

Міністерство освіти і науки України
Запорізький національний університет

В. В. Грандт

ПСИХОЛОГІЯ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

Навчальний посібник
для здобувачів ступеня вищої освіти магістра
спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми
«Психологія»

Затверджено
Вченою радою ЗНУ
Протокол №_ від_____

Запоріжжя
2024

УДК : 159.923. 2 : 616-001. 1 : 614. 8 (075.8)
Г 77

Грандт В. В. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія». Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. 107 с.

Навчальний посібник містить теоретичні відомості з курсу «Психологія травмуючих ситуацій», тестові завдання для самоперевірки знань, запитання для самостійного опрацювання, рекомендовані завдання для самостійного виконання, використану й рекомендовану літературу, термінологічний словник.

Видання дасть змогу ознайомити студентів зі змістом понять «психологічна травма», «травмуюча ситуація», «посттравматичний стресовий розлад»; із особливостями, принципами й етапами психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію; а також сприятиме формуванню вмінь використовувати широкий спектр методів роботи психолога з травмуючими ситуаціями.

Рекомендований для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія», які навчаються за освітньо-професійною програмою «Психологія».

Рецензент

Н.О. Губа, кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології

Відповідальний за випуск

Т.В. Скрипаченко, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ	6
Тема 1. Вступ до психології травмуючих ситуацій.....	6
Тема 2. Напрями психотерапії в роботі з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію.....	12
Тема 3. Загальна характеристика шокової травми.....	18
Тема 4. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок травмуючої ситуації.....	22
Тема 5. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування.....	28
Тема 6. Депресії як наслідок травматичного інциденту.....	32
Тема 7. Особливості психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію.....	35
Тема 8. Насильство в сім'ї як вид травмуючої ситуації.....	39
Тема 9. Травми розвитку й теорії прив'язаності.....	47
Тема 10. Напрями психотерапії в роботі з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію.....	50
Тема 11. Загальна характеристика інфантильної травми.....	59
Тема 12. Особливості роботи з тілесними затисками в межах психологічної допомоги.....	63
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРАВМУЮЧУ СИТУАЦІЮ	66
Тема 13. Методи роботи з травмуючими ситуаціями.....	66
Тема 14. Робота з горем.....	74
Тема 15. Психологічна допомога учасникам бойових дій.....	78
Тема 16. Зґвалтування як вид травмуючої ситуації.....	86
Тести для самоконтролю.....	91
Термінологічний словник	98
Рекомендована література	104
Використана література	106

ВСТУП

Людство постійно зазнає впливу різних техногенних, природних, соціальних стрес-факторів, що безумовно негативно впливає на психіку людини. Вивчення наслідків техногенних і екологічних катастроф, воєнних і політичних конфліктів дало змогу побачити, наскільки часто людина, яка стала жертвою екстремальної ситуації та опинилася сам на сам із бідною, позбавлена необхідної допомоги й підтримки.

Тож сьогодні особливо гостро постає питання психологічного супроводу особистості на всіх етапах переживання нею травмуючої ситуації, а також кваліфікованої, всебічної професійної підготовки майбутніх психологів, одним із важливих компонентів якої є засвоєння дисципліни «Психологія травмуючих ситуацій».

Навчальна дисципліна «Психологія травмуючих ситуацій» є необхідним складником професійно-психологічної підготовки фахівців, що сприяє оволодінню теоретичними знаннями й практичними навичками для надання професійної психологічної допомоги людям, які перебувають у надзвичайній ситуації, для попередження наслідків після перебування людини в травмуючій ситуації, а також для надання психологічної допомоги клієнтам, які мають наслідки, пов'язані з травматичним інцидентом.

Предметом психології травмуючих ситуацій є психіка, яка зазнала впливу травматичних подій, механізми впливу травмуючої ситуації на людину, закономірності реагування й переживання травмуючої ситуації, можливі наслідки впливу травмуючої ситуації та способи їхньої корекції.

Мета викладання дисципліни «Психологія травмуючих ситуацій» полягає в ознайомленні студентів із психологічними механізмами впливу травмуючої ситуації на особистість і її поведінку та особливостями психологічної допомоги клієнтам, які стали жертвами травмуючої ситуації.

Завдання навчальної дисципліни. У процесі вивчення курсу студенти мають:

- вивчити психологічні аспекти травмуючої ситуації;
- оволодіти основними знаннями, уміннями й навичками з основ надання психологічної допомоги клієнтам, які стали жертвами травмуючої ситуації;
- розвинути здібності до виявлення наявності травмуючої ситуації в житті клієнта і її можливих наслідків; підбору й використання психодіагностичного матеріалу в роботі з травмуючими ситуаціями; підбору й використання методів психологічної допомоги клієнтам, які стали жертвами травмуючої ситуації;
- сформувати вміння пошуку, аналізу й систематизації нових знань у галузі психології травмуючих ситуацій; уміння аналізувати й визначати перспективи майбутньої професійної діяльності у сфері психології травмуючих ситуацій.

Реалізація окреслених завдань вивчення дисципліни «Психологія травмуючих ситуацій» дозволить студентам:

- оволодіти такими **основними поняттями**, як травмуюча ситуація, травма, психологічна травма, стрес, травматичний стрес, гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, посттравматичний особистісний розлад, горе, flashback, тригер тощо;

- отримати **знання** щодо предмета, мети й завдань курсу; напрямів роботи психолога з травмуючими ситуаціями; методів роботи психолога з травмуючими ситуаціями;

- оволодіти **вміннями** використовувати отримані теоретичні знання на практиці в різних напрямках психології, використовувати різні методи роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію.

ЗМІСТ ПРОГРАМНОГО МАТЕРІАЛУ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

Тема 1

Вступ до психології травмуючих ситуацій

Мета: вивчити поняття стресу, травмуючої ситуації, особливостей впливу травмуючих ситуацій на психоемоційний стан людини.

Основні поняття

Гострий стрес, дистрес, екстремальні ситуації, емоційний стрес, еустрес, інформаційний стрес, постстресовий стан, психологічна реакція на травму, психологічна травма, психологічний стрес, психологія травмуючих ситуацій, психологічна допомога, психотравма, масовані травми, психічна травма, стрес, травма, травма порожнього місця, травми фізичного типу, травма нарцисичного типу, травматичні кризи, травматичний стрес, травмуюча ситуація, фізіологічний стрес, хронічний стрес.

План

1. Загальна характеристика понять «травмуюча ситуація», «травма», «психотравма».
2. Види травмуючих ситуацій.
3. Проблема стресу в психології травмуючих ситуацій.
 - 3.1. Сутність і стадії розвитку стресу.
 - 3.2. Види стресу.
 - 3.3. Сутність і фази травматичного стресу.

1. Загальна характеристика понять «травмуюча ситуація», «травма», «психотравма»

У сучасній психологічній літературі використовують декілька понять, що характеризують ситуації в житті людей, які виходять за межі їхнього буденного досвіду. Так, поняття екстремальної чи надзвичайної ситуації вказують на безпосередню характеристику певного становища. Дослідниця І. Малкіна-Пих наголошує на синонімічності цих понять і визначає їх як умови, що склалися на певній території в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного або іншого лиха, що можуть спричинити людські жертви, шкоду здоров'ю людей чи навколишньому середовищу, значні матеріальні збитки й порушення умов життєдіяльності людей.

Термін «травмуюча ситуація» на перший погляд синонімічний до вищезазначених понять. Але на відміну від них тут увага зосереджується не на ситуації, а на її впливі на особистість, яка в ній опинилася.

Психолог Н. Тарабріна розглядає травмуючі ситуації як екстремальні або критичні події, що мають потужний і негативний вплив і вимагають від індивіда екстраординарних зусиль для опанування їхніх наслідків. Водночас необхідно наголосити на тому, що *травмуюча ситуація* – це ситуація, що виходить за межі повсякденного досвіду людини й може негативно вплинути на неї як на фізичному, так і на психологічному рівні.

Перш ніж говорити про психічну травму, необхідно дати визначення власне поняттю «травма». *Травма* (від грец. trauma – рана) – це тілесне пошкодження, тобто порушення цілісності тканин і органів тіла в результаті зовнішнього впливу, що супроводжується розладом функцій окремих органів чи всього організму. Окрім фізичного аспекту, зазначеного у визначенні, у деяких джерелах згадують також і про психологічний збиток, викликаний сильним емоційним тиском.

На відміну від загального поняття «травма», коли йдеться про «психічну травму», ми не можемо обмежитися такою її характеристикою, як порушення психіки в результаті зовнішнього впливу, адже в цьому випадку йдеться просто про психогенні порушення. Тому ми маємо дати більш вузьке визначення психічної травми, яке дало би змогу підкреслити її специфічність і відмінність від інших видів психогеній.

Дослідник Ч. Фіглі, визначаючи психологічну травму через події, запропонував три основні критерії для її визначення: подія має бути несподіваною, небезпечною й мусить пригнічувати особистість.

Згідно з DSM-IV, психічна травма підтверджується, коли подія має такі характеристики:

- 1) несподівана і явно перебуває за межами повсякденного досвіду людини;
- 2) здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, не властиві особистості до травми;
- 3) здатна викликати стійке уникання стимулів, пов'язаних із травмою, або заціпеніння загальної чутливості.

Щодо визначення поняття «психологічна травма», то Л. Виготський визначає її як процес переживання події, у якому визначена роль зміни настанов по відношенню до ситуації травмування й настанов особистості в цілому.

Поняття «психологічна травма» виникло наприкінці 80-х років XX ст. і отримало своє найбільше поширення в рамках теорії посттравматичного розладу. У межах цього підходу основними характеристиками психологічної травми є переживання особливої взаємодії людини й навколишнього світу, що виражається як занепокоєння, потрясіння, наприклад, після приниження або загрози життю й здоров'ю.

Психологи-консультанти визначають *психологічну травму* як феномен, який консультант спостерігає в клієнта в ситуації зустрічі. Це певне специфічне переживання й відповідний спосіб організації життя, який має місце через деякий час після участі людини у фруструючій події, що зумовила появу стресу. І стрес цей зберігає свій вплив протягом досить тривалого часу після події.

Виходячи з усього сказаного вище, можна говорити про те, що *психологічна травма* (психічна травма або психотравма) – це шкода, заподіяна психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку.

Ще одним важливим терміном у понятійному апараті курсу «Психологія травмуючих ситуацій» є поняття *травматичних криз*, спричинених травмуючими ситуаціями, які призводять до серйозних негативних наслідків, тобто ситуаціями загрози втрати здоров'я або життя. Подібні події, незалежно від їхніх результатів, істотно порушують базове відчуття безпеки людини й можуть призводити до розвитку хворобливих станів – травматичного й посттравматичного стресу, інших невротичних і психічних розладів.

2. Види травмуючих ситуацій

У сучасній психологічній літературі існує достатньо велика кількість класифікацій травмуючих ситуацій. Розглянемо деякі з них.

За типом процесу травмування виділяють такі травми.

➤ *Травми фізичного типу* (ситуації, що зачіпають тіло людини, її фізичний світ). Найбільш зрозумілі й розповсюджені в медичній практиці ситуації зовнішнього впливу на людину, у якої була порушена вітальність. Прикладом таких ситуацій може бути пожежа, стихійне лихо, автомобільна катастрофа тощо. У цих ситуаціях порушена «фізична цілісність». Наслідками переживання травми фізичного типу в людини можуть бути несподівані моменти паніки, депресивні прояви, феномен пригніченої люти й безпорадності.

➤ *Травми нарцисичного типу* (зона взаємин із іншими людьми й формування Его). Ця травма зачіпає сферу самоідентичності й провокує появу думок такого типу: «я не можу довіряти світу й бути вільним у ньому в аспекті своєї самоідентичності; я не потрібен світові!». Ці ситуації стосуються внутрішньої цілісності суб'єкта, у символічному сенсі ставлять під питання саму можливість його існування у світі. Травмування найчастіше відбувається у віці від 3-ох до 7-ми років (зазвичай це не одна подія, а хронічна психотравмуюча ситуація). Зміст цієї травми полягає в тому, що близька людина або навколишнє середовище транслюють щось на зразок «ти як ідентичність не існуєш, потрібна тільки твоя функція». Наслідки такої травми полягають у тому, що в особистості розвивається схильність до депресій, вона не може встановлювати близькі взаємини, має тенденцію до співзалежності й навіть самогубства.

➤ *Травми, що стосуються системи соціальних відносин (травма порожнього місця).* Цей вид травмування характеризується фрустрацією очікувань суб'єкта щодо цілісності й компліментарності системи соціальних взаємин.

У результаті порівняння описаних видів травмуючих ситуацій можна знайти в них загальні закономірності, що проявляються на системному рівні. В усіх трьох випадках ми маємо справу з руйнуванням «довіри суб'єкта до системи». Необхідно відзначити, що в реальній ситуації ми часто спостерігаємо поєднання декількох форм травмуючих ситуацій, що, однак, не заважає їм впливати за своїм власним механізмом.

За ступенем інтенсивності психотравмуючі впливи поділяються на:

➤ масовані (катастрофічні): раптові й гострі, що призводять до різкого зниження адаптаційних можливостей людини;

➤ ті, що мають соціально-значущі наслідки: вузьконаправлені й багатопланової дії, при яких страждають параметри соціального життя людини (соціальний престиж, можливість самоствердження, поваги оточуючих і близьких людей тощо);

➤ ті, що мають інтимно-особистісні наслідки: біологічно руйнівні й особистісно руйнівні, що призводять до психосоматичних захворювань, неврозів, реактивних станів. Руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події для людини, ступеня її психологічної захищеності (сили духу) та стійкості до ударів долі.

За змістом травмуючі ситуації можуть бути:

➤ *епізодами соціального чи фізичного насильства;*

➤ *епізодами різкої зміни життєвої ситуації;*

➤ *епізодами стихійних лих;*

➤ *політичними змінами тощо.*

Отже, для визначення й класифікації психологічних травм психологи зазвичай обирають один із двох шляхів: визначають травму або через події, що її викликають, або через переживання й наслідки, що проявляються через певний час після події.

3. Проблема стресу в психології травмуючих ситуацій

3.1. Сутність і стадії розвитку стресу

Стрес (від англ. stress – тиск, навантаження, напруження) – неспецифічна (загальна) реакція організму на вплив (фізичний або психологічний), що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму (або організму в цілому).

Учений Г. Сельє визначає три основні стадії розвитку стресу:

➤ перша стадія – *аларм-стадія* або стадія тривоги; на ній відбувається мобілізація адаптаційних ресурсів організму, людина знаходиться у стані напруженості;

➤ друга стадія – *стадія резистентності* або опору; для неї характерна поява психосоматичних захворювань;

➤ третя стадія – *стадія виснаження*.

Необхідно зазначити, що стресові ситуації впливають на кожну людину не однаково. Так, психолог О. Мікшик виділяє різні межі «міцності» поведінки людини в критичних ситуаціях, а саме:

➤ один тип особистості *«розпадається»* вже на фізіологічному рівні (засинає від перевтоми, не реагує на навколишнє середовище, впадає в ступор);

➤ другий тип *«ламається»* на психічному рівні (втрачає силу волі, здатність думати, приймати рішення тощо);

➤ у третього типу особистості з'являються *проблеми на соціально-психологічному рівні* (особистість зберігає фізичну й психічну мобілізованість але змінює свої життєві принципи й настанови).

3.2. Види стресу

Існує велика кількість класифікацій видів стресу.

За критерієм впливу на людину Г. Сельє виділяє два види стресу:

➤ *дистрес* – емоційно негативний стрес, що спричиняється негативними подіями; він менш контрольований людиною й тому більш небезпечний для здоров'я;

➤ *еустрес* – емоційно позитивний стрес, викликаний позитивними подіями.

Залежно від тривалості можемо виокремити такі різновиди стресу:

➤ *короткочасний (гострий) стрес*, якому властива швидкість і несподіваність виникнення;

➤ *довгостроковий (хронічний) стрес*, який може бути наслідком гострого стресу, але часто виникає через незначні, низькоінтенсивні але постійні множинні чинники.

За походженням і механізмом розвитку визначають такі види стресу:

➤ *фізіологічний стрес*, для якого характерне опосередкування стресорів гомеостатичними, фізіологічними механізмами;

➤ *психологічний стрес*, що опосередковується психологічними процесами оцінки передбачуваної погрози стресового стимулу й пошуком адекватної відповіді на цей стимул; психологічний стрес у свою чергу поділяють на:

➤ *емоційний стрес*, що виникає в ситуаціях, які загрожують безпеці людини, її соціальному статусу, економічному благополуччю, міжособистісним взаєминам;

➤ *інформаційний стрес*, що виникає під час інформаційних перевантажень, коли людина, котра відчуває велику відповідальність за наслідки своїх дій, не встигає приймати правильні, відповідні рішення.

Отже, у результаті теоретичного аналізу проблеми стресу можна наголосити на багатогранності цього феномена, із яким ми зустрічаємося мало

не щодня. Але окрім «буденного стресу» необхідно розглянути шкідливішу його форму, травматичний стрес, що зустрічається набагато рідше, але його вплив на організм людини значно більший.

3.3. Сутність і фази травматичного стресу

Травматичний стрес – особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини й руйнує захист, він стає травматичним. Далеко не кожна подія здатна викликати травматичний стрес.

Травматичний стрес – це специфічні переживання, результат особливої взаємодії людини й навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини; стан, що виникає в людини, яка пережила щось, що виходить за межі звичайного людського досвіду, наприклад, загрозу життю, смерть або поранення іншої людини, участь у бойових діях, насильство, стихійні лиха й катастрофи тощо. Коло явищ, які викликають травматичні стресові порушення, досить широке й охоплює безліч ситуацій загрози власному життю чи життю близької людини, загрози фізичному здоров'ю або образу «Я».

Травматичний стрес включає три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати його як розгорнутий у часі процес.

Перша фаза – *фаза психологічного шоку* – містить два основні компоненти:

- пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізацію діяльності;
- заперечення того, що сталося (у результаті дії механізмів психологічного захисту).

У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза – *вплив* – характеризується вираженими емоційними реакціями на подію і її наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення, – емоції, що відрізняються безпосередністю прояву й крайньою інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються на реакцію критики або сумнівів у собі. Вона протікає за типом «що було б, якби...» та супроводжується болючим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля й самозвинуваченням, нерідко доходять до рівня глибокої депресії.

Розглянута фаза є критичною в тому сенсі, що після неї починається або процес одужання (відреагування, прийняття реальності, адаптація до нових життєвих обставин) – третя фаза нормального реагування, або ж відбувається *фіксація на травмі* й подальша хроніфікація постстресового стану.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, торкаються всіх рівнів людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не тільки в людей, які безпосередньо пережили стрес, але й у очевидців і членів їхніх сімей.

Результати численних досліджень показали, що стан, який розвивається під впливом травматичного стресу, не потрапляє до жодної з наявних у клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час на тлі загального благополуччя людини, і з часом погіршення стану стає все більш вираженим. Переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи в них у майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який детальніше буде розглянуто в наступному підрозділі.

Запитання для самоконтролю

1. Детально розгляньте поняття «травматичні кризи».
2. Розгляньте основні причини появи стресу.
3. Проаналізуйте основні стресогенні життєві події.
4. Охарактеризуйте основні ознаки стресових станів.
5. Класифікуйте наслідки стресу.
6. Розгляньте реакції особистості на важкий стрес.

Завдання для практичного виконання

1. Складіть міні-словник із 10–15-ти основних понять із теми.
2. Складіть розгорнутий конспект-схему теми.

Рекомендована література

Основна: 2, 5. Додаткова: 4, 6.

Тема 2

Напрями психотерапії в роботі з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію

Мета: сформувати уявлення про основні напрями психотерапії та особливості застосування методів психотерапії в роботі з клієнтами, які пережили травмуючу ситуацію.

Ключові терміни: *біографічне несвідоме, «захисний м'язовий панцир», здоров'я, механізми психологічного захисту, перинатальне несвідоме, перинатальні матриці, психоаналіз, психодіагностика, психагогіка, психологічна корекція, психологічна травма, психологічне консультування, психотерапія, раціональна психотерапія, раціонально-емотивна терапія, тілесна ригідність, трансперсональне несвідоме, холотропічна свідомість, холотропне дихання.*

План

1. Психодинамічний напрям.
2. Тілесно-орієнтований напрям.
3. Раціональна психотерапія в роботі зі психотравмами.
4. Трансперсональна психологія в роботі зі психотравмами.

1. Психодинамічний напрям

У психодинамічному підході презентовано декілька видів класифікацій травм і підходів до психотерапевтичної роботи з ними. Так, травми-фрустрації – це невеликі ситуації, невдачі, розчарування які можуть переслідувати людину з її народження й протягом усього її життя, у результаті яких відбувається формування певних характерологічних особливостей людини. І якщо ситуації фрустрації були регулярними, то міг сформуватися характер (обсесивно-компульсивний, депресивний тощо), який потребує змін у взаємодії зі психологом. Ефективним у роботі з травмами-фрустраціями є такий алгоритм у терапії: досліджується несвідома частина психіки людини; виявляються витіснені бажання, конфлікти, травми; і коли їх буде названо (тобто з несвідомих вони стануть усвідомленими), то вони втратять свою патогенну силу, а людина почуватиметься краще, усвідомить ситуацію та власні особливості, і почнеться робота в напрямі змін патернів поведінки.

Структура особистості за З. Фрейдом складається з трьох компонентів або рівнів: Воно, Я, над-Я.

Воно – несвідома частина психіки, насичена сексуальною енергією лібідо – підкоряється принципу задоволення, тобто задоволення і щастя є головними цілями в житті кожної людини (перший принцип поведінки). Другий принцип поведінки – гомеостаз – тенденція до збереження внутрішньої рівноваги.

Рівень Я представлений свідомістю. Це зазвичай самосвідомість людини, сприйняття й оцінка нею самою власної особистості й поведінки, яка орієнтується на реальність.

Над-Я представлене як на свідомому, так і на підсвідомому рівні. Воно керується ідеальними уявленнями – прийнятими в суспільстві нормами моралі й духовними цінностями.

Неусвідомлені потяги (Воно) найчастіше знаходяться в стані конфлікту з соціальними й моральними нормами поведінки (над-Я). Конфлікт вирішується за допомогою свідомості (Я), що, діючи відповідно до принципів реальності, прагне примирити обидві сторони таким чином, щоб потяги Воно були максимально задоволені й при цьому не були порушені норми моралі. Можливість підтримувати своє психологічне здоров'я залежить від механізмів психологічного захисту, які допомагають людині запобігти або пом'якшити конфлікт між Воно і над-Я. З. Фрейдом виділено кілька захисних механізмів, основними з яких є витіснення, регресія, раціоналізація, проєкція, сублімація.

Їхній зміст більш докладно наведений нижче. Кожна людина формує власний набір захисних механізмів відповідно до свого досвіду, темпераменту, характерологічних особливостей.

Одним із найбільш поширених механізмів психологічного захисту є витіснення. Про нього говорять, коли людина не пам'ятає певної події, яка сталася з нею в минулому, таким чином витісняючи зі своєї психіки психотравмуючий вплив. Їй дійсно здається, що цього не було, бо немає відповідних спогадів. Небажані думки, емоції «зникають» на свідомому рівні, однак залишаються в сховищах несвідомого. Така амнезія виникає для того, щоби впоратися з нестерпно болючими переживаннями, із якими Я поки що не в силах упоратися.

Терміном «витіснення» найчастіше користуються психоаналітики, вживаючи його на позначення «зниклих» спогадів. Проте З. Фрейд підкреслював, що емоції, почуття, бажання також потрапляють під вплив цього захисного механізму. При роботі з витісненням аналітики застосовують кілька технік, у тому числі й гіпноз для відновлення забутого.

Часто психологічні механізми «витіснення» і «пригнічення» сприймають як ідентичні, проте вони мають і деякі розбіжності. Пригнічення здійснюється на свідомому рівні: людина розуміє, що їй неприємні певні думки, почуття й емоції, пов'язані з ситуацією, тому вирішує притлумити негативні спогади. При витісненні почуття, думки й бажання не потрапляють у поле свідомості, відбувається їхнє несвідоме заперечення. Людині здається, що цього з нею ніколи не відбувалося й цього зовсім не було.

2. Тілесно-орієнтований напрям

Основним постулатом тілесно-орієнтованої терапії є уявлення про те, що будь-які «деформації в характері чи поведінці особистості супроводжуються тілесними «затисками» в певній частині тіла, а також емоційними «затисками» в психіці, які виконують захисну функцію. Відповідно підхід до лікування травми в цьому напрямі передбачає роботу на тілесному рівні зі зняття затискача у відповідному органі. В. Райх, один із учнів З. Фрейда, член психоаналітичного внутрішнього гуртка у Відні вів навчальний семінар для аналітиків-початківців. У своїй терапевтичній роботі він поступово почав підкреслювати важливість звернення уваги на фізичні аспекти характеру індивідуума, особливо на патерни хронічних м'язових затискачів, які він називав тілесним панциром. Вільгельм Райх був членом психоаналітичного внутрішнього гуртка у Відні й вів навчальний семінар для аналітиків-початківців. У своїй терапевтичній роботі він поступово почав підкреслювати важливість звернення уваги на фізичні аспекти характеру індивідуума, особливо на патерни хронічних мускульних затискачів, які він називав тілесним панциром.

Захисний панцир – основна перешкода для зростання за В. Райхом. «Затиснутий» своїм захисним панциром індивідуум не здатний розпустити його, він також неспроможний висловити найпростіші біологічні емоції.

При роботі зі м'язовим панциром В. Райх виявив, що звільнення хронічно затиснутих м'язів часто породжує особливі фізичні відчуття – почуття тепла чи холоду, поколювання, свербіж або емоційний підйом. Він вважав, що ці відчуття виникають у результаті вивільнення вегетативної чи біологічної енергії.

1. Очі. Захисний панцир у області очей проявляється в нерухомості лоба й «порожньому» виразі очей. Розпускання панцира здійснюється за допомогою розкриття клієнтами очей так широко, як тільки можливо (як при страху), щоб мобілізувати повіки й лоб у примусовому емоційному вираженні, а також вільними рухами очей, їхнім обертанням.

2. Рот. Оральний сегмент включає м'язи підборіддя, горла й потилиці. Щелепа може бути як занадто вузькою, так і неприродно розслабленою. Цей сегмент утримує емоційний вираз плачу, крику, гніву, кусання, смоктання. Захисний панцир може бути розслаблений клієнтом шляхом імітації плачу, проголошення звуків, мобілізації губ, кусання, блювотних рухів, а також за допомогою прямої роботи над відповідними м'язами.

3. Шия. Цей сегмент включає глибокі м'язи шиї. Захисний панцир утримує в основному гнів, крик і плач. Прямий вплив на м'язи в глибині шиї неможливий, тому важливим засобом розпускання панцира є крики, зойки тощо.

4. Груді. Грудний сегмент включає широкі м'язи грудей, м'язи плечей, лопаток, грудну клітку й руки. Цей сегмент стримує сміх, печаль, пристрасність. Стимування дихання, яке є важливим засобом придушення будь-якої емоції, здійснюється переважно в грудях. Захисний панцир може бути розпущений за допомогою роботи над диханням, зокрема здійсненням повного видиху. Руки й кисті використовуються для влучного удару, щоб рвати, руйнувати, бити, щоби пристрасно досягати чогось.

5. Діафрагма. Цей сегмент включає діафрагму, сонячне сплетіння, різні внутрішні органи, м'язи нижніх хребців. Захисний панцир виражається у вигнутості хребта вперед такою мірою, що, коли клієнт лежить, між нижньою частиною спини й кушеткою залишається значний проміжок. Видих дається зазвичай важче за вдих. Панцир тут утримує в основному сильний гнів. Для роботи з цим сегментом потрібно спершу розпустити перші чотири сегмента, а потім уже переходити до розпускання п'ятого за допомогою роботи з диханням і блювотним рефлексом.

6. Живіт. Сегмент живота включає широкі м'язи живота і м'язи спини. Напруга поперекових м'язів пов'язана зі страхом нападу. Захисний панцир на боках створює страх лоскоту і пов'язаний із придушенням злості, неприязні.

7. Таз. Останній сегмент включає всі м'язи тазу й нижніх кінцівок. Про сильний захисний панцир у цьому сегменті свідчить витягнутий назад, ригідний, «мертвий» таз, напружені й болючі сідничні м'язи. Тазовий панцир

служить для придушення збудження, гніву, задоволення. Збудливість (тривожність) виникає з придушення відчуттів сексуального задоволення й неможливості повністю переживати задоволення в цьому районі, поки не розрядиться гнів у тазових м'язах. Панцир може бути розпущений шляхом мобілізації тазу з подальшим ляганням ногами й ударянням тазом по кушетці чи підлозі.

3. Раціональна психотерапія в роботі зі психотравмами

Основою раціональної психотерапії є ідея про раціональне переконання особистості в тому, що в неї немає причин для прояву тих чи інших симптомів її хвороби, що ці симптоми пов'язані з надуманим уявленням людини про себе, свій стан і психіку. Відповідно й підхід до лікування травми цим методом є підходом на основі логіки, переконань, дедукції. Потрібно дати людині зрозуміти, що вона невинна в тому, що з нею сталося, що минулого не повернути, і від того, що вона лише «горюватиме», краще їй не стане. Покращення стану може відбутися в тому випадку, коли особистість прийме травму як щось неминуче, те не виправне, що вже сталося, і повернеться до свого колишнього способу життя.

П. Дюбуа стверджував, що лікування психічних розладів має бути передовсім психічним, впливати на спосіб мислення й виховання волі людини; що істинний фахівець більше допоможе клієнту словом, ніж ліками й лікувальними процедурами. При цьому вчений підкреслював, що моральний вплив спеціаліста, який здійснює реабілітацію хворого, залежить від глибини переконання й сили його щирості. В основі методу лежить правильне, доступне розумінню людини трактування характеру й причин виникнення травматичного стресу шляхом логічного переконання й навчання правильному мисленню. Мета психотерапевтичної роботи – роз'яснення потерпілому характеру, причин і механізмів виникнення негативних наслідків психотравмуючого стресу з тим, щоби переконати його, що такі стани є нормальною, природною реакцією людини на ненормальні обставини. Основними напрямками впливу вважаються такі: зняття невизначеності, корекція суперечливості, непослідовності в уявленнях клієнта, переконання потерпілого, навчання його правильному мисленню, оскільки вважається, що психічні розлади є наслідком помилкових суджень клієнта через брак необхідної інформації. Раціональна психотерапія може також проводитись у формі бесіди з військовослужбовцями, які зазнали психотравматизації.

4. Трансперсональна психологія в роботі зі психотравмами

Цей вид психотерапії характеризується певною ідеєю інтегрувати всі основні напрями духовних практик Заходу і Сходу. Відповідно до цього, у межах трансперсонального підходу робота з травмою передбачає її опрацювання за допомогою духовних практик, медитацій, трансівних станів.

Серед сучасних психотехнік, які допомагають людині позитивно трансформувати свідомість і дають змогу працювати на всіх рівнях її структурної організації, використовуючи змінені стани свідомості, виділяють такі: холодинаміку (В. Вульф, США), тілесно-орієнтовану психотерапію (Т. Браунінг, США), дихальні техніки (ребефінг (Л. Опп, США), холотропне дихання (С. Гроф, США). Ці психотехніки належать до інтегративної трансперсональної психології, вони передбачають роботу як із психосоматичними захворюваннями, так і в цілому з різного рівня психологічними проблемами, зокрема й із депресивними станами. Холодинаміка містить основні елементи всіх відомих теорій свідомості. Вона є системою нових поглядів на процес розкриття повного потенціалу людської особистості, поєднує роботу у внутрішньому потоці наукового дослідження й зовнішньому потоці практичного досвіду. Холодинаміка використовує як теорію, так і комплекс практичних методів, що приводять людину до максимального використання власних можливостей і до самореалізації в усіх сферах, а саме: фізичного вдосконалення, особистісного розвитку, удосконалення міжособистісних і соціальних взаємин, а також у сфері взаємодії індивідуума з космосом у цілому.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть основні техніки роботи з клієнтами, які пережили травмуючу ситуацію, що існують у межах психодинамічного напрямку.
2. Якими є основні принципи раціональної психотерапії?
3. Розкрийте сутність поняття «захисний м'язовий панцир»?
4. Які сегменти панцира відповідно до частин тіла людини ви можете назвати?
5. Які основні трансперсональні психотехніки в роботі зі травмуючими ситуаціями ви знаєте?

Завдання для практичного виконання

I. Здійсніть порівняльний аналіз раціональної, когнітивної й раціонально-емотивної психотерапії, а також створіть порівняльну таблицю за основними рисами й характеристиками.

II. Зробіть вправу «4 елементи», опишіть динаміку свого стану.

Перед початком оцініть рівень свого стресу за шкалою від 1-го до 10-ти.

Зручно сядьте на стілець, випряміть спину й покладіть руки на коліна.

«Земля»?

Поставте ноги на підлогу й відчуйте, як міцно ваші стопи стоять на землі (підлозі). Зверніть увагу на положення тіла, особливо ніг і спини. Можна по черзі напружувати всі м'язи, щоби потім відчуті їхнє розслаблення. Дозвольте собі насолодитися відчуттям стійкості, сили й опори, яке виникає від контакту з підлогою.

«Вода»?

Сконцентруйте увагу на слині в роті. Можна уявити улюблений смаколик або шматочок соковитого лимона й відчути, як рот наповнюється слиною. Коли людина панікує, у неї пересихає в роті. Можна випити склянку води повільними маленькими ковтками. Таких ковтків має бути не менше 30-ти. Сухість у роті є однією з ознак стресу. Коли вона зникає, то мозок отримує сигнал, що все гаразд. Виділення слини, зволожена слизова оболонка ротової порожнини допомагає розслабитися.

«Повітря»?

Зробіть 4 глибоких і повільних вдихи через ніс і більш повільні, тривалі видихи через рот. Відчуйте, як повітря наповнює живіт і переміщається в груди. Видихайте, намагаючись видихнути все повітря з легень. Концентруйте свою увагу на диханні. Можна покласти одну руку на живіт, іншу – на груди, щоб відчути, як вони по черзі підіймаються й опускаються.

Під час паніки дихання часто збивається, стає поверхневим, прискорюється, тому глибокі й повільні вдихи/видихи допомагають повернути рівновагу й заспокоїтися.

«Вогонь»?

Ця вправа про сприйняття очима. Знайдіть навколо вас і назвіть кілька предметів, наприклад, синього кольору. При перемиканні уваги на опис предметів мозок припиняє зосереджуватися на стресі. Або скористайтеся вашою уявою. Уявіть або згадайте місце, людину чи заняття, яке наповнить вас відчуттям душевного тепла й упевненістю.

Після завершення знову оцініть свій рівень стресу за шкалою від 1-го до 10-ти.

Рекомендована література

Основна: 1, 5. Додаткова: 4, 8.

Тема 3

Загальна характеристика шокової травми

Мета: вивчити поняття шокової травми, її ознаки й можливі механізми виникнення; визначити способи екстреної допомоги й засвоїти знання про можливі помилки в роботі з шоковою травмою.

Ключові терміни: *шокова травма, травмуюча ситуація, розлад адаптації, дисоціативні феномени, підтримка, скасування, перероблення, оплакування, ПТСР, тілесний процес, переосмислення контексту, механізм утворення психічної травми, шоківі травми в дітей.*

План

1. Визначення понять «шокова травма», «травма», «травмуюча ситуація».
2. Механізми виникнення шокової травми та її ознаки.
3. Фокуси уваги психолога в роботі з шоковою травмою. Помилки в роботі з шоковою травмою.
4. Методи й способи екстреної психологічної допомоги.

1. Визначення понять «шокова травма», «травма», «травмуюча ситуація»

Шокова травма – це одноразова подія дуже високої інтенсивності (наприклад, зґвалтування, побої, катастрофи, природні катаклізми, смерть близької людини, війна, рання розлука з матір'ю тощо). Хронічна травма може бути на вигляд незначною, навіть ледь помітною, але вона має постійний або частий характер. Така травма завдає не менш нищівного удару, і до того ж її досить складно розпізнати. Тож травма – це афективна реакція на події чи серію подій, що несуть загрозу психологічній та/або фізичній цілісності людини.

Травмуючі ситуації зазвичай супроводжуються негативними змінами, які відбуваються в думках, почуттях, поведінці, фізичних станах людини. Такі негативні зміни мають суто індивідуальний характер прояву.

Основними характеристиками травмуючої ситуації є такі: потужне психічне напруження; значущі переживання як особлива внутрішня робота з подолання життєвих подій або травм; зміна самооцінки й мотивації; особистісні ресурси (обтяжливі й захисні фактори), характерні для індивідуального життєвого досвіду людини.

2. Механізми виникнення шокової травми та її ознаки

Шокова травма – це будь-яка подія в житті людини, яка загрожує цілісності, фізичному й психологічному здоров'ю людини. Найчастіше до шокової травми відносять ситуації фізичного та/або сексуального насильства, наслідки бойових дій, автомобільних аварій, складних хірургічних операцій тощо. Зазвичай шокова ситуація є короткочасною за часом впливу на людину й містить енергію високої інтенсивності на межі «життя і смерті».

Під час перебігу шокової ситуації або події актуалізуються інстинктивні реакції «бий або біжи». Якщо ситуація є надмірною за рівнем впливу на людину, і вона не в змозі ні бігти, ні боротися, виникає шокова реакція «завмирання». За певних умов (для порятунку життя) ця реакція також є ефективною. Основна «небезпека» шокової травми полягає в тому, що вона суттєво обмежує адаптацію людини й знижує якість її життя. Особистість, яка пережила шокуючу травму, зазвичай ділить своє життя на «до» і «після». Відомий феномен учасників бойових дій, які повертаються з війни зовсім іншими людьми.

3. Фокуси уваги психолога в роботі з шоковою травмою

Важливу роль у подоланні травми відіграє робота з тілом. Один із важливих фокусів уваги – це робота з тілесними переживаннями, яка може відбуватися через метафору або арттерапевтичну роботу. Роль тілесних реакцій, тілесних відчуттів і переживань у процесі зцілення травми надзвичайно важлива. Ефективна психотерапія травми вимагає обов'язкової роботи з цілісним переживанням травматичного досвіду – із соматичними та смисловими переживаннями. Тобто робота з травмою не може здійснюватися без залучення тілесності людини, без трансформації травматичних реакцій. Формування й актуалізація ресурсів на тілесному рівні запускає процеси саморегуляції як цілющі тілесні процеси, що сприяють усуненню травматичних симптомів.

4. Методи й способи екстреної психологічної допомоги

Якісна й професійна екстрена професійна допомога ґрунтується на певній структурі, етапах. Надання екстреної психологічної допомоги потерпілим під час надзвичайної ситуації проходить за загальною схемою і складається з шести етапів.

I етап – «Інформаційний».

Інформаційний етап виконує місію профілактики паніки серед населення, зменшення почуття страху в потерпілих і надання практичних рекомендацій щодо поведінки в певній надзвичайній ситуації (оскільки одним із головних завдань психологічної допомоги є профілактика гострих панічних реакцій і сприяння інформованості населення щодо само- та взаємодопомоги в надзвичайній ситуації). Вся інформація психологів, яка буде використовуватися з метою зменшення паніки й негативних психічних станів серед рятувальників і цивільного населення, має включати конкретні рекомендації щодо дій населення в умовах актуальної надзвичайної ситуації.

На інформаційному етапі психологам варто використовувати такі методи впливу:

- інформаційна терапія;
- розповсюдження інформаційних буклетів із рекомендаціями стосовно дій при надзвичайній ситуації;
- індивідуальне й групове інформування в пунктах екстреної психологічної допомоги;
- відволікання, навіть на короткий час, уваги постраждалих від джерела страху й паніки;
- надання постраждалим можливості хоча б на мить забути про страх;
- стати прикладом для «проживання» людьми ситуації, що склалася, і підготовки до дії в її умовах; мається на увазі питання початкового лідерства в

натовпі, зразку для наслідування або ж перехоплення ініціативи в момент підготовки натовпу до дії;

➤ використання владних і голосних команд, чітких, обґрунтованих розпоряджень; тверде, директивне керування людьми в панічні моменти – один із ефективних способів, які можна використовувати для припинення паніки;

➤ використання підвищеної психічної та фізичної активності людини після припинення паніки.

II етап – створення атмосфери довіри в населення, яке потребує екстреної психологічної допомоги. Другий етап відбувається при розгортанні аварійно-рятувальних робіт. Побутова непорядкованість, незручності й розгубленість мають бути компенсовані створенням у пункті екстреної психологічної допомоги атмосфери безпеки, підтримки й довіри. Постраждалі, які звертаються по допомогу до психолога, повинні мати можливість задовольнити свої потреби в їжі, відпочинку, сні, безпеці.

III етап – діагностика актуального психоемоційного стану постраждалих. Вона здійснюється в саме в місці виникнення надзвичайної ситуації шляхом візуального спостереження, інтерв'ю, розподілу потерпілих за психічними реакціями на травму, за потребами в певній психологічній допомозі для можливості проведення роботи в групі.

IV етап – психотерапевтичний. Він проводиться після евакуації населення в безпечні райони чи приміщення. У цей період емоційного й когнітивного опрацювання ситуації, що склалася, можливе залучення до проведення психотерапевтичних і психокорекційних заходів практичних психологів, правоохоронних органів, військових формувань, навчальних закладів, наукових установ.

V етап – рекомендаційний. За результатами проведеної психологами роботи тим, хто потребує подальшої психологічної допомоги, рекомендують звернутися до лікувально-профілактичних закладів і центрів психологічної допомоги в населених пунктах, де проживають чи перебувають постраждалі.

Запитання для самоконтролю

1. Дайте визначення поняття «шокова травма»?
2. Якими є мета, завдання й принципи в роботі з клієнтом, який пережив шокову травму?
3. Яких помилок може припуститися психолог у роботі з шоковою травмою?
4. Які способи екстреної психологічної допомоги ви знаєте?
5. Якими є етапи надання екстреної психологічної допомоги?
6. Що відбувається на психотерапевтичному етапі допомоги?

Завдання для практичного виконання

I. Пропишіть покроковий алгоритм надання екстреної психологічної допомоги під час роботи з постраждалими під час природних катаклізмів (землетруси, повінь).

II. Пропишіть шаблон комунікації з дитиною за моделлю екстреної психологічної допомоги Dr. Moshe Farchi «Six Cs» 104. В основу цієї моделі покладено шість принципів:

- Communication (комунікація) – встановити контакт.
- Commitment (зобов'язання) – запевнити дитину, що ви разом із нею й не залишите її.
- Challenge (стимуляція) – заохочення до ефективних дій.
- Cognition (когніція) – розуміння, усвідомлення дій.
- Continuity (безперервність) – допомога дитині відновити безперервність подій, розуміння того, що сталося.
- Control (контроль) – надання можливості дитині ухвалювати прості рішення.

Рекомендована література

Основна: 1, 4. Додаткова: 2, 5.

Тема 4

Посттравматичний стресовий розлад як наслідок травмуючої ситуації

Мета: вивчити сутність і стадії формування ПТСР та визначити категорії осіб, у яких він може розвинути.

Ключові терміни: відстрочений ПТСР, галюцинації, гострий ПТСР, гострий стресовий розлад, ілюзії, непатологічні невротичні прояви, посттравматичний стресовий розлад, посттравматичний розлад особистості, посттравматичний стрес, психогенні розлади з несприятливою симптоматикою, психогенні розлади із психотичною симптоматикою, патохарактерологічні розлади, травматичний стрес, травмуюча ситуація, flashback, хронічний ПТСР.

План

1. Сутність і види посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
2. Симптоми ПТСР.
3. Стадії формування постстресових порушень і фази розвитку ПТСР.
4. Категорії осіб, які пережили травматичну подію.

1. Сутність і види посттравматичного стресового розладу

У результаті тривалої або інтенсивної дії травматичного стресу може з'явитися *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*. До таких стресорів належать події, здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини, які також мають нести реальну або потенційну загрозу життю, а саме: стихійні лиха, техногенні катастрофи, події, що є результатом цілеспрямованої, часто злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного дому тощо). ПТСР може розвинути не тільки в разі безпосередньої участі особистості в травматичних подіях, але навіть якщо вона стала свідком страшних подій або мала справу з їхніми наслідками.

ПТСР – це неспокійна відстрочена реакція організму на травматичний стрес, що здатна викликати психічні порушення майже в кожній людині.

Передбачається, що симптоми можуть з'явитися одразу після перебування в травматичній ситуації, а можуть виникнути через багато років.

Відповідно до особливостей прояву й перебігу розрізняють три підвиди ПТСР:

- *гострий*, що проявляється до трьох місяців після травмуючої події (його не слід плутати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);
- *хронічний*, що триває більше трьох місяців;
- *відстрочений*, коли розлад виник через шість і більше місяців після травмування.

Отже, діагнозу *ПТСР* відповідає (за DSM-IV) пережитий екстремальний стрес і характерне поєднання симптомів, наявних не менше одного місяця.

2. Симптоми ПТСР

Відповідно до МКХ-10, визначений ряд критеріїв діагностики ПТСР.

Клієнт мусив перебувати під дією стресу, що загрожував безпеці або навіть життю. Такі стресори здатні викликати загальний дистрес майже в кожній людині.

Симптоми:

- стійкі спогади або повторне переживання негативних спогадів під дією тригерів.
- постійне уникання обставин, що можуть спричинити появу спогадів, пов'язаних із травмуючою ситуацією.
- психогенна амнезія або стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості чи збудливості.

зазвичай ці симптоми мають з'явитися протягом 6-ти місяців після дії стресорів.

У сучасній психологічній літературі запропоновано чимало класифікацій симптомів ПТСР, але найбільш влучним, на наш погляд, є групування їх у три кластери.

I. Постійне повторне переживання травматичної події в одному з варіантів, перерахованих нижче:

- у вигляді спогадів, образів, думок про подію, що раптово або періодично виникають і викликають дискомфорт;

- у відчутті, що травмуюча подія повторюється (це може включати ілюзії, галюцинації й дисоціативні зворотні образи – *flashback*, а також може супроводжуватися відповідною поведінкою);

- у нічних жахіттях (сама подія або інші образи лякають людину й часто повертаються в сновидіннях);

- у формі перебільшеного емоційного дискомфорту при впливі внутрішніх або зовнішніх сигналів, що символізують травматичну подію;

- у інтенсивній фізіологічній реакції на сигнали, що нагадують людині подію в цілому або якісь її фрагменти.

II. Уникнення або емоційне заціпеніння, яке виявляється щонайменше в трьох формах, перерахованих нижче:

- в униканні видів діяльності, місць або людей, пов'язаних із травматичною подією;

- у відчутті скороченої перспективи майбутнього (наприклад, у відсутності відчуття того, що нормальне життя колись повернеться);

- в униканні думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою;

- у зниженні інтересу до участі в тих видах діяльності, які раніше викликали задоволення;

- у відчутті відокремленості або емоційного відчуження від інших людей;

- у нездатності згадати важливі аспекти травматичного досвіду;

- у відчутті звуженого спектра емоційних проявів.

III. Постійна підвищена збудливість, що виявляється принаймні у двох (або більше) зазначених симптомах:

- порушення сну;

- дратівливість або вибухи гніву;

- труднощі зосередження;

- надмірна настороженість;

- підвищені фізіологічні реакції.

Отже, якщо в людини проявляються мінімум 6 симптомів (таблиця 1), які зберігаються протягом одного місяця й більше, можна говорити про наявність ПТСР.

Діагностичні критерії ПТСР

<i>Постійне повторне переживання травматичної події</i>	<i>Уникнення або емоційне заціпеніння</i>	<i>Постійна підвищена збудливість</i>
1 ...	1... 2... 3...	1... 2...

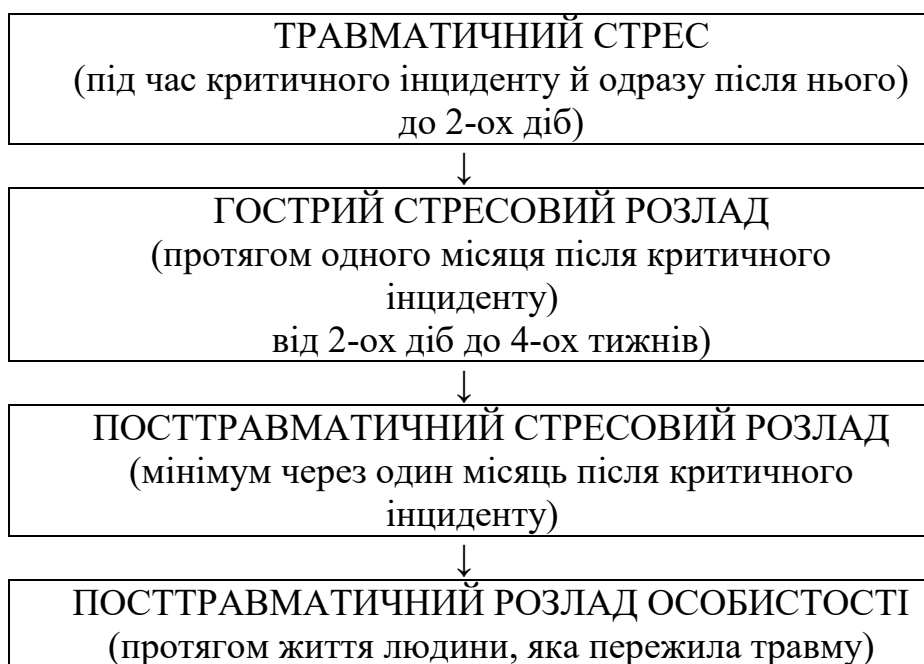
3. Стадії формування постстресових порушень і фази розвитку ПТСР

Перш ніж людина починає переживати посттравматичний стресовий розлад, вона переживає травматичний стресовий розлад, який може перейти в стан гострого стресового розладу, і тільки потім розвивається ПТСР.

Сьогодні ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією – посттравматичним особистісним розладом (або РТРД – posttraumatic personality disorder), що видається досить логічним кроком, оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто спостерігається протягом усього подальшого життя людини, яка пережила травмуючу ситуацію.

Тому в сучасній психологічній літературі визначають 4 стадії формування постстресових порушень із урахуванням часових проміжків їхньої появи й перебігу.

Стадії формування постстресових порушень



Представляють інтерес результати досліджень, проведених у США (Національний інститут психічного здоров'я) в Центрі з вивчення психіки при критичних станах, зумовлених стихійними лихами й катастрофами. Психічні реакції й самосвідомість учасників поділяється на чотири фази: героїзму, «медового місяця», розчарування й відновлення.

1. *Героїчна фаза* починається безпосередньо в момент катастрофи й триває кілька годин. Для неї характерні альтруїзм, героїчна поведінка, викликані бажанням допомогти людям, врятуватися й вижити. Помилкові припущення про можливість подолати цю подію виникають саме в цій фазі.

2. *Фаза «медового місяця»* настає після травмуючої ситуації й триває від тижня до 3-ох–6-ти місяців. Ті, хто вижив, відчують сильне почуття гордості за те, що подолали всі небезпеки й залишилися живі. У цій фазі катастрофи постраждалі сподіваються й вірять, що незабаром усі проблеми й труднощі будуть вирішені.

3. *Фаза розчарування* зазвичай триває від 2-ох місяців до 1-го–2-ох років. Сильні почуття розчарування, гніву й обурення виникають унаслідок руйнування надій.

4. *Фаза відновлення* починається, коли людина усвідомлює, що їй самій необхідно налагоджувати побут і вирішувати нагальні проблеми, і бере на себе відповідальність за виконання цих завдань.

Можна виділити ряд умов, які впливають на розвиток ПТСР:

- наскільки ситуація суб'єктивно сприймалася як загрозлива;
- наскільки об'єктивно реальною була загроза для життя;
- наскільки близько до місця трагічних подій знаходився індивід;
- наскільки в цю подію були залучені близькі, чи постраждали вони, якою була їхня реакція. Особливе значення це має для дітей. Адже якщо батьки дуже болісно сприймають те, що сталося, панічно реагують, то й дитина не буде відчувати себе в безпеці.

Єдиної класифікації порушень психіки внаслідок впливу стресів на людину ще немає. Найбільшою популярністю в психологів користується класифікація психічних станів дезадаптації, що виникають у екстремальних умовах, розроблена Ю. Олександровським. В основу цієї класифікації покладено динамічний принцип – виникнення глибинних змін постстресових станів залежно від етапу (періоду) життєвої ситуації. Ці зміни проявляються у вигляді непатологічних і патологічних розладів психіки, а саме:

- *непатологічні невротичні прояви* (адаптаційні стани);
- *психогенні розлади з непсихічною симптоматикою* (психогенні реакції, невротичні стани);
- *психогенні розлади зі психотичною симптоматикою* (реактивні психози – гострі й затяжні);
- *патохарактерологічні розлади* (неврозоподібні, невротичні, посттравматичні, стресові; невротичний і психопатоподібний розвиток особистості тощо).

Що стосується безпосередньо ПТСР, то в сучасній психологічній науці виділяють такі *фази його розвитку*:

- *відчай;*
- *заперечення;*
- *нав'язливість;*
- *опрацювання;*
- *завершення.*

4. Категорії осіб, які пережили травматичну подію

Осіб, які пережили травматичну подію, можна умовно розподілити на декілька категорій.

➤ *Компенсовані особистості*, які потребують легкої психологічної підтримки на дружньому або сімейному рівні.

➤ *Особи з дезадаптацією легкого ступеня*, яким необхідні як дружня психологічна підтримка близьких людей і оточення в колективі, так і професійне втручання психолога й психотерапевта. У них порушена психофізична рівновага (у фізичній, розумовій чи емоційній сферах), можливі емоційна збудливість, конфліктність, наявність страхів та інші прояви внутрішньої дисгармонії. Адаптація порушена, але за певних умов відновлюється без ускладнень.

➤ *Особи з дезадаптацією середнього ступеня*, які потребують усіх видів допомоги, у тому числі фармакологічної корекції стану. Психофізична рівновага помітно порушена в усіх сферах, є психічні порушення на межевому рівні: постійне почуття страху, вираженої тривоги або агресивності у випадках, коли обставини не є життєво важливими. Фізичний статус таких осіб може бути порушений травмами або пораненнями.

➤ *Особи з дезадаптацією важкого ступеня*, яка виражена в усіх сферах і вимагає тривалого лікування й відновлення. Це можуть бути виражені порушення психічного стану, що вимагають втручання психіатра, або фізичні травми, що призвели до інвалідизації й супроводжуються розвитком комплексу неповноцінності, депресіями, суїцидальними думками або психосоматичними порушеннями складного генезу.

Запитання для самоконтролю

1. Визначте основні методи діагностики ПТСР.
2. Визначте основні методи психологічної допомоги в роботі з ПТСР.
3. Охарактеризуйте основні фактори, що впливають на появу й розвиток ПТСР.
4. Проаналізуйте теоретичні моделі ПТСР.
5. Здійсніть історичний огляд проблеми ПТСР.

Завдання для практичного виконання

I. Перегляньте 14-ту серію (2 сезон) фільму «Теорія брехні» й виконайте такі завдання.

II. Заповніть таблицю симптомів, що спостерігаються в головного героя цієї серії

Таблиця 2.

Діагностичні критерії ПТСР

<i>Постійне повторне переживання травматичної події</i>	<i>Уникнення або емоційне заціпеніння</i>	<i>Постійна підвищена збудливість</i>

III. Опишіть психологічні методи, що застосовувались у роботі з головним героєм.

IV. Запропонуйте психологічні методи й стратегії психологічної допомоги головному героєві та опишіть їх.

Рекомендована література

Основна: 1, 4. Додаткова: 2, 5.

Тема 5

Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування

Мета: ознайомитися з поняттями «суїцид» і «суїцидальна поведінка», вивчити детермінанти й динаміку суїцидальної поведінки, розкрити зміст і можливості психологічної допомоги при потенційному суїциді.

Ключові терміни: аномічні самогубства, антивітальні переживання, депресія, евтаназія, завершений суїцид, механізми психологічного захисту, постсуїцид, превентивна суїцидологія, суїцид, суїцидальна поведінка, суїцидальна небезпека, суїцидальні жести, суїцидальні замаху, суїцидальні ідеації, суїцидальні прояви, суїцидальні спроби, суїцидальний ризик, суїцидологія, фрустрація.

План

1. Визначення поняття суїцид, суїцидальна поведінка, суїцидальні ідеації.
2. Детермінанти й динаміка суїцидальної поведінки.
3. Розпізнання суїцидальної небезпеки.
4. Психологічна допомога при потенційному суїциді.

1. Визначення поняття суїцид, суїцидальна поведінка, суїцидальні ідеації

Аутоагресивна (грец. autos – сам і лат. aggressio – напад) поведінка – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному здоров'ю. Розрізняють такі види аутоагресивної поведінки:

- суїцидальна поведінка – усвідомлені цілеспрямовані дії, метою яких є позбавлення себе життя;
- суїцидальні еквіваленти – неусвідомлені дії та зумисні вчинки, які призводять до фізичного/психічного саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;
- несуїцидальна аутоагресивна поведінка – різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть або реалізація яких безпечна для життя.

↑	Поняття, що описують аутоагресивну поведінку та її наслідки
	Суїцид – навмисна дія, яку людина вчиняє сама щодо себе і яка призводить до її смерті.
	Суїцидальні наміри – певні дії, які вчиняє людина щодо себе, але вони не завершуються летально.
	Суїцидальні спроби – демонстративні дії, навмисне самоушкодження або самоотруєння, що не закінчилося смертю.
	Суїцидальний прояв – думки про суїцид, натяк на нього при розмові; при цьому людина не вдається до дій, які можуть закінчитися летально.

2. Детермінанти й динаміка суїцидальної поведінки

Передсуїцид – це період, що триває від виникнення перших суїцидальних задумів і переживань до їхньої реалізації. Він характеризується особливим психічним станом, який зумовлює підвищену ймовірність суїцидальної дії. У передсуїциді можна виокремити переддиспозиційну і суїцидальну фази. Перехід переддиспозиційної фази дезадаптації в суїцидальну завжди спричинений конфліктною ситуацією. Говорячи про конфлікти, що

виникають у сфері службової діяльності працівників, треба підкреслити, що вони можуть мати різну локалізацію, а саме: породжуватися зовнішніми факторами і не залежати від індивідуально-психологічних особливостей працівника; бути зумовлені характером спілкування і комунікативних здібностей окремих працівників; бути наслідком особистісної дисгармонії одного чи кількох учасників конфлікту (завищена чи занижена самооцінка; комплекс неповноцінності; внутрішній конфлікт із проєкцією на комунікативну сферу тощо).

Переддиспозиційна фаза визначається підвищеною психологічною напруженістю для суїцидента, пошуком шляхів для виходу з критичної ситуації. Увага концентрується на «непереборних» труднощах у житті, службі, на думках про відсутність потенційних можливостей для вирішення актуальних проблем. Очікування можливого несприятливого розвитку подій викликає неспокій, який поступово переростає в почуття тривоги. Характерною особливістю цього періоду є гостра потреба людини у встановленні неформального контакту, теплих дружніх взаємин, потреба у співпереживаннях, емоційній підтримці («пошук опори»), бажання поділитися своїми переживаннями. Якщо у перші дні працівник проявляє активність у пошуках співчуття й допомоги ззовні, то поступово ця активність помітно знижується, хоча потреба в допомозі залишається високою. Життя сприймається тільки ретроспективно. Людина намагається знайти розрядку в спогадах про приємні, щасливі моменти свого життя, але ці спогади зазвичай тільки обтяжують сприймання актуальної ситуації. Інколи все прожите життя сприймається як нескінченна черга провалів і невдач. Виникає почуття внутрішньої порожнечі й безглуздості існування. Тому варто приділяти підвищену увагу різним антивітальним проявам і переживанням у працівників, до яких належать роздуми про відсутність цінності життя.

3. Розпізнання суїцидальної небезпеки

Ознаки в поведінці людини, що можуть свідчити про наявність суїцидальних думок:

- поява тривожності, дратівливості, прояви конфліктної поведінки, злоби;
- відстороненість, уникання контактів із друзями та родиною;
- перепади настрою;
- поява ризикової поведінки;
- зміни сну, брак енергії;
- відмова від їжі або переїдання;
- негативні репліки про себе;
- репліки про неможливість виходу зі складної ситуації;
- труднощі в подоланні щоденних проблем;
- втрата інтересу до власної зовнішності;
- погрози заподіяти собі шкоду або вбити себе;

- розмови про смерть або самогубство;
- підготовка або надсилання прощальних повідомлень;
- розробка планів покінчити зі своїм життям;
- завершення поточних справ, дарування речей, складання заповіту.

Також на наміри вчинити самогубство можуть вказувати й інші неочевидні ознаки, як от: удавана веселість, жарти над власними емоціями. Ознаки суїцидальних думок можуть бути як завуальованими, так і відкритими; хтось говорить про свої наміри прямо, а хтось робить натяки.

4. Психологічна допомога при потенційному суїциді

Одна з важливих відмінностей суїцидонебезпечного стану – відчуття себе «поза» суспільством (оскільки тема самогубства практично знаходиться під забороною і є табуованою). Найважливішою навичкою, якою має володіти кризовий психолог для надання ефективної першої психологічної допомоги при суїцидальній небезпеці є навичка задавати запитання про самогубство, не уникати цієї теми. Важливо проявляти зацікавленість, але не оцінювати, не засуджувати й не намагатися переконати співрозмовника.

Узагальнений перелік необхідних інтервенцій.

1. Встановлення емпатичного контакту, взаємин довіри.
2. Визначення ступеня ризику суїцидальної поведінки та ймовірності смертельного результату. Велике значення має минулий досвід суїцидальної поведінки і з'ясування того, що в тоді втримало людину від суїциду. Можливо, це допоможе й зараз. Варто пам'ятати про дуже важливу особливість людини, схильної до самогубства, – про амбівалентне ставлення до життя, про пошук шляху до смерті й бажання жити одночасно. Часто така людина шукає допомоги, говорячи про те, що хоче померти.

3. Пошук спільного рішення щодо подальших дій. У процесі оцінки суїцидального ризику або після цього психолог має довідатись, у чому полягає зміст самогубства для постраждалого; якої проблеми або цілого ряду проблем він хоче позбутися. Це питання допомагає визначити тактику подальшої інтервенції. Довідавшись про зміст суїцидальної поведінки, можна спробувати відшукати альтернативні варіанти розв'язання проблеми. Один із проявів кризового стану – когнітивний хаос. Психолог має допомогти організувати лавину проблем, що обвалилися на людину, у доступні для огляду проблемні блоки, установити пріоритетність їхнього вирішення.

Запитання для самоконтролю

1. Як можна охарактеризувати пресуїцидальний синдром Рингеля?
2. Чи можна назвати евтаназію формою суїциду?
3. Назвіть критерії суїцидального ризику.
4. Що таке переддиспозиційна фаза в контексті суїцидального ризику.
5. Якими є основні напрями діяльності психолога, який працює в установах, пов'язаних із суїцидологічною превенцією?

Завдання для практичного виконання

I. Робота в парах. Охарактеризуйте суїцид із вираженим амбівалентним (суперечливим, роздвоєним) ставленням до смерті, сподіванням на шанс чи долю на останньому кроці, складіть перелік ознак, поведінкових патернів, ідей, які вербалізуються.

II. Складіть план роботи практичного психолога в закладі освіти з профілактики підліткового суїциду.

Рекомендована література

Основна: 1, 4. Додаткова: 4, 5.

Тема 6

Депресії як наслідок травматичного інциденту

Мета: засвоїти знання щодо нейробіологічних основ депресій, вивчити основи класифікації і типології депресивних розладів, оволодіти базовими навичками допомоги при депресіях.

Ключові терміни: *адинамічна депресія, ажитована депресія, ангедонія, апатія, астенична депресія, депресія, депресивні розлади, депресивний епізод, депресивний синдром, депресивний стан, дистимна депресія, істерична депресія, механізми психологічного захисту, психосоматичні розлади, стрес.*

План

1. Нейробіологічні основи депресій.
2. Класифікація та симптоматологія депресій.
3. Типологія депресивних розладів.
4. Психологічна допомога при депресіях.

1. Нейробіологічні основи депресій

З точки зору Д. Зубцова, депресія – це захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження й пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. М. Орос і О. Тодавчич розглядають депресію як психічний розлад, що характеризується патологічно зниженим настроєм із негативною, песимістичною оцінкою себе, власного становища в навколишній дійсності, свого минулого й майбутнього. Виділяють три основні компоненти афективної ланки депресивного синдрому: тужливий, тривожний і апатичний. Кожен із компонентів перебуває в динамічному зв'язку з іншими, і разом вони утворюють «тривожну тріаду».

Історично вважалося, що низькі рівні активності моноамінових нейромедіаторів (норадреналіну, серотоніну й дофаміну) сприяють симптомам, пов'язаним із депресивними розладами (Nutt, 2008). Відкриття того факту, що деякі препарати, які підвищували рівень серотоніну й норадреналіну в мозку, полегшили депресивні симптоми, призводять у 1960-х роках до формулювання Джозефом Шилдкраутом моноамінної теорії депресії. Відповідно до неї низькі рівні серотоніну, норадреналіну та/або дофаміну в центральній нервовій системі передовсім є основою для розвитку депресивних розладів (Hirschfeld, 2000). Ця теорія переважала більше 50-ти років, перш ніж її почала оскаржувати наукова спільнота на основі сучасніших досліджень і клінічних спостережень. Сьогодні більшість науковців визнає, що, хоча моноамінові нейромедіатори є важливими, вони не є *єдиними* нейромедіаторами, які беруть участь у депресивних розладах. Зокрема такі нейромедіатори, як глутамат і ГАМК, все частіше досліджуються на предмет їхньої ролі в розвитку депресії.

2. Класифікація та симптоматологія депресій

Депресія – це складний психічний розлад. Існує кілька основних його видів, які можуть проявлятися різними симптомами й характером.

1. Мажорна депресія (клінічна депресія). Це найпоширеніший тип депресії, який характеризується глибокими й постійними сумнівами, втратою інтересу до різних аспектів життя, втомою, змінами апетиту й ваги, сонливістю або безсонням, труднощами зосередження, почуттям провини та безнадії.

2. Дистимія (хронічна депресія) – це хронічна форма депресії, яка може тривати принаймні два роки. Симптоми менш виражені, ніж при мажорній депресії, але тривають довше. Людина з дистимією може відчувати постійну неповагу, відчувати безнадійність і втрачати інтерес до життя.

3. Біполярний розлад (маніакально-депресивний розлад). Містить епізоди ейфорії (манії), після яких слідує епізоди глибокої депресії. Люди з біполярним розладом можуть відчувати раптові зміни настрою, енергії та активності.

4. Сезонна афективна депресія (зимова депресія) – це форма депресії, що виникає в певний час року, зазвичай узимку, коли денний світло-час скорочується. Симптоми можуть включати сонливість, знижений настрій, втрату інтересу та збільшений апетит.

5. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Виникає після важких емоційних подій або травматичних ситуацій. До основних симптомів можемо віднести переживання подій у вигляді кошмарів чи спогадів, тривалу напругу й схвильованість.

6. Атипова депресія (або атиповий депресивний розлад) – це тип депресії, що характеризується атиповими симптомами, як от: гіперфагія (збільшений апетит), гіперсомнія (надмірний сон) і сенсорне або психомоторне збудження.

7. Посттравматична депресія – Це тип депресії, що може розвиватися після травматичного ушкодження головного мозку.

8. Післяпологова депресія – це форма депресії, що виникає після народження дитини й може проявлятися частими сумнівами, підвищеною чутливістю та іншими симптомами.

3. Типологія депресивних розладів

Двома найпоширенішими типами депресивних розладів є основний депресивний розлад (MDD) і стійкий депресивний розлад (PDD). Стійкий депресивний розлад, який у DSM-5 зараз включає діагностичні категорії дистимії і хронічної великої депресії, є безперервною та хронічною формою депресії. Хоча симптоми PDD дуже схожі на MDD, вони зазвичай менш гострі, оскільки симптоми мають тенденцію до відливів і перебігу протягом тривалого періоду (більше двох років). Основний депресивний розлад натомість має дискретні епізоди тривалістю щонайменше два тижні, у яких спостерігаються суттєві зміни в афекті, пізнанні й нейровегетативних функціях (APA, 2022).

Варто зазначити, що після ретельного огляду наукових джерел передменструальний дисфоричний розлад був перенесений із «Набори критеріїв та осей, передбачених для майбутнього дослідження» у DSM-IV до розділу II DSM-5, оскільки розлад був підтверджений як «специфічна й чутлива до лікування форма депресивного розладу, який починається десь після овуляції і проходить протягом декількох днів після місячних, і має помітний вплив на функціонування» (APA, 2022, стор. 177).

DSM-5 також додав новий діагноз, *дисрегуляція розладу настрою (DMDD)*, для дітей до 12-ти років, щоби боротися з потенціалом надмірної діагностики й лікування біполярного розладу в дітей як у Сполучених Штатах, так і на міжнародному рівні. Діти з DMDD мають постійну дратівливість і часті епізоди екстремального поведінкового дисконтолю. Тому в них розвиваються однополярні, а не біполярні, депресивні чи тривожні розлади, коли вони переходять у підлітковий вік і доросле життя.

4. Психологічна допомога при депресіях

Роль психотерапевта в лікуванні депресії полягає в тому, щоби надати клієнтові безпечний простір, де він може висловити свої емоції, думки й тривоги. Психотерапія при депресії орієнтована на розуміння причин і механізмів розвитку депресивних станів, а також на розробку індивідуальної програми лікування, яка враховує особливості кожного конкретного клієнта. Психотерапевт також допомагає клієнтові покращити свою самооцінку, навчитися справлятися зі стресом, розвинути позитивні психологічні звички й напрацювати ефективні стратегії подолання депресивних симптомів. Важливим компонентом психотерапії є робота над усвідомленням і подоланням

негативних переконань і думок, які посилюють депресію та заважають людині бачити шлях до одужання.

Відповідно до сучасних протоколів терапії депресії (див. Британський протокол і огляд досліджень щодо ефективності КПТ депресії в NICE), когнітивно-поведінкова терапія і фармакотерапія антидепресантами є двома основними методами терапії. При легкому чи помірному депресивному епізоді вони однаково ефективні (при чому при КПТ редукуються всі симптоми депресії, включаючи біологічні), хоча з огляду на можливі симптоми побічної дії антидепресантів переносимість КПТ краща порівняно з фармакотерапією.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть основні аспекти впливу міжпівкульної асиметрії мозку на емоційні розлади.
2. Якими є основні критерії діагностики депресивного епізоду?
3. Що таке ажитована депресія?
4. Назвіть основні діагностичні методики для роботи з депресією.
5. Які методи вважаються найбільш ефективними в терапії депресій.

Завдання для практичного виконання

- I. Скласти перелік оптимальних фізичних активностей, які можна рекомендувати як додаток до терапії астенічної депресії.
- II. Скласти орієнтовний перелік заходів практичного психолога ВНЗ з профілактики депресивних розладів у студентів.

Рекомендована література

Основна: 2, 6. Додаткова: 5, 6.

Тема 7

Особливості психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію

Мета: вивчити особливості й принципи роботи з клієнтами, які перенесли психотравмуючу ситуацію.

Ключові терміни: внутрішньоособистісні конфлікти, емпатія, корекція образу «Я», механізми психологічного захисту, міжособистісні конфлікти, навички рівноправного спілкування, психодіагностика, психологічна корекція, психологічна травма, психологічне консультування, психосоматика, психотерапія, соціальна інтеграція, соціальна підтримка, холістичне ставлення до здоров'я.

План

1. Особливості, принципи й етапи психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію.
2. Програми психотерапевтичної допомоги клієнтам, які перенесли травмуючу ситуацію.
3. Категорії методів роботи психолога з травмуючими ситуаціями.

1. Особливості, принципи й етапи психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію

Психотерапія – об'ємне, свідоме, цілеспрямоване лікування психосоматичних або психосоціально викликаних розладів поведінки, станів страждання за допомогою науково-психотерапевтичних методів, у взаємодії між одним або кількома клієнтами й одним або кількома психотерапевтами з метою пом'якшення або усунення наявних симптомів, зміни порушених типів поведінки й поглядів, а також для сприяння зрілості, розвитку й здоров'ю клієнта.

Психотерапевтична робота з клієнтами, які стали жертвами травмуючої ситуації, має свої специфічні особливості й повинна бути спрямована на підтримку адаптивних властивостей особистості, опрацювання емоційних станів, актуалізацію й пошук сенсів життя, побудову стратегій «нового життя» без наслідків травматичного інциденту, опрацювання й спроби реалізації планів на майбутнє тощо.

Базові принципи психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію:

- конфіденційність;
- безоцінність;
- емпатія;
- доброзичливе ставлення й терпіння.

Психотерапевтичний процес може бути умовно розділений на три етапи.

1) Встановлення довірчого, безпечного контакту з клієнтом, що дає право на «отримання доступу» до інформації, пов'язаної з травматичним інцидентом, яка ретельно приховується.

На цьому етапі необхідно:

- визначити почуття клієнта й погодитись із його правом відчувати себе саме так;
- не зосереджувати увагу виключно на почуттях, оскільки клієнт не завжди точно знає, як він відчувається, і це може призвести до емоційного напруження.

2) *Терапія, центрована на травмі, із дослідженням травматичного матеріалу, із роботою з механізмами психологічного захисту.*

- ☐ Дослідіть проблему, яку клієнт переживає в конкретний момент:
 - ✓ обговоріть проблему в точних деталях і подробицях;
 - ✓ сконцентруйтеся на останніх шести тижнях;
 - ✓ якщо клієнт не знає про причину негативних переживань, спробуйте її визначити.
- ☐ Підсумуйте все сказане про проблему разом із клієнтом.
- ☐ Зосередьте увагу на тій частині проблеми, яку ви будете розглядати.
 - ✓ Чи потрапляв клієнт у таку ситуацію раніше і якщо так, то як справлявся з нею?
 - ✓ У який спосіб клієнт уникає проблем?
 - ✓ Що станеться, якщо проблема буде вирішена?
 - ✓ Що знаходиться на шляху до вирішення проблеми?
 - ✓ Чи існують альтернативні варіанти вирішення проблеми?
 - ✓ Якою є ціна вирішення проблеми?

На цьому етапі можна використовувати техніку «Декартових координат» (Рис. 1).

++	+-
-+	--

Рис. 1. Схема роботи з технікою «Декартові координати»

**Алгоритм роботи з технікою
«Декартові координати»**

1. *Необхідно дати мінімум п'ять відповідей на кожне з чотирьох запитань:*

- ☐ Що буде відбуватись у житті клієнта, якщо в нього залишаться наслідки травмуючої ситуації (++)).
- ☐ Що буде відбуватись у житті клієнта, якщо наслідки травмуючої ситуації зникнуть (+-).
- ☐ Чого не буде відбуватись у житті клієнта, якщо в нього залишаться наслідки травмуючої ситуації (-+).
- ☐ Чого не буде відбуватись у житті клієнта, якщо наслідки травмуючої ситуації зникнуть (--).

Необов'язково, щоб у кожному квадранті була однакова кількість відповідей.

2. *Проаналізуйте отримані відповіді разом із клієнтом.*

3. *Підсумуйте кількість усіх відповідей. У кожному квадранті є знаки «+» й «-» (якщо «+», то необхідно додавати бали, якщо «-» – віднімати); одна відповідь дорівнює 1-му балу. У такий спосіб ми можемо виявити позитивну чи негативну спрямованість у вирішенні проблеми.*

4. *Зробіть розрахунок з урахуванням знаків у кожному квадранті. Порівняйте, який відсоток від загальної суми відповідей складає розрахунок за кожним із квадрантів.*

Запропонована техніка дозволить клієнтові зрозуміти значення травмуючої ситуації в його житті.

3) Допомога клієнтам у «відділенні» від травми, возз'єднанні з родиною, друзями й суспільством.

На цьому етапі основним напрямом роботи буде здійснення пошуку нових життєвих цілей і планів їхньої реалізації.

2. Програми психотерапевтичної допомоги клієнтам, які перенесли травмуючу ситуацію

Програми психотерапевтичної допомоги можуть бути спрямовані на:

- корекцію образу «Я»;
- досягнення об'єктивності власної оцінки;
- реабілітацію «Я» у власних очах і досягнення впевненості в собі;
- корекцію системи цінностей, потреб, їхньої ієрархії;
- приведення домагань у відповідність зі своїми психофізичними можливостями;
- корекцію ставлення до інших; досягнення здатності до емпатії та розуміння пережитих іншими станів і їхніх інтересів;
- набуття навичок рівноправного спілкування, здатності до запобігання й вирішення міжособистісних конфліктів;
- корекцію неадекватного способу життя й пригніченості.

3. Категорії методів роботи психолога з травмуючими ситуаціями

Існує багато методів, які ефективно використовуються в процесі психотерапії клієнтів, які стали жертвами травмуючої ситуації. Усі методи можна розподілити на чотири категорії: освітні, валеологічні, методи соціальної інтеграції, психотерапія. Коротко охарактеризуємо кожен із них.

1. *Освітні* – включають обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології.

2. *Валеологічні* – знаходяться в області холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я. Здоровий спосіб життя з достатньою фізичною активністю, правильним харчуванням, відмовою від зловживання алкоголем і вживання наркотиків створює основу для швидкого й ефективного відновлення після травмуючих подій.

3. *Методи соціальної інтеграції* – включають методи, які збільшують соціальну підтримку й соціальну інтеграцію, а саме: сімейна й групова терапія, розвиток мережі самопомоги, формування й підтримка громадських організацій, необхідних для соціальної реабілітації.

4. Власне *психотерапія* – передбачає роботу з горем, страхами, психосоматичними захворюваннями, травмуючими спогадами тощо. Вона спрямована на «опрацювання» проблеми й опанування наслідків травмуючих ситуацій.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть найбільш часті прояви внутрішньоособистісних конфліктів у клієнтів, які перенесли травмуючу ситуацію.
2. Перерахуйте основні механізми психологічного захисту клієнтів, які перенесли травмуючу ситуацію.
3. Охарактеризуйте валеологічні методи роботи психолога з травмуючими ситуаціями.
4. Розгляньте співвідношення понять психотерапія, психокорекція, психологічне консультування, психодіагностика клієнтів, які перенесли травмуючу ситуацію.
5. Що є методом соціальної інтеграції?

Завдання для практичного виконання

- I. Розробіть комплексну програму корекції образу «Я».
- II. Розробіть алгоритм психологічної підтримки соціальної інтеграції особистості.

Рекомендована література

Основна: 1, 5. Додаткова: 4, 8.

Тема 8

Насильство в сім'ї як вид травмуючої ситуації

Мета: вивчити причини й наслідки насильства над дітьми та визначити основні кроки психологічної допомоги дітям, які стали жертвами насильства.

Ключові терміни: *групово психотерапія, емоційне насильство, жертва насильства, індивідуальне психологічне консультування, насильство, психологічне насильство, психосоматичні захворювання, сексуальне насильство, сімейне насильство, фізичне насильство, Я-концепція.*

План

1. Класифікація насильства над дітьми.
2. Причини насильства над дітьми.
3. Наслідки насильства в дітей.
4. Психологічна допомога дітям, які стали жертвами насильства.

1. Класифікація насильства над дітьми

Насильство можна класифікувати за кількома параметрами:

- *явне або приховане (непряме)* – залежно від стратегії поведінки кривдника;
- *відбувається в теперішньому часі або трапилося в минулому*;
- *одноразове чи повторюване*, що триває довгі роки;
- за місцем події й оточенням насильство буває *домашнім* – із боку родичів, *шкільним* – із боку педагогів або дітей, *вуличним* – із боку дітей або незнайомих дорослих.

Наведемо найпоширенішу класифікацію видів насильства над дітьми.

Фізичне насильство – це будь-яке невинуватке нанесення шкоди дитині віком до 18-ти років. Фізичне насильство виражається у формі ударів по обличчю, тряски, поштовхів, ляпасів, удушення, стусанів, ув'язнення в замкненому приміщенні, побиття ременем, мотузками, заподіяння каліцтва важкими предметами й ножом тощо. Фізичне насильство включає також залучення дитини до вживання наркотиків, алкоголю, отруйних речовин або «медичних препаратів, що викликають одурманення», а також спроби утоплення.

Сексуальне насильство – використання дитини дорослою людиною чи іншою дитиною для задоволення сексуальних потреб або отримання вигоди. Сексуальне насильство включає статевий акт (коїтус), оральний і анальний секс (включаючи інцест), взаємну мастурбацію, інші тілесні контакти зі статевими органами. До сексуального розбещення належить також залучення дитини до проституції, порнобізнесу, оголення перед дитиною статевих органів і сідниць, підглядання за нею (наприклад, у процесі роздягання) тощо.

Нехтування інтересами й потребами дитини – відсутність належного забезпечення основних потреб дитини в їжі, одязі, житлі, вихованні, освіті, медичній допомозі з боку батьків або осіб, які їх замінюють, через об'єктивні причини (бідність, психічні хвороби, недосвідченість) або за їхньої відсутності. Типовим прикладом зневажливого ставлення до дітей є залишення їх без нагляду, що призводить до нещасних випадків, небезпечних для життя й здоров'я дитини наслідків.

Психологічне насильство – постійні чи періодичні вербальні образи дитини, погрози з боку батьків, опікунів, учителів, вихователів, приниження її людської гідності, звинувачення її в тому, у чому немає її провини, демонстрація нелюбові, неприязні до дитини. До цього виду насильства належать також постійна брехня, обман (у результаті чого дитина втрачає довіру до дорослого), а також вимоги до дитини, що не відповідають її віковим можливостям.

В окрему форму виділяється також *емоційне насильство*. Деякі дослідники вважають, що в основі будь-якої форми насильства, у тому числі й сексуального, лежить насильство емоційне, депривація, відштовхування, яке

виявляється «особливо підступним» і завдає значної шкоди розвитку особистості, провокує формування копінг-поведінки.

Зазвичай дитина-жертва страждає одночасно від декількох форм насильства. Так, для дітей, які потерпають від інцесту, неминучими є супутні руйнування сімейних відносин і довіри до сім'ї, маніпуляції тощо, які кваліфікуються як психологічне насильство.

2. Причини насильства над дітьми

Нехтуванню дітьми та здійсненню насильства над ними сприяють певні соціальні й культурні умови. У роботах Н. Зінов'євої й Н. Михайлової визначаються основні причини насильства над дітьми. Перерахуємо їх.

1. Відсутність у суспільній свідомості чіткої оцінки фізичних покарань. Недостатнє розуміння суспільством насильства як соціальної проблеми.

2. Демонстрація насильства в засобах масової інформації.

3. Права громадян на недоторканність приватного життя, особисту й сімейну таємницю, закріплені в Конституції, не дозволяють своєчасно встановити факт насильства й втрутитися в цей процес.

4. Відсутність ефективної превентивної політики держави. Недосконалість законодавчої бази.

5. Низька правова грамотність населення загалом, у тому числі погана обізнаність дітей про свої права.

Є різні сучасні теорії, що намагаються пояснити причини насильства над дітьми в сім'ї. Соціологічна модель розглядає вплив соціокультурних чинників на ризик виникнення насильства над дітьми. Відповідно до цієї моделі, до факторів ризику фахівці зазвичай відносять стереотип сімейних взаємин, засвоєний ще в дитинстві й прийнятий у певній соціальній групі, а також житлові й матеріальні умови сім'ї. Із психіатричної, медичної точки зору жорстоке поводження й зневага дитиною – це наслідок патологічних змін у психіці батьків, деградації, алкоголізації. Соціально-психологічний підхід пояснює прояви насильства особистим життєвим досвідом батьків, їхнім «травмованим» дитинством. Психологічна теорія ґрунтується на уявленні, відповідно до якого дитина сама «бере участь» у створенні передумов для жорстокого поводження. Інтегруючи всі ці підходи в комплексну модель, насильство можна трактувати як багатовимірний феномен, породжуваний взаємодією відразу кількох елементів, як то: особистісні особливості батьків і дитини; внутрішньосімейні процеси; стреси, викликані соціально-економічними умовами, обставинами суспільного характеру.

Соціально-економічні фактори ризику насильства в сім'ї: низький дохід; безробіття або тимчасова робота, низький трудовий статус; багатодітна родина; молоді батьки; неповна сім'я; належність до меншин; погані житлові умови; відсутність соціальної допомоги від держави й громадських організацій.

Фактори ризику, зумовлені структурою сім'ї та моделлю спілкування: сім'я батька-одиначка, а також багатодітні сім'ї; вітчим у сім'ї або прийомні

батьки; конфліктні або насильницькі відносини між членами сім'ї; проблеми між подружжям (сексуальна незадоволеність, відсутність або брак емоційної підтримки, ревності тощо); батьки, які були жертвами насильства у власному дитинстві й засвоїли патерн агресивної поведінки по відношенню до інших людей і членів сім'ї зокрема; проблеми взаємин батьків і дитини; емоційна й фізична ізоляція сім'ї.

Фактори ризику, зумовлені особистістю батьків.

➤ Особливості особистості батьків: ригідність, домінування, тривожність, звична дратівливість, низька самооцінка, депресивність, імпульсивність, залежність, низький рівень емпатії й відкритості, низька толерантність до стресу, емоційна лабільність, агресивність, замкнутість, підозрілість, проблеми самоідентифікації тощо.

➤ Негативне ставлення батьків до оточуючих і неадекватні соціальні очікування щодо дитини. У цьому випадку батьки оцінюють поведінку дитини як сильний стресор. Їх відрізняє невдоволення й негативне самовідчуття. Вони відчують себе нещасними, незадоволеними власним сімейним життям, тими, хто страждає від стресу.

➤ Низький рівень соціальних навичок. Відсутнє вміння вести переговори, вирішувати конфлікти й проблеми, справлятися зі стресом, просити допомоги в інших. При цьому працюють механізми психологічного захисту: наявність проблеми заперечується, допомога не приймається. Насильство над дітьми є сімейним секретом, який ретельно приховується й відкрито не обговорюється, оскільки викликає страх, звинувачення, сором, почуття провини тощо.

➤ Психічне здоров'я батьків: виражені психопатологічні відхилення, нервовість, депресивність, схильність до суїцидів.

➤ Алкоголізм і наркоманія батьків.

➤ Проблеми зі здоров'ям.

➤ Емоційна скупість і розумова відсталість батьків.

➤ Нерозвиненість батьківських навичок і почуттів.

Дослідження виявили цілий ряд особливостей дитини, що викликають у батьків невдоволення, роздратування й подальше насильство. *Високий ризик стати жертвами насильства мають діти з такими особливостями:*

➤ небажані діти, а також ті, які були народжені після втрати батьками попередньої дитини;

➤ недоношені діти, які мають при народженні низьку вагу;

➤ діти, які живуть у багатодітній родині, де проміжок між народженнями дітей був невеликий;

➤ діти зі вродженими або набутими каліцтвами, низьким інтелектом, із порушеннями здоров'я;

➤ із розладами й нетиповими варіантами поведінки;

➤ із певними властивостями особистості;

➤ зі звичками, що дратують батьків;

➤ з низькими соціальними навичками;

- із зовнішністю, що відрізняється від інших, або з неприйнятними для батьків особливостями;
- діти, чиє виношування й народження було важким для матерів, а також діти, які часто хворіли й були розлучені з матір'ю протягом першого року життя.

3. Наслідки насильства в дітей

Порушення, що виникають після насильства, впливають на всі рівні функціонування. Вони призводять до стійких особистісних змін, які перешкоджають реалізації особистості в майбутньому.

Розрізняють *найближчі й віддалені наслідки* жорстокого поводження й неухважного ставлення до дітей.

До *найближчих наслідків* належать фізичні травми, ушкодження, головні болі, втрата свідомості тощо, а також гострі психічні порушення у відповідь на будь-який вид агресії, особливо на сексуальну. Ці реакції можуть проявлятися на поведінковому рівні у вигляді порушення, прагнення кудись бігти, сховатися, або у вигляді глибокої загальмованості, зовнішньої байдужості. На емоційному рівні, дитина переживає страх, тривогу й гнів. У дітей старшого віку можливий розвиток важкої депресії з почуттям власної неповноцінності.

Серед *віддалених наслідків* жорстокого поводження з дітьми виділяють порушення фізичного й психічного розвитку дитини, різні соматичні захворювання, особистісні й емоційні порушення, соціальні наслідки.

Порушення фізичного й психічного розвитку дитини. Виховання дитини в умовах емоційного й фізичного насильства призводить до деформації особистості, недобррозичливе оточення формує низьку самооцінку дитини. Відчуття, що вона небажана, викликає в дитини глибоке почуття провини й сорому за своє існування. Відчуття малоцінності принижує дитину, вона зростає зі знанням того, що вона погана й ні на що не здатна.

Діти, які зазнали жорстокого ставлення, часто відстають у зрості або вазі (іноді за обома показниками) від своїх однолітків. Вони пізніше починають ходити, говорити, рідше сміються, значно гірше навчаються в школі, ніж їхні однолітки. У таких дітей часто розвиваються «погані звички»: смоктання пальців, кусання нігтів, розгойдування, заняття онанізмом. Зовні такі діти мають припухлі, «заспані» очі, бліде обличчя, скуйовджене волосся, неохайність у одязі, інші ознаки гігієнічної занедбаності: педикульоз, висипання, поганий запах від одягу й тіла тощо.

Соматичні захворювання як наслідок насильства. Захворювання можуть мати специфічний для конкретного виду насильства характер. Наприклад, при фізичному насильстві – це пошкодження частин тіла й внутрішніх органів різного ступеня тяжкості, переломи кісток. При сексуальному насильстві – захворювання, що передаються статевим шляхом.

Незалежно від виду й характеру насильства діти можуть мати різні психосоматичні захворювання, наприклад, ожиріння або різка втрата ваги. При

емоційному (психічному) насильстві нерідко зустрічаються шкірні висипи, алергічні реакції, виразка шлунка; при сексуальному насильстві – незрозумілі болі внизу живота. Часто в дітей розвиваються такі нервово-психічні захворювання, як тіки, заїкання, енурез, енкопрез, деякі діти повторно потрапляють до відділень невідкладної допомоги з приводу випадкових травм, отруєнь.

Особистісні й емоційні порушення. Діти, які пережили насильство, можуть на досить тривалий час забувати про свій травматичний досвід. Емоційні реакції дітей на насильство й жорстокість можуть бути такими: почуття відповідальності за скоєне над ними насильство; почуття провини за постійне насильство; систематичні спалахи агресії; переживання втрати в разі відокремлення від того з батьків, хто застосовує насильство; суперечливість, поява амбівалентних почуттів; страх бути покинутим; потреба в надмірній увазі дорослих – страх тілесних ушкоджень; сором – чутливість до ганьби насильства; занепокоєння про майбутнє й непевність у повсякденному житті.

Найбільш універсальною й важкою реакцією на будь-яке насильство є низька самооцінка, яка сприяє збереженню й закріпленню психологічних порушень, постійна переконаність у власній неповноцінності, у тому, що «ти гірший за всіх». Унаслідок цього дитині важко досягти поваги оточуючих, успіху, спілкування її з однолітками ускладнюється.

Жертви фізичного й сексуального насильства часто страждають на депресії й мають аутоагресивну поведінку. Депресивні симптоми виражаються в переживанні туги, смутку, нездатності відчувати радість, насолоду тощо. Аутоагресивна поведінка виражається в діях, спрямованих на нанесення собі травм, у спробах суїциду й суїцидальних думках. Відповідно до психоаналітичного трактування, жертва в такий спосіб ніби «погоджується» з підсвідомим бажанням батьків – «було би краще, якби цієї дитини не було взагалі». Чим важчою є травма, тим вищий ризик суїциду й більш глибоко виражена депресія.

Поганий самоконтроль і порушення поведінки. Для жертв фізичного насильства більш характерними є агресивність, руйнівна поведінка як у школі, так і вдома, безконтрольність поведінки. За допомогою агресії вони захищають себе від хвилювання (тривоги) й почуття безпорадності. Результат такої поведінки – збільшення дистанції від інших. Вороже ставлення до оточуючих продиктоване страхом зробити собі боляче.

Тож більшість дослідників погоджуються, що результатами пережитого в дитинстві насильства, так званими «віддаленими ефектами травми» є порушення Я-концепції, почуття провини, депресія, труднощі в міжособистісних відносинах.

Соціальні наслідки. Можна виділити два аспекти цих наслідків: шкода для жертви й шкода для суспільства.

Діти, які пережили будь-який вид насильства, відчувають труднощі соціалізації. У них порушені зв'язки з дорослими, немає відповідних навичок спілкування з однолітками, вони не володіють достатнім рівнем знань і

ерудицією, щоб завоювати авторитет у школі тощо. Вирішення своїх проблем такі діти часто знаходять у кримінальному, асоціальному середовищі, нерідко пов'язаному з формуванням звички до алкоголю, наркотиків, вони починають красти й здійснювати інші протиправні дії.

Дівчата нерідко починають займатися проституцією, у хлопців може порушуватися статева ідентифікація. І ті, й інші надалі відчують труднощі при створенні власної сім'ї, вони не можуть дати своїм дітям достатньо тепла, оскільки не вирішили власні емоційні проблеми.

Отже, будь-який вид насильства формує в дітей і підлітків такі особистісні й поведінкові особливості, які роблять їх малопривабливими й навіть небезпечними для суспільства.

4. Психологічна допомога дітям, які стали жертвами насильства

Основна *мета* роботи психолога з дітьми, які стали жертвами насильства, полягає в зменшенні й ліквідації наслідків травматичних переживань.

Завдання, які стоять перед психологом:

- сприяти зменшенню почуттів сорому, провини, безсилля в дитини;
- допомогти в зміцненні почуття власної значущості;
- сформувати нові поведінкові патерни;
- сприяти диференційованій взаємодії з оточуючими людьми;
- сприяти розвитку самовизначення дитини, сприйняття власного Я, у тому числі й фізичного образу Я.

У цілому фахівці дотримуються еkleктичного підходу в роботі з такими дітьми. Найбільш ефективними вважаються візуалізація, когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія, арттерапія. Найкращим варіантом роботи з дітьми, які пережили насильство, є еkleктична, мультимодальна модель консультування, у якій поєднуються три основні психотерапевтичні напрями: робота з думками, робота з емоціями, робота з поведінкою. Вибір конкретного методу в практичній роботі залежить від таких факторів:

- вік дитини;
- стадія консультування;
- рівень когнітивного розвитку дитини.

Консультування краще проводити в ігровій або неформально обставленій кімнаті, ніж у кабінеті чи класі. Це сприяє зняттю напруження, підсилює почуття безпеки й контролю над ситуацією. Вважається, що процес консультування відбуватиметься успішніше, якщо діти можуть контролювати дистанцію між собою й дорослим, оскільки дорослі бувають занадто агресивними, ініціюючи розмову з дитиною.

Як і дорослі, діти обирають такі форми опору: відмовляються говорити; заперечують, що проблема насильства існує; відмовляються говорити про насильство; говорять про щось несуттєве; уникають контакту очей;

спізнюються або пропускають зустрічі; невербально закриваються й розмовляють вороже; не йдуть на контакт із психологом тощо.

Консультування дітей, які зазнали насильства, підпорядковується ряду загальних рекомендацій.

1. Визначення проблеми за допомогою активного слухання.
2. Уточнення очікувань дитини.
3. Уточнення кроків, які вже були зроблені для вирішення проблеми.
4. Пошук нових шляхів вирішення проблеми.
5. Домовленість із дитиною про втілення однієї з ідей вирішення проблеми.
6. Завершення сесії.

Запитання мають бути адекватні рівню розвитку дитини й бути доречними, а саме: дозволяти зрозуміти дитину і її проблему; сприяти розкриттю й самовираженню клієнта.

Незважаючи на те, що більшість професіоналів повідомляють про валідність дитячих спогадів про насильство, усе ж завжди потрібно враховувати схильність дітей до перебільшення з метою викликати до себе симпатію й привернути увагу.

На останній сесії обов'язково обговорюються такі аспекти: що відбувалося з дитиною в процесі консультування; яка мета була поставлена, чи досягнута вона; які зміни відчуває дитина, що змінилося в її реальному житті; як дитина буде вирішувати ситуацію наступного разу, якщо вона виникне; які в дитини плани на найближче майбутнє, чим вона хоче займатися, чого прагне досягти.

Дитині необхідно дати зрозуміти, що турбота про неї психолога не закінчується разом із закінченням консультування, тому фахівець обговорює час і можливість подальших зустрічей із клієнтом, щоб дізнатися про його життя.

Запитання для самоконтролю

1. Здійсніть порівняльний аналіз між груповою й індивідуальною роботою з дітьми, які стали жертвами насильства.
2. Проаналізуйте основні техніки роботи з дітьми, які стали жертвами психологічного насильства.
3. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги дітям, які стали жертвами різних видів насильства.
4. Визначте основні причини насильства над дітьми в школі.
5. Розкрийте особливості групової психотерапії з дітьми, які стали жертвами насильства.

Завдання для практичного виконання

I. Запропонуйте заходи профілактики насильства над дітьми в різних сферах (школа, сім'я, малі групи).

II. Опишіть техніки роботи психолога з дітьми, які стали жертвами насильства, за такою структурою: назва, інструкція для клієнта, стимульний матеріал, етапи роботи, час на проведення або кількість сесій.

Рекомендована література

Основна: 1, 4. Додаткова: 4, 3.

Тема 9

Травми розвитку й теорії прив'язаності

Мета: вивчити особливості травм розвитку й сутність теорії прив'язаності.

Ключові терміни: *травма прив'язаності, теорія прив'язаності, взаємини, здорова прив'язаність, батьки, виховання, родинні зв'язки, самооцінка, травма розвитку, прийняття, перфекціонізм, типи прив'язаності, тривожна прив'язаність, вимоги, партнерські відносини, батьківсько-дитячі взаємини.*

План

1. Травма розвитку й здоровий розвиток.
2. Сутність, структура та зміст теорій прив'язаності.
3. Тривожний тип прив'язаності, його особливості й прояви.

1. Травма розвитку й здоровий розвиток

Травма розвитку – це психологічна травма, отримана в дитинстві від значущих дорослих. Травма може базуватися на досвіді фізичного насильства, але також може бути наслідком ігнорування, недбалості, надмірної опіки чи навпаки передчасного дорослішання. Травму розвитку можуть також спричинити неухважність, зайва критика, ігнорування почуттів дитини або заборона батьків проявляти деякі почуття.

Оптимальна модель розвитку		
надійна прив'язаність	здатні співпереживати й допомагати іншим	включеність у соціум
впевненість у собі	добре усвідомлюють себе	здатність переживати палітру емоцій

Травма розвитку шкідливо впливає на всі сім областей розвитку мозку відповідно до порядку, у якому цей розвиток відбувається:

- сенсорний розвиток (фізична чутливість);
- дисоціація (амнезія, дереалізація, деперсоналізація);
- розвиток прихильності;
- емоційна регуляція;
- регуляція поведінки;
- пізнавальні функції (когнітивна сфера);
- уявлення про себе й розвиток ідентичності.

Як механізм виживання дисоціація реагує на травму – хаотичний, конвульсивний потік імпульсів, що не піддаються регулюванню, заповнюють свідомість, загрожуючи стабільності «я», а іноді й психічному здоров'ю, коли існує загроза цілісності.

Захисна дисоціація сигналізує про свою присутність, відключаючи здатність свідомості сприймати те, що переживається як занадто сильне, нестерпне для «Я». Вона зводить те, що перебуває в полі сприйняття, до вузької смуги, позбавлено емоційної реальності для «Я», яке її переживає («те, що відбувається, відбувається не зі мною»).

У випадку травми, отриманої внаслідок людських взаємин, особистісної реальності позбавляються ті взаємодії «тут і тепер», які занадто сильно розходяться з безперервністю «я», і тому не можуть бути опрацьовані на когнітивному рівні.

2. Сутність, структура та зміст теорій прив'язаності

Одним із перших вивчати прив'язаність почав Джон Боулбі. Він і провів ретельне дослідження прив'язаності, визначивши її як «міцний психологічний зв'язок між людьми».

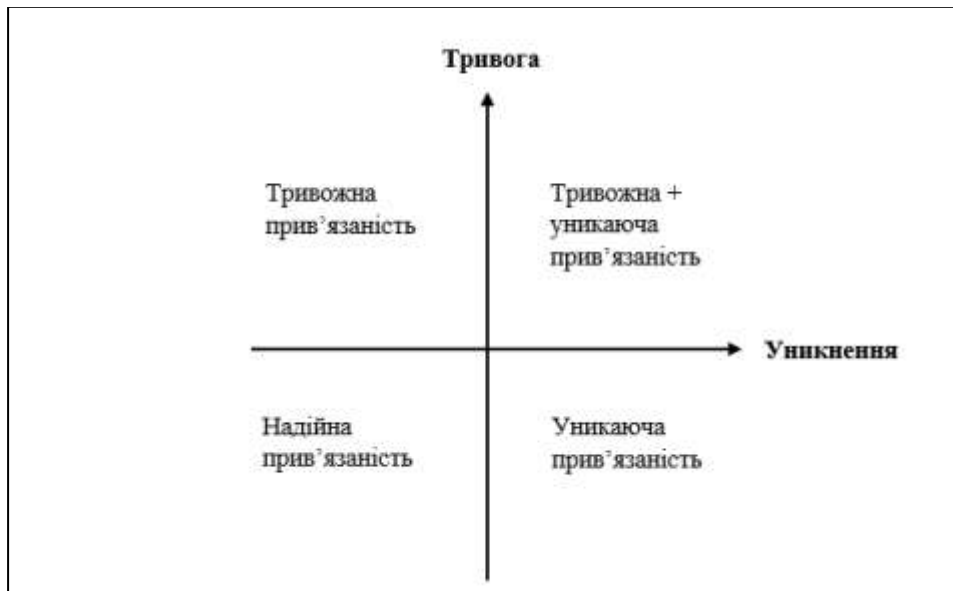
На його думку, початкові стилі прив'язаності формуються протягом наймолодших років життя зі взаємин між немовлям і тим, хто за ним доглядає. Дж. Боулбі також вважав, що прив'язаність відіграє важливу роль у еволюції, сприяючи виживанню людини.

Дослідник визначив чотири ключові ознаки, які характеризують прив'язаність:

- підтримання близькості – інстинктивна потреба залишатися поруч із тими, з ким ми відчуваємо сильний зв'язок;
- безпечний притулок – своя фігура прив'язаності, яку люди шукають для заспокоєння й безпеки, зустрівшись зі страхом або загрозою;
- надійна основа – фігура прив'язаності, яка забезпечує надійну основу, із якою дитина відчуває себе впевнено, щоб вийти на вулицю й дослідити навколишнє середовище;
- дистрес від розлуки – це тривога й напруга, які відчуваються, коли фігура прив'язаності відсутня.

3. Тривожний тип прив'язаності, його особливості й прояви

На сьогодні більшість дослідників розглядають прив'язаність як континуум у двох вимірах: тривожності й уникнення. Найбільш узгоджена концептуальна модель – це модель К. Бреннана (Brennan et al.(1998), у межах якої сформовану прив'язаність пояснюють як системний прояв між тривожною прив'язаністю й уникаючою прив'язаністю.



Люди з тривожним типом прив'язаності зазвичай мають більш сильне бажання близькості. Відповідно якщо партнер має уникаючу прив'язаність, потребує автономії та менш тісного емоційного контакту, то тривожна особа має більше приводів до занепокоєння, у неї може посилитися страх втрати, зменшитись довіра до партнера.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть основні типи прив'язаності за Дж. Боулбі.
2. У якому віці формується прив'язаність.
3. Назвіть основні риси тривожного типу прив'язаності.
4. Назвіть чотири ключові ознаки, які характеризують прив'язаність.
5. Визначте сутність поняття «травма розвитку».

Практичні завдання

- I. Робота в парах. Прописати уявний діалог пари з тривожним типом прив'язаності в ситуації побутового конфлікту.
- II. Обрати героя книги чи фільму й проаналізувати його/її особистість, його/її взаємини, визначити тип прив'язаності.

Рекомендована література

Основна: 1. 4. Додаткова: 4, 3

Тема 10

Напрями психотерапії в роботі з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію

Мета: вивчити основні підходи до роботи з клієнтами, які пережили травмуючу ситуацію, визначити переваги й недоліки цих підходів у контексті роботи з травмою.

Ключові терміни: *арттерапія, біхевіоральний підхід, гештальт-підхід, гостра ситуація високої інтенсивності, девалідизація, дефлексія, ігрова терапія, ізотерапія, еготизм, екзистенційна провина, екзистенційна психотерапія, екзистенційна тривога, інтроєкція, казкотерапія, колажування, конфлюєнція, механізми психологічного захисту, почуття буття, проєкція, профлексія, психологічне консультування, психотерапія, ретрофлексія, сенс життя, хронічна ситуація низької інтенсивності.*

План

1. Гештальт-підхід у роботі з травмуючими ситуаціями.
2. Екзистенційна психотерапія наслідків травмуючої ситуації.
3. Біхевіоральний підхід у роботі зі психотравмами.
4. Арттерапія в роботі зі психотравмами.

1. Гештальт-підхід у роботі з травмуючими ситуаціями

У гештальт-підході використовуються методи, спрямовані на корекцію процесів сприйняття, опрацювання й актуалізації інформації клієнтом у стані кризи. Цей підхід ґрунтується на п'яти ключових поняттях:

- фігура і фон;
- усвідомлення й зосередженість на сьогоденні;
- протилежності й ампліфікація;
- зрілість і відповідальність;
- функції захисту (механізми психологічного захисту).

*У гештальт-підході визначається
декілька механізмів психологічного захисту*

Конфлюєнція (у перекладі «злиття»), яка зі свого боку розподіляється на два види.

➤ *Конфлюєнція першого виду* – захисний механізм, основною характеристикою якого є порушення процесу виділення фігури з фону через те, що людині складно виокремити свої потреби, бажання тощо.

➤ *Конфлюєнція другого виду* – захисний механізм, у результаті якого відбувається «емоційне злиття» особистості з іншою людиною або людьми. Цей механізм проявляється в неможливості відокремитися від них.

Інтроекція – включення в структуру Его зовнішніх цінностей і стандартів із тим, щоб вони перестали діяти як зовнішня загроза; цей механізм проявляється через наділення себе якостями, думками, настановами інших людей.

Проекція – приписування іншим людям якостей, характерних для самого суб'єкта. Виділяють три види проекції, а саме:

- *дзеркальна проекція* (приписування іншим певних почуттів і думок, які людина має або хоче мати сама);
- *проекція катарсису* (приписування іншим почуттів, думок, характеристик, яких людина не хоче визнавати в собі);
- *додаткова проекція* (приписування іншим характеристик, за допомогою яких людина може виправдати власні небажані особливості).

Ретрофлексія (у перекладі «повернення на себе або до себе») – процес повернення суб'єктом собі того, що було адресоване навколишньому середовищу (*ретрофлексія катарсису*), а також повернення суб'єктом собі того, що він хотів отримати від іншого (*дзеркальна ретрофлексія*). Результатом ретрофлексії можуть бути психосоматичні захворювання.

Дефлексія – процес уникання прямого контакту, коли мета досягається обхідним шляхом. Неусвідомлюваний механізм відходу, спрямований на припинення контакту й посилення ізоляції людини як від інших, так і від її власного досвіду, у результаті чого людина абстрагується від ситуації.

Девалідація – процес ігнорування або знецінення своєї діяльності.

Егоїзм – посилення кордонів – захисний механізм, що виражається в збільшенні контролю над ситуацією та над самим собою.

Профлексія – захисний механізм, який характеризується тим, що людина починає давати іншому те, що хотіла б отримати від нього для себе.

Гештальт визначається як специфічна організація частин, що складають певне ціле, і які не можна змінити без його руйнування. Клієнт обирає з фону те, що важливе чи значиме для нього, – саме це й стає гештальтом. Як тільки потреба задоволена, гештальт завершується, тобто втрачає свою значущість. Формується новий гештальт. Цей ритм формування й завершення гештальтів є природним ритмом життєдіяльності організму.

У кризових ситуаціях із подальшою дезадаптацією гештальт залишається незавершеним. Гештальт-прийоми допомагають виразити невиражені почуття, і гештальт, що травмує особистість, завершується. Натомість виникає можливість перейти до роботи над несвідомими проблемами, які й призвели до кризи.

Гештальт-терапія сприяє актуалізації внутрішньоособистісних конфліктів, що може призводити до пошуку й особистісного зростання. Актуальність усвідомлення й зосередженості на теперішньому обумовлена тим, що люди, які потрапили в кризові ситуації, мають тенденцію переживати тільки травмуючі події минулого. Вони не живуть у сьогоденні й систематично не звертають уваги на необхідність усвідомлення того, що відбувається в конкретний момент у світі й усередині себе.

Поняття «Self», введене П. Гудманом, визначається як безперервний процес творчого пристосування людини до свого внутрішнього середовища й навколишнього світу. На відміну від психоаналітичного «Self», у гештальті це не фіксована сутність, а сукупність функцій, необхідних для творчого пристосування. Це специфічний для кожної людини процес, який характеризує її власний засіб реагування в конкретний момент і в конкретному просторі відповідно до її власного стилю.

У гештальт-підході «Self» функціонує в трьох режимах: як «Id», як «Ego» і як «Personality». Так, функція «Id» пов'язана з внутрішніми імпульсами, життєво важливими потребами й, особливо, із їхнім тілесним проявом. На відміну від «Id» функція «Ego» – це активна функція вибору або свідомої відмови. Функція «Personality» – це уявлення суб'єкта про себе самого, його власний образ, що дозволяє визнавати свою відповідальність за те, що він відчуває, і за те, що він робить. Після перенесення травмуючих ситуацій можуть страждати всі функції «Self».

Життя кожної людини – це безперервний процес задоволення потреб, для якого особистості необхідно вступити в контакт із собою, а потім – із навколишнім світом. Цього вимагає задоволення як «найпростіших» потреб, так і більш складних, вищих або мета-потреб. Процес задоволення потреби називається «контактом», а його опис – «циклом контакту». Іншими словами, щоб задовольнити будь-яку потребу, необхідно пройти «цикл контакту» (Рис.2).

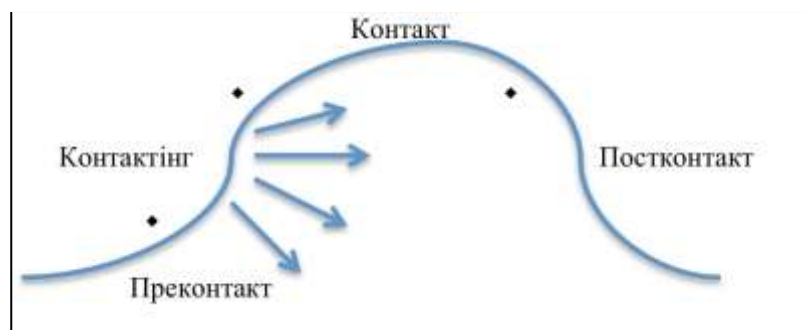


Рис. 2. Цикл контакту за П. Гудманом

Представлений цикл контакту включає декілька фаз.

1 фаза – преко́нтакт. На цій фазі відбувається усвідомлення потреби. Тобто людина спочатку починає відчувати певний дискомфорт, який, поступово посилюючись, дозволяє «виділити» потребу.

2 фаза – контакти́нг. Ця фаза характеризується процесом вибору стратегії реалізації потреби, визначеної на першій фазі.

3 фаза – конта́кт. Це фаза дії, безпосереднє задоволення потреби.

4 фаза – поста́конт. На цій фазі отриманий досвід асимілюється.

Після перебування в екстремальній ситуації можуть з'явитися проблеми з ідентифікацією потреб і проходженням циклів контакту. Серед таких ситуацій

у гештальті визначають гостру ситуацію високої інтенсивності й хронічну ситуацію низької інтенсивності.

Гостра ситуація високої інтенсивності характеризується такими ознаками:

- наявність невідкладної потреби, що супроводжується високим емоційним напруженням;
- сильна фрустрація при неможливості задовольнити потребу;
- висока інтенсивність негативних емоцій;
- мобілізація на повторні спроби.

У *хронічній ситуації низької інтенсивності* почуття приглушені, потреби й конфлікти усвідомлюються слабо.

2. Екзистенційна психотерапія наслідків травмуючої ситуації

Основна мета екзистенційної терапії – допомогти людині після потрапляння в складану життєву ситуацію краще розібратись у своєму житті, зрозуміти надані їй можливості й межі цих можливостей. При цьому екзистенційна терапія не претендує на зміну клієнта, на перебудову його особистості. У процесі психотерапії вся увага зосереджена на розумінні процесу конкретного життя, його суперечностей і парадоксів із урахуванням процесу травмування. Якщо людина сприймає дійсність не спотвореною, вона позбувається ілюзій і самообману, виразніше бачить своє покликання та свої цілі в житті, бачить сенс у повсякденних турботах, знаходить у собі мужність бути вільною й відповідальною за цю свободу. Іншими словами, екзистенційна терапія не стільки лікує, скільки навчає людину дисципліні й гармонізації життя.

Іншою фундаментальною особливістю екзистенційної терапії є прагнення до розуміння людини через призму її внутрішніх онтологічних характеристик або універсальних екзистенційних чинників. Це фактори, яким підвладне життя кожної особистості. Виділяється сім таких універсальних характеристик людини:

- усвідомлення буття;
- свобода, її обмеженість і відповідальність за неї;
- кінцевість людини або смерть;
- екзистенційна тривога;
- екзистенційна провина;
- життя в часі;
- сенс і його відсутність.

У процесі психотерапії клієнтів, які стали жертвами травмуючої ситуації, розглядаються установки клієнта по відношенню до цих універсальних обставин життя, у яких і приховані витоки психологічних труднощів і проблем.

Психологічне здоров'я й можливість появи психологічних розладів пов'язується зі справжніми й несправжніми способами існування. Жити справжнім життям, згідно з твердженнями екзистенційного терапевта Дж. Бьюдженталя, означає повністю усвідомлювати теперішній момент життя; обирати, як прожити цей момент, і прийняти відповідальність за свій вибір. У реальності це досить складно, тому більшість часу люди живуть нереальним життям, тобто схиляються до конформізму, відмовляються від ризику, пов'язаного з вибором, а відповідальність за власне життя намагаються перекласти на інших. Несправжній спосіб життя неминуче призводить до загострення почуття провини, страху перед смертю, втрати сенсу життя. Однак, не усвідомлюючи несправжності свого існування, людина може мучитися від страху, болю, апатії або пережити кризу, у процесі якої стане мудрішою.

В екзистенційній терапії терапевтичні зміни пов'язуються, насамперед, із розширенням свідомості клієнта, із появою нового розуміння свого життя, проблем і наслідків травматичного інциденту. Що робити з цим розумінням – справа й відповідальність самого клієнта. З іншого боку, реальні результати терапії мають виявлятися не тільки у внутрішніх змінах, але й обов'язково в реальних рішеннях і діях. Менше з тим, ці дії мають бути обдуманими, враховувати можливі негативні наслідки, мусять бути скоріше свідомими, ніж спонтанними.

3. Біхевіоральний підхід у роботі зі психотравмами.

У межах біхевіорального напрямку надання психологічної допомоги клієнтам, які стали жертвами травмуючої ситуації, можна розділити на два види. До першого виду відноситься швидка але короткотривала допомога, що дозволить клієнту оперативно знайти ресурси для опанування складної життєвої ситуації. Після такої підтримки варто пройти більш довгострокову психотерапію, яка призведе до триваліших змін; таку психотерапію можна віднести до другого виду психотерапевтичної допомоги.

Таблиця 2.

Методи поведінкової психотерапії

<i>Короткотривале полегшення</i>	<i>Довгострокові зміни</i>
Спонтанне розслаблення	Систематичне розслаблення
Внутрішнє відволікання	Вирішення проблем
Зовнішнє відволікання	Зміна установок
Позитивна самоінструкція	Бесіда
Відреагування	Систематична десенсибілізація
Зменшення дози стресу	Уявний стоп

До методів **короткочасного полегшення** переживання кризи відносяться прийоми поведінкової психотерапії, описані нижче.

Спонтанне розслаблення. Щоразу, коли клієнт зустрічається з об'єктами, які нагадують йому про заподіяні страждання; або ж приходять думки про травмуючу подію, йому пропонується кілька разів глибоко вдихнути й розслабитися, струснути опущеними руками, зробити кругові рухи плечима, дати собі інструкцію на розслаблення – «я абсолютно спокійний і розслаблений». У результаті має зменшитися доза стресу, що з'являється після появи болючих внутрішніх або зовнішніх стимулів.

Внутрішнє відволікання. Клієнтові пропонується уявити події, що викликали в минулому позитивні почуття, або пофантазувати з приводу очікуваних у майбутньому приємних речей. Найімовірніше відбудеться заміщення цими думками чи фантазіями думок і образів травмуючої події. Важливим у використанні запропонованої техніки є те, що емоційна інтенсивність цих переживань має бути не нижчою, аніж переживання, пов'язані з травмуючими подіями.

Зовнішнє відволікання. Разом із клієнтом необхідно визначити перелік занять, які зазвичай приносять йому задоволення. Дасться завдання займатися якомога частіше цими приємними справами. Якщо вже давно планується якийсь приємний захід, то цим рекомендується зайнятися негайно. Зовнішнім відволіканням можуть також послужити й не дуже приємні справи, які потребують повної уваги, а також інтенсивна зовнішня діяльність.

Позитивна самоінструкція може бути використана в терапії, якщо кризові події заважають клієнтові виконувати його прямі обов'язки, виступають внутрішнім бар'єром. Клієнту рекомендують подумки промовляти прості, спрямовані на успіх інструкції.

Відреагування. Негативні емоції можуть бути виражені за допомогою фізичних вправ, особливо з розряду східних практик або бойових мистецтв. Як і в психодрамі, клієнту можна допомогти виплакати, покричати, сказати голосно, допускаючи будь-які вирази, те, що він думає про кривдника.

Зменшення дози стресу. Якщо криза була викликана якоюсь подією, особистістю чи об'єктом, і ці стимули постійно трапляються клієнтові, то ступінь страждання можна зменшити.

До методів **довготривалих змін** переживання кризи відносяться описані нижче прийоми поведінкової психотерапії.

Систематичне розслаблення. Відрізняється від спонтанного тим, що клієнту дають завдання регулярно відвідувати заняття для тренування навичок релаксації в тренінговій групі або психотерапевтичному центрі. Із метою систематичного розслаблення використовують аутотренінг, м'язову релаксацію, йогу, масаж тощо.

Вирішення проблем. Багатьом клієнтам відчуття безпеки дає здійснення певних кроків із запобігання критичних подій у майбутньому.

Зміна установок – раціонально-емоційний тренінг. Якщо центр ваги проблем полягає в спотвореному уявленні про почуття обов'язку й надмірному

почутті провини, то корисно провести аналіз настанов і пройти курс когнітивної терапії, наприклад, раціонально-емоційний тренінг за А. Еллісом.

Бесіда. Відкрита розмова чи комунікація в поведінковій терапії вважається найбільш цивілізованим способом вирішення проблем. Клієнту пропонується скласти перелік осіб, із якими він може обговорити свою біду. Ці бесіди не обов'язково мають бути приємними, але обов'язково – відкритими й чесними. Очікується, що пряма розмова «зніме камінь із душі» й дозволить перевірити деякі, можливо хибні, припущення. Такі бесіди часто вимагають тривалого часу й детального розбору на наступних зустрічах із психотерапевтом.

Систематична десенсибілізація. Ця техніка полягає в пред'явленні стимулу, який викликає неприємні емоції на тлі релаксації. При правильному застосуванні методу стимули, що раніше викликали негативні почуття, після тренінгу автоматично викликають релаксацію.

Уявний стоп. Кожного разу, коли клієнту спадають на думку тривожні розмірковування про пережите, йому пропонується говорити собі «стоп» або уявляти відповідний образ, робити невелику паузу й переходити до зовнішнього чи внутрішнього відволікання. Цей прийом також вимагає багаторазового повторення й контролю психотерапевтом. Очікується, що частота «стопів» із часом зменшується.

4. Арттерапія в роботі зі психотравмами

Арттерапія – терапія за допомогою різних видів мистецтва, один із сучасних напрямів психотерапії. Дослідниця І. Сусаніна характеризує арттерапію як галузь, у якій невербальна мова мистецтва використовується для розвитку особистості, як засіб, що дає змогу контактувати з глибинними аспектами життя, з внутрішньою реальністю, що складається з думок, почуттів, сприйняття й життєвого досвіду. Арттерапія ґрунтується на тому, що художні образи здатні допомогти клієнтові зрозуміти самого себе й через творче самовираження позбутися наслідків травмуючої ситуації.

До основних завдань арттерапії відносять такі: діагностика психологічних проблем; створення умов для адекватного виходу агресії та інших негативних проявів людини; створення атмосфери психологічної безпеки; вираження й вербалізація почуттів і переживань; підвищення самооцінки; розвиток творчих здібностей. Методи арттерапії через самовираження й самопізнання допомагають зрозуміти й оцінити власне минуле, розглянути сьогодення, створити образи та перспективи майбутнього.

Переваги арттерапії в роботі з травмуючими ситуаціями

➤ Арттерапія, знаходячись поза повсякденними стереотипами, розширює життєвий досвід, додає впевненості у своїх силах. Цей ресурс особливо важливий для людей, які пережили травмуючу ситуацію. Чим краще

людина вміє виражати себе, тим повноціннішим є її відчуття себе як особистості, яка зможе опанувати будь-які життєві негаразди.

➤ Арттерапія формує творче ставлення до життя з його проблемами й наслідками травмуючої ситуації, уміння бачити розмаїття способів і засобів досягнення мети, розвиває приховані здібності до творчого вирішення складних життєвих ситуацій.

➤ Через роботу з багатогранними й невичерпними символами мистецтва розвивається асоціативно-образне мислення, а також блоковані або слаборозвинені системи сприйняття.

➤ Арттерапевтичні техніки дають можливість безболісного доступу до глибинного психологічного матеріалу, пов'язаного з травмою. Вони стимулюють опрацювання несвідомих переживань, забезпечуючи додаткову захищеність і знижуючи опір змінам.

➤ Інтеграція різних психічних функцій задіює весь потенціал людини для цілеспрямованої реконструкції особистості. Людина відкриває загальні закономірності творчого процесу як у мистецтві, так і в житті. Поступово два поняття з'єднуються в одне – мистецтво жити, тобто вміння складати з мозаїки подій, явищ, уявлень цілісну картину навколишнього світу, вносити порядок у хаос і робити з нього щось, що має сенс.

Усі ці переваги свідчать про те, що арттерапія сприяє створенню максимально комфортних умов для роботи з клієнтами, які стали жертвами травмуючої ситуації.

Напрями арттерапії

Сучасний розвиток арттерапії набирає великих обертів і щоразу відкриваються нові напрями психотерапевтичної роботи за допомогою засобів мистецтва. Розглянемо деякі з них.

Казкотерапія – це терапія, у якій казкова форма використовується для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, удосконалення взаємодії з навколишнім світом.

Ігрова терапія – метод психотерапевтичного впливу на дітей і дорослих за допомогою гри. Гра суттєво впливає на розвиток особистості, сприяє створенню близьких відносин між учасниками групи, допомагає зняти напруження, підвищує самооцінку, дозволяє повірити в себе в різноманітних ситуаціях спілкування, знімаючи небезпеку соціально значущих наслідків. Ігрову терапію можна описати як досвід почуттів і бажань людини, що показуються на іграшках. Клієнт вибирає такі іграшки, на які він може проєктувати власний минулий досвід, потім використовує ці об'єкти, щоби застосувати на них досліджувані ролі та взаємини.

Розглядаючи ігрову терапію як напрям арттерапії, необхідно звернути увагу на такі її характеристики: «гравець» виконує реальну діяльність, здійснення якої потребує дій, пов'язаних із вирішенням конкретних, іноді нестандартних, завдань; ця діяльність носить умовний характер, що дозволяє відволіктися від реальної ситуації з її відповідальністю й численними

обставинами; особливими ознаками розгортання гри є швидкоплинні ситуації, які й визначають напрям подальшої психотерапевтичної роботи.

Ізотерапія – це різновид арттерапії, терапія образотворчим мистецтвом, передовсім малюванням. Заняття арттерапією носять спонтанний характер і спрямовані більше на процес, ніж на результат. Стан вільної творчості дає емоційну розрядку, можливість самовираження.

У такий спосіб ізотерапія допомагає клієнту відчувати й зрозуміти самого себе, вільно виразити власні почуття й думки, бути самим собою, а також звільнитися від негативних переживань минулого.

Колажування – один із різновидів арттерапії, що полягає в прикріпленні (приклеюванні) до відповідної основи різноманітних матеріалів, які відрізняються від неї за кольором і фактурою. Матеріалом для колажу можуть слугувати глянцеві журнали, різноманітні зображення, природні матеріали, предмети, виготовлені чи перетворені його творцями.

Колажування, як і будь-яка візуальна техніка, дає змогу розкрити потенційні можливості людини, передбачає великий ступінь свободи, є безболісним методом роботи з особистістю, спирається на позитивні емоційні переживання, пов'язані з процесом творчості. Також при виготовленні колажу не виникає напруження, пов'язаного з відсутністю в учасників художніх здібностей, ця техніка дозволяє кожному одержати успішний результат. Колажування допомагає визначити актуальний психологічний стан людини, виявити зміст її самосвідомості, особистісні переживання.

Значно розширити можливості техніки колажування може її інтеграція з іншими арттехнологіями. Наприклад, включення в колаж малюнків, особистих фотографій учасників, авторами яких вони є, або на яких вони зображені, а також використання колажу в перформансі й інсталяції. Колажування як арттехнологія передбачає широкий спектр застосування й дозволяє вирішувати велике коло завдань.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть і опишіть сім універсальних характеристик людини, що виділяються в екзистенційному напрямі.
2. Проаналізуйте й розкрийте поняття «хронічна ситуація низької інтенсивності».
3. Розкрийте роль танцювально-рухової терапії в роботі з травмуючими ситуаціями.
4. Охарактеризуйте основні принципи й особливості роботи з травмуючими ситуаціями в когнітивно-поведінковому напрямі.
5. Розкрийте роль психодрами в роботі з травмуючими ситуаціями.

Завдання для практичного виконання

- I. Здійсніть порівняльний аналіз механізмів психологічного захисту в психоаналітичному й гештальт підходах .
- II. Розкрийте основні методи роботи з наслідками травмуючої ситуації та класифікуйте їх за психотерапевтичними напрямками.

Рекомендована література

Основна: 2, 5. Додаткова: 4, 6.

Тема 11

Загальна характеристика інфантильної травми

Мета: ознайомитися з поняттями «інфантильна травма» й «амнезія дитинства», вивчити вплив на дитину парентифікації.

Ключові терміни: *інфантильна травма, травми розвитку, подвійне послання, дезорганізована прив'язаність, амнезія дитинства, парентифікація.*

План

1. Поняття інфантильної травми й умов її виникнення.
2. Амнезія дитинства.
3. Парентифікація й умови її формування.
4. Дезорганізована прив'язаність і подвійне послання.

1. Поняття інфантильної травми й умов її виникнення

Інфантильна травма – це подія або досвід, який спричиняє значну дистрес-реакцію в дитини й може викликати негативні наслідки в її психічному, фізичному здоров'ї, поведінці й розвитку. Вчасне виявлення та допомога в таких випадках дуже важливі.

Дитячі психологічні травми часто мають серйозні наслідки, які можуть проявитися одразу після травми або й через кілька років. Наприклад, діти можуть страждати від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що проявляється у вигляді нічних жахів, болючих спогадів, тривожності, депресії та інших проблем.

Ознаки дитячої психологічної травми можуть бути різними й залежать від типу травми та віку дитини. До цих ознак належать зокрема такі:

- поведінкові зміни – агресивність, відчуженість, недостатній контакт із оточуючими, страх, плаксивість;
- емоційні прояви – тривога, страх, депресія, недовіра, зниження самооцінки;

- фізичні симптоми – головні болі, болі в животі, недоїдання, надмірне використання лікарських засобів;
- проблеми зі сном – боязнь спати, нічні кошмари, проблеми зі засинанням.

4 етапна модель розвитку дитини за Дж. і Б. Уайнхолд
1 стадія – співзалежності (від народження до 9-ти місяців). Повне злиття.
2 стадія – протизалежності (до 3-х років). Покроковий процес сепарації. Поступовий відхід дитини від батьків. Відділення в окрему особистість.
3 стадія – незалежності (до 6-ти років). Автономія.
4 стадія – взаємозалежності (до 29-ти років). Близькість.

2. Амнезія дитинства

Пам'ять вимагає певного ступеня дозрівання мозку, тому не варто дивуватися, що дитяча пам'ять досить швидкоплинна й тендітна. У результаті діти старшого віку й дорослі відчують інфантильну амнезію – *неможливість згадати спогади з перших кількох років життя*. Для пояснення цього явища науковцями було запропоновано кілька гіпотез. Із біологічної точки зору було висловлено припущення, що інфантильна амнезія обумовлена незрілістю дитячого мозку, особливо тих областей, які мають вирішальне значення для формування автобіографічної пам'яті, зокрема гіпокампа. Із когнітивної точки зору було запропоновано, що відсутність лінгвістичних навичок немовлят і малюків обмежує їхню здатність психічно представляти події, тим самим знижуючи здатність кодувати пам'ять. Ба більше, навіть якщо немовлята формують такі ранні спогади, старші діти й дорослі можуть не мати до них доступу, оскільки вони можуть використовувати дуже різні, більш лінгвістично зумовлені сигнали пошуку. Нарешті, соціальні теоретики стверджують, що епізодичні спогади про особистий досвід можуть залежати від розуміння «Я», чогось, чого явно не вистачає немовлятам і малюкам.

Однак у серії розумових досліджень Керолін Роув-Кольє та її колеги продемонстрували, що немовлята можуть запам'ятовувати події зі свого життя, навіть якщо ці спогади недовговічні. Тримісячних немовлят навчали, що вони можуть змусити мобіль, підвішений над ліжечком, трястися. Немовлят поміщали в ліжечко на спину; до ніжки прив'язували один кінець стрічки, а до мобіля – інший. Спочатку немовлята робили випадкові рухи, але потім розуміли, що, рухаючи ногами, вони можуть змусити мобіль рухатись. Після двох 9-хвилинних сеансів із мобілем, його забрали з поля зору дітей. Через тиждень мобіль був знову представлений одній групі немовлят, і більшість дітей одразу почали активно рухати ногами, вказуючи на те, що пам'ятають свій

попередній досвід. Другій групі немовлят мобіль показували через два тижні, і діти робили лише випадкові рухи – пам'ять згасла (К. Роув-Кольє, 1987; Джайлс і К. Роув-Кольє, 2011). К. Роув-Кольє та Х. Хейн (1987) виявили, що 3-місячні діти можуть запам'ятати мобіль і через два тижні, якщо вони спостерігали за тим, як він рухається, навіть не будучи прив'язаними до нього. Це нагадування допомогло більшості немовлят запам'ятати зв'язок між їхніми рухами ногами й рухом мобіля. Як і багато дослідників дитячої пам'яті, К. Роув-Кольє (1990) визнавала дитячу пам'ять дуже залежною від контексту. Іншими словами, сеанси з мобілем і пізніші сеанси пошуку мали проводитися за дуже подібних обставин, інакше немовлята не запам'ятовували свого попереднього досвіду. Наприклад, якби перший мобіль мав жовті блоки з синіми літерами, але на пізньому сеансі блоки були синіми з жовтими літерами, немовлята не впізнавали б його.

3. Парентифікація й умови її формування

І. Бузормені-Надь і Дж. Спарк у 1973 р. визначили парентифікацію як спотворення або відсутність кордонів між сімейними підсистемами, у результаті чого діти перебирають на себе ролі й обов'язки дорослих.

Іншими словами, парентифікована дитина стає своєрідним батьком/матір'ю для своїх братів і сестер або навіть і для батьків. Такі діти занадто швидко дорослішають через нездатність або небажання батьків виконувати домашні обов'язки.

Їхні батьки (чи один із них) можуть мати залежність, інвалідність, нехтувати дітьми або просто дуже багато працювати, намагаючись фінансово забезпечити сім'ю. Дитина також може виконувати батьківську роль після смерті або розлучення батьків.

Типовий приклад: хлопчик, якому родичі після смерті батька з найкращих міркувань говорять, що він тепер – «головний чоловік у родині». У цьому випадку дитина може дуже серйозно сприйняти цю роль, оскільки буде боятися, що мати, брати й сестри без нього не впораються.

Існує два основних типи парентифікації: емоційна й інструментальна.

Емоційна парентифікація передбачає, що дитина відчуває себе відповідальною за емоційне щастя інших членів сім'ї. Дитина може давати емоційну підтримку батькам, але натомість не отримувати її. На її емоційну підтримку також можуть розраховувати брати й сестри. Якщо батьки недбалі або ображають дітей, старша дитина може піклуватися про те, щоби брати і сестри відчували себе в безпеці й любові.

Інструментальна парентифікація спостерігається тоді, коли дитина бере участь у фізичній підтримці сім'ї. Такі діти можуть готувати вечерю для молодших братів і сестер, поки батьки ще на роботі, відводити молодших братів і сестер до школи, а потім зустрічати їх або навіть піклуватися про батьків, якщо це пов'язано з інвалідністю, хворобою чи залежністю. Багато молодих «опікунів» є парентифікованими дітьми.

Парентифіковані діти часто можуть здаватися старшими за свій біологічний вік, більш розвиненими, зрілими й дуже здібними. Це дійсно так, але натомість вони втрачають цінні миті свого дитинства.

4. Дезорганізована прив'язаність і подвійне послання

Дезорганізована прив'язаність формується в тому випадку, коли мати чи інший значимий дорослий, який піклується про дитину, зникає на цілі тижні, буквально віддає дитину іншим людям, а потім з'являється знову. Такі ситуації часто зустрічалися в поколінні людей, народжених у 60-ті роки ХХ ст., коли, наприклад, молода мати-студентка віддавала немовля бабусі на кілька тижнів або місяців, потім забирала, відтак віддавала знову. З точки зору дитини це здається дуже небезпечним і непередбачуваним, і така непередбачуваність лякає.

Представлена класифікація демонструє ступінь порушення або травмованості, у психологічній літературі можна знайти класифікацію стилів прив'язаності за сценаріями поведінки, які люди обирають для компенсації травми (наприклад, класифікація психоаналітика Джона Боулбі).

Запитання для самоконтролю

1. Що таке інфантильна травма?
2. За яких умов і причин найбільш вірогідним є виникнення амнезії дитинства?
3. Як впливає на взаємини з батьками парентифікація в дитячому й у дорослому віці?
4. Вплив подвійних послань на формування дезорганізованої прив'язаності.
5. Які наслідки можуть мати інфантильні травми?

Завдання для практичного виконання

I. Вправа для роботи з дитячим досвідом.

Напишіть 2 списки (для матері й для батька):

- все, що важливо було б отримати від них;
- все, що ви не отримали (те, що потрібно оплакати);
- все, що отримали, але вам непотрібно було або нашкодило вам (те, що потребує роботи з образами й гнівом).

Рекомендована література

Основна: 1, 3. Додаткова: 2, 5.

Тема 12

Особливості роботи з тілесними затисками в межах психологічної допомоги

Мета: вивчити фізіологічні й психологічні теорії психосоматичних розладів, засвоїти знання щодо роботи з тілесними затисками й навчитися практичному впровадженню цих знань у роботі зі психосоматикою.

Ключові терміни: *тілесні затиски, м'язовий панцир, тілесно-орієнтована терапія, психосоматичні розлади, релаксація, м'язова броня, напруження, боротьба, психофізіологія*

План

1. Загальнофізіологічні й психологічні теорії психосоматичних розладів (реакції боротьби й утечі, реакції напруження й релаксації, поняття м'язової броні).
2. Тілесні затиски та психосоматичні розлади.
3. Показання й перспективи до застосування методу В. Райха, базові поняття методу.

1. Загальнофізіологічні й психологічні теорії психосоматичних розладів

Існує кілька найбільш відомих і визнаних теорій виникнення психосоматичних розладів. Перша з них – концепція «особистісних профілів» Фландерс Хелен Данбар. Відповідно до цієї концепції, якщо емоція не отримала відповідного висловлення, то хронічна напруга виливається в хронічні супутні вегетативні зсуви. На відміну від Ф.Александера, дослідниця намагалася знайти кореляцію між соматичними типами реакцій і певними постійними особистісними параметрами. Так, Ф.Данбар описує 8 особистісних констеляцій: «виразкова особистість», «коронарна особистість», «артритична особистість», «особистість, схильна до нещастя» тощо.

Ще однією концепцією виникнення психосоматичних розладів є концепція умовних рефлексів і кортико-вісцеральна теорія. Експериментально було показано, що приступи бронхіальної астми на введення антигену у тварин можна умовно-рефлекторно пов'язати з акустичним сигналом уже через кілька підкріплень. А якщо отримати два умовних рефлекси з протилежними реакціями і далі дати відповідні подразники одночасно, то експериментальні тварини демонструють поведінкові й вегетативні порушення аж до незворотних органічних уражень (гіпертонія, інфаркт міокарда).

2. Тілесні затиски та психосоматичні розлади

Виникнення тілесних блоків (затискачів).

Якщо доросла людина блокує переживання почуттів один раз, то ймовірно це ніяк не позначиться на її зовнішності. Психіка людини здатна до самовідновлення, і навіть якщо вона свідомо нічого не робитиме для переживання заблокованого почуття, на допомогу можуть прийти сни, які дають змогу екологічно опрацювати отримані денні враження. Проте якщо блокування переживань є звичною стратегією людини, починаючи з її дитинства, якщо якість із напружень виявляється звичним для психіки, тоді в дорослому віці його можна буде побачити буквально неозброєним поглядом. Наприклад, звично напружені жовна на вилицях найімовірніше означають затиснуті емоції розпачу, плач, результати установки «хлопчики не плачуть». Звично напружені плечі, втягнута в них шия – це спроба приховати від себе власний страх і прагнення не відчувати його. Напружений живіт і заблоковані стегна свідчать про проблеми у сфері сексуальності.

Найчастіше подібні тілесні блоки виникають ще в дитинстві, коли свідомі можливості переживання почуттів дитиною ще слабкі, наприклад, якщо батьки не прийшли на допомогу, а сам впоратися не можеш. У цьому випадку «законсервувати» небезпечне почуття до кращих часів є досить розумною стратегією. Правда, це позначається на розвитку тіла, виникає так званий «м'язовий панцир», який звично захищає від певних почуттів, але коли йдеться про виживання, краще почуватися «в панцирі», але живим.

На відміну від типу статури, яку неможливо змінити, від м'язового панцира можна позбутися, повернувши чутливість власного тіла.

3. Показання й перспективи до застосування методу В. Райха, базові поняття методу

В. Райх запропонував власну структуру особистості, що складається з трьох автономних рівнів: «удавано-соціальний рівень» (або «поверхневий»), «рівень вторинних імпульсів» («проміжний») і «біологічне ядро» («глибинний»). На цьому рівні людина є емоційно здоровою, гармонійною, здатною на щире кохання. Присвятивши ряд робіт вивченню невротів і біологічної енергії людського організму, В. Райх вважав, що характер людини містить постійний патерн захистів. Хронічні м'язові затиски блокують три основних емоційних стани: тривожність, гнів і сексуальне збудження. Панцир характеру є функціонально тотожним із перенапруженням м'язів, м'язовим панциром. Хронічні напруження блокують енергетичні потоки, що лежать в основі сильних емоцій.

Основна цінність тілесно-орієнтованих технік зумовлена їхньою наочністю й об'єктивністю. Тіло – це те, що можна відчути, до чого можна торкнутися й притиснутися, воно відразу дає зрозуміти, добре йому чи погано. Тіло може зіщулитися, стати жорстким і напруженим, може розслабитися, стати м'яким і пластичним. Воно ніколи не обманює людину у своїх реакціях. Окрім

наочності цінність тілесних методів полягає також і в їхній значній результативності стосовно потенційно змінюваної патогенної динаміки особистості.

Запитання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність поняття «м'язова «броня».
2. Які основні психосоматичні розлади ви знаєте?
3. Назвіть основні засади методу В. Райха.
4. Розкрийте основну ідею концепції «особистісних профілів» Фландерс Данбар.
5. У чому полягає основна цінність тілесно-орієнтованих технік?

Завдання для практичного виконання

- I. Описати свій актуальний психоемоційний і фізичний стан, зробити вправу, наведену нижче, проаналізувати динаміку стану, записати зміни.
- II. Вправа. Частина №1 – витягнутися в струнку, напружуючи всі частини тіла, зображуючи собою високе дерево; простояти не ворухнувшись кілька хвилин. Частина №2 – різко розслабити тіло й стати на якийсь час «медузою». Двічі-тричі змінити ці положення.

Рекомендована література

Основна: 1, 5. Додаткова: 2, 3.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРАВМУЮЧУ СИТУАЦІЮ

Тема 13

Методи роботи з травмуючими ситуаціями

Мета: вивчити основні методи втручання, актуальні при роботі з травмуючими ситуаціями.

Основні поняття

Ключові терміни: арттерапія, візуально-кінестетична дисоціація (ВКД), дисоціація, когнітивна переоцінка події, когнітивна психотерапія, метафоричні карти, нейролінгвістичне програмування, ослаблення травматичного інциденту (ОТІ), основне ОТІ, тематичне ОТІ, якір.

План

1. Ослаблення травматичного інциденту (ОТІ).
 - 1.1. Особливості використання техніки ОТІ.
 - 1.2. Етапи роботи з технікою ОТІ.
2. Візуально-кінестетична дисоціація (ВКД).
3. Метафоричні карти в роботі з травмуючими ситуаціями.

1. Ослаблення травматичного інциденту (ОТІ)

1.1. Особливості використання техніки ОТІ

Автором техніки ослаблення травматичного інциденту є Ф. Джербод. Ця техніка полягає в перегляді, візуалізації, повторному переживанні травматичної події (без переривань, інтерпретацій і підбадьорення). Це може бути перегляд одного відокремленого епізоду події або серії подій, узагальнених однією темою (*основне* або *тематичне* ОТІ), що веде до суті травми. За допомогою цього методу відбувається когнітивна переоцінка події.

У цьому методі підкреслюється нейтральність терапевта. Клієнт є оглядачем, терапевт – фасилітатором, а процес називається «переглядом».

Необхідними умовами для роботи є досить бадьорий стан клієнта на початку сеансу, довіра до терапевта й готовність вирішувати проблему. Одне із завдань психотерапевта – забезпечити клієнту безпечне терапевтичне оточення, а також переконатися в тому, що він хоче працювати з проблемою.

Місце для терапії має бути ізольованим, щоб ходу роботи нічого не заважало. Процедура може зайняти багато часу, але ні психотерапевт, ані клієнт не мають поспішати.

Спілкування з клієнтом схематичне й чітко визначене. Психотерапевт займає нейтральну позицію, він приймає без коментарів усе, що б клієнт не говорив. Психотерапевт не має дозволяти собі жодних оцінок. Навіть якщо в нього виникають емоційні реакції, їх не слід проявляти. У клієнта може бути сильна емоційна реакція, він може захотіти зупинитися – психотерапевт мусить його підтримати, щоб він продовжував роботу, допомогти йому знову зустрітися з тим, що він пережив під час травматичної події. Завдання терапевта – довести сесію до успішного завершення.

Техніка проведення ОТІ дуже проста. Терапевт пояснює основні правила й описує процедуру: «Ви маєте слідувати інструкції та робити те, що я скажу. Ми повинні працювати без перерви. Ваше завдання – згадати епізод, пройти через нього багаторазово. Працюємо до результату; зупинимося, коли відчуєте себе краще. Можливо, вам захочеться зі мною щось обговорити, запитати поради, але цього ми не будемо робити. Я не буду давати поради, не буду вас оцінювати. Що було, те було. Зараз перед нами стоїть завдання, щоб ці спогади не заважали жити. Ми не будемо докладно обговорювати ваш випадок; я поясню, що потрібно робити. Вам не слід ні з ким обговорювати те, що станеться на сесії».

1.2. Етапи роботи з технікою ОТІ

Згадайте травматичний інцидент. Уявіть собі, що ви ніби дивитися фільм на відео. Перегляньте подію й покроково дайте відповідь на запитання.

1 крок. Коли це відбулося?

2 крок. Де це сталося?

3 крок. Як довго це тривало? Якщо це ланцюжок подій, згадайте першу подію.

Коли визначите, як довго тривала подія, переходьте до наступного кроку.

4 крок. Поверніться до початку інциденту.

5 крок. «Увімкніть» кнопку «відео», почніть «перегляд». (Якщо необхідно, закрийте очі.) Що Ви уявляєте, бачите, відчуваєте? Коротко розкажіть про це.

6 крок. Перегляньте подію, пройдіть через інцидент до кінця. Дайте мені знати, коли завершите «перегляд».

7 крок. Скажіть, що сталося? Що ви уявляєте, бачите, чуєте, відчуваєте? Коротко розкажіть.

8 крок. Вам потрібно пройти через цей епізод багато разів. Це схоже на повторний перегляд фільму, коли щоразу помічаєш усе більше деталей, але емоційні реакції зменшуються. Після багаторазового перегляду цього «фільму», ви можете розповісти те, що захочете; можете мені розповісти тільки про нові деталі, які ви помічаєте при повторному «перегляді». Коли закінчите «перегляд», знову повертайтеся на початок.

9 крок. Після того, як ви декілька разів «переглянете» свій «фільм», я хочу дізнатися, як ви почуваетесь. Інцидент стає легшим чи важчим?

Якщо клієнт говорить, що йому стає легше, необхідно почати спочатку; якщо важче або без змін, запитайте: «Можливо, інцидент почався раніше?». При позитивній відповіді слід попросити звернутися до більш раннього епізоду, пройшовши кроки 5–8.

Якщо клієнт не може згадати більш ранні епізоди, слід запитати його, чи є має він у власному досвіді що-небудь, що нагадує ситуацію травми? Якщо відповідь позитивна, терапевт просить клієнта згадати цю подію, свої почуття, думки. У цьому випадку слід повторити кроки 1–8.

Коли в психотерапевта створюється враження, що клієнт досяг «фіналу», він задає запитання типу: «Як інцидент представляється Вам тепер? Чи усвідомлюєте Ви, які рішення приймали під час події?»; «Чи є що-небудь, що Ви хотіли б запитати чи сказати до кінця сесії?».

Рішення про закінчення процедури ОТІ приймається зазвичай тоді, коли можна спостерігати зміну емоційних і вегетативних реакцій. Також клієнт при кожному «перегляді» помічає більше деталей, більше коментує, висловлює більше суджень. У випадку, коли клієнт зазначає, що його стан погіршився після процедури ОТІ, або він ідентифікував ще одну травматичну подію, то процедуру необхідно повторити.

Якщо психотерапевту доводиться працювати з невизначеним запитом, наприклад, «Я боюся бути серед людей», то необхідно йому запропонувати переглянути останній випадок, коли він відчував це почуття, поступово повертаючись до первинної травми.

2. Візуально-кінестетична дисоціація (ВКД)

Метод ВКД дещо схожий на метод ОТІ, розглянутий у попередньому підрозділі. Розроблений Р. Бендлером і Дж. Гріндером, метод ВКД використовується в практиці нейролінгвістичного програмування (НЛП). Одним із базисних положень НЛП є твердження, що кожна людина володіє прихованими, невикористаними психічними ресурсами. Головні завдання терапії – забезпечення доступу клієнта до цих прихованих ресурсів, вилучення їх із підсвідомості, доведення до рівня свідомості, а потім навчання клієнта тому, як ними користуватися.

Метод візуально-кінестетичної дисоціації ефективний у роботі з фобіями, неприємними спогадами й ПТСР. Він схожий на «Ослаблення травматичного інциденту», оскільки полягає в перегляді травматичних сцен, але перегляд здійснюється зі встановленням якоря на безпечне місце.

Опишемо процедуру крок за кроком, але цей поділ є досить умовним і використовується тільки для полегшення запам'ятовування.

Крок 1. Ідентифікуйте проблему. Попросіть клієнта згадати неприємний випадок, страх або травмуючу подію.

Крок 2. Встановіть сильний ресурсний якір на стан комфорту, безпеки й сили. Для того, щоб це зробити, попросіть клієнта згадати такий момент зі свого життя, коли він був найбільш упевнений у собі, почувався безпечно й комфортно. Попросіть клієнта в той момент, коли його переживання буде максимальним, подати вам умовний сигнал. На висоті переживання м'яко натисніть на область передпліччя, плеча або коліна. Тепер цей ресурсний стан асоційований із вашим дотиком. Коли ви наступного разу так само торкнетеся клієнта, це поверне його в ресурсний стан. Іншими словами, на цей стан ви поставили якір.

Крок 3. Утримуючи якір, попросіть клієнта побачити себе перед початком травматичної події: «Уявіть, що ви знаходитесь в кінотеатрі або дивитесь відео. Подивіться на себе в чорно-білому зображенні: що ви робите перед початком травматичної події, остання благополучна сцена перед травмою (подвійна дисоціація)».

Крок 4. Запропонуйте клієнту «вийти» зі свого тіла й побачити себе поруч із вами, побачити людину, яка дивиться на себе до початку травмуючої події. У такий спосіб клієнт може спостерігати за собою ніби з трьох позицій (потрійна дисоціація). Це і є стан якоря.

Крок 5. Попросіть клієнта почати перегляд «фільму», який містить травму. Попросіть його переглянути травматичну подію, спостерігаючи за тим собою, який дивиться фільм. Слідкуйте за тим, щоб він постійно зберігав кінестетичну дисоціацію від травматичного досвіду. Для цього використовуйте ресурсний якір і вербальну підтримку, заохочуючи його йти далі й нагадуючи, що він зараз знаходиться поруч із вами в цілковитій безпеці та спостерігає за тим собою, хто дивиться фільм. «Спостерігач» має обговорити, що відбувається на «екрані» після останньої благополучної сцени. Тепер «спостерігач» бачить, що відбувається у фільмі, і може обговорювати це більш об'єктивно. Протягом розкриття нових моментів, подія переживається без почуття страху й тривоги.

Крок 6. Коли переживання повністю переглянуте, поверніть клієнта з третього місця на друге, інтегруючи візуальну перспективу з його справжніми почуттями.

Крок 7. Попросіть сьогоdnішнього клієнта підійти до того себе, хто щойно пройшов через травматичний досвід, і забезпечити в цьому стані необхідний спокій, упевненість і безпеку.

Крок 8. Коли «сьогоdnішній» клієнт переконається, що той він, із «минулого» приймає його, запропонуйте, щоб візуалізований образ із минулого увійшов усередину тіла «сьогоdnішнього» клієнта й інтегрувався з ним. Якщо в певний момент клієнт починає переживати негативні почуття з минулого, поверніть його в поточний момент, відновіть ресурсний якір і дайте вербальну підтримку.

Крок 9. Підлаштування до майбутнього. Попросіть клієнта побачити себе в майбутньому в тих ситуаціях, які раніше були проблемними. Тут слід звернути особливу увагу на те, чи немає старих кінестетичних реакцій. Якщо зберігаються проблеми, повертайтеся на крок 2 й повторюйте процес доти, доки

новий стан не буде стійким. Іноді достатньо переглянути подію один раз, іноді – кілька разів.

Крок 10. Поведінковий тест. Якщо через деякий час у певних життєвих ситуаціях у клієнта знову виникають проблеми, попрацюйте з ним іще раз. Перевірка життям – найкращий тест.

Так ми спочатку дисоціюємо клієнта, а потім знову асоціюємо, але вже з іншими якостями переживання. Важливо помістити страх, травмуючі спогади між періодами безпеки. Ми йдемо від безпечного стану до травматичного моменту.

Слід враховувати, що методи НЛП досі не отримали явних підтверджень своєї ефективності, а також не виключені й можливі негативні наслідки їхнього використання.

3. Метафоричні карти в роботі з травмуючими ситуаціями

В усі часи людина надавала картам особливого значення. В одному зображенні різні люди побачать абсолютно різні образи або феномени, і у відповідь на цей стимул (візуальний образ) кожен винесе свій внутрішній зміст актуальних переживань. У сучасній психології широко використовуються метафоричні асоціативні карти.

Психолог Є. Морозовська пропонує визначення метафоричних асоціативних карт як набору картинок завбільшки з гральну карту або листівку, що зображують людей, їхню взаємодію, життєві ситуації, пейзажі, тварин, предмети побуту, абстрактні картини. Деякі набори карт містять зображення з написом, інші включають карти з картинками й карти зі словами. Поєднання слів і картин створює гру смислів, збагачує при переміщенні в той чи інший контекст, вивченні однієї чи іншої теми, актуальної для клієнта в певний час.

Важливо зазначити, що асоціації, які виникають у людини при описі метафоричних карт, а також коментарі до них виявляють актуальні переживання й потреби, показують основні страхи й бажання, внутрішні конфлікти, визначають особисті риси, життєві стратегії та цілі.

Автором перших метафоричних асоціативних карт вважають канадського художника Елі Рамана. У 1975 році, маючи на меті винести мистецтво з галерей і наблизити його до людей, художник створив першу колоду карт під назвою «ОН» (англ. – подив). У 1983 році психотерапевт Морітц Егетмейер розгледів у картах «ОН» довгоочікуваний інструмент, за допомогою якого можна підштовхнути клієнта до відвертої розмови про себе й свої проблеми. Так виникли метафоричні асоціативні карти.

До основних функцій метафоричних асоціативних карт відносять комунікативну, стимулювальну, організаційну, фокусувальну.

Комунікативна функція пов'язана з тим, що метафоричні асоціативні карти можуть передавати почуття й уявлення, тобто бути засобом прийняття, переробки й передачі інформації.

Стимулювальна функція пов'язана з активізацією інтелекту й різних сенсорних систем. Поєднання метафоричних асоціативних карт із іншими видами творчої діяльності посилює цю функцію, що відіграє важливу роль у мотивації людей із депресивними ознаками.

Організаційна функція пов'язана з тим, що зображення й написи до карток сприяють не тільки узгодженій роботі сенсорних систем, а й іншому процесу когнітивного синтезу.

Фокусувальна функція пов'язана зі здатністю метафоричних асоціативних карт до активізації спогадів при зосередженні уваги людини на певному об'єкті. Ця функція метафоричних асоціативних карт дозволяє зафіксувати «потреби, почуття й думки» людини, зробити їх більш помітними.

Науковці виділяють такі основні властивості метафоричних асоціативних карт:

- дають змогу обійти внутрішній опір і раціональне мислення шляхом зниження свідомої цензури;
- знижують внутрішнє напруження й опір;
- створюють атмосферу безпеки й довіри;
- дають змогу швидко й наочно отримати необхідний обсяг інформації для якісної роботи з клієнтом і глибоко діагностувати його проблему;
- дають змогу наочно побачити картину будь-яких міжособистісних відносин;
- показують картину взаємин людини з будь-якими ідеями та образами, із її зовнішньою або внутрішньою реальністю, створюючи діалог між її зовнішнім і внутрішнім світом;
- дають змогу прояснити й усвідомити актуальні переживання й потреби клієнта, його незавершені внутрішні процеси;
- дають змогу моделювати процеси минулого й майбутнього, працювати з лінією часу;
- дають змогу звернутися до психотравмуючої ситуації клієнта через метафору, уникаючи його додаткової ретравматизації;
- запускають внутрішні процеси самоцілення клієнта;
- створюють безпечний для клієнта контекст пошуку й моделювання рішення.

Метафоричні асоціативні карти через метафору (асоціації) дають змогу створювати безпечний контекст для пошуку й моделювання рішення, запускають внутрішні процеси пошуку власного унікального шляху виходу зі складних життєвих ситуацій. У клієнтів, які беруть участь у такому процесі, поступово розвивається заглиблене самопізнання, самосприйняття, гармонізація особистісного розвитку, що стає фундаментальними основами в роботі з травмуючими ситуаціями.

У сучасній психологічній практиці до базових колод метафоричних асоціативних карт відносять «ОН», «Persona» й «Personita».

Набір «ОН» складається з 88-ми карт, що позначають різні життєві ситуації, а також із 88-ми карт із зображеннями, що розкривають можливий

зміст цих ситуацій. Набір містить дві колоди: перша складається з карт із зображенням різних людей, друга – відображає можливі схеми взаємодій усередині будь-якої людської системи.

Поєднання цих двох колод дає змогу прояснити неусвідомлювані мотиви поведінки людини в різних проблемних ситуаціях і знайти внутрішні ресурси для їхнього вирішення.

Карти допомагають виявити внутрішньоособистісні й міжособистісні конфлікти клієнта, а також знайти для них оптимальні рішення. Схеми взаємодії дають змогу побачити реальні взаємини клієнта всередині його системи. Метафоричні асоціативні карти мають усі переваги проєктивних методів, істотно розширюючи арсенал психологічних засобів. Вони полегшують отримання доступу до цілісної картини власного «Я» клієнта, його особистісного міфу про світ і про себе в ньому, а також про суб'єктивний образ ситуації з точки зору клієнта. Карти дуже швидко допомагають прояснити й усвідомити актуальні переживання й потреби клієнта, його незавершені внутрішні процеси. При роботі із зоровими образами в клієнта відсутня або значно знижена свідомо цензура, це полегшує роботу з його внутрішніми підсвідомими конфліктами. Використання карт для звернення до психотравмуючої ситуації через метафору дає змогу уникнути додаткової ретравматизації та створює безпечний контекст для пошуку й моделювання рішення. Робота з лінією часу допомагає моделювати й досліджувати будь-які процеси в минулому та майбутньому, знаходячи метафоричні образи рішень.

Метафоричні асоціативні карти «**Persona**» містять набір портретів людей різної статі, віку й національності. Особливість образотворчої техніки дає змогу кожному по-своєму проінтерпретувати настрій карти. Метафора портретів уможливорює роботу з такими запитами: соціальні взаємини (у сім'ї / на роботі), субособистості, рольові диспозиції, емоційні розлади, психосоматика.

Метафоричні асоціативні карти «**Personita**» містять 77 портретів, написаних художниками Елі Раманом і Мариною Лук'яною. На них зображені діти й молодь усіх країн і культур нашого світу. Карти «Personita» – ігрове запрошення до обміну асоціаціями, які спливають із пам'яті й фантазії. Завдяки цим картам ми можемо знайти точки дотику розділених внутрішніх частин особистості.

Окрім базових колод існують також інші асоціативні карти. Так, наприклад, карти «**TanDoo**» містять 99 карт-картинок і 44 карти-знаки, що вказують на напрям руху для зцілення відносин чи позначають перешкоди, які виникають на цьому шляху. Автор колоди – Офра Аялон; робота – Марина Лук'янова. Використання карт-знаків наводить на думку про дорожню карту для подорожі людини серед горя й радості. Карти пропонують свіжі погляди й думки, почуття й дії. Відповідно до жанру ОН-карт, карти «TanDoo» можуть розглядатися метафорично й інтерпретуватися безліччю способів.

Метафоричні карти «**COPE**» створені спеціально для роботи з травматичними переживаннями. 88 карт дають змогу в ігровій або

терапевтичній формі відкрити доступ до глибоких почуттів і розповісти про свій досвід. У процесі дослідження на шляху розвитку стійкості й здорового способу опанування складної життєвої ситуації за допомогою карт «СОРЕ» розроблена нова модель «копінг-ресурсів». Це цілісні мультимодальні рамки, що містять шість ресурсних копінг-режимів: система віри, афективний вираз, соціальна підтримка, уява/творчість, когнітивна обробка, поведінкові/фізичні аспекти. Ці шість модальностей зливаються в єдину потужну копінг-систему подолання наслідків психотравми й представлені шістьома основними картками в колоді «СОРЕ». Інші проєктивні метафоричні карти в колоді, які підтримують вербальні й невербальні способи взаємодії, допомагають досягти глибинних почуттів.

Окрім вищезазначених карт у сучасній психологічній практиці застосовується чимала кількість інших колод асоціативних метафоричних карт, а також продовжують створюватися нові й модифікуватися вже апробовані колоди.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть і охарактеризуйте основні колоди метафоричних асоціативних карт у роботі з травмуючими ситуаціями.
2. Проаналізуйте й розкрийте особливості використання колоди «Соре» у роботі з травмуючими ситуаціями.
3. Розкрийте роль техніки ОТІ в роботі з травмуючими ситуаціями.
4. Здійсніть порівняльний аналіз технік ОТІ й ВКД.
5. Розкрийте основні принципи використання технік ОТІ й ВКД.

Завдання для практичного виконання

- I. Розробіть психологічну вправу для роботи з клієнтами, які стали жертвами травмуючої ситуації з використанням будь-якої колоди метафоричних асоціативних карт (5 балів).
- II. Опишіть техніки роботи психолога з травмуючими ситуаціями, що не були розглянуті в межах аудиторних занять, за такою структурою: назва, інструкція для клієнта, стимульний матеріал, етапи роботи, час на проведення або кількість сесій (1 бал за кожну техніку).

Рекомендована література

Основна: 1, 5. Додаткова: 2, 3.

Тема 14

Робота з горем

Мета: вивчити основні аспекти горя, процесу горювання і його форм; засвоїти інформацію про психологічний супровід і знати, як застосовувати на практиці основні прийоми роботи з горем.

Ключові терміни: *відкладене горе, ворожі реакції, горе, гостре горе, депресія, емоційний комплекс горя, когнітивний комплекс горя, несподіване горе, масковане горе, перебільшене горе, патологічне горе, поведінковий комплекс горя, почуття провини, психологічне консультування, психотерапія, синдром втрати, травмуюча ситуація, хронічне горе.*

План

1. Визначення поняття «горе». Форми горя.
2. Симптоми переживання горя.
3. Особливості роботи з горем.
4. Етапи психологічної допомоги при роботі з горем.

1. Визначення поняття «горе». Форми горя

Горе – це універсальне переживання всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього, що включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини й розпач. Горе має надзвичайно важливе значення для психологічної адаптації людини. Воно дає їй змогу змиритися зі втратою, адаптуватися до неї. Потрібно розрізняти депресію і горе. Горе вміщає багато різних почуттів: гнів, смуток, образу, провину і навіть, зрештою, радість.

Форми ускладненого горя.

1. Хронічне горе. Переживання горя носить постійний характер. Найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання навіть через тривалий час після втрати.

2. Конфліктне горе (перебільшене). Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у затяжну депресію з ідеями самозвинувачення.

3. Пригнічене (масковане) горе. Прояви горя незначні або повністю відсутні. Натомість з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була в померлого. Усвідомлення зв'язку з утратою відсутнє.

4. Несподіване горе. Раптовість майже унеможливорює прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресії, які ускладнюють повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

5. Відкладене горе. Його переживання відкладається «на потім». Одразу після втрати виникають емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому житті нова втрата чи нагадування про попередню втрату запускають механізм переживання. Людина може неодноразово говорити про втрату, проте не хоче нічого змінювати або діє прямо протилежно.

6. Відсутнє горе. Відсутні будь-які зовнішні прояви горя, начебто втрати не було. Людина повністю заперечує втрату або залишається в стані шоку.

2. Симптоми переживання горя

Типові симптоми горя (прояви): порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія й відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

Патологічні симптоми: тривале переживання горя (кілька років); затримка реакції на смерть близької людини (немає вираження страждань протягом 2-х і більше тижнів); сильна депресія, що супроводжується безсонням, почуття самозвинувачення, напруга, грізні докори на свою адресу й необхідність самобичування; стійка відсутність ініціативи або спонукань; інертність; хвороби психосоматичного характеру (виразковий коліт, ревматичний артрит, астма тощо); галюцинації, ототожнення з померлим або відчуття його присутності; іпохондрія: розвиток симптомів, на які страждав померлий; надмірна активність: людина, яка переживає втрату, починає розвивати бурхливу діяльність, відчуваючи біль втрати; ворожість, спрямована проти конкретних людей, часто супроводжувана погрозами, проте тільки на словах; поведінка не узгоджується з нормальним соціальним й економічним буттям; різкі переходи від страждань до самозадоволення впродовж коротких проміжків часу; зміна ставлення до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності; прогресуюча самотність; виношування суїцидальних планів. Розмови про суїцид, возз'єднання з померлим, про бажання з усім покінчити; у випадку особливо сильних переживань горе може стати причиною важкої хвороби й навіть смерті людини, яка переживає втрату.

3. Особливості роботи з горем

Кваліфікований психолог, соціальний працівник здатний допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, здійснити роботу горя, не зменшуючи гостроти душевних переживань. Горювання, оплакування є адекватною реакцією на смерть; воно прийнятне й необхідне, і припиняти його не можна. Робота горя триває стільки, скільки конкретній людині потрібно,

щоби впоратися з важкою втратою. Цілі консультації й терапії тяжкої втрати складні, починаючи з розради і підтримки й закінчуючи роботою зі складними та болючими проблемами людини, яка переживає втрату, якщо вона захоче їх вирішити. Важливо визнати, що консультації є лише частиною процесу роботи горя, що більша її частина відбувається у взаєминах із рідними та близькими. Важливо не заважати цьому процесу. Людина може зробити великий крок уперед у результаті втручання когось іншого й захоче повернутись у своє природне середовище підтримки та припинити зустрічі з консультантом. Допомога професіонала необхідна насамперед людині, горе якої набуло патологічного характеру, або коли існує великий ризик, що воно може стати таким. У цьому випадку використовується весь комплекс методів, придатних для кризової допомоги, терапії психологічних травм і посттравматичного стресу. Психологічна допомога може знадобитися й через роки, що минули після втрати, у тих випадках, коли робота горя не була завершена. Проблеми, які вирішуються в процесі консультування, індивідуальні. Деякі люди просто не розуміють, що з ними відбувається; у цьому випадку навіть прості пояснення психологічних особливостей горя можуть допомогти зменшити страх і напругу. Людина може заперечувати переживання горя, оскільки вважає, що це демонструватиме її слабкість.

4. Етапи психологічної допомоги при роботі з горем

1. Допомога в прийнятті реальності втрати. Інколи рідні клієнта не хочуть говорити між собою про те, що сталося, а це гальмує визнання. Навіть якщо смерть не була раптовою, клієнтам важко одразу збагнути її невідворотність. Посилити її усвідомлення допомагають прямі слова, якими користується консультант, наприклад, «помер» замість «пішов».

2. Допомога у визнанні почуттів, викликаних утратою. Зокрема це може стосуватися почуття гніву та провини. Дуже часто людина відчуває гнів-образу на близьку людину, яка померла. Це відбувається через певний регрес і відчуття покинутості, проте цей гнів буває важко визнати.

3. Допомога в прийнятті рішень і вирішенні проблем. Це може знадобитися, якщо вирішенням основних питань у сім'ї раніше займалася померла особа. Фахівці не радять ухвалювати кардинальних рішень одразу після смерті близької людини, натомість слід дочекатися стабілізації емоційного стану.

4. Допомогти визначити значення втрати. Зазвичай у голові постійно крутиться запитання: «Чому це сталося?», на яке немає відповіді. А от відповісти на запитання «Чому це сталося для мене?», «Як я змінився через цю втрату?» іноді вдається краще. Деякі люди починають займатися громадською діяльністю, щоб покращити цей світ для тих, хто продовжує жити, або для родичів загиблих.

5. Допомогти інтегрувати відносини з померлою людиною, віднайти для неї місце в пам'яті та житті.

6. Забезпечити час для переживання смутку. Одним із найбільш критичних періодів для будь-якої людини в жалобі є три місяці після втрати. У цей час резерви основної підтримки й висловлення співчуття від соціуму закінчуються або суттєво зменшуються, тому варто бути уважними до клієнтів у цей період і в першу річницю після втрати.

7. Нормалізувати реакцію втрати. Дати інформацію про певні етапи й прояви горя на рівні думок, емоцій, поведінки, тіла. Це вбереже клієнтів від думок, що вони втратили розум і ніколи вже не відчують полегшення.

8. Допомогти прийняти індивідуальні особливості своєї реакції горя. Усі люди переживають горе по-різному, що може породжувати конфлікти й непорозуміння між родичами, які можна допомогти владнати.

9. Визначити стиль подолання важких емоцій. Бути уважними до проблемних форм копіngu, таких як небезпечна поведінка, соціальна ізоляція, алкоголь, наркотичні речовини. Допомогати підвищувати загальну стресостійкість, здатність отримувати допомогу, позбавлятися поширених когнітивних спотворень. За необхідності запропонувати анонімні групи для осіб, які зловживають психоактивними речовинами.

10. Спостерігати за динамікою та проводити діагностику ускладненої втрати, щоби за необхідності скерувати клієнта на психотерапію.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть основні форми горя.
2. Якими є характеристика й зміст основних стадій переживання горя: заперечення → агресія → торги → депресія → прийняття?
3. Якими є особливості роботи психолога з розлученням?
4. Назвіть основні методи роботи з горем.
5. Якими є патологічні симптоми горя?

Завдання для практичного виконання

I. Створіть перелік можливої поведінки людини на стадії гострого горя.

II. Патологічна форма виявлення заперечення, яка трапляється досить часто – муміфікація, за якої людина зберігає все так, як це було за часів померлого, щоби бути завжди готовою до його повернення. Наприклад, батьки зберігають кімнати померлих дітей. Така поведінка може також використовуватись для полегшення важкого емоційного стану. Складіть приблизний план роботи психолога з клієнтом, який переживає втрату на стадії заперечення.

Рекомендована література

Основна: 4. Додаткова: 1, 2, 5.

Тема 15

Психологічна допомога учасникам бойових дій

Мета: вивчити клінічну картину розладів адаптації та ПТСР, визначити особливості психотерапії учасників бойових дій.

Ключові терміни: *афективний варіант розладів адаптації, бойові дії, військовослужбовці, групова психотерапія, депресивний підваріант розладів адаптації, змішаний підваріант розладів адаптації, поведінковий варіант розладів адаптації, психокорекція, психотерапія, ПТСР, розлади адаптації, сімейна психотерапія, тривожний підваріант розладів адаптації.*

План

1. Типові реакції військовослужбовців на травму.
2. Клінічна картина ПТСР в учасників бойових дій.
3. Клінічна картина розладів адаптації в учасників бойових дій.
4. Особливості психотерапії та психокорекції учасників бойових дій.

1. Типові реакції військовослужбовців на травму

Кожен військовий має власний досвід участі в бойових діях. Однак потрібно розуміти, що будь-яка людина, яка повернулася із зони бойових дій, потребує певного часу для адаптації до мирного життя. Такі реакції можуть бути особливо сильними в перший місяць після повернення додому. Вони є нормальною частиною процесу адаптації. Окремо взяті випадки такого реагування не означають, що в людини почався посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який вимагає професійної психологічної допомоги.

Більшість бійців, які повертаються додому, адаптуються до мирного життя протягом кількох місяців після повернення із зони бойових дій.

Опишемо типові фізичні, емоційні й поведінкові реакції бійців після повернення додому.

Фізичні реакції:

- безсоння, постійна втома;
- проблеми зі шлунком і вживанням їжі;
- головний біль і спитіння при думці про війну;
- прискорене серцебиття й дихання;
- загострення існуючих захворювань.

Емоційні реакції:

- погані сни, кошмари;
- часті негативні спогади про війну;
- злість, ненависть;
- відчуття безпорадності, страху, нервування;

- відчуття суму, самотності, непотрібності;
- відчуття збудження, схвильованість;
- відчуття шоку, оніміння, неможливість відчувати позитивні емоції;
- легке погіршення настрою;
- почуття провини, сорому, самоосуду;
- почуття безнадії щодо майбутнього.

Людина, яка повернулась із зони бойових дій, може мати небажані спогади про війну. Якщо відбуваються події, що нагадують війну, людина може реагувати дуже сильно – від появи нав'язливих образів і небажаних думок до згадування бою. Ці спогади можуть бути настільки реалістичними, що людині здається, ніби вона знову на війні. Тому вона може діяти неадекватно, стикаючись зі звичними сімейними проблемами. Злість і агресія є стандартними реакціями при бойовому стресі. Навіть незначні події можуть спричинити неадекватну й бурхливу реакцію. Більшість військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій, переживають стресові реакції, але лише в незначній кількості бійців розвивається ПТСР.

Поведінкові реакції:

- труднощі з концентрацією уваги;
- легко лякається, реагує на голосні звуки;
- постійно напеготові, проявляє надмірну пильність, нав'язливі думки про безпеку;
- уникання людей або місць, пов'язаних із травмуючою подією;
- надмірне вживання алкоголю, надмірне паління, вживання наркотиків;
- має поганий апетит, не дбає про своє здоров'я;
- проблеми з виконанням звичних завдань удома або на роботі;
- агресивний стиль водіння автомобіля.

Часто самі військовослужбовці й члени їхніх сімей відзначають і *позитивні зміни*:

- нова особистісна зрілість;
- більше цінується сім'я й час, проведений разом із сім'єю;
- почуття впевненості в собі й у власній сім'ї;
- розуміння свого покликання й віра у свою справу та власні сили.

Військовий може стати більш духовним, звернутися до своїх духовних цінностей і переконань. Саме тому багато поранених бійців хочуть повернутися до армії й продовжувати захищати свою країну. Важливо розуміти, що позитивні й негативні психологічні реакції бойового стресу можуть проявлятися одночасно.

2. Клінічна картина ПТСР в учасників бойових дій

Психічні розлади під час бойових конфліктів є розповсюдженими формами патологічних станів, які виникають як у військовослужбовців,

полонених, так і в їхніх родичів і біженців, які вимушено залишили місця постійного проживання.

Із найбільшою частотою серед потерпілих спостерігалися посттравматичні стресові розлади (F43.1) й розлади адаптації (F43.2), які вже були детальніше розглянуті в попередніх підрозділах цього навчального посібника.

На підставі вивчення особливостей і закономірностей динаміки клінічної симптоматики ПТСР можна виділити декілька типів його перебігу.

Прогредієнтний тип перебігу ПТСР характеризується тим, що клінічна картина розладу представлена симптомами вторгнення, уникання й гіперактивації й протягом усього захворювання має незначні зміни за своїм змістом. Водночас інтенсивність і частота проявів цієї симптоматики помітно зростає, приводячи до суттєвого обтяжування клінічної картини. Спершу зростає вираженість нав'язливих спогадів, думок і відчуттів. Менше змінюється частота флешбек-феноменів.

Для хворих із цим типом перебігу ПТСР властиве передовсім посилення афективних порушень. Якщо на початкових етапах захворювання в клінічній картині переважає тривожна симптоматика, то надалі домінують симптоми депресивного регістру. Їхня інтенсивність наростає від субдепресивного до депресивного рівня помірного ступеня важкості. У структурі депресивного афекту поступово з'являються симптоми апатії або дисфорії. Також у клієнтів відзначається посилення симптоматики, яка відображає існуючі поведінкові порушення. Із часом вони стають більш вираженими, помітно проявляються ознаки агресивності, а також симптоми, що характеризують поведінку уникання. Усе це призводить до зростання відчуженості й посилення соціальної ізоляції, зміцнення відчуття безперспективності майбутнього, а також зниження інтенсивності вищих емоцій. Також спостерігається посилення симптомів вегетативної гіперреактивності, а саме: прискорене серцебиття, гіпергідроз шкіри, посилення вазомоторних реакцій, а також диссомнічна симптоматика.

Однією з ознак несприятливого перебігу ПТСР є стійкі суїцидальні думки й тенденції. Про прогредієнтність і хронізацію процесу свідчить формування й розвиток коморбідної патології у вигляді різних форм хімічної залежності (переважно алкоголізації). Відзначається зловживання транквілізаторами або антидепресантами без формування клінічних ознак хімічної залежності. Прогноз ефективності фармакотерапії й психотерапії у клієнтів із прогредієнтним типом перебігу ПТСР найбільш несприятливий. У них відзначається відносна резистентність до різних форм терапії, що може бути негативною прогностичною ознакою розвитку соціально-психологічної та професійної дезадаптації, формування хронічних змін особистості (F 62.0).

Стабільний тип перебігу характеризується тим, що клінічні ознаки психічного розладу за змістом і за інтенсивністю проявів не мають значущих коливань, тобто є постійними. Вираженість симптомів вторгнення, уникання й гіперактивації залишається без помітних змін. Стійкими є нав'язливі думки й сновидіння, що відображають особливості травматичної події, а також прояви

вегетативної гіперреактивності. Інтенсивність флешбеків, які виявляються рідше, ніж інші симптоми вторгнення, є також стабільною. Афективні порушення у вигляді тривожної й депресивної симптоматики, як і прояви дратівливості й агресивності, є постійними та стабільними. Помірними, але досить помітними, без ознак суттєвої динаміки є прояви соціальної ізоляції й дезадаптації у сфері професійних і міжособистісних відносин. У деяких хворих спостерігаються помірні за інтенсивністю, але досить стійкі суїцидальні думки, які не переходять у суїцидальні наміри й дії.

Стабільний тип перебігу клінічної симптоматики протягом тривалого часу можна розглядати як умовно позитивну прогностичну ознаку.

Регредієнтний тип характеризується вираженою тенденцією до редукції симптоматики, що складає основу клінічної картини ПТСР, а також її інтенсивності. У хворих із цим типом перебігу відбувається редукція симптомів вторгнення, передовсім флешбеків. Саме зменшення їхньої інтенсивності призводить до зниження вираженості афективної симптоматики, проявів дезадаптивної поведінки й вегетативної гіперреактивності. Відмічається зниження інтенсивності симптомів тривожного й депресивного регістру, зменшуються прояви агресивності й відчуженості, а також ознаки соціальної ізоляції. У хворих із регредієнтним типом перебігу з'являється відчуття перспективи та змін на краще в майбутньому. Суттєво піддаються редукції диссомнічні розлади, зменшуються дратівливість і спалахи гніву. У клінічній картині клієнтів із регредієнтним типом перебігу ПТСР спостерігається значуща позитивна динаміка у відповідь на застосування фармакотерапії і, особливо, психотерапії. Це виявляється в підвищенні рівня міжособистісного, професійного й соціального функціонування, якості життя в цілому, що свідчить про сприятливий прогноз подальшого перебігу захворювання.

В основі формування різних клінічних варіантів і типів перебігу ПТСР лежать складні патерни чинників. Вони характеризуються непростою внутрішньою взаємодією та взаємним впливом. Один і той самий чинник у різних людей може бути запускарним, підтримувальним, потенціовальним або стримувальним і протекторним відносно виникнення в них психічних порушень.

Визначальними з усіх чинників формування й розвитку ПТСР є особливості психотравмуючої події, індивідуальна значущість психотравми, рівень соціальної підтримки, особистісні особливості (механізми психологічного захисту й копінг-стратегії, характеристики емоційної сфери, рівень фрустраційної толерантності тощо), а також фактори ризику (стать, вік, наявність психічних розладів і психотравмуючих подій в анамнезі, низький соціально-економічний статус). Для розвитку ПТСР найбільш значущими є характеристики пережитої катастрофи (більш важкий, масивний, інтенсивний і тривалий вплив екстремальних чинників), наявність поранень і фізичних травм, переважання в структурі захисних механізмів проєкції та регресії. Індивідуально-психологічні чинники виступають основною

опосередковувальною ланкою у формуванні того чи іншого типу перебігу ПТСР.

Для формування прогредієнтного типу перебігу ПТСР визначальними чинниками є такі: особливості психотравмуючої події та її висока індивідуальна значущість для постраждалого; тривалий час експоненції психотравми; низька фрустраційна толерантність і адаптивний потенціал особистості; вік, у якому була перенесена психотравма (діти й особи старшого віку є вразливішими).

Для стабільного типу перебігу ПТСР важливими є такі чинники: помірні показники індивідуальної значущості психотравми; помірні або низькі характеристики фрустраційної толерантності й адаптивного особистісного потенціалу; особливості соціального, професійного й міжособистісного функціонування.

Регредієнтний тип перебігу ПТСР визначається такими чинниками: низька індивідуальна значущість психотравми; короткі терміни її експоненції; висока фрустраційна толерантність, наявність адаптивних копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту; високий соціальний і матеріальний статус.

3. Клінічна картина розладів адаптації в учасників бойових дій

Залежно від особливостей домінуючої клінічної симптоматики можна умовно виділити два основні клінічні варіанти розладів адаптації: афективний і поведінковий. Афективний варіант розладів адаптації містить три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний.

Депресивний підваріант (відповідає діагностичним критеріям пролонгованої депресивної реакції – F 43.21) характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня з елементами депресивної оцінки себе, оточуючих і перспективи. Періодично виникають відчуття суму, пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвиході в наявній життєвій ситуації, самотності, безпорадності й безпомічності, залежності від оточуючих людей і обставин. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності власних потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки хворих значну частину часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Але песимістичні судження не виходять за рамки трактування реальних подій і ніколи не сягають ступеня безвиході й приреченості. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні взаємини можуть набувати відтінку пасивності й байдужості. Періодично хворі можуть скаржитися на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня спонукань. У клінічній картині також

відзначається в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

Тривожний підваріант (відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.23 «Розлад адаптації з переважанням порушень інших емоцій») характеризується поєднанням різних проявів тривожного регістру (що виникають час від часу), а саме: відчуття психічного й фізичного дискомфорту; немотивована напруженість; нав'язливі уявлення, побоювання й хвилювання, спрямовані в майбутнє; загальна стурбованість і нервозність; неможливість розслабитися; відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях. Епізодично може відзначатись відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування якогось лиха чи неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи спричиняє й розлади сну, які при цьому характеризуються труднощами із засинанням, порушенням його глибини й тривалості. Відмічається схильність хворих до рефлексії, що проявляється в сумнівах щодо своєї поведінки, пошуку «правильних» її мотивів, невпевненості щодо власних здібностей. Поряд із нерішучістю можуть спостерігатися спалахи нервозності й дратівливості, спрямовані зазвичай на самого хворого. Значне місце в клінічній картині у цих клієнтів посідають виражені соматовегетативні порушення. Найчастіше виникають скарги на запаморочення, головний біль, блідість або почервоніння шкіри, лабільність артеріального тиску, тахікардію, відчуття оніміння або холоду в кінцівках, приливи жару чи холоду, підвищену пітливість, ускладнення під час дихання, відчуття кому в горлі, нудоту, важкість у епігастральній зоні. Також проявляється виражена астенична симптоматика, що виражається у вигляді неуважності й незібраності, розбитості й дратівливій слабкості, а також швидкій виснажливості.

Змішаний підваріант (тривожно-депресивний) відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.22 «Змішана тривожна й депресивна реакція». Він характеризується поєднанням клінічних ознак двох перших варіантів. Тривожні й депресивні порушення при розладах адаптації не сягають того рівня, який дав би змогу діагностувати інший депресивний чи тривожний психічний розлад психогенної природи. Особливістю клінічного прояву тривожного компонента при цьому варіанті розладу адаптації є поєднання симптомів психічної й соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучості щодо прийняття рішень тощо. Водночас може відмічатися більш питома вага соматовегетативних порушень, ніж при тривожному варіанті розладу адаптації. До найхарактерніших симптомів можна віднести вазомоторну лабільність у вигляді почервоніння чи блідості обличчя, охолодження або підвищеної пітливості кінцівок, відчуття перебоїв у серці або нестачі повітря, дискомфорту в епігастральній зоні, запаморочення. Порушення сну характеризуються тривалим періодом засинання, коли хворі не можуть позбавитися неприємних і тривожних думок, частими пробудженнями серед ночі. При цьому варіанті розладу спостерігаються й деякі прояви порушення поведінки, які можна було б визначити як агресивно-гіперстенічні. Однак у

повсякденному житті така «гіперстенічність» виявляється малопродуктивною й більше спрямована на сварки й загальний неспокій, ніж на пошук реальних можливостей їхнього уникнення та розв'язання складних життєвих ситуацій.

4. Особливості психотерапії та психокорекції учасників бойових дій

У сучасній психотерапії та психокорекції ПТСР домінує інтегративний підхід. В усіх реабілітаційних заходах необхідна апеляція до особистості потерпілих, оскільки при інтенсивному впливі травматичного стресу страждає насамперед особистість військовослужбовців.

Основна мета психотерапевтичної роботи полягає в тому, щоби максимально повно відновити преморбідний рівень соціального й особистісного функціонування потерпілих. При цьому психотерапія спрямована на:

- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності;
- афективну переоцінку травматичного досвіду;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- відновлення здатності подальшого існування у світі.

Основними принципами проведення психотерапії ПТСР є такі:

- обов'язковість психотерапевтичного втручання;
- максимально ранній початок після психотравми з метою запобігання розвитку й хронізації ПТСР;
- комплексне тривале психотерапевтичне втручання в поєднанні з фармакотерапією.

За формою проведення психотерапія поділяється на індивідуальну, групову й поєднану. Перевага зазвичай віддається останній формі.

Виділяють такі основні психотерапевтичні стратегії.

I. Підтримка адаптивних навичок «Я». Із цією метою найчастіше використовуються перераховані нижче психокорекційні техніки:

- 1) систематична десенсибілізація;
- 2) тренінги релаксації;
- 3) зменшення зовнішніх вимог;
- 4) техніки відновлення ресурсів «Я».

II. Формування «позитивного ставлення» до симптому. Оскільки люди, які страждають на ПТСР, пережили події, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, то в них виникають незрозумілі й тяжкі для них переживання й реакції. Психокорекція спрямована на те, щоби допомогти клієнтам зрозуміти, що їхні реакції нормальні, а пережите – екстремальне. Це дозволяє запобігти подальшій травматизації людини вже самими хворобливими симптомами, а також актуалізувати власні особистісні ресурси.

III. Зменшення уникання. Як відомо, для клієнтів із ПТСР характерне завзяте уникання зіткнення з усім, пов'язаним із травмою. Уникання відбувається на декількох рівнях, а саме: уникання емоцій, спогадів,

поведінкове й когнітивне уникання. Через уникання травматичний досвід не перетворюється, а продовжує залишатися хворобливим, і саме по собі уникання стає додатковою проблемою, що загострює ситуацію.

IV. Зміна атрибуції змісту. Домінантою є зміна змісту, що надається травматичній ситуації та її наслідкам. Необхідною умовою ефективного лікування є формування відчуття «контролю за травмою». Багато авторів розглядають це відчуття як загальну кінцеву мету, до якої мають прагнути всі психотерапевтичні втручання.

Цілі психотерапевтичного втручання зазвичай визначаються як актуальними переживаннями клієнта, так і етапом перебігу ПТСР.

Групова психотерапія – найбільш частий варіант терапії для клієнтів із ПТСР. Вона здебільшого поєднується з індивідуальними формами психотерапевтичної корекції. У роботі з хворими на ПТСР використовуються групи як відкритого, так і закритого типу. Варто пам'ятати, що найбільша кількість відмов від проведення психотерапії спостерігається саме серед клієнтів із ПТСР. До певного моменту вони не вважають себе хворими й найчастіше потрапляють у поле зору фахівців із приводу коморбідних розладів (депресій, алкоголізму, аутоагресивної поведінки тощо).

Індивідуальні й групові форми терапії спрямовані на досягнення конкретних терапевтичних цілей:

- повторне переживання травми в безпечному просторі з терапевтом (і групою);
- зниження почуття ізоляції й забезпечення почуття належності, доречності, загальних цілей, комфорту й підтримки, безпеки від почуття сорому;
- забезпечення соціальної підтримки й можливості розділити з іншими людьми емоційні переживання;
- спостереження за тим, як інші клієнти (члени групи) переживають спалахи інтенсивних афектів;
- можливість бути в ролі того, хто допомагає, розвиток «почуття ліктя»;
- подолання почуття власної малоцінності;
- зменшення почуття провини або сорому, розвиток довіри, здатності розділити горе й втрату;
- можливість працювати з «секретом», ділитися з кимось інформацією про себе;
- зміцнення впевненості в тому, що прогрес у терапії можливий;
- одержати можливість скласти власне уявлення про реальність змін, що відбуваються з кожним членом групи.

Для отримання найбільш вагомих результатів психотерапії необхідно комбінувати використання індивідуальної, сімейної й групової її форм.

Запитання для самоконтролю

1. Визначте критерії діагностики посттравматичних стресових розладів.
2. Визначте критерії діагностики розладів адаптації.
3. Охарактеризуйте особливості психотерапії та психокорекції розладів адаптації.
4. Визначте й охарактеризуйте методи диференційної діагностики посттравматичних стресових розладів і розладів адаптації.
5. Визначте особливості першої психологічної допомоги учасникам бойових дій.

Завдання для практичного виконання

- I. Запропонуйте психологічні рекомендації сім'ям військовослужбовців.
- II. Опишіть техніки роботи психолога з учасниками бойових дій за такою структурою: назва, інструкція для клієнта, стимульний матеріал, етапи роботи, час на проведення або кількість сесій.

Рекомендована література

Основна: 2, 3. Додаткова: 1, 4.

Тема 16

Зґвалтування як вид травмуючої ситуації

Мета: ознайомитися з поняттям «травматичний синдром зґвалтування» (ТСЗ), вивчити наслідки сексуального насильства для жертви й засвоїти основні принципи консультування жертв зґвалтування.

Ключові терміни: *депресія, зґвалтування, почуття провини, сексуальний напад, соціальна дезадаптація, психологічне консультування, психотерапія, травматичний стрес, травматичний зв'язок, травматичний синдром зґвалтування, травмуюча ситуація, тривожність, фобія.*

План

1. Травматичний синдром зґвалтування (ТСЗ).
2. Наслідки ТСЗ для жертви зґвалтування.
3. Особливості консультування жертв сексуального насильства.
4. Принципи консультування жертв сексуального насильства.

1. Травматичний синдром зґвалтування (ТСЗ)

Від 50-ти до 70-ти відсотків дорослих людей і 30-ти відсотків дітей до 18-ти років протягом життя переживають травматичну подію. Із них третина всіх жінок і дівчат зазнають фізичного чи сексуального насильства, а половина загиблих у світі жінок стають жертвами насильства з боку своїх партнерів чи сім'ї, повідомляє ООН у Міжнародний день боротьби за ліквідацію насильства щодо жінок. Насильство, здійснене проти жінок, є такою ж поширеною причиною смерті й втрати дієздатності для жінок репродуктивного віку, як рак, і частішою причиною, ніж дорожньо-транспортні пригоди й малярія разом. За даними Фонду ООН у галузі народонаселення, від насильства (фізичного і сексуального) страждають 1,1 млн жінок в Україні на рік ("ООН: одна з trokh zhinok", 2019). У більшості випадків людська психіка самотійно справляється з травмою, так, за статистичними даними 70 % людей після психотравмувальної події не матимуть посттравматичного синдрому. Більшість тих, хто страждатиме від цього розладу, вилікуються без терапії протягом року, хоча це не применшує проблему ПТСР, тому що ті, хто його матиме, будуть інвалідизовані й не зможуть жити нормальним життям (Fedorets, & Cherneha, 2020). Травмою є порушення анатомічної цілості або фізіологічної функції тканин і органів тіла під впливом факторів зовнішнього середовища (психічних, механічних, термічних, хімічних тощо). Повторення однорідних травм у осіб, які перебувають у схожих умовах праці й побуту, називають травматизмом.

2. Наслідки ТСЗ для жертви зґвалтування

Часто жертви насильства не отримують достатньої допомоги через те, що ця тема замовчується в суспільстві, та через власні складні емоційні переживання. Відсутність можливості поділитися власними переживаннями й відредагувати на травму може викликати симптоми ПТСР, а саме:

- нічні жахіття;
- флешбеки;
- безсоння;
- проблеми з концентрацією;
- паніку.

Ті, хто пережив насильство, не можуть швидко знову почати довіряти комусь. Тому вони не поспішають ділитися своєю історією зі спеціалістами чи близькими. Втрата відчуття зв'язку з тілом, звичка «заморожувати» свої почуття, неможливість відчувати біль або задоволення – захисні реакції, які допомагали вижити під час зґвалтування. Але надалі вони можуть викликати складнощі в інтимному житті через відсутність задоволення під час близькості з партнером.

Люди, які зазнали насильства, часто бояться знову щось відчувати, їхнє власне тіло стає ворогом і причиною страждань. Тому ті, хто вижив, навчаються ігнорувати власні почуття. Навіть через багато років після випадку

згвалтування потерпілий може повертатися думками в момент події. Будь-що може стати тригером для того, щоби повернутись у травматичну ситуацію.

Іноді ті, хто вижив після згвалтування, можуть підсвідомо сприймати свого партнера як насильника й неадекватно реагувати на його дотики чи натяки на інтимну близькість. Іноді жертви насилля можуть намагатися повернути собі контроль над ситуацією шляхом компульсивної сексуальної поведінки та проміскуїтету. Це може призводити до сексуальної залежності. Емоційна складова сексуальної близькості втрачається, вони не дозволяють собі відчувати.

3. Особливості консультування жертв сексуального насильства

При консультуванні жертв сексуального насильства необхідно здійснити ряд заходів (О. М. Моховиків, 2001).

1. Забезпечити можливо більш повне й безумовне прийняття себе.
2. Сприяти підвищенню самооцінки.
3. Допомогти скласти конкретний план поведінки в обставинах, пов'язаних із насильством (інформація про поліцію, правоохоронні органи, медичні процедури).
4. Допомогти визначити основні проблеми.
5. Допомогти мобілізувати системи підтримки особистості.
6. Допомогти усвідомити серйозність того, що сталося.
7. Допомогти усвідомити необхідність витратити час на одужання.
8. Виявити і зміцнити сильні сторони особистості клієнта.

Принципи допомоги жертвам згвалтування.

1. Повага:
 - оцінить довіру, яку відчуває жертва, звертаючись по допомогу;
 - забезпечте конфіденційність;
 - враховуйте культурні особливості жертви.
2. Підтвердження:
 - правоти клієнтки й необхідності висловити свої почуття;
 - реальності, що жертва залишилася в живих і має достатньо сил, щоби впоратися з травмою;
 - природності й адекватності її почуттів,
 - позитивного сенсу проявів психологічного захисту.
3. Переконавання:
 - що жертва не винна;
 - що вона подолає свої переживання, страхи й нічні жахіття, які є «оплакуванням утрати»;
 - що теперішній стан пройде, якщо з'явиться надія;
 - що вона має для подолання необхідні сили й ресурси;
 - що їй самій слід визначати, що, коли і кому розповідати про те, що трапилося.
4. Надання різноманітних можливостей:

- передайте їй ініціативу в процесі консультування;
- дайте необхідну інформацію, не змушуючи нести відповідальність за те, що трапилося;
- не стверджую, що необхідно лікування;
- не цікавить деталями сталося, якщо цього не потрібно в терапевтичних цілях.

4. Принципи консультування жертв сексуального насильства

У консультуванні жертви зґвалтування в жодному разі не слід розслідувати обставини психотравми. Передовсім варто заохотити її до розмови про відчуття й почуття. Нагромаджені переживання й емоційна напруга шукають виходу, чому сприяє активне слухання. Предметом обговорення часто стають ідеї самозвинувачення, засновані на омани, що гвалтівнику не було надано належного опору. Слід переконати жертву, що вона діяла правильно, відповідно до обставин, що склалися; і найкращим доказом цього є той факт, що вона залишилася жива.

Спектр можливих емоційних реакцій жертви широкий.

1. Страх, який може призводити до розвитку фобій (знову піддатися побиттю, насильству чи навіть смерті). Його не слід придушувати; більше того, оскільки цей страх заснований на реальних обставинах, можливо, потрібно посилити заходи щодо власної безпеки. Також можливий страх відкидання близькими.

2. Заперечення серйозності проблеми або взагалі її наявності. Сформована ситуація не усвідомлюється або представляється нереальною. У бесіді слід приймати важливість потреби клієнта в цьому психологічному захисті.

3. Потрясіння відсутністю або неприйнятністю альтернатив – виходів із ситуації. Сильні емоційні переживання призводять до дезорганізації поведінки й дезінтеграції особистості. Потрясіння посилюється необхідністю різких змін у повсякденному житті: зміни житла, пошуку роботи, нової школи тощо. У цьому хаосі доцільно спільно з клієнтом обрати найважливіші пріоритети і, використовуючи сильні сторони особистості, скласти конкретний і посильний план дій.

4. Безпорадність, викликана невдалими спробами опору, зіткненням з байдужістю чи ворожістю оточення й суспільства. Її подолання сприяє усвідомленню реальності вирішення ситуації, яке послужить внесенню в життя нових змін.

5. Гнів, що виникає негайно або відстрочено, і може бути спрямований на будь-яку людину. Його варто висловити до кінця, як би це не було болісно.

6. Почуття провини, що з'являється як розплата за неправильну поведінку або відхід від значимих взаємин. Провину безглуздо заперечувати. Важливіше, що її переживання вказує на ті явища, які залежать від співрозмовника, а тому можуть бути змінені за його бажання.

7. Недовіра, яка виникає через те, що консультант належить до числа сторонніх, від яких клієнт може продовжувати відчувати небезпеку. Крім того, вона є результатом життя в умовах обмеженості контактів і спілкування, що формує відгородженість і нездатність до саморозкриття. Оскільки недовіра є реальною, фахівцю варто вислухати й прийняти невдоволення та розчарування клієнта.

8. Депресія, що виявляється в почутті малозначимості й нездатності до дій, часто підтримуваних оточенням. Її подолання можливе шляхом прийняття почуттів, розвитку самоконтролю й активної участі в житті.

9. Амбівалентність, що зумовлена проблемністю соціальних і сексуальних ролей як у клієнта, так і в значимих осіб із його оточення, а також необхідністю приймати рішення про зміну стереотипів життя. Важливо, визнавши право співрозмовника на двозначність емоцій, дати можливість їхнього відкритого прояву.

Після відреагування емоційної напруги слід поступово переходити до роботи з відновлення особистісного контролю. У цьому процесі не може бути швидких результатів. Інколи має пройти чимало часу – тижні або місяці, а іноді й роки йдуть на те, щоби повністю реконструювати взаємини з оточенням і досягти інтеграції особистості. Немає сенсу фіксуватися на деталях сексуального нападу, адже фіксація й генералізація цих переживань може призвести до хронічної беззахисності й непереможного страху перед усіма чоловіками.

Запитання для самоконтролю

1. Якими є основні фази реакції на зґвалтування, як вони проявляються?
2. Назвіть вісім факторів психічної травми.
3. Якими є основні методи діагностики стану постраждалих від сексуального насильства?
4. Якими є найбільш часті емоційні реакції жертв зґвалтування?
5. Як може впливати зґвалтування на особисте життя та взаємини з протилежною статтю?

Завдання для практичного виконання

I. Укласти перелік фільмів, у яких показана робота з жертвами насильства або динаміка розвитку деструктивних відносин.

II. Прописати алгоритм дій психолога під час первинного звернення жертви насильства.

Рекомендована література

Основна: 2. Додаткова: 2, 9.

Тести для самоконтролю

1. Стадія резистентності – це:

- а) стадія опору;
- б) стадія тривоги;
- в) стадія виснаження;
- г) стадія заспокоєння.

2. Неспецифічна реакція організму на вплив, що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму, – це:

- а) еустрес;
- б) компенсація;
- в) дистрес;
- г) стрес.

3. Шкода, заподіяна психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку, – це:

- а) травма;
- б) психологічна травма;
- в) травматична криза;
- г) стрес.

4. Який тип травмування зачіпає зону взаємин із іншими людьми й формування Его?

- а) травма фізичного типу;
- б) травма нарцисичного типу;
- в) травма, що стосується системи соціальних відносин;
- г) масовані травми.

5. Стрес у ситуаціях, які загрожують безпеці людини, її соціальному статусу, економічному благополуччю, міжособистісним взаєминам, – це:

- а) фізіологічний стрес;
- б) психологічний стрес;
- в) емоційний стрес;
- г) інформаційний стрес.

6. ПТСР – це:

- а) інтенсивний емоційний стан, який супроводжує втрату когось, із ким у людини був глибокий емоційний зв'язок;
- б) психічний стрес високої інтенсивності, який супроводжується переживаннями сильного страху, жаху й безпорадності;

- в) неспсихотична відстрочена реакція організму на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення майже в кожній людині, при цьому симптоми зберігатимуться не менше одного місяця;
- г) неспецифічна реакція організму на вплив, що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму.

7. Посттравматичний особистісний розлад – це:

- а) перша стадія формування постстресових порушень;
- б) друга стадія формування постстресових порушень;
- в) третя стадія формування постстресових порушень;
- г) четверта стадія формування постстресових порушень.

8. Особи з дезадаптацією легкого ступеня потребують:

- а) легкої психологічної підтримки на дружньому або сімейному рівні;
- б) підтримки близьких людей і професійної психологічної допомоги;
- в) усіх видів допомоги, у тому числі фармакологічної корекції стану;
- г) тривалого лікування й відновлення.

9. Фаза психічної реакції, що настає після травмуючої ситуації й триває від тижня до 3-ох–6-ти місяців, а також характеризується сильним почуттям гордості в людини за те, що вона подолала всі небезпеки й залишилася живою, – це:

- а) героїчна фаза;
- б) фаза «медового місяця»;
- в) фаза розчарування;
- г) фаза відновлення.

10. Останньою стадією переживання ПТСР є:

- а) завершення;
- б) уникнення;
- в) каяття;
- г) депресія.

11. Базовими принципами психотерапевтичної роботи з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію, є такі:

- а) доброзичливість, ввічливість, безкорисливість, обачність;
- б) конфіденційність, безоцінність, емпатія, доброзичливе ставлення й терпіння;
- в) ввічливість, безкорисливість, емпатія, доброзичливе ставлення й терпіння;
- г) безкорисливість, емпатія, доброзичливе ставлення, терпіння.

12. Другим етапом психотерапевтичного процесу з клієнтами, які перенесли травмуючу ситуацію, є:

- а) встановлення довірного, безпечного контакту;

- б) терапія, центрована на травмі;
- в) допомога клієнтам у «відділенні» від травми, возз'єднанні з родиною, друзями й суспільством;
- г) планування стратегії подальшого життя.

13. До основних категорій методів роботи психолога з травмуючими ситуаціями відносять такі:

- а) освітні методи, валеологічні методи, методи соціальної інтеграції, психотерапію;
- б) психотерапію, психокорекцію, психологічне консультування, психодіагностику;
- в) холістичні методи, антропологічні методи, психокорекцію, психологічне консультування;
- г) психогігієну й психопрофілактику.

14. Група методів, що знаходиться в області холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я, – це:

- а) методи соціальної інтеграції;
- б) антропологічні методи;
- в) освітні методи;
- г) валеологічні методи.

15. Об'ємне, свідоме, цілеспрямоване лікування психосоматичних або психосоціально викликаних розладів поведінки, станів страждання – це:

- а) психотерапія;
- б) психокорекція;
- в) психологічне консультування;
- г) психогігієна.

16. Механізм психологічного захисту, який полягає в приписуванні іншим деяких почуттів і думок, які людина має або хоче мати сама, – це:

- а) подвійна проєкція;
- б) проєкція катарсису;
- в) додаткова проєкція;
- г) дзеркальна проєкція.

17. Один із різновидів арттерапії, який полягає в прикріпленні (приклеюванні) до відповідної основи різноманітних матеріалів, що відрізняються від неї за кольором і фактурою, – це:

- а) аплікація;
- б) колажування;
- в) ізотерапія;
- г) ігрова терапія.

18. Метод, у якому клієнтові щоразу, коли він зустрічається з об'єктами, які нагадують йому про заподіяні страждання, або ж приходять думки про травмуючу подію, пропонується кілька разів глибоко вдихнути й розслабитися, – це:

- а) спонтанне розслаблення;
- б) внутрішнє відволікання;
- в) систематичне розслаблення;
- г) систематичне вирішення проблем.

19. У якому психотерапевтичному напрямі терапевтичні зміни пов'язуються насамперед із розширенням свідомості клієнта, із появою нового розуміння свого життя, проблем і наслідків травматичного інциденту?

- а) гештальт-підхід;
- б) екзистенційна психотерапія;
- в) біхевіоральний підхід;
- г) арттерапія.

20. У якій ситуації почуття приглушені, а потреби й конфлікти усвідомлюються слабо?

- а) у гострій ситуації високої інтенсивності;
- б) у гострій ситуації низької інтенсивності;
- в) у хронічній ситуації низької інтенсивності;
- г) у хронічній ситуації високої інтенсивності.

21. У техніці ОТІ психолог виконує функцію:

- а) спостерігача;
- б) фасилітатора;
- в) вчителя;
- г) партнера.

22. Спілкування з клієнтом під час проведення техніки ОТІ є:

- а) схематичним і чітко визначеним;
- б) вільним;
- в) індивідуальним для кожного клієнта;
- г) усі три варіанти залежно від виду травмування клієнта.

23. Техніка ВКД розроблена в межах:

- а) нейролінгвістичного програмування;
- б) раціонального підходу;
- в) когнітивного підходу;
- г) психоаналізу.

24. На якій колоді метафоричних асоціативних карт зображені обличчя дітей?

- а) Persona;
- б) Personita;
- в) ОН;
- г) Core.

25. Метод візуально-кінестетичної дисоціації ефективний у роботі з:

- а) панічними атаками й тривожними станами;
- б) суїцидальними ідеаціями;
- в) фобіями й неприємними спогадами;
- г) горем і депресіями.

25. Стереотипія – це:

- а) опір;
- б) тривожний стан;
- в) тенденція до сліпого повторення фіксованої поведінки;
- г) стадія заспокоєння.

26. Негативна форма стресу – це:

- а) еустрес;
- б) компенсація;
- в) дистрес;
- г) стрес.

27. Головними принципами надання допомоги потерпілим у результаті впливу екстремальних ситуацій є:

- а) швидкість, ефективність, спеціально організовані умови надання психологічної допомоги;
- б) невідкладність, наближеність до місця подій, єдність і простота психологічного впливу;
- в) багатогранність методів психологічної допомоги, спеціально організовані умови надання психологічної допомоги, невідкладність;
- г) наближеність до місця подій, багатогранність методів психологічної допомоги, швидкість.

28. Яка фаза переживання психотравмуючих ситуацій включає відчуття загрози й занепокоєння?

- а) «після впливу»;
- б) «впливу»;
- в) «поствпливу»;
- г) «перед впливом».

29. До основних екстремальних станів відносять:

- а) стрес, афект, фрустрацію, страх, паніку, психологічну кризу;
- б) психологічний стрес, фізіологічний стрес, емоційний стрес, інформаційний стрес;
- в) дистрес, еустрес, афект, апатію;
- г) апатію, кому, сопор, фізіологічний стрес.

30. Постійні чи періодичні вербальні образи дитини, погрози з боку батьків, опікунів, учителів, вихователів, приниження її людської гідності, звинувачення її в тому, у чому вона невинна, демонстрація нелюбові, неприязні до дитини – це:

- а) вербальне насильство;
- б) нехтування інтересами дитини;
- в) емоційне насильство;
- г) психологічне насильство.

31. Вибір конкретного методу в практичній роботі залежить від:

- а) напряму роботи психолога, типу травмування, основних патернів поведінки дитини;
- б) завдань консультування; статі дитини;
- в) віку дитини; стадії консультування; рівня когнітивного розвитку дитини;
- г) усі три варіанти залежно від виду травмування клієнта.

32. Основна мета роботи психолога з дітьми, які стали жертвами насильства, полягає у:

- а) зменшенні й ліквідації наслідків травматичних переживань дитини;
- б) зміні стилю життя дитини;
- в) налагодженні взаємин у сім'ї;
- г) підвищенні самооцінки дитини.

33. Консультування дітей, які стали жертвами насильства, краще проводити в:

- а) кабінеті психолога;
- б) ігровій або неформально обставленій кімнаті;
- в) класі;
- г) удома.

34. До соціально-економічних факторів ризику насильства в сім'ї відносять:

- а) ригідність, домінування, тривожність, звична дратівливість батьків;
- б) конфліктні або насильницькі взаємини між членами сім'ї; проблеми в подружжя;
- в) низький дохід; безробіття або тимчасова робота, низький трудовий статус;
- г) порушення фізичного й психічного розвитку дитини.

35. Який тип перебігу ПТСР супроводжується симптомами вторгнення, уникання й гіперактивації?

- а) депресивний;
- б) прогредієнтний;
- в) стабільний;
- г) регредієнтний.

36. Який клінічний варіант розладу адаптації характеризується поєднанням відчуття психічного й фізичного дискомфорту; немотивованої напруженості; нав'язливого уявлення, побоювань і хвилювань, спрямованих у майбутнє?

- а) депресивний;
- б) змішаний;
- в) тривожний;
- г) поведінковий.

37. Більшість бійців, які повертаються додому, адаптуються до мирного життя протягом:

- а) кількох тижнів;
- б) кількох місяців;
- в) півроку;
- г) кількох років.

38. Який тип перебігу ПТСР супроводжується симптомами вторгнення, передовсім флешбеками?

- а) депресивний;
- б) прогредієнтний;
- в) стабільний;
- г) регредієнтний.

39. Який клінічний варіант розладу адаптації характеризується відчуттям суму, пригніченості, смутку, підвищеної плаксивості?

- а) депресивний;
- б) змішаний;
- в) тривожний;
- г) поведінковий.

40. Центральне почуття при переживанні травм системних відносин:

- а) страх бути залишеним;
- б) сором і вина;
- в) розчарування;
- г) страх смерті.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

А

Агресія – індивідуальна чи колективна поведінка або дія, спрямована на спричинення фізичної чи психологічної шкоди або навіть знищення іншої людини чи групи.

Адинамічна депресія – є варіантом апатичної депресії, що характеризується слабкістю, безсиллям, відсутністю спонукань і бажань, руховою загальмованістю й байдужістю.

Ажитована депресія – депресія з переважанням тривоги, страху (тривожно-боязке напруження) й рухового занепокоєння, що відображає переживання розпачу й безвиході.

Ангедонія – зниження або втрата здатності отримувати задоволення, що супроводжується втратою активності в його досягненні.

Аномічні самогубства – акт самогубства, що є наслідком неспроможності людини пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства.

Антивітальні переживання – роздуми про відсутність цінності життя, у яких ще немає чітких уявлень про власну смерть, а є заперечення життя.

Апатична депресія – депресія, яка характеризується переважанням явищ негативної афективності, втратою внутрішнього сенсу вчинків (вони здійснюються автоматично), а також збіднінням міміки, монотонністю мовлення, сповільненням рухів аж до рівня вираженої акінезії.

Апатія – динамічний процес руйнування емоційної сфери, що проявляється відсутністю емоційних проявів, млявістю, відсутністю бажань, життєвих спонукань, бездіяльністю; втратою емоційного тону (байдужістю) зі зменшенням яскравості й різноманітності емоцій (їхнім потьмянінням і випадінням), поєднується із втратою переживання перспективи майбутнього.

Астенічна депресія – депресія з вираженими проявами нервово-психічної слабкості, стомлюваності, виснаження, з ознаками вегетативно-судинної дистонії й сенсорної гіперестезії (або гіпостезії).

Афект – сильний і відносно короткотривалий емоційний стан вибухового характеру, який може дати непідпорядковану свідомому вольовому контролю розрядку в дії.

Б

Біографічне несвідоме – будь-які події чи обставини життя людини з народження й дотепер, що мають високу емоційну значущість переживань, реально переживаються заново.

В

Віктимна поведінка – поведінка, при якій жертва певним чином сприяє скоєнню злочину, свідомо чи несвідомо створює об'єктивні й суб'єктивні умови для криміналізації, нехтуючи запобіжними заходами.

Вітальна депресія – належить до депресивних розладів неспсихотичного рівня й характеризується безпричинним песимізмом, сумом, пригніченням, коливанням афективних проявів (тривога, почуття провини тощо). Її характерною ознакою є нестійкість і нетривалість.

Витіснення – механізм психологічного захисту, за допомогою якого зі свідомості в підсвідомість вилучаються думки й почуття, які спричиняють страждання.

Г

Гіперкомпенсація – механізм психологічного захисту, для якого характерне прагнення досягти успіху в тій сфері, яка є найбільш важкою й значимою для людини.

Горе – інтенсивний емоційний стан, який супроводжує втрату когось (або чогось), із ким (або з чим) у людини був глибокий емоційний зв'язок.

Д

Депресія – психічний розлад, що характеризується патологічно зниженим настроєм із негативною, песимістичною оцінкою себе, свого положення в навколишній дійсності й свого майбутнього.

Дистимія – стан зниженого настрою (тривалістю не менше двох років), що не досягає ступеня вираженої депресії. До основних симптомів дистимії належать низька самооцінка, песимізм, почуття непристосованості, почуття непотрібності, безпорадність тощо.

Дистрес – негативна форма стресу.

Е

Евтаназія – практика припинення (або скорочення) лікарем життя людини (чи тварини), яка страждає на невиліковне захворювання й відчуває нестерпні страждання. Відбувається на задоволення прохання хворого в безболісній або мінімально болісній формі з метою припинення страждань.

Економічне насильство в сім'ї – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу й іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я.

Емоційний стрес – стрес, що проявляється в ситуаціях загрози, несподіваності тощо.

Еустрес – позитивна форма стресу.

З

Заміщення – механізм психологічного захисту, для якого характерний прояв інстинктивного імпульсу, що переадресовується від більш загрозливого об'єкта чи особистості до менш загрозливого.

Заперечення – механізм психологічного захисту, при застосуванні якого, людина відмовляється визнавати, що сталася неприємна подія.

Захисні механізми – несвідомі стратегії, завдяки яким особистість знижує тривогу або уникає конфлікту ціною викривлення реальності.

Здоров'я – стан повного фізичного, психічного й соціального благополуччя, відсутність хвороб чи фізичних дефектів.

К

Когнітивне взаємопереплетення – особлива форма техніки ДДРО, спеціально розроблена для найбільш важких клієнтів із високим ступенем занепокоєння.

Компенсація – механізм психологічного захисту, при застосуванні якого відбувається заміщення реально існуючої або уявної неповноцінності за допомогою конструктивної чи деструктивної діяльності.

Конфлікт – найбільш гострий спосіб вирішення значимих протиріч, які виникають у процесі взаємодії сторін.

Копінг – усвідомлені, активні й здебільшого конструктивні дії людини у відповідь на будь-яке пред'явлення навколишнього середовища, що порушує її гомеостаз.

Копінг-поведінка – сукупність гнучких, динамічних поведінкових і когнітивних зусиль людини, за допомогою яких вона в одних випадках використовує захисні стратегії, а в інших – удається до стратегій вирішення проблеми шляхом зміни відношення «особистість – навколишнє середовище». Мета копінг-поведінки полягає в намаганні впоратися з важкими, напруженими ситуаціями, що перевершують наявні ресурси.

Копінг-ресурси – сукупність внутрішніх і зовнішніх ресурсів, завдяки яким людина обирає способи реагування, найбільш прийнятні для неї в конкретній ситуації.

Копінг-стратегії – засоби управління важкими життєвими ситуаціями, які реалізуються через копінг-поведінку особистості для відповіді на загрозу, що сприймається.

М

Механізми психологічного захисту є інтрапсихічною адаптацією, спрямованою на послаблення психологічного дискомфорту.

Н

Насильство в сім'ї – будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права й свободи члена сім'ї як людини й громадянина та наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю.

П

Паніка – несвідомий, нестримний страх, викликаний дійсною чи уявною небезпекою, що охоплює людину чи багатьох людей, неконтрольоване

прагнення уникнути небезпечної ситуації.

Посттравматичні стресові реакції – емоційні, особистісні, поведінкові зміни, що з'явилися в людини після виходу з травмуючої ситуації.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатний викликати психічні порушення практично в будь-якої людини.

Проекція – механізм психологічного захисту, при застосуванні якого відбувається приписування особою власних неприйнятних думок, відчуттів і поведінки іншим людям чи оточенню.

Психологічна криза – стан, при якому проявляється неможливість виконувати цикл втілення себе, свого задуму.

Психічне здоров'я – стан благополуччя, при якому людина може реалізовувати власний потенціал, долати звичайні життєві стреси, продуктивно працювати, а також робити внесок у життя суспільства. Критеріями психічного здоров'я є адекватне самосприйняття, самоаналіз, саморегуляція, а також адекватні кількісні та якісні показники психічних реакцій на дію зовнішніх і внутрішніх стимулів.

Психічна травма – часткове або повне психічне відхилення від норми в результаті дії надзвичайно сильного стресора, фрустратора.

Психогенний розлад – розлад, що має психологічні джерела, а його причиною не є відома органічна патологія.

Психодіагностика – наука про конструювання методів оцінки, виміру, класифікації психологічних і психофізіологічних особливостей людей, а також використання цих методів у практичних цілях.

Психологічний дебрифінг – особливим чином організоване обговорення, що використовується в групах людей, які пережили стресогенну або трагічну подію.

Психологічний стрес – стрес, зумовлений важкими взаєминами з оточуючими.

Психопрофілактика – комплекс практичних заходів, спрямованих на запобігання негативним змінам психічної діяльності, психічним розладам і захворюванням, що негативно впливають на фізичну й психічну працездатність людини.

Психосоматика – напрям медицини, що досліджує взаємозв'язок між душевними переживаннями й реакціями організму. У рамках цього напрямку розглядаються численні соматичні захворювання й функціональні розлади організму, виникнення й перебіг яких залежить переважно від психосоціальних обставин.

Психосоматичні захворювання (від грец. ψυχή – душа й грец. σωμα – тіло) – група хворобливих станів, що з'являються в результаті взаємодії психічних і фізіологічних факторів. Це психічні розлади, які проявляються на фізіологічному рівні; фізіологічні розлади, які проявляються на психічному рівні; або фізіологічні патології, які розвиваються під впливом психогенних факторів.

Психотерапія – об’ємне, свідоме цілеспрямоване лікування психосоматичних або психосоціально викликаних розладів поведінки; лікування за допомогою науково-психотерапевтичних методів у взаємодії між одним або кількома клієнтами й одним або кількома психотерапевтами з метою пом’якшення чи усунення наявних симптомів, зміни порушених типів поведінки й поглядів, а також для сприяння зрілості, розвитку й здоров’ю клієнта.

Р

Раціоналізація – механізм психологічного захисту, для якого характерне спотворення реальності неправдивою аргументацією, псевдорозумним поясненням своїх учинків, бажань, комплексів і потягів.

Реабілітація – комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення / компенсацію порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих і людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями.

Реакції горя – нормальна реакція людини на будь-яку значиму втрату.

Регресія – механізм психологічного захисту, для якого характерне повернення до дитячих моделей поведінки, тобто до безпечного й приємного періоду життя.

С

Синдром втрати («гостре горе») – сильні емоції, які виникають у результаті втрати близької людини.

Стереотипія – тенденція до сліпого повторення фіксованої поведінки.

Страх – психічний стан, що виникає на основі інстинкту самозбереження як реакція на реальну чи уявну небезпеку.

Стрес (від англ. stress – тиск, натиск, навантаження, напруга) – неспецифічна (загальна) реакція організму на вплив (фізичний або психологічний), що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму (або організму в цілому).

Суїцид – дія умисного спричинення власної смерті.

Суїцидальна поведінка – поняття, яке окрім власне суїциду передбачає суїцидальні замаху, спроби й прояви.

Суїцидальні замаху – усі суїцидальні акти, які не закінчилися летально з незалежної від суїцидента причини.

Суїцидальні прояви – думки, вислови, натяки, які не супроводжуються будь-якими діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

Суїцидальні спроби – демонстративно-установчі дії, при яких суїцидент найчастіше знає про безпеку здійснюваного ним акту.

Т

Травма (від грец. trauma – рана) – пошкодження тканин організму людини або тварини з порушенням їхньої цілісності й функцій, викликане зовнішньою (головним чином механічною, термічною) дією.

Травми нарцисичного типу – травми, що зачіпають зону взаємин із іншими людьми й формування Его.

Травма «порожнього місця» (травми, що стосуються системи соціальних відносин) – фрустрація очікувань суб'єкта щодо цілісності й компліментарності системи соціальних відносин.

Травматичні стресові реакції – особистісні й поведінкові реакції, що виникають під час переживання травматичного стресу.

Травматичні стресори – фактори високої інтенсивності, що загрожують існуванню людини.

Травматичний невроз – невроз, що розвивається в результаті певної драматичної події, наприклад, серйозний переляк, раптове серйозне пошкодження тощо.

Травматичний психоз – будь-який серйозний психозоподібний розлад, що виникає внаслідок фізичної травми, зазвичай пошкодження головного мозку.

Травматичний стрес – психічний стрес високої інтенсивності, який супроводжується переживаннями сильного страху, жаху й безпорадності.

Травматофілія (схильність до нещасних випадків) – схильність людини постійно знаходити ситуації, у яких трапляється щось погане, що призводить до заподіяння шкоди собі й оточуючим.

Травми фізичного типу – травми, що зачіпають тіло людини, її фізичний світ.

Ф

Фізіологічний стрес – стрес, викликаний надмірними фізичними навантаженнями.

Фобії – ірраціональні нав'язливі страхи.

Фрустрація – психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці, викликаний об'єктивно чи суб'єктивно непереборними труднощами на шляху до досягнення мети.

Х

Хвороба – процес, який виникає в результаті впливу на організм шкідливого (надзвичайного) подразника зовнішнього або внутрішнього середовища, що характеризується зниженням пристосованості живого організму до зовнішнього середовища при одночасній мобілізації його захисних сил.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях : навчальний посібник. Запоріжжя : ЗНУ, 2021.
2. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. Київ : Ніка-Центр, 2009. 580 с.
3. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навчальний посібник. Київ : Кондор, 2009. 278 с.
4. Титаренко Т. Життєві кризи : технології консультування. Перша частина. Київ : Главник, 2007. 144 с.
5. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

Додаткова

1. Кондрюкова В. В., Слюсар І. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник. Гнозіс, 2013. 116 с.
2. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. 2023. 245 с.
3. Бочкор Н. П., Залеська О. В. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : методичні рекомендації. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.
4. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях : огляд сучасних психодіагностичних методик : навчальний посібник. Миколаїв : Іліон, 2016. 342 с.
5. Психологічні травми і самогубство : поради фахівців : поради щодо першої допомоги. *Безпека життєдіяльності : Всеукраїнський науково-популярний журнал*. 2006. № 4. С. 43-44.
6. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навчальний посібник. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Ніжин : Міланік, 2007. 115 с.
7. Психологічні травми і самогубство : поради фахівців : поради щодо першої допомоги. *Безпека життєдіяльності : Всеукраїнський науково-популярний журнал*. 2006. № 4. С. 43-44.

Інформаційні джерела:

1. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях : посібник. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051544.pdf>
2. Сайт громадської правозахисної організації «Да Страда Україна». URL : <https://la-strada.org.ua>
3. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051503.pdf>
4. Сайт громадської організації з підтримки та адаптації ветеранів. URL : <https://veteranhub.com.ua>
5. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій : психологічна теорія і практика : монографія / Максименко С. Д., Кузікова С. Б., Зливкова В. Л. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051497.pdf>.
6. Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях : методичні рекомендації до самостійної роботи. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 57 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/metodychky/2023/06/0053496.docx>.
7. Кризові стани в сучасних умовах : діагностика, корекція та профілактика : навчальний посібник / під ред. Л. М. Юр'євої. Київ : Галерея Принт, 2017. 174 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051492.pdf>.
8. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій : психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051497.pdf>.
9. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос. Київ : Логос, 2015. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051501.pdf>.
10. Малхазов О. Р. Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 215 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051490.pdf>

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик : навчальний посібник. / авт. кол.: Н. О. Євдокимова, В. Л. Зликов, С. О. Лукомська, О. В. Федан. Миколаїв : Іліон, 2016. 342 с.
2. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій : психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зликова. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051497.pdf>.
3. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 28 жовтня 2022 р.) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : ЛьвДУВС, 2022. 412 с. URL : <http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi69/0050386.pdf>.
4. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051501.pdf>.
5. Кризові стани в сучасних умовах : діагностика, корекція та профілактика : навчальний посібник / під ред. Л. М. Юр'євої. Київ : Галерея Принт, 2017. 174 с. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051492.pdf>.
6. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком. URL : <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051503.pdf>

Навчальне видання
(українською мовою)

Грандт Вікторія Вікторівна

ПСИХОЛОГІЯ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

Навчальний посібник
для здобувачів ступеня вищої освіти магістра
спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми
«Психологія»

Рецензент *Н.О. Губа*
Відповідальний за випуск *Т.В. Скрипаченко*
Коректор *А.О. Неманежина*

*Надруковано з готових оригінал-макетів замовника.
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Умов. друк. арк. 4,5
Тираж 50 примірників.*