

довіри та відчуття безпеки, розвиток витривалості та впевненості в своїх силах, відродження довіри до оточуючих, можливість відчуття своєї приналежності до групи.

Ключові слова: психотравма, згуртування, відчуження, усамітнення, почуття приналежності, соціокультурне підґрунтя, тілесно-динамічні ігри

УДК 159.9:070

Литвиненко Л. І.

ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ У РОБОТІ З ПРОЯВАМИ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Литвиненко Л. І. Інтегративна модель в роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців. У статті представлено осмислення і узагальнення емпіричного досвіду психологічної допомоги травмованим військовослужбовцям та ветеранам, які зазнали впливу травматичних подій і потерпають від проявів посттравматичного стресового розладу. Процедура надання психотерапевтичної допомоги із врахуванням специфіки і особливостей стресових чинників має бути логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою і такою, що має чітко виписаний протокол інтервенцій; робота з травматичними переживаннями повинна проводитися паралельно як з самим постраждалим так і з близьким оточенням, яке допомагає відновити природню систему самоцілення та відновлення відчуття власної цінності.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психологічна підтримка, медико-психологічна реабілітація, інтегративна модель, рефлекс придушення, зона прихованих переживань, «повторне достатньо хороше батьківство».

Литвиненко Л. И. Интегративная модель в работе с проявлениями ПТСР у ветеранов и военнослужащих. В статье представлены осмысления и обобщения эмпирического опыта психологической помощи травмированным военнослужащим и ветеранам, которые пережили травматические события и имеют проявления посттравматического стрессового расстройства. Военнослужащие и ветераны, которые пережили опыт военных

событий, требуют особого внимания к вопросам преодоления проявлений посттравматического стрессового расстройства; процедура оказания психотерапевтической помощи с учетом специфики и особенностей стрессовых факторов должна быть логически упорядоченной, технологически обеспеченной и имеющей четко выписан протокол интервенций; работа с травматическими переживаниями должна проводиться параллельно как с самим пострадавшим так и с близким окружением, которое помогает восстановить естественную систему самоисцеления и восстановления ощущение собственной ценности.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), медико-психологическая реабилитация, интегративная модель, рефлекс подавления, зона спрятанных переживаний, «повторное достаточно хорошее родительство».

Постановка проблеми. Війна в Україні, яка вже має хронічний характер, висунула надзвичайні вимоги для наших військовослужбовців, ветеранів і їх сімей. Ця довготривала хронічна криза впливає на психіку людини, викликаючи у неї травматичний стрес, відчуття розпачу, самотності, переживання емоційних страждань. Більшість ветеранів повернулися додому з психологічними травмами або порушеннями, які можуть мати наслідки на довгі роки.

У літературі представлено, що серед військовослужбовців та ветеранів, які брали участь у різних військових конфліктах, а також серед їх сімей, відзначається високий рівень несприятливих психологічних станів. Ми знаємо, що травма має вплив не лише безпосередньо на самого травмованого (учасник АТО, постраждалий в ДТП, постраждалий від землетрусу, від падіння літака та ін.), а й на його близьке оточення – родину, рятівників (сюди входять лікарі МЧС, психологи, волонтери), друзів, знайомих; на людину, яка випадково не потрапила в поле травмивної події і вона попадає у вибірку «якби» [3, с.93].

На жаль, всі учасники сімейної системи можуть перебувати у стані психологічної кризи, яка може призвести до небезпечних наслідків: складних змін в емоційній сфері, самопочутті, діяльності, людських стосунках; можуть проявлятися різні посттравматичні стресові реакції та розлади, або розвиватися

ПТСР. Останній виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою життю або здоров'ю.

Для сімей військовослужбовців та ветеранів ступінь труднощів і негативних наслідків зростає зі збільшенням ступеня схильності військовослужбовців та ветеранів до травмівних переживань, тому ці сім'ї піддаються підвищеному ризику виникнення симптомів психологічних розладів. Здебільшого людина в стресовій ситуації не може і не знає, як впоратись зі станами та відчуттями, які вони переживає. І в своїй практиці ми бачимо, що дорослі та діти із сімей військовослужбовців та ветеранів і з більшою ймовірністю потребують психологічної допомоги.

Виходячи з вище зазначеного, ми повинні пам'ятати, що робота з травматичними переживаннями повинна проводитися паралельно як з самим постраждалим так і з іншими травмованими. Основна мета такої психологічної допомоги («психологічного підгортання») – знайти і підібрати ефективні діагностичні та корекційні матеріали, що дали б змогу в подальшому усім особам, котрі пережили травму, відновити здатність зцілюватися, долати величезні труднощі та зростати. Ефективна профілактика може знизити потребу в лікуванні, а також скоротити величезні особисті, соціальні і економічні витрати, пов'язані з цими станами.

Варто зазначити, що на сьогодні вітчизняна система психологічної/психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам проходить процес становлення. Фахівці спрямовують свої зусилля на аналіз існуючих теоретичних розробок щодо такого роду травмування, а також на осмислення і узагальнення теоретичного, а також набутого практичного досвіду надання допомоги та розробленню власних теоретичних моделей.

Мета статті: представлення однієї із моделей роботи з проявами ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації.

Теоретичні питання. Аналіз досліджень з означеної проблеми. Внаслідок високого ступеню психотравматизації військовослужбовців та ветеранів гостро постала проблема в комплексному підході до реабілітації даної категорії постраждалих. Ця модель реабілітації характеризується

особливим методичним підходом до лікування, який враховує зв'язок між психічною травмою та симптомами і порушенням функціонування індивіда, організацію процесу самого лікування медичним персоналом у співпраці з командою психологів, які пройшли відповідну підготовку по роботі з травмою.

Теоретико-методологічні розробки щодо проблематики, яка пов'язана із вивченням посттравматичного стресового розладу значною мірою висвітлені низкою як зарубіжних так і українських вчених таких, як В. Агарков, Ю. Биховець, Л. Гребінь, Д. Іванов, С. Казакова, Р. Кадиров, З. Кісарчук, В. Климчук, Г. Лазос, Л. Литвиненко, С. Максименко, Б. Михайлов, М. Мюллер, Я. Омельченко, В. Осьодла, О. Романчук, Н. Тарабрина, М. Теренс, Т. Титаренко, О. Тохтамиш, Е. Фоа, М. Фрідман, Л. Шестопалова та інших науковців які експлікували сутність психотравми та спричинених нею розладів [5; 6; 7; 10; 11; 14; 15; 1 19].

Науковий доробок цих авторів стосується вивчення механізмів, причин та симптоматики розвитку ПТСР, технології діагностики; на основі їх праць показано, як людина переживає травматичні події і як ці переживання впливають на психічне здоров'я. Ми бачимо, що цей вплив має руйнівний характер, який проявляється у вигляді розладів, пов'язаних із травмою (відповідно до DSM-V, серед яких найпоширенішим є "посттравматичний стресовий розлад" – ПТСР), а також у вигляді інших розладів: горе, депресія, тривога, панічні прояви, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами, зловживання психоактивними речовинами та ін. Всі ці прояви суттєво впливають на якість життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції.

На основі праць цих дослідників схарактеризовано основні напрями психологічної підтримки, психологічної реабілітації, психологічної допомоги в кризових ситуаціях, особливостей корекції посттравматичного стресового розладу та психотерапії емоційних травм, медико-психологічної реабілітації постраждалих. Ці напрями роботи спрямовані на активізацію їх наявних психічних ресурсів та створення додаткових; на попередження у воїнів та ветеранів розвитку негативних психічних явищ; на психологічну допомогу, яка їм надається у разі прояву гострих чи хронічних адаптаційних розладів і яка являє собою

систему медичних, психологічних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, які отримали психічну травму.

Внаслідок травматичного досвіду у людини актуалізується конфлікт між старим і новим образом «Я», який породжує сильні негативні емоції, порушується внутрішня рівновага, народжується сильний страх і душевний біль; втрачається почуття безпеки, з'являється відчуття того, що якась частина особистості виходить із-під контролю. Травматичний досвід є одночасно болючим і значним, він не може бути негайно переробленим, тому частково витісняється. Витіснений досвід має тенденцію повертатися, нагадувати про себе у вигляді спалахів спонтанних спогадів, образів, напливів думок, емоційних атак, соматизованих образів або компульсивних реакцій.

Щоб їх позбутися, людина намагається не думати про травму і її можливі наслідки, у результаті чого травматичні переживання виявляються недостатньо переробленими. Тим не менш, вся інформація зберігається в пам'яті, причому в досить активному стані, викликаючи мимовільні спогади. Однак, якщо переробка цієї інформації буде завершена, уявлення про травматичному подію стираються з активної пам'яті [9, 10; 19].

Отже, для того, щоб жити далі, військовослужбовці та ветерани набувають *«рефлекс придушення»*, який «заганяє» неприємні почуття углиб – туди, де їх емоційний вплив відчувається з меншою інтенсивністю. Звикання до придушення в собі негативних почуттів (гніву, ненависті, ревнощів, люті, підозрілості) призводить до втрати здатності відчувати позитивні емоції (любов, доброту, доброзичливість, довіру). У такий спосіб, через придушення думок про травму та її можливі наслідки, утворюється зона прихованих переживань [5, с.77].

Зона прихованих переживань — це простір значимих, болісних переживань людини про минуле, якими їй важко поділитися з іншими. Це «потаємний світ», де людина закривається, уникає контактів з іншими, залишається виключно наодинці з самою собою і своїм стражданням, де вона відчуває себе самотньою. Поява значимого іншого у тій зоні, де людина

страждає, є найважливішим аспектом зустрічі, яка полягає у встановленні стосунків з тими «частинами» внутрішнього світу, де їй некомфортно і боляче. Якщо місцем зустрічі стає *зона прихованих переживань*, то саме в суб'єктивному просторі цієї зони ветерани та військовослужбовці особливо потребують психологічної допомоги в емоційному плані (прийнятті, підтримці, співчутті).

Досвід, про який буде йти мова – реалізація авторської програми медико-психологічної реабілітації «Дорога зцілення», здобувався на базі Кризового центру медико-психологічної допомоги, який був створений в Інституті психології імені Г. С. Костюка НАПН України у березні 2014 року та Центру медико-психологічної реабілітації (на сьогодні відділення реабілітації) ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України»). Термін перебування військовослужбовців та ветеранів у відділенні реабілітації – 24 доби.

Постійна робота з різними категоріями пацієнтів (більше тисячі осіб) протягом 2014-2019 років дає можливість визначити деякі специфічні особливості комплексного підходу до реабілітації військовослужбовців та ветеранів.

Прояви посттравматичного стресового розладу. У більшості військовослужбовців та ветеранів, які перебували у відділенні медико-психологічної реабілітації особливо протягом 2014-2017 років спостерігалися найхарактерніші порушення внутрішньої рівноваги: хронічна тривога, постійне очікування загрози, вразливість, сензитивність, вороже або насторожене ставлення до оточуючих, загострене почуття справедливості.

Основними ознаками переживання проявів ПТСР, в тій чи іншій мірі, практично у більшості пацієнтів відділення реабілітації було: порушення сну (страшні сни, кошмари), безсоння, як наслідок психосоматичного збудження; порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій; прояви депресії; інтрузії охоплювали нав'язливі, непрошені спогади, появу дисоціативних реакцій (флеш-беки); зловживання алкогольними напоями тощо. Одним із частих симптомів було уникання, яке полягало в докладанні значних зусиль, щоб усунути неприємні спогади, думки та почуття, а також ухилитися від зустрічі з людьми та ситуаціями, що так чи інакше нагадували про травму. Можна було спостерігати зміни в думках та настрої,

стійкі негативні емоційні стани, помітне зниження інтересу до життя та діяльності, а також нездатність переживати позитивні почуття. Травма завжди тягне за собою підвищення внутрішнього напруження, що закономірно перешкоджає досягненню розслаблення.

Також, у більшості військовослужбовців та ветеранів, з якими ми працювали, відзначалося яскраво виражене бажання *бути зрозумілими* і потреба *бути соціально визнаними*.

Інтегративна модель до психотерапевтичної роботи з проявами ПТСР. До найвідоміших підходів в роботі з проявами та посттравматичними стресовими розладами, ефективність яких продовжує вивчатися, є низка методів, які дають змогу долати ці розлади й поступово повертатися до ефективного життя: гіпнотерапія, біосугестія, психодрама, гештальт-терапія, недирективна роджеріанська психотерапія, психодинамічна, когнітивно-поведінкова психотерапія, терапії мистецтвом і творчим самовираженням, арт-терапія, символдрама, тілесно-орієнтована психотерапія, остеопатії та ін. За рекомендацією провідних організацій психічного здоров'я найефективнішими в цій царині методів в роботі з ПТСР є травмофокусована терапія чи EMDR (терапія методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима).

З огляду на особливості розуміння виникнення та підтримки симптомів посттравматичного стресового розладу і довготривалої практики в умовах стаціонару, в основі нашої концепції, лежить переконання в тому, що не може існувати єдиного підходу до кожного окремого клієнта.

Психотерапевтична, психологічна робота з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації в умовах стаціонару повинна проводитися не одним, а групою психологів, які доповнюють один одного; склад групи психологів повинен бути гетерогенним, що сприяє створенню можливостей для кращого їх розкриття.

Структуровані умови стаціонару відкривають можливість для створення когнітивної рамки, в якій розгортається поетапно сплановане лікування і відновлення пацієнта, яке ми називаємо інтегративним підходом до медико-психологічної реабілітації.

У своїй психотерапевтичній практиці ми бачимо, що не так часто вдається строго слідувати в рамках того чи іншого

психотерапевтичного підходу. Ми знаємо, що в кожному методі того напрямку, який ми представляємо є певна обмеженість; теоретичне підґрунтя, на яке ми опираємося, насправді є еkleктичне. І саме це, час від часу, дозволяє вносити нам до свого психотерапевтичного репертуару техніки і специфічні методики роботи з інших підходів, щоб бути в змозі гнучкими в мисленні і в діях, а не орієнтуватися на ті чи інші суворі концепції, щоб відповідати тим вимогам, які висуває нам практика. У деяких випадках ці методи можуть поєднуватися з використанням психофармакологічних засобів.

Інтеграційний принцип полягає в розумінні того, що, незважаючи на всю різноманітність методично різних напрямків психологічної допомоги, вони є досить близькими між собою, оскільки в кожному випадку в центрі уваги знаходиться людина. Спираючись на інтегративний підхід, ми намагаємося побудувати зв'язну і гармонійну діючу модель, яка пояснює сутність і структуру психотерапевтичного процесу, виходить із принципу поєднання методів і дає можливість їх використання протягом роботи із ветеранами та військовослужбовцями.

Психотерапевтичний процес – процес комплексний. Ми не можемо надавати перевагу якомусь одному чиннику. Слід враховувати те, що всі чинники впливають на клієнта в їх взаємозв'язку. Навряд чи можливо розглядати якусь проблему, яка не має одночасно когнітивного, емоційного, психофізіологічного і поведінкового аспектів.

Ми також повинні не забувати, що результат психотерапії залежить не тільки від психотерапевтичного процесу як такого, але і від тих соціальних або суспільних впливів, які знаходяться за межами кабінету психотерапевта. Завжди слід мати на увазі той соціо-екологічний контекст, в якому живуть наші ветерани та військовослужбовці.

Інтегративній моделі притаманні прості і зрозумілі ознаки: в першу чергу це орієнтованість на клієнта (ми повинні бачити перед собою людину, а не проблему), орієнтованість на проблему, поєднання методів та структурованість.

Орієнтованість на клієнта: спрямованість терапевтичної роботи направлена на те, щоб бачити людину, щоб могла відбутися Зустріч між тим, хто шукає допомоги і тим, хто її надає; щоб вміти відокремлювати себе від клієнта; приймати і довіряти

йому; щоб вірити в те, що він може змінюватися. Теорії і ціннісні переваги терапевта відходять на задній план, а на перший виходить момент Зустрічі.

Орієнтованість на проблему: ми разом з клієнтом знаходимо те, що в даний момент він переживає; шукаємо головну проблему, з якою він не справляється, симптоми, які його накривають. Потім дивимося, які є реальні можливості, ресурси, щодо вирішення проблеми за той обмежений період часу, коли вони знаходяться на реабілітації (21-24 доби).

Поєднання методів: в рамках суто практичного підходу до проблем клієнта використовуються елементи тих методів, які можуть сприяти вирішенню тієї чи іншої проблеми в доступному часовому терміні, який вони мають.

Методи, що застосовуються в інтегративній моделі в роботі з проявами ПТСР, спрямовані на:

- 1) встановлення стосунку в діаді "психотерапевт-клієнт";
- 2) зміну схем мислення і установок, які стосуються травматичних подій і їх наслідків;
- 3) послаблення симптомів повторного переживання;
- 4) зміна дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій;
- 5) розкриття почуттів (активізації переживання і вираження емоцій);
- 6) відновлення психологічних і тілесних меж;
- 7) зняття напруги і поліпшення сприйняття клієнтом свого тіла;
- 8) зміну поведінки;
- 9) підтримку клієнта і його адаптації до змін.

Ветерани та військовослужбовці, які проходять реабілітацію, знаходяться в специфічних життєвих обставинах, вони опинились в особливій проблемній ситуації, яка їх підштовхує шукати полегшення та підтримку. В такій ситуації вони залучений в певні особисті психотерапевтичні стосунки.

Особливості встановлення стосунків в діаді "психотерапевт-клієнт", сприйняття ними один одного, вплив цього сприйняття на формування психологічного контакту достатньо широко вивчалися як у зарубіжній, так і вітчизняній психології. Досліджувались особистісні якості психолога; місце та роль як психолога, так і самого клієнта у консультативному

процесі; формувався погляд на особистості психотерапевта і клієнта як на своєрідні конструкти, що задають характер стосункам [3; 4; 6; ; 20].

Терапевтичний стосунок – це унікальний міжособистісний досвід, наповнений теплом, довірою, прийняттям і розумінням, це Зустріч, здатна пробудити серця і наповнити їх співпереживанням і взаємним розумінням один одного. Такі стосунки «психотерапевт-клієнт» ми називаємо *«повторне достатньо хороше батьківство»*, яке допомагає терапевту в роботі з травмованими військовослужбовцями та ветеранами наблизитись до *зони прихованих переживань*. Цей стосунок зміцнює клієнта, є його/її важливим ресурсом, допомагає йому відновити уражені травмою функції – довіру, самостійність, впевненість, компетентність, здатність будувати стосунки, творчість та ін. Такі стосунки дозволяють бійцям почуватися безпечно, допомагають обмежити потребу у використанні захисних механізмів, дозволяють отримати доступ до негативних емоційних станів, опрацювання яких ведуть до покращення навичок самодопомоги і зростання здорової, ресурсної частини психіки у постраждалих військовослужбовців.

Встановлення стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» у просторі кризової допомоги значною мірою залежать від особистості фахівця. Саме він є тією основною опорною фігурою, яка витримує тяжкість травматичних переживань у діалозі з постраждалими, приймає людину у всій тій невизначеності та розпачі, в якій вона перебуває, транслює ресурсні переживання та допомагає клієнту побачити нові можливості власного буття. Все це значною мірою нагадує позицію достатньо хорошого первинного об'єкту, який допомагає дитині впоратись зі складнощами розвитку та неприємними переживаннями. Таким чином, фахівцю, що працює з постраждалими, важливо мати рефлексивний погляд на власні риси та стани.

Нами окреслено узагальнюючий *образ* ефективного фахівця у контексті його взаємин з військовослужбовцями та ветеранами, що знаходяться на реабілітації. Насамперед, чітко вимальовується риси психотерапевта, який здатний до співпереживання, турботи, підтримки. Такі риси зближують образ психотерапевта з образами реальних осіб (матір'ю,

учителями, лікарями), про яких згадували самі опитувані і які раніше допомагали клієнтам у тій чи іншій тяжкій ситуації. Самі клієнти в образі психотерапевта шукають батьківську фігуру, на яку можливо опертися у кризових обставинах. Потреба ця, на нашу думку, полягає в тому, що самі постраждалі унаслідок дії травмівних подій не мають ресурсу віднайти цю фігуру у власному особистісному просторі.

Набутий досвід медико-психологічної реабілітації, комплексний підхід та потужна клінічна база ДУ Інституту медицини праці забезпечує позитивні результати лікування та відновлення стану психічного здоров'я ветеранів та військовослужбовців. Ми бачимо ефективність програми реабілітації стосовно наступних показників:

- відмічається редуція ПТСР і супутньої симптоматики;
- зниження інтенсивності основної психотравмівної симптоматики: зменшення тривожності, депресивних настроїв, соціальних дисфункцій, гніву;
- найяскравішими змінами психоемоційної сфери є: зменшення роздратування, агресії; покращення уваги, зменшення флеш-беків, покращення настрою; зниження внутрішнього напруження, стабілізації емоційного стану; відновлюється відчуття власної цінності;
- ветерани, які пройшли курс медико-психологічної реабілітації по декілька разів (з інтервалом у часі півроку, рік) відмічають, що через деякий час після виписки зі стаціонару значно поліпшилась міжособистісна взаємодія з членами сім'ї та з найближчим оточенням; підвищилася впевненість у собі і своїх можливостях;
- включення в програму реабілітації методу Томатіс терапії також показує свою ефективність в роботі з ПТСР та постконтузійним синдромом (зниження активності, депресивний фон настрою, вестибулярні дисфункції, порушення слуху, порушення мовлення).

До медико-психологічної реабілітації, у якій ми беремо участь як психологи, входять такі *основні* етапи: початковий, психологічний (основний) та заключний.

Початковий (2-3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту. Метою першого етапу є створення безпечного простору

для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування; формування цілей медико-психологічної реабілітації.

Психологічний етап, основний (20-22 доби) – на цьому етапі цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою. Насамперед, проводиться психоедукація, метою якої є декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію) та природи травматичної пам'яті. Велике значення надається формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; ідентифікуються основні інтрузивні спогади; здійснюється огляд факторів, що підтримують симптоми ПТСР (негативні оцінки, когнітивні стратегії, захисна поведінка тощо); проводиться робота по навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчанню пацієнтів базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривоги; набуттю певних навичок та навчанню технік самоуправління і саморегуляції.

На цьому етапі може відбуватися конфронтація з травмивним матеріалом (якщо пацієнт готовий і просить працювати з симптоматикою, яка його переслідує) з використанням відповідних технік кожного з підходів, які рекомендовані в роботі з травмою.

Заключний етап (2-3 доби). Інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводиться завершальна індивідуальна сесія на якій відмічається досягнений прогрес, фіксуються усі позитивні зміни, іде закріплення напрацьованих технік по відновленню, проговорюється подальша стратегія, як ветерани та військовослужбовці зможуть практикувати нові способи сприймання і поведінки, а також завершуються всі інші лікувальні заходи.

В межах інтегративної моделі нами побудована модель фаз проходження терапії та окреслено основні положення, які є ключовими в психотерапевтичній роботі з проявами ПТСР: допомогу військовослужбовцям та ветеранам слід вибудовувати з розроблення комплексу прийомів і технік та загальної схеми їх застосування, для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням

специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення.

Всі ці основні положення закладені в розробленій нами картці - «Картка психологічного супроводу», яка є внутрішнім протоколом для роботи [5, с.105-106].

В ній фіксується первинна інформація, релевантна до психотерапії та консультування; динаміка внутрішнього стану когнітивних та емоційних процесів; протокол діагностичного обстеження, та необхідних інтервенцій в тому чи іншому випадку, також відмічаються висновки та рекомендації для подальшої психологічної роботи.

Таблиця 1

**Модель фаз проходження терапії в роботі з
травмівною симптоматикою**

I ФАЗА

Мета	Можливі техніки, інтервенції і методичні рекомендації
Контракт, встановлення стосунку в діаді "психотерапевт-клієнт"	<p>Збір первинної інформації, прийняття почутого. Активне слухання, давати можливість висловити свої почуття. Допомогти зрозуміти, що почуття є частиною процесу і їх треба пережити.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Внутрішній обмін ролями з клієнтом</i> ▪ <i>Дублювання</i>
Стабілізація	<p>Розуміння, що травма в минулому – знайти надійне, безпечне теперішнє. Певний контроль над проявами ПТСР. Можлива роль медикаментів, роль релаксації, роль і характер медичних втручань.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Назвати і закріпити ресурси</i> ▪ <i>Розробити ритуали</i> ▪ <i>Створення безпечного місця з використанням, предметів, пози тіла, символів</i> ▪ <i>Техніки дистанціювання</i>

Підготовка до подальшої конфронтативної терапевтичної роботи	Надання ймовірної моделі пояснення, можливо також в креативній формі
--	--

II ФАЗА

Мета	Можливі технік, інтервенції і методичні рекомендації
<p>Опрацювання травми.</p> <p>Звільнення від існуючих стратегій уникнення в поводженні з травмою і пов'язаних з цим енергетичних блокад.</p> <p>Відновлення здатності активно управляти власним життям.</p>	<p>В цілому: дозована конфронтація з травматичною ситуацією / спогадами. Корисно для підготовки і зменшення страху: розслаблення, побудова безпечного місця, підтримка і надання мужності, можлива методична допомога при конфронтації.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Імагінація</i> ▪ <i>Гіпнотерапія, біосугестія, EMDR</i> ▪ <i>Список триггерів і специфічне планування поведінки</i> ▪ <i>Конфронтація «під прикриттям»</i> ▪ <i>Техніки «заземлення» - реорієнтації тут і тепер, майндфулнес</i> ▪ <i>Техніки дистанціювання: пульт, сейф, екран</i> ▪ <i>Техніки використання ресурсів</i> ▪ <i>Побудова сцени</i> ▪ <i>Дублювання</i> ▪ <i>Техніка режисерського стільця</i> ▪ <i>Сценарії помсти</i>

III ФАЗА

Мета	Можливі технік, інтервенції і методичні рекомендації
------	--

<p>Інтеграція і нова орієнтація</p>	<p>Інтеграція травматичної пам'яті – важливість «розповісти і пережити історію». Примирення, реорганізації та повернення до життя. Пошуку сенсу та переосмислення життя</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Надання мужності і підтримка в процесі печалі і трауру</i> ▪ <i>Ритуали прощання</i> ▪ <i>Робота з почуття провини / обмін ролями та інтерв'ю з "внутрішнім суддею"</i> ▪ <i>Ритуали очищення</i> ▪ <i>Обмін ролями</i> ▪ <i>Емпатичне інтерв'ю</i> ▪ <i>Time-Line (лінія часу): опредмечування часу - є час "до того", і є час "після того" - час після травми</i> ▪ <i>Підтримка при прощанні і примиренні</i> ▪ <i>Футуродрама (робота з майбутнім)</i> ▪ <i>Активізація ресурсів підтримки</i>
-------------------------------------	--

Основною метою в роботі з проявами ПТСР є інтеграція пережитого досвіду в життя. В ході терапевтичної роботи ветерани та військовослужбовці повинні дозвано проходити через повторні переживання травматичних ситуацій і пов'язаних з ними почуттів, посилювати функції Я і відновлення здатності керувати власним життям. Задля реалізації такої багатокомпонентної моделі лікувально-реабілітаційних заходів необхідні злагоджені зусилля команди фахівців різного профілю. Тому у реабілітаційних центрах повинні працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, медичні сестри та ін.

Висновки. Інтегративна модель в роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців ефективність якої на цей час підтверджена практикою, базується на деталізованій теоретичній моделі посттравматичного стресового розладу. Процедура надання психотерапевтичної допомоги повинна опиратися на специфіку і особливості стресових чинників, розроблення комплексу прийомів і технік та загальної схеми їх застосування для кожного клієнта слід вибудовувати індивідуально; робота з

травматичними переживаннями повинна проводитися паралельно як з самим постраждалим так і з близьким оточенням, яке допомагає відновити природну систему самозцілення та відновлення.

Вищезазначене уможливило широке застосування інтегративної моделі в роботі з особами, які зазнали травматичних впливів і проходять медико-психологічну реабілітацію в структурованих умови стаціонару, в якому є можливість розгорнутися поетапно спланованому лікуванню і психологічному відновленню.

Список використаних джерел

1. Іванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація.- Чернівці, 2007.- 424 с.
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. Кочунас Р. Основы психологического консультирования: М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
4. Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер.с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 432 с.
5. Литвиненко Л. І. Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2017. — Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. — С. 92-112. — 264 с.
6. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців // Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах : тези Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 29-30 жовтня 2015 року) /за наук. редакцією С.Д.Максименка, З.Г.Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. – с. 54-58.

7. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. — М. : Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.
8. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Казакова С.Є. та ін. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова.- Х. : ХМАПО, 2013. – 224 с.
9. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер. — Львів: Видавництво Українського католицького університету, Свідчадо, 2014. — 120 с.
10. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ Видавництво “Логос”. – 207 с.
11. Психологія поведінки на війні: практичний порадник. Навчальний посібник / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. – К. : НУОУ, 2014. – 125 с.
12. Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. – Львів: Колесо, 2011.– 246 с.
13. Снедков Е. В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны): Дис. канд. мед. Наук - СПб, 1992. – 325 с.
14. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В.Быховец и др. — М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
15. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. — К.: Главник, 2004. — 96 с.
16. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. — Вінниця : Віндрук, 2014. — 100 с. : табл.
17. Фридман М. Дж. Посттравматическое стрессовое расстройство. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под. ред. Р. Карсини, А. Ауренбаха. — СПб. : Питер, 2006. — С. 869-870.
18. Шестопалова Л.Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в

Афганистане (медико-психологические аспекты) // Украинский медицинский альманах. - 2000.- Т.3, №2.- С. 183-184.

19. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. - М. : «Когито-Центр», 2005. - 467 с. (Клиническая психология)
20. Ялом, И. Групповая психотерапия. Теория и практика. / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 576. (Серия «Кафедра психологии»).
21. Adler, R.B. et all. Interplay: The process of interpersonal communication / Ronald B. Adler, Lawrence B. Roscnfeld, Neil Towne / 2 e * ed. - New York etc.: Holt, Rinehart and Winston, cop. 1983. - Tokyo: Holt - Saunders. - X, 308 p.

References transliterated

1. Ívanov D.A. Psikhologo-psikhíatrichní aspekti mirotvorchoï díyal'ností. Psikhíchní rozladi u víys'kovosluzhbovtsív: klínika, diagnostika, líkuvannya, psikhoprofilaktika, reabílítatsíya.- Chernívtsí, 2007.- 424 s.
3. Kadyrov R. V. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo (PTSD): sostoyaniye problemy, psikhodiagnostika i psikhologicheskaya pomoshch': uchebnoye posobiye / R. V. Kadyrov. — SPb. : Rech', 2012. — 448 s.
3. Kochunas, R. Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya: M.: Akademicheskiy proyekt, 1999. – 240 s.
4. Psikhoterapiya — chto eto? Sovremennyye predstavleniya/Pod red. Dzh.K. Zeyga i V.M. M'yuniona / Per.s angl. L.S. Kaganova. — M.: Nezavisimaya firma “Klass”, 2000. — 432 s.
5. Litvinenko L. L. Aktual'ni problemy psykholohiyi T. III : Konsul'tatyvna psykholohiya i psykhoterapiya: Zbirnyk naukovykh prats' Instytutu psykholohiyi imeni H. S. Kostyuka NAPN Ukrayiny / Za red. Maksymenka S. D. — Instytutu psykholohiyi imeni H. S. Kostyuka NAPN Ukrayiny; — Vinnytsya : FOP Rohal's'ka I. O. , 2017. — Vyp. 13. Konsul'tatyvna psykholohiya i psykhoterapiya. — 264 s.
6. Litvinenko L. L. Mediko-psikhologíchna reabílítatsíya víys'kovosluzhbovtsív // Psikhologíchna dopomoga osobistostí v krizovikh sotsíokul'turnikh umovakh : tezi Mízhnarodnoï

- naukovo-praktichnoï konferentsiï (Kiïv, 29-30 zhovtnya 2015 roku) /za nauk. redaktsiïyu S.D.Maksimenka, Z.G.Kísarchuk. – K. : TOV “Vidavnitstvo “Logos”. – s. 54-58.
7. Malkina-Pykh I. G. Ekstremal'nyye situatsii / I. G. Malkina-Pykh. — M. : Izd-vo Eksmo, 2005. — 960 s.
 8. Mikhaylov B.V., Chugunov V.V., Kazakova S.Ê. ta ín. Posttravmatichní stresoví rozladi: Navchal'niy posíbnik / Píd zag. red. prof. B.V. Mikhaylova.- KH.: KHMAPO, 2013. – 224 s.
 9. Myuller M. Yakshcho vi perezhili psikhotravmuyuchu podíyu / Martína Myuller. — L'vív: Vidavnitstvo Ukraïns'kogo katolits'kogo uníversitetu, Svídchado, 2014. — 120 s.
 10. Psikhologíchna dopomoga postrazhdalim vnaslídok krizovikh travmatichnikh podíy: metodichniy posíbnik / Z. G. Kísarchuk, YA. M. Omel'chenko, G. P. Lazos, L. Í. Litvinenko... Tsarenko L. G.; za red. Z. G. Kísarchuk. — K. : TOV Vidavnitstvo “Logos”. – 207 s.
 11. Psikhologíya povedínki na víyní: praktichniy poradnik. Navchal'niy posíbnik / kolektiv avtorív; za zag. red. V.Í. Os'odla. – K. : NUOU, 2014. – 125 s.
 12. Romanchuk O.Cím'ya, shcho ztsílyuê: osnovi terapevtichnogobat'kíivstva dítey, shcho zaznali skrivdzhennya ta yemotsíynogozanedbannya. – L'vív: Koleso, 2011.– 246 s.
 13. Snedkov Ye.V. Psikhogennyye reaktsii boyevoy obstanovki (kliniko-dinamicheskoye issledovaniye na materiale afganskoy voyny): Dis. kand. med. nauk.- SPb, 1992.– 325 s.
 14. Tarabrina N. V. Prakticheskoye rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. CH.1 Teoriya i metody / N. V. Tarabrina, V. A. Agarkov, YU. V.Bykhovets i dr. — M. : Izd-vo «Kogito-Tsentr», 2007. — 208 s.
 15. Titarenko T.M. Krizove psikhologíchne konsul'tuvannya / T. M. Titarenko. — K.: Glavnik, 2004. — 96 s.
 16. Tokhtamish O. M. Reabílítatsíyna psikhologíya : navchal'no-metodichniy posíbnik / O. M. Tokhtamish. — Vínitsya : Víndruk, 2014. — 100 s. : tabl.
 17. Fridman M. Dzh. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo. Psikhologicheskaya entsiklopediya. 2-ye izd. / Pod. red. R. Karsini, A. Aurenbakha. — SPb. : Piter, 2006. — S.869-870.

18. Shestopalova L.F. Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii veteranov boyevykh deystviy v Afganistane (mediko-psikhologicheskiye aspekty) // Ukrainskiy meditsinskiy al'manakh.- 2000.- T.3, №2.- S. 183-184.
19. Effektivnaya terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva / Pod red. Edny Foa, Terensa M. Kina, Met'yu Fridmana. - M.: «Kogito-Tsentr», 2005. - 467 s. (Klinicheskaya psikhologiya)
20. Yalom, I. Gruppovaya psikhoterapiya. Teoriya i praktika. / Per. s angl. – M.: Aprel' Press, izd-vo EKSMO-Press, 2001. – 576. (Seriya «Kafedra psikhologii»).
21. Adler, R.B. et all. Interplay: The process of interpersonal communication / Ronald B. Adler, Lawrence B. Roscnfeld, Neil Towne / 2 ye * ed. - New York etc.: Holt, Rinehart and Winston, cop. 1983. - Tokyo: Holt - Saunders. - X, 308 p.

Lytvynenko L. I. Integrative model and technology of overcoming the manifestations of PTSD from veterans and servicemen. The article presents comprehension and generalization of the empirical experience of psychological assistance to traumatized servicemen and veterans who have been affected by traumatic events and who suffer from manifestations of post-traumatic stress disorder. The procedure for the provision of psychotherapeutic care, taking into account the specifics and characteristics of stress factors, must be logically orderly, technologically secured and clearly marked by a protocol of intervention; work with traumatic experiences should be conducted in parallel with the most affected and with the close environment, which helps to restore the natural system of self-healing and restoration of the sense of own value.

The integrative model and technology for overcoming the manifestations of PTSD from veterans and military men are presented, the main aims of psychotherapeutic interventions within the framework of the model, basic techniques and indicative work protocol.

Medico-psychological rehabilitation, conducted in structured conditions of the in-patient department, is based on a comprehensive approach and fully covers all levels of human organization and includes psychological, psychophysiological and medical components.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), intrusions, avoidance, psychological support, psychological rehabilitation, medical and psychological rehabilitation.

Відомості про автора

Литвиненко Людмила Іванівна – науковий співробітник, психолог-консультант лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, керівник Кризового центру медико-психологічної допомоги, м. Київ, Україна.

Liudmyla Lytvynenko, Research Fellow at the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S.Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Head of Crisis Center medical and psychological assistance.

Kyiv, Ukraine. Тел. моб.: +38068 94 60 319 e-mail:
zudaluli@gmail.com

РЕФЕРАТ

Литвиненко Л. І.

Інтегративна модель та технологія подолання проявів ПТСР у ветеранів та військовослужбовців

У статті представлено осмислення і узагальнення емпіричного досвіду психологічної допомоги травмованим військовослужбовцям та ветеранам, які зазнали впливу травматичних подій і потерпають від проявів посттравматичного стресового розладу. Процедура надання психотерапевтичної допомоги із врахуванням специфіки і особливостей стресових чинників має бути логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою і такою, що має чітко виписаний протокол інтервенцій; робота з травматичними переживаннями повинна проводитися паралельно як з самим постраждалим так і з близьким оточенням, яке допомагає відновити природню систему самоцілення та відновлення відчуття власної цінності.

Представлена інтегративна модель та технологія подолання проявів ПТСР у ветеранів та військовослужбовців, основні цілі психотерапевтичних інтервенцій в рамках моделі, базові техніки і орієнтовний протокол роботи.

Медико-психологічна реабілітація, яка проводиться в структурованих умовах стаціонару, ґрунтується на комплексному

підході та у повній мірі охоплює всі рівні організації людини та включає компоненти психологічного, психофізіологічного та медичного характеру.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психологічна підтримка, медико-психологічна реабілітація, інтегративна модель, рефлекс придушення, зона прихованих переживань, «повторне достатньо хороше батьківство».

УДК 364.62-47-058.6(072)

Омельченко Я. М.

СПЕЦИФІКА ЧИННИКІВ НАДМІРНОГО СТРЕСУ У ДІТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Омельченко Я. М. Специфіка чинників надмірного стресу у дітей військовослужбовців. У статті розкрито проблему специфіки соціальної групи дітей військовослужбовців, як такої, що підпадає під особливий ризик впливу чинників надмірного стресу. Розкрито поняття стресу, стресостійкості життєстійкості та резильєнтності. Окреслено основні наслідки впливу стресових чинників на психоемоційний стан дітей, умови формування життєстійкості дитини та значення психодинамічної складової у цьому процесі. Розкрито роль збалансованого психоемоційного стану батьків як умову успішного подолання наслідків впливу стресових чинників. Визначено основні чинники надмірного стресу у дітей з родин військовослужбовців. Окреслено специфічні чинники надмірного стресу для дітей, які пов'язані з незбалансованим психоемоційним станом близьких дорослих та психодинамічною складовою, сформованою на ранніх етапах розвитку дітей.

Ключові слова: діти військовослужбовців, стрес, дистрес, чинники надмірного стресу, стресостійкість, життєстійкість, резильєнтність, первинні об'єкти, алгоритм подолання наслідків дії стресових чинників.