

---

УДК 159.942

Лукашенко М.Ю.

Галич Я.В.

## ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВДАЛИХ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

**Лукашенко М.Ю., Галич Я.В. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах.**

Стаття присвячена вивченню питання психологічної допомоги особам, які зазнали впливу психотравмуючих факторів, внаслідок збройних конфліктів. Розглянуто основні концепції впливу психотравмуючих обставин на особистість. Проаналізовано методи надання психологічної допомоги постраждалим з посттравматичним стресовим розладом. Визначено основні дисфункціональні поведінкові і когнітивні стратегії подолання наслідків ПТСР, а також шляхи корекції психічних станів особистості. Розкрито особливості проведення когнітивно-поведінкової терапії в рамках роботи з особами постраждалими в збройних конфліктах. Обґрунтовано ефективність інтегративної когнітивної моделі посттравматичного стресового розладу, що використовуються у психотерапевтичній роботі з ПТСР. Визначено роль когнітивно-поведінкової терапії у межах роботи з посттравматичним стресовим розладом.

**Ключові слова:** Когнітивно-поведінкова терапія, посттравматичний стресовий розлад, травмофокусована терапія, інтегративно-когнітивна модель ПТСР, когнітивно-поведінкова травмофокусована терапія, тригер, інтрузія.

**Лукашенко М.Ю., Галич Я.В. Применение когнитивно-поведенческой терапии в системе реабилитации пострадавших в вооруженных конфликтах.** Статья посвящена изучению вопроса психологической помощи лицам подвергшихся воздействию психотравмирующих факторов, в результате вооруженных конфликтов. Рассмотрены основные концепции влияния психотравмирующих

---

*обстоятельств на личность. Проанализированы методы оказания психологической помощи пострадавшим с посттравматическим стрессовым расстройством. Определены основные дисфункциональные поведенческие и когнитивные стратегии преодоления последствий ПТСР, а также пути коррекции психических состояний личности. Раскрыты особенности проведения когнитивно-поведенческой терапии в рамках работы с лицами пострадавшими в вооруженных конфликтах. Обоснована эффективность интегративной когнитивной модели посттравматического стрессового расстройства, что используется в психотерапевтической работе с ПТСР. Определена роль когнитивно-поведенческой терапии в рамках работы с посттравматическим стрессовым расстройством.*

**Ключевые слова:** *когнитивно-поведенческая терапия, посттравматическое стрессовое расстройство, травмофокусованная терапия, интегративно-когнитивная модель ПТСР, когнитивно-поведенческая травмофокусирующая терапия, триггер, интрузия.*

**Постановка проблемы:** Збройні конфлікти завжди несуть загрозу для тих хто безпосередньо приймає в них участь, а також для мирного населення. Очевидним наслідком є травматизація даних осіб, як фізична так і психологічна, інтенсивність та сила якої може бути різноманітною. За час перебування особистості в ситуації реальної загрози її життю та здоров'ю виникає посттравматичний стресовий розлад, прояв та симптоми якого не мають чіткого визначення у часі. Саме тому для ефективної роботи необхідним є визначення психологічних та психотерапевтичних методів роботи з особами, які були втягнуті у збройний конфлікт, та використання когнітивно-поведінкової терапії у їх комплексі.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідження та аналіз підходів в роботі з посттравматичним стресовим розладом засвідчує, що ефективним є когнітивно-поведінковий підхід (А. Ехлерс і Д. Кларк, М. Ван Еттен і С. Тайлор, Р. Брадлей і Дж. Грін, М. Клоітер , Дж.

---

Біссон, Г. Сидлер). А саме, визначено що когнітивно-поведінкова психотерапевтична робота з ПТСР і є однією з найбільш ефективних.

**Виокремлення недосліджених аспектів загальної проблеми.** Необхідність визначення та систематизації наукових засад проведення когнітивно-поведінкової терапії в межах роботи з посттравматичним стресовим розладом у постраждалих від збройних конфліктів, в реабілітаційний період.

**Метою** даної статті є наукове вивчення специфіки проведення когнітивно-поведінкової терапії у комплексі психологічної та психотерапевтичної допомоги особам з посттравматичним стресом розладом.

**Виклад основного матеріалу.** Діяльність людини в екстремальних умовах може завдавати травмуючого впливу на психіку. Психотравмуючий стрес – особлива форма загальної стресової реакції, обумовлена екстремальною ситуацією, в якій екстремальні фактори діють у часі і просторі, мають певне значення для особистості і суб'єктивно оцінюються нею як незвичайні, що виходять за межі “нормального людського досвіду” [1, с. 50].

Травмуючий вплив не проходить безслідно для психіки людини, з часом можуть розвинути посттравматичні стресові розлади, які мають нав'язливий характер і не дозволяють людині повноцінно жити і працювати.

ПТСР є психічним розладом, що розвивається у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх та безпорадність.

---

Діагнозу ПТСР відповідають (за DSM IV) пережитий екстремальний стрес і характерне поєднання симптомів, присутніх не менше 1 місяця. Якщо симптоми присутні довше 3 місяців, діагностичний код змінюється з “гострого” на “хронічний”. Якщо симптоми з’являються через 6 місяців з моменту пережитого стресу, кажуть про “відстрочений початок”. Симптоми можна згрупувати в три кластери.

I. Травматична подія має постійно повторно переживатися в одному з наступних варіантів:

- у вигляді викликаючих дискомфорт різко або періодично виникаючих спогадів, образів, думок про подію;
- у відчутті, що травмуюча подія повертається начебто наяву (що може включати ілюзії, галюцинації, флеш беки, інтрузії), і може супроводжуватися відповідною поведінкою;
- в нічних кошмарах (сама подія або інші жахливі образи часто повертаються в сновидіннях);
- у формі перебільшеного емоційного дискомфорту при впливі внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують травматичну подію;
- в інтенсивної фізіологічної реакції на сигнали, що нагадують людині події в цілому або деякі його фрагменти.

II. Уникнення або емоційне заціпеніння проявляється, щонайменше, в трьох з перерахованих форм:

- в уникненні видів діяльності, місць або людей, пов'язаних з травматичним подією;
- у відчутті укороченою перспективи майбутнього (наприклад, в відсутності відчуття, що нормальне життя коли небудь повернеться);
- в уникненні думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою;
- в зниженні інтересу до участі в видах діяльності що колись приносили задоволення;

- 
- у відчутті відокремленості або емоційного відчуження від інших людей;
  - в нездатності згадати важливі аспекти травматичного досвіду;
  - у відчутті звуженого спектра емоційних проявів (наприклад, нездатності відчувати почуття любові).

III. Постійна підвищена збудливість, що виявляється в двох або більше із зазначених симптомів:

- порушення сну;
- дратівливість або вибухи гніву;
- труднощі зосередження;
- надмірна настороженість;
- підвищена реакція здригування.

Відомими підходами в психотерапії посттравматичних стресових розладів, ефективність яких вивчається та часто порівнюється, є програми управління стресом, гіпнотерапія, підтримувальна недирективна роджеріанська психотерапія, психодрама, а також інтерперсональна, психодинамічна, когнітивно-поведінкова психотерапія і терапія методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима.

Метою психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є: допомога у звільненні від нав'язливих спогадів про минуле, від інтерпретації наступних емоційних переживань як нагадувань про травму, а також, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями і знайти травматичним подій належне місце в загальній часовій перспективі свого життя і особистої історії [1, с. 52].

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 ставлення до терапії);
  - формування позитивного ставлення до симптомів (сенси даної 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 (бо прагнення клієнта уникати всього, що пов'язане з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід);
  - зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити зміст перенесеної психічної травми, і таким чином створити у клієнта відчуття “контролю над травмою”).

Ефективною в когнітивно-поведінковій психотерапії посттравматичного стресового розладу вважають так звану когнітивну терапію ПТСТР (cognitive therapy for PTSD), запропоновану А. Ехлерс і Д. Кларком [5, с. 320].

### **Інтегративна когнітивна модель ПТСТР (А. Ехлерс і Д. Кларк).**

Ця модель пов'язує типове для ПТСТР почуття постійно присутньою загрози поруч з когнітивними і поведінковими чинниками:

- когнітивними оцінками травми і її наслідків;
- специфікою запам'ятовування травматичного досвіду і характером взаємодії цього виду пам'яті з автобіографічними спогадами;
- дисфункціональними поведінковими і когнітивними стратегіями опанування;
- минулим досвідом травматизації і вихідної когнітивної схемою (базисних уявлень про світ і власної особистості), яка існує у потерпілого до травми.

### **Когнітивні оцінки травми і її наслідків**

---

Постраждали, у яких слідом за пережитої травмою розвиваються симптоми ПТСР, відрізняються особливим типом сприйняття травматичного події та її наслідків. Як правило, їм не вдається сприймати трагічну подію як обмежену в часі і як таку що не має глобальних негативних наслідків для всього майбутнього. Їх когнітивні оцінки того, що сталося і можливих наслідків породжують відчуття постійно присутньої загрози [2, с. 110].

На думку А. Ехлерса і Д. Кларка почуття постійно присутньої загрози може бути пов'язано з декількома типами когнітивних оцінок травмуючої події:

1) постраждали починають розглядати абсолютно нормальні умови як небезпечні. Вони перебільшують ймовірність чергової катастрофи (когнітивне спотворення “Катастрофізація”), можуть розглядати факт випадкової невдачі як доказ, що вони “притягують біду” і “з ними вічно трапляється щось погане”. Ці когнітивні оцінки породжують поведінку уникнення, яка підкріплює страх.

2) потерпілі можуть спотворено оцінювати власну поведінку під час події, що індукує відчуття загрози [5, с. 323].

### **Специфіка “травматичної” пам'яті**

Пам'ять, пов'язана з екстремальним пригодою, має цілу низку особливостей. З одного боку, виникають труднощі при цілеспрямованих спробах відтворити повну і точну картину події, з іншого - мимовільних напливів спогадів в дуже живий і емоційно забарвленої формі.

Феномен мимовільного повторного переживання травми має такі характеристики:

- напливи мимовільних спогадів, що складаються з сенсорних вражень, а не думок;

- 
- сенсорні відчуття, які переживаються ніби вони відбуваються “тут і тепер”, факт пригадування при цьому не усвідомлюється;
  - початкові емоції і сенсорні відчуття, які переживаються повторно, навіть якщо індивід отримав інформацію, що спростовує його уявлення про те, що трапилося;
  - можливе повторювання ізольоване переживання афекту без супутніх спогадів.
  - симптоми мимовільного повторного переживання травматичної події запускаються великою кількістю стимулів і ситуацій. Багато з цих пускових стимулів не мають смислового взаємозв'язку з травматичним подією, вони лише збіглися з ним за часом. Це можуть бути запахи, освітлення, певні фрази, вимовлені з характерною інтонацією [5, с. 323].

Когнітивна модель припускає, що у випадках коли травматична подія завдала серйозної шкоди уявленням людини про себе може виникнути повна дезорганізація автобіографічної пам'яті.

### **Дисфункціональні поведінкові і когнітивні стратегії подолання.**

Для полегшення симптомів ПТСР і досягнення безпеки використовуються різні поведінкові і когнітивні стратегії. Більшість спроб усунути дискомфорт лише сприяють його посиленню. Вибір стратегій подолання тісно пов'язаний з індивідуальною когнітивною оцінкою травми і її наслідків, а також із загальними уявленнями людини, як краще справлятися з такою ситуацією [3, с. 72].

#### **Основні дисфункціональні стратегії:**

1) спроби контролювати симптоми ПТСР. Особистість прагне позбутися думок пов'язаних з психотравмою, що призводить до підвищення частоти травмуючих спогадів;



---

2) виконання дій що гарантують безпеку. Ця стратегія тісно пов'язана з переконанням, що катастрофа обов'язково станеться, якщо не вжити превентивних заходів;

3) активні спроби не думати про травму. Уникання психотравмуючих спогадів не дозволяє в повній мірі детально відновити травматичну подію та скорегувати помилкові прогнози;

4) постійні роздуми про відновлення справедливості та помсти. Можна припустити, що ця стратегія підкріплює негативну глобальну оцінку наслідків травми;

5) прийом алкоголю і медикаментів для зняття тривоги;

6) уникнення видів діяльності які до травми були значимими.

### **Методи подолання ПТСР за допомогою Оксфордського підходу до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії.**

Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія охоплює різноманітні схеми роботи, спрямовані на переоцінку та повторне переживання травматичних подій. Основними методиками травмофокусованих втручань є:

- експозиція наживо;
- експозиція в уяві;
- пролонгована експозиція;
- стимульна конфронтація;
- повторне когнітивне опрацювання;
- когнітивна реструктуризація;
- нарративна реконструкція.

Травмофокусована терапія спрямована на: 1) розпізнавання та зміну негативних особистісних значень що надаються травматичній події та її наслідкам; 2) зменшення проявів повторного переживання і нівелізація тригерів; 3) зміна невірних патернів поведінки.

---

Для досягнення першого напрямку, використовують процедуру оновлення травматичних спогадів. Її мета передбачає ідентифікацію найбільш тригерних точок; переоцінку травматичних наслідків та зменшення негативних спогадів, поновлення особистісних значень з огляду на переоцінку інтерпретації психотравмуючої події. Під час проведення терапії постраждалі мають поновити обставини що відбулися травматичної події. Зменшення симптомів повторного переживання та зниження тригерування можна досягти за допомогою таких технік, як уявне перепроживання події (imaginal reliving of the event), виписування детальної історії події (writing out a detailed account of the event), перегляд місця події (revisiting the site) і власне дискримінація тригерів (discrimination of triggers) [4, с. 260].

Під час уявного перепроживання постраждалий згадує травматичні події в усіх подробицях, з відчуттями та емоціями. Аналогічна процедура відбувається під час встановлення травматичних подій письмово, коли встановлює послідовність травматичних подій. При можливості перегляд місця події, де людина зазнала травми, для фокусування на відмінностях між тим, що було тоді, і тим, що є зараз, коли травма минула і людина перебуває в безпеці. Суть техніки дискримінації тригерів полягає в аналізі ситуації, подій, людей, запахів, звуків що спричиняють повторні переживання травми, та роботу над розірванням умовного зв'язку між тригером та інтрузією в наслідок чого виникає усвідомлення того, що це реакції на пам'ять про подію, а не на реальність. Значну роль у дискримінації тригерів відіграє безпосередня експозиція до них – стикання клієнта з ними в реальній ситуації за підтримки терапевта або близьких, які мають переконати його в тому, що самі тригери не становлять жодної загрози. Шляхом обговорення відбувається корекція та усунення деструктивної поведінки і стратегій сприймання, під час яких клієнти

---

переглядають старі способи світосприймання і реагування та переконуються в їхній неефективності.

Всі вказані психотерапевтичні техніки розробляються індивідуально, в залежності від психологічних особливостей особистості, та з урахуванням пережитого травматичного досвіду. Також необхідно враховувати життєвий досвід особистості, та інші фактори що впливатимуть на швидкість відновлення.

**Висновки та перспективи подальших розвідок.** Посттравматичний стресовий розлад є наслідком пережитих травмуючих подій, симптоми яких виділено в окремі кластери для подальшої діагностики гострого чи хронічного стану. Для подолання ПТСР використовуються різноманітні психотерапевтичні методики, метою яких є усунення симптоматики посттравматичного досвіду, та цілеспрямований вплив на особистість для швидкого відновлення у реабілітаційному періоді. Ефективною методикою роботи з посттравматичним стресовим розладом є когнітивно-поведінкова терапія, яка включає в себе різноманітні техніки впливу на сприйняття травматичної ситуації її аналіз, та зменшення симптомів. Однією з найбільш дієвих вважається Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії, який спрямований на переоцінку та повторне переживання травматичних подій, та заміну невірних патернів поведінки. У зв'язку зі зростанням кількості осіб, які зазнали психотравматичних впливів в наслідок збройних конфліктів, доцільно проводити навчання фахівців зазначених психотерапевтичних технік.

#### **Список використаних джерел:**

1. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах /С.Н. Ениколопов // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 50–56.

- 
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. Калмыкова Е.С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, Е. А. Миско, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С. 70–80.
  4. Лэндис Р.Продвинутые техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями / Р. Лэндис. – М. : Наука, 1983. – 316 с.
  5. Ehlers A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // Behaviour Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.

#### **Spysok vykorystanykh dzherel:**

1. Enykolopov S.N. Psykhoterapiya pry posttravmatycheskykh stressovykh rasstroistvakh /S.N. Enykolopov // Rosyiskiy psykhyatrycheskiy zhurnal. – 1998. – № 3. – S. 50–56.
2. Кадыров Р. В. Posttravmatycheskoe stressovoe rasstroistvo (PTSD): sostoianye problemy, psykhodyahnostyka y psykhologicheskaya pomoshch: uchebnoe posobie / R. V. Kadyrov. – SPb. : Rech, 2012. – 448 s.
3. Kалмыкова Е.С. Osobennosti psykhoterapiyu posttravmatycheskoho stressa / E.S. Kалмыкова, Е. А. Mysko, N. V. Tarabryna // Psykhologicheskij zhurnal. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С. 70–80.
4. Лэндис Р. Продвинутые техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями / Р. Лэндис. – М. : Наука, 1983. – 316 с.
5. Ehlers A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // Behaviour Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.

***Lukashenko, M.Y., Halych, Y.V. The use of cognitive-behavioral therapy in the rehabilitation system of victims of armed conflict.*** *The article is devoted to the study of the issue of psychological assistance to persons exposed to psycho-traumatic factors as a result of armed conflicts. The basic concepts of the influence of traumatic circumstances on the individual are considered. The methods of providing psychological assistance to victims with post-traumatic stress disorder are analyzed. The main dysfunctional behavioral and cognitive strategies for overcoming the consequences of PTSD, as well as ways to correct*

---

*mental states of personality are determined. The features of cognitive-behavioral therapy in the framework of work with persons affected in armed conflict are disclosed. The effectiveness of the integrative cognitive model of post-traumatic stress disorder used in psychotherapeutic work with PTSD is substantiated. The role of cognitive-behavioral therapy in the framework of work with post-traumatic stress disorder is determined.*

**Key words:** *cognitive-behavioral therapy, post-traumatic stress disorder, trauma-focused therapy, integrative-cognitive model of PTSD, cognitive-behavioral trauma-focused therapy, trigger, intrusion.*

#### **Відомості про автора**

**Лукашенко Марина Юрїївна**, аспірант докторантури та ад'юнктури кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ

**Романенко Оксана Вікторівна**, професор кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, доктор психологічних наук, професор

**Lukashenko M. Y.** Postgraduate Student of the Department of Juridical Psychology of the National Academy of Internal Affairs

**Romanenko, O.V.** Professor of the Department of Legal Psychology of the National Academy of Internal Affairs, Doctor of Psychological Sciences, Professor

E-mail: [MarinaLukashenko@ukr.net](mailto:MarinaLukashenko@ukr.net) [yarik0610@ukr.net](mailto:yarik0610@ukr.net)

**УДК 316.6 (043.3)**

**Максим О.В.**

### **ДЕФОРМАЦІЯ ЦІННИСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ІНТЕРНЕТ – ЗАЛЕЖНИХ ПІДЛІТКІВ**

**Максим О.В. Деформація ціннісних орієнтацій інтернет- залежних підлітків.** У статті представлений аналіз проблеми інтернет-залежності серед підлітків. Розкрито психологічні основи поняття «інтернет-залежності». Визначено основні психологічні причини виникнення інтернет – залежності та її прояви в особистості підлітка. Інтернет-залежність негативно діє на всі сфери життя людини, призводячи до появи особистісних деформацій та дизгармонізації особистості. Адикція руйнує стосунки людини із соціумом, спричиняє її