-вегетативних реакцій, зокрема, зменшення емоційного напруження, дозволяє використовувати цей метод не тільки в клінічній практиці, а й у ряді професій, пов'язаних з гострими або хронічними стресовими ситуаціями. Однак небезпечним є не тільки вплив агресорів в певний момент часу, але і пролонгований психотравмуючий вплив на психіку людини, що приводить до психічних порушень різного ступеня, що проявляється, зокрема, в посттравматичному стресовому розладі. Основні прояви ПТСР, які можуть піддаватися корекції за допомогою АТ: розлади сну, як клінічний прояв ПТСР, зокрема, інсомнії (порушення засинання, поверхневий сон, раннє пробудження, відсутність почуття відпочинку після сну) і парасомнії (рухові, психічні, нічні кошмари), призводять до почуття підвищеної втоми, зниження працездатності, швидкою стомлюваності і т. д. У цьому випадку використання прийомів АТ з метою швидкого відпочинку і

відновлення сил, а також регуляції сну дозволить підвищити працездатність і поліпшити структуру сну. Емоційне зубожіння, підвищена збудливість (вибуховість, дратівливість, лють, гнів, тяга до насильства) і тривожність (відчуття напруги, нервозності, ненадійності, страху), що супроводжуються вегетативними проявами, відображаються на сімейному житті і якості міжособистісних відносин. Ці прояви призводять до підвищеної конфліктної, соціальної ізоляції, зловживання алкоголем або наркотиками. Застосування АТ з метою зниження емоційної напруги, тривожності і поліпшення настрою в цьому випадку є ефективним методом психотерапії для розширення адаптаційних можливостей людини в суспільстві. За допомогою вправ АТ, спрямованих на активізацію психічних і фізичних функцій і творчих ресурсів людини, а також на створення потрібного настрою, можна знизити інтенсивність прояву таких симптомів ПТСР, як уникнення стимулів, пов'язаних з травмою; порушення концентрації уваги; знижений фон настрою і зниження мотивації (почуття пригніченості, безнадії, даремності, відчуття зниження енергетики, відсутність інтересу до чого-небудь). Оскільки прояви ПТСР часто поглиблюються психосоматичними захворюваннями, то використання АТ для боротьби з болем і самостійного регулювання таких функцій організму, як кровообіг, частота серцевих скорочень і дихання, а також кровопостачання мозку є важливим моментом в психотерапії посттравматичного стресового розладу. В рамках медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій одним із завдань є реабілітація психіки ветеранів, які постраждали від наслідків впливу травматичного стресу, отриманого під час війни і після повернення до мирного життя. В рамках цього завдання застосування АТ дозволяє, крім навчання релаксації, підготувати пацієнта до подальшої активної психотерапевтичної роботи.

Незалежно від обраного методу необхідно спільно з терапевтом розробити план дій на той випадок, якщо ознаки ПТСР знову з'являться. План повинен бути підготовлений у письмовій формі і обов'язково включати в себе опис прояву певних симптомів і

необхідних заходів, при їх появі. Необхідно домовитися з терапевтом про можливість негайної зустрічі з ним при необхідності.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. – М. : Эксмо, 2006. – 960 с.
2. Миллер Л. В. Модель экстренной психологической помощи // Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ, 2011. – [Электронный ресурс: [http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml)]
3. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных -и экстремальных ситуациях. – М. : Академия, 2007.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
5. Фoa Э. Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж. Эффективная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. – М. : Когито-Центр, 2005.– 467 с.

## СПИСОК НАВЧАЛЬНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

### Базова

1. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных ситуациях. – М. : Пресс, 1991. – 321 с.
2. Гостюшин А. В. Человек в экстремальной ситуации. – М. : Армада-Пресс, 2001. – 384 с.
3. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа. – М. : Академический проект, 2007. – 368 с.
4. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. – СПб. : Речь, 2012. – 447 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. – М. : Изд-во Эксмо, 2006. – 960 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
7. Фoa Э. Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж. Эффективная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. – М. : Когито-Центр, 2005. – 467 с.
8. Чачко С. Л. Посттравматичне зростання як реалізація особистісного потенціалу // Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві: колективна монографія.– Одеса : Фенікс, 2011. – С. 345-371.
9. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния.– Днепропетровск : Арт-Прес, 1998. – 164 с.

### Допоміжна

1. Безпальча Р. Запобігання торгівлі жінками та насильству в сім'ї: основи проведення тренінгів. Підручник з проведення тренінгів. – К. : Winrock International, 2004. – 156 с.
2. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. – М. : Изд. МГУ, 1984. – 200 с.
4. Васютин А. М. Психохирургия, или Психотехники нового поколения. – Ростов н/Д. : Феникс, 2004. – 560 с.
5. Воробьев Ю. Л. Катастрофы и человек. – М. : Академический проект, 1997. – 256 с.
6. Дворкин А. Л. Десять вопросов навязчивому незнакомцу, или пособие для тех, кто не хочет быть завербованным: [Электроний ресурс]: <http://www.iriney.ru/books/001.htm>

7. Дворкин А. Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. – Нижний Новгород: Издательство братства во имя св. князя Александра Невского, 2002. – 554 с.: [Электронный ресурс]: <http://lib.eparhia-saratov.ru/books/05d/dvorkin/sects/sects.pdf>
8. Джексон П. Импровизация в тренинге. – СПб. : Питер, 2002. – 256 с.
9. Гиппиус С. Тренинг развития креативности. Гимнастика чувств. – СПб. : Речь, 2001. – 345 с.
10. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. – СПб. : Речь, 2002. – 162 с.
11. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. – СПб. : Питер, 2002. – 240 с.
12. Гриневич Є. Г. Стан психічного здоров'я постраждалих внаслідок терористичного акту в м. Беслан: [Електронний ресурс] // Новини української психіатрії, 2007: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper233.htm>.
13. Зинкевич-Евстигнеева Т., Грабенко Т. Практикум по креативной терапии. – СПб. : Речь, 2001. – 400 с.
14. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб. : Речь, 2005. – 248 с.
15. Зуев Ю. Сознание в поединке // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М. : АСТ, Мн. : Харвест, 2001. – 480 с. – С.332–348.
16. Картрайт С., Купер К. Л. Стресс на рабочем месте. – Х. : Гуманитарный центр, 2004. – 236 с.
17. Кейсельман В. Экспериментальные тренинги на природе. – СПб. : Речь, 2008. – 192 с.
18. Керрел С. Групповая психотерапия подростков. – СПб. : Питер, 2002. – 224 с.
19. Козлов В. В. Работа с кризичной личностью: Методическое пособие. – М. : Психотерапия, 2007. – 336 с.
20. Кораблина Е. П., Акиндинова И. А., Баканова А. А., Родина А. М. Искусство исцеления души. – СПб. : Союз, 2001. – 319 с.
21. Котляров А. В. Другие наркотики или Homo Addictus: Человек зависимый. – М. : Психотерапия, 2006. – 480 с.
22. Коупленд Н. Психология и моральное состояние войск // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М. : АСТ, Мн. : Харвест, 2001. – 480 с. – С. 436–451.
23. Крукович Е. И., Ромек В. Г. Кризисное вмешательство. – М. : Европейский гуманитарный университет, 2003. – 92 с.

24. Кочюнас Р. Экзистенциальная терапия в группах. Теоретические основы группы экзистенциального опыта: [Электронный ресурс]: <http://www.hpsy.ru/public/x018.htm>
25. Леонтьев Д. А. Методика предельных смыслов. – М. : Смысл. – 35 с.
26. Магомед-Эминов М. Ш. Феномен экстремальности. – М. : Психоаналитическая ассоциация, 2008. – 218 с.
27. Маклаков А. Г. и др. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко – М. : АСТ, Мн. : Харвест, 2001. – 480 с. – С.460–476.
28. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы. – М. : Изд-во Эксмо, 2004. – 896 с.
29. Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы. – М. : Изд-во Эксмо, 2006. – 1008 с.
30. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: в 3 т. – М. : Медицина (на тит.л. в вых. дан.: Женева: Всемир. орг. здравоохранения), 1998.
31. Менделл Дж. Г., Дамон Л. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. – М. : Генезис, 2001. – 160 с.
32. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М. : Смысл, 2005. – 182 с.
33. Миллер Л. В. Модель экстренной психологической помощи // Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ, 2011. – [Электронный ресурс: [http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml)]
34. Милютин Е. Психотерапевтические рецепты на каждый день. – М. : Класс, 2001. – 384 с.
35. Москалец В. П. Психологія суїциду. – К. : Академвидав, 2004. – 288 с.
36. Ольшанский Д. В. Психология террора. – М. : Академический проект, ОППЛ, 2002. – 320 с.
37. Ольшанский Д. В. Психология терроризма. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.
38. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Р.н.Д. : Феникс, 2005. – 315 с.
39. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М. : Академия, 2007.
40. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи. Монографія. – К. : Центр соціальних експертиз і прогнозів, 1999. – 106 с.

41. Паркинсон Ф. Посттравматический стресс: спасательные команды и добровольцы // Антология острых переживаний: социально-психологическая помощь. М., 2002.
42. Патнем Ф. В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности. – М. : Когито-Центр, 2004. – 440 с.
43. Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер, 2001. – 448 с.
44. Профілактика психологічного насильства і маніпулювання свідомістю та розвиток критичного мислення в молодіжному середовищі. Матеріали міжнар. наук.- практ. конф., 27-28 травня 2004 року, м. Київ. – К. : Український центр політичного менеджменту, – 2005. – 320 с.
45. Психогимнастика в тренинге / под ред. Н. Ю. Хрящевой. – СПб. : Речь, 2001. – 256 с.
46. Психология террористов и серийных убийц. Хрестоматия. – Минск : Харвест, 2004. – 400 с.
47. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 1998. – 752 с.
48. Пуховский Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. – М. : Академический проект, 2000. – 286 с.
49. Пушкарев А. А., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 128 с.
50. Решетников М. М. Психическая травма. – СПб. : Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2006.
51. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
52. Селье Г. Стресс без дистресса. – Москва : Прогресс, 1982. – 127 с.
53. Смирнов Б. А., Долгополова Е. В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. – Х. : Изд-во Гуманитарный центр, 2007. – 276 с.
54. Соловейчик М. Я. Кризис и основы кризисной интервенции // Мастерство психологического консультирования / А. А. Бадхен, А. М. Родина (ред.) – СПб. : Европейский дом, 2002. – 240 с.
55. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.
56. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А. Н. Моховиков. – М. : Когито-центр, 2001. – 570 с.

57. Пуховский Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. – М. : Академический проект, 2000. – 286 с.

58. Ромек В., Ромек Е. Тренинг наслаждения. – СПб. : Речь, 2003. – 160 с.

59. Федунина Н. Ю. Экстренная психологическая помощь: законы жанра // Московский психотерапевтический журнал (теоретико-аналитическое издание). Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. – 2006. – №4 (51). – С.6-25.

60. Фопель К. Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего: практическое пособие. – М. : Генезис, 2005. – 256 с.

61. Фопель К. Энергия паузы. Психологические игры и упражнения: практическое пособие. – М. : Генезис, 2002. – 240 с.

62. Фопель К. Эффективный воркшоп. – М. : Генезис, 2003. – 368 с.

63. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М. : Прогресс, 1990.

64. Хассен С. Освобождение от психологического насилия, деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. – 400 с.

65. Хассен С. Противостояние сектам и контролю над сознанием. – М. : АСТ, 2006. – 320 с.

66. Хогг Я. Средства для борьбы с терроризмом. – М. : Изд-во Эксмо, 2001. – 144 с.

67. Чернышев В. Использование психотехник в деструктивных культах и сектах: [Электронный ресурс]:

[http://www.pravoslavye.org.ua/index.php?r\\_type=article&action=fullinfo&id=402](http://www.pravoslavye.org.ua/index.php?r_type=article&action=fullinfo&id=402)

68. Шех О. И., Сергеев С. С. Технологии психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях. – СПб. : ПГУПС, 2007.

69. Шутценбергер А. А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 240, с. 2-3. – С. 141-145.

70. Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М. : Изд-во Эксмо-Пресс, 2001. – 619 с.

71. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М. : Класс, 1999. – 576 с.

### **Електронні інформаційні ресурси**

1. <http://www.iriney.ru/books/001.htm>

2. <http://lib.eparhia-saratov.ru/books/05d/dvorkin/sects/sects.pdf>

3. <http://www.psychiatry.ua/articles/paper233.htm>.

4. <http://www.hpsy.ru/public/x018.htm>
5. [http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml)
6. [http://www.pravoslavye.org.ua/index.php?r\\_type=article&action=fullinfo&id=402](http://www.pravoslavye.org.ua/index.php?r_type=article&action=fullinfo&id=402)

## ПИТАННЯ ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Основні історичні етапи формування поглядів про феномен посттравматичного стресу.
2. Сприйняття травмуючої ситуації людиною. Види та рівні реакцій на травмуючу ситуацію.
3. Стрес, травматичний стрес та посттравматичний стресовий розлад.
4. Нозологічні одиниці МКХ-10, пов'язані із травматичним стресом.
5. Епідеміологія ПТСР та його діагностичні критерії.
6. Теоретичні моделі ПТСР.
7. Особливості посттравматичного стресу у дітей.
8. Психодіагностика розладів, пов'язаних із травматичним стресом.
9. Особливості психічних процесів і станів при ПТСР.
10. Індивідуальні особливості переживання ПТСР.
11. ПТСР і внутрішні конфлікти.
12. Робота механізмів психологічного захисту (дисоціація та ін).
13. Аутодеструктивна поведінка і ПТСР. Консультування осіб, схильних до суїциду.
14. Психологічні проблеми психолога при роботі з потерпілими від екстремальних ситуацій.
15. Вторинний ПТСР психолога та його профілактика.
16. Культурна травма та соціально-стресовий розлад.
17. Психологічні особливості комбатантів.
18. Психологічні аспекти тероризму.
19. Психологічні наслідки втягнення у деструктивний культ (секту).
20. Стрес радіаційної загрози, його психологічні причини і наслідки. Поняття неперервної прихованої атомної паніки.
21. Різновиди та психологічні наслідки насильства.
22. Основні методи дослідження психічного стану, поведінки постраждалих в травматичних ситуаціях.

23. Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R) в діагностиці ПТСР.

24. Міссисипська шкала оцінки посттравматичних реакцій в діагностиці ПТСР

25. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R) в діагностиці ПТСР.

26. Специфіка діагностики психічних станів у дітей, які пережили надзвичайні ситуації.

27. Консультування дітей, що постраждали від насильства.

28. Консультування жертв сексуального насильства.

29. Консультування жертв сімейного насильства.

30. Психологічна допомога у кризових психологічних станах.

31. Дебрифінг як метод роботи з потерпілими від екстремальної ситуації.

32. Методи зняття психологічного напруження, робота з емоційними переживаннями потерпілих.

33. Загальні особливості психокорекційної роботи з психологічною травмою.

34. Особливості групової психокорекції в роботі з психологічною травмою.

35. Когнітивно-біхевіоральний підхід до психологічної травми.

36. Психодинамічний підхід в роботі з психологічною травмою.

37. Тілесно-орієнтовані вправи та арт-техніки в роботі з психологічною травмою.

38. Системна сімейна психотерапія в роботі з травматичними переживаннями.

39. Кататимно-імагінативна психотерапія в роботі з психологічною травмою.

40. Нейролінгвістичне програмування в роботі з психологічною травмою.

41. Робота з травматичними екзистенціальними переживаннями.

42. Методи саморегуляції психологічного стану особистості, їх різновиди та особливості застосування.

*Навчальне видання*

**Чачко Світлана Леонидівна**

**ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

*МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ*

*За редакцією автора*

Підп. до друку 10.06.2020. Формат 60x84/16.  
Ум.-друк. арк. 3,02. Тираж 20 пр.  
Зам. № 2068.

**Видавець і виготовлювач  
Одеський національний університет  
імені І. І. Мечникова**

Україна, 65082, м. Одеса, вул. Єлісаветинська, 12  
Тел.: (048) 723 28 39. E-mail: [druk@onu.edu.ua](mailto:druk@onu.edu.ua)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 4215 від 22.11.2011 р. Р 51.