

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**Факультет № 6
Кафедра соціології та психології**

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

навчальної дисципліни «Психологічна допомога при травмі та ПТСР»
обов'язкових компонент
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема Терапія ПТСР. Загальні принципи лікування.

Харків 2022

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол № 8 від 30.08.2022

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол № 8 від 26.08.2022

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол №8 від 29.08.2022

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол № 7 від 17.08.2022

Розробники:

Доцент кафедри соціології та психології, канд. психол.наук, доцент Чепіга
Л.П.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри практичної психології педагогічного факультету ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет», канд. психол. наук, доцент. Сиволяс Н.В.
2. Професор кафедри педагогіки і психології факультету № 3 Харківського національного університету внутрішніх справ, канд. психол. наук, доцент Харченко С.В.

План лекції

1. Основні принципи лікування ПТСР
2. Сучасний погляд на посттравматичну терапію
3. Психотерапія ПТСР
4. Особливості психотерапії посттравматичного розладу

Рекомендована література:

Основна

1. Павловський П., Завадзький Л., Завадзький Б. Динаміка співвідношення між перцепцією травми, емоційною реактивністю та загостренням симптомів посттравматичного стресового розладу після перенесення катаклізму // Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. — Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. — 338 с. — С. 141—158.;
2. Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П., Садковий О. В., Склень О. І., Тімченко О. В. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: Монографія. — Х.: Вид-во УЦЗУ, 2008. — 221 с.
3. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. — К.: ТОВ “Август Трейд”, 2007. — 502 с.

Текст лекції

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПТСР

Більшість наукових досліджень по ПТСР присвячена аналізу первинних симптомів. Проте в значному числі випадків клінічна картина у пацієнтів з ПТСР не обмежується вищезгаданими первинними симптомами. До вторинних симптомів ПТСР, спостережуваних у пацієнтів багатьох років,

відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, вживання психоактивних речовин, соматичні проблеми, порушення почуття часу, порушення Его-функціонування. У зв'язку з цим виникає необхідність правильного розуміння так званих вторинних ознак розладів. 1. Це сприяє глибшому розумінню проблем і труднощів пацієнтів і допомагає оптимально спланувати лікування. 2. Оскільки у пацієнтів можуть бути виявлені вторинні ознаки розладів, їх правильне усвідомлення покращує процедуру діагностики ПТСР, без чого вони могли б бути пропущені. 3. Багато хто з первинних симптомів ПТСР взаємодіє і перебуває під впливом вторинних симптомів. 4. Не виключено, що з часом симптоми ПТСР, що відносяться до групи вторинних, згодом стають первинними. Подібне сталося, наприклад, з "підвищеною дратівливістю і спалахами гніву". У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні і психосоматичні розлади.

До того як будуть представлені особливості лікування ПТСР, необхідно зупинитися на декількох фундаментальних принципах посттравматичної терапії (ПТТ). Після того, як люди піддалися дії травматичних подій, вони в реакціях на звичайні ситуації схильні плутати ненормальність травми з ненормальністю себе. Тому перший принцип ПТТ - принцип нормалізації. Психотерапія пристосування, а також думки і почуття, які включаються в неї, - нормальні, хоча вони можуть бути хворобливими і насторожувати хворого, можуть бути не зовсім зрозумілими як самому постраждалому, так і фахівцям, незнайомим з такими проявами реакцій. Емоційний процес загоєння часто включає повторні переживання, уникнення, підвищену чутливість і само звинувачення. Ці симптоми досить добре описані і пояснені в контексті адаптації і можливих процесів того, що трапилося. Другий принцип ПТТ - принцип партнерства і підвищення гідності особи. Це означає, що терапевтичні стосунки повинні будуватися спільно, призводячи до відновлення в правах особи тих, хто був ущемлений у своїй гідності і безпеці. Прояви жорстокості, приниження людської гідності і досвід безсилля - усе це призводить до зменшення почуття власного "Я".

Третій принцип ПТТ - принцип індивідуальності. Кожна людина має свій унікальний шлях відновлення після перенесеного посттравматичного стресу. Це принцип говорить про те, що повинен передбачатися і цінуватися індивідуальний спосіб посттравматичної регуляції, без сумнівів і зневаги. У сучасних підходах ПТТ основний упор роблять на тому, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком. Так, щоб зменшити дію хворобливих наслідків, необхідно основний упор робити на мобілізацію власних механізмів того, що упоралося (копинга).

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПОСТТРАВМАТИЧНУ ТЕРАПІЮ

Існує маса методів, які ефективно використовувалися і використовуються для корекції ПТСР у осіб, що залишилися в живих після травматичних подій. Усі методи можна розділити на чотири категорії: 1. Освітня категорія. Включає обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології і психології, щоб мати можливість оцінити міру ПТСР. Хворі можуть мати власні ресурси до відновлення, які вони знаходять. 2. Друга група методів розташовується в області холистического (цілісного) відношення до здоров'я. Фахівці в області формування здорового способу життя справедливо відмічають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору вносять великий вклад в одужання людини як єдиного цілого. 3. Третя категорія включає методи, які збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію. Сімейна і групова терапія можуть бути віднесені в цю категорію. Сюди також можна включити розвиток мережі самодопомоги, формування і підтримку громадських організацій. У цю категорію відносяться традиційні психоаналітичні інструменти і форми організації соціальної роботи, які допомагають течії процесу одужання. 4. Останню, четверту категорію краще всього охарактеризувати як терапію. Вона включає роботу з горем, лікування фобических реакцій за допомогою роботи з супутніми травматичними образами, розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів, розповідь травматичної історії, ролеві ігри, гіпнотерапія і багато

індивідуалізованих видів психотерапії, які відповідають базовим принципам ПТТ.

ПСИХОТЕРАПІЯ ПТСР

Психотерапія при ПТСР ставить своєю метою допомогти людині переробити проблеми і опанувати симптоми, які продукуються в результаті зіткнення з травматичною ситуацією. Один з ефективних підходів - допомогти людині відреагувати травматичний досвід, обговорюючи і наново переживаючи думки і почуття, пов'язані з травмою у безпеці терапевтичної обстановки. Це призводить до того, що упоралося з реакціями, які раніше були некерованими. Психотерапевтичне лікування людини, що страждає від ПТСР, залежно від ступеню психологічної дезадаптації, може тривати від 6 місяців до декількох років. Психотерапевти, працюючи з пацієнтами, що пережили військові травматичні випадки, дійшли висновку, що терапія може бути розділена на три стадії:

1. Встановлення довірчого безпечного контакту, що надає право на "діставання доступу" до травматичного матеріалу, що ретельно охороняється.
2. Терапія, що центрується на травмі; з дослідженням травматичного матеріалу по глибині, аналізом інтрузивних проявів, роботою з уникненням, відчуженістю і відчуженістю.
3. Стадія, що допомагає пацієнтові відокремитися від травми і возз'єднатися з сім'єю, друзями і суспільством. Було відмічено, що пацієнти, які досягають третьої стадії, готові сконцентруватися на проблемах "тут і зараз" відносно браку, сім'ї і багатьох інших поточних подій.

Особливості психологічної корекції при ПТСР. Оскільки психологічний чинник при ПТСР виступає як один з етіологічних, то його корекція значною мірою співпадає зі змістом психотерапії - одного з компонентів лікувального і реабілітаційного процесу. Психологічна включеність людини в екстремальну ситуацію пов'язана з рядом психологічних явищ : 1) з розумінням і оцінкою людиною ситуації і окремих її чинників; 2) з оцінкою значущості ситуації і відношення до неї; 3) з

мотивацією активності в ситуації; 4) з мобілізованою; 5) з психічним станом людини; 6) з поведінкою, що спільно володіє. Участь людини у бойових діях робить істотний вплив на його сприйняття смерті. У екстремальній ситуації бою відбувається деперсоналізація - розчинення свого "Я" в навколишньому оточенні. Власне Его, впливаюче на поведінку особи в звичайній обстановці, перестає направляти дії. Тільки такий стан, який можна кваліфікувати як "змінений стан свідомості" (ИСС) дозволяє людині оптимально реагувати на екстремальність, знімаючи усвідомлення винятковості своєї особи, що породжує в людині страх за своє життя, що заважає вести бойові дії. Відношення до смерті в умовах бойової діяльності корелює з екзистенціальним сенсом життя. Адаптація військовослужбовців до умов бойової діяльності визначається умовами служби. Бойова хронічна стресова ситуація характеризується появою у військовослужбовців наступних психологічних феноменів : 1) Синдром нервової демобілізації. 2) Стрессова пошукова активність. 3) Торпідна первинна стрессова реакція. 4) Реакція дисоціації суб'єкта і об'єкту. 5) Феномен безстроковості тимчасового стану. 6) Ілюзія неправдивої невразливості. 7) Явище псевдопримітивізації. 8) Манія величчї в мініатюрі. 9) Переживання втрати майбутнього. 10) Тимчасова адиктивна поведінка. Психологічна підтримка військовослужбовців у бойових умовах спрямована на актуалізацію наявних і створення додаткових психологічних ресурсів, що забезпечують активні дії комбатів на полі бою.

У перервах між боями слід використати "структурний психологічний дебрифінг" - СПД (CIPR). Дебрифінг - це групова бесіда (профілактичний засіб). Метод розроблений ізраїльськими і британськими фахівцями. Мета дебрифінга полягає в тому, щоб організувати учасників екстремальних подій, відновити у них почуття реальності і нормальності, створити у них відчуття солідарності, інформувати їх виявити серед учасників осіб, що потребують допомоги. Психологічний дебрифінг проводиться не раніше, ніж 48 годин після події і складається з трьох частин:

- частина I - опрацювання основних почуттів учасників і вимір інтенсивності стресу;
- частина II - детальне обговорення симптомів і забезпечення почуття захищеності і підтримки;
- частина III - мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією і формування планів на майбутнє.

Спільна мета групового обговорення - мінімізація психологічних страждань, яка досягається наступними прийомами : а)"переробка" вражень, реакцій і почуттів; б) когнітивна організація пережитого досвіду за допомогою розуміння структури і зміла подій, що сталися, реакцій на них; в) зменшення індивідуальної і групової напруги; г) зменшення відчуття унікальності власних реакцій - це завдання дозволяється за допомогою групового обговорення почуттів; д) мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності і розуміння; е) підготовка до переживання тих симптомів або реакцій, які можуть виникнути; г) визначення засобів подальшої допомоги у разі потреби. Під час групового обговорення виділяються наступні фази: 1) ввідна фаза - правила; 2) фаза фактів; 3) фаза думок, вражень, дій; 4) фаза реагування; 5) фаза симптомів - емоційних, когнітивних, фізичних; 6) завершальна фаза - узагальнення реакцій; 7) фаза реадaptaції з формуванням стратегії подолання негативних наслідків психотравмуючого досвіду. При психологічній корекції бойової психічної травми і профілактики розвитку ПТСР слід використати інтегральний підхід, який дозволяє послідовно використати різні парадигми і методологію при наданні допомоги комбатам.

Концептуально можна провести співвідношення симптомів ПТСР і функціонуванням особи таким чином. - "Я-духовне" - втрата життєвої перспективи і сенсів, кризовий образ світу. - "Я-психічне" - повторні нав'язливі спогади про події, що включають образи, думки і відчуття, тривожні сновидіння, часткова або повна амнезія важливих життєвих подій. - "Я-соціальне" - відчуження від соціуму, агресивність, аддукції. Свідченнями

до екзистенціальної терапії є наступні прояви ПТСР : 1) нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу; 2) конфлікт життєвого сенсу; 3) відчуття суб'єктивно незатребуваності особових потенціалів; 4) деструктивний образ світу.

Для когнітивно-поведінкової терапії симптомами, що вказують, будуть наступні: 1) повторні, нав'язливі спогади про події, включаючи образи, думки або відчуття про війну; 2) сновидіння, що повторюються і викликають значне занепокоєння, про військові дії; 3) часткова або повна амнезія важливих подій, пов'язаних з бойовою психічною травмою (БПТ); 4) лакуарна психогенна амнезія важливих подій свого життя, пов'язаних з колишнім (довоєнним) життєвим сценарієм.

Групова психотерапія показана комбатам, у яких виявляються наступні ознаки БПТ (ПТСР) : 1) надпильність або параноїдальність; 2) спроби уникнути дій, місць або людей, які викликають спогади про БПТ; 3) виражене зниження інтересу до раніше значимим видам діяльності або участі в них; 4) почуття відчуженості або відчуження від оточення; 5) звуження діапазону афективних реакцій; 6) дратівливість або спалахи гніву (епілептоїдність, експлозивність).

Інтеграційна когнітивна модель ПТСР У рамках когнітивної моделі травматичні події - це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Малоадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, відходу, дисоціацію, постійне обігравання травми. Когнітивна модель ПТСР розроблена в Оксфордському університеті Елерсом і Кларком. Ця модель зв'язує типове для ПТСР почуття постійно присутньої загрози з рядом когнітивних і поведінкових чинників :

- когнітивна оцінка травми і її наслідків;
- специфіка запам'ятовування травматичного досвіду і характеру взаємозв'язку цього виду пам'яті з автобіографічними спогадами;
- дисфункціональні поведінкові і когнітивні стратегії того, що упоралося;
- минулий досвід про світ і власну особу до травми.

На думку авторів моделі, почуття постійно присутньої загрози у пацієнтів з ПТСР може бути пов'язане з декількома типами когнітивних оцінок подій, що травмували. 1) По механізму над узагальнення постраждали люди починають розглядати абсолютно звичайні обставини як небезпечні: когнітивне спотворення - катастрофізація. 2) Потерпілі можуть спотворено оцінювати власну поведінку, що індукує відчуття загрози. Негативні оцінки наслідків травми можуть породжувати відчуття постійно присутньої загрози і сприяти зміцненню ПТСР. Це: а) інтерпретації первинних ознак постстресового розладу; б) інтерпретації реакцій інших людей під час події і після нього; в) оцінки наслідків травми для життя потерпілого.

Пам'ять, пов'язана з екстремальними подіями ("травматична пам'ять"), має цілий ряд особливостей. Когнітивна модель ПТСР намагається пояснити розбіжність між ускладненим довільним пригадуванням і легко виникаючими мимовільними спогадами. Описуються наступні прояви особливостей пам'яті при ПТСР: - напливи мимовільних спогадів складаються з сенсорних вражень, а не думок; - сенсорні відчуття переживаються, ніби вони відбуваються "тут і зараз", факт пригадування при цьому не усвідомлюється; - первинні емоції і сенсорні відчуття переживаються повторно, навіть якщо індивід отримав інформацію, що відкидає його уявлення про того, що стався; - ізольоване переживання афекту, що можливо повторюється, без супутніх переживань; - симптоми мимовільного повторного переживання травматичної події запускаються великою кількістю стимулів і ситуацій; багато хто з цих пускових стимулів не має семантичного взаємозв'язку з травматичною подією, а лише співпадають з ним за часом - це запахи, освітлення, інтонація голосу; - між травматичною пам'яттю і когнітивними оцінками травми існує тісний взаємозв'язок.

В цілому Еліс і Кларк виділяють два основні способи безпосередньої переробки травми - 1) "концептуальне кодування" і 2) "переробку окремих

сенсорних відчуттів". Чисто сенсорна переробка є механізмом підкріплення небажаного сенсорного переживання травми.

Дисфункціональні поведінкові і когнітивні стратегії. Виділяють наступні основні дисфункціональні стратегії того, що упоралося з психічною травмою: 1) Спроби контролювати симптоми ПТСР. 2) Гарантуюча "безпека" поведінки. 3) Активних спроби не думати про травму. 4) Уникнення нагадувань про травму. 5) Постійних роздумів про відновлення справедливості і помсти. 6) Прийом алкоголю і медикаментів для зняття тривоги. 7) Уникнення багатьох видів діяльності, до травми тих, що мали сенс. У рамках когнітивної моделі американський психолог-екзистенціаліст Дж. Ялом запропонував розглядати усі психологічні проблеми травматичного стресу з точки зору тем смерті, свободи, ізоляції, безглуздя. У травматичній ситуації ці теми виступають не абстрактно, а є абсолютно реальними об'єктами переживань. Екзистенціально-гуманістичний підхід до лікування посттравматичного стресу повинен брати до уваги втрату і відновлення сенсу і людських зв'язків, а також роль несподіваних потрясінь. Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того чужого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявлення про себе. У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети:

- підтримка адаптивних навичок Я (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного відношення до терапії);
- формування позитивного відношення до симптомів (сенс цієї стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшу травматизацію самим фактом існування цих розладів);
- зниження уникнення (тому що прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід);
- зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії

- змінити сенс, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття "контролю над травмою").

Психотерапія повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу : зниженню тривоги і відновленню почуття особової цілісності і контролю над тим, що відбувається. У роботі Horowitz (1998) розглянуті п'ять стадій актуального стану клієнта (фази його реакції на травматичну подію) :

1. Тривалий стресовий стан в результаті травматичної події.
2. Прояв нестерпних переживань : напливи почуттів і образів; паралізуюче уникнення.
3. Застрягання в неконтрольованому стані уникнення.
4. Здатність сприймати і витримувати спогади і переживання.
5. Здатність до самостійної переробки думок і почуттів.

Кожній фазі реакції клієнта на травматичну подію відповідають послідовні цілі психотерапії :

1. Завершити подію або вивести клієнта із стресогеного оточення. Побудувати тимчасові стосунки. Допомогти клієнтові в ухваленні рішень, плануванні дій (наприклад, в усуненні його з оточення).
2. Понизити амплітуду станів до рівня переносимих спогадів і переживань.
3. Допомогти клієнтові в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами і в здійсненні довільного пригадування. В ході пригадування надавати допомогу клієнтові в структуризації і вираженні переживання; при зростаючій довірчості стосунків з клієнтом забезпечити подальше опрацювання травми.
4. Допомогти клієнтові переробити його асоціації і пов'язані з ними когніції і емоції, Я-образа, що стосуються, і образів інших людей. Допомогти клієнтові встановити зв'язок між травмою і переживаннями загрози, патерном міжособових стосунків, Я-образом і планами на майбутнє.
5. Пропрацювати терапевтичні стосунки. Завершити психотерапію.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РОЗЛАДУ

Психотерапія посттравматичного розладу, незалежно від конкретно обраного методу лікування, характеризується рядом особливостей. Передусім, слід мати на увазі високі показники переривання терапії. На відміну від інших розладів, клієнти з ПТСР після 2-3 зустрічей не приходять в терапію. Для клієнтів, що перервали терапію, характерні інтенсивні прояви флешбэків; по відношенню до інших симптомів значимих відмінностей не виявлено. Така динаміка пояснюється важкою травматизацією, що потрясла основи довіри клієнта. Для клієнтів з ПТСР характерні також певні труднощі, пов'язані з прийняттям ролі реципієнта психотерапевтичної допомоги. Виходячи з цього, психотерапевтові слід прагнути до реалізації певної конкретної мети вже при найпершому контакті з клієнтом, що страждає ПТСР. Такими цілями є: створення довірчого і надійного контакту; інформування клієнта про характер його розладу і можливості терапевтичного втручання; підготовка клієнта до подальшого терапевтичного досвіду, зокрема - до необхідності знову повернутися до хворобливих травматичних переживань. Розроблений підхід психотерапевтичного навчання, який включає шість компонентів (Юрьєва Л. Н., 2002) :

- корекція помилкових уявлень відносно стресової реакції, що найчастіше зустрічаються;
- забезпечення доступу до інформації про загальну природу стресової реакції;
- фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку захворювання;
- приведення клієнта до самостійного усвідомлення проявів стресової реакції і характерних симптомів ПТСР;
- розвиток у клієнта здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресорів;
- пояснення позиції : клієнт - активний учасник терапії надмірного стресу.

Основні передумови успішної роботи з клієнтами, ПТСР, що страждають, можна сформулювати таким чином. Здатність клієнта

розповідати про травму прямо пропорційна здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь. Будь-яка ознака відкидання або знецінення сприймається клієнтом як нездатність терапевта надати йому допомогу і може привести до припинення боротьби клієнта за своє одужання. Емпатичний терапевт заохочує клієнта розповідати про жахливі події, не демонструючи йому власної шокової реакції. Терапевтична робота з людьми, ПТСР, що страждають, включає три стадії. Центральним завданням, що стоїть перед терапевтом на першій стадії, є встановлення безпечної атмосфери. Основне завдання другої стадії - це робота із спогадами і переживаннями. Основне завдання третьої стадії - включення у буденне життя. В процесі успішного відновлення можна розпізнати поступовий перехід від настороженості до відчуття безпеки, від дисоційованої до інтеграції травматичних спогадів, від вираженої ізоляції до вибудовування соціальних контактів. На другій стадії терапії клієнт розповідає історію травми. Він розповідає її повністю, в деталях. Відновлення "травматичної історії" розпочинається з огляду подій, які передували травмі, і обставин, які визначили "травматичну ситуацію". Це створює контекст, в якому стане зрозумілим значення травматичного досвіду в житті цієї людини (Danieli, 1988). Оповідання повинне включати не лише опис події, але також реакції людини на нього і реакції значимих інших. Історії записуються клієнтом. Записи історій читаються разом. Опис емоційних реакцій має бути таким же детальним, як і опис фактів. Терапевт грає роль свідка і союзника, він допомагає нормалізувати реакції клієнта, полегшує процес оповідання, допомагає означати реакції і розділяє з клієнтом емоційну ношу. Метою розповіді травматичної історії є інтеграція, а не просто вираження почуттів. Процес реконструкції травматичної історії спрямований на трансформацію, а для цього потрібна актуалізація елементів травматичного досвіду "тут і зараз". Але яка б техніка не застосовувалася, базовими залишаються наступні правила: - локус контролю залишається за клієнтом; - час, швидкість і

структура сесії мають бути такими, щоб "відкриваюча" (ті, які звернені до травматичного досвіду) техніка інтегрувалася в процес психотерапії.

Терапевтичні стосунки з клієнтом, ПТСР, що страждає, мають характерні особливості, які можна сформулювати таким чином :

1. Поступове завоювання довіри клієнта з урахуванням того, що у нього спостерігається виражена втрата довіри до світу.
2. Підвищена чутливість по відношенню до "формальностей" проведення терапії (відмова від стандартних діагностичних процедур перед розмовою про травматичні події).
3. Створення надійного оточення для клієнта під час проведення терапії.
4. Адекватне виконання ритуалів, які сприяють задоволенню потреби у безпеці клієнта.
5. До початку терапії зменшення дози медикаментозного лікування або його відміна для прояву успіху психотерапевтичної дії.
6. Обговорення можливих джерел небезпеки в реальному житті клієнта і їх нейтралізація.

Фундаментальне правило терапії ПТСР - приймати той темп роботи і саморозкриття клієнта, якого він сам пропонує. Для поступового формування довіри корисні висловлювання терапевта, в яких признаються труднощі, пережиті клієнтом; терапевт у будь-якому випадку повинен спочатку заслужити довіру клієнта. Зниження дози медикаментів або повна відмова від них до початку терапії потрібний тому, що інакше не буде досягнуте поліпшення, ґрунтоване на новому розумінні того, що сталося і на нових можливостях того, що упоралося з травматичними переживаннями.

Ще один аспект терапевтичної роботи з клієнтами з ПТСР- це психологічні труднощі, які випробовує сам психотерапевт в процесі своєї роботи. Можна виділити дві основні стратегії поведінки психотерапевтів - уникнення (знецінення) і надідентифікація. Надідентифікація - інша крайня позиція терапевта, пов'язана з фантазіями порятунку або помсти, і

обумовлена "надлишком" емпатії. В результаті цієї надмірної емпатії терапевт може вийти за рамки професійного спілкування. Робота з травмованими клієнтами вимагає великого емоційного вкладу від терапевта, аж до розвитку у нього подібного розладу - вторинного ПТСР або вторинної травми (Danieli, 1994).