

ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТУВАННЯ КЛІЄНТА, ЩО ЗНАХОДИТЬСЯ У ПОСТСТРЕСОВОМУ СТАНІ

У статті розглянуто особливості консультування клієнта, що знаходиться у постстресовому стані. Показано, що фахівець розглядає реакцію клієнта на будь-яку стресову подію, як систему адаптаційних механізмів людини до умов, що змінились; в умовах стресу психологічна адаптація людини відбувається за допомогою двох механізмів: психологічного захисту і механізмів подолання – копінг-механізмів.

Розібрано прояви дистресу та наслідки впливу травматичної події. Дистресом називаємо загальну реакцію організму у випадках недостатчі власних ресурсів для подолання наслідків стресових подій, і, оскільки адаптаційні можливості попередження та купірування стресового впливу обмежені, їх виснаження може призвести до захворювання та смерті.

Обговорено поняття травматичний стрес як особливу форму загальної стресової реакції, коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист, він стає травматичним. Описано характеристики травми та критерії ПТСР відповідно до класифікатора DSM-5.

Зазначено важливість міждисциплінарного підходу до лікування ПТСР та фундаментальні принципи терапії ПТСР: принцип нормалізації; принцип партнерства та підвищення гідності особистості; індивідуальний підхід. Виписано бажані напрямки психологічної допомоги колишнім комбатантам. Серед них такі як діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації, психологічне консультування (індивідуальне та сімейне), психокорекційна робота, навчання навичкам саморегуляції, соціально-

психологічні тренінги, спрямовані на підвищення адаптивності та особистісний розвиток клієнта.

Основною метою терапії вважають допомогу пацієнту у безпечних умовах під час роботи з психотерапевтом відреагувати травматичний досвід, почуття, думки, спогади, які пов'язані з травмою. Особливості обстеження психотравмованого клієнта у клінічному інтерв'ю передбачають урахування небезпеки «ретравматизації» та уміння їх засоби її уникнення. такі як: готовність пацієнта до роботи та наявність власних ресурсів, щоб внутрішньо регулювати свій дистрес. Визначено власні стратегії клієнта на шляху зменшення напруги переживання наслідків стресу (механізми захисту, механізми співладання зі стресом). Зазначено на необхідність спеціальної підготовки фахівців, що працюють з наслідками травматичних подій.

Ключові слова: *стрес, дистрес, терапія, клієнт, травматична подія, травма, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).*

Постановка проблеми. У роботі з людиною фахівці допоміжних професій завжди мають пам'ятати про принцип роботи, наголошений ще Гіпократом. Він звучить як *Noli nocere!* Не нашкодь. Особливо уважно потрібно ставитись до внутрішнього світу людини у сучасній консультативній роботі, оскільки в нашій країні кількість людей, що пережила психотравмуючі події у останні роки значно збільшилась. Не рідко можна чути вислови, які обезціюють необхідність психологічної роботи, та спроможність іншої людини допомогти у проживанні власних психологічних катаклізмів, оскільки вже були попередні невдалі спроби. Тому вважаємо за необхідне зупинитись на моментах, які, на нашу думку, допоможуть психологу та його клієнту на початку консультативної роботи.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Психологічні розлади, що виникають як результат травматичних подій, завжди були у зоні уваги фахівців психологічного та медичного профілю.

Можна стверджувати, що теоретики усіх психотерапевтичних напрямків зробили свій внесок у формування сучасного погляду на терапію наслідків травми. Цінним є сучасний підхід до цієї теми та досвід таких спеціалістів як Дж. Брієр, К. Скотт, Дж. Герман, М. Дж. Горовіц, Ф. Пьюселік, М. Мюллер, М. Фрідман та ін. У нашій країні травмофокусованої терапії тема звучить особливо. Вона розкривається у роботах О. Романчука, А. М. Романшина, О. В. Бойка, І. М. Гузенка, О. Г. Сиропятова, Н. А. Дзеружинської, О. М. Рапчі та ін.

Метою цієї статті вважаємо визначення особливостей консультування клієнтів, що знаходяться у постстресовому стані.

Виклад основного матеріалу. Розуміння особливостей розвитку реакцій на стрес та травматичну подію є дуже важливим як для психолога так і для його клієнта. Г. Сельє сформулював ставлення до стресу як системи адаптаційних механізмів людини до умов, що змінилися. На його думку, стрес є цілісним комплексом психічних і фізіологічних змін, що відбуваються в організмі людини у відповідь на зовнішній або внутрішній вплив [5].

У психології, біології, медицині та інших галузях природничого знання термін «стрес» найчастіше використовували у двох значеннях:

- фізичний, хімічний чи емоційний фактор, який викликає фізіологічне/психологічні напруження і може бути/стати джерелом хвороби;
- сама хвороба, яка виникає в результаті дії вищевказаних чинників.

Отже, парадоксальна сутність стресу в тому, що він позначає собою і фактор, що впливає на організм, і результат впливу цього фактора. Виникають також пропозиції ідентифікувати поняття «стрес» з поняттями «фрустрація» і «загроза».

Важливо пам'ятати, що фізіологія та біохімія будь-яких стресових реакцій подібна. Та обставина, що один і той самий стресор може викликати неоднакові реакції, ураження у різних людей, вчений пов'язує з «факторами обумовлення», які вибірково посилюють або гальмують той чи інший прояв стресу.

Клієнт, що прийшов самостійно до фахівця-психолога уже, як мінімум, визначає наявність певного дисбалансу у власному житті. Він знаходиться на певному етапі адаптації до умов, що змінилися або до нової власної оцінки обставин. Головний опосередковуючий фактор з боку індивіда – це саме процес оцінки, що представляє собою судження про події з різних точок зору (контрольованість, приписування причин тощо). Вони в значною мірою визначають вид та інтенсивність реакції на стрес, вони важливі в індивідуальних процесах адаптації та подолання стресу.

В умовах стресу психологічна адаптація людини відбувається, головним чином, за допомогою двох механізмів: психологічного захисту і механізмів подолання – копінг-механізмів (від *to cope* – справлятися, подолати) [3].

Психологічний захист – це спеціальна система стабілізації особистості, спрямована на огорожу свідомості від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних з внутрішніми і зовнішніми конфліктами, станами тривоги і дискомфорту. У свій час А. Фрейд описала 15 механізмів психологічного захисту. Вікіпедія сьогодні пропонує ознайомитись із 28 захисними механізмами. Функціональне призначення і мета психологічного захисту полягає в ослабленні внутрішньоособистісного конфлікту (напруги, занепокоєння) між інстинктивними імпульсами несвідомого і засвоєними вимог зовнішнього середовища, що виникають в результаті соціальної взаємодії. Послаблюючи цей конфлікт, захист регулює поведінку людини, підвищуючи його пристосовність і врівноважуючи психіку.

Під механізмами подолання (копінг-механізми, механізми співвладання) розуміють поведінкові і внутрішньопсихічні зусилля з вирішення зовнішніх і внутрішніх вимог, а також конфліктів (спроби їх вирішення, редукції або посилення по створенню терпимого ставлення до цих конфліктів), які вимагають напруги сил або навіть перевищують ці сили. Р. С. Лазарус розглядає стресову реакцію як результат відносин між особливостями висунутої вимоги і наявними в розпорядженні людини ресурсами. На його думку існують такі види копінгу як: конфронтаційний копінг, дистанціювання,

самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка. М. Перре виділяє копінги орієнтовані на ситуацію (активний вплив, втеча, пасивність), репрезентацію (пошук або витіснення інформації) та оцінку (переоцінка або надання сенсу, зміна мети).

Г. Сельє виокремив два види стресу: еустрес та дистрес. Еустрес спостерігаємо, коли адаптивних механізмів достатньо для адекватної, тобто, найбільш фізіологічної, органічної, підходящої до ситуації відповіді на подразник. Дистрес – коли власних ресурсів для подолання наслідків стресової події обмаль. Розвиток стресу і пристосування до нього проходить кілька стадій, а час перебігу і переходу на кожну стадію залежить від рівня стійкості (резистентності) організму, інтенсивності та тривалості дії стресора. Організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей щодо попередження та обмеження стресового впливу, і їх виснаження може призвести до захворювання та смерті.

Травматичний стрес – особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист, він стає травматичним. Далеко не кожна подія здатна викликати травматичний стрес.

Як зазначає М. Фридман, внаслідок індивідуальної різниці у процесі сприйняття, у різних людей виявляється різний «поріг травми» – одні більш захищені, а інші більш чутливі і більш схильні до розвитку клінічних симптомів після перебування у екстремальній стресовій ситуації. Таки події, як зґвалтування, тортури, геноцид, а також «важкий стрес перебування у зоні військових дій» – майже будь-якою людиною відчуються як травматична подія.

Були виділені наступні чотири *характеристики травми*:

- 1) подія, що відбулась, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося і з-за чого у неї погіршився психологічний стан;
- 2) це зумовлено зовнішніми причинами;

- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія, що відбулась, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або зробити.

Це значить, що:

- Людина особисто і безпосередньо пережила ситуацію, де мала місце її фактична смерть, або близькість до смерті, або серйозне каліцтво, або інше посягання на фізичну гідність (зґвалтування або сексуальне насильство).
- Людина наочно спостерігала ситуацію, де мала місце смерть, серйозне каліцтво, або посягання на фізичну гідність (зґвалтування) іншої особи.
- Людина дізнається про нещастя із членом родини або іншою близькою людиною: несподівану або насильницьку смерть, серйозне ушкодження, близькість до смерті, або серйозне каліцтво [7].

Пост-травматичний стрес. Коли йде мова про надання медичної (психологічної) допомоги військовим, фахівці США рекомендують розглядати ПТСР у більш широкому контексті патологічних станів психіки та розладів (захворювань), що їх може викликати специфічна військова травма (психічна травма). Ці психічні стани та захворювання поєднано у єдиний комплекс, що отримав назву «Пост-травматичний стрес».

Етапи пост-травматичного стресу

- * гостра стресова реакція (ASR)
- * стресова реакція учасника бойових дій та операцій (COSR)
- * гострий стресовий розлад (ASD)
- * ПТСР (гостра та хронічна форми)

ASR/COSR (бойовий стрес, стресова реакція учасника бойових дій та/або операцій) – реакція, що виникає у лічені часи (інколи хвилині) після травми, може тривати до чотирьох діб.

ASD (гострий стресовий розлад) – від двох діб до одного місяця після травми.

ПТСР – місяць або більше із моменту травми. До трьох місяців після травми – гостре ПТСР, більше як три місяці – хронічне ПТСР.

ПТСР із відстроченим проявленням – від моменту травми до перших проявів захворювання пройшло 6 місяців або більше.

Підручник DSM-5 відносить діагноз ПТСР у специфічну групу психіатричних станів – «Розлади, обумовлені травмою і стресором». Цю групу було виділено нещодавно, тільки у 2013 році. Таким чином, пост-травматичний стресовий розлад (ПТСР) принципово відрізняється від «Травматичного неврозу» або «Тривожного розладу».

Захворювання ПТСР викликає зовнішній (екзогенний) фактор – «катастрофічний стресор, що виходить за рамки звичайного людського досвіду».

Посттравматичний стресовий розлад. Критерії DSM-5 (2013) (Примітка: наступні критерії застосовуються для дорослих, підлітків та дітей віком понад 6 років).

Критерій А – факт стресора. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства. Примітка: критерій А4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи.

Критерій В – вторгнення спогадів. Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних (тобто таких, що вторгаються) симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

Критерій С – уникання. Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, яке з'явилося після травматичної події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:

Критерій D – негативні думки та настрої. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів:

Критерій Е – зміни в чутливості і реактивності. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події / подій.

Критерій F – довга тривалість. Тривалість розладу (критерії В, С, D, Е) понад 1 місяць.

Критерій G – функціональна значущість. Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.

Критерій H – виключення. Порушення не зумовлені фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

Важливість виявлення. У великому проценті випадків ПТСР залишається нерозпізнаним, і як наслідок, пацієнти не отримують належного лікування. Широке дослідження, проведене в Ізраїлі, показало, що на первинному прийомі симптоми ПТСР виявляються у 9% пацієнтів [7]. Із цього числа лише чверть мали вже встановлений діагноз, хоча захворювання спричиняло суттєві страждання.

Можливості та обмеження психолога-консультанта у роботі з травмою. Психологічна допомога – широке узагальнення. Інтерв'ювання, консультування і психотерапія спрямовані на допомогу клієнту. Професіональна робота з клієнтом по наданню психологічної допомоги передбачає відповідальність та обізнаність фахівця що до можливих наслідків. Визначення зони власної компетенції та надання своєчасних рекомендацій про важливість розширення та покращення індивідуальної роботи, своєчасне звернення до психотерапевта, кризового психолога допоможе людині швидше та ефективніше пройти шлях відновлення.

До фундаментальних принципів терапії ПТСР у ветеранів бойових дій відносять [6]: принцип нормалізації; принцип партнерства та підвищення гідності особистості; індивідуальний підхід.

У сучасній психотерапевтичній практиці при ознайомленні людини із можливими наслідками впливу травматичних подій, основний акцент роблять на тому, що «нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком» або говорять, що реакція на травму є «нормальною реакцією на ненормальні обставини» [1, 2, 4, 6, 7]. Нейтралізація наслідків травми передбачає мобілізацію механізмів подолання пацієнта. Важливо в процесі терапевтичної роботи знайти екологічне місце набутим травматичним переживанням та травматичному досвіду. Це в корені відрізняється від застарілого переконання про те, що ПТСР є продуктом особистісної неспроможності і патологічних, невротичних механізмів. Крім усього, дуже важливий міждисциплінарний підхід до лікування ПТСР. Знання психічного та психологічного аспектів, соціальної динаміки дозволяє консультанту і пацієнтові дивитися на травму в широкому контексті і знаходити пояснення наявних симптомів і засоби для їх корекції у різних сферах життя. І. Г. Малкіна-Пих всі методи, які ефективно використовувалися і використовуються для корекції ПТСР, пропонує розділити на чотири категорії [2]: просвіта, цілісне ставлення до здоров'я, соціальна підтримка (соціальна інтеграція) і психотерапія.

Всі чотири перерахованих методи можна об'єднати поняттям «соціально-психологічна реабілітація». Термін «психологічна реабілітація» (від латинського *rehabilitatio* — відновлення) найбільш точно відбиває процес і результати діяльності психолога при наданні допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Так О. Г. Сиропятов визначає психологічну реабілітацію як допомогу на всіх етапах формування нової системи значущих відносин [6]. Психолог допомагає військовослужбовцям та членам їх сімей відновити й утвердити свої зв'язки з природним, соціальним і культурним просторами життя, реструктурувати у свідомості реальності зовнішнього світу, співвідносячи їх з реаліями світу внутрішнього.

На думку ряду авторів [6], психологічна допомога колишнім комбатантам повинна включати декілька напрямків:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації (психоемоційного стану до травми, використовуваних стратегій адаптації, особливостей поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей.

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне). При індивідуальній роботі необхідно дати клієнтові можливість висловити все наболіле, виявляючи зацікавленість. Потім доцільно пояснити, що його сьогодняшній психологічний стан – тимчасове явище, яке притаманне всім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб людина відчула розуміння і побачила готовність допомогти не тільки з боку фахівців, але і з боку близьких та рідних. Потужним засобом психологічної реабілітації є щире проявлення розуміння проблем ветерана і терпіння. Відсутність цих якостей у близьких призводить часом до трагічних наслідків.

3. Психокорекційна робота, психологічна корекція, або психокорекція, визначається як спрямований вплив на ті чи інші психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку і функціонування особистості. Кваліфікована психотерапевтична допомога необхідна тим ветеранам, у яких відмічаються різко виражені і запущені порушення адаптації (депресія, алкоголізм, девіантна поведінка тощо).

4. Навчання навичкам саморегуляції (зняття напруги з допомогою релаксації, аутотренінгу та інші методи).

5. Соціально-психологічні тренінги, спрямовані на підвищення адаптивності та особистісний розвиток клієнта.

Перед початком роботи, перш ніж оцінювати травму, фахівець має встановити початковий рівень довіри та взаєморозуміння. На початку обстеження необхідно приділити увагу дослідженню очевидної причини звернення клієнта, якою б вона не була. Запитання треба ставити у неосудний та емпатійний спосіб. Дж.Брієр наголошує, що психолог має організовувати процес співбесіди так, щоб не почуватись незручно, говорячи з клієнтами про деталі переживання сексуального скривдження чи насильства; оскільки

потерпілі можуть бути особливо чутливими до нюансів у голосі та мові тіла фахівця. Деякі клієнти можуть уникати повідомлень про хвилюючий досвід, якщо вони вважають, що фахівець, який працює з ними, буде дуже засмучений через таку інформацію або ж зробить негативні висновки.

Психотерапія при ПТСР процес довготривалий, що потребує специфічної підготовки фахівців. За основну мету терапії вважають допомогу пацієнту у безпечних умовах під час роботи з психотерапевтом відреагувати травматичний досвід, почуття, думки, спогади, які пов'язані з травмою. Пацієнт має бути налаштований на таку роботу та мати достатньо власних ресурсів, щоб внутрішньо регулювати свій дистрес. Ряд фахівців [1, 7] наголошують на важливості визначення того, як можна обговорювати пов'язані з травмою питання із конкретним потерпілим без надмірної «ретравматизації». Якщо є ймовірність надмірної активації, зазвичай краще, хоча б тимчасово, відкласти важливі запитання чи обговорення травматичного матеріалу.

Посилаючись на досвід сучасних провідних фахівців по роботі з ПТСР зазначаємо, що найбільш успішними виявилися *когнітивно-поведінкова терапія* (cognitive-behavioral therapy, CBT), її різновид – *травмофокусована терапія* та медикаментозна терапія [1, 6, 7]. Успішні результати також задокументовано із використанням методики, що відома як «*Окуло моторна Десенсибілізація та Репроцесінг*» (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR або метод десенсибілізації і переробки рухами очей – ДПРО за Шарко) та «*терапії стресової вакцинації*» (Stress Inoculation Therapy, SIT) [1, 7].

Часто вживаною опцією для пацієнтів із легкою та середньо-важкою формою ПТСР є групова терапія, хоча емпіричних доказів такої практики обмаль [7]. У групових заняттях пацієнти із ПТСР можуть обговорювати із «колегами по нещастю» свої травматичні спогади, симптоми ПТСР, та функціональні неспроможності. Цей підхід давав найбільший успіх із

воєнними ветеранами, із особами що перенесли зґвалтування або інцест, а також із потерпілими від природних катастроф.

Досвід українських фахівців свідчить про те, що при роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе такі напрямки психотерапії, як тілесноорієнтована терапія, гештальт-терапія, сімейна терапія, нейролінгвістичне програмування, символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія) [1, 6, 7].

Висновки. Отже, коли йдеться про консультування осіб, що знаходяться у постстесовому стані, важливим для фахівця-консультанта стає здатність розуміти та диференціювати певні моменти.

- Розуміти стрес як систему адаптаційних механізмів людини до умов, що змінилися.
- Відрізнати прояви дистресу та наслідки впливу травматичної події.
- Вміти диференціювати гострий стресовий та посттравматичний стресовий розлад.
- Визначити власні стратегії клієнта на шляху зменшення напруги переживання наслідків стресу, травматичної події (механізми захисту, механізми співладання зі стресом).
- Розуміти можливості та обмеження психолога-консультанта у роботі з травмою.
- Знати особливості обстеження психотравмованого клієнта у клінічному інтерв'ю.

Перспективи подальшого дослідження мають полягати у площині інтеграції емпіричних матеріалів, а також пошуку і валідизації психотерапевтичних підходів по роботі із наслідками психотравми.

Список використаної літератури

1. Брієр Дж. Основи травмофокусованої психотерапії / Джон Брієр, Кетрін Скотт, – Львів : Свічадо, – 2015. – 448 с.

2. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации /Ирина Германовна Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с. (Справочник практического психолога).
3. Перре М. Систематика клинико-психологической интервенции / М. Перре // Клиническая психология [под ред. М. Перре, У. Баумана]. – СПб. : Питер. 2002. – 1312 с. – (Серия «Мастера психологии»).
4. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях : Учебное пособие / Под ред.Л. А. Михайлова. – Спб. : Питер, 2009. – 256 с.
5. Селье Г. Стресс без дистресса / Ганс Селье, пер. И. Хорол, А. Лук. – М.: Прогресс, 1982. – 68 с.
6. Сыропятов О. Г. Техники психотерапии при ПТСР : практическое пособие / О. Г. Сыропятов, Р. А Дзеружинська, О. М. Рапча – Одесса : изд. Украинской военно-медицинской академии, Военно-медицинский клинический центр Южного региона, – 2015. – 278 с.
7. Фрідман М. ПТСР – історія та огляд [Електронний ресурс] // Меттью Фрідман. – 2016. Режим доступу:
http://www.akimov.kharkiv.ua/ptsd_uk.html#download

Транслітерація

1. BrIEr Dzh. Osnovi travmofokusovanoYi psihoterapIYi / Dzhon BrIEr, KetrIn Skott, – LvIv : SvIchado, – 2015. – 448 s.
2. Malkina-Pyih I. G. Ekstremalnyie situatsii /Irina Germanovna Malkina-Pyih. – М.: Eksmo, 2005. – 960 s. (Spravochnik prakticheskogo psihologa).
3. Perre M. Sistematika kliniko-psihologicheskoy interventsii / М. Perre // Klinicheskaya psihologiya [pod red. М. Perre, U. Baumana]. – SPb. : Piter. 2002. – 1312 s. – (Seriya «Mastera psihologii»).
4. Psihologicheskaya zaschita v chrezvyichaynyih situatsiyah : Uchebnoe posobie / Pod red.L. A. Mihaylova. – Spb. : Piter, 2009. – 256 s.
5. Sele G. Stress bez distressa / Gans Sele, per. I. Horol, A. Luk. – М.: Progress, 1982. – 68 с.

6. Syiropyatov O. G. Tehniki psihoterapii pri PTSR : prakticheskoe posobie / O. G. Syiropyatov, R. A Dzeruzhinska, O. M. Rapcha – Odessa : izd. Ukrainskoy voenno-meditinskoy akademii, Voenno-meditinskiy klinicheskiy tsentr Yuzhnogo regiona, – 2015. – 278 s.

7. FrIdman M. PTSR – IstorIya ta oglyad [Elektronniy resurs] //

MEttyu FrIdman. – 2016. Rezhim dostupu:

http://www.akimov.kharkiv.ua/ptsd_uk.html#download

Мотрук Т.А.

Особенности консультирования клиента, находящегося в постстрессовом состоянии.

В статье рассмотрены особенности консультирование клиента, что находится в постстрессовых состоянии. Показано, что специалист рассматривает реакцию клиента на любую стрессовых событие, как систему адаптационных механизмов человека к условиям, что изменились; в условиях стресс психологическая адаптация человека происходит за помощью двух механизмов: психологической защиты и механизмов преодоление – копинг-механизмов Рассмотрены проявления дистресса и последствия влияния травматического события. Описаны характеристики травмы, этапы формирования посттравматического стресса, приведены критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в соответствии с DSM-5. В статье говорится о направлениях помощи и принципы терапии ПТСР у ветеранов боевых действий – нормализации, партнерства и повышения достоинства личности, индивидуальный подход. Указано на необходимость специфической подготовки специалистов, работающих с последствиями травматических событий.

Ключевые слова: стресс, дистресс, терапия, клиент, травматическое событие, травма, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Motruk T.O.

Consulting peculiarities of clients in the post-traumatic stress state

The article consists of the main consulting peculiarities of clients in the post-traumatic stress state. It is shown that an expert considers client reaction to any stressful event as a system of person adaptive mechanisms to any changed conditions. Psychological adaptation occurs through two mechanisms under stress: psychological defense and mechanisms of overcoming – coping-mechanisms. Signs of distress and the effects of traumatic events are explored. The article describes the characteristics of trauma, the stages of post-traumatic stress formation, and the criteria for post-traumatic stress disorder (PTSD), according to DSM-5. There is a list of assistance trends and principles of treatment the PTSD of veterans – normalization, partnerships, enhancement of the human dignity and individual approach. The necessity of specific training of people, who are working with the effects of traumatic events, are highlighted in the article.

Key words: *stress, distress, therapy, client traumatic event, trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD).*

Мотрук Тетяна Олександрівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Отримати збірник мені буде зручно на відділенні № 15 Нової пошти у

м. Суми. Тел.: (066) 496-17-30; E-mail: motruk.t@gmail.com