

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Національний авіаційний університет**

**The John Paul II Catholic University (Lublin, Poland)  
Warsaw University of Maria Sklodowska-Curie  
(Czestochowa, Poland)**

**Ташкентський державний технічний університет імені Іслама Карімова (Ташкент,  
Узбекистан)**

**Бакинський державний університет (Баку, Азербайджан)**

**X Міжнародна науково-практична конференція**

**АВІАЦІЙНА ТА ЕКСТРЕМАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ У КОНТЕКСТІ ТЕХНОЛОГІЧНИХ  
ДОСЯГНЕНЬ**

**25-26 травня 2017 року**



**Збірник наукових праць**

**Київ 2017**

УДК 159.9:629.7.001.76 (063)  
ББК ю941.3я431  
А 202

**Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень:** збірник наукових праць / за заг. ред. Л.В. Помиткіної, Т.В. Вашеки, О.В. Сечейко. – К. : Аграр Медіа Груп, 2017. – 340 с.

Збірник містить матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції з актуальних проблем авіаційної та екстремальної психології в умовах глобалізованого мережевого соціуму, що відбулася 25-26 травня 2017 року на кафедрі авіаційної психології Навчально-наукового Гуманітарного інституту Національного авіаційного університету.

**Організаційний комітет**

**Голова організаційного комітету:**

**Помиткіна Л.В.** – д-р психол. наук, проф., зав.кафедри авіаційної психології НН ГМІ Національного авіаційного університету, м. Київ.

**Заступник голови організаційного комітету:**

**Руденко М.П.** – генерал-майор запасу Повітряних Сил України, льотчик морської авіації, канд. військ. наук, доцент, проф. кафедри авіаційної психології НН ГМІ Національного авіаційного університету, м. Київ

**Члени оргкомітету:**

**Гічан І.С.** – канд. психол. наук, доцент, доцент кафедри авіаційної психології НН ГМІ Національного авіаційного університету, м. Київ

**Долгова О.М.** – канд. біол. наук, доцент, доцент кафедри авіаційної психології НН ГМІ Національного авіаційного університету, м. Київ

**Фесюк І.В.** – психолог кафедри авіаційної психології НН ГМІ Національного авіаційного університету, м. Київ

**Рецензенти:**

**Панок В.Г.** – директор Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи, д-р психол.наук, проф., проф. кафедри авіаційної психології НН ГМІ Національного авіаційного університету, м. Київ

**Булах І.С.** – доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова, м. Київ

*Рекомендовано до друку Вченою радою Навчально-наукового Гуманітарного інституту Національного авіаційного університету (протокол № 4 від 17 травня 2017 р.)*

**ISBN**

© Колектив авторів, 2017

© Національний авіаційний університет, 2017

*Вадим Ямницький*  
*докт. психол. наук, професор,*  
*Світлана Литвиненко*  
*докт. пед. наук, професор*  
*Рівненський державний гуманітарний університет,*  
*м. Рівне (Україна)*

## **ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ РОБОТИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ В ПСИХОТЕРАПІЇ**

Центральними положеннями концепції стресу, запропонованої в 1936 р Г.Сельє, є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для адаптаційної реакції на стресор, яка проявляється у вигляді загального адаптаційного синдрому. Цей синдром у своєму розвитку проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності; і 3) стадію виснаження. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» - афективне переживання, що супроводжують стрес і приводять до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції супроводжують будь-який поведінковий акт, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію під впливом екстремальних чинників [3].

Стрес, що перевищує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує психологічний захист, стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері. В цьому випадку згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна і поведінкова сфера, система пам'яті.

Для того, щоб подія стала травмою, необхідно щоб вона мала екстремальний характер, виходила за межі звичайних людських переживань і викликала інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності [2].

Травма впливає на сприйняття часу, і під її впливом змінюється бачення минулого, сьогодення і майбутнього. За інтенсивністю пережитих почуттів травматичний стрес є співрозмірним з усім попередньою життям людини і є ніби «водорозділом» між тим, що сталося до і після травмуючої події, а також усім, що відбуватиметься потім.

Зустріч із травматичною ситуацією руйнує три базові ілюзії (власного безсмертя, справедливості світу, простоти світоустрою). Ця тріада закладається в ядро особистості. Подальші події сприймаються відповідно до цієї системи. Крах базових ілюзій страшний тим, що руйнується основа, на яку людина спиралася все життя.

Для того щоб вийти з травматичної ситуації, людина повинна її пережити. Тобто переробити, оцінити і зробити фактом своєї біографії. На початку, в дуже гострому стані, витіснення може виявитися корисним: гострота події буває нестерпною. Але якщо і далі відкидати те, що трапилось, зі свідомості, ризик ПТСР різко збільшується [1].

Будь-який стимул, що асоціюється з травматичною ситуацією (запах, звук і т.д.), миттєво оживляє переживання, людина відчуває, що затоплена почуттями. Іноді в ці моменти вона може здійснювати непоправні вчинки, про які буде шкодувати надалі.

Військовий синдром. Час, коли була пережита травматична ситуація, дуже часто через велику інтенсивності пережитих почуттів, пригадується з великою теплотою. Тому для таких людей є характерним прагнення повернутися в той час і прожити його знову. Людина, що пережила травму, прагне до її повторення, щоб відреагувати її. Травматичне подія як би притягує до себе і не відпускає людину від себе. Тому психологічно вона залишається в тому часі і в тому ж віці, продовжуючи дотримуватися минулих законів і правил. Так, ветеран війни психологічно ніяк не може "повернутися з війни" і в мирний час намагається будувати своє життя, як якщо б це було на війні. Люди, що пережили травму, часто схильні до зайвого ризику. Цей феномен був відзначений серед американських ветеранів війни у В'єтнамі, які частіше, ніж інші, воліли стати найманцями охоронцями, альпіністами і ін. [2].

Психологічні наслідки травматичного стресу в крайньому своєму прояві виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), що виникає як затяжна або відстрочена реакція на пов'язані із загрозою життю, стабільності або здоров'ю ситуації.

Ступінь і характер психогенних порушень залежать не тільки від самої екстремальної ситуації (її інтенсивності, раптовості виникнення, тривалості дії), а й від особливостей особистості постраждалих. Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають всі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної та

соціальної взаємодії ) , призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, які безпосередньо пережили стрес, але і у членів їх сімей.

В межах посттравматичної патології виділяють три основні групи симптомів: 1) надмірне збудження (включаючи порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травмою); 2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпеність, відчай, відчуття безвиході); 3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервові тремтіння тощо).

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділено характерні для ПТСР стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне «почуття провини, що залишився в живих»), флешбек - синдром (спогади про «нестерпні» події, що насильно вторгаються в свідомість), агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, безладність сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрливості, синдром прогресуючої астенії після повернення до нормального життя 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].

На даний час не існує усталеної точки зору на результати лікування ПТСР. Одні дослідники вважають, що ПТСР - виліковний розлад, інші - що його симптоми повністю не переборні. ПТСР зазвичай викликає порушення соціальної, професійної та інших важливих сфер життєдіяльності. Очевидно одне: лікування ПТСР - процес тривалий і може тривати кілька років.

В цілому, психотерапія працює на підкріплення захисних факторів, оскільки вона веде саме до переосмислення подій, що відбулися і посиленню механізмів адаптації. Метою психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є допомога у звільненні від спогадів про минуле і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також у тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти події травматичної події належне місце в загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе (образ Я).

У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети: підтримка адаптивних навичок Я (створення позитивного ставлення до терапії); формування позитивного ставлення до симптомів; зниження уникнення; набуття сенсу [4].

Психотерапія повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу: зниження тривоги і відновленню почуття особистісної цілісності та контролю над подіями. При цьому необхідно пам'ятати, що терапевтичні відносини з клієнтами, що страждають ПТСР, є надзвичайно складними, оскільки міжособистісні компоненти травматичного досвіду: недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть - мають тенденцію проявлятися у взаємодії з психотерапевтом. Робота з травмами породжує інтенсивні емоційні реакції і у психотерапевта, отже, пред'являє високі вимоги до його професіоналізму.

Провідні передумови успішної роботи з клієнтами з ПТСР, можна сформулювати так. Здатність клієнта розповідати про травму є прямо пропорційною здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь. Будь-яка ознака відкидання або знецінювання сприймається клієнтом як нездатність терапевта надати йому допомогу і може призвести до припинення боротьби клієнта за своє одужання. Емпатійний терапевт заохочує клієнта розповідати про жахливі події, не демонструючи йому власної шокової реакції. Терапевт не применшує значення важких тем і не переводить розмову на «нейтральні» теми, які безпосередньо не пов'язані з травматичним страхом. В іншому випадку у клієнта виникає відчуття, що екзистенційна тяжкість пережитого нестерпна для терапевта, і клієнт буде почувати себе непочутим. Травматичний перенос відображає не тільки досвід жаху, але і досвід безпорадності. Учасники бойових дій не зможуть довіряти терапевту доти, поки вони не переконаються, що він здатний вислухати подробиці військових історій.

Терапевтична робота з людьми страждаючими на ПТСР, включає три стадії. Центральною завданням, що стоїть перед терапевтом на першій стадії, є встановлення безпечної атмосфери. Основне завдання другої стадії - це робота зі спогадами і переживаннями. Завдання третьої - включення в повсякденне життя. В процесі успішного відновлення можна розпізнати поступовий

перехід від настороженості до відчуття безпеки, від диссоційованості до інтеграції травматичних спогадів, від вираженої ізоляції до вибудовування соціальних контактів.

Фундаментальне правило терапії ПТСР - приймати той темп роботи і саморозкриття клієнта, який він сам пропонує. Іноді потрібно інформувати членів його родини про те, чому необхідна робота зі спогадом і відтворенням травматичного досвіду, оскільки зазвичай домашні підтримують у клієнта уникаючі стратегії поведінки.

Психотерапевтичні методи роботи з ПТСР є різноманітними:

1. Раціональна психотерапія - коли клієнту роз'яснюють причини та механізми ПТСР.
2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги - аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.
3. Когнітивна психотерапія - використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок.
4. Особистісно - орієнтована терапія - дозволяє змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.
5. Позитивна терапія, гештальт - підхід засновані на уявленні, що існують не тільки проблеми і хвороби, а й способи і можливості їх подолання, притаманні кожній людині.
6. Метод ДПДГ Ф.Шапіро.
7. Символдрама [4].

Конкретна форма психотерапії залишається предметом вибору для більшості постраждалих, які пережили психотравму. Зрештою, травматизація руйнує когнітивні Я - схеми жертви та її погляд на світ; відтворення зруйнованого буває болючим. Різні рівні психотерапевтичних технік можуть виявитися ефективним форматом роботи: вислуховування, консультування, короткострокова динамічна психотерапія тощо.

### Література

1. Калшед Д. Внутренний мир травмы. М.: Академический проект, 2001.- 368 с.
2. Мазур Е. Психическая травма и психотерапия // Консультативная психология и психотерапия, 2003, №1 с. 31–52.
3. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1979. - 66 с.
4. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. - М.: «Когито-Центр», 2005. - 467 с.
5. Bryant R. A., Harvey A. G., Dang S. T., Sackville T., Basten C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866.