

УДК 159.99.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Карпюк Юлія Ярославівна

кандидат психологічних наук

доцент кафедри загальної та клінічної психології

Прикарпатський національний університет

імені Василя Стефаника

Анотація. В статті наводиться короткий опис факторів, які стають причиною розвитку посттравматичного стресового розладу, наведена характеристика травматичного стресу, основних етапів психотерапії клієнта та завдання кожної із стадій психотерапевтичної роботи. Проведено огляд методів сучасних психотерапевтичних підходів, їх місце, способи застосування та ефективність в процесі роботи з травмою. Акцентується увага на специфіці психотерапевтичних відносин з клієнтом, що пережив травматичні події та принципах їх побудови.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, стрес, психотерапія, травма, методи психотерапії.

Вступ. Виклики сучасності пов'язані зі значним зростанням кількості чинників стресу, військові дії, терористичні акти, нестабільна соціальна та економічна ситуація, пандемія та інші катаклізми різних рівнів зумовлюють зростання інтересу до питання роботи з наслідками стресу викликаного переживанням ситуацій, які виходять за межі нормального досвіду й можуть спровокувати розвиток посттравматичного стресового розладу.

Аналіз останніх досліджень та публікацій свідчить про значну увагу до питань діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу, проведення заходів спрямованих на реабілітацію осіб, які пережили

травматичні події. Цінними є матеріали досліджень та публікації Дж. Брієра, К. Скотта, Дж. Германа, М. Дж. Горовіца, Ф. Пьюселіка, М. Мюллера, М. Фрідмана та ін. Серед вітчизняних вчених найбільший вклад в даному напрямку зробили О. Романчук, А. М. Романшина, О. В. Бойко, І. М. Гузенко, О. Г. Сиропятов, Н. А. Дзеружинська, О. М. Рапчі та ін.

Метою даної статті є теоретичний аналіз принципів та методів психотерапевтичної роботи з клієнтами, які страждають посттравматичним стресовим розладом.

Виклад основного матеріалу. В умовах сучасної реальності людина часто зустрічається з факторами, які можуть стати причиною розвитку посттравматичного стресового розладу. До них відносять події та ситуації, які здійснюють потужний негативний вплив на людину й вимагають надмірних зусиль для того, щоб з ними справитися. Основною характеристикою таких подій є інтенсивний, екстремальний, загрозливий для життя чи здоров'я індивіда вплив на нього або ж його близьких, що веде до порушення відчуття безпеки і перевантажує нервову систему з адаптивними механізмами психіки.

Л. В. Трубіцина до травмуючих ситуацій відносить військові дії, катаклізми природнього характеру, екологічні та техногенні катастрофи, нещасні випадки, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, сексуальне насильство, появу раптової загрози життю чи здоров'ю, напади та захворювання.

Травматичним стресом називається особлива форма стресової реакції, яка виникає у ситуаціях, коли відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних, адаптаційних можливостей людини і здійснюється руйнівний вплив на захисні механізми психіки.

Вплив, який виходить за межі «нормального людського досвіду» залишає слід на стані психіки людини і через певний час у неї можуть проявитися ознаки посттравматичного стресового розладу, які мають нав'язливий характер та заважають людині нормально жити, негативно впливаючи на сфери

особистих стосунків та професійної діяльності або ж призводять до повної втрати працездатності.

Під посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) розуміють неспокійну відстрочену в часі реакцію психіки людини на сильний стрес, яка здатна викликати психічні порушення після завершення впливу травмуючого фактору. Даний розлад являє собою комплексну психопатологічну реакцію, яка набуває форми цілісного синдрому.

Основна мета психотерапії клієнтів з посттравматичним стресовим розладом полягає у допомозі під час звільнення від нав'язливих спогадів про минуле, пояснення емоційних реакцій через призму спогадів про пережиту травму, а також відновлення активності клієнта в сьогоденні та прийняття на себе відповідальності в реальних життєвих ситуаціях з метою виходу з позиції «жертви» і повернення до нормального життя.

Шлях до зцілення від травми проходить через встановлення відчуття безпеки, відновлення втрачених сил, повернення контролю над власним тілом, зміщення здатності до контролю на оточуюче середовище, створення безпечного для життя простору, стабілізацію повсякденної життєвої ситуації клієнта, реконструкцію травматичних подій та її причин, перетворення та переосмислення пережитої травматичної історії, зміцнення власної ідентичності, визначення особистісних цінностей, трансформацію життєвих установок та сценаріїв, відбудову самості та здатності довіряти іншим, зниження рівня напруги і формування нового підходу до розуміння місця травми у власному житті.

Основним моментом ефективної психотерапії на першому етапі стає відновлення контролю над емоційними реакціями, розвиток навичок самоконтролю над думками та поведінкою, спочатку на тілесному рівні шляхом забезпечення базових потреб здоров'я, стабілізації органічних процесів сну, харчування, фізичної активності, усунення поведінки, яка спрямована на самопошкодження і лікування фізичних симптомів травми. В період стабілізації проявів симптоматики психотерапевт інформує клієнта про значення його

симптомів, допомагає зрозуміти їх роль й таким чином виводить з під їхнього контролю, що стає першим кроком до повернення влади над своїм життям постраждалою особою. На другому етапі терапевт допомагає клієнту знайти травматичним подіям належне місце й нове пояснення в загальній часовій перспективі особистої історії його життя [4; 5].

Виходячи з представлених цілей можна виділити чотири стратегії психотерапії.

(С. Н. Еніколопов, 1996):

- підтримка навичок адаптації «Я» (пріоритетним аспектом є формування позитивного ставлення до терапії, так як видужання можливе лише в контексті стосунків, де постраждала особа вчиться будувати нові зв'язки, включається в безпечні відносини, що створюють безпечний простір для відновлення, деформованих або пошкоджених в результаті травматичного досвіду, психологічних функцій і повернення влади над собою);

- формування позитивного ставлення до наявних симптомів (суть даної стратегії полягає в поясненні нормальності проявів симптомів в клієнта в контексті пережитої ситуації, що дозволяє попередити повторну травматизацію від самого факту присутності даного розладу);

- зниження рівня напруги та прагнення до уникнення (допомагає клієнту повернутися до нормального життя й звільнитися від страху контакту з тим, що може нагадати йому про травму, допомагаючи цим самим простіше її прожити й зробити частиною свого досвіду);

- зміна тлумачення сенсу (головна ціль полягає в трансформації змісту перенесеної психічної травми, що допомагає клієнту створити відчуття «контролю над травмою»).

Першочергово психотерапія повинна спрямовуватися на зниження рівня психоемоційної напруги, що здебільшого виражена підвищеною тривожністю, відновлення почуття тілесної та особистісної цілісності, надання відчуття контролю над пережитими подіями, слідом за цим відбувається відновлення

довіри, автономії, ініціативності, спроможності дбати про себе та ініціативності клієнта.

Варто зауважити, що терапевтичні відносини з клієнтами, які страждають посттравматичним розладом, надзвичайно складні у зв'язку з порушенням базової довіри, відчуттям зради, залежністю, полярністю почуттів любові та ненависті, які регулярно проявляються в процесі взаємодії з психотерапевтом та під час побудови психотерапевтичних відносин. Робота з клієнтами, які пережили травми вимагає високого професіоналізму та відповідної психологічної готовності психотерапевта через інтенсивні емоційні реакції, які можуть виникати у ході терапевтичного процесу.

Завдання терапевтичної роботи з клієнтом залежать від етапу психотерапії, який вони проходять. Ключове завдання першої стадії – створення безпечної атмосфери, другої – робота зі спогадами та переживаннями, третьої – відновлення активності клієнта в повсякденному житті.

Під час спостереження за процесом відновлення особи, яка пережила травму можна відзначити поступовий перехід від високого рівня напруги та настороженості до відчуття безпеки, від боязні та дисоціації спогадів про травму до їх інтеграції, від ізоляції та мінімізації зв'язків до відновлення та створення нових соціальних контактів.

Характерними рисами психотерапевтичної роботи з клієнтом, який страждає посттравматичним розладом являються покрокове завоювання довіри зі сторони клієнта (після її вираженої втрати до світу та всіх людей), надмірну чутливість щодо «формальностей» пов'язаних з проведенням терапії у вигляді відмови від проходження стандартних психодіагностичних процедур, формування безпечного та надійного оточення клієнта під час проходження психотерапії, дотримання певних ритуалів, що сприяють закриттю потреби клієнта в безпеці, зменшення доз та інтенсивності медикаментозного лікування, при його наявності або повне його скасування, обговорення методів

самооборони й підтримання безпеки з врахуванням можливих факторів небезпеки та способів їх нейтралізації в поточній життєвій ситуації клієнта.

Фундаментальні принципи роботи з клієнтом, що страждає посттравматичним стресовим розладом включають індивідуальний підхід, партнерство, принципи нормалізації та стабілізації, відновлення відчуття гідності особистості.

Основними психотерапевтичними методами під час роботи з клієнтами, які пережили травму являються раціональна психотерапія (суть якої полягає в поясненні причин та механізмів посттравматичного стресового розладу); психотерапія та переробка травматичних переживань за допомогою рухів очима EMDR, що полягає в зниженні чутливості та переробці травматичних переживань шляхом впливу на психодинаміку в результаті руху очима; гештальт-терапія, яка допомагає зняти блоки, що зупиняють розвиток особистості, реалізацію її можливостей та потягів за допомогою повернення здатності до самоконтролю, відновлення автономії, здатності приймати самостійні рішення та робити вибір; методи, що враховують зворотний біологічний зв'язок і включають в себе практики психологічної саморегуляції, які допомагають усунути симптоми напруги і тривоги (візуалізація, релаксації, аутотренінг, тілесні практики); когнітивна психотерапія, яка допомагає в роботі з ірраціональними переконаннями, негативним мисленням, що веде до труднощів з адаптацією; когнітивно-поведінкова психотерапія спрямована на формування нової поведінки, що сприяє адаптації до сьогодення клієнта; особистісно-орієнтована терапія, яка сприяє зміні ставлення постраждалого до ситуації, яка спричинила травму і прийняттю відповідальності за своє ставлення до неї та її тлумачення; позитивна терапія та гештальт-підхід, які орієнтуються на пошук наявних ресурсів, способів та можливостей для подолання важких ситуацій та наявних проблем, творчі методи пристосування до поточних ситуацій для формування нового позитивного особистого досвіду; логотерапія Франкла спрямована на пошук прихованих і нових сенсів пережитого досвіду, розуміння якого сприяє швидкому одужанню та

поверненню до нормального життя; групова терапія, яка часто поєднується з сеансами індивідуальної психотерапії різного виду; дебрифінг пережитого стресу через його обговорення, мінімізацію та зменшення страждань, яких він задає особі (в процесі здійснюється робота з враженнями, емоціями, реакціями, почуттями та переживаннями клієнта шляхом формування розуміння пережитого й отриманого досвіду, зниження рівня напруги і підготовки до можливих проявів симптомів, які можуть проявитися в результаті травматичних подій); символ-драма, що допомагає клієнту розслабитися та пропрацювати травматичний досвід шляхом викликання образів сну наяву (імагінацій) за заданими психотерапевтом мотивами, де імагінація являється динамічним психофізіологічним процесом під час якого особа уявляє, переживає і відчуває внутрішню реальність за відсутності реальної зовнішньої стимуляції, поряд з цим у людини виникає відповідна психофізіологічна, емоційна та поведінкова активність; сімейна психотерапія, що сприяє відновленню нормальних, довірливих відносин з близькими після пережитих травматичних подій; експозиційна психотерапія під час якої клієнт стикається з ситуацією, що його лякає, зустрічається з об'єктами, думками та спогадами, які пов'язані з травмою до моменту зниження рівня тривоги у відповідь на них; ImRs – терапевтична робота за допомогою образів уяви, що пов'язані з емоціями, яка допомагає модифікувати сліди в пам'яті залишені травмою та пов'язані з нею емоційні реакції.

Метааналізи порівняльної ефективності цих методів (А. Ехлерс та Дж. Біссон з колегами [9], Р. БRADLEY і Дж. Грін з колегами [7], М. Ван Еттен і С. Тайлор [10], М. Клоітер [8], Г. Сидлер та Ф. Вагнер [12]) свідчать про те, що будь-які нетравмофокусовані втручання мають меншу ефективність, ніж ті, які були спеціально розроблені та безпосередньо сфокусовані на роботі із симптоматикою ПТСР. Найефективнішими в цій царині, за даними тих самих метааналізів, і такими, що визнані наразі методами першого вибору в роботі з ПТСР за рекомендацією провідних організацій (Американської психологічної асоціації, Австралійського центру посттравматичного психічного здоров'я,

Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії, Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США), є травмо-фокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та метод EMDR.

Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія охоплює різні схеми втручань, спрямовані на переосмислення та повторне переживання травматичних подій. Основними методами травмофокусованих втручань є експозиція наживо, експозиція в уяві, пролонгована експозиція, стимульна конфронтація, повторне когнітивне опрацювання, когнітивна реструктуризація, а також наративна реконструкція. Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії включає в себе ідентифікацію та зміну негативних особистісних значень, які надаються особистістю травматичній події та її наслідкам, зниження інтенсивності проявів симптомів повторного переживання і дискримінацію тригерів, а також усунення дисфункційної поведінки, когнітивних стратегій, які заважають нормальному та повноцінному життю.

Для повного відновлення після пережитого стресу та повернення до продуктивного життя, людині необхідно впоратися з емоційними переживаннями та усунути тривожні схеми світосприймання, які стимулюють появу очікувань повторення травматичних подій у майбутньому.

Висновки. Зниженню сили проявів симптоматики посттравматичного стресового розладу сприяють підтримка оточення, подолання безпосередніх загроз та стимуляція роботи відновлювальних механізмів психіки, які підвищують адаптивні можливості особистості.

Аналіз даних показав, що найбільш ефективними психотерапевтичними методами під час роботи з клієнтами, які пережили травму являються травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та метод десенсибілізації і репроцесинг травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR), також свою ефективність показали методи символ-драми, гештальт-терпія, позитивна психотерапія, раціональна, когнітивна, сімейна, особистісно-орієнтована, групова та логотерапія. Перспективою наступних досліджень є

огляд моделей психотерапевтичної роботи з клієнтами, які пережили травму та аналіз їх ефективності в залежності від характеру пережитої травми.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 32. – С. 15–20.

2. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.

3. Корчемный П. А., Харитонов А. Н., Акулич А. Л., Дударев В. В., Кузовкин В. В., Раздубов В. А., Федотов А. Ю. Психологическая психотерапия в условиях воинской деятельности. Под общ ред. П. А. Корчемного, А. Н. Харитонова. – М. : Типография ВУ, 2001. – 324 с.

4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.

5. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).

6. Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макачук А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчян З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина А. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с. (Психологический инструментарий).

7. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique / M. Cloitre // CNS Spectrums. – 2009. – Vol. 14(Suppl 1). – P. 32–43.

8. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation / Ehlers A., Clark D. M., Hackmannb A., McManusa F., Fennellb M. // BehaviourResearch and Therapy. – 2005. – Vol. 43. – P. 413–431.

9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – 5th edition. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013.
10. Ehlers A. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments / Ehlers A., Clark D. // *Nordic Journal Psychiatry*. – 2007. – Vol. 62 (47). – P. 1–8.
11. Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study / Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J., McManus F. // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. – 2010. – Vol. 38(04). – P. 383–398.
12. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis / Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., & Turner S. // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 90. – P. 97–104.
13. Seidler G. H. Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study / Seidler G. H., & Wagner F. E. // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 36. – P. 1515–1522.
14. Etten M. L. van. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis / Etten M. L. van, & Taylor S. // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 1998. – Vol. 5. – P. 126–144.