Гасюк Мирослава Богданівна

Чайка Яна Сергіївна

Прикарпатський національний університет ім.В.Стефаника,

м.Івано-Франківськ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЛЮДЯМ ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

У статті проаналізовано симптоматику посттравматичного стресового розладу, та найефективніші форми роботи та надання допомоги людям. Які переживають психотравмуючу ситуацію.

Ключові слова: психотравма, посттравматичний стресовий роздад, кризова ситуація.

У наш час кризове консультування, поряд з кризовою психотерапією направлено на надання психологічної допомоги в переживанні критичної ситуації. Критична ситуація пов'язана з внутрішніми і зовнішніми подіями, що відбуваються в житті людини. Cучасна ситуація в країні, нажаль, надає нам безліч прикладів таких подій: неоголошена війна, непоправна втрата (смерть близького, втрата здоров'я, працездатності і т.д.); неприпустиму поведінку іншого (зрада, не виправдання надій, фізичне або сексуальне насильство, полон та ін.); об'єктивні зміни статусу, матеріального становища, життєвих перспектив (звільнення, втрата заощаджень, житла, банкрутство).

Якщо, переживаючи критичну ситуацію, людина не знаходить способів адаптації і не може змиритися з новими обставинами життя, її психологічний стан змінюється: вона занурюється в руйнуючі переживання.

Перші дослідження стосовно впливу надзвичайних ситуацій на психічний стан людей розпочались наприкінці ХΙХ - на початку ХХ сторіччя (Г. Оппегейм, Дж. Еріксон, З. Фройд, Е. Крепелін, Ганнушкін П.Б., Гіляровський В.О., Краснушкін Є.К., Мясищев В.М. та ін.). Питаннями психологічної допомоги особистості при переживанні кризової ситуації займалися такі вітчизняні та зарубіжні науковці як І.Г Малкіна-Пих, Л.Ф. Бурлачук, М.Вайтхед, Ф.Є.Василюк, О.Романчук, А.А.Ільїн, Н.В. Тарабріна, М.Є.Зеленова.[4]

Актуальним є питання надання правильної першої психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі та розробка ефективних програм для роботи з такими людьми.

Кризове консультування починається з надання клієнту екстреної психологічної допомоги, яка в першу чергу спрямована на роботу з його станом, а не зі змістом його проблеми.

Така допомога базується на принципах симптомоцентрованного контролю, короткостроковості, реалістичності та особистої залученості професіонала. Здійснення цієї стратегії пов'язане зі створенням специфічних стосунків з клієнтом, заснованих на прийнятті, розумінні і безумовному позитивному ставленні до нього. [2]

Характерні риси кризового консультування - емпатійний контакт, повага, невідкладність, високий рівень активності консультанта, обмеження мети нормалізацією стану, підтримка, фокусування на основній проблемі.

  Мета такого консультування нормалізація емоційного стану та досягнення прийнятного рівня адаптації, після того людина стає більш здатною до раціонального вирішення проблеми або психологічного прийняття нової життєвої ситуації. Надалі психологічна допомога може здійснюватися як проблемно-орієнтоване консультування: обговорюється проблема, виявляються дії, які вже застосовувалися для вирішення проблеми; виявляються перешкоди і обговорюються можливості клієнта.[4]

Оскільки кризове консультування переважно спрямоване на роботу зі станом клієнта, психолог-консультант має володіти вміннями працювати з різними руйнуючими емоційними переживаннями. Перш за все, це: гнів, почуття провини, страх і тривога, депресія, переживання горя. Особливу увагу тут приділяють ризику розвитку суїцидальної поведінки. Реакція людини на пережиту кризову ситуацію залежить від багатьох чинників: характер, тип нервової системи, психічний, емоційний та фізичний стан людини під час переживання кризової ситуації, наявний досвід пережитих травмуючих подій в минулому, тощо.[5]

У людей, які пережили надзвичайні ситуації, змінюється якість життя в цілому і окремих його параметрів. Оцінка якості життя пацієнтами з ПТСР за всіма показниками перебуває на рівні нижче середньої.

Пацієнти з ПТСР достовірно частіше осіб з окремими ознаками ПТСР проявляють відверті агресивні реакції та використовують деструктивні способи вирішення конфліктних ситуацій. Існуючі афективні розлади поглиблюють порушення комунікативної сфери, що призводить до загального погіршення мікросоціального функціонування і зниження якості життя.[7]

Надання першої психологічної допомоги людин,і яка пережила кризову ситуацію, при потребі має супроводжуватись також медикаментозним втручанням, що відбувається із залученням відповідних фахівців.

Несвоєчасне або нефахове надання першої психологічної допомоги особі при переживанні кризової ситуації призводить до хроніфікування психологічних порушень, які виявляються у розвитку посттравматичного стресового розладу та інших психічних порушень.[2]

В рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

1) надмірне збудження (включаючивегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічecкoe уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною);

2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпенілість, відчай, свідомість безвиході);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервове тремтінн.[4]

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стану: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром вижив (хронічне «почуття провини, що залишився в живих»), флешбек-синдром (насильно вторгаються в свідомість спогади про «нестерпних» події), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, безладність сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрілості), синдром прогресуючої астенії (послялагерна астенія, після повернення до нормального життя спостерігається у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції). Ці стани мають певну динаміку, зокрема - посттравматична симптоматика з віком може не тільки не слабшати, а ставати все більш вираженою.[4;2]

Патологічними ознаками психологічної деформації структури особистості (до рівня дезадаптації, патологічної структури особистості), яка пережила надзвичайну ситуацію й потребує психокорекційної допомоги, є наявність:

* високого рівню особистісної тривожності та сенситивності;
* знижених показників самопочуття та настрою;
* емоційно-вольової слабкості та нездатності до самоконтролю;
* неадекватного самосприймання та світосприйняття в цілому;
* афективної ригідності та її превалювання над раціональним мисленням;
* неузгодженості між своїми психологічними потребами та власними психофізіологічними можливостями, необхідних для їх реалізації;
* екзальтації та неконтрольованості почуттів, які при певних умовах можуть трансформуватись у форму психоагресії;
* недостатньо міцного внутрішнього стрижня та чіткого морально-ціннісного підґрунтя особистості.[7]

Дана психофізіологічна симптоматика свідчить про порушення функціонування таких психологічних сфер особистості, як мотиваційна, емоційно-вольова, комунікативна, когнітивна, моральна, ціннісно-смислова. Тому «мішенями» впливу на особистість постраждалого внаслідок кризової події з психічними розладами, мають бути ці психологічні механізми та окремі елементи в її структурі**.[7]**

#### Психокорекційна робота. Існують три обов’язкові етапи загального психокорекційного процесу, а саме: підготовчий етап, безпосередньо психокорекція та етап рефлексії, позитивних змін та психокорекційної роботи в цілому*.*

Метою підготовчого етапу є:

1. встановлення довірливих взаємовідносин між психологом та клієнтом;
2. заспокоєння клієнта.

Етап психокорекції включає в себе три блоки:

а) діагностичний блок:

1) діагностика особливостей особистості;  
2) вияв факторів ризику;  
3) формування загальної програми психокорекції;

б) настановчий блок:

1) формування мотивації роботи клієнта над собою;  
2) зняття тривожності;  
3) підвищення впевненості клієнта в собі;

в) корекційний блок, метою якого є гармонізація та оптимізація розвитку особистості клієнта:

1) формування навичок саморегуляції;  
2) самопізнання за допомогою психолога та психодіагностичних засобів;  
3) розвиток самосвідомості: усвідомлення особистістю власних психологічних проблем та зон психологічного дискомфорту;  
4) корекція характерологічних рис особистості, які зазнали деструктивного впливу в наслідок надзвичайної ситуації, та структури особистості в цілому;  
5) оволодіння засобами взаємодії з внутрішнім та зовнішнім світом особистості;

На заключному етапі психокорекційної роботи відбувається:

1) рефлексія позитивних змін особистості;  
2) закріплення отриманих психологічних навичок;  
3) розвиток антиципаційної спроможності особистості (прогностичних здібностей) на основі конструктивної обробки життєвого досвіду.

Треба відзначити, що застосування психотерапії повинно бути короткостроковим, реалістичним, інтегративним. Є доцільним пошук «забутих у минулому» потреб та інтересів, шляхів їх актуалізації. Роботу треба спрямовувати на запобігання фіксації когнітивних установок на безвихідність ситуації, відсутності сенсу життя, а також особистісний зріст постраждалих, зміни ієрархії їх ціннісних настанов (переакцентування, дезактуалізація, реакцентування рангу індивідуальних значень).[4]

Н. Тарабріна і Вачков виокремлюють такі основні та найефективніші форми роботи з людьми які переживають посттравматичний стресовий розлад:

1. Техніка розкриваючих інтервенцій: метод полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові пережити заново травматичні спогади та їх інтегрувати, при цьому знижується рівень дистресу та фізіологічної реактивності нав’язливих спогадів. Метод потрібний для зниження переляку, нав’язливих думок, агресивності.

2. Техніка подолання тривоги: включає релаксаційні методи, розпізнавання і корекція спотворених сприйняттів і переконань (тренування призупинення думок у разі нав’язливих спогадів, упізнавання ірраціональних думок, заучування адекватної моделі поведінки, когнітивне переструктурування за допомогою «сократівського методу постановки питань»).

3. Техніка переробки травмуючи переживань за допомогою рухів очей (EMDR): пацієнт уявляє травматичні сцени, переживання почуття тривоги, зосереджується на цих спогадах і пробує відтворити усе, що викликає у нього травма «Я безпорадний», «Я нічого не контролюю»). Потім пацієнта просять уявити травматичну сцену у більш «стислому» вигляді, сформувати негативні думки з приводу травматичного спогаду, сконцентруватися на пов’язаних з цими думками фізичних відчуттях і стежити очима за пальцем терапевта, що ритмічно рухається на відстані 30-35 см від його обличчя. Після 24 рухів пацієнта просять зробити глибокий вдих і відволіктися від переживань. Далі йому слід зосередитися на тілесних переживаннях, пов’язаних з уявною сценою, а також на позитивних думках («Я зробив краще з того, що міг», «Усе у минулому», тощо). Терапевт оцінює стан пацієнта по суб’єктивній десятибальній шкалі дистресу (Subjective Units of Distress scale, SUD), після чого приймає рішення, чи вносити в сцену які-небудь зміни. Процедура повторюється до тих пір, поки бал по SUD не опуститься до 1 або 2.

4. Тренінг короткотривалої позитивної терапії. Створений за матеріалами книги «Короткострокова позитивна психотерапія» (Н.Пезешкіан). Запропонована техніка показана в широкому діапазоні випадків, у роботі з втратою (горем). У концепції терапії, сфокусованій на рішенні, підкреслюється, що відчуття провини є деструктивним для психотерапії, а самозвинувачення і обвинувачення своїх близьких є перешкодою до співробітництва клієнта і його близьких з лікарем, причиною низької ефективності і тривалості класичної психотерапії. Терапія проводиться на основі роботи зі сферами моделі балансу, яка включає сферу відчуттів, ментальну сферу (розум, діяльність), сферу контактів та емоцій, сферу смислів.[3]

5. Методи психологічної саморегуляції:

* «Візуалізація позитивних емоцій». Коли викликаєш внутрішні відчуття і зовнішні прояви, що відповідають потрібній емоції, то за принципом зворотнього зв'язку це впливає на наш стані через деякий час (5-15 хв.) можна добитися бажані емоції. У спокої дуже легко досягти довільної емоції. Але потрібна хороша підготовка, щоб у стресовій ситуації, коли негативні емоції переважають, яскраво уявити і викликати у себе протилежну емоцію.
* «Дисоціація». Даний спосіб призначений для людей, які є надто емоційні. В цих випадках варто використовувати навичку відсторонення від емоцій – дисоціації. Вона ґрунтується на розділенні усвідомлення людиною фізіологічних процесів у власному організмі, викликаних емоціями, від усвідомлення свого внутрішнього, психологічного стану. Для цього необхідно навчитися відділяти емоції, які нав’язані із-зовні від діяльності власного «Я».
* Дихання і емоції. Дихання відображає характер емоційного стану людини, є чутливим індикатором для емоцій. Ритмічне і глибоке дихання заспокоює людину.
* Розслаблення м’язів – зняття фізичної напруги і емоційної напруги. Джекобсон виявив, що різноманітні психосоматичні захворювання і неврози супроводжуються підвищенням тонуса скелетних м’язів Оскільки м’язове напруження є індикатором стресу, то чим більш глибоким є стан стресу у людини, тим вище м’язовий тонус. Зниження м’язового тонусу сприяє зниженню стресу в організму.[4;5]

Отже, **психокорекційна робота**, повинна впливати на вказані вище психологічні сфери наступним чином:

а) формування мотивації постраждалого та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою подолання психіатричної проблематики та особистісного розвитку в цілому;

б) робота з емоційно-вольовою сферою постраждалого:

1) формування навичок самоспостереження свого фізичного та емоційного стану, релаксації та зняття психофізіологічної напруги;  
2) розвиток самоконтролю емоцій та поведінки (формування навичок самоорганізації та впорядкування власного життя);  
3) підвищення загального фону настрою (шляхом опосередкованого впливу);

4) включення постраждалого в незвичну для нього та суспільно-корисну трудову діяльність;

5)формування фрустраційної толерантності;

6) від реагування придушених психотравмуючих емоцій з урахуванням принципів етики та моральності;

в) робота з комунікативною сферою особистості:

1) формування навичок конструктивного спілкування;

2) узгодження потреби в спілкуванні та навичок особистості до конструктивного спілкування;

3) формування здатності до адекватного та позитивного сприйняття оточуючих;  
4) розвиток емпатії та компромісів у спілкуванні;

5) сімейна психокорекція;

г) робота з когнітивною сферою постраждалого:

1) розвиток самосвідомості;

2) формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття;

3) усвідомлення психотравмуючих спогадів;

4) конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів;  
5)когнітивна обробка психотравмуючого досвіду;

6)антиципація власних дій в аналогічних ситуаціях;

7) вияв ірраціональних когніцій та невірних цілей та заміщення їх конструктивними;  
8) зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій, поведінки та атит’юдів;

д) робота з моральною сферою особистості:

1) формування внутрішнього локусу контролю;

2) формування моральної самосвідомості як чинник моральної саморегуляції поведінки;

3) формування моральних ставлень людини до оточуючих;

4) формування здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях;

е) робота з ціннісно-смисловою сферою постраждалого:

1) усвідомлення та перебудова власної системи цінностей з урахуванням нових умовжиття;

2) свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню у будь-яких умовах.

Література:

1. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуацій / Е.Ю. Коржова, Л.Ф. Бурлачук. - М., Российское педагогическое агентство, 1998. 263с.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. / Ф.Е. Василюк. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200с.
3. Вачков И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. / И.Вачков. - М., Изд-во «Ось-89», 1999. 176с.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисних ситуаціях / И.Г.Малкина-Пых. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960с.
5. Мюлер М. Якщо ви пережили кризову ситуацію / М. МюллерЛьвів: видавництво Українського католицького університету : Світчадо, 2014. 120с.
6. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога /И.Г. Малкина-Пых, В.Л. Таланов. – СПб. –М., Сова – Эксмо, 2003. 546с.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина - СПб., Питер, 2001. – 267с.