

**Плескач Б.В.**

*кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка  
Національної академії педагогічних наук України*

## **ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ РАННІХ СТАДІЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

Основне завдання цієї роботи полягає в теоретичному розгляді основних закономірностей які відображають процес відновлення після травматизації та котрі використовуються при психотерапевтичній допомозі клієнтам з психологічною травмою. Оскільки, сучасні описи процесів переживання травми здійснені на основі феноменологічного методу актуальним є розробка психодіагностичних методик, що дозволяє швидко вивчати великі вибірки.

Після 24 лютого 2022 року територія України стала місцем військового протистояння, одним із наслідків військової дій стала висока психологічна травматизація всіх груп населення.

Виникнення психологічної травматизації пояснюється дією подій, які визначаються як – загрозливі для життя та здоров'я людини чи його близьких, такі, що істотно порушують почуття безпеки особи [7, с. 52]. В сучасних підходах до проблеми психологічного травмування підкреслюється, що не лише загроза життю та фізичній цілісності має травматичний вплив, а і – події, які були оцінені індивідом як загрозливі, на основі інформаційної моделі (когнітивної, символічної, ціннісної) [3, с. 11].

Важким наслідком впливу травматичних подій є постратматичний стресовий розлад (ПТСР), який зустрічається приблизно у 20–30% серед вибірок військовослужбовців (які приймали участь у бойових діях) та серед цивільних (свідки та постраждали від бойових дій) [3, с. 142].

Однією з основних задач психотерапії ПТСР є – допомога в осмисленні травматичного досвіду, який стає можливим: 1) після визнання, що подія нанесла важкі втрати та 2) після того, як відбувається опрацювання події на афективному рівні [6, с. 43]. Означені умови одужання пов'язані з тим, що травматична подія дисоціюється (знання-спогади про подію відділяються від цілісного знання про оточуючий світ та самого себе, асоціативні процеси пригнічуються, емоції відсікаються

від сприйнятих проте не усвідомлених фактів), що і викликає патологічні симптоми.

Теоретичні моделі ПТСР пов'язують цей розлад з тим, що травматична подія активізує біологічну систему виживання, після чого відбувається ізоляція джерела травматизації в пам'яті (дисоціація) та унеможливується психічне опрацювання травми [6]. Біологічний смисл цих процесів полягає в тому, щоб дозволити індивіду, в критичний для життя ситуації, уникнути демобілізації (яка може з'явитись після осмислення травми) та забезпечити умови для протистояння загрози.

На нейробиологічному рівні ПТСР пов'язана з гальмуванням ділянок мозку відповідних за пам'ять та активізацією (хронічним збудженням) ділянок мозку відповідальних за реакцію на загрозу [2, с. 92].

Хронічною активізацією ділянок мозку відповідальних за реакцію на загрозу можна пояснити симптоми гіперреактивності при ПТСР та реакції уникнення (як свідому активність спрямовану на контроль та зменшення надмірного збудження).

Симптоми інтрузії (вторгнення) при ПТСР можна пояснити одночасно двома зазначеними вище нейробиологічними особливостями: надмірним збудженням окремих центрів нервової системи (внаслідок чого мало-загрозливі стимули сприймаються як загроза) та гальмуванням ділянок мозку відповідних за пам'ять (виникнення флеш-беку чи сновидіння про психотравмуючу подію можна зрозуміти як намагання відновити порушену пам'ять, опрацювати ці спогади на емоційному та когнітивному рівнях).

Психотерапевтичне лікування ПТСР складне та має багато важливих завдань. В межах цієї роботи ми розглянемо лише задачі, які пов'язані з проробкою травматичного досвіду.

Так, по-перше, психотерапевтичні зусилля спрямовуються на десенсебілізацію по відношенню до травматичної події, що (можна припустити) сприяє: зникненню маркера вітальної загрози із спогадів про травматичну подію; зменшенню сили психологічних захистів; розуміння психотравми як такої з якою можна жити і як таку, що можна пережити (опрацювати на емоційному рівні).

Існує багато можливостей для десенсебілізації в когнітивно-поведінковій психотерапії, нейро-лінгвістичному програмуванні, гіпно-терапії та в інших класичних підходах. Наприклад, в глибинно-зорієнтованій психотерапії десенсебілізація забезпечується тим, що

терапевт здатен витримувати та приймати травматичні переживання про які розповідає клієнт.

По-друге, зусилля спрямовуються на власне «проробку» травматичного досвіду під яким розуміються втручання спрямовані на відновлення природньої роботи скорботи [5, с. 91]. Так, допускається, що травма викликає ментальні реакції, які порушують психологічний гомеостаз та мають бути відреаговані, що відбувається під час скорботи та горювання [5, с. 62]. Негативні наслідки (ПТСР) з'являються коли процес скорботи порушується, емоційне та поведінкове відреагування не відбувається, а когнітивне переосмислення зупинилося. З цього приводу, М. М. Решетніков пише: «...терапія успішна лише у випадках реконструкції травми в безпечних умовах та при відновленні порушених психодинамічних зв'язків (мається на увазі, зв'язок спогадів із переживаннями) з подальшим вивільненням афекту» [5, с. 75].

Робота скорботи може бути представлена як ряд характерних, для більшості людей, психологічних процесів (які можуть бути згруповані у певні стадії) [6, с. 85]. При цьому підкреслюється, що різні стадії горювання можуть відбуватись одночасно, змінювати свій порядок, повторюватись. Найбільш відомі описи процесу горювання з виділенням умовних етапів належать Дж. Болбі та Е. Кюблер-Росс [1; 4].

Роль психотерапевта при супроводженні клієнта в процесі горювання полягає в тому щоб бути поряд, намагатись підтримати та зрозуміти клієнта, виступати особою якій клієнт може довіряти [5, с. 90]. Крім того, М. М. Решетніков рекомендує не порушувати природній хід горювання та залишатись у ролі приймаючого та емпатичного слухача. Так, вчений пише: «...якими би нереалістичними не були ці надії (мається на увазі сподівання клієнта, який переживає важку втрату) ми не маємо право їх руйнувати, як і підтримувати ці надії. Скорбота має самостійно виконати свою роботу...» [5, с. 91]. Також доцільно додати, що останнім часом були розроблені технології психологічної роботи з травмами, які зводять до мінімуму інтенсивність негативних емоцій, серед яких можна відмітити: десенсебілізацію за допомогою руху очей (EMDR), брейнспотинг, травмофокус.

Повертаючись до завдань цієї роботи потрібно підкреслити, що для початкових етапів переживання травми характерно:

– заперечення втрати (особа намагається ігнорувати факт втрати; зберігати надію, що травматичної події не відбулось);

– гнів по відношенню до осіб, які є відповідальні за травматичну подію (гнів на опонента, який причетний до травми; на керівництво; на втрачену особу; докори в бік самого себе);

– власне туга, скорбота та оплакування в зв'язку із втратою.

Емпіричним шляхом (на основі узагальнення досвіду психотерапії) доведено, що невиражені (не відреаговані), пригнічені та психічно неперероблені переживання в зв'язку із втратою призводять до психопатології [5, с. 94]. Як зазначалось вище, відреагування під час психотерапії, в безпечних умовах, сприяє зникненню симптомів (наприклад, ПТСР). З огляду на вказані психотерапевтичні закономірності, вченими допускається, що порушення природнього процесу горювання (збереження віри, що смерть близького не відбулась; неможливість висловити агресію та перейти від пасивної позиції жертви в активну позицію героя; відсутність умов для переживання суму та оплакування) пов'язані з симптомами ПТСР.

Проте, всі ці закономірності описані на основі методу який можна охарактеризувати як феноменологічний. Тоді як, для перевірки наукових гіпотез статистичними методами на широкій популяції потрібні психометричні інструменти. Велике наукове значення має уточнення того, як окремі аспекти процесу горювання з приводу травми впливають на подальше функціонування. В подальшому, на основі уточнених закономірностей стає можливим розробка нових технік для роботи з травмованими пацієнтами в яких використовуються особливості окремих стадій горювання. Тому, актуальним є адаптація існуючих та розробка нових психодіагностичних методик для вивчення початкових етапів переживання травми (горювання), що дозволить проводити масові виміри.

### **Список використаних джерел:**

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / пер. с англ. В. В. Старовойтова. Москва : Академический Проект, 2006. 232 с.
2. Вебер Т. Травмофокус (ТФ) – психотерапія для регуляції хронічного стресу і захворювань болю. *Медична психологія*. 2018. № 1. С. 91–93.
3. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие. Санкт-Петербург : Речь, 2012. 448 с.
4. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Санкт-Петербург : Корвет, 2016. 294 с.
5. Решетников М. М. Психическая травма. Санкт-Петербург : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. 322 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.