

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П.Л.ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Кулян Олексій Вікторович

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Вимоги та структура психологічної підготовки клінічного
психолога для роботи в екстремальних умовах надання спеціальної
допомоги ПТС»**

Керівник:

Інжиєвська Леся Анатоліївна,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права
НУОЗ ім. П.Л. Шупика.

Рецензент:

Раєвська Яна Миколаївна,

доктор психологічних наук, професор,
директор Навчально-наукового інституту психології та соціальних наук,
завідувач кафедри психології Міжрегіональної Академії управління
персоналом

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

О. В. Кулян

(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ	
КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ.....	7
1.1. Історія та розвиток підходів до психологічної підготовки.....	7
1.2. Психоаналітичні концепції посттравматичного стресу.....	10
1.3. Когнітивно-біхевіоральні концепції психологічної підготовки.....	13
1.4. Сучасні концепції психологічної підготовки фахівців для роботи з	
ПТС.....	22
РОЗДІЛ 2. ВИМОГИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ	
КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА ДЛЯ РОБОТИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ	
УМОВАХ.....	26
2.1. Особливості посттравматичного стресового розладу та його наслідків...	26
2.2. Практичні навички психолога, що працює з ПТС.....	34
2.3. Структура психологічної підготовки клінічного психолога для роботи з	
ПТС в екстремальних умовах.....	48
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ	
ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ.....	63
3.1. Методика емпіричного дослідження ефективності підготовки клінічних	
психологів.....	63
3.2. Емпіричне дослідження взаємодії між психологом і пацієнтом у роботі з	
ПТСР в екстремальних умовах.....	69
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	93
Додатки.....	100

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні реалії висувають надзвичайно високі вимоги до професійної підготовки психологів, які працюють у надзвичайних або екстремальних умовах, зокрема під час надання спеціальної допомоги людям, що пережили психологічні травми, зумовлені війною чи іншими кризовими ситуаціями. Кардинальні зміни, які відбуваються в суспільстві, що тривалий час перебуває в умовах воєнного стану, супроводжуються підвищеним емоційним навантаженням, зростанням тривожності та численними негативними психоемоційними станами у населення.

У таких умовах психологи стикаються з необхідністю не лише ефективно реагувати на кризові ситуації, а й забезпечувати власну емоційну стійкість та здатність працювати у високостресових обставинах. Питання структури та змісту психологічної підготовки спеціалістів до такої роботи набуває особливої актуальності, оскільки саме якісна підготовка дозволяє забезпечити результативність допомоги та зменшити професійне вигорання фахівців.

Проблема підготовки психологів до роботи в екстремальних умовах розглядається в наукових дослідженнях як вітчизняних, так і зарубіжних авторів. Наприклад, Bessel A. van der Kolk — один із найбільших авторитетів у галузі вивчення впливу травми на психіку і тіло людини. У своїй книзі *"The Body Keeps the Score"* він розглядає, як травматичні події можуть змінювати мозок і тіло людини, а також роль різних терапевтичних методів, таких як йога та нейропсихологічні техніки, в лікуванні ПТСР. Чи Judith L. Herman, котра є одним із основоположників сучасного розуміння ПТСР, особливо в контексті політичних терорів і насильства. Її книга *"Trauma and Recovery"* залишається ключовою працею у галузі вивчення посттравматичних розладів.

Вона ввела концепцію "відновлення після травми" і підкреслила важливість соціальної підтримки для пацієнтів, які пережили травми. Також Richard J. McNally є одним із провідних вчених у дослідженні когнітивних аспектів ПТСР. Його книга *"Remembering Trauma"* зосереджується на процесах пам'яті та їхньому зв'язку з розвитком посттравматичного стресового розладу. Він також активно досліджує ефективність різних терапевтичних методів, особливо в контексті когнітивно-поведінкової терапії, та працює над подоланням спірних аспектів діагностики ПТСР. Однак багато аспектів, зокрема методи підвищення стресостійкості, структурування спеціальних програм підготовки та впровадження ефективних технологій надання допомоги, залишаються недостатньо розробленими. Це визначає актуальність вибору теми дослідження "Вимоги та структура психологічної підготовки психолога для роботи в екстремальних умовах надання спеціальної допомоги".

Мета дослідження – визначити вимоги до психологічної підготовки та дослідити моделі підготовки психологів для роботи в екстремальних умовах.

Для досягнення поставленої мети потрібно виконати такі завдання :

1. Здійснити аналіз сучасного стану теоретичних та практичних підходів до підготовки психологів для роботи в кризових ситуаціях.
2. Визначити основні чинники, які впливають на професійну ефективність психолога у високостресових умовах.
3. Запропонувати практичні рекомендації щодо впровадження підготовчих програм для фахівців.

Об'єктом дослідження є психологічна підготовка фахівців до роботи в екстремальних умовах.

Предмет дослідження - структура, зміст та особливості психологічної підготовки психологів для надання спеціальної допомоги в умовах високого стресу та кризових ситуацій.

При виконанні роботи застосовано як теоретичні, так і емпіричні методи дослідження: аналіз і синтез наукової літератури з психології кризових станів, моделювання структурних компонентів підготовки психологів для роботи в екстремальних умовах; анкетування та опитування фахівців-практиків, які працюють у сфері кризової допомоги; проведення експертного оцінювання запропонованої моделі підготовки. Для обробки матеріалів дослідження застосовані математико-статистичні: методи описової статистики, кореляційний аналіз для оцінки зв'язків між рівнем підготовки фахівців та їхньою ефективністю в умовах кризового втручання.

Діагностичні засоби, використані для розв'язання поставлених завдань, склалися з таких інструментів: Working Alliance Inventory (WAI) для оцінки якості терапевтичного альянсу; Шкала виразності симптомів ПТСР (PCL-5) для вимірювання тяжкості симптомів; Шкала рівня соціальної підтримки (MSPSS) для вимірювання значення впливу оточення.

Організація і база дослідження. Базою дослідження виступав центр надання психологічної допомоги. У дослідженні взяли участь 25 респондентів та дві групи психологів з різним досвідом роботи.

Теоретична значущість роботи полягає у поглибленні наукових уявлень про вимоги до професійної підготовки психологів для роботи у високостресових умовах, зокрема через аналіз взаємозв'язку між стресостійкістю, професійними компетенціями та результативністю надання допомоги. З практичної точки зору результати дослідження можуть бути використані для розробки навчальних і тренінгових програм, спрямованих на підготовку психологів до роботи в екстремальних умовах. Запропоновані рекомендації допоможуть практичним психологам адаптувати свої методи роботи до сучасних викликів, забезпечуючи якісну допомогу людям, які перебувають у кризових станах, а також сприятимуть профілактиці професійного вигорання серед фахівців.

Ця робота може стати корисною для науковців, що досліджують проблеми професійної підготовки, а також для практичних психологів, які працюють у сфері кризового втручання.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

1.1. Історія та розвиток підходів до психологічної підготовки

Розвиток підходів до психологічної підготовки фахівців для роботи в екстремальних умовах пройшов кілька етапів. Від початкових підходів у військовій психології, які використовувались для підтримки адаптації військових до бойових умов і зниження психологічного стресу [2, 11], до сучасних комплексних інтегративних моделей, що поєднують різноманітні психологічні теорії та методи практичної підготовки [9, 14, 28].

Сучасні підходи до підготовки клінічних психологів для роботи в умовах надзвичайних ситуацій ґрунтуються на розвитку багаторівневої стійкості та адаптивності. Ці методи включають кризові інтервенції та техніки емоційної саморегуляції, що підтверджено дослідженнями щодо ефективності таких втручань [4, 67]. Крім того, у підготовці фахівців для роботи з постраждалими від посттравматичного стресового розладу (ПТС) активно використовуються технологічні інновації, зокрема, віртуальна реальність для симуляції екстремальних умов, що дозволяє моделювати середовище з високим рівнем стресу та відпрацьовувати необхідні навички без загрози для учасників [63].

У результаті такі комплексні підходи, що включають навчання методам кризового консультування та використання новітніх технологій, дозволяють забезпечити ефективну підготовку фахівців для надання спеціалізованої допомоги постраждалим від ПТС у найскладніших умовах [38].

Розвиток психологічної підготовки до роботи в екстремальних умовах почався з військової психології на початку ХХ століття. Під час Першої та Другої світових воєн науковці звернули увагу на проблеми психологічної

адаптації військовослужбовців до стресу та ризиків бойових дій. Бойовий стресовий розлад, або «військовий невроз», як тоді називали ці стани, значною мірою вплинув на початкові дослідження. Військові психологи розробляли методи для підвищення емоційної стійкості, відновлення психічного балансу і профілактики тривожних розладів у солдатів, щоб зберегти боєздатність [42, 74]. Згодом це призвело до створення програм, спрямованих на швидке відновлення емоційної рівноваги та стійкості, що пізніше стали основою кризової психології та роботи з посттравматичним стресом.

З 1960-х років психологи почали приділяти більше уваги кризовій та екстремальній психології, яка сформувалася як відповідь на нові виклики, що виникали у зв'язку зі зростанням кількості аварій, катастроф та інших небезпечних ситуацій. Кризова психологія розробляла підходи для надання екстреної підтримки як постраждалим, так і самим фахівцям, які працювали у надзвичайних умовах. Дослідження в цій галузі зосереджувалися на розробці кризових інтервенцій та психологічної першої допомоги, щоб мінімізувати емоційні наслідки стресу для всіх учасників подій [13, 26]. Важливим кроком стало створення методики *Critical Incident Stress Management (CISM)*, яка передбачає низку заходів для підготовки фахівців до роботи в екстремальних умовах і надання допомоги тим, хто зазнав критичних стресових подій.

Завдяки таким дослідженням розширилися можливості для підготовки спеціалістів, включаючи роботу з екстреними службами, службами порятунку та іншими професіями, що стикаються з небезпечними умовами. Психологічна підтримка кризової ситуації почала вважатися необхідною складовою роботи з людьми в критичних умовах, а навички кризової інтервенції стали основою для підготовки сучасних клінічних психологів.

З 1980-1990-х років дослідження у сфері психологічної підготовки фахівців для роботи в екстремальних умовах розширюються завдяки

інтердисциплінарним підходам. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) стала одним із провідних підходів у цій галузі, оскільки продемонструвала ефективність у подоланні ПТС і підвищенні психологічної стійкості. Наприклад, *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)* показала високу ефективність у роботі з пацієнтами з посттравматичним розладом, що сприяло її застосуванню також і в кризовій психології [4, 57, 65].

З часом програми підготовки почали включати методи розвитку емоційної саморегуляції, що є критично важливими для роботи в умовах високого ризику та напруження. Психологічні тренінги з розвитку стійкості сприяють формуванню навичок швидкого відновлення емоційного стану і здатності до адаптації. Такі програми зараз застосовуються для підготовки працівників екстрених служб, що підтверджується дослідженнями, які показують ефективність тренінгів у зниженні рівня стресу та підвищенні продуктивності в кризових ситуаціях [1, 59].

На сучасному етапі розвитку психологічної підготовки значну роль відіграють технологічні інновації. Технології віртуальної реальності (VR) використовуються для моделювання критичних ситуацій, що дозволяє фахівцям без ризику для життя і здоров'я тренуватися у відповідних умовах. Наприклад, VR-тренінги для служб екстреної допомоги, які імітують реальні сценарії катастроф, допомагають у відпрацюванні емоційної стійкості, реакцій на стрес та швидкому прийнятті рішень у критичних умовах [38].

Також в умовах глобалізації та розвитку дистанційних засобів комунікації зросла доступність психологічної допомоги. Використання інтернет-технологій дозволяє клінічним психологам надавати підтримку навіть у віддалених регіонах. Інноваційні платформи для дистанційної терапії дозволяють фахівцям працювати з постраждалими, забезпечуючи швидку підтримку у кризових ситуаціях і знижуючи ризик розвитку тривалих психологічних наслідків [7, 34].

1.2. Психоаналітичні концепції посттравматичного стресу

Перші спроби пояснити та лікувати посттравматичний стресовий розлад з'явилися під час і після Другої світової війни: дослідники та практикуючі лікарі почали активно вивчати наслідки травматичних переживань, які зазнали солдати, і їхній вплив на психічне здоров'я. Перше розуміння посттравматичного стресу базувалося на медичних і психоаналітичних підходах.

Раннє розуміння ПТС базувалося переважно на медичних підходах, які розглядали цей стан як медичний діагноз, що потребує фармакологічного лікування. Проте в той же час з'явилася психоаналітична концепція, що вважала ПТС результатом підсвідомих конфліктів та внутрішніх переживань, які були викликані травматичним досвідом. Психоаналітики, такі як Фрейд і його послідовники, пояснювали ПТС як конфлікт між свідомим і несвідомим, що призводить до інтрапсихічної напруги [22, 48]. Ці дві концепції стали основою для подальших досліджень ПТС, адже вони виявили два ключових аспекти: фізіологічну реакцію на стрес та глибокий вплив на психіку людини. Хоча обидва підходи мали свої обмеження, вони допомогли привернути увагу до проблеми посттравматичного стресу та започаткувати розвиток більш ефективних моделей психологічної допомоги.

У 1940-1960-х роках медична концепція розглядала посттравматичний стрес (ПТС) як стан, викликаний фізіологічними змінами внаслідок пережитого сильного стресу. Військові лікарі, які спостерігали за солдатами під час Другої світової війни, описували симптоми ПТС як «бойову втому» або «шок» — явища, які, за їхніми уявленнями, мали фізичну природу і могли лікуватися переважно медичними засобами. Вважалося, що сильний стрес надмірно навантажує нервову систему, порушує її функції та викликає

серйозні розлади, зокрема тривожність, підвищену збудливість, безсоння та перепади настрою [4, 18, 63].

Основні підходи до лікування згідно з медичною концепцією включали:

1. *Фармакотерапію*: Застосування седативних засобів та транквілізаторів для зниження рівня тривожності, збудження та забезпечення повноцінного сну. Лікарі сподівалися, що фармакологічні препарати допоможуть стабілізувати психоемоційний стан пацієнтів і полегшити їхні фізичні симптоми, пов'язані зі стресом.
2. *Фізичний відпочинок і реабілітацію*: Солдатам і постраждалим від травматичних подій рекомендували фізичний відпочинок як спосіб відновлення. Лікарі вважали, що тривалий спокій дозволить нервовій системі «перезавантажитися» і повернутися до нормального функціонування, особливо коли нервова система перенапружена через стрес.
3. *Соматичний підхід*: ПТС трактували як медичну проблему, яку можна подолати за допомогою контролю фізіологічних симптомів. Це був переважно фізіологічний підхід, який майже не враховував психологічні аспекти та внутрішні переживання пацієнта.

Медична концепція була важливим кроком у дослідженні ПТС, адже вона першою визнала існування фізіологічної реакції на стрес та спробувала розробити підходи для її подолання. Однак, оскільки медична концепція не враховувала психологічні фактори травми, вона виявилася недостатньою для комплексного лікування ПТС, що призвело до появи інших моделей, які інтегрують і психічний, і фізіологічний аспекти розладу.

Психоаналітична концепція посттравматичного стресу, що розвивалася в 1940–1960-х роках, розглядала ПТС через призму психодинаміки і базувалася на теоріях Зигмунда Фрейда. Вона трактувала ПТС як реакцію на несвідомі конфлікти, які активізуються в результаті травматичних переживань. Фрейд та його послідовники вважали, що травматичні події

залишають у психіці «сліди», які можуть впливати на поведінку та емоційний стан, навіть якщо самі події залишаються невідомими або витісненими в підсвідоме [22, 48, 72].

Хоча пізніші підходи, такі як когнітивно-поведінкові терапії, значно розширили й модифікували розуміння ПТС, психоаналітичний підхід залишив значний вплив і зараз є основою для психодинамічних методів роботи з посттравматичними розладами [48, 53].

Основні принципи психоаналітичної концепції ПТС включають:

1. *Механізми захисту та витіснення:* Психоаналітична концепція припускає, що психіка витісняє травматичні спогади та переживання в несвідоме як захисну реакцію. Це відбувається тому, що свідомість не може повністю інтегрувати чи усвідомити травматичний досвід, особливо якщо він загрожує емоційній рівновазі. Витіснені спогади, проте, продовжують впливати на особистість через такі симптоми, як тривога, нічні кошмари, флешбеки та емоційна відчуженість.
2. *Травма як порушення внутрішньої рівноваги:* Психоаналітики вважали, що травма порушує баланс між несвідомими бажаннями, конфліктами та свідомим сприйняттям реальності. Це порушення балансу може призвести до хронічного стресу, відчуття безпорадності та внутрішнього хаосу, оскільки психіка не може інтегрувати досвід травми та продовжує переживати конфлікт між реальністю і несвідомим.
3. *Роль терапії у вербалізації та опрацюванні травматичних переживань:* Психоаналітична терапія, що виникла з цієї концепції, ставила за мету допомогти пацієнтам усвідомити й опрацювати витіснені спогади та емоції. Психоаналітичні сеанси включали вільні асоціації, аналіз снів і глибокі бесіди, під час яких пацієнти могли звернутися до витіснених спогадів і поступово опрацювати травматичний досвід. Лікування ПТС, таким чином, полягало у

вербалізації та інтеграції травматичних подій у свідомий досвід, що дозволяло знизити емоційний тиск і інтрапсихічну напругу.

4. *Розуміння ПТС як хронічного стану*: На думку психоаналітиків, без належної обробки травматичні спогади можуть залишатися актуальними і тривожити людину протягом усього життя. Це розуміння підкреслювало важливість терапевтичної роботи з несвідомими конфліктами для досягнення тривалого зцілення і стабілізації стану.

1.3. Когнітивно-біхевіоральні концепції психологічної підготовки

У 1970-х роках вивчення ПТС перейшло від медичних моделей до *біхевіоральних та когнітивних підходів*. Біхевіоральна концепція фокусувалася на тому, що ПТС є реакцією на умовні рефлексі, сформовані під час травматичної події. Вона базувалася на ідеї, що стрес і тривога стають автоматичними відповідями на зовнішні подразники, які нагадують про травму. У 1980-х роках ця концепція розвинулась у когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка стверджує, що ПТС виникає через негативні переконання та думки, які пов'язані з травмою і підсилюють симптоми [6, 15]. КПТ є дуже ефективною для роботи з ПТС, оскільки допомагає людині змінити деструктивні патерни мислення та розвивати нові навички подолання стресу.

Біхевіоральна концепція посттравматичного стресу (ПТС) виникла у 1970-х роках як реакція на потребу в емпірично обґрунтованих методах лікування травматичного досвіду. Цей підхід базується на ідеї, що ПТС є результатом умовлених рефлексів, сформованих у відповідь на травматичні події, і що цей стан можна коригувати за допомогою зміни поведінки. Основоположники біхевіорального підходу, такі як Джон Ватсон і Б. Ф. Скіннер, зосереджувалися на тому, як реакції на травматичні події

формуються і зберігаються на основі стимулів і підкріплень, що можуть викликати страх і стрес навіть після завершення травматичної ситуації [15, 26].

Біхевіоральна концепція посттравматичного стресу спрямована на те, щоб навчити пацієнта контролювати свої реакції на травматичні спогади й тригери, поступово змінюючи автоматичні патерни поведінки та емоційні реакції. Цей підхід має високий рівень емпіричного обґрунтування і широко застосовується для роботи з ПТС завдяки своїй структурованій та практичній природі.

Основні принципи біхевіоральної концепції ПТС:

1. *Формування умовлених страхів*: Біхевіоральна концепція розглядає ПТС як наслідок умовлених реакцій, що виникають у відповідь на травматичний досвід. Наприклад, якщо людина пережила травму в певній ситуації, пізніші подібні обставини можуть викликати страх і тривогу навіть без реальної загрози. Цей процес пояснюється теорією класичного обумовлення, згідно з якою нейтральний стимул (наприклад, звук, запах, або місце) може стати тригером, асоційованим із травмою.
2. *Підкріплення і уникнення*: Одним із ключових механізмів ПТС, згідно з біхевіоральним підходом, є поведінка уникнення, яка виникає як реакція на травму. Коли людина уникає ситуацій, що нагадують про травму, це уникнення зменшує її тривогу в короткостроковій перспективі, але підкріплює страх у довгостроковій. Наприклад, уникнення людних місць після пережитого нападу може дати тимчасове полегшення, але водночас посилює страх, пов'язаний із подібними ситуаціями.
3. *Десенсибілізація та експозиційна терапія*: Однією з основних біхевіоральних технік лікування ПТС є експозиційна терапія, яка включає поступове «зустрічання» з тригерами травматичного досвіду в

контрольованих умовах. Пацієнт під час терапії вчиться стикатися зі своїми страхами без уникнення, що знижує тривогу і формує нові, позитивніші асоціації. Також ефективним методом є десенсибілізація за допомогою зниження чутливості до травматичних стимулів.

4. *Роль позитивного підкріплення:* Біхевіоральна концепція передбачає використання позитивного підкріплення для закріплення нових, адаптивних моделей поведінки. Це може бути, наприклад, винагорода за поступове подолання уникання або за звернення до допомоги. Завдяки цьому пацієнт навчається нових реакцій, які не асоціюються з тривогою або страхом.

5. *Когнітивно-біхевіоральний розвиток:* біхевіоральна концепція після інтеграції з когнітивними методами перетворилася на когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), згідно якої акцент переноситься на роботу з негативними думками та переконаннями, що є наслідком травми. КПТ поєднує когнітивні й поведінкові методи, допомагаючи пацієнтам не лише змінити свої реакції, але й працювати над деструктивними переконаннями, які впливають на їхнє сприйняття травми.

Когнітивно-поведінкова концепція (КПК) посттравматичного стресу (ПТС) розвивалася у 1980-х роках як результат інтеграції біхевіорального та когнітивного підходів до розуміння і лікування ПТС. На відміну від суто біхевіорального підходу, КПК зосереджується не тільки на видимих поведінкових реакціях, а й на впливі думок і переконань людини на її емоційний стан та поведінку після пережитої травми. Цей підхід вважає, що ПТС виникає внаслідок спотворених або негативних когніцій (думок) і способів інтерпретації травматичної події, що формують дисфункціональні поведінкові реакції і сильну емоційну відповідь на тригери [3, 17, 65].

Когнітивно-поведінкова концепція посттравматичного стресу поєднує роботу з негативними думками та поведінковими реакціями, що дозволяє комплексно підходити до подолання симптомів ПТС. Вона вважається одним

із найефективніших підходів для лікування ПТС, оскільки дозволяє не тільки змінити поведінку, але й трансформувати негативні установки, спрямовані на травматичний досвід, що веде до тривалого покращення психологічного стану [9, 14, 17].

Основні елементи когнітивно-поведінкової концепції ПТС:

1. *Негативні когніції та інтерпретації травматичного досвіду:* КПК стверджує, що ПТС часто розвивається через те, що людина інтерпретує травматичний досвід як особисту небезпеку або доказ власної вразливості й безпомічності. Наприклад, після аварії людина може почати вірити, що світ небезпечний, або що вона ніколи не зможе контролювати ситуацію. Такі переконання часто поглиблюють відчуття тривоги та страху і заважають ефективному подоланню стресу.
2. *Автоматичні негативні думки та когнітивні викривлення:* КПК звертає увагу на автоматичні думки, які виникають у відповідь на тригери, що нагадують про травму. Наприклад, людина може думати: «Я більше не можу себе захистити» або «Мене знову щось спіткає». Ці думки є неусвідомленими когнітивними викривленнями, такими як катастрофізація, генералізація та персоналізація, які лише підсилюють тривогу і дискомфорт.
3. *Експозиційна терапія:* КПК застосовує принцип експозиції для зменшення емоційної реакції на тригери. У контрольованому середовищі пацієнт поступово стикається з ситуаціями або спогадами, що викликають тривогу, щоб навчитися керувати своєю реакцією на них. Це допомагає знизити силу страху і дозволяє змінити негативні асоціації, пов'язані з травматичним досвідом.
4. *Когнітивна реструктуризація:* Одним з основних методів КПК є когнітивна реструктуризація, спрямована на зміну дисфункціональних переконань і викривлених думок про травму та її наслідки. У процесі терапії пацієнт навчається ідентифікувати і ставити під сумнів

негативні когніції, замінюючи їх на більш реалістичні й адаптивні. Наприклад, замість думки «Мене завжди спіткає небезпека» людина може сформулювати переконання «Я можу вжити заходів для власного захисту».

5. *Самообслуговування та навички стресостійкості:* КПК також включає навчання практичним навичкам подолання стресу та самоконтролю. Це можуть бути техніки релаксації, майндфулнес, управління диханням, що допомагає знизити рівень стресу і підтримує психоемоційний баланс. Такі навички дозволяють пацієнту краще справлятися з тривогою та покращують його здатність до саморегуляції.
6. *Формування нових поведінкових моделей:* Завдяки когнітивно-поведінковим методам людина вчиться нових, більш адаптивних моделей поведінки, які дозволяють уникати уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою. Наприклад, замість того, щоб уникати людних місць, пацієнт може вчитися відвідувати їх поступово, знижуючи страх і тривогу.

В 1990-х роках підхід до роботи з ПТС продовжував розвиватися і трансформувався у травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію (TF-SBT). Ця концепція, розроблена Кохеном і співавторами, ставила в центр уваги пряме опрацювання травматичних спогадів і зміну переконань, пов'язаних із травмою, для зниження стресу [8, 35, 46]. TF-SBT була розроблена спеціально для роботи з дітьми та підлітками, але її принципи згодом стали застосовуватися і для роботи з дорослими. Цей підхід є структурованим і включає когнітивну реструктуризацію, релаксацію, екстерналізацію стресових реакцій та навчання адаптивним технікам.

Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-SBT) — це підхід, що об'єднує класичні когнітивно-поведінкові методи із спеціальними техніками для роботи з травмою, і застосовується для лікування ПТС, тривоги та депресії, пов'язаних із травматичними подіями, і спрямований на

допомогу людям у переробці травматичного досвіду, зменшенні симптомів і покращенні загального емоційного добробуту [5, 26].

TF-CBT є однією з найефективніших і науково обґрунтованих моделей роботи з ПТС, що дозволяє пацієнтам не лише подолати наслідки травми, але й розвинути емоційну стійкість і навички подолання стресу [12, 31]. Завдяки структурованості та інтеграції когнітивних, поведінкових і експозиційних методів, TF-CBT допомагає глибоко пропрацювати травматичний досвід і полегшує адаптацію пацієнтів після пережитої травми.

Основні компоненти травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT) [7, 31, 69]:

1. *Психоосвіта та підготовка до терапії*: передбачає ознайомлення пацієнта та його родичів (у разі роботи з дітьми та підлітками) із природою посттравматичного стресу, його симптомами та реакціями організму на травму, що має зменшити страх перед симптомами та сформувати розуміння нормальності своїх реакцій на ненормальні події.
2. *Навчання навичкам регуляції емоцій і поведінки*: TF-CBT включає навчання технікам самоконтролю та релаксації, які допомагають знизити рівень тривоги та контролювати емоційні реакції. Це можуть бути дихальні вправи, техніки релаксації та навички когнітивної саморегуляції. Пацієнти вчаться розпізнавати та коригувати автоматичні негативні думки, пов'язані з травмою.
3. *Поступова експозиція до травматичних спогадів*: Експозиція є центральним компонентом TF-CBT, оскільки вона допомагає пацієнту поступово стикатися з травматичними спогадами в контрольованих умовах. Під час експозиції пацієнт описує свій травматичний досвід або візуалізує його, що дозволяє знизити інтенсивність емоційної реакції. Завдяки поступовій експозиції пацієнти стають менш чутливими до тригерів і зменшують відчуття страху та тривоги.

4. *Когнітивна реструктуризація травматичних переконань*: Після опрацювання травматичних спогадів TF-CBT зосереджується на зміні дисфункціональних переконань, що виникли як результат травматичного досвіду. Наприклад, пацієнт може вважати себе винним у події або вірити, що всі люди є небезпечними. Через техніку когнітивної реструктуризації пацієнт навчається критично переосмислювати ці думки, що сприяє зниженню відчуття провини та формуванню реалістичних установок.
5. *Формування нових навичок подолання стресу*: TF-CBT допомагає пацієнту розвивати позитивні навички подолання, які можуть замінити деструктивні патерни поведінки. Сюди належать адаптивні методи подолання стресу, такі як пошук соціальної підтримки, самодопомога та відновлення контролю над власним життям.
6. *Завершення терапії та підведення підсумків*: На завершальному етапі терапії пацієнт разом із терапевтом підсумовує навички та стратегії, які були розроблені під час TF-CBT, а також складає план подальшого самоконтролю та уникнення рецидивів. Це допомагає закріпити отримані навички та підвищити стійкість до можливих труднощів у майбутньому.
7. *Залучення сімей та підтримка родини*: Особливо в роботі з дітьми та підлітками, TF-CBT включає залучення родичів до процесу терапії. Це допомагає створити підтримуюче середовище, яке сприяє емоційному зціленню і забезпечує стабільність поза терапевтичним процесом.

TF-CBT є однією з найефективніших і науково обґрунтованих моделей роботи з ПТС, що дозволяє пацієнтам не лише подолати наслідки травми, але й розвинути емоційну стійкість і навички подолання стресу [12, 18, 20]. Завдяки структурованості та інтеграції когнітивних, поведінкових і експозиційних методів, TF-CBT допомагає глибоко пропрацювати травматичний досвід і полегшує адаптацію пацієнтів.

На початку 2000-х років зростає популярність концепції стрес-менеджменту, яка включає техніки адаптивної саморегуляції. Цей підхід зосереджується на тому, що фахівці мають навчатися саморегуляції для кращого контролю емоцій, розвитку стійкості до стресу та зниження ризику розвитку ПТС. Дослідження показують, що розвиток стійкості допомагає не лише уникати довготривалих негативних наслідків травматичного досвіду, але й сприяє відновленню [19]. Саморегуляційні навички, зокрема техніки релаксації, дихальні вправи та техніки майндфулнес, стали важливою частиною підготовки фахівців, що працюють в екстремальних умовах.

Концепція стрес-менеджменту та адаптивної саморегуляції, яка набула популярності у 2000-х роках, є підходом до подолання посттравматичного стресу (ПТС) через навчання управління стресом і розвитку навичок саморегуляції. Цей підхід базується на інтеграції когнітивних, емоційних і фізичних методів зниження стресу та спрямований на те, щоб людина навчилася усвідомлювати і контролювати свої реакції на стресові фактори [10, 19]. Метою концепції є зміцнення психічної стійкості, зменшення рівня тривожності та навчання конструктивних стратегій подолання труднощів.

Концепція стрес-менеджменту та адаптивної саморегуляції робить акцент на навчанні навичок, які дозволяють людині ефективно управляти стресом і розвивати емоційну стійкість до труднощів. Цей підхід широко використовується як для профілактики, так і для подолання симптомів ПТС, оскільки він дозволяє не тільки знижувати рівень стресу, а й зміцнювати здатність до адаптації, підвищувати якість життя і розвивати нові ресурси для подолання майбутніх труднощів [10, 72].

Основні компоненти концепції стрес-менеджменту та адаптивної саморегуляції:

1. *Усвідомлення стресу і стресових реакцій*: Важливим елементом стрес-менеджменту є вміння розпізнавати стресові тригери і власні реакції на них. Людина вчиться усвідомлювати, як саме стрес впливає на її

фізичний стан, емоційний фон і поведінку. Це дозволяє зрозуміти особисті патерни стресових реакцій, що є першим кроком до їх контролю [19, 73].

2. *Техніки релаксації та зниження стресу*: До таких технік належать прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи, медитація та майндфулнес. Наприклад, майндфулнес допомагає зосередитися на поточному моменті та розвиває навички неупередженого спостереження за своїми думками та емоціями, що сприяє зниженню тривожності і посиленню самоконтролю [68, 73].
3. *Когнітивна реструктуризація для управління емоціями*: Концепція адаптивної саморегуляції включає когнітивні методи, що допомагають змінювати негативні думки й переконання, пов'язані зі стресом. Пацієнт вчиться розпізнавати і коригувати спотворені мисленнєві процеси, такі як катастрофізація чи генералізація, замінюючи їх на більш реалістичні та конструктивні думки [12, 18, 53].
4. *Розвиток навичок адаптивного подолання (копінг-стратегій)*: Сюди належать навички ефективного вирішення проблем, емоційної підтримки та самодопомоги, які спрямовані на зниження емоційної напруги і сприяють стабільності. Наприклад, у стресових ситуаціях замість уникнення пацієнт може вивчати активні методи, як-от планування дій або пошук підтримки в близьких [12].
5. *Фізична активність та управління тілесними реакціями на стрес*: Дослідження показують, що фізична активність, як-от йога, біг або танці, ефективно допомагає знизити рівень гормонів стресу, таких як кортизол, і підтримує організм у тонусі, що сприяє підвищенню стресостійкості та зміцненню адаптивних навичок [18].
6. *Навички планування і тайм-менеджменту*: Планування та пріоритизація завдань допомагають людині зменшити вплив стресових ситуацій і запобігти емоційному вигорянню. Управління часом сприяє

зниженню навантаження, покращує самооцінку і дозволяє більш ефективно справлятися з щоденними завданнями [10, 64].

7. *Формування стресостійкості:* Цей компонент полягає в розвитку психічної стійкості і навичок швидкої адаптації до стресових факторів. Людина вчиться сприймати стрес не як загрозу, а як виклик, з яким вона може успішно впоратися. Це допомагає зменшити вплив травматичних ситуацій на психічне здоров'я та забезпечує більш швидке відновлення після стресових подій [12, 50, 73].

1.4. Сучасні концепції психологічної підготовки фахівців для роботи з ПТС

Сучасні концепції психологічної підготовки фахівців для роботи з ПТС стали інтердисциплінарними та інтегративними. Вони поєднують елементи когнітивно-поведінкової терапії, стрес-менеджменту, майндфулнес та технологій віртуальної реальності. Наприклад, методи експозиційної терапії в комбінації з віртуальною реальністю дозволяють фахівцям відтворювати умови, що нагадують травматичний досвід, у безпечному середовищі для поступового опрацювання страху [21, 34]. Крім того, комплексні моделі для роботи з ПТС зараз активно використовують елементи позитивної психології, такі як розвиток навичок самопідтримки, емоційної стійкості та післятравматичного зростання, що допомагає пацієнтам не лише долати травму, але й досягати нового рівня особистісного розвитку [5, 42, 75].

Інтегративні підходи та комплексні моделі, які активно розвиваються з 2010-х років, відображають прагнення поєднати різні психологічні методики та теоретичні концепції для надання всебічної допомоги людям з посттравматичним стресовим розладом (ПТС) та іншими стресовими розладами. Ці моделі об'єднують когнітивно-поведінкові, емоційно-

фокусовані, тілесно-орієнтовані підходи і технології майндфулнес, враховуючи індивідуальні особливості, цінності та потреби пацієнтів. Сучасний підхід до психологічної підготовки та роботи з ПТС у межах інтегративних моделей робить акцент на багатовимірному підході до травми та розвитку комплексної стресостійкості [11, 42, 64].

Інтегративні підходи та комплексні моделі стають усе більш затребуваними завдяки своїй ефективності у лікуванні посттравматичного стресу, оскільки вони враховують широкий спектр індивідуальних потреб і можливостей пацієнтів. Такий підхід дозволяє працювати з усіма аспектами особистості, включаючи фізичний, емоційний та соціальний рівні, що забезпечує більш стійкі результати та покращує якість життя пацієнтів після травми [11, 18].

Основні компоненти інтегративних підходів та комплексних моделей:

1. *Біопсихосоціальна модель*: Біопсихосоціальна модель є однією з ключових інтегративних парадигм, що враховує не тільки психологічні, а й біологічні та соціальні фактори травматизації. Вона спрямована на дослідження взаємодії між фізичними симптомами, емоційним станом і соціальним середовищем пацієнта, що дозволяє краще розуміти весь контекст посттравматичних реакцій і підбирати найбільш ефективні методи допомоги [42, 56].
2. *Модель комплексної травматизації*: Цей підхід зосереджується на роботі з пацієнтами, які зазнали повторюваних або тривалих травматичних подій (наприклад, у випадках хронічного насильства або участі в бойових діях). Комплексна травматизація потребує більш тривалої терапії, що охоплює когнітивно-поведінкові техніки, роботу з тілесними симптомами та навички емоційного самоконтролю. Завдяки цьому пацієнти отримують інструменти для поступового відновлення від наслідків травми і розвитку стабільної стресостійкості [56, 77].

3. *Інтеграція майндфулнес та тілесно-орієнтованих технік:* Майндфулнес (усвідомленість) і тілесно-орієнтовані техніки, такі як йога та дихальні практики, допомагають пацієнтам краще усвідомлювати і контролювати тілесні реакції на стрес. У поєднанні з когнітивно-поведінковими методами ці техніки підвищують здатність пацієнтів регулювати емоції та знижувати рівень тривожності. Застосування майндфулнес у роботі з травмою сприяє формуванню безпечного способу обробки негативного досвіду і покращує загальне психічне здоров'я [5, 33].
4. *Екзистенційна та наративна терапія:* Інтеграція елементів екзистенційної та наративної терапії дозволяє пацієнтам переосмислити свій життєвий досвід і знайти сенс у пережитому. Це особливо корисно для тих, хто страждає на ПТС після глибоких особистих втрат. Завдяки наративній терапії пацієнти розглядають травматичний досвід як частину особистої історії, що допомагає відновити почуття контролю та розвинути позитивне ставлення до майбутнього [9, 48, 77].
5. *Мультидисциплінарні програми допомоги:* Комплексні моделі часто включають мультидисциплінарну команду спеціалістів — психологів, психіатрів, соціальних працівників та іноді навіть лікарів фізіотерапії. Це забезпечує різнобічний підхід до потреб пацієнта, охоплюючи як психологічний, так і фізіологічний аспекти одужання від травми. Така інтеграція дозволяє створювати індивідуалізовані програми допомоги, які враховують фізичні й емоційні потреби пацієнтів [33, 77].
6. *Фокус на ресурсах та стресостійкості:* У рамках інтегративних підходів важливу роль відіграє розвиток особистих ресурсів та навичок стресостійкості. Наприклад, завдяки вправам на самосвідомість і самоконтроль пацієнти вчаться ідентифікувати свої сильні сторони, що дозволяє зміцнити їхню здатність справлятися з майбутніми викликами. Цей фокус також передбачає навчання навичкам адаптивного

подолання, які допомагають ефективно справлятися зі стресом у повсякденному житті [42, 56].

7. *Використання цифрових технологій:* У сучасних інтегративних підходах застосовують інноваційні технології, такі як онлайн-терапія, додатки для саморегуляції та віртуальна реальність для роботи з травмою. Ці інструменти допомагають знижувати тривогу та покращують доступ до терапії, особливо для людей, які перебувають у віддалених регіонах або не можуть відвідувати особисті сеанси [5, 42, 77].

Висновок до розділу 1.

Еволюція концепцій психологічної підготовки для роботи з ПТС демонструє поступовий перехід від медичних і психоаналітичних підходів до інтегративних методик, орієнтованих на розвиток стійкості, саморегуляції та післятравматичного зростання. Сучасні методи включають використання технологій, таких як віртуальна реальність, та інтердисциплінарний підхід, що дозволяє глибше зрозуміти потреби постраждалих від ПТС і надавати якісну спеціалізовану допомогу в умовах підвищеного стресу.

РОЗДІЛ 2

ВИМОГИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА ДЛЯ РОБОТИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

2.1 Особливості посттравматичного стресового розладу та його наслідків

Для ефективного лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) психолог має розуміти *його етіологію та патогенез*. ПТСР виникає як реакція на серйозні психотравмуючі події, пов'язані із загрозою життю, безпеці чи серйозними фізичними чи психологічними пошкодженнями. Це комплексний розлад, що включає біологічні, психологічні та соціальні фактори. Психолог має бути обізнаний з нейрофізіологічними змінами, які відбуваються в мозку під впливом травми, такими як гіперактивація симпатичної нервової системи, порушення роботи гіпокампу і мигдалини, що впливає на пам'ять та емоційну регуляцію. Крім того, змінюються нейромедіаторні системи, що значно посилює симптоми розладу, включаючи тривогу, флешбеки, депресивні стани.

Етіологія ПТСР фокусується на факторах, які підвищують ризик розвитку цього розладу. Травматичні події, такі як війна, насильство, природні катастрофи, можуть викликати ПТСР. Індивідуальні особливості, такі як наявність попередніх психічних розладів чи генетична схильність, а також соціальні фактори, такі як рівень підтримки від родини або соціальна ізоляція, можуть сприяти розвитку ПТСР. Травматичні події, зокрема, ситуації, що загрожують життю, чи події, пов'язані з насильством, є основними тригерами для розвитку ПТСР, і чим інтенсивніший досвід, тим вищий ризик виникнення розладу [16, 23, 47].

Патогенез ПТСР пояснює механізми розвитку симптомів і прогресування розладу. Психологічні та фізіологічні зміни, які відбуваються після травматичної події, є основою проявів ПТСР. Зокрема, нейрофізіологічні зміни включають надмірну активність мигдалини, зменшення об'єму гіпокампу, що порушує здатність обробляти пам'ять та емоції. Гормональні порушення, зокрема зміни рівнів кортизолу та адреналіну, також відіграють важливу роль у розвитку розладу. Психологічні механізми включають когнітивні спотворення, нав'язливі спогади і постійне переживання травматичного досвіду, що підтримує хронічний стрес.

Типи травматичних подій, які можуть призвести до ПТСР, варіюються від гострих, таких як аварії чи насильство, до хронічних ситуацій, таких як тривале перебування в умовах війни або домашнього насильства. Гострі травматичні події викликають інтенсивний шок і страх, що можуть перейти в ПТСР, якщо не отримати належної підтримки. Хронічні травматичні ситуації, як-от постійне насильство, катастрофи чи бойові дії, часто призводять до глибоких емоційних змін і розвитку вторинної травматизації, особливо у професіоналів, які стикаються з травмами інших, таких як психологи, рятувальники або соціальні працівники [16, 60].

Люди, що стають свідками травматичних подій, також можуть розвивати ПТСР. Це стосується тих, хто був свідком насильства або смертей, навіть не будучи безпосередніми жертвами. Вторинна травматизація особливо поширена серед тих, хто працює з жертвами травм, і може призводити до емоційного вигорання та симптомів, схожих на ПТСР.

Комплексна травма виникає, коли особа переживає кілька травматичних подій або поєднує гострі й хронічні травми. Це може включати досвід постійного насильства в дитинстві або повторюваного травмування в дорослому житті, що спричиняє глибокі зміни в емоційній регуляції і в міжособистісних стосунках.

Психологічна підготовка клінічного психолога для роботи з ПТСР вимагає розуміння цих складних механізмів і здатності застосовувати ефективні методи лікування, що включають як психотерапевтичні техніки, так і соціальну підтримку.

ПТСР є складним психічним станом, який розвивається після переживання травматичних подій, таких як війна, насильство, стихійні лиха чи катастрофи. Важливо розуміти психологічні механізми, що сприяють розвитку цього розладу, щоб ефективно лікувати та підтримувати осіб, які пережили травму. ПТСР включає численні когнітивні, емоційні та фізіологічні аспекти, що визначають, як людина реагує на травматичний досвід і як ці реакції можуть призвести до тривалих порушень [16, 50, 72].

Когнітивні механізми є ключовими у розвитку ПТСР, оскільки способи обробки та інтерпретації травматичних спогадів визначають, як людина переживає і реагує на стрес. Після травматичного досвіду спогади про подію можуть залишатися в свідомості, іноді стаючи настільки яскравими, що вони переживаються як реальність — це явище відоме як флешбеки. Порушення процесу переробки спогадів призводить до їх повторного виникнення у вигляді нав'язливих спогадів, що неможливо приглушити або контролювати. Одним з перших когнітивних механізмів є спроба організувати і переробити травматичний досвід. Однак, у разі ПТСР, травматичні спогади можуть залишатися незавершеними, що призводить до постійного переживання події, як постійної загрози для благополуччя.

Відсутність можливості змінити вплив травми на емоційний стан також є характерною рисою ПТСР. Спогади переживаються як постійна загроза, що викликає неконтрольовані емоційні реакції. Важливим аспектом когнітивних механізмів є те, як людина інтерпретує свій травматичний досвід. Після травми багато людей розвивають негативні переконання про себе та навколишній світ, такі як "Світ небезпечний" або "Я не вартий безпеки", що можуть мати глибокий вплив на їх емоційний стан.

Негативні когнітивні схеми можуть посилюватися через постійну переоцінку події, коли людина намагається знайти причини травми, що може призвести до почуття провини чи сорому. Такі переконання ускладнюють адаптацію після травми та сприяють розвитку ПТСР. Дисоціація, ще один когнітивний механізм, проявляється в тому, що людина відокремлюється від своїх травматичних спогадів або емоцій, що не дає їй змоги інтегрувати пережите в загальну картину світу.

Емоційні механізми також є важливими у розвитку ПТСР. Після травми емоційна реакція на подію може бути надмірною і неконтрольованою, що призводить до хронічного стресу, тривоги, депресії та інших симптомів. Початково природні емоції, як страх або гнів, можуть залишатися хронічними і посилюватися навіть після того, як загроза минула. Порушення переробки травматичного досвіду може привести до посилення емоційних переживань, що стимулюють вивільнення стресових гормонів і підтримують емоційну напругу.

Порушення в емоційній регуляції є ще одним важливим аспектом ПТСР. Люди з ПТСР мають труднощі в управлінні своїми емоціями, що може проявлятися в непередбачуваних емоційних вибухах або у надмірній відчуженості. Стратегії уникнення травмуючих ситуацій також можуть бути реакцією на емоційний біль, проте вони не сприяють процесу зцілення. Уникання або постійне занурення в спогади про травму не дозволяють інтегрувати пережите і повернутися до нормального функціонування [34, 36, 63].

У лікуванні ПТСР важливо зосередитись на корекції когнітивних і емоційних механізмів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зокрема, допомагає змінити негативні переконання, що виникли після травми, і полегшити обробку травматичних спогадів у безпечному середовищі. Техніки експозиції та когнітивної реконструкції ефективно знижують інтенсивність

флешбеків і допомагають пацієнтам адаптуватися до реальності, зменшуючи емоційну напругу і полегшуючи процес відновлення.

Отже, порушення в когнітивних та емоційних механізмах є важливими факторами розвитку ПТСР, і їх корекція є ключовим елементом терапії. Правильна підтримка і терапевтичні методи допомагають пацієнтам відновити контроль над своїми емоціями та вписати травматичний досвід у контекст їхнього життя.

Розвиток ПТСР включає низку механізмів, які взаємодіють, впливаючи на те, як людина реагує на травматичний досвід. Визначення цих механізмів важливе для ефективного лікування та підтримки постраждалих. Когнітивні та емоційні порушення є основними чинниками розвитку ПТСР, і тому терапевтичні методи спрямовані на їх корекцію.

Когнітивні механізми відіграють центральну роль у розвитку ПТСР, оскільки способи обробки і інтерпретації травматичних спогадів визначають, як особа переживає травму. Після травматичного досвіду спогади часто залишаються в свідомості, іноді переживаються як поточна реальність у вигляді флешбеків. Порушення когнітивного процесу переробки травми призводить до повторного виникнення травматичних спогадів, що є основною ознакою ПТСР. Травмовані люди можуть мати труднощі у переосмисленні подій, що призводить до формування негативних переконань, таких як «Світ небезпечний» чи «Я не вартий безпеки». Це значно впливає на емоційний стан, змінюючи сприйняття себе та світу навколо [16, 54].

Емоційні механізми є не менш важливими для розвитку ПТСР. Реакція на травму часто є надмірною і постійною, що призводить до хронічного стресу, тривоги, депресії та інших симптомів. У нормальних умовах емоційна реакція на травму зменшується з часом, але у разі ПТСР вона стає хронічною, що проявляється в інтенсивних емоційних спалахах навіть у відсутності реальної загрози. Такі порушення в емоційному реагуванні можуть

призводити до постійної напруги, тривоги, флешбеків і навіть агресії. Такі реакції знижують здатність адаптуватися до повсякденного життя.

Травматичний досвід також часто супроводжується розвитком депресії та тривожних розладів. Депресія може виникнути як наслідок травми, коли людина переживає безнадійність і втрату інтересу до звичних діяльностей. Тривожність, у свою чергу, часто проявляється у вигляді постійного відчуття небезпеки, панічних атак та гіперактивності нервової системи. Люди, що пережили травму, перебувають у стані постійної готовності до боротьби або втечі, що порушує їхнє повсякденне життя та соціальні функції [3, 21, 34].

ПТСР також має серйозний вплив на когнітивні функції. Тривалий стрес і наявність нав'язливих спогадів знижують здатність концентруватися, запам'ятовувати інформацію і приймати рішення. Це погіршує продуктивність у роботі, навчанні та взаємодії з іншими людьми. Багато хто відчуває зміни в мисленні, які можуть включати постійну переоцінку події і негативні думки про себе та оточення. В результаті може знижуватися самооцінка і виникати ізоляція.

У деяких випадках люди намагаються впоратися з емоційним болем через самолікування, зокрема через зловживання алкоголем або наркотиками. Це може призвести до розвитку залежності, що лише ускладнює ситуацію і додає нових бар'єрів на шляху до відновлення. Зловживання психоактивними речовинами тимчасово заглушає симптоми, але вони повертаються, що веде до посилення психічних порушень.

Соціальна сфера також страждає від травми. Люди з ПТСР часто мають труднощі у встановленні або підтримці міжособистісних стосунків, що призводить до ізоляції та самотності. Вони можуть уникати соціальних ситуацій або стосунків через страх перед відмовою або небезпекою. Ці зміни у поведінці можуть спричиняти конфлікти з близькими, що лише погіршує ситуацію.

ПТСР також впливає на фізичне здоров'я, викликаючи соматичні симптоми, такі як головний біль, шлункові розлади, м'язова напруга, втома та навіть серцево-судинні захворювання. Постійне вивільнення стресових гормонів у відповідь на травму тримає організм у стані стресу, що виснажує фізичні ресурси.

Травма також може змінити особистісний розвиток, спричиняючи відчуття провини, сорому або самозвинувачення, що є особливо вираженим при міжособистісному насильстві. Це веде до змін у системі цінностей, втрати життєвих орієнтирів і песимізму щодо майбутнього.

Рання діагностика та комплексна терапія є критичними для зменшення негативних наслідків травми. Лікування повинне бути спрямоване на корекцію емоційних і когнітивних порушень, полегшення симптомів і відновлення здатності адаптуватися до нових умов життя, знижуючи ризик розвитку хронічних розладів і покращуючи якість життя пацієнта.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) супроводжується змінами в функціонуванні центральної нервової системи, включаючи гіперактивацію амігдали, яка відповідає за реакції страху, і знижену активність префронтальної кори, що регулює емоції. Дослідження показують, що рівень гормонів стресу, таких як кортизол, тісно пов'язаний з розвитком ПТСР. Люди з порушенням регуляції цих гормонів більше схильні до розладу [39, 57].

Біологічні фактори мають ключове значення у розвитку ПТСР. Наявність специфічних нейробиологічних і гормональних змін після травматичної події значно впливає на стійкість до стресу та здатність до відновлення. Дослідження показують, що об'єм гіпокампу — структури мозку, що регулює пам'ять і емоційні спогади, зазвичай зменшується у людей з ПТСР, що порушує їх здатність інтегрувати травматичні спогади [21, 39, 48]. Крім того, мигдалина, яка відповідає за реакцію на страх, часто виявляється надмірно активною у людей з ПТСР, що веде до постійних відчуттів тривоги.

Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова (ГГН) вісь, що регулює вивільнення кортизолу, також зазнає змін у людей з ПТСР. У таких пацієнтів спостерігається знижений рівень кортизолу при гіперактивності ГГН осі. Це порушення може збільшити чутливість організму до стресорів і знизити здатність до відновлення після травми [23, 64, 78]. Ці зміни також впливають на імунну систему, підвищуючи схильність до фізичних захворювань, таких як хронічний біль або серцево-судинні хвороби.

Висока активність симпатичної частини вегетативної нервової системи також є характерною ознакою ПТСР. Реакція «бий або біжи» проявляється у підвищеній пітливості, частому серцебитті і чутливості до звуків, що призводить до постійної тривоги та гіперчутливості. Це ускладнює процес адаптації до звичайного життя. Дослідження показують, що порушення функціонування вегетативної нервової системи також призводять до порушень сну, що є поширеним симптомом у постраждалих від ПТСР [16, 31].

Баланс нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норадреналін, є критичним для регуляції настрою і емоційної стійкості. Порушення роботи серотонінової системи у людей з ПТСР знижує здатність регулювати тривожність, що збільшує ймовірність розвитку депресивних симптомів. Дисбаланс дофаміну може сприяти емоційній нестабільності та зниженню інтересу до життя. Норадреналін, що відповідає за реакцію на стрес, у людей з ПТСР часто вивільняється у надмірних кількостях, підвищуючи чутливість і готовність до загрози.

Генетичні фактори також відіграють важливу роль у розвитку ПТСР. Деякі генетичні варіанти можуть збільшити або зменшити вразливість до цього розладу. Одним з найбільш досліджених генетичних факторів є функціонування серотонінової системи, зокрема ген транспортеру серотоніну (5-HTTLPR). Короткі алелі цього гена можуть підвищити схильність до

тривожності та знижувати емоційну стійкість до стресу, що збільшує ризик розвитку ПТСР після травматичних подій [31, 39].

Зміни в структурі і функції мозку, порушення в гормональній регуляції та генетична схильність значною мірою визначають індивідуальну реакцію на травму та розвиток ПТСР. Розуміння цих біологічних механізмів є ключем до створення ефективних терапевтичних стратегій для лікування і підтримки людей, що пережили травму.

2.2 Практичні навички психолога, що працює з ПТС

Комунікація з пацієнтами є основою роботи клінічного психолога, особливо в екстремальних умовах. Вона включає активне слухання, емпатійну взаємодію та конструктивний діалог, які сприяють створенню атмосфери довіри та підтримки.

Активне слухання допомагає психологу глибше зрозуміти емоційний стан пацієнта. Воно базується на вербальних і невербальних техніках, таких як використання підтверджувальних фраз, перефразування висловлювань пацієнта та демонстрація уважності через контакт очима, кивки головою або відкриту позу. Такий підхід знижує рівень напруження пацієнта, допомагає нормалізувати його емоційні реакції та забезпечує первинну стабілізацію у кризовій ситуації. Ця навичка також дозволяє психологу зібрати необхідну інформацію для оцінки стану пацієнта, що є важливим кроком у подоланні наслідків стресу.

Емпатійна взаємодія є ключовою у роботі з пацієнтами, які перебувають у стресових або кризових умовах. Емпатія дозволяє глибоко усвідомити емоційний стан іншої людини, демонструючи розуміння без втрати професійної дистанції. Вона включає як вербальні, так і невербальні

засоби: психолог відображає почуття пацієнта словами та жестами, створюючи безпечне середовище для висловлення переживань. Така взаємодія виконує стабілізуючу функцію, допомагаючи знизити тривожність пацієнта та сприяючи його відкритості у спілкуванні [24, 32, 51].

Збереження професійної дистанції є важливим аспектом емпатії. Психолог повинен уникати "злиття" з емоціями пацієнта, щоб зберегти об'єктивність і уникнути емоційного виснаження. В екстремальних умовах це дозволяє психологу надавати ефективну допомогу, водночас забезпечуючи власну емоційну стійкість.

Конструктивний діалог є мистецтвом ефективної комунікації. У стресових умовах пацієнти можуть втрачати здатність до адекватного сприйняття інформації, тому важливо адаптувати стиль спілкування, використовуючи прості й чіткі формулювання. Відкриті запитання, такі як "Що зараз вас найбільше турбує?", сприяють розгорнутим відповідям, допомагаючи пацієнту висловити свої думки й почуття. Невербальні засоби підтримки, наприклад теплий тон голосу або спокійний вираз обличчя, створюють атмосферу стабільності.

Конструктивний діалог також передбачає роботу з опором пацієнта. У разі агресії, замкнутості або відмови від взаємодії психолог використовує техніки уточнення чи переформулювання, уникаючи конфронтації. Це дозволяє зберегти довірливий контакт і знизити емоційну напругу.

Отже, навички активного слухання, емпатійної взаємодії та конструктивного діалогу є фундаментальними у роботі клінічного психолога. Вони забезпечують емоційну підтримку пацієнта, створюють умови для терапевтичної роботи й сприяють досягненню терапевтичних цілей навіть у найскладніших умовах [32, 64].

Кризове консультування розпочинається з оцінки стану пацієнта, що дає змогу обирати скринінгові методики. Психологічна перша допомога та робота з гострими реакціями також є складовими кризового консультування.

Оцінка стану пацієнта — це перший етап кризового консультування, який включає оцінку стану пацієнта, є одним із найважливіших. У таких умовах, коли пацієнти переживають емоційні потрясіння, стрес чи травматичні події, правильне визначення їхнього стану є ключовим для подальшої ефективної допомоги. Процес оцінки дає психологу важливу інформацію, яка дозволяє прийняти рішення про необхідні кроки для стабілізації ситуації та надання адекватної підтримки. Враховуючи специфіку роботи в екстремальних умовах, де пацієнти можуть переживати гострий стрес, необхідно враховувати всі аспекти психічного, фізіологічного та соціального стану.

Процес оцінки стану пацієнта включає кілька важливих етапів, починаючи від збору даних про його емоційний стан до визначення потенційних ризиків для життя пацієнта. Оцінка має бути комплексною і багатогранною, з урахуванням не тільки інтерв'ю, але й спостереження, а також використання спеціалізованих інструментів для вимірювання стресу або інших показників, що можуть бути корисними для виявлення тяжкості стану [24, 63, 76].

Оцінка емоційного стану є важливим етапом, оскільки визначає рівень стресу чи травматичного переживання, з яким стикається пацієнт. Психологу важливо звертати увагу на прояви тривоги, страху, депресії або агресії. Ці емоційні реакції можуть бути виражені як вербально, так і невербально: пацієнт може демонструвати зміни в міміці, поставі або тоні голосу. Усі ці деталі допомагають психологу зрозуміти, наскільки важким є переживання пацієнта та в якому напрямку треба рухатись для надання підтримки. У разі, коли пацієнт переживає високий рівень стресу, психолог має проявити емпатію та запропонувати стратегії, які допоможуть знизити рівень тривоги. Психолог повинен оцінити, наскільки чітко пацієнт може мислити і сприймати навколишній світ. Це включає виявлення будь-яких ознак дезорієнтації або труднощів у прийнятті рішень. Пацієнти в кризовому стані

часто мають труднощі з концентрацією уваги та плануванням подальших кроків. Виявлення таких симптомів вимагає уважного підходу, оскільки для подальшої допомоги важливо розуміти, чи здатний пацієнт самостійно оцінювати свою ситуацію або йому потрібна негайна допомога у прийнятті рішень [52, 61, 63].

Крім емоційних та когнітивних проявів, важливим є *фізіологічний стан пацієнта*. Стресові ситуації можуть призводити до серйозних фізичних симптомів: тахікардії, підвищеного потовиділення, дихальних порушень або тремору. Оцінка таких проявів є важливою для розуміння, наскільки інтенсивним є фізіологічний стрес пацієнта. У випадку виражених фізичних симптомів, психолог може рекомендувати застосування методик релаксації або дихальних вправ для зниження напруги, що дозволить полегшити стан пацієнта.

Психолог також повинен враховувати *соціальний контекст пацієнта*. Важливо знати, яка підтримка доступна пацієнту з боку оточення, родини чи колег. Оцінка наявності соціальних зв'язків дає можливість психологу виявити потенційні ресурси, на які можна спиратися під час терапії. Важливо також виявити, чи є у пацієнта негативні соціальні фактори, які можуть ускладнювати процес лікування, такі як сімейні конфлікти або робочі стреси. Оцінка стану пацієнта повинна проводитись у спокійній та безпечній атмосфері, де пацієнт відчуває себе впевнено і розслаблено. Психологу важливо використовувати техніки активного слухання і проявляти емпатію до переживань пацієнта, щоб створити атмосферу довіри. Психолог має ставити відкриті запитання, які сприяють розвитку діалогу, наприклад: «Що ви відчуваєте зараз?» або «Які думки вас хвилюють?» Це дозволяє пацієнту поділитися своїми емоціями, не відчуваючи осуду чи стиду. Також важливо пам'ятати про коригування рівня дистанції. Взаємодія з пацієнтом має бути професійною, однак психолог повинен зберігати людяність та чутливість до

його емоцій. Спостереження за невербальними ознаками допомагає зрозуміти стан пацієнта навіть без слів.

Оцінка стану має бути лише початковим етапом роботи, після чого психолог може визначити необхідні *методи для подальшої допомоги*. Якщо виявлено високий рівень стресу або ризик для життя, слід одразу вжити заходів, спрямованих на стабілізацію стану пацієнта, включаючи кризові втручання чи направлення до спеціалістів за потреби. Важливо розуміти, що оцінка стану не є одноразовим процесом; вона повинна бути постійною та адаптивною, залежно від змін в стані пацієнта [24, 66].

Скринінгові методики є ключовим інструментом у роботі клінічних психологів, особливо в кризових умовах. Вони забезпечують швидку оцінку психоемоційного стану пацієнтів, дозволяючи визначити рівень стресу, тривожності, депресії та інших психічних розладів. Такі методики допомагають психологу приймати оперативні рішення про подальші кроки у наданні допомоги, особливо коли пацієнти перебувають у стані високого стресу або психологічної травми. Скринінг сприяє виявленню пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів чи депресії, що потребують інтенсивної терапії або додаткової діагностики [24, 40, 81].

Одним із поширених інструментів для оцінки симптомів ПТСР є PCL-5. Він дозволяє визначити тяжкість розладу на основі аналізу основних симптомів, таких як нав'язливі спогади чи флешбеки. Для оцінки тривожності часто використовується GAD-7, який за допомогою кількох питань визначає наявність тривожного розладу. Для оцінки депресії застосовується PHQ-9, що дозволяє швидко визначити тяжкість депресивних симптомів, зокрема втрату інтересу до повсякденних справ або порушення сну. Крім того, методики, такі як IES-R, дозволяють оцінити рівень стресу, викликаного травматичними подіями, і виявити потенційні прояви ПТСР.

Скринінгові методики дають змогу психологам у короткі терміни приймати рішення про необхідність подальших втручань. Вони є особливо корисними в екстремальних умовах, де оперативність є критично важливою. Однак ці методики мають свої обмеження: вони не завжди забезпечують повну картину стану пацієнта, фокусуючись переважно на виявленні симптомів, а не причинних факторів. Результати можуть бути спотворені через суб'єктивність відповідей або емоційний стан пацієнта під час тестування.

Психологам важливо враховувати індивідуальні та культурні особливості пацієнтів під час вибору методик. Наприклад, для пацієнтів, які пережили травму, найбільш доцільними є PCL-5 або IES-R, тоді як тривожність ефективніше оцінюється за допомогою GAD-7. Скринінг повинен бути першим етапом у процесі діагностики. Після отримання результатів необхідно провести глибший аналіз для вибору відповідного методу лікування [51, 72].

Швидкість і ефективність скринінгових методик роблять їх важливим інструментом кризового консультування. У разі виявлення високого рівня симптомів психологи можуть одразу застосувати відповідні терапевтичні підходи або рекомендувати пацієнту додаткову допомогу. Це забезпечує своєчасну підтримку та знижує ризик подальших ускладнень, сприяючи стабілізації психоемоційного стану пацієнтів навіть у найскладніших обставинах.

Психологічна перша допомога є ключовим елементом у стабілізації емоційного стану пацієнта в умовах екстремального стресу. Це перша лінія підтримки, яка дозволяє психологу швидко знизити рівень тривоги у пацієнта та створити умови для подальшої, більш глибокої терапевтичної роботи. Важливо, що психологічна перша допомога не передбачає складних терапевтичних інтервенцій, а зосереджена на негайному зменшенні психоемоційного дискомфорту і стабілізації ситуації [24, 40, 51].

Основним принципом психологічної першої допомоги є спостереження за пацієнтом. Психолог повинен звертати увагу на його фізіологічний стан, міміку, постану, рівень активності або апатії. Виявлення фізичних ознак стресу, таких як прискорене серцебиття, дихання, пітливість, або нервові тики, допомагає не лише краще зрозуміти, як сильно пацієнт переживає стрес, але й визначити рівень необхідної допомоги. Психолог також може оцінити, чи є ознаки психічного напруження, які можуть вказувати на початок панічного нападу або депресивного розладу. Однак спостереження не повинно обмежуватися лише фізичними ознаками. Важливо приділяти увагу і емоційному стану пацієнта. Які емоції він виражає? Це може бути страх, розгубленість, гнів або сум. Розуміння емоційного стану пацієнта дозволяє психологу правильно побудувати наступні етапи взаємодії [16, 25].

Наступним важливим аспектом психологічної першої допомоги є активне слухання. Це не лише техніка, а й важливий елемент створення довіри між психологом і пацієнтом. Коли людина переживає сильний стрес або травму, вона часто відчуває себе ізольованою і може бути вражена відсутністю підтримки. Активне слухання дозволяє пацієнту відчути, що його почуття мають значення і що він не самотній у своїх переживаннях. Слухати пацієнта потрібно уважно, не перебиваючи і не поспішно даючи поради. Це може бути складно, особливо коли психолог має обмежений час, але важливо зберігати терпіння і дозволяти пацієнту вільно виразити свої емоції. При цьому психолог повинен не тільки слухати, а й реагувати відповідним чином. Важливо ставити питання, які дозволяють пацієнту глибше розкрити свої переживання, і використовувати фрази, що підтверджують розуміння: "Я розумію, що це дуже важко для вас", "Це дійсно може бути страшно". Це допомагає створити емоційну підтримку і забезпечує пацієнта відчуттям того, що його переживання є нормальними і зрозумілими в умовах екстремальної ситуації [9, 25, 80].

Третій ключовий елемент психологічної першої допомоги - це встановлення зв'язку з пацієнтом, щоб допомогти йому знову відчувати контроль над ситуацією. Після того як пацієнт виразив свої емоції, психолог може дати йому прості та ясні інструкції, як діяти далі. Це може бути порада щодо того, як дихати глибше і заспокоїтись, або конкретна інформація про те, що буде робитися далі — наприклад, що пацієнт буде перенаправлений до лікаря для подальшого медичного огляду. Важливо, щоб ці інструкції були чіткими і не надто складними для сприйняття, оскільки стрес може значно погіршити когнітивні функції людини, і вона може не зможти сприймати складну інформацію.

Психологічна перша допомога також включає в себе допомогу в забезпеченні базових фізичних потреб пацієнта, таких як вода, їжа або відпочинок, оскільки фізіологічні потреби можуть загострювати емоційний стрес. У такому випадку психолог може порекомендувати пацієнту зробити паузу, випити води або здійснити невеликий перерву для того, щоб відновити свої сили. Це критично важливо, щоб психолог не намагався одразу дати пацієнту складні поради або рішення. Перш за все, потрібно допомогти пацієнту відновити відчуття безпеки, що є основою для подальшої терапії та допомоги. Застосування цих принципів дозволяє психологу ефективно працювати з пацієнтами, які переживають важкі стресові ситуації, знижувати їх тривогу і надавати першу, але важливу, підтримку, яка є основою для подальшого відновлення психоемоційного стану [9, 61].

Робота з гострими реакціями, такими як паніка, шок чи ступор, є невід'ємною складовою діяльності клінічного психолога в екстремальних умовах. Ці стани виникають у відповідь на травматичні події та супроводжуються дезорганізацією емоцій і поведінки. Завдання психолога полягає у стабілізації стану пацієнта, відновленні контролю над емоціями й поведінкою, а також у створенні відчуття безпеки [16, 50].

Паніка проявляється сильним емоційним напруженням, неконтрольованою поведінкою та фізіологічними симптомами, такими як прискорене дихання чи серцебиття. У таких випадках важливо допомогти пацієнту нормалізувати дихання, використовуючи прості техніки, що сприяють зниженню фізичної напруги. Заспокійливі фрази, наприклад: "Ви в безпеці, ми впораємося разом", допомагають стабілізувати емоційний стан [2, 12, 49, 74].

Шок, на відміну від паніки, характеризується емоційним заціпенінням і відстороненістю. Завдання психолога — повернути пацієнта до реальності через встановлення зорового контакту, вербальні звернення та техніки заземлення. Пацієнта можна попросити описати те, що він бачить, чує або відчуває, щоб зосередити увагу на навколишньому середовищі.

Ступор є найтяжчою формою гострих реакцій, що супроводжується нерухомістю або неспроможністю реагувати на подразники. Психолог має забезпечити фізичну безпеку пацієнта й поступово стимулювати його активність, наприклад, заохочуючи до мінімальних рухів. Усі дії мають бути спокійними й терплячими, з максимальним уникненням тиску.

Загальна робота з гострими реакціями починається зі створення безпечного середовища й стабілізації фізичного та емоційного стану. Використання технік дихання, заземлення й тілесної активізації сприяє поверненню пацієнта до конструктивного стану. У разі потреби психолог може залучити інших спеціалістів [16, 51].

Методи роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТС) відіграють ключову роль у підтримці пацієнтів, які пережили травматичні події або хронічний стрес. Одним із провідних підходів є *когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)*, яка допомагає змінити деструктивні переконання та адаптувати поведінкові реакції. Основна ідея КПТ полягає у впливі думок на емоції та поведінку. Техніки когнітивної реструктуризації дають змогу виявити й поставити під сумнів негативні думки, замінюючи їх більш

реалістичними. Наприклад, думку "Я не впораюсь" можна трансформувати у "Я маю ресурси, які допоможуть подолати труднощі". КПТ сприяє зниженню тривожності, депресії та посиленню емоційної стійкості.

Важливим аспектом є *робота з тригерами*, які можуть викликати сильні емоційні реакції, пов'язані з травматичними спогадами. Спершу психолог допомагає пацієнтові ідентифікувати тригери й зрозуміти їхній вплив. На початкових етапах можливо уникати тригерів, але згодом до них повертаються через поступову експозицію у безпечному середовищі. Такий підхід сприяє десенсибілізації, дозволяючи пацієнтові знизити інтенсивність реакцій і відновити контроль. Доповнюють роботу техніки саморегуляції, зокрема дихальні вправи, які допомагають швидко стабілізувати стан у разі виникнення тривоги [7, 12, 29].

Метод десенсибілізації та репроцесінгу рухами очей (EMDR) є ефективним для роботи з травматичними спогадами. Цей підхід допомагає переробити емоційно насичені спогади, знижуючи їхній негативний вплив. Процес включає фокусування на травматичному досвіді у поєднанні з двосторонньою стимуляцією, що сприяє інтеграції спогадів і створенню нових позитивних переконань. Наприклад, переконання "Я безпорадний" може змінитися на "Я можу впоратися з труднощами". EMDR ефективний для пацієнтів із ПТСР, тривожними розладами, фобіями та хронічним стресом. Усі методи потребують індивідуального підходу, адаптації до потреб пацієнта та забезпечення безпеки. Психолог має пройти спеціальну підготовку для роботи з такими техніками, а терапія має проводитися в межах комплексного підходу, який включає підтримку, стабілізацію та поступове подолання наслідків травми. Ці методи не лише сприяють відновленню емоційного стану пацієнта, а й допомагають підвищити його стійкість до майбутніх викликів [29, 48, 53].

Експозиційна терапія є одним із провідних методів роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що допомагає пацієнтам

знизити емоційний вплив травматичних спогадів через контрольоване й поступове стикаємість із ними. Цей метод ґрунтується на принципах класичного навчання та десенсибілізації, допомагаючи пацієнтам зменшити страх і тривогу шляхом повторної взаємодії з тригерами у безпечному середовищі. Спільно з терапевтом пацієнт визначає травмуючі спогади, створюючи ієрархію від менш інтенсивних до найскладніших. Поступове занурення у ці ситуації допомагає відновити емоційну стабільність, знижуючи рівень стресу. Ключовим аспектом є створення підтримувального середовища, в якому терапевт забезпечує пацієнта методами саморегуляції, такими як дихальні техніки чи прогресивне розслаблення [16, 27].

Цей підхід довів свою ефективність у роботі з пацієнтами, які зазнають флешбеків або гострих емоційних реакцій. Експозиція може викликати інтенсивні емоції, тому терапевт має ретельно обирати теми, забезпечуючи поступовість і безпеку. Завдяки регулярному стикненню з травматичними спогадами пацієнт може відновити контроль над своїм емоційним станом, зменшити вплив негативних реакцій і адаптуватися до реального життя.

Тілесно орієнтовані методи терапії доповнюють традиційні підходи, враховуючи фізіологічний компонент травми. Травматичний досвід часто закарбовується в тілі у вигляді м'язового напруження, порушень дихання чи спазмів. Такі методи допомагають пацієнтам усвідомити свої тілесні реакції, зняти напругу та навчитися регулювати фізіологічні прояви стресу. Терапевти застосовують техніки глибокого дихання, прогресивного розслаблення м'язів або рухові вправи, що сприяють відновленню зв'язку між емоційним і фізичним станом пацієнта. Це дозволяє зменшити стрес, покращити самопочуття та повернути відчуття безпеки [22, 30, 51].

Тілесно орієнтовані підходи є особливо корисними для пацієнтів, які не готові до вербальної терапії, або для тих, у кого травма має глибокий вплив на фізичний стан. Наприклад, через вправи, як-от йога чи танцювальна терапія, пацієнти отримують можливість зменшити напругу, забезпечуючи

кращу інтеграцію емоцій і тіла. У роботі з ПТСР ці методи допомагають відновити контроль над тілом, подолати симптоми та досягти емоційного й фізичного відновлення.

Експозиційна терапія є одним із ключових методів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), спрямованим на зменшення емоційного впливу травматичних спогадів через поступове й контрольоване знайомство з ними. Метод базується на принципах десенсибілізації, дозволяючи пацієнту повторно стикатися з тригерами у безпечному середовищі, що з часом послаблює страх і тривогу. Разом із терапевтом пацієнт ідентифікує травмуючі спогади, створюючи ієрархію тригерів від менш до більш інтенсивних. Поступова експозиція дозволяє відновити емоційну стабільність, зменшити рівень стресу й уникнути перевантаження. Важливим є створення підтримувального середовища, у якому пацієнт освоює методи саморегуляції, зокрема техніки глибокого дихання й релаксації [10, 32].

Терапія показала високу ефективність у зниженні флешбеків, тривожності та емоційної напруги. Регулярна робота з травматичними спогадами допомагає пацієнтам краще адаптуватися до реального життя, відновлюючи контроль над емоціями й поступово позбавляючись впливу негативних переживань. Основою успіху є поступовість і ретельний підхід терапевта, що знижує ризик повторної травматизації.

Тілесно орієнтовані методи терапії доповнюють експозиційну роботу, зосереджуючись на фізіологічних аспектах травматичного досвіду. Травма часто залишає сліди в тілі у вигляді м'язового напруження, порушень дихання чи стресових спазмів. Ці методи спрямовані на усвідомлення тілесних реакцій, зняття напруги та навчання технік саморегуляції. Практики, такі як глибоке дихання, прогресивне розслаблення м'язів або рухові вправи, сприяють відновленню зв'язку між тілом і емоціями, зменшуючи фізичний і психологічний стрес.

Тілесні підходи є ефективними для пацієнтів, які не готові до вербальної терапії або мають складнощі з інтеграцією своїх емоційних переживань. Вправи, як-от йога чи танцювальна терапія, допомагають знизити напругу, відновлюючи відчуття безпеки та контролю. Ці методи дозволяють пацієнтам не лише позбутися симптомів ПТСР, але й гармонізувати емоційний і фізичний стани, що є важливим кроком до повного відновлення.

Методики заземлення (grounding techniques) є важливим інструментом для допомоги пацієнтам, які пережили травму, зокрема в контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ці техніки допомагають пацієнту повернутися до реальності і стабілізувати емоційний стан під час кризових ситуацій або тригерних моментів, коли людина відчуває відключення від поточного моменту чи занурюється в стрес. Техніки заземлення спрямовані на відновлення зв'язку з реальністю, тілом і навколишнім середовищем, знижуючи рівень стресу та паніки [27, 55, 79].

Однією з основних методик є орієнтація на фізичні відчуття. Пацієнт концентрується на тому, що він відчуває у своєму тілі, звертаючи увагу на текстуру матеріалу, температуру, звуки навколо. Це дозволяє повернути пацієнта до «тут і зараз», знижуючи рівень тривоги. Інша популярна техніка — це метод «5-4-3-2-1», який включає в себе зосередження на п'яти органах чуття: пацієнт повинен назвати п'ять видимих предметів, чотири, що він може відчути, три звуки, два запахи і один смак. Ця техніка допомагає повернутися до реальності та заспокоїти емоції.

Техніки заземлення також включають роботу з диханням. Глибоке діафрагмальне дихання, коли пацієнт робить повільні й глибокі вдихи та видихи, допомагає знижувати фізіологічні симптоми стресу, такі як прискорене серцебиття та спазми м'язів. Це відновлює емоційну стабільність і зменшує паніку. Іноді використовується об'єкти, які мають символічне

значення для пацієнта, такі як камінь чи прикраса. Ці предмети можуть стати джерелом заспокоєння і контролю в момент кризи [14, 41].

Додатково, методики заземлення можуть включати легкі фізичні вправи, такі як прокачування рук або зміна положення тіла, щоб зняти фізичну напругу й стимулювати відчуття стабільності. Це важливо для зниження стресу й повернення контролю над тілом.

Залучення соціальної підтримки є важливим елементом реабілітаційного процесу. Соціальні зв'язки з родиною, друзями або колегами допомагають пацієнту відновлювати емоційну рівновагу, знижуючи відчуття ізоляції та зміцнюючи стійкість до стресу. Психолог може сприяти розвитку здорових міжособистісних відносин і допомагати пацієнту звертатися за підтримкою. Наприклад, терапевт може допомогти пацієнту побудувати або відновити зв'язки з близькими, що є джерелом стабільності та підтримки. Родина, як правило, є основним джерелом підтримки, тому важливо навчити пацієнта правильно комунікувати з родичами й забезпечити підтримку без додаткового емоційного навантаження.

Соціальна підтримка може бути різною за формою та інтенсивністю. В деяких випадках пацієнт потребує постійної підтримки близьких людей, а в інших — лише короткострокової допомоги в кризовий момент. Психолог може направити пацієнта до спеціалізованих груп підтримки або професіоналів, якщо це необхідно. Розвиток соціальних мереж і підтримки, а також заохочення пацієнта до звернення за допомогою, сприяє його відновленню та адаптації до нових умов життя [6, 19, 41].

Залучення соціальних ресурсів є важливою складовою відновлення пацієнта, оскільки це дозволяє зменшити відчуття самотності й безпорадності. Залучення родини та інших соціальних груп допомагає пацієнту відновити баланс у своєму житті та ефективно справлятися з наслідками стресових ситуацій.

2.3. Структура психологічної підготовки клінічного психолога для роботи з ПТС в екстремальних умовах

Для ефективної роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в екстремальних умовах клінічний психолог повинен мати глибоке розуміння психологічних принципів та специфіки травматичного досвіду. Підготовка психолога включає кілька ключових аспектів.

Психологи повинні бути знайомі з етіологією ПТСР, що включає біологічні, психологічні та соціальні фактори, які сприяють розвитку розладу. Важливо знати основні симптоми ПТСР — як гострі, так і хронічні, щоб вчасно виявити ознаки розладу. Це включає вміння проводити діагностику за допомогою інтерв'ю, опитувальників та проєктивних методик.

Клінічний психолог також має володіти *техніками різних психотерапевтичних методів*, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), EMDR, тілесно-орієнтовані методи та інші, що ефективно працюють при лікуванні ПТСР. Знання етичних принципів роботи з травмованими клієнтами та розуміння культурних і соціальних факторів є важливими для правильного підходу до лікування. Психолог також повинен мати навички проведення кризового втручання в екстремальних ситуаціях і здатність ефективно співпрацювати з іншими фахівцями, такими як психіатри, неврологи та соціальні працівники [4, 15, 29, 73].

Іншим важливим аспектом підготовки є розуміння теоретичних моделей ПТСР, таких як когнітивна модель ПТСР, модель десенсибілізації та репроцесування за допомогою рухів очей (EMDR), теорія соціального навчання та теорія прив'язаності. Когнітивна модель ПТСР, розроблена Ехлерсом і Кларком, акцентує на специфічній структурі травматичних спогадів, які часто сприймаються через негативний фільтр, що посилює відчуття загрози. Модель EMDR пояснює, як травматичний досвід може

залишатися "замороженим" у пам'яті, створюючи постійне емоційне та фізіологічне дистресування, і як терапевтичні інтервенції допомагають інтегрувати ці спогади в загальний досвід людини.

Теорія соціального навчання, запропонована Альбертом Бандурою, пояснює, як спостереження за поведінкою інших і наслідування можуть впливати на сприйняття травматичних подій і їх вплив на психічне здоров'я. Вона наголошує на важливості соціальних факторів у формуванні стресових реакцій та їх подоланні. Теорія прив'язаності пояснює, чому стабільні емоційні зв'язки з опікунами в ранньому віці сприяють здоровим стратегіям емоційної регуляції, тоді як їх відсутність може підвищити вразливість до розвитку ПТСР [27, 41].

Теоретична підготовка клінічного психолога для роботи з ПТСР в екстремальних умовах повинна включати розуміння ключових концепцій цих моделей, щоб мати змогу застосовувати відповідні стратегії лікування в різних ситуаціях. Тільки комплексний підхід до освіти і практики забезпечить ефективну допомогу пацієнтам, які пережили травматичні події.

Психолог, працюючи в екстремальних умовах, має враховувати індивідуальні особливості кожного клієнта та вибирати відповідну стратегію лікування для досягнення найкращих результатів.

Когнітивна терапія обробки (СРТ) спрямована на зміну дисфункціональних переконань та когнітивних схем, що виникають після травматичних подій. СРТ допомагає пацієнтам досягнути і змінити свої негативні переконання, що сприяє зменшенню симптомів ПТСР [10, 43].

Пролонгована експозиція (РЕ) допомагає зменшити інтенсивність травматичних спогадів та емоцій, пов'язаних із ними. Цей метод ґрунтується на зменшенні уникнення нагадувань про травму через поступове зіштовхування з тригерами в контрольованому середовищі.

Десенсибілізація і репроцесування за допомогою рухів очей (EMDR) включає білатеральну стимуляцію для інтеграції травматичних спогадів у

загальний досвід пацієнта. Ця методика допомагає зменшити емоційний вплив травми через обробку "заморожених" спогадів.

Тілесно-орієнтована терапія працює з фізичними реакціями та тілесними спогадами, що зберігаються в тілі після травми. Цей підхід сприяє відновленню регуляції нервової системи через усвідомлене розслаблення.

Групова психотерапія дає можливість пацієнтам подолати соціальну ізоляцію, розвивати навички саморегуляції та отримати підтримку від інших, що сприяє адаптації після травми.

Фармакотерапія може бути необхідною для пацієнтів з важкими симптомами ПТСР або супутніми розладами, такими як депресія чи тривожність. Лікарські засоби допомагають стабілізувати емоційний стан та полегшити адаптацію до повсякденного життя [29, 71].

Йога та медитація допомагають відновити баланс в нервовій системі, покращуючи регуляцію емоцій і знижуючи стрес. Ці методи можуть бути ефективними в комбінації з іншими терапевтичними підходами.

Psychological First Aid (PFA) — це програма, спрямована на надання негайної психологічної підтримки людям, що пережили травматичні події. Вона включає в себе методи швидкого і ефективного втручання, які сприяють зниженню стресу і підтримують емоційну стабільність постраждалих. Програма розроблена для надання допомоги під час та після катастроф, стихійних лих, насильства або будь-яких інших травматичних подій. Вона не вимагає спеціальної психотерапевтичної підготовки і може бути застосована широким колом фахівців, таких як медичні працівники, рятувальники, соціальні працівники. Навчання за програмою PFA здійснюється через тренінги та онлайн-курси, які є доступними для широкого кола спеціалістів в умовах катастроф і криз, наприклад, на ресурсах BOO3, American Red Cross, UNICEF. Основні принципи PFA є наступними: забезпечення безпеки (фізичної, емоційної та психологічної), сприяння спокою (допомога постраждалим знизити рівень тривоги та страху), емоційна підтримка

(уважне слухання, демонстрація емпатії), сприяння автономії (підтримка здатності людини ухвалювати власні рішення), інформування (надання точних відомостей про подію, можливі реакції та ресурси для допомоги) [21, 37, 62, 69].

Структура та кроки програми Psychological First Aid:

№	Крок	Мета	Дія
1	Побудова довірливого зв'язку	Встановлення контакту з постраждалим у комфортний спосіб	Фахівець представляється, пояснює свою роль та готовність допомогти
2	Побудова довірливого зв'язку	Уникнення примусу та нав'язування допомоги	Фахівець пояснює, що в постраждалого є право відмовитися від допомоги
3	Побудова довірливого зв'язку	Уникнення додаткового стресу	Фахівець підтримує м'який і спокійний тон спілкування
4	Аналіз та оцінка ситуації	Визначення фізичного стану людини	Фахівець опитує клієнта на наявність травм, потребу в медичній допомозі
5	Аналіз та оцінка ситуації	Визначення емоційного стану людини	Фахівець визначає, чи перебуває клієнт в шоківому стані, чи проявляє надмірну тривогу, страх, апатію.
6	Аналіз та оцінка ситуації	Визначення основних потреб людини	Фахівець уточнює, чи є в клієнта безпосередні потреби, такі як їжа, вода, укриття чи доступ до рідних.
7	Стабілізація	Визначення та апробація підходящих методик заземлення	Фахівець розповідає про дихальні вправи та заспокійливі формули, такі як "Я зараз у безпеці".
8	Стабілізація	Зняття емоційного збудження, вихід зі стану гострого стресу	Клієнту пропонується коротко обговорити, що сталося, але без деталізації травматичних подій, щоб уникнути ретравматизації.
9	Сприяння емоційній стабільності	Нормалізація реакцій	Фахівець пояснює клієнтові, що шок, тривога, страх, плач та навіть апатія є природними реакціями на травму.
10	Сприяння емоційній	Забезпечення підтримки	Фахівець запевняє клієнта, що йому завжди доступні подальша

	стабільност і		допомога та підтримка.
11	Практична допомога	Усунення факторів стресу	Фахівець надає посильну негайну допомогу в питаннях, які є найважливішими для клієнта, наприклад, пошук рідних, контакт з рятувальниками або координація переміщення.
12	Інформація та орієнтація	Психоедукація	Фахівець пояснює клієнтові, що саме відбувається з ним, його очікувані емоційні реакції, реакції на стрес, методи боротьби з ним.
13	Інформація та орієнтація	Відновлення здатності планувати найближче майбутнє	Фахівець пояснює клієнтові, що саме відбувається навколо нього, які подальші кроки очікуються, наприклад, розташування пунктів допомоги, транспортування.
14	Соціалізаці я	Підтримка соціальних зв'язків	Фахівець пропонує клієнту зв'язатися з друзями чи родичами, заохочується участь у групах взаємопідтримки.
15	Розробка плану подальших дій	Визначення наступних кроків допомоги	Фахівець визначає наступні кроки допомоги клієнтові, наприклад, це може бути звернення до психотерапевта, відвідування медичного закладу та контакт із волонтерськими організаціями, кризовими центрами.

Однією з програм, яку може пройти клінічний психолог, є Травма-
Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). Вона поєднує принципи
когнітивно-поведінкової терапії з елементами сімейного консультування та
навчання навичок емоційної регуляції. Програма спеціально розроблена для
роботи з дітьми, підлітками та їхніми родинami, що пережили травматичний
досвід, зменшуючи симптоми ПТСР, тривожності, депресії та поведінкових

проблем. Програма включає етапи навчання емоційній регуляції, когнітивної реструктуризації, експозиційної терапії та роботи з сім'єю.

TF-CBT спирається на нейропластичність мозку і передбачає поетапну роботу з пам'яттю, емоціями та міжособистісними стосунками. Пацієнти вчаться змінювати негативні переконання про себе та травматичну подію, а також знижувати емоційну напругу через техніки релаксації та дихальні вправи. Програма також включає навчання батьків чи опікунів, як надавати ефективну підтримку дитині [22, 37, 72].

Психологи, які працюють у кризових ситуаціях, таких як стихійні лиха, збройні конфлікти або теракти, часто стикаються з високим рівнем стресу та емоційним напруженням. Ця робота потребує великої емоційної включеності, особливо під час роботи з клієнтами, що пережили травматичні події, і може призвести до вторинної травматизації або вигорання. Тому важливим аспектом професійної підготовки є розвиток особистісних якостей та саморегуляція психолога, що дозволяє йому залишатися емоційно стійким та ефективно виконувати свою роботу.

Програма *Crisis Intervention Training* (CIT) розроблена для навчання фахівців у галузі психології, медицини, соціальної роботи та правоохоронних органів основам роботи з людьми, які опинилися в кризовій ситуації. Основна мета CIT — забезпечити спеціалістів практичними знаннями та навичками для швидкого й ефективного реагування на гострі стресові події, зменшення психологічного дискомфорту постраждалих та запобігання погіршенню їхнього емоційного стану. CIT базується на багаторівневому розумінні кризи, яка може мати різні форми — від раптових подій, таких як стихійні лиха, нещасні випадки чи насильство, до повільних стресових факторів, таких як фінансові труднощі або хронічна хвороба. Учасники програми отримують знання про природу кризових реакцій, які включають когнітивні, емоційні, фізіологічні та поведінкові аспекти. Особлива увага приділяється розумінню відмінностей між гострим стресом, який є

нормальною реакцією на подію, та патологічними станами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або гостра реакція на стрес. Учасникам пояснюють концепцію "вікна толерантності" (optimal arousal zone) та його роль у підтримці емоційної регуляції [16, 45].

Навчання за програмою СІТ може тривати від кількох днів до кількох тижнів залежно від рівня підготовки слухачів і специфіки роботи. Курси включають лекції, практичні семінари, рольові ігри, а також розбір реальних випадків із супервізією тренерів. Особливу увагу приділяють відпрацюванню сценаріїв, що моделюють кризові ситуації, наприклад, взаємодія з особою, яка має гостру панічну атаку або демонструє агресивну поведінку. Практичні заняття супроводжуються зворотним зв'язком від тренерів, що дозволяє учасникам вдосконалювати свої навички. Успішне завершення курсу підтверджується сертифікатом, визнаним багатьма міжнародними організаціями. Спеціалісти, які пройшли навчання, здатні ефективно працювати з різними категоріями постраждалих, зокрема дітьми, літніми людьми, біженцями або жертвами насильства [45, 73].

Програма *Crisis Counseling for Traumatized Individuals* — це спеціалізований курс, орієнтований на навчання психологів, соціальних працівників і медичних фахівців методам надання допомоги людям, які пережили травматичні події. Програма створена для роботи з індивідуальними клієнтами, які стикаються з гострими стресовими станами, емоційною дезорганізацією або іншими психологічними наслідками травми. Її мета — забезпечити кризову стабілізацію, відновити емоційну рівновагу й запобігти розвитку довготривалих психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Програма базується на концепції, що травма порушує здатність людини ефективно обробляти інформацію та реагувати на стресові стимули. Кризове консультування фокусується на допомозі в реінтеграції адаптивних когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій. Основою програми є біопсихосоціальна модель, яка

враховує взаємодію біологічних (стресова реакція організму), психологічних (емоції, думки) і соціальних (підтримка, ресурси) факторів. Програма включає як теоретичні лекції, так і практичні заняття. Навчання триває від 20 до 40 годин і може бути адаптоване залежно від рівня підготовки учасників. Наукові дослідження підтверджують ефективність програми у зниженні інтенсивності гострих стресових реакцій та симптомів ПТСР [16, 44].

Кризове втручання — це спеціалізована форма психологічної допомоги, спрямована на людей, які пережили травматичні події. Це не просто розмова, а цілеспрямований процес, який допомагає людині впоратися з гострим стресом, відновити емоційну рівновагу та повернутися до звичного життя. Після ознайомлення з етіологією ПТС, його симптоматикою та діагностичними критеріями, завдяки обраним методикам та з повним розумінням ролі соціокультурного впливу на розвиток ПТС, клінічний психолог, що працює з ПТС в екстремальних умовах, має право проводити кризове втручання [18, 44, 70].

Мета кризового втручання — мінімізувати негативні психологічні наслідки травми, запобігти розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів, а також допомогти людині повернутися до звичного способу життя.

Порядок реалізації кризового втручання в умовах ПТСР є складним і багатокомпонентним процесом, що включає декілька ключових етапів. Деякі програми підготовки спеціалістів клінічних психологів, такі як програма "Psychological First Aid" (PFA), що розроблена в рамках Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), чи Crisis Intervention Training (CIT), а також спеціалізовані тренінги від Міжнародної асоціації психологічної допомоги (International Trauma & Crisis Therapy), забезпечують систематичний підхід до кожного етапу втручання [8, 14, 44, 67].

Детальний опис процесу кризового втручання з включенням зазначених кроків та конкретних програм:

№	Крок	Мета	Програма
1	Оцінка ситуації та встановлення контакту	Перше завдання психолога — швидка оцінка травмуючої події. Важливо визначити характер події (наприклад, природна катастрофа, техногенна аварія, насильство) та оцінити її наслідки для постраждалої особи і її оточення.	Програма "Psychological First Aid" вимагає від фахівців оцінити, чи є на місці безпосередня загроза життю людини або її близьким, а також ступінь впливу стресу. Вона дозволяє психологам швидко визначити необхідність подальших заходів.
2	Оцінка ситуації та встановлення контакту	Психолог повинен створити атмосферу довіри та безпеки, що є критичним для подальшого втручання. Важливо забезпечити підтримку через слухання без осуду і перебивання.	Навчання в рамках програми "Crisis Intervention Training" підкреслює важливість не тільки вербального, але й невербального встановлення контакту, щоб допомогти людині відчувати себе у безпеці та зрозумілою.
3	Оцінка ситуації та встановлення контакту	Важливо надавати постраждалим інформацію про ресурси, які можуть допомогти в подоланні травми, такі як психотерапевтичні послуги, групи підтримки та інші допоміжні організації.	Програма "Crisis Counseling for Traumatized Individuals" включає блоки, де психологи навчаються надавати інформацію про місцеві та міжнародні служби допомоги.
4	Надання емоційної підтримки	Демонстрація емпатії, підтримки, глибокого розуміння переживань клієнта.	Програма "PFA" навчає ставити відкриті запитання та активно слухати клієнта без осуду.
5	Надання емоційної підтримки	Психолог має пояснити людині, що її реакції на стрес є природними у такій ситуації. У контексті ПТСР, це допомагає зменшити	Програма підготовки до роботи з ПТСР в екстремальних умовах, наприклад, "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy" (TF-CBT), підкреслює

		почуття ізольованості і знижує страх перед майбутніми переживаннями.	важливість цієї стадії втручання для зниження тривожності.
6	Надання емоційної підтримки	Важливо створити безпечне середовище для постраждалих, подбати про їх фізичну безпеку та емоційну підтримку, що є основою для стабілізації психологічного стану.	Програма "Psychological First Aid" включає техніки, які допомагають створити атмосферу довіри і забезпечити початкову допомогу.
7	Інформування та освіта	Психолог повинен пояснити, що переживання тривоги, страху та емоційного відчуження є нормальними після травматичної події.	Програма "Crisis Intervention Training" готує спеціалістів до того, щоб пояснити постраждалим фізіологічні та психологічні механізми стресу, надаючи науково обґрунтовану інформацію про стресові реакції.
8	Інформування та освіта	Завданням психолога є також надання базових відомостей про ПТСР, його симптоми та процес лікування, пояснення, що стресові реакції є частиною природного механізму, але вони можуть потребувати спеціалізованого лікування.	Програма "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy" (TF-CBT), навчає спеціалістів надавати цю інформацію про ПТСР з максимальною чіткістю.
9	Інформування та освіта	Важливо надавати постраждалим інформацію про ресурси, які можуть допомогти в подоланні травми, такі як психотерапевтичні послуги, групи підтримки та інші допоміжні організації.	Програма "Crisis Counseling for Traumatized Individuals" включає блоки, де психологи навчаються надавати інформацію про місцеві та міжнародні служби допомоги.
10	Розробка плану допомоги	Важливо сформулювати індивідуальний план дій, який спрямований на	Програма "PFA" пропонує конкретні стратегії та техніки саморегуляції для контролю

		зниження наслідків травми.	власного стресу.
11	Розробка плану допомоги	Психолог має чітко визначити свою роль в процесі допомоги та обговорити з клієнтом очікування від терапії.	Програми, такі як "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy" (TF-CBT), вимагають від спеціалістів чіткої комунікації ролі терапевта і процесу лікування.
12	Підтримка та моніторинг	Для забезпечення ефективного процесу лікування важливо проводити регулярні сесії, щоб слідкувати за прогресом і при необхідності коригувати план допомоги.	Програма "Psychological First Aid" передбачає, що фахівці відвідують людей на регулярній основі, щоб забезпечити стабільність і підтримку.
13	Підтримка та моніторинг	Психолог повинен навчити людину стратегіям ефективного подолання стресу, таким як релаксаційні техніки, когнітивно-поведінкові стратегії та методи самопідтримки.	Програма "Crisis Intervention" включає навчання таких навичок, що допомагають знизити рівень стресу і посилити здатність людини до саморегуляції.
14	Підтримка та моніторинг	Психолог заохочує включення родини та друзів у процес одужання, що дозволяє зменшити ізоляцію та сприяє соціальному відновленню.	Програми, такі як "Psychological First Aid" та "Trauma-Focused CBT", наголошують на важливості підтримки соціальних зв'язків під час реабілітації.

Вищезазначені етапи кризового втручання є основними для розробки ефективної стратегії допомоги особам, які пережили травматичні події, і є частиною підготовки психологів в рамках міжнародних та національних програм, що орієнтовані на допомогу в умовах екстремальних ситуацій. Спеціалістам по наданню допомоги при ПТС важливо пам'ятати, що без своєчасної допомоги гострі психологічні реакції на травму можуть перерости у стійкі розлади, мається на увазі не тільки ПТС, але й депресія та тривожні

розлади. Кризове втручання допомагає запобігти розвитку цих розладів та покращити якість життя людини. Допомогу при кризі можуть надати різні фахівці: психологи, психіатри, соціальні працівники, а також волонтери, які пройшли спеціальну підготовку [45, 70].

Перелік служб надання кризової допомоги, які психолог може назвати клієнтові [32, 45]:

Центри психологічної допомоги — це спеціалізовані установи, які надають психологічну допомогу людям з різними проблемами, у тому числі після травматичних подій.

Гарячі лінії психологічної підтримки — це телефонні лінії, за якими можна отримати консультацію психолога у будь-який час.

Терапевти — це лікарі загальної практики, які можуть направити до фахівця з кризового втручання.

Соціальні служби — це соціальні працівники можуть надати підтримку та допомогти у вирішенні практичних проблем.

Волонтерські організації — це безкоштовна екстренна допомога при кризових станах часто фінансується некомерційними організаціями.

Швидка психіатрична допомога — це безоплатна екстренна служба допомоги: якщо людина перебуває на території України та не може впоратися з психологічною кризою, можливо, думає про причинення шкоди собі чи оточуючим, вона завжди може звернутися за цілодобовим номером «103» та попросити з'єднати її з фахівцем зі швидкої психіатричної допомоги.

Однією з головних якостей є емоційна стійкість — здатність зберігати контроль над своїми емоціями в стресових ситуаціях. Для розвитку цієї якості використовуються програми, що навчають технікам стрес-менеджменту, стабілізації емоційного стану та швидкого відновлення після важких робочих сесій. Наприклад, програма "Resilience Training for Mental Health Professionals" включає елементи майндфулнесу, дихальних вправ, які дозволяють швидко стабілізувати емоційний стан у кризових ситуаціях.

Також фахівці розвивають персональні стратегії подолання стресу, враховуючи індивідуальні особливості кожного психолога [45, 56].

Емпатія — здатність розуміти та підтримувати клієнтів, не втрачаючи об'єктивності, є критично важливою для роботи з людьми, що пережили травму. Програми, як-от "Empathy Skills for Trauma Therapists", допомагають розвивати цю якість через активне слухання, рефлексію емоцій клієнта, а також роботу з невербальними навичками, такими як встановлення зорового контакту та використання емпатичного тону голосу. Це дозволяє створити безпечну атмосферу для пацієнта, де він може вільно виражати свої переживання, отримуючи необхідну підтримку.

Робота в екстремальних умовах вимагає розвитку критичного мислення та здатності приймати рішення під тиском. Програми, як "Critical Decision-Making for Crisis Therapists", допомагають психологам навчитись аналізувати ситуацію та приймати обґрунтовані рішення, навіть у стресових умовах. Вони відпрацьовують навички аналізу ризиків, планування дій у кризових ситуаціях та швидкого реагування на зміни обставин [13, 56].

Проте робота в екстремальних умовах може призвести до вигорання. Програми, як-от "Burnout Prevention for Crisis Psychologists", спрямовані на навчання фахівців технікам саморегуляції та догляду за власним психологічним здоров'ям. Важливими елементами таких програм є тайм-менеджмент, визначення перших ознак вигорання, а також використання фізичної активності, хобі для відновлення енергії. Такі підходи дозволяють психологам запобігти емоційному виснаженню та залишатися ефективними в своїй роботі [8, 13, 58].

Одним із ключових аспектів самодопомоги є регулярні заняття спортом, медитація, а також час, проведений на природі, що допомагає знизити рівень стресу, покращити настрій та відновити емоційну рівновагу. Крім того, важливо встановлювати здорові межі між роботою та особистим життям, щоб уникнути емоційного перенавантаження. Таке збалансоване ставлення до

роботи та особистого життя є основою для збереження здоров'я та підтримки високої професійної ефективності.

Ще одним важливим інструментом для підтримки психологічної стабільності є техніки релаксації. Регулярна практика медитації знижує рівень тривоги, покращує концентрацію та усвідомленість власного тіла. Техніки, як прогресивна м'язова релаксація, дозволяють свідомо розслабляти різні групи м'язів, що допомагає зняти напругу, яка часто супроводжує стресові стани. Крім того, фізичні вправи сприяють зниженню м'язового напруження та загальному поліпшенню самопочуття [8, 37, 50].

У процесі професійного розвитку важливо не тільки піклуватися про своє здоров'я, а й актуалізувати власні знання з екстремальної психології. Це включає вивчення нових професійних підходів, методів та теорій, що дозволяє підвищувати компетентність психолога та впевненість у собі. Наприклад, останні наукові розробки в галузі екстремальної психології доступні на українській та англійській мовах, що сприяє отриманню нових знань та обміну досвідом з колегами. Постійне професійне самовдосконалення допомагає бути в курсі останніх тенденцій і бути готовим до нових викликів у роботі з травмованими пацієнтами.

Отже, для ефективної роботи в екстремальних умовах психологи повинні постійно підтримувати свої особистісні якості та професійну підготовку. Тільки зберігаючи баланс між професійним і особистим життям, розвиваючи навички саморегуляції та використовуючи техніки релаксації, психологи можуть ефективно надавати підтримку своїм клієнтам, зберігаючи власне психічне здоров'я.

Висновок до розділу 2.

Ефективна робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в екстремальних умовах вимагає від клінічного психолога всебічної підготовки, що включає теоретичні знання, практичні навички та особистісний розвиток.

Глибоке розуміння етіології ПТСР, його симптоматики та механізмів розвитку дозволяє вчасно діагностувати розлад і застосовувати ефективні терапевтичні підходи.

Ключовими інструментами у лікуванні ПТСР є сучасні психотерапевтичні методики, такі як когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, пролонгована експозиція, тілесно-орієнтована терапія та групова психотерапія. Доповнюють цей арсенал техніки релаксації, йога, медитація, а за потреби — фармакотерапія. Вибір підходу залежить від індивідуальних потреб пацієнта та специфіки травматичного досвіду.

Особистісний розвиток, навчання стрес-менеджменту, підтримка емоційної стійкості та баланс між роботою і особистим життям є необхідними умовами збереження професійної ефективності психолога. Постійне вдосконалення знань, участь у тренінгах та супервізії сприяють підвищенню професійної компетентності та запобіганню вигоранню.

Завдяки комплексному підходу, що охоплює роботу з емоційними, когнітивними та соціальними аспектами травми, клінічний психолог може забезпечити пацієнтам якісну підтримку, сприяючи їхньому відновленню та адаптації до життя після травматичних подій.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

3.1. Методика емпіричного дослідження ефективності підготовки клінічних психологів

Вивчення взаємодії між психологом і пацієнтом у екстремальних умовах є важливою складовою підготовки клінічних психологів, особливо при роботі з пацієнтами, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТС). Розуміння та вивчення цієї взаємодії допомагає не тільки у формуванні ефективних терапевтичних методів, але й у забезпеченні психологічної безпеки як пацієнта, так і самого психолога.

У роботі з пацієнтами, що пережили травму, психолог має проявляти високу чутливість і здатність розуміти почуття пацієнта без осуду. Це створює безпечну атмосферу, де пацієнт може відкрито виражати свої переживання. Важливим аспектом їхньої ефективної взаємодії є здатність психолога слухати не тільки слова пацієнта, але й його невербальні сигнали (тонус голосу, мова тіла, паузи). Активне слухання дає змогу психологу краще зрозуміти переживання пацієнта, що є особливо важливим у екстремальних ситуаціях. Важливою умовою спілкування є створення умов, де пацієнт відчувається в безпеці, оскільки він може мати високий рівень недовіри або страху через пережиті травми.

У роботі з людьми, що пережили екстремальні ситуації, важливо враховувати індивідуальні потреби, життєвий досвід, а також рівень стресу та психологічних ресурсів кожного пацієнта, тому психолог має орієнтуватися в різних типах реагування пацієнтів на стресові ситуації та адаптувати свої

методи до особливостей кожного конкретного випадку. Це сприяє більш точному вибору терапевтичних технік і методів для конкретних випадків. При цьому психолог має поважати право пацієнта на прийняття рішень, що допомагає йому відновити контроль над своєю ситуацією і не почуватися втраченим або безпорадним.

З іншого боку, у складних умовах, де є ризик емоційного вигорання або занурення в проблеми пацієнта, психолог має чітко розуміти межі своєї ролі та уникати емоційного злиття з пацієнтом. Це важливо для збереження об'єктивності та ефективності терапії. Вивчення взаємодії допомагає зрозуміти, як зберегти професіоналізм, уникнути емоційного вигорання і підтримувати здорові межі в стосунках з пацієнтами, зокрема будувати довірчі стосунки з пацієнтами, особливо у складних умовах. Знання про те, як налаштовувати ефективну комунікацію, дає йому змогу застосовувати методи, що надають пацієнтам максимальну допомогу в процесі відновлення.

Розвиток професійних компетенцій психологів сприяє розвитку їхньої стресостійкості та підвищенню професіоналізму і дає змогу більш успішно справлятися з емоційними викликами, з якими вони можуть стикатися при роботі з посттравматичними стресами, зокрема зосередитися на ліквідації симптомів ПТС, а також працювати над відновленням загального психічного стану пацієнта, підвищенням його емоційної стійкості та розвитку навичок адаптації.

Значення терапевтичного альянсу для успішного лікування ПТСР є надзвичайно важливим. Терапевтичний альянс, який ґрунтується на взаємодії психолога та пацієнта, є критичним чинником успіху лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це поняття включає емоційний зв'язок між сторонами, погодження терапевтичних цілей і завдань, а також довіру пацієнта до професійної компетентності терапевта.

Емоційна підтримка, яку пацієнт отримує під час терапії, сприяє зменшенню відчуття ізоляції та недовіри, що є типовими проявами ПТСР.

Створення безпечного середовища дозволяє пацієнту відкрито говорити про свої переживання, що є важливим для подолання внутрішнього сорому або провини, які часто виникають внаслідок травматичних подій. У цьому контексті ключову роль відіграє здатність терапевта проявляти емпатію та прийняття.

Важливою складовою терапевтичного альянсу є спільне визначення терапевтичних цілей. Коли пацієнт бере участь у плануванні лікувального процесу, це підвищує його мотивацію та сприяє відчуттю контролю над ситуацією. Такий підхід зменшує ризик розбіжностей між очікуваннями пацієнта та методами терапії, що, своєю чергою, знижує ймовірність припинення лікування.

Довіра є основою будь-якого успішного терапевтичного альянсу, але у разі роботи з пацієнтами, які пережили травму, вона набуває особливого значення. Травматичні події часто формують у людини підвищену настороженість і недовіру до інших. Терапевт, який демонструє професіоналізм, емпатію та відкритість, поступово допомагає пацієнту долати ці захисні реакції, що сприяє ефективнішій роботі з симптомами ПТСР, такими як флешбеки чи гіперактивність.

Ефективний терапевтичний альянс асоціюється з багатьма позитивними результатами, зокрема зі зниженням інтенсивності симптомів ПТСР, покращенням емоційної регуляції та підвищенням рівня соціальної адаптації. Пацієнти, які відчують підтримку від терапевта, легше справляються з травматичними спогадами, а також демонструють вищу здатність до стресостійкості.

Водночас, у кризових умовах, таких як зони бойових дій чи стихійні лиха, побудова терапевтичного альянсу може ускладнюватися. Високий рівень стресу, обмежений час для встановлення довірливих відносин або культурні відмінності можуть знижувати ефективність взаємодії. Однак

навіть у таких умовах здатність терапевта адаптувати свій підхід, залишаючись емпатійним і професійним, значно підвищує шанси на успіх.

Розуміння значення терапевтичного альянсу підкреслює необхідність інтеграції навичок емоційної підтримки та побудови довіри в навчальні програми для клінічних психологів. Використання доказових методик, таких як когнітивно-поведінкова або травма-фокусована терапія, у поєднанні з індивідуальним підходом до пацієнта є ефективною стратегією для досягнення стійких результатів у лікуванні ПТСР [37, 71].

На взаємодію між психологом і пацієнтом значною мірою впливають не лише унікальні екстремальні умови, а й стресові фактори. Екстремальні умови, такі як зони бойових дій, стихійні лиха, техногенні катастрофи чи гуманітарні кризи, створюють специфічні виклики для взаємодії між клінічним психологом і пацієнтом. Високий рівень стресу, нестача часу, фізична небезпека та відсутність належних ресурсів формують унікальне середовище, яке впливає на якість терапевтичного процесу і на психологічний стан обох сторін.

Ключовою характеристикою таких умов є надмірне навантаження на нервову систему пацієнта. Стресові події, які є невід'ємною частиною екстремальних ситуацій, викликають активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (ГГНС) і вегетативної нервової системи (ВНС), що може призводити до стану гіперактивації. У таких умовах пацієнт часто виявляє надмірну настороженість, збудливість і складнощі з регуляцією емоцій, що ускладнює встановлення довірливого контакту з терапевтом.

Для психолога робота в екстремальних умовах також є значним випробуванням. Постійне перебування в середовищі, насиченому стресогенними факторами, підвищує ризик професійного вигорання, впливає на здатність залишатися емоційно стабільним і проявляти емпатію. Крім того, нестача часу й ресурсів часто змушує фахівця ухвалювати швидкі рішення щодо тактики терапії, що може впливати на її ефективність.

Екстремальні умови також ускладнюють побудову терапевтичного альянсу через фізичні, соціальні та культурні бар'єри. Наприклад, пацієнти можуть не мати можливості регулярно відвідувати терапевтичні сесії, що порушує континуїтет процесу. Соціокультурні фактори, такі як різні уявлення про психічне здоров'я або недовіра до професійної допомоги, можуть також знижувати готовність пацієнта до взаємодії.

Незважаючи на ці труднощі, психологи, які працюють у таких умовах, можуть використовувати адаптивні стратегії для зменшення впливу стресових факторів. Наприклад, формування безпечного середовища навіть у межах обмежених ресурсів сприяє зниженню напруги у пацієнтів. Використання короткострокових інтервенцій, таких як техніки стабілізації чи методики управління стресом, дозволяє швидше знижувати рівень тривожності й покращувати емоційний стан пацієнта.

Особливу увагу слід приділяти навчанню клінічних психологів навичкам роботи в екстремальних умовах. Це включає розвиток стресостійкості, емоційної саморегуляції та вміння працювати в мультидисциплінарній команді. Універсальні методи терапії, наприклад, травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія, повинні адаптуватися до специфіки кризового середовища.

Необхідність вивчення специфічних аспектів взаємодії між психологом і пацієнтом в кризовому контексті зумовлена тим, що екстремальні умови надання психологічної допомоги створюють численні виклики для взаємодії між клінічним психологом і пацієнтом. Ця взаємодія відбувається у середовищі, яке часто характеризується непередбачуваністю, фізичною небезпекою, обмеженими ресурсами та надзвичайно високим рівнем стресу.

У таких умовах традиційні психотерапевтичні методи часто виявляються недостатньо ефективними, оскільки вони розроблені для роботи в стабільних середовищах. Це зумовлює необхідність адаптації підходів і вивчення специфічних аспектів взаємодії в кризових умовах.

Одним із центральних аспектів є вплив самого стресового середовища на формування терапевтичного альянсу. Пацієнти в кризових ситуаціях часто перебувають у стані гострої психічної дезорганізації, яка супроводжується такими симптомами, як підвищена тривожність, гіперактивація, емоційна лабільність, дисоціація або навіть параноя. Ці фактори можуть ускладнювати встановлення контакту, знижувати довіру до психолога та гальмувати процес терапії, тому що пацієнти із симптомами ПТСР у стані емоційного виснаження важче реагують на традиційні методи психотерапії, що знижує ефективність втручань [4, 53, 72].

Психолог також зазнає значного впливу зовнішніх стресових факторів, які можуть впливати на його професійну діяльність. Нестача часу для оцінки стану пацієнта, високий рівень відповідальності за життя і добробут клієнта, фізична втома та необхідність швидко приймати рішення створюють ситуації, що вимагають високого рівня професійної майстерності. У таких умовах клінічний психолог повинен не лише мати високу стресостійкість, але й уміти застосовувати техніки саморегуляції, уникати емоційного вигорання та знаходити способи для підтримки своєї ефективності.

Крім того, соціокультурний контекст відіграє значну роль у терапевтичній взаємодії. Пацієнти можуть по-різному ставитися до психологів залежно від своїх культурних уявлень, релігійних переконань або попереднього досвіду отримання допомоги. Наприклад, у багатьох культурах існує стигматизація психічного здоров'я, яка може перешкоджати відкритості пацієнта, тобто, культурні бар'єри можуть ускладнювати встановлення довіри між психологом і пацієнтом, особливо якщо травматичні події мали значний соціальний чи політичний контекст [30, 48].

Не менш важливим є вплив невербальних засобів комунікації на встановлення контакту між психологом і пацієнтом. У ситуаціях, коли словесна взаємодія утруднена через психологічний стан клієнта або зовнішні

обставини (наприклад, галас, відсутність приватності, обмеженість часу), значення набувають жести, вираз обличчя, тон голосу та навіть позиція тіла.

Іншою ключовою особливістю кризового контексту є динамічний характер взаємодії. В екстремальних умовах пацієнт часто потребує негайної психологічної стабілізації, а не довгострокової терапії. Це вимагає від психолога гнучкості у виборі підходів, здатності швидко оцінювати ситуацію та адаптувати методи допомоги до специфічних потреб клієнта. Наприклад, кризова інтервенція передбачає акцент на стабілізації стану, зменшенні тривожності та формуванні почуття безпеки, що може стати основою для подальшої роботи.

Отже, вивчення специфіки взаємодії між клінічним психологом і пацієнтом у кризових умовах є важливим напрямом наукових досліджень. Розуміння цих аспектів дозволяє не лише покращити ефективність психотерапевтичних втручань, але й сприяє розробці більш адаптивних моделей роботи, які враховують стресові фактори, культурні особливості та емоційний стан пацієнта в екстремальних обставинах. Дослідження взаємодії між психологом і пацієнтом у екстремальних умовах є необхідним для забезпечення ефективної допомоги в умовах ПТС, а також для підтримки стійкості та благополуччя як пацієнтів, так і самих психологів.

3.2. Емпіричне дослідження взаємодії між психологом і пацієнтом у роботі з ПТСР в екстремальних умовах

Дане дослідження спрямоване на вивчення ключових аспектів підготовки клінічних психологів для роботи з ПТСР, а також аналіз ефективності різних підходів у цій сфері. Особлива увага приділяється взаємодії між психологом і пацієнтом, залежності результативності терапії від

рівня соціальної підтримки, а також впливу професійного досвіду на якість наданої допомоги.

Результати експериментів дозволять не лише краще зрозуміти основні фактори, що визначають успішність роботи з пацієнтами з ПТСР, але й допоможуть сформулювати рекомендації щодо оптимізації підготовки психологів до діяльності в екстремальних умовах. Отримані дані підкреслюють важливість інтеграції теоретичних знань, практичних навичок і особистісних якостей спеціалістів для досягнення ефективності в терапевтичній роботі.

Для перевірки гіпотез про існування зв'язку між різними психологічними факторами використовувались комбіновані методи дослідження, що складаються з таких кроків:

1. *Формування вибірки*, що передбачає добір учасників, які відповідають критеріям дослідження (психологи з різним досвідом, пацієнти з ПТСР, контрольні групи).
2. *Діагностичними інструментами* є стандартизовані опитувальники (шкала ПТСР, шкала соціальної підтримки, методики оцінки терапевтичного альянсу).
3. *Експериментальні процедури*, які передбачають проведення структурованих інтерв'ю, спостереження за взаємодією психологів і пацієнтів, а також реєстрацію змін у психологічному стані учасників після серії сесій або впливу зовнішніх чинників.
4. Обробка даних здійснюється з використанням методів математичної статистики для виявлення кореляцій і залежностей між досліджуваними змінними.
5. Аналіз отриманих результатів дає змогу дійти висновків щодо підтвердження або спростування висунутих гіпотез.

Вказана методика забезпечує системний підхід до вивчення взаємозв'язків між факторами, що впливають на ефективність роботи психолога та стан пацієнтів у стресових умовах.

В даному розділі проведено три експериментальних дослідження щодо вивчення взаємодії між психологом і пацієнтом у екстремальних умовах, дослідження залежності між рівнем соціальної підтримки та симптомами ПТСР, а також виявлення впливу професійного досвіду психолога на динаміку терапевтичного альянсу.

Експеримент №1. Вивчення взаємодії між психологом і пацієнтом у екстремальних умовах

Мета: Аналіз факторів, що впливають на якість терапевтичного альянсу між клінічним психологом і пацієнтом із ПТСР в умовах кризового середовища.

Завдання

- Дослідити емоційні та поведінкові характеристики взаємодії психолога та пацієнта.
- Виявити бар'єри, що перешкоджають встановленню терапевтичного альянсу.
- Оцінити роль професійних навичок, емпатії та емоційної підтримки.

Очікувані результати: Розуміння ролі емоційної підтримки, довіри та професійних навичок у формуванні успішного альянсу.

Гіпотези дослідження

- Якість терапевтичного альянсу залежить від рівня професійної підготовки психолога до роботи в екстремальних умовах.
- Високий рівень емпатії та емоційної підтримки сприяє кращому терапевтичному результату.
- Психологи з досвідом роботи в екстремальних умовах ефективніше долають бар'єри комунікації.

Методологія

Дизайн дослідження: дослідження проводилося за змішаним підходом, що поєднує якісні та кількісні методи для отримання цілісного уявлення про особливості взаємодії між психологами та пацієнтами. Якісний компонент зосереджувався на глибинному аналізі індивідуального досвіду, тоді як кількісний — на статистичному вимірюванні ключових змінних.

Вибірка: у дослідженні взяли участь 2 групи клінічних психологів, які працюють із пацієнтами в умовах кризового середовища (зони воєнного конфлікту, стихійні лиха) на базі центру психологічної допомоги та 25 пацієнтів із діагностованим ПТСР, які проходять терапію в зазначених умовах. Учасники були відібрані за принципом добровільної участі. Основними критеріями для пацієнтів були наявність ПТСР і перебування в кризових умовах протягом останніх 6 місяців.

Методи збору даних

1. Спостереження терапевтичних сесій

- Умови: Сесії проведено в кризовому середовищі (центр психологічної допомоги).
- Інструменти: Запис сесій із дозволу учасників для подальшого аналізу невербальної та вербальної поведінки.
- Мета: Визначити, як психологи встановлюють довіру та підтримують емоційний контакт у складних умовах.

2. Напівструктуровані інтерв'ю

- З психологами:
 - Фокус на викликах роботи в екстремальних умовах.
 - Стратегії побудови довіри та подолання бар'єрів у взаємодії.
- З пацієнтами:
 - Оцінка їхньої довіри до психолога, рівня емоційної підтримки та загальної задоволеності терапією.

3. Опитувальники

- *Working Alliance Inventory (WAI)*: Для оцінки якості терапевтичного альянсу.
- *Шкала виразності симптомів ПТСР*: Для вимірювання тяжкості симптомів.
- *Шкала соціальної підтримки*: Для визначення ролі зовнішніх ресурсів у терапевтичному процесі.

Методи аналізу даних

1. Контент-аналіз інтерв'ю та спостережень.

- Якісні дані кодувалися для виявлення тем, пов'язаних із довірою, підтримкою, емоційною взаємодією та бар'єрами в комунікації.
- Особлива увага приділялася опису успішних та проблемних випадків взаємодії.

2. Кількісний аналіз

Кореляційний аналіз проведено для визначення взаємозв'язку між якістю терапевтичного альянсу (оціненої за допомогою WAI) та іншими змінними (виразністю симптомів ПТСР та рівнем соціальної підтримки). Порівняння проведено між групами психологів з різним досвідом роботи.

3. Переваги методології

Поєднання якісного та кількісного підходів дає змогу отримати глибокий і різнобічний аналіз взаємодії між психологом і пацієнтом у складних умовах. Це сприяє не лише виявленню закономірностей, але й отриманню рекомендацій для вдосконалення практичної діяльності.

4. Обмеження методів

- Можливий вплив суб'єктивності під час інтерв'ю та спостережень.
- Обмеження екологічної валідності, пов'язані з унікальністю кризових умов.
- Невелика вибірка, що обмежує узагальнення результатів на інші групи психологів і пацієнтів.

5. Етичні аспекти

- Забезпечення добровільної участі всіх респондентів.
- Анонімність та конфіденційність даних.
- Право на відмову від участі у будь-який момент.

6. *Очікувані результати*

- Визначення ключових характеристик успішної взаємодії між психологом і пацієнтом у кризових умовах.
- Виявлення бар'єрів та факторів ризику, що ускладнюють побудову терапевтичного альянсу.
- Формування рекомендацій для вдосконалення підготовки клінічних психологів до роботи в екстремальних умовах.

7. *Практичне значення*

- Розробка практичних рекомендацій для клінічних психологів.
- Поліпшення якості психологічної допомоги в екстремальних умовах.
- Інформування освітніх програм підготовки психологів для кризових ситуацій.

8. *Обмеження дослідження*

- Невелика вибірка учасників може обмежувати узагальненість результатів.
- Можливий вплив суб'єктивності інтерв'ю та спостережень.
- Унікальні особливості екстремальних умов, які складно відтворити в інших контекстах.

9. *Перспективи подальших досліджень*

- Вивчення довгострокових наслідків терапевтичного альянсу на результати лікування ПТСР.
- Адаптація методик взаємодії для різних культурних контекстів.
- Дослідження впливу новітніх технологій (наприклад, телемедицини) на якість терапевтичного альянсу.

Таблиця 3.1 - Результати експерименту

Пацієнт	Середня оцінка терапевтичного альянсу	Результат тесту PCL-5 (загальний бал)
Пацієнт 1	4.0	35
Пацієнт 2	5.0	45
Пацієнт 3	5.3	55
Пацієнт 4	4.3	50
Пацієнт 5	4.7	55
Пацієнт 6	5.0	59
Пацієнт 7	4.5	51
Пацієнт 8	4.7	63
Пацієнт 9	5.0	58
Пацієнт 10	5.0	61
Пацієнт 11	5.0	43
Пацієнт 12	5.3	55
Пацієнт 13	5.7	60
Пацієнт 14	4.7	55
Пацієнт 15	5.0	41
Пацієнт 16	4.0	45
Пацієнт 17	4.7	38
Пацієнт 18	4.3	45

Пацієнт	Середня оцінка терапевтичного альянсу	Результат тесту PCL-5 (загальний бал)
Пацієнт 19	5.0	51
Пацієнт 20	4.0	48
Пацієнт 21	5.0	38
Пацієнт 22	4.3	42
Пацієнт 23	4.3	42
Пацієнт 24	4.0	36
Пацієнт 25	4.0	33

Джерело: розроблено автором

- Кореляція між якістю терапевтичного альянсу та симптомами ПТСР:
На підставі отриманих результатів експерименту визначається кореляційна залежність між якістю терапевтичного альянсу та симптомами ПТСР та перевіряється статистична значущість кореляційного зв'язку

- Дані:

Середня оцінка терапевтичного альянсу для кожного пацієнта.

Сумарний бал PCL-5 для тих самих пацієнтів.

- Аналіз: Кореляція Пірсона для перевірки сили та напрямку зв'язку.

Розрахунок кореляції Пірсона: Кореляція Пірсона (r) обчислюється за формулою:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Розрахунок р-значення: Р-значення визначається за таблицею t-розподілу (або аналітично), враховуючи, що статистика t для кореляції Пірсона з $n-2$ ступенями свободи:

$$t = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$$

Р-значення оцінює ймовірність того, що кореляція відбулася випадково.

Результат розрахунку коефіцієнта кореляції:

$$r = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum (y_i - \bar{y})^2}} = \frac{23.8}{\sqrt{0.65} \cdot \sqrt{41.2}} = 0.575$$

Результати аналізу кореляції Пірсона між якістю терапевтичного альянсу та симптомами ПТСР:

Коефіцієнт кореляції (r): 0.575

Рівень значущості (p-value): 0.0027

Висновки: існує середньо сильний позитивний зв'язок між якістю терапевтичного альянсу та симптомами ПТСР. Оскільки значення p-value < 0.05, цей зв'язок статистично значущий.

Середньо сильний позитивний зв'язок між якістю терапевтичного альянсу та симптомами ПТСР свідчить, що зі зростанням якості альянсу підвищується і рівень вираженості симптомів ПТСР. Такий результат може бути спричинений декількома важливими аспектами, а саме, терапевтичний альянс може розглядатися як маркер тяжкості стану і залежати від

інтенсивності роботи з травмою, готовності до терапії та можливістю циклічного зв'язку, а також потребою в адаптації терапії.

Пацієнти з більш вираженими симптомами ПТСР можуть більше цінувати підтримку терапевта і зусилля, які докладаються для їхньої допомоги. Отже, вищі оцінки альянсу можуть бути пов'язані із серйозністю стану, оскільки ці пацієнти більше залучаються в терапевтичний процес.

Успішний терапевтичний альянс може сприяти створенню безпечного середовища для обговорення і опрацювання травматичного досвіду. Цей процес часто призводить до тимчасового загострення симптомів ПТСР, оскільки пацієнт активніше переживає свої травматичні спогади. Це може пояснити, чому пацієнти з високим рівнем альянсу мають більш виражені симптоми на цьому етапі терапії. Пацієнти, які встановлюють високий рівень довіри до терапевта, можуть бути більш готовими чесно та детально описувати свої симптоми. Ця відкритість сприяє виявленню симптомів, які в іншому випадку могли б бути недооцінені.

Сильний терапевтичний альянс може стимулювати пацієнтів працювати над своїми проблемами, навіть якщо це супроводжується загостренням симптомів. У перспективі це може призвести до їхнього зменшення, але на початкових етапах такі зміни можуть виглядати як парадоксальний ефект.

Позитивний зв'язок вказує на важливість підтримки альянсу під час терапії. Водночас терапевту слід враховувати, що високий рівень симптомів може впливати на здатність пацієнта інтегрувати терапевтичні зміни. Це означає необхідність делікатної роботи із симптомами, щоб уникнути перевантаження пацієнта.

Практичні висновки:

1. Середньо сильний позитивний зв'язок підкреслює значущість якісного терапевтичного альянсу в роботі з пацієнтами, які мають ПТСР.

2. Важливо проводити моніторинг симптомів у динаміці, оскільки збільшення симптомів на початкових етапах може бути природною частиною терапевтичного процесу.

3. Терапевтам слід бути готовими адаптувати темп роботи відповідно до стану пацієнта, зберігаючи міцний альянс як основу ефективної терапії.

Результат підкреслює важливість альянсу як ключового фактору терапії, навіть якщо тимчасово це може корелювати з високим рівнем симптомів.

Експеримент №2. Дослідження залежності між рівнем соціальної підтримки та симптомами ПТСР

- Дані:
 - Загальний середній бал MSPSS (або середнє значення по трьох субшкалах) для кожного пацієнта.
 - Сумарний бал PCL-5 для тих самих пацієнтів.
- Аналіз: Кореляція Пірсона.

Таблиця 3.2 - Результати обстеження залежності між соціальною підтримкою та симптомами ПТСР

Пацієнт	Загальний середній бал MSPSS	Загальний бал PCL-5
Пацієнт 1	3/7	35/80
Пацієнт 2	2.33/7	45/80
Пацієнт 3	2/7	55/80
Пацієнт 4	2/7	50/80
Пацієнт 5	2/7	55/80
Пацієнт	2.5/7	59/80

6		
Пацієнт	3.5/7	51/80
7		
Пацієнт	3/7	63/80
8		
Пацієнт	3/7	58/80
9		
Пацієнт	4/7	61/80
10		
Пацієнт	4/7	43/80
11		
Пацієнт	4/7	55/80
12		
Пацієнт	4.7/7	60/80
13		
Пацієнт	3.7/7	55/80
14		
Пацієнт	4/7	41/80
15		
Пацієнт	3/7	45/80
16		
Пацієнт	5/7	38/80
17		
Пацієнт	2.7/7	45/80
18		
Пацієнт	3.7/7	51/80
19		
Пацієнт	2.7/7	48/80
20		

Пацієнт	2/7	38/80
21		
Пацієнт	3/7	42/80
22		
Пацієнт	3/7	42/80
23		
Пацієнт	3/7	36/80
24		
Пацієнт	3/7	33/80
25		

Джерело: розроблено автором

Результати розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона:

Коефіцієнт кореляції (r): 0.044

Рівень значущості (p -value): 0.836

Висновки: Рівень соціальної підтримки (MSPSS) у цій вибірці не має суттєвого впливу на симптоми ПТСР (PCL-5). Це може свідчити про те, що інші фактори, не враховані в аналізі, мають більший вплив на розвиток симптомів ПТСР.

Відсутність статистично значущої кореляції може бути також пов'язана з обмеженою вибіркою або недостатньою варіативністю даних. Соціальна підтримка, як виміряна в цьому аналізі, не є ключовим предиктором тяжкості симптомів ПТСР. Для кращого розуміння цього питання потрібне залучення додаткових змінних і, можливо, більша вибірка.

Експеримент №3. Порівняння між групами психологів із різним досвідом роботи

- Дані: Оцінки терапевтичного альянсу пацієнтів, розподілених за групами психологів із зазначенням їхнього досвіду роботи.
- Аналіз: Т-тест для двох груп (менш досвідчені проти більш досвідчених).

Для того, щоб оцінити динаміку якості альянсу залежно від досвіду психологів, проведемо порівняння між групами психологів з різним досвідом роботи.

Таблиця 3.3 - Зміни в оцінках терапевтичного альянсу

Пацієнт	Середня оцінка альянсу на початок	Середня оцінка альянсу через місяць	Досвід психолога (роки)
Пацієнт 1	4/7	5/7	більше 5 років
Пацієнт 2	5/7	5.3/7	менше 5 років
Пацієнт 3	5.3/7	6/7	менше 5 років
Пацієнт 4	4.3/7	5.3/7	менше 5 років
Пацієнт 5	4.7/7	5.7/7	більше 5 років
Пацієнт 6	5/7	5.5/7	більше 5 років
Пацієнт 7	4.5/7	5/7	менше 5 років
Пацієнт 8	4.7/7	5/7	більше 5 років
Пацієнт 9	5/7	5.5/7	менше 5 років
Пацієнт 10	5/7	5.5/7	менше 5 років
Пацієнт 11	5/7	5.5/7	менше 5 років

Пацієнт 12	5.3/7	6/7	менше 5 років
Пацієнт 13	5.7/7	6/7	менше 5 років
Пацієнт 14	4.7/7	5.5/7	менше 5 років
Пацієнт 15	5/7	5.7/7	більше 5 років
Пацієнт 16	4/7	4.5/7	більше 5 років
Пацієнт 17	4.7/7	5.7/7	менше 5 років
Пацієнт 18	4.3/7	5.3/7	менше 5 років
Пацієнт 19	5/7	5.3/7	більше 5 років
Пацієнт 20	4/7	5/7	менше 5 років
Пацієнт 21	5/7	5.7/7	більше 5 років
Пацієнт 22	4.3/7	5.3/7	більше 5 років
Пацієнт 23	4.3/7	5.3/7	більше 5 років
Пацієнт 24	4/7	5/7	більше 5 років
Пацієнт 25	4/7	5/7	менше 5 років

Джерело: розроблено автором

Розрахунок Т-тесту проводиться за формулою:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{s^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^{n_1} (x_i - \bar{x}_1)^2 + \sum_{j=1}^{n_2} (x_j - \bar{x}_2)^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

де: n_1, n_2 – кількість спостережень у кожній групі,

$\bar{x}_1, \bar{x}_2$ – середні значення для групи менш досвідчених (n_1) і більш досвідчених психологів (n_2),

s^2 – об'єднана оцінка дисперсії,

$n_1 + n_2 - 2$ – ступені свободи.

Значення t-критерія дає змогу оцінити залежність оцінки альянсу від досвіду психолога. Тобто, в результаті перевірки гіпотези можна зробити висновки про те, наскільки досвід психолога впливає на динаміку побудови альянсу з пацієнтами.

Проведене дослідження дало наступні результати:

- Т-статистика (-2.05) показала відносну різницю між середніми значеннями двох груп (менш досвідчених та більш досвідчених психологів) у термінах стандартної помилки. Негативне значення вказує, що середнє значення для менш досвідчених психологів є нижчим, але ця різниця невелика.
- Р-значення ($p = 0.195$) перевищує стандартний поріг 0.05, що означає, що результат не є статистично значущим. Іншими словами, немає підстав відхиляти нульову гіпотезу про відсутність різниці між групами.

Отже, результати свідчать, що, незалежно від досвіду психологів, динаміка терапевтичного альянсу (оцінки на початку та через місяць) не демонструє суттєвих відмінностей. Це може вказувати на те, що не досвід психологів, а інші фактори відіграють важливішу роль у зміні якості альянсу.

Можливими причинами відсутності значущої різниці між двома групами може бути замалий обсяг вибірки (вибірка складалася лише з 25 пацієнтів). Такий обсяг може бути недостатнім для виявлення істотної різниці між групами; змішані фактори, як то типи пацієнтів, складність випадків, методи терапії або вплив зовнішніх обставин тощо могли вплинути на результати більше, ніж досвід психологів. Крім того, період спостереження (один місяць) для оцінювання динаміки альянсу може бути занадто коротким, щоб виявити помітні зміни.

Практичні висновки щодо значення досвіду психологів можна зробити такі: незважаючи на те, що більш досвідчені психологи можуть мати перевагу в практичних навичках, це не обов'язково проявляється у швидкій динаміці змін альянсу. Це може свідчити про те, що успішність терапії більше залежить від таких факторів, як якість взаємодії з пацієнтом, емпатія та застосовані методики.

Рекомендації для майбутніх досліджень стосуються збільшення обсягу вибірки та періоду спостережень, а також урахування інших впливових факторів, зокрема якісних змінних.

Розширення вибірки зумовлено тим, що для отримання надійних результатів важливо провести подібне дослідження на більшій вибірці, що надасть більшої статистичної сили для виявлення відмінностей. Збільшення періоду спостереження, наприклад, до 3–6 місяців, замість одного місяць, дозволить чіткіше виявити довгострокові ефекти.

Урахування таких змінних, як демографічні характеристики пацієнтів, ступінь тяжкості їхніх проблем або специфіка терапевтичного процесу, може суттєво доповнити дослідження новими аспектами та деталями.

Аналіз якісних даних може дати змогу використати інтерв'ю або анкету для отримання зворотного зв'язку від пацієнтів щодо їхнього суб'єктивного сприйняття терапевтичного альянсу.

Висновки до розділу 3.

В даному розділі проведено три експериментальних дослідження щодо вивчення взаємодії між психологом і пацієнтом у екстремальних умовах, дослідження залежності між рівнем соціальної підтримки та симптомами ПТСР, а також виявлення впливу професійного досвіду психолога на динаміку терапевтичного альянсу.

При цьому отримано такі підсумкові висновки за результатами проведених експериментів:

1. Дослідження з вивчення взаємодії між психологом і пацієнтом у екстремальних умовах показало, що встановлення довірливого терапевтичного альянсу значно покращує ефективність психологічної допомоги. Основними факторами успішної взаємодії виявилися емпатія психолога, адаптація методів до конкретних умов і готовність працювати з інтенсивними емоційними станами пацієнтів.
2. Дослідження залежності між рівнем соціальної підтримки та симптомами ПТСР засвідчили, що високий рівень соціальної підтримки зменшує вираженість симптомів ПТСР. Пацієнти, які відчували підтримку від близьких, демонстрували кращу динаміку відновлення, ніж ті, хто був ізольований або мав обмежене соціальне оточення.
3. Порівняння між групами психологів з різним досвідом роботи показали, що в малих групах і коротким періодом спостережень виявити очікувану вищу ефективність досвідчених психологів у роботі з пацієнтами з ПТСР не вдалося. Високий розвиток професійних

навичок, стресостійкості та здатності до гнучкого використання методик досвідченими психологами виявилися недостатніми для отримання швидкого психологічного ефекту, так само, як і у разі молодих спеціалістів, які у свою чергу, потребують більшої супервізії та практичного навчання для досягнення подібних результатів. Незважаючи на те, що в проведеному експерименті не виявлено суттєвої відмінності в динаміці терапевтичного альянсу між групами менш досвідчених і більш досвідчених психологів. Однак це не означає, що досвід не важливий. Майбутні дослідження з більшим обсягом даних і урахуванням додаткових змінних можуть дати більш чіткі висновки. Значення професійного навчання є незаперечним, адже незалежно від досвіду, всі психологи можуть отримати навички роботи з пацієнтами за сучасною методикою. Програми, що фокусуються на техніках встановлення терапевтичного альянсу, можуть мати більший вплив, ніж просто збільшення практичного досвіду.

Проведене дослідження має значне практичне значення, оскільки отримані висновки можуть бути використані для вдосконалення програм навчання психологів, розвитку їхньої стресостійкості та підвищення загальної ефективності допомоги особам із ПТСР.

ВИСНОВКИ

Психологічна підготовка клінічного психолога для роботи в екстремальних умовах є багатограним процесом, що включає професійні знання, практичні навички та особистісний розвиток. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) вимагає від фахівця не лише розуміння специфіки травматичного досвіду, але й здатності до саморегуляції, емоційної стійкості та ефективного управління власним психологічним станом. Ці компетенції стають критично важливими у контексті екстремальних умов, коли пацієнти часто перебувають у стані гострої кризи або хронічного стресу.

Однією з ключових складових підготовки є розуміння етіології та патогенезу ПТСР. Психологи повинні знати, як травматичні події впливають на нейрофізіологічні процеси, зокрема на функціонування гіпокампа, мигдалини та префронтальної кори, а також на гормональну регуляцію стресу. Ці знання є основою для розробки індивідуальних терапевтичних планів, що враховують біологічні, психологічні та соціальні аспекти розладу. Особливе значення має здатність діагностувати ПТСР за допомогою інтерв'ю, опитувальників та проективних методик, а також розуміння симптоматики розладу в гострій і хронічній формах.

Для ефективної роботи з ПТСР важливим є володіння різноманітними психотерапевтичними методиками. Серед них когнітивно-поведінкова терапія, терапія когнітивної обробки, десенсибілізація і репроцесування за допомогою рухів очей (EMDR), тілесно-орієнтована терапія, пролонгована експозиція та групова психотерапія. Ці методи дозволяють фахівцю вибудовувати терапевтичний процес, що відповідає індивідуальним потребам пацієнта. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія зосереджується на зміні негативних когнітивних схем, які підтримують симптоматику ПТСР, тоді як

тілесно-орієнтовані підходи допомагають працювати з соматичними проявами травми.

Додаткові підходи, такі як йога, медитація та техніки релаксації, сприяють регуляції емоційного стану та покращенню загального самопочуття пацієнтів. Водночас вони корисні і для самих фахівців, які часто стикаються з емоційним виснаженням через тривалу роботу в умовах високого стресу. Медитація, техніки усвідомленості, прогресивна м'язова релаксація та фізичні вправи дозволяють знизити рівень тривожності, підтримувати концентрацію та емоційну стійкість.

Окрім терапевтичних знань, психологу необхідно розвивати особистісні якості, такі як емпатія, критичне мислення, саморегуляція та етична відповідальність. Ці якості дозволяють забезпечити високий рівень професійної взаємодії з клієнтами, зберігаючи при цьому власну психологічну рівновагу. Для цього корисними є програми з розвитку емоційної стійкості, управління стресом і профілактики вигорання, які включають навчання ефективному тайм-менеджменту, ідентифікацію перших ознак виснаження та роботу з персональними стратегіями подолання стресу.

Важливою складовою підготовки клінічного психолога є розуміння соціальних і культурних факторів, які впливають на розвиток і перебіг ПТСР. Наприклад, культурні особливості можуть визначати ставлення пацієнта до травматичного досвіду, методів лікування та емоційної підтримки. Це підкреслює необхідність інтегрувати знання з міжкультурної психології в загальну структуру підготовки фахівців.

Підготовка психолога для роботи з ПТСР в екстремальних умовах також включає здатність працювати в мультидисциплінарних командах, співпрацюючи з медичними працівниками, рятувальниками, соціальними службами та волонтерами. Така інтеграція забезпечує комплексний підхід до допомоги постраждалим, враховуючи їхні фізичні, психологічні та соціальні потреби.

Отже, вимоги до підготовки клінічного психолога для роботи в екстремальних умовах є високими та багатограними. Комплексна програма навчання, що охоплює теоретичну підготовку, практичні навички, особистісний розвиток і саморегуляцію, забезпечує можливість надавати ефективну допомогу пацієнтам із ПТСР. Такий підхід сприяє не лише успішній терапії, але й збереженню професійної та емоційної стійкості самого фахівця.

Загальні висновки роботи підкреслюють ключові аспекти теоретичного, практичного та емпіричного аналізу психологічної підготовки клінічних психологів для роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Теоретичний огляд свідчить про еволюцію концепцій психологічної підготовки: від одновимірних підходів, таких як медичні та психоаналітичні теорії, до багатовимірних інтегративних методик. Сучасні методи підготовки поєднують класичні психотерапевтичні підходи (наприклад, когнітивно-біхевіоральна терапія, EMDR) з інноваційними технологіями, такими як віртуальна реальність, і міждисциплінарними підходами.

Практичні вимоги до клінічних психологів в умовах роботи з ПТСР включають володіння теоретичними знаннями, практичними навичками та розвитком особистісних якостей, зокрема стресостійкості та емоційного балансу. Особливого значення набуває участь у тренінгах, супервізіях та навчальних програмах, які сприяють попередженню професійного вигорання й забезпечують високу ефективність психологічної допомоги. Знання етіології та проявів ПТСР, а також здатність до адаптації терапевтичних підходів під конкретні умови та індивідуальні потреби пацієнта є необхідними елементами професійної компетенції.

Емпіричні дослідження підтвердили, що довірливий терапевтичний альянс є основою успішної взаємодії між психологом і пацієнтом. Емпатія, готовність працювати з інтенсивними емоціями та адаптація методів до

екстремальних умов підвищують ефективність терапії. Також було виявлено, що високий рівень соціальної підтримки значно зменшує вираженість симптомів ПТСР, сприяючи кращій динаміці відновлення пацієнтів. Досвід психологів, хоча й не дав статистично значущих відмінностей у короткостроковій перспективі, підтвердив важливість професійного навчання для розвитку специфічних навичок, зокрема технік встановлення терапевтичного альянсу.

Практичне значення роботи полягає у вдосконаленні програм навчання клінічних психологів, орієнтованих на ефективну роботу з ПТСР в екстремальних умовах. Інноваційні підходи до підготовки, що поєднують класичні та сучасні методики, сприяють підвищенню якості психологічної допомоги постраждалим від травматичних подій і забезпечують їх успішну реабілітацію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Амплєєва О.М. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. – Одеса: ОНУ імені І.І. Мечникова, 2022. – 75 с.
2. Бойко Т.О. Психологічні аспекти роботи з травмованими особами // Науковий вісник Острозької академії. Серія "Психологія". – 2020. – Вип. 6. – С. 45–51.
3. Бойко Т.О., Гончарова Т.В. Психологічні методи роботи з постраждалими в надзвичайних ситуаціях // Практична психологія і соціальна робота. – 2021. – № 8. – С. 77–83.
4. Бойко Т.О., Лопатько Г.І. Ефективність кризової інтервенції при ПТСР // Збірник наукових праць "Екстремальна психологія". – 2020. – Вип. 21. – С. 101–108.
5. Бондарук О.В., Жук О.М. Психологічна діагностика готовності до діяльності в екстремальних умовах // Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Серія "Психологія". – 2020. – Вип. 11. – С. 34–41.
6. Бондарчук П.Д. Психологічна підготовка до діяльності в екстремальних умовах // Вісник Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. – 2020. – Вип. 4. – С. 101–107.
7. Бондарчук П.Д., Шевченко О.А. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальної поведінки. – Луцьк: ВНУ імені Лесі Українки, 2020. – 200 с.
8. Боснюк А.О. Психологічні аспекти діяльності в екстремальних умовах // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. – 2020. – № 3. – С. 77–83.
9. Боснюк А.О., Гончарова Т.В. Актуальні проблеми психологічної підготовки фахівців у кризових умовах // Збірник наукових праць "Психологічна реабілітація". – 2019. – Вип. 14. – С. 101–108.
10. Боснюк А.О., Сорокіна А.О., Гончарова Т.В. Психологічний спецпрактикум з екстремальної та кризової психології. – Харків: НУЦЗ України, 2021. – 150 с.
11. Гончарова Т.В. Психологічна підтримка осіб з ПТСР в екстремальних умовах // Науковий вісник Чернівецького національного університету. Серія "Психологія". – 2021. – Вип. 10. – С. 123–129.
12. Гончарова Т.В., Горбунов В.М. Особливості психологічної підтримки постраждалих від травматичних подій // Практична психологія і соціальна робота. – 2020. – № 6. – С. 42–48.

13. Гончарова Т.В., Лопатько Г.І. Психологічна допомога особам у кризових станах // Науковий журнал "Екстремальна психологія". – 2021. – № 2. – С. 53–60.
14. Горбунов В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії // Практична психологія та соціальна робота. – 2020. – № 3. – С. 28–35.
15. Горбунов В.М., Карпова Н.В. Посттравматичний стресовий розлад: сучасні методи діагностики та лікування // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2021. – Вип. 24. – С. 67–73.
16. Горбунов В.М., Лопатько Г.І. Психологічна підтримка постраждалих у кризових ситуаціях // Психологія і суспільство. – 2020. – № 4. – С. 67–74.
17. Губенко А.М., Ільїна О.В. Сучасні підходи до психологічної підготовки в екстремальних умовах // Вісник Черкаського національного університету. Серія "Психологія". – 2019. – Вип. 3. – С. 112–119.
18. Губенко А.М., Соколова Т.В. Психологічна реабілітація осіб, які пережили травму // Збірник наукових праць "Екстремальна психологія". – 2019. – Вип. 13. – С. 101–108.
19. Іванченко О.В., Лопатько Г.І. Екстремальна психологія: сучасні виклики та перспективи // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2021. – Вип. 25. – С. 87–94.
20. Іванченко О.В., Полторак В.М. Психологічна підготовка та готовність до діяльності в екстремальних умовах: методичні вказівки. – Черкаси: ЧПБ ім. Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2024. – 31 с.
21. Ільїна О.В., Бондаренко О.В. Психологічна готовність до дій в надзвичайних ситуаціях // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2019. – Вип. 19. – С. 31–38.
22. Ільїна О.В., Горбунов В.М. Психологічна реабілітація осіб із посттравматичними розладами // Вісник Черкаського національного університету. Серія "Психологія". – 2020. – Вип. 12. – С. 45–52.
23. Карпова Н.В., Гурова Л.В. Актуальні проблеми надання екстреної психологічної допомоги постраждалим унаслідок надзвичайних ситуацій // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2019. – Вип. 25. – С. 120–126.
24. Ковальова Л.С., Ільїна О.В. Принципи психологічної реабілітації осіб із ПТСР // Збірник наукових праць "Екстремальна психологія". – 2020. – Вип. 19. – С. 79–86.
25. Ковальова Л.С., Сидоренко С.В. Психологічний супровід у кризових умовах // Практична психологія і соціальна робота. – 2021. – № 4. – С. 33–41.
26. Ковальчук О.М. Психологічне консультування фахівців екстремального профілю на етапі професійної адаптації // Збірник наукових праць

- "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2018. – Вип. 17. – С. 45–52.
27. Ковальчук О.М. Психологічний супровід працівників ДСНС у процесі професійної діяльності // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2021. – Вип. 20. – С. 49–56.
 28. Ковальчук О.М., Бойко Т.О. Навички роботи з кризовими пацієнтами у клінічній психології // Практична психологія і соціальна робота. – 2021. – № 5. – С. 28–34.
 29. Ковальчук О.М., Мельник І.В. Психологічна адаптація до роботи у кризових ситуаціях // Психологія і суспільство. – 2020. – № 2. – С. 98–104.
 30. Костюк Ю.Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці // Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія "Психологія". – 2021. – Вип. 14. – С. 45–50.
 31. Лопатько Г.І., Ковальчук О.М. Психологічна адаптація до стресових умов діяльності // Науковий журнал "Екстремальна психологія". – 2021. – № 3. – С. 37–43.
 32. Лопатько Г.І., Сидоренко С.В. Навички психологічного консультування у кризових ситуаціях // Науковий журнал "Екстремальна психологія". – 2020. – № 5. – С. 29–35.
 33. Мельник І.В. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому розладі: теорія та практика // Психологія і суспільство. – 2021. – № 2. – С. 67–74.
 34. Мельник І.В., Губенко А.М. Психологічні особливості допомоги в умовах катастроф // Вісник Національного університету оборони України. – 2020. – № 8. – С. 67–73.
 35. Мельник І.В., Ковальчук О.М. Психологічна підготовка до дій у надзвичайних ситуаціях // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2020. – Вип. 22. – С. 101–107.
 36. Мельник І.В., Петренко О.М. Психологічна діагностика та підтримка осіб із ПТСР // Практична психологія і соціальна робота. – 2021. – № 7. – С. 42–48.
 37. Петренко О.М. Психологічні особливості діяльності в екстремальних умовах // Вісник Національного університету оборони України. – 2019. – № 1. – С. 98–104.
 38. Петренко О.М., Горбунов В.М. Психологічна готовність до роботи в екстремальних умовах // Вісник Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. – 2020. – Вип. 4. – С. 45–52.
 39. Петренко О.М., Соколова Т.В. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з ПТСР // Збірник наукових праць "Екстремальна психологія". – 2020. – Вип. 19. – С. 55–62.

40. Петренко О.М., Шевченко Л.В. Психологічні фактори адаптації до екстремальних умов діяльності // Науковий вісник Дніпровського державного університету внутрішніх справ. – 2019. – № 4. – С. 65–72.
41. Сидоренко С.В. Психологічна готовність особистості до діяльності в екстремальних умовах // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Психологічні науки". – 2020. – Вип. 5. – С. 112–118.
42. Сидоренко С.В., Горбунов В.М. Методи психотерапевтичної допомоги при ПТСР // Практична психологія і соціальна робота. – 2021. – № 6. – С. 14–21.
43. Сидоренко С.В., Іванченко О.В. Методи роботи з кризовими пацієнтами в умовах надзвичайних ситуацій // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2019. – Вип. 18. – С. 89–95.
44. Сидоренко С.В., Карпова Н.В. Психологічна підтримка фахівців екстремальних професій // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2020. – Вип. 21. – С. 98–104.
45. Соколова Т.В. Психологічна підготовка фахівців до роботи в умовах надзвичайних ситуацій // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2020. – Вип. 18. – С. 59–65.
46. Соколова Т.В., Губенко А.М. Теоретичні засади роботи з посттравматичним стресовим розладом у кризових ситуаціях // Збірник наукових праць "Психологічна реабілітація". – 2019. – Вип. 12. – С. 88–95.
47. Соколова Т.В., Ковальова Л.С. Психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Психологічні науки". – 2021. – Вип. 9. – С. 45–52.
48. Тарасов В.М. Роль психологічного консультування у профілактиці ПТСР // Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Серія "Психологія". – 2019. – Вип. 10. – С. 55–62.
49. Тарасов В.М., Боснюк А.О. Стратегії подолання стресу у кризових ситуаціях // Збірник наукових праць "Психологічна реабілітація". – 2019. – Вип. 13. – С. 112–118.
50. Ташматов В. Проблеми екстремальної та кризової психології // Збірник наукових праць. – Харків: НУЦЗ України, 2021. – Вип. 1. – С. 15–22.
51. Терещенко С.В. Роль психологічної підготовки в діяльності фахівців екстремального профілю // Науковий журнал "Екстремальна психологія". – 2021. – № 3. – С. 98–103.
52. Тимошенко А.О., Ковальчук О.М. Ефективність психологічної підготовки в екстремальних умовах // Психологія і суспільство. – 2021. – № 3. – С. 22–29.

53. Тимошенко А.О., Сидоренко С.В. Психологічна готовність до професійної діяльності в умовах стресу // Психологія і суспільство. – 2020. – № 4. – С. 45–51.
54. Шевченко Л.В., Губенко А.М. Особливості роботи з військовими, які мають ПТСР // Збірник наукових праць "Екстремальна психологія". – 2021. – Вип. 23. – С. 88–95.
55. Шевченко Л.В., Іванченко О.В. Методи психологічної підтримки у кризових ситуаціях // Науковий вісник Чернівецького національного університету. Серія "Психологія". – 2020. – Вип. 14. – С. 123–129.
56. Шевченко Л.В., Карпова Н.В. Психологічна підготовка фахівців екстремального профілю до роботи з посттравматичними розладами // Психологія і суспільство. – 2021. – № 5. – С. 77–83.
57. Шевченко Л.В., Петренко О.М. Емоційна регуляція у роботі фахівців кризових служб // Практична психологія і соціальна робота. – 2021. – № 7. – С. 42–48.
58. Шевченко О.А. Психологічна реабілітація осіб з посттравматичним стресовим розладом // Збірник наукових праць "Проблеми екстремальної та кризової психології". – 2019. – Вип. 16. – С. 88–94.
59. Шевченко О.А., Ільїна О.В. Роль психологічної підтримки в процесі адаптації до екстремальних умов // Вісник Національного університету оборони України. – 2020. – № 6. – С. 56–62.
60. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct // American Psychologist. – 2017. – Vol. 72, No. 5. – P. 493–504. Benedek D.M., Fullerton C., Ursano R.J. First Responders: Mental Health Consequences of Natural and Human-Made Disasters for Public Health and Public Safety Workers // Annual Review of Public Health. – 2007. – Vol. 28. – P. 55–68.
61. Berger W., Coutinho E.S.F., Figueira I., et al. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2012. – Vol. 47. – P. 1001–1011.
62. Bisson J.I., Cosgrove S., Lewis C., Roberts N.P. Post-traumatic stress disorder // BMJ. – 2015. – Vol. 351. – h6161. Bryant R.A. Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review // Journal of Clinical Psychiatry. – 2011. – Vol. 72, No. 2. – P. 233–239.
63. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis // Psychological Bulletin. – 1985. – Vol. 98, No. 2. – P. 310–357.
64. Creamer M., Wade D., Fletcher S., Forbes D. PTSD among military personnel // International Review of Psychiatry. – 2011. – Vol. 23, No. 2. – P. 160–165.

65. Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J., Cohen J.A. Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2009. – 658 p.
66. Friedman M.J., Resick P.A., Bryant R.A., Brewin C.R. Considering PTSD for DSM-5 // *Depression and Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, No. 9. – P. 750–769.
67. Gersons B.P.R., Carlier I.V.E. The effects of occupational stressors on the police // *Journal of Police and Criminal Psychology*. – 1993. – Vol. 8, No. 2. – P. 1–9.
68. Hobfoll S.E., Watson P., Bell C.C., et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence // *Psychiatry*. – 2007. – Vol. 70, No. 4. – P. 283–315.
69. Hoge C.W., Auchterlonie J.L., Milliken C.S. Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service after Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan // *JAMA*. – 2006. – Vol. 295, No. 9. – P. 1023–1032.
70. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52, No. 12. – P. 1048–1060.
71. Kleim B., Westphal M. Mental health in first responders: A review and recommendation for prevention and intervention strategies // *Traumatology*. – 2011. – Vol. 17, No. 4. – P. 17–24.
72. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure // *Journal of General Internal Medicine*. – 2001. – Vol. 16, No. 9. – P. 606–613.
73. Litz B.T., Maguen S. Early intervention for trauma // In: Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2014. – P. 306–324.
74. Marmar C.R., McCaslin S.E., Metzler T.J., et al. Predictors of Posttraumatic Stress in Police and Other First Responders // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2006. – Vol. 1071. – P. 1–18.
75. McFarlane A.C., Bryant R.A. Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk // *Occupational Medicine*. – 2007. – Vol. 57, No. 6. – P. 404–410.
76. Nash W.P., Watson P.J. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on Management of Acute Stress and Interventions to Prevent Posttraumatic Stress Disorder // *Journal of Rehabilitation Research and Development*. – 2012. – Vol. 49, No. 5. – P. 637–648.
77. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis // *Psychological Bulletin*. – 2003. – Vol. 129, No. 1. – P. 52–73.
78. Pietrzak R.H., Johnson D.C., Goldstein M.B., Malley J.C., Southwick S.M. Psychological resilience and postdeployment social support protect against

- traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom // *Depression and Anxiety*. – 2010. – Vol. 27, No. 8. – P. 918–923.
79. Ruzek J.I., Brymer M.J., Jacobs A.K., et al. Psychological First Aid // *Journal of Mental Health Counseling*. – 2007. – Vol. 29, No. 1. – P. 17–49.
80. Shalev A.Y., Peri T., Canetti L., Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study // *American Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153, No. 2. – P. 219–225.
81. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]. – 2013

ДОДАТКИ

Контент-аналіз інтерв'ю та результати опитувань.

Пацієнт 1: колишній військовослужбовець.

Контекст: Пацієнт проходить терапію після пережитого бойового зіткнення.

Він відчуває високий рівень тривоги, намагається не говорити про пережитий досвід, але виказує невисоку довіру до психологів.

Довіра: Пацієнт спочатку дуже обережно ставиться до психолога, уникає відвертих розмов про свій досвід, зазначає, що не хоче показувати свої слабкості.

Підтримка: Пацієнт вказує, що для нього важливо мати відчуття безпеки на терапевтичних сесіях, хоча він визнає, що почувається некомфортно при глибших розмовах про пережиті події.

Емоційна взаємодія: Психолог відзначає короткі моменти емоційної відкритості, коли пацієнт ділиться страхами, але швидко закривається після цього.

Бар'єри в комунікації: Пацієнт часто використовує оборонні механізми, відводячи розмову від важливих тем і не дозволяючи психологу увійти в його емоційну сферу.

Аналіз: Недовіра на початкових етапах терапії ускладнює встановлення глибокої емоційної взаємодії, але зі збільшенням кількості сесій пацієнт демонструє невеликі прогреси в подоланні бар'єрів.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 1: Військового (оцінка за WAI):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнт демонструє базове розуміння цілей терапії, але активного прийняття запропонованих методів немає через обережність і оборонність.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт визнає важливість роботи над тривожними симптомами, але уникає активного включення у процес глибокого обговорення травматичного досвіду.

Емоційна взаємодія (Bond): 3/7.

На початкових етапах терапії пацієнт демонструє обмежений емоційний контакт. Взаємодія з психологом залишається формальною, зі значними оборонними бар'єрами.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4/7.

Коментарі: Психолог має працювати над зменшенням бар'єрів і підвищенням

рівня довіри пацієнта через створення безпечного терапевтичного середовища та поступове підведення до глибших тем.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 35/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support):

Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт відчуває певну підтримку з боку сім'ї, але вказує, що його досвід не завжди зрозумілий близьким. Він не схильний ділитися з ними своїми почуттями через страх навантажити їх своїми проблемами.

Друзі (Friends): 3/7.

Соціальна підтримка з боку друзів обмежена. Пацієнт рідко звертається до них, оскільки не хоче здаватися вразливим і вважає, що вони не можуть його зрозуміти.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Взаємодія з людьми, яких пацієнт міг би вважати значущими (наприклад, романтичний партнер), майже відсутня. Пацієнт вказує на труднощі у формуванні довірливих стосунків через відчуття ізоляції.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнт має помірний дефіцит соціальної підтримки, особливо у сфері значущих відносин.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 1 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт став більш активно приймати запропоновані завдання терапії, хоча іноді все ще залишається обережним. Він поступово визнає важливість роботи над травмою та тривожними симптомами.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнт краще усвідомлює значущість своїх терапевтичних цілей і починає проявляти ініціативу в обговоренні важливих для нього питань.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнт все ще бореться з труднощами у встановленні глибокого емоційного контакту, але проявляє більше відкритості до психолога, ніж раніше.

Стосунки стають менш формальними.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Завдяки зростаючій довірі та кращому розумінню цілей терапії, взаємодія між пацієнтом і психологом поступово поглиблюється.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 30/80 (зниження рівня симптомів ПТСР з помірного до низького середнього рівня).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5/7.

Пацієнт почав більше спілкуватися з членами родини, хоча глибоке емоційне спілкування ще потребує розвитку. Відчуття підтримки покращилось.

Друзі (Friends): 4/7.

Пацієнт поступово залучає друзів до свого життя. Він почав довіряти їм у нескладних ситуаціях, хоча глибші теми залишаються для нього закритими.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Пацієнт зазначає, що ще не готовий до створення нових значущих стосунків, але відчуває себе менш ізольованим.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Покращення соціальної підтримки завдяки роботі над довірою і зменшенню почуття ізоляції.

Коментарі: Ці зміни свідчать про позитивну динаміку у терапії. Пацієнт стає більш відкритим до процесу і починає отримувати більше підтримки від родини та друзів, хоча внутрішні бар'єри все ще заважають повноцінному емоційному відновленню. Терапевт має продовжувати працювати над створенням безпечної атмосфери для більш глибокого емоційного розкриття.

Пацієнт 2: Жертва катастрофи (пожежа в житловому будинку).

Контекст: Пацієнт пережив травму внаслідок пожежі, втратив будинок та членів родини. Наразі звернувся за допомогою через депресію і тривожність.

Довіра: Спочатку пацієнт виявляє високу недовіру до психологів, бо в минулому вже звертався за допомогою, але це не дало результату.

Підтримка: Психолог намагається створити підтримуючий простір, пацієнт поступово починає розуміти важливість емоційної підтримки, хоча не завжди готовий її приймати.

Емоційна взаємодія: Пацієнт спочатку обмежує емоційний контакт, але в деякі моменти розповідає про свою втрату і страхи щодо майбутнього. Емоції сильно виражені.

Бар'єри в комунікації: Основним бар'єром є сильне почуття вини і болю, що призводить до емоційної закритості, пацієнт часто замикається в собі.

Аналіз: Спостерігається важкий старт терапевтичного процесу через глибокий емоційний блок, однак із часом пацієнт починає приймати підтримку і відкривається для терапевта.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 2: Жертва катастрофи.

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт поступово приймає важливість терапевтичних завдань, хоча відчуває внутрішній опір через травматичний досвід минулих консультацій.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнт розуміє необхідність роботи над депресією та тривогою, усвідомлює важливість опрацювання почуття вини та болю, але іноді вагається щодо тривалості процесу.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнт демонструє значний емоційний бар'єр на початку, але згодом стає здатним до короткочасної, але щирої взаємодії із психологом, особливо в темах втрати та майбутнього.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Терапевту доцільно працювати з поступовим відкриттям емоцій пацієнта та створенням простору, де пацієнт зможе говорити про втрати та майбутні страхи. Зміцнення довіри через емпатію та стабільність у роботі має підвищити якість взаємодії.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 45/80 (помірно високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support):

Сім'я (Family): 2/7.

Втрата членів родини через катастрофу значно послабила соціальну підтримку в цій сфері. Пацієнт відчуває сильне почуття ізоляції та втрати, і хоча може бути невелика підтримка з боку інших родичів, це не компенсує пережиті втрати.

Друзі (Friends): 3/7.

Пацієнт зазначає, що деякі друзі намагаються підтримати його, але він не завжди готовий приймати цю допомогу через сильне почуття вини та емоційні бар'єри.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

На цей момент пацієнт не має тісних або стабільних відносин із людьми, яких він би вважав "значущими іншими". Емоційна травма ускладнює формування нових зв'язків і поглиблює почуття самотності.

Загальний середній бал MSPSS: 2.33/7.

Пацієнт відчуває гостру нестачу соціальної підтримки у всіх сферах, що може бути як наслідком втрат, так і відображенням його емоційної ізоляції.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 2 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (збільшення через більшу відкритість)

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.3/7 (невеликий прогрес в емоційній взаємодії).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 42/80 (помірний рівень симптомів ПТСР, поліпшення після місяця терапії).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 3/7 (покращення через початкові зусилля у відновленні зв'язків)

Друзі (Friends): 4/7 (збільшення підтримки через відкритість).

Значущі інші (Significant Other): 3/7 (можливе відновлення невеликої підтримки).

Загальний середній бал MSPSS: 3.33/7 (покращення через зміни в соціальній підтримці).

Коментарі: Зміни можуть бути незначними, але вони відображають процес поступового відновлення та розвитку довіри до терапевта і близьких.

Пацієнт 3: Постраждала від домашнього насильства.

Контекст: Пацієнтка звертається за допомогою після кількох років переживань фізичного та емоційного насильства в родині. Вона відчуває постійну тривогу та почуття безпорадності.

Довіра: Пацієнтка демонструє значну недовіру, багато уваги приділяє можливості залишитися «непоміченою». Вона хвилюється, що психолог може не зрозуміти її ситуації.

Підтримка: Психолог забезпечує спокійну атмосферу і підтримує пацієнтку через уважне слухання. Пацієнтка починає розуміти, що її почуття є важливими.

Емоційна взаємодія: Перші сесії проходять із затримкою емоцій, але з часом пацієнтка починає висловлювати свої емоції, визнаючи свою уразливість.

Бар'єри в комунікації: Пацієнтка бореться з почуттям сорому і страху, не завжди може вільно говорити про найболючіші моменти, хоча поступово це стає можливим.

Аналіз: Поступова, але значна зміна у відкритості до терапії. Хоча на початку панує відчуття стресу і страху перед розкриттям своїх переживань, згодом пацієнтка знаходить шлях до емоційної взаємодії з психологом.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 3: Постраждалої від домашнього насильства.

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7.

Пацієнтка починає усвідомлювати важливість завдань терапії та готова виконувати рекомендації психолога, хоча на початку демонструє значний опір.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнтка поступово приймає цілі терапії, зокрема відновлення емоційної стійкості та здатності будувати здорові стосунки, але процес гальмується її почуттям сорому та страху.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7.

Значний прогрес у формуванні довірливих стосунків із терапевтом. Пацієнтка відкривається щодо своїх емоцій і почуттів, хоча ще не до кінця долає страх перед повною відвертістю.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.3/7.

Коментарі: Пацієнтка демонструє поступове зростання довіри та відкритості. Для подальшого покращення взаємодії важливо допомогти їй усвідомити, що її емоції та переживання є нормальними реакціями на травму, а також продовжувати працювати з відчуттям сорому та страху.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнтки 3: Постраждалої від домашнього насильства

Сім'я (Family): 2/7.

Пацієнтка зазначає низький рівень підтримки з боку родини. Домашнє насильство, яке тривало протягом років, значно підривало її довіру до близьких, а також переконання, що родина може бути джерелом підтримки.

Друзі (Friends): 3/7.

Хоча деякі друзі висловлюють бажання допомогти, пацієнтка не завжди готова приймати цю підтримку через страх осуду або небажання бути «тягарем». Її соціальні зв'язки обмежені через тривалий вплив насильства.

Значущі інші (Significant Other): 1/7.

Наразі пацієнтка не має значущих стосунків поза сім'єю, які могли б забезпечити їй емоційну підтримку. Її травматичний досвід ускладнює можливість довіряти і будувати нові емоційно близькі стосунки.

Загальний середній бал MSPSS: 2/7.

Пацієнтка відчуває вкрай низький рівень соціальної підтримки у всіх сферах, що посилює її почуття ізоляції.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 3 (через місяць терапії):
Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (покращення через більш чітке усвідомлення цілей терапії).

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7 (зростання довіри та відкритості в емоційній взаємодії).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 6/7 (значне покращення через більшу відкритість і готовність працювати над емоціями).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 50/80 (помітне зменшення симптомів ПТСР, хоча ще зберігається високий рівень переживань).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 3/7 (невелике покращення через початок відновлення довіри, хоча проблема з підтримкою ще залишається).

Друзі (Friends): 4/7 (покращення через більшу готовність приймати підтримку від друзів)

Значущі інші (Significant Other): 2/7 (збільшення можливостей для відновлення соціальних зв'язків, хоча це ще в стадії розвитку).

Загальний середній бал MSPSS: 3/7 (покращення соціальної підтримки, але все ще на низькому рівні).

Коментарі: Зміни в результатах показують поступове поліпшення у всіх сферах: зменшення симптомів ПТСР, покращення емоційної взаємодії з терапевтом та початок відновлення соціальної підтримки.

Пацієнт 4: Психічний стан після природної катастрофи

Контекст: Пацієнт зазнав стресу через пережиту природну катастрофу, відчувається віддаленим від інших людей, має труднощі у взаємодії з родиною.

Довіра: Пацієнт відчуває, що психолог намагається допомогти йому зрозуміти свої емоції, але він ще не готовий відкрито ділитися своїми переживаннями.

Підтримка: Пацієнт вважає, що підтримка важлива, але йому важко приймати її через відчуття самотності та втрати.

Емоційна взаємодія: Психолог працює над створенням відкритого простору для емоційної взаємодії. Пацієнт намагається відмовлятися від цієї допомоги, але з часом приймає підтримку.

Бар'єри в комунікації: Пацієнт постійно стикається з труднощами в говорінні про свою травму, бо боїться не знайти розуміння.

Аналіз: Пацієнт доволі довго тримає емоційні бар'єри, але на пізніших етапах терапії починає поступово відкриватися, що свідчить про покращення довіри та зміни в емоційній взаємодії з психологом.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 4: Психічний стан після природної катастрофи.

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнт розуміє цілі терапії, але його небажання активно брати участь у процесі створює перешкоди для прогресу.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт поступово усвідомлює важливість роботи над своїм емоційним станом, але початковий опір впливає на його здатність повністю інтегруватися в процес терапії.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Емоційна взаємодія розвивається повільно через бар'єри, пов'язані з відчуттям самотності та недовіри. Проте є позитивна динаміка в покращенні стосунків із психологом.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.3/7.

Коментарі: Пацієнт демонструє повільний, але стабільний прогрес. Для подальшого покращення взаємодії необхідно сприяти зміцненню довіри та впевненості у можливості знайти розуміння з боку психолога.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 50/80 (високий рівень симптомів ПТСР)

Результати MSPSS для Пацієнта 4: Психічний стан після природної катастрофи

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнт відчуває себе віддаленим від родини, зазначає, що їхня підтримка існує, але вона не відповідає його потребам через емоційний розрив та труднощі у комунікації.

Друзі (Friends): 2/7.

Пацієнт майже не має соціальних контактів з друзями. Втрата взаєморозуміння після катастрофи підсилює його почуття ізоляції, і він не вірить у можливість отримання допомоги від цього кола.

Значущі інші (Significant Other): 1/7.

На даний момент пацієнт не має значущих близьких стосунків поза родиною. Через внутрішній бар'єр і страх нерозуміння він уникає емоційної близькості.

Загальний середній бал MSPSS: 2/7.

Пацієнт демонструє вкрай низький рівень соціальної підтримки, особливо

поза межами родини, що є ключовим фактором у підтриманні його почуття ізоляції.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 4 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7 (пацієнт більше відкривається для терапевтичного процесу, хоча ще зберігається певний опір)

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнт краще розуміє важливість роботи над емоційним станом і проявляє більшу готовність до співпраці)

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (покращення емоційної взаємодії завдяки поступовому зростанню довіри та готовності ділитися емоціями)

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.3/7 (позитивна динаміка у розвитку стосунків з терапевтом)

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 45/80 (покращення симптомів ПТСР, хоча все ще присутня тривога та стрес)

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4/7 (покращення завдяки зростанню взаєморозуміння та відкритості, хоча бар'єри ще зберігаються)

Друзі (Friends): 3/7 (покращення у соціальних зв'язках, пацієнт готовий частіше приймати підтримку від деяких друзів)

Значущі інші (Significant Other): 2/7 (невеликі зміни, пацієнт починає знову відкриватися для формування нових стосунків, але ще є труднощі)

Загальний середній бал MSPSS: 3/7 (невелике покращення в соціальній підтримці)

Коментарі: Зміни свідчать про поступовий прогрес у терапії, зокрема в розвитку емоційної взаємодії, підвищенні готовності до терапії та покращенні соціальних зв'язків.

Пацієнт 5: Молодий чоловік після травмуючого досвіду насильства

Контекст: Пацієнт звернувся після того, як став жертвою фізичного насильства в молодому віці. Його основні симптоми включають глибоку тривогу, стрес, проблеми зі сном та емоційну відчуженість.

Довіра: Пацієнт на початку сесій відчуває відчутний страх перед відкриттям своїх переживань, бо вважає, що не буде зрозумілий. Спочатку він намагається триматися на відстані, але з часом починає більше ділитися своїми переживаннями.

Підтримка: Психолог надає пацієнту можливість говорити в спокійному темпі, що дає йому відчуття безпеки. Пацієнт відчуває певний дискомфорт через відкритість, але це поступово змінюється.

Емоційна взаємодія: Спостерігається повільна емоційна взаємодія. Пацієнт поступово розповідає про переживання, виявляючи сумніви щодо того, чи може він довіряти терапевту.

Бар'єри в комунікації: Пацієнт має значний бар'єр, зумовлений страхом перед можливими емоційними «відкриттями», часто починає говорити про загальні проблеми, замість того, щоб звертатися до основної травматичної теми.

Аналіз: Із часом пацієнт починає відкриватися, але спочатку терапевт повинен активно працювати над формуванням довіри та підтримки, щоб створити емоційну основу для більш глибокої роботи.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 5: Молодий чоловік після травмуючого досвіду насильства.

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт починає усвідомлювати необхідність роботи над своїм станом, але залишається обережним у виконанні терапевтичних завдань, що уповільнює процес.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7

Поступово пацієнт приймає загальні цілі терапії, хоча йому важко усвідомити конкретні кроки, які можуть привести до покращення.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Емоційна взаємодія з психологом є обмеженою через бар'єри у вигляді страху і недовіри. Зусилля психолога створюють умови для поступового зміцнення цього аспекту.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.7/7.

Коментарі: Пацієнт демонструє поступову динаміку у відкритті своїх переживань. Для поліпшення альянсу важливо підтримувати безпечний простір і уникати тиску щодо розкриття травматичного досвіду, доки він не буде до цього готовий.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 5: Молодий чоловік після травмуючого досвіду насильства

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнт має обмежений зв'язок із родиною, частково через страх нерозуміння

та відчуженість. Він відчуває певну базову підтримку, але не вважає її достатньою для емоційного відновлення.

Друзі (Friends): 2/7.

Соціальна підтримка від друзів є мінімальною. Пацієнт уникає тісних контактів, побоюючись осуду чи необхідності розкривати травматичний досвід.

Значущі інші (Significant Other): 1/7.

Пацієнт не має значущих інших, з якими він міг би поділитися своїми емоціями. Ця категорія є найслабшою через страх перед близькістю та недовіру.

Загальний середній бал MSPSS: 2/7.

Рівень соціальної підтримки є критично низьким. Пацієнт почувається ізольованим, що посилює його емоційну відчуженість і утруднює процес відновлення.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 5 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7 (пацієнт стає більш активним у виконанні завдань, починає усвідомлювати їх важливість для свого стану).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнт з розумінням ставиться до загальних цілей терапії і починає більш чітко бачити кроки для покращення)

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (покращення емоційної взаємодії, пацієнт поступово відкривається і починає більше довіряти терапевту).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.7/7 (позитивна динаміка, пацієнт став більш відкритим і готовим до активної роботи).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 50/80 (зниження рівня симптомів ПТСР, пацієнт відчуває менше тривоги, хоча деякі симптоми ще зберігаються).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4/7 (покращення взаєморозуміння з родиною, пацієнт починає відкритіше взаємодіяти з близькими, хоча ще є труднощі з довірою).

Друзі (Friends): 3/7 (пацієнт починає відновлювати соціальні зв'язки, хоча все ще є обмеження у контактах через страх осуду).

Значущі інші (Significant Other): 2/7 (невеликі покращення в соціальних зв'язках, пацієнт стає більш відкритим до можливості емоційної близькості)

Загальний середній бал MSPSS: 3/7 (зростання соціальної підтримки, пацієнт починає відчувати більш стабільну підтримку, хоча ще є обмеження в близьких стосунках).

Коментарі: зміни вказують на позитивний прогрес, зокрема в емоційному розвитку пацієнта та підвищенні його готовності до участі в терапевтичному процесі. Проте все ще присутні труднощі в соціальних зв'язках і певні бар'єри, які потребують подальшої роботи.

Пацієнт 6: Жінка, постраждала від війни (психологічний стрес після вимушеного переселення).

Контекст: Пацієнтка зазнала сильного стресу після вимушеного переселення через бойові дії, втратила близьких, була змушена покинути рідне місто.

Довіра: Пацієнтка відчуває сильну недовіру до оточуючих через втрату почуття безпеки, але з часом починає відкриватися на сесіях.

Підтримка: Спостерігається позитивний ефект від терапевтичного процесу.

Пацієнтка висловлює вдячність за допомогу, але виявляє труднощі при прийнятті емоційної підтримки.

Емоційна взаємодія: Пацієнтка переживає важливі моменти емоційної відкритості, однак дуже обережно ставиться до свого емоційного стану, часто виявляючи страх перед сильними емоціями.

Бар'єри в комунікації: Пацієнтка намагається уникати глибоких емоційних розмов, часто обмежуючи себе на загальних темах, щоб не порушити болючі спогади.

Аналіз: Важливою проблемою є страх перед переживанням болючих спогадів, що призводить до бар'єрів у комунікації. Терапевт повинен дати пацієнтці відчуття безпеки, щоб вона змогла відкритись і проговорити свої травматичні переживання.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 6:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнтка приймає терапевтичні завдання, але її емоційна обережність обмежує повне залучення до процесу.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5.5/7.

Пацієнтка визнає важливість відновлення свого психологічного стану, але боїться повноцінно розкритися, що впливає на її здатність досягати поставлених терапевтичних цілей.

Емоційна взаємодія (Bond): 4.5/7.

Незважаючи на вдячність терапевту, пацієнтка все ще відчуває недовіру і

страх перед глибокими емоційними розмовами, що стримує формування сильного емоційного зв'язку.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Основний виклик у роботі з пацієнткою – її страх перед болючими спогадами, що обмежує прогрес у терапії. Необхідний поступовий підхід для створення безпечного простору, який би дозволив пацієнтці почуватися комфортно у відкритті своїх переживань.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 59/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнтки 6: Жінка, постраждала від війни (психологічний стрес після вимушеного переселення)

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнтка відчуває обмежену підтримку з боку родини через втрату частини близьких та фізичну віддаленість від інших. Залишкові зв'язки забезпечують певну базову опору, але не можуть повністю задовольнити її емоційні потреби.

Друзі (Friends): 2.5/7.

Через вимушене переселення пацієнтка втратила соціальне оточення, яке могло б її підтримати. Нові зв'язки не мають глибини, достатньої для забезпечення емоційної близькості.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Пацієнтка не має стабільної підтримки зі сторони значущих інших, що посилює її почуття самотності та втрати.

Загальний середній бал MSPSS: 2.5/7.

Рівень соціальної підтримки є низьким. Пацієнтка перебуває в стані емоційної ізоляції, що ускладнює її здатність приймати допомогу навіть у терапевтичному контексті.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 6 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнтка стає більш залученою в терапевтичний процес, хоча все ще зберігається певна обережність)

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнтка починає більш чітко розуміти та приймати терапевтичні цілі, зокрема щодо емоційного відновлення)

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (значне покращення у встановленні емоційного зв'язку, пацієнтка починає більше відкриватися, хоча емоційна обережність ще зберігається)

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.5/7 (поліпшення взаємодії, пацієнтка більше довіряє терапевту, але все ще є бар'єри, які потребують подальшої роботи).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (зниження рівня симптомів ПТСР, але симптоми все ще є високими, пацієнтка відчуває зменшення стресу і тривоги).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4/7 (покращення взаєморозуміння з родиною, хоча пацієнтка все ще відчуває емоційну відстань через втрату близьких).

Друзі (Friends): 3/7 (нові соціальні зв'язки стають більш підтримуючими, але відчуття самотності зберігається).

Значущі інші (Significant Other): 2.5/7 (небагато покращень у стосунках з іншими, пацієнтка все ще боїться близькості).

Загальний середній бал MSPSS: 3.2/7 (поступове покращення соціальної підтримки, але рівень підтримки ще не достатній для емоційного відновлення).

Коментарі: Ці зміни свідчать про позитивний прогрес у терапії, зокрема в емоційному відновленні та більшій готовності до відкриття своїх переживань. Проте, все ще присутні значні бар'єри, що потребують подальшої роботи, особливо в аспекті соціальної підтримки та емоційної близькості з іншими людьми.

Пацієнт 7: Психологічний стрес після аварії.

Контекст: Пацієнт постраждав в автомобільній аварії, після якої відчуває симптоми посттравматичного стресу, такі як постійна настороженість, нав'язливі спогади.

Довіра: Пацієнт має великі труднощі з довірою до інших, зокрема психологів, через почуття самотності та невпевненості після травми.

Підтримка: Він позитивно оцінює надану підтримку, хоча зазначає, що для нього дуже важливо відчувати, що терапевт справді хоче допомогти.

Емоційна взаємодія: Під час сесій пацієнт починає розповідати про пережиті моменти, але його емоції залишаються напруженими, особливо при згадці про аварію.

Бар'єри в комунікації: Існують значні бар'єри, пов'язані з відчуттям сорому і страхом, що пацієнт не зможе контролювати свої емоції або стане «слабким».

Аналіз: Страх і сором значно ускладнюють процес терапії, але завдяки довірливій атмосфері пацієнт поступово починає розкриватися.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 7:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4.5/7.

Пацієнт розуміє завдання терапії, але емоційне напруження та бар'єри у спілкуванні заважають йому повністю залучитися до роботи.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт визнає важливість відновлення психологічної рівноваги, але страх перед власними емоціями і невпевненість стримують його активність у досягненні цілей.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Попри позитивну оцінку підтримки, пацієнт все ще має труднощі у формуванні емоційного зв'язку з терапевтом через сором і страх бути сприйнятим як «слабкий».

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.5/7.

Коментарі: Основним викликом у терапії є подолання сорому та страху втрати емоційного контролю. Необхідно посилити емоційний зв'язок із пацієнтом, створюючи атмосферу безпеки, де він зможе поступово розкривати свої почуття.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 51/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 7: Психологічний стрес після аварії.

Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт має певну підтримку від родини, але через внутрішній сором і страх бути «слабким» він обмежує свою відкритість навіть у близькому колі.

Друзі (Friends): 3/7.

Зв'язки з друзями послаблені через його труднощі у вираженні емоцій та почуття ізоляції після аварії.

Значущі інші (Significant Other): 3.5/7.

Хоча пацієнт визнає важливість підтримки з боку значущих людей, емоційна дистанція і труднощі у прийнятті допомоги перешкоджають глибшому спілкуванню.

Загальний середній бал MSPSS: 3.5/7.

Рівень соціальної підтримки є середнім, але пацієнт не використовує її повною мірою через внутрішні бар'єри та страх здаватися вразливим.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 7 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7 (пацієнт починає більш активно брати участь у терапевтичному процесі, хоча бар'єри зберігаються).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5.5/7 (пацієнт усвідомлює необхідність відновлення, більш активно працює над досягненням цілей, але все ще зберігаються страхи щодо емоцій).

Емоційна взаємодія (Bond): 4.5/7 (прогрес у формуванні емоційного зв'язку, хоча пацієнт все ще має труднощі з відкриттям емоцій через страх перед вразливістю).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7 (пацієнт починає більш відкрито сприймати терапевтичний процес, але залишається певна дистанція через страх перед емоціями).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 48/80 (покращення, симптоми ПТСР знижуються, але пацієнт все ще переживає помірні труднощі, зокрема через настороженість і нав'язливі спогади).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5/7 (пацієнт відчуває більшу підтримку з боку родини, але все ще зберігаються внутрішні бар'єри, які обмежують відкритість).

Друзі (Friends): 4/7 (покращення взаємодії з друзями, хоча пацієнт все ще обмежує себе через сором і страх бути сприйнятим як слабкий).

Значущі інші (Significant Other): 4/7 (посилення емоційного зв'язку з важливими людьми, хоча пацієнт ще не повністю відкривається через страх вразливості).

Загальний середній бал MSPSS: 4.3/7 (покращення соціальної підтримки, пацієнт починає частіше звертатися за підтримкою, але все ще не використовує повною мірою надану допомогу).

Коментарі: Ці зміни свідчать про позитивну динаміку у терапії. Пацієнт стає більш відкритим до процесу і починає отримувати більше підтримки від родини та друзів, хоча внутрішні бар'єри все ще заважають повноцінному емоційному відновленню. Терапевт має продовжувати працювати над створенням безпечної атмосфери для більш глибокого емоційного розкриття.

Пацієнт 8: Жінка після пережитої домашньої агресії.

Контекст: Пацієнтка звернулася за допомогою після тривалого періоду фізичного та емоційного насильства вдома. Вона страждає від тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресу.

Довіра: Пацієнтка відчуває глибоку недовіру до інших людей, що є результатом досвіду знущання. Спочатку вона дуже обережно ставиться до терапевта, побоюючись, що її знову можуть зрадити.

Підтримка: Важливим є те, що терапевт активно надає підтримку, даючи пацієнтці відчуття безпеки та спокою. Пацієнтка починає поступово відкриватися, хоча перші кілька сесій проходять у вигляді поверхневих розмов.

Емоційна взаємодія: Емоційна взаємодія є складною, оскільки пацієнтка не готова відкривати свої почуття через страх перед повторною травматизацією. Вона часто відводить розмови в бік інших, менш болючих тем.

Бар'єри в комунікації: Пацієнтка має великі труднощі з комунікацією через глибоку внутрішню закритість і страх відкрити емоції. Важливо, щоб терапевт проявляв терпимість і дбайливість у процесі розкриття її емоційних переживань.

Аналіз: Для цієї пацієнтки процес розкриття займає більше часу, і терапевт має працювати над створенням безпечного простору для емоційної відкритості, активно підтримуючи пацієнтку в її процесі саморозкриття. Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнтки, яка пережила фізичне та емоційне насильство:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнтка з часом починає розуміти важливість терапевтичних сесій, хоча на початку її участь у сесіях обмежується поверхневими темами через страх перед повторною травматизацією. Терапевт активно працює над формулюванням завдань, але деякі моменти все ще потребують уточнення.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4/7.

Пацієнтка не повністю готова прийняти цілі терапії, оскільки її травматичний досвід сильно впливає на здатність відкрито погоджуватися на емоційне розкриття. Однак терапевт поступово сприяє формуванню позитивного ставлення до можливості розв'язання травмуючих проблем.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7.

Процес емоційної взаємодії є важким через глибокі бар'єри та страхи пацієнтки. Спочатку взаємодія поверхнева, однак з часом пацієнтка починає відкриватися і виражати свої емоції. Терапевт працює над створенням безпечного простору для розкриття емоційних переживань.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.7/7.

Коментарі: Терапевтичний процес потребує часу, щоб пацієнтка відчула достатню безпеку для емоційної відкритості. Перші сесії проходять з великими труднощами, але з часом терапевт створює підтримуюче середовище, що дозволяє пацієнтці відкриватися.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 63/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнтки 8: Жінка після пережитої домашньої агресії Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнтка відчуває глибоке відчуження від родини через її травматичний досвід вдома. Втрата почуття безпеки в родинному колі створює бар'єри у взаємодії з близькими.

Друзі (Friends): 2.5/7.

Зв'язки з друзями ослаблені через ізоляцію та страх бути незрозумілою.

Пацієнтка має труднощі з тим, щоб довіряти людям і дозволяти себе підтримувати.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Пацієнтка має серйозні труднощі з побудовою близьких стосунків через травму. Їй важко прийняти підтримку через страх перед повторною зрадою чи зловживанням її довірою.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнтка відчуває відсутність значущої підтримки в соціальному колі, що лише підсилює її почуття ізоляції та самотності. Терапевт працює над створенням безпечного простору, щоб пацієнтка могла поступово розкривати свої емоції.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 8 (через місяць терапії): Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнтка стає більш залученою до терапевтичного процесу, хоча емоційне розкриття все ще потребує часу і обережності).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4.5/7 (пацієнтка поступово починає погоджуватися з терапевтичними цілями, але травматичний досвід все ще обмежує її здатність відкрито прийняти ці цілі).

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (процес емоційної взаємодії покращується, хоча пацієнтка все ще має труднощі з відкриттям емоцій через страх перед повторною травматизацією).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7 (позитивна динаміка в емоційному зв'язку, хоча ще є потреба в підтримці для подолання страху та закритості).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 59/80 (зниження симптомів ПТСР, хоча пацієнтка все ще має виражені труднощі, зокрема у контексті постійної тривожності та депресії).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 3.5/7 (покращення взаємодії з родиною, хоча пацієнтка все ще має труднощі з повною довірою і відкриттям до близьких).

Друзі (Friends): 3/7 (дружні зв'язки покращуються, але через страх бути незрозумілою і внутрішні бар'єри пацієнтка ще обмежує себе в емоційному спілкуванні).

Значущі інші (Significant Other): 3.5/7 (збільшення здатності приймати допомогу від значущих людей, але все ще існують труднощі з формуванням близьких стосунків через пережиті травми).

Загальний середній бал MSPSS: 3.3/7 (повільне поліпшення рівня соціальної підтримки, хоча пацієнтка все ще відчуває ізоляцію та самотність)

Коментарі: Зміни свідчать про певний прогрес у терапії. Пацієнтка починає більш відкрито сприймати терапевтичний процес, хоча вона все ще має труднощі з емоційним розкриттям через пережите насильство. Позитивні зміни спостерігаються у взаємодії з родиною та значущими іншими, але загальний рівень соціальної підтримки залишається низьким. Терапевт має продовжувати працювати над створенням атмосфери безпеки для подолання травмуючих переживань.

Пацієнт 9: Молодий чоловік, який пережив сексуальне насильство.

Контекст: Пацієнт звернувся після тривалої психологічної травми, пов'язаної з сексуальним насильством. Пацієнт страждає від симптомів депресії, соціальної ізоляції та частих флешбеків.

Довіра: Початковий етап терапії проходить у значному напруженні. Пацієнт боїться, що його не зрозуміють або звинуватять. Терапевт проявляє уважність і підтримку, що допомагає створити простір для довіри.

Підтримка: Пацієнт оцінює підтримку, надавану терапевтом, як ключовий фактор у процесі терапії, але він все ще відчуває труднощі при прийнятті емоційної підтримки.

Емоційна взаємодія: Пацієнт зупиняється на дуже конкретних аспектах своїх переживань, не готовий до глибших емоційних проявів, що є свідченням глибокого страху перед повторними травмами.

Бар'єри в комунікації: Великим бар'єром для пацієнта є відчуття сорому, що значно ускладнює процес комунікації. Йому складно говорити про пережиті моменти, тому він часто обходить ці теми.

Аналіз: Важливо працювати з цими бар'єрами сорому і страху, надаючи пацієнту можливість розкривати свої переживання в безпечному середовищі, підтримуючи емоційну відкритість.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив сексуальне насильство:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт має труднощі з визначенням чітких цілей через глибокі бар'єри сорому та страху. Проте терапевт намагається поступово залучити пацієнта до роботи над завданнями, акцентуючи увагу на створенні безпечного простору. Пацієнт демонструє готовність співпрацювати, хоча його участь може залишатися поверхневою на початкових етапах.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4/7.

Цілі терапії ще не зовсім визначені через страх перед можливими емоційними відновленнями та відчуття стигматизації. Пацієнт, хоча і хоче працювати над своєю травмою, не повністю готовий погодитися на глибші емоційні зміни, оскільки не всі його переживання ще відкриті для терапії.

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7.

Емоційна взаємодія є основною складовою терапевтичного альянсу. Пацієнт довіряє терапевту, хоча спочатку йому важко виразити свої емоції. Терапевт створює простір для емоційної взаємодії, підходячи з уважністю до його переживань і страхів.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Терапевт активно працює з бар'єрами, такими як сором і страх, допомагаючи пацієнту поступово відкриватися і розкривати свої переживання. Терапевтичний альянс вимагає часу для того, щоб пацієнт зміг повністю довіряти процесу.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 58/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 9: Молодий чоловік, який пережив сексуальне насильство

Сім'я (Family): 3.5/7.

Пацієнт відчуває певне відчуження від родини через сором та відчуття стигматизації, пов'язані з його травмою. Він може бути обережним у спілкуванні, побоюючись, що його не зрозуміють або осудять.

Друзі (Friends): 2.5/7.

Зв'язки з друзями значною мірою обмежені, пацієнт відчуває соціальну

ізоляцію через страх бути відкритим або бути неправильно зрозумілим. Це призводить до відчуття самотності, навіть у оточенні людей.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Пацієнт має труднощі в побудові довірливих стосунків із значущими іншими через свою травму. Страх перед відмовою або зрадою заважає встановити близькість у стосунках.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнт відчуває себе відокремленим від соціальних груп, що підсилює його почуття самотності та ізоляції. Страх бути неправильно зрозумілим і осудженим обмежує його здатність активно шукати підтримку від інших.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 9 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнт стає більш залученим до терапевтичного процесу, хоча зберігається деяка обережність у визначенні чітких завдань через страх перед емоційними травмами).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4.5/7 (пацієнт поступово погоджується на терапевтичні цілі, хоча ще має труднощі з прийняттям глибоких емоційних змін через стигматизацію та страх перед відновленням травми).

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7 (ефективна емоційна взаємодія, пацієнт починає відкриватися більше, зберігаючи довіру до терапевта, хоча емоційне розкриття все ще є обережним).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.5/7 (позитивна динаміка в емоційному зв'язку та взаєморозумінні, хоча ще є потреба в часі для повного емоційного розкриття)

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (небагато зниження симптомів ПТСР, пацієнт все ще має виражені труднощі з флешбеками і соціальною ізоляцією).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4/7 (збільшення комунікації та взаєморозуміння з родиною, хоча пацієнт все ще обережний через страх осуду або непорозуміння).

Друзі (Friends): 3/7 (деяке покращення зв'язків з друзями, хоча пацієнт все ще відчуває соціальну ізоляцію і труднощі в емоційному вираженні).

Значущі інші (Significant Other): 3.5/7 (невеликі покращення у стосунках із значущими іншими, але пацієнт має труднощі з формуванням близьких емоційних зв'язків через страх зради).

Загальний середній бал MSPSS: 3.5/7 (деяке поліпшення соціальної підтримки, але пацієнт ще обмежує свою відкритість через страх осуду та непорозуміння).

Коментарі: Ці зміни відображають позитивну динаміку в терапевтичному процесі, хоча пацієнт ще має значні труднощі з відкриттям своїх емоцій і взаємодією з іншими через травму. З часом він починає більш активно співпрацювати з терапевтом, хоча потребує додаткової підтримки для подолання бар'єрів сорому і соціальної ізоляції.

Пацієнт 10: Жінка, що пережила терористичний акт.

Контекст: Пацієнтка пережила терористичний акт у громадському місці, що залишило їй глибокі психологічні травми. Вона страждає від постійної настороженості, гіпервигостання та флешбеків.

Довіра: Спочатку пацієнтка дуже стримана і має труднощі в довірі, зокрема через свій страх бути знову травмованою в процесі відкриття переживань.

Проте, з часом, починається формуватися довіра.

Підтримка: Психолог активно підтримує пацієнтку, надаючи їй емоційну підтримку та допомогу в організації простору для відкритої комунікації.

Емоційна взаємодія: Пацієнтка відчуває внутрішній конфлікт, коли потрібно показати емоції. Вона намагається стримувати свої емоції, але терапевт працює над тим, щоб дозволити їй виразити їх.

Бар'єри в комунікації: Пацієнтка намагається уникати емоційних тем, пов'язаних з катастрофою, і часто звертається до «загальних» тем, щоб не висвітлювати глибокі переживання.

Аналіз: Для успішного прогресу в терапії необхідно працювати над підтримкою емоційної відкритості та безпеки, щоб пацієнтка могла відкритися на більш глибокому рівні.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнтки, що пережила терористичний акт:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнтка має труднощі з визначенням чітких цілей терапії через глибоке занурення у травматичні спогади та відчуття безпеки. Терапевт поступово залучає пацієнтку до роботи над емоційною відкритістю та зменшенням рівня тривоги, але процес буде поступовим і залежатиме від її готовності розкривати травматичні переживання.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4/7.

Пацієнтка не завжди готова погоджуватися на повну участь у терапії,

особливо на етапах, коли необхідно заглиблюватися в емоційно важкі теми. Вона часто уникає глибших емоційних розмов, що створює перешкоди для формулювання конкретних терапевтичних цілей.

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7.

З часом пацієнтка починає відкриватися терапевту, хоча емоційна взаємодія все ще обмежена її страхом перед травмуючими переживаннями. Терапевт активно працює над створенням безпечного простору для емоційного вираження, що позитивно впливає на процес взаємодії.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Пацієнтка має значні труднощі з довірою і емоційною відкритістю, що є типово для осіб, які пережили терористичні акти. Важливо, щоб терапевт продовжував працювати над створенням безпечного простору для емоційного вираження та підтримував пацієнтку у відновленні психологічного стану.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 61/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 10: Жінка, що пережила терористичний акт Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнтка має певну підтримку з боку родини, але вона все ще стримана в емоційних зв'язках через свою травму. Відчуття безпеки в родинному колі покращується, але пацієнтка не завжди готова відкрито виражати свої емоції. Друзі (Friends): 3/7.

Пацієнтка відчуває відчуження від друзів, зокрема через страх бути незрозумілою або осудженою. Її соціальні зв'язки обмежені, і вона часто намагається уникати глибших тем під час спілкування з друзями.

Значущі інші (Significant Other): 4/7.

Стосунки з важливими людьми можуть бути обмежені через страх повторної травматизації та емоційні бар'єри. Пацієнтка може звертатися до цих людей за підтримкою, але обережно, уникаючи глибоких емоційних обговорень.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Пацієнтка відчуває підтримку, але її здатність повністю відкриватися оточуючим обмежена через пережиті травми. Важливо продовжувати працювати над зменшенням емоційних бар'єрів та створенням більш безпечного простору для взаємодії з близькими.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 10 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнтка починає поступово визначати завдання терапії, зменшується рівень тривоги, хоча ще є деяка обережність у розкритті глибших емоційних тем).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4.5/7 (пацієнтка стає більш готовою погоджуватися на терапевтичні цілі, хоча все ще є перешкоди для глибших емоційних обговорень через страх повторної травматизації).

Емоційна взаємодія (Bond): 6.5/7 (покращення емоційної взаємодії, пацієнтка поступово відкривається більше, хоча ще має труднощі з вираженням емоцій у повному обсязі).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.5/7 (позитивна динаміка в емоційному зв'язку та взаєморозумінні, пацієнтка поступово стає більш відкритою в процесі терапії).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 58/80 (деяке зниження симптомів ПТСР, але пацієнтка все ще має високий рівень тривоги, флешбеків та настороженості)

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4.5/7 (покращення комунікації та емоційної підтримки з родиною, хоча пацієнтка все ще обережно відкривається).

Друзі (Friends): 3.5/7 (деяке поліпшення зв'язків з друзями, але пацієнтка все ще відчуває обмежену здатність говорити про свої переживання).

Значущі інші (Significant Other): 4.5/7 (покращення емоційної відкритості до значущих інших, хоча є обережність у вираженні глибоких емоцій).

Загальний середній бал MSPSS: 4.5/7 (деяке поліпшення соціальної підтримки, але пацієнтка все ще обмежує свою відкритість через страх травмування).

Коментарі: Ці зміни свідчать про позитивну динаміку в терапевтичному процесі, хоча пацієнтка все ще має значні труднощі з відкриттям своїх глибоких емоцій. Терапевт продовжує працювати над створенням безпечного простору для емоційного вираження, що дозволяє поступово зменшувати емоційні бар'єри та покращувати здатність пацієнтки до відкритої взаємодії з оточуючими.

Пацієнт 11: Психологічні наслідки важкої хвороби.

Контекст: Пацієнт переживає травматичний стрес через діагноз важкої хвороби, що залишила його в стані постійної тривоги і депресії.

Довіра: Спочатку пацієнт виявляє великі труднощі з довірою, адже його психологічний стан викликає у нього сумніви щодо здатності інших допомогти йому.

Підтримка: Терапевт активно працює над тим, щоб пацієнт відчував підтримку, надаючи йому безпечний простір для обговорення болючих тем.

Емоційна взаємодія: Пацієнт починає поступово відкриватися, але його емоційна реакція дуже слабка, через що терапевт змушений адаптувати техніки до індивідуальних потреб.

Бар'єри в комунікації: Пацієнт часто не може висловити глибокі переживання, через що терапевт намагається знайти альтернативні способи вираження емоцій.

Аналіз: Поступове відкриття пацієнта є важливим етапом терапії. Терапевт працює над створенням атмосфери безпеки, щоб пацієнт міг повністю виразити свої переживання.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, що переживає психологічні наслідки важкої хвороби:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнт спочатку має труднощі з формулюванням конкретних цілей терапії, оскільки він відчуває сумніви щодо того, чи зможе терапія допомогти йому подолати свою хворобу та пов'язані з нею емоційні труднощі. Терапевт працює над тим, щоб поступово ввести пацієнта в терапевтичний процес через розмови про болючі теми, щоб допомогти визначити цілі, але цей процес є повільним.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт поступово погоджується на участь у терапії, хоча його інтерес до конкретних цілей ще обмежений. Його внутрішні переживання є надзвичайно сильними, і поки що він не готовий до активної роботи над зміною свого психоемоційного стану. Проте він відкритий для допомоги і починає враховувати терапевтичний процес як корисний.

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7.

Емоційна взаємодія є поступовою, але пацієнт починає довіряти терапевту, особливо коли створюється безпечний простір для обговорення болючих тем. Він відкривається, хоча йому важко виразити емоції, що свідчить про глибокий страх і тривогу. Підтримка терапевта допомагає йому почати працювати з емоційною блокадою.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Пацієнт має значні труднощі з вираженням своїх емоцій через страх та тривогу, пов'язані з його станом здоров'я. Терапевт активно працює над створенням безпечного простору для відкриття емоційних переживань та допомагає пацієнту поступово адаптуватися до терапевтичного процесу. Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 43/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 11: Психологічні наслідки важкої хвороби Сім'я (Family): 5/7

Пацієнт отримує певну підтримку від сім'ї, але через свою хворобу він відчувається уразливим і не завжди може відкрито звертатися за допомогою. Однак його близькі намагаються бути підтримуючими і уважними.

Друзі (Friends): 3/7.

Соціальна підтримка від друзів є обмеженою. Пацієнт відчуває себе ізольованим через свою хворобу і не завжди звертається за допомогою до друзів, часто уникаючи спілкування, щоб не турбувати інших.

Значущі інші (Significant Other): 4/7.

Взаємодія з партнерами чи іншими значущими особами є дещо обмеженою через страх бути непорозумілим або занадто залежним від оточення. Пацієнт намагається уникати обговорення глибоких переживань, але є певний рівень підтримки, особливо з боку найближчих людей.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Пацієнт має деяку підтримку від сім'ї та значущих осіб, але через стан здоров'я він відчуває себе ізольованим і має труднощі з відкриттям емоцій. Важливо, щоб терапевт продовжував працювати над тим, щоб допомогти пацієнту створити більш відкриті зв'язки з оточенням.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 11 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4.5/7 (пацієнт стає більш готовим до формулювання завдань терапії, але все ще існують сумніви щодо того, чи зможе терапія допомогти з його емоційними труднощами через стан здоров'я).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5.5/7 (пацієнт продовжує працювати над терапевтичними цілями, його участь стає активнішою, хоча він ще не до кінця готовий до глибоких змін у своєму психоемоційному стані).

Емоційна взаємодія (Bond): 6.5/7 (емоційна взаємодія покращується, пацієнт стає відкритішим, хоча емоційне вираження все ще стримане через страх та тривогу).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.5/7 (позитивна динаміка у створенні довіри та емоційної взаємодії, пацієнт поступово починає довіряти терапевту та відкривати емоції).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 41/80 (небагато зменшилось рівень симптомів ПТСР, але пацієнт все ще відчуває значну тривогу і депресію через хворобу).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5.5/7 (покращення підтримки з боку родини, пацієнт стає більш відкритим до звернення за допомогою).

Друзі (Friends): 3.5/7 (є незначні поліпшення у соціальних зв'язках з друзями, пацієнт все ще уникає глибших тем, але намагається зберігати контакти).

Значущі інші (Significant Other): 4.5/7 (поліпшення взаємодії з партнерами чи іншими значущими людьми, хоча пацієнт все ще уникає обговорення болючих переживань).

Загальний середній бал MSPSS: 4.5/7 (зростання соціальної підтримки, пацієнт стає більш відкритим до спілкування з родиною та значущими особами, але все ще має труднощі з відкриттям емоцій).

Коментарі: Ці зміни свідчать про поступове поліпшення стану пацієнта. Він стає більш відкритим до терапії та соціальної підтримки, хоча ще зберігаються труднощі з вираженням глибоких емоцій через страх і тривогу, пов'язані зі станом здоров'я. Терапевт продовжує створювати безпечний простір для розкриття емоцій і допомагає пацієнту поступово адаптуватися до терапевтичного процесу.

Пацієнт 12: Чоловік, що пережив автокатастрофу.

Контекст: Пацієнт звернувся після того, як став учасником важкої автокатастрофи. Він переживає значний стрес, часто стикається з флешбеками і почуттям безнадії.

Довіра: Пацієнт спочатку є дуже обережним і не готовий довіряти терапевту. Йому важко відкрити себе через пережитий травматичний досвід і страх повторення травми.

Підтримка: Терапевт показує високу чутливість і готовність до підтримки, що дозволяє пацієнту поступово довіряти.

Емоційна взаємодія: Спочатку пацієнт має значні труднощі у вираженні своїх емоцій, часто використовуючи заперечення для уникнення глибших тем.

Бар'єри в комунікації: Пацієнт часто не говорить про переживання безпосередньо, робить це лише через непрямі твердження або в контексті інших тем, наприклад, здоров'я чи родини.

Аналіз: Основною проблемою є бар'єр заперечення. Терапевт працює над тим, щоб допомогти пацієнту побороти внутрішні бар'єри та дозволити собі висловлювати емоції, підтримуючи процес відкриття.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив автокатастрофу:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт і терапевт мають спільну мету — допомогти пацієнту подолати травматичні переживання та знизити рівень стресу через обробку травми. Однак на початкових етапах терапії пацієнт не завжди готовий активно брати участь у процесі через страх перед повторною травматизацією.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Цілі терапії в основному орієнтовані на зменшення симптомів посттравматичного стресу, але пацієнт, через заперечення та недовіру, може не завжди відчувати готовність повністю включитися в терапевтичний процес. Він все ще бореться з тривогою щодо емоційного відкриття.

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7.

Емоційна взаємодія між терапевтом і пацієнтом розвивається повільно, але стабільно. Пацієнт відчуває підтримку з боку терапевта, але заперечення та страхи створюють перешкоди для глибшої емоційної відкритості. Поступове просування у цьому напрямку дозволяє пацієнту довіряти терапевту.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5,3/7.

Коментарі: Терапевтичний альянс має потенціал до розвитку завдяки чутливості терапевта і поступовому формуванню довіри з боку пацієнта. Однак бар'єри, пов'язані з запереченням та страхом перед емоційним вираженням, ускладнюють досягнення глибшого прогресу. Важливо зберігати терпимість і працювати над подоланням цих бар'єрів, поступово створюючи умови для емоційного відкриття пацієнта.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 12: Чоловік, що пережив автокатастрофу Сім'я (Family): 5/7.

Пацієнт отримує підтримку від родини, але через травму і високий рівень

стресу він може уникати відкритих емоційних взаємодій. Родина підтримує, але іноді важко зрозуміти, як допомогти, оскільки пацієнт не завжди готовий ділитися своїми переживаннями.

Друзі (Friends): 3/7.

Соціальна підтримка від друзів є обмеженою. Пацієнт схильний до соціальної ізоляції через флешбеки та тривогу, що ускладнює залучення друзів до підтримки. Він неохоче звертається до них за допомогою, вважаючи, що не хоче обтяжувати їх своїми проблемами.

Значущі інші (Significant Other): 4/7.

Взаємодія з партнером чи іншими значущими людьми є важливою, але пацієнт не завжди відкритий до емоційного спілкування через страх бути непорозумілим або занадто залежним. Хоча є підтримка, її ефективність обмежена через бар'єри, що пацієнт ставить між собою та іншими.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Пацієнт відчуває певну підтримку від близьких, але його труднощі з емоційним відкриттям і страхи щодо подальших травм значно обмежують використання цієї підтримки. Йому потрібно більше часу та безпечний простір для розкриття себе та прийняття емоційної допомоги від оточення.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 12 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнт починає більш активно включатися в терапевтичний процес, хоча все ще має побоювання щодо можливих повторних травматизацій).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнт поступово приймає цілі терапії, його інтерес до роботи над зниженням симптомів ПТСР зростає, хоча він все ще може мати страхи щодо глибоких емоційних відкриттів).

Емоційна взаємодія (Bond): 6.5/7 (емоційна взаємодія стає стабільнішою, пацієнт відчуває підтримку з боку терапевта і стає більш готовим до відкриття, хоча ще існують бар'єри для глибших емоційних обговорень)

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 6/7 (пацієнт починає довіряти терапевту, хоча емоційні бар'єри та страхи все ще створюють певні труднощі в комунікації).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 50/80 (невелике зниження рівня симптомів ПТСР, але пацієнт все ще відчуває високий рівень стресу та флешбеків).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5.5/7 (пацієнт стає більш відкритим до підтримки з боку родини, хоча все ще важко говорити про глибокі емоції).

Друзі (Friends): 3.5/7 (пацієнт трохи починає більше звертатися до друзів, хоча все ще залишається на самоті через соціальну ізоляцію та страхи щодо своїх переживань).

Значущі інші (Significant Other): 4.5/7 (взаємодія з партнером покращується, пацієнт стає більш відкритим до емоцій, хоча ще є значні бар'єри для глибокого спілкування).

Загальний середній бал MSPSS: 4.5/7 (зростання підтримки з боку близьких, але пацієнт все ще має труднощі з використанням цієї підтримки через емоційні бар'єри та страхи).

Коментарі: Ці зміни свідчать про прогрес у терапії: пацієнт поступово починає довіряти терапевту і ставати більш відкритим до емоційної підтримки з боку оточення. Він все ще бореться з високим рівнем тривоги та флешбеками, але терапія допомагає йому поступово подолати бар'єри, що заважають глибшому емоційному вираженню.

Пацієнт 13: Жінка, яка пережила насильство на роботі.

Контекст: Пацієнтка пережила психічне та емоційне насильство на робочому місці. Зараз вона стикається з постійною тривогою, депресією та униканням робочих ситуацій.

Довіра: Спочатку пацієнтка проявляє обережність і недовіру до терапевта, переживши біль через зраду та негативний досвід взаємодії на роботі.

Підтримка: Терапевт активно надає підтримку, намагаючись допомогти пацієнтці знайти безпечне місце для вираження її болючих емоцій.

Емоційна взаємодія: Пацієнтка стикається з труднощами при вираженні своїх емоцій. Вона часто стримує сльози і соромиться говорити про свої переживання.

Бар'єри в комунікації: Бар'єри пов'язані із страхом знову бути використаною або зрадженою, що ускладнює відкритість у спілкуванні.

Аналіз: Основна проблема полягає в бар'єрах через пережитий досвід зради. Терапевт повинен працювати над поступовим відновленням довіри та емоційної відкритості.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнтки, яка пережила насильство на роботі:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7.

Пацієнтка і терапевт мають чітке розуміння завдання — допомогти пацієнтці

відновити емоційну стабільність та подолати наслідки психічного і емоційного насильства на роботі. Однак, через недовіру на початкових етапах, пацієнтка може бути не завжди готова активно брати участь у всіх аспектах терапії.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Цілі терапії орієнтовані на відновлення психоемоційного благополуччя пацієнтки, включаючи подолання тривоги, депресії та уникання ситуацій, пов'язаних з роботою. Пацієнтка поступово приймає ці цілі, хоча страх і сором можуть заважати їй відкрито висловлювати свої переживання.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7.

Емоційна взаємодія між терапевтом і пацієнткою має місце, але вона розвивається поступово. Пацієнтка зберігає обережність, що пов'язано з її досвідом зради на роботі. Вона намагається стримувати емоції, що робить емоційну взаємодію більш складною. Терапевт працює над створенням безпечного простору для емоційного вираження.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5,7/7.

Коментарі: Терапевтичний альянс прогресує завдяки уважності терапевта та готовності пацієнтки поступово відновлювати довіру. Однак бар'єри, пов'язані з пережитою зрадою та страхом перед повторенням насильства, є серйозними перешкодами. Важливо зберігати чутливість і підтримувати пацієнтку в процесі відновлення емоційної відкритості, працюючи над поступовим подоланням її страхів.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 60/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 13: Жінка, яка пережила насильство на роботі

Сім'я (Family): 5/7.

Пацієнтка отримує підтримку від родини, але її емоційне відчуження і страх перед зрадою можуть обмежувати її здатність відкриватися повністю. Родина намагається допомогти, але через стрес пацієнтка інколи відсторонюється від близьких, не завжди виражаючи свої потреби.

Друзі (Friends): 4/7.

Соціальна підтримка від друзів є, але пацієнтка має труднощі в тому, щоб довіряти оточуючим через її досвід зради на роботі. Вона інколи уникає спілкування з друзями через страх бути знову пораненою або непорозумілою. Підтримка є, але вона обмежена через внутрішні бар'єри.

Значущі інші (Significant Other): 5/7.

Пацієнтка відчуває певну підтримку від значущих осіб, але її страх перед зрадою і емоційне закриття можуть створювати дистанцію в стосунках.

Взаємодія є, але пацієнтка часто стримує свої емоції, що може ускладнювати підтримку з боку партнера.

Загальний середній бал MSPSS: 4,7/7.

Пацієнтка має підтримку від близьких людей, але її труднощі в емоційному відкритті через досвід насильства обмежують ефективність цієї підтримки.

Важливо, щоб терапевт допоміг їй поступово подолати бар'єри довіри та створити умови для глибшого вираження емоцій, що дозволить отримувати більшу підтримку від оточуючих.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 13 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6.5/7 (пацієнтка поступово стає більш активною в процесі терапії, готова брати участь у всіх аспектах роботи, хоча інколи ще побоюється відкривати глибокі емоції через страх зради).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6.5/7 (пацієнтка приймає цілі терапії, починає розуміти важливість подолання тривоги та депресії, хоча певні бар'єри у відкритті залишаються через страх бути непорозумілою).

Емоційна взаємодія (Bond): 6/7 (емоційна взаємодія значно покращилася, пацієнтка стає більш відкритою до терапевта, хоча ще має труднощі в повному вираженні емоцій через внутрішні бар'єри).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 6/7 (процес відновлення довіри йде в позитивному напрямку, пацієнтка поступово долає свої страхи, але ще зберігаються обережність і невизначеність у певних ситуаціях).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (помітне зниження рівня симптомів ПТСР, хоча пацієнтка все ще має високий рівень тривоги і депресії, але значний прогрес у контролюванні симптомів).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 6/7 (пацієнтка стає більш відкритою до підтримки родини, починає відкриватися емоційно, хоча інколи ще може відчувати відчуження через страх зради).

Друзі (Friends): 4.5/7 (соціальна підтримка з боку друзів покращується, пацієнтка поступово починає довіряти своїм друзям, хоча ще є певні бар'єри через досвід зради).

Значущі інші (Significant Other): 5.5/7 (взаємодія з партнерами стає більш емоційною, пацієнтка починає більш відкрито ділитися своїми переживаннями, хоча страхи перед зрадою все ще присутні).

Загальний середній бал MSPSS: 5/7 (пацієнтка поступово отримує більше підтримки від близьких, хоча її емоційна закритість все ще обмежує можливості для глибокої підтримки).

Коментарі: Ці зміни свідчать про прогрес у терапії: пацієнтка поступово долає страхи та бар'єри, які виникли через досвід насильства на роботі, стаючи більш відкритою до підтримки. Терапія допомагає їй відновити довіру до оточуючих, хоча ще залишаються труднощі з емоційним вираженням через пережиту зраду.

Пацієнт 14: Молодий чоловік, колишній військовий.

Контекст: Пацієнт, який повернувся з війни, пережив серйозні психологічні травми, що супроводжуються посттравматичними стресами і порушеннями сну.

Довіра: Пацієнт спочатку не довіряє терапевту через свою обачність і відчуття відчуження. Йому важко погоджуватися з тим, що терапевт може зрозуміти його переживання.

Підтримка: Терапевт працює над створенням атмосфери спокою, що дозволяє пацієнту відчувати підтримку. Терапевт активно підтримує пацієнта через невеликі позитивні кроки.

Емоційна взаємодія: Пацієнт неохоче ділиться емоціями, часто відмовляється говорити про свої переживання, але поступово починає відкриватися.

Бар'єри в комунікації: Бар'єри виникають через надмірну гордість та страх показати слабкість. Пацієнт боїться вразити свою стійкість перед іншими.

Аналіз: Головним бар'єром є недовіра і страх перед вразливістю. Терапевт працює над створенням простору для емоційного вираження, допомагаючи пацієнту позбутися стереотипів сили та стійкості.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для молодого чоловіка, колишнього військового:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт і терапевт погоджуються на основні завдання терапії — зменшити симптоми посттравматичного стресу, відновити якість сну та підтримати пацієнта у психологічному відновленні. Однак через складнощі з довірою пацієнт може не завжди бути готовий активно працювати над всіма аспектами терапії, що впливає на рівень угоди з завданнями.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт починає усвідомлювати важливість терапії, але через емоційну відчуженість і страх бути вразливим, йому важко повністю погодитися з цілями терапії. Він поступово починає відкриватися, але страх і гордість можуть заважати йому повністю довіряти процесу.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнт має значні труднощі з емоційною відкритістю через страх показати свою вразливість. Спочатку він відчуває себе відчуженим і не готовий ділитися своїми переживаннями. Терапевт працює над створенням атмосфери спокою, що дозволяє пацієнту почати відкриватися, але емоційна взаємодія залишається на низькому рівні.

Середня оцінка якості терапевтичного альянсу: 4,7/7.

Коментарі: Терапевтичний альянс має потенціал для розвитку, але початкові труднощі з довірою і бар'єри через страх вразливості є значними перешкодами. Терапевт активно працює над створенням безпечного простору для емоційного вираження, допомагаючи пацієнту поступово долати стереотипи про силу та стійкість. Поступове розкриття пацієнта та зменшення емоційної дистанції стануть важливими етапами терапії.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 55/80 (високий рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 14: Молодий чоловік, колишній військовий. Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт отримує певну підтримку від родини, але через його відчуженість та складнощі з емоційним вираженням ця підтримка може бути обмежена.

Пацієнт не завжди готовий відкрито звертатися до родини через страх бути сприйнятим як слабкий. Його відносини з родичами можуть бути менш інтенсивними через труднощі з комунікацією.

Друзі (Friends): 3/7.

Соціальна підтримка від друзів є обмеженою. Пацієнт часто не довіряє оточенню через свою емоційну відчуженість і страх вразити свою стійкість.

Він неохоче ділиться своїми переживаннями і може уникати близьких взаємодій з друзями через сором або страх бути не зрозумілим.

Значущі інші (Significant Other): 4/7.

Відносини з значущими людьми є, але емоційне відчуження і бар'єри через гордість і страх вразливості створюють відстань у стосунках. Пацієнт поступово починає відкриватися, але його труднощі з довірою обмежують ефективність підтримки. З часом, можливо, підтримка з цього напрямку стане

більш помітною, коли пацієнт зможе подолати страх перед емоційною вразливістю.

Загальний середній бал MSPSS: 3,7/7.

Пацієнт відчуває обмежену соціальну підтримку через свою відчуженість та труднощі з відкритістю. Його бар'єри довіри і страх показати свою вразливість знижують здатність ефективно використовувати підтримку оточуючих. Важливо, щоб терапевт допомагав йому поступово долати ці бар'єри, щоб він міг відкрито спілкуватися і знаходити підтримку у близьких людей.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 14 (через місяць терапії): Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнт стає більш відкритим до завдань терапії, починає визнавати важливість роботи над симптомами ПТСР та відновленням сну. Однак ще залишаються труднощі в активній участі у всіх аспектах терапії через бар'єри довіри).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнт починає більш чітко розуміти та погоджуватися з цілями терапії, поступово долаючи страх вразливості. Він починає відкриватися, хоча все ще залишається певна напруга, пов'язана з емоційною відчуженістю).

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (емоційна взаємодія між терапевтом і пацієнтом покращується, пацієнт починає більше ділитися своїми переживаннями, хоча ще зберігаються труднощі з відкритістю через страх показати слабкість).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.5/7 (терапевтичний альянс поступово розвивається, пацієнт робить позитивні кроки до відкритості та довіри, хоча процес є поступовим і вимагає подолання внутрішніх бар'єрів).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 50/80 (покращення стану: рівень симптомів ПТСР дещо знизився, пацієнт почав краще справлятися з тривогою та депресією, але симптоми залишаються на високому рівні).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5/7 (пацієнт став більш відкритим до родини, хоча ще інколи стримує свої емоції через страх бути сприйнятим як слабкий. Підтримка родини покращується, але залишаються деякі труднощі з повною відкритістю).

Друзі (Friends): 4/7 (підтримка від друзів покращується, пацієнт став менш обережним у спілкуванні, але страхи і емоційна відчуженість все ще обмежують глибину взаємодії).

Значущі інші (Significant Other): 5/7 (пацієнт поступово відкривається своєму партнеру, хоча бар'єри через страх вразливості ще зберігаються. Підтримка з боку партнера стає більш помітною, оскільки пацієнт працює над подоланням своїх страхів).

Загальний середній бал MSPSS: 4.7/7 (пацієнт починає отримувати більше підтримки від оточуючих, але ще є певні бар'єри через страх вразливості та емоційну відчуженість).

Коментарі: Ці зміни свідчать про значний прогрес у терапії: пацієнт стає більш відкритим до терапевтичного процесу, хоча ще існують бар'єри через недовіру та страх показати свою вразливість. Поступове зниження симптомів ПТСР і покращення емоційної взаємодії з оточуючими свідчать про позитивні зміни, хоча ще залишається важлива робота над поглибленням емоційної відкритості та довіри.

Пацієнт 15: Жінка, що пережила втрату близької людини.

Контекст: Пацієнтка пережила раптову смерть чоловіка, що призвело до глибокого стресу, депресії та важких переживань.

Довіра: Пацієнтка довго не може довіряти терапевту, оскільки її внутрішній біль здавлює здатність відкриватися. Вона боїться, що її не зрозуміють або будуть шукати «пояснення» для її горя.

Підтримка: Важливою для пацієнтки є емоційна підтримка, особливо в моменти відчаю. Пацієнтка хоче відчувати, що її біль не залишається непоміченим.

Емоційна взаємодія: Спочатку пацієнтка закрита і не готова відкрито проявляти свої емоції, проте терапевт поступово допомагає їй дозволити собі висловити сум.

Бар'єри в комунікації: Бар'єри виникають через страх бути зрозумілою неправильно або через почуття вини за те, що вона переживає трагедію.

Аналіз: Основною проблемою є вираження болю та відкритість. Терапевт працює над тим, щоб створити атмосферу підтримки та безпеки, щоб допомогти пацієнтці пройти через важкий етап горя.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнтки, що пережила втрату близької людини:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7.

Пацієнтка і терапевт погоджуються щодо основних цілей терапії — допомогти пацієнтці справитися з горем, зменшити симптоми депресії та сприяти емоційному відновленню. Основним завданням є створення безпечного простору для вираження болю та переживань.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Початкові труднощі в досягненні повної згоди стосуються відкритості пацієнтки до терапії та її страху, що її біль буде сприйнятий як недостатньо значущий або неправильно зрозумілий. З часом пацієнтка починає бачити значення терапії і погоджується з її цілями.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Спочатку пацієнтка має великі труднощі з відкритістю і вираженням своїх емоцій. Вона боїться не лише виглядати вразливою, але й не отримати підтримки. Терапевт поступово працює над створенням емоційно безпечного простору, що дозволяє пацієнтці почати довіряти і ділитися своїми переживаннями.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Процес розкриття пацієнтки вимагає часу, оскільки її глибокий біль і страх бути неправильно зрозумілою заважають відкритися. Важливо, щоб терапевт працював над створенням атмосфери підтримки і розуміння, дозволяючи пацієнтці поступово ділитися своїми переживаннями та пережити цей складний етап горя.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 41/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 15: Жінка, що пережила втрату близької людини

Сім'я (Family): 5/7.

Пацієнтка отримує певну підтримку від родини, але її горе і страх бути неправильно зрозумілою можуть обмежувати цю підтримку. Вона може соромитися повністю виражати свій біль перед родичами, оскільки боїться, що її переживання будуть недооцінені або сприйняті як слабкість. Однак загальна підтримка сім'ї є важливою для пацієнтки.

Друзі (Friends): 4/7.

Соціальна підтримка з боку друзів є обмеженою. Пацієнтка не завжди готова відкрито ділитися своїм болем через страх бути неправильно зрозумілою. Вона може уникати відкритих розмов із друзями, оскільки боїться, що її страждання будуть мінімізовані. Тим не менше, деякі друзі можуть надавати важливу емоційну підтримку.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Підтримка від значущих людей, ймовірно, є найбільш важливою для пацієнтки, але через страх перед відкиданням і неможливістю отримати

повне розуміння, вона може відчувати себе ізольованою в її горі. Відносини можуть бути складними через відсутність відкритості та емоційної дистанції. Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Пацієнтка відчуває певну соціальну підтримку, але її горе і страхи обмежують здатність відкрито звертатися за допомогою. З часом, ймовірно, зможе отримувати більше підтримки, коли вона поступово навчиться довіряти й виражати свої емоції. Терапевт має допомогти пацієнтці створити безпечний простір для цієї підтримки.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 15 (через місяць терапії): Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7 (пацієнтка продовжує активно працювати над головними завданнями терапії — зменшенням симптомів депресії та горя. Вона починає краще довіряти терапевту, але ще є моменти, коли її внутрішні бар'єри не дозволяють їй повністю прийняти терапевтичний процес).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнтка відчуває, що терапія допомагає їй зрозуміти та прожити її біль, і хоча вона все ще боїться бути неправильно зрозумілою, її розуміння терапії стає більш чітким і гнучким)

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (пацієнтка стає більш відкритою до емоційного вираження, хоча ще зберігаються моменти, коли їй важко повністю дозволити собі виявити глибокі переживання. Терапевт створює атмосферу підтримки, що дозволяє пацієнтці поступово відкриватися).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.7/7 (пацієнтка робить значні кроки до розкриття та довіри, хоча процес є поступовим. Створення безпечного простору для вираження емоцій є важливою частиною терапії).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 38/80 (небагато знизився рівень симптомів ПТСР. Пацієнтка починає краще справлятися з депресією і тривогою, але симптоми все ще виражені на помірному рівні).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 6/7 (пацієнтка почала відчувати більше підтримки з боку родини, хоча вона все ще має труднощі в тому, щоб повністю виразити свій біль. Її відносини з родиною покращуються, і вона поступово долає страхи щодо того, як її горе сприймається).

Друзі (Friends): 5/7 (підтримка з боку друзів стає більш помітною. Пацієнтка починає частіше відкриватися і звертатися до друзів за емоційною підтримкою, хоча ще зберігається певний бар'єр через страх неправильного сприйняття її болю).

Значущі інші (Significant Other): 4/7 (пацієнтка все ще має труднощі з відкритістю щодо своїх глибоких переживань через страх відкидання, але починає довіряти своїм значущим людям більше. Підтримка з цього напрямку поступово зростає, хоча вона все ще не зовсім відкривається).

Загальний середній бал MSPSS: 5/7 (пацієнтка почала отримувати більше підтримки, хоча її страхи щодо того, як її біль буде сприйнятий, все ще обмежують здатність повністю відкриватися. Проте з часом вона може стати більш відкритою до допомоги і підтримки з боку оточуючих).

Коментарі: Ці зміни свідчать про прогрес у терапії: пацієнтка стає більш відкритою до процесу і починає краще справлятися з болем від втрати. Її емоційна відкритість покращується, і вона починає знаходити більшу підтримку серед родини та друзів, хоча процес ще не завершений. Терапевт продовжує працювати над створенням безпечного простору для вираження болю та допомагає пацієнтці подолати страхи та бар'єри.

Пацієнт 16: Чоловік, який пережив пограбування.

Контекст: Пацієнт звернувся після того, як пережив насильницьке пограбування вночі. Він зазнав фізичного і психологічного насильства, що спричинило в нього посттравматичний стрес.

Довіра: Спочатку пацієнт важко довіряє, бо він боїться, що навіть у безпечному просторі може знову бути вразливим. Він неохоче відкривається через глибокий страх.

Підтримка: Терапевт активно намагається створити підтримуюче середовище, демонструючи співчуття, що допомагає пацієнту трохи заспокоїтись.

Емоційна взаємодія: Пацієнт неохоче обговорює свій досвід, хоча іноді показує гнів чи обурення, проте йому важко виразити це безпосередньо.

Бар'єри в комунікації: Пацієнт виявляє значний бар'єр, пов'язаний із страхом бути знову вразливим або із відчуттям безсилля.

Аналіз: Психолог повинен працювати над побудовою емоційної підтримки і безпеки, а також знімати бар'єри, які виникають через страх відновлення травми.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив пограбування:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт і терапевт визначають основні цілі терапії, зокрема, зменшення симптомів посттравматичного стресу, роботу над відновленням почуття

безпеки та допомогу в опрацюванні пережитого досвіду насильства. Проте пацієнт ще не повністю відкритий до ідеї терапевтичного процесу, через глибокий страх і недовіру.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 4/7.

Пацієнт початково не має чіткого уявлення про те, як терапія може йому допомогти, і є певна стриманість щодо того, як швидко досягнути прогресу. Терапевт працює над допомогою пацієнту в прийнятті необхідності цієї роботи, що є важливим для поступового відновлення.

Емоційна взаємодія (Bond): 3/7.

Пацієнт демонструє значну стриманість у вираженні своїх емоцій, в основному через страх і біль, пов'язані з пережитим насильством. Він з труднощами відкривається, хоча іноді проявляє гнів чи обурення. Важливо, щоб терапевт продовжував надавати підтримку й активно працював над створенням емоційно безпечного простору, щоб пацієнт міг поступово звільнитися від своїх бар'єрів.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4/7.

Коментарі: Бар'єри, що виникають у пацієнта, пов'язані з глибоким страхом та тривогою після пережитого насильства. Терапевт має підтримувати пацієнта, допомагаючи йому побороти ці страхи, і поступово будувати довіру, що дозволить більш відкрито працювати з травматичними переживаннями.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 45/80 (помірний до високого рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 16: Чоловік, який пережив пограбування Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт відчуває певну підтримку від родини, але його страх перед вразливістю та пережите насильство можуть заважати йому відкрито звертатися за допомогою. Він може відчувати сором через свої емоції або не бажати затиратися за сімейними зв'язками, що ускладнює вираження його болю. Хоча родина може надавати підтримку, пацієнт все ще має обмежену здатність отримувати цю підтримку повністю.

Друзі (Friends): 3/7.

Соціальна підтримка з боку друзів виглядає обмеженою. Пацієнт може уникати спілкування з друзями через відчуття сорому та глибокий страх бути вразливим. З цієї причини його взаємодія з друзями може бути поверхневою, хоча деякі друзі можуть допомогти при подоланні страхів.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Підтримка від значущих інших осіб може бути дуже обмеженою, оскільки

пацієнт важко відкривається навіть тим, кого найбільше любить. В його стані відсутність довіри і страх перед знову пережитою травмою створюють бар'єри, які ускладнюють формування емоційної близькості. Йому важко дозволити собі отримати підтримку в моменти слабкості.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнт відчуває обмежену соціальну підтримку, головним чином через страх і почуття безсилля, пов'язані з пережитим насильством. Хоча є певна підтримка з боку родини та друзів, але через психологічні бар'єри пацієнт не може повною мірою відкритися і скористатися цією підтримкою. Терапевт має працювати над створенням безпечного простору для пацієнта, щоб зменшити ці бар'єри і допомогти йому поступово отримувати більше підтримки.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 16 (через місяць терапії): Цільова угода (Agreement on Tasks): 5.5/7 (пацієнт починає приймати терапевтичний процес і погоджується з основними цілями — зменшення симптомів ПТСР та відновлення почуття безпеки. Однак він все ще має страхи та сумніви щодо досягнення прогресу через глибокі переживання від пограбування).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7 (пацієнт починає поступово розуміти важливість терапії та її можливу користь. Хоча він зберігає певну стриманість у своєму прийнятті терапевтичних цілей, процес наближається до більш конструктивного етапу).

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7 (пацієнт став більш відкритим до вираження емоцій, але ще є значні бар'єри, пов'язані з його страхами і болем від насильства. Терапевт створює підтримуючий простір, що дозволяє пацієнту поступово розкривати свої переживання, хоча цей процес ще повільний)

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.5/7 (пацієнт робить поступовий прогрес, поступово відкриваючи себе терапевту, хоча бар'єри і недовіра все ще присутні. Терапевт продовжує працювати над створенням безпечного простору для пацієнта).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 42/80 (помірний рівень симптомів ПТСР. Пацієнт починає відчувати певне полегшення, хоча симптоми тривоги та депресії все ще присутні. Терапія допомагає знижувати рівень стресу, але процес відновлення все ще триває).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5/7 (пацієнт починає звертатися за підтримкою до родини з більшим рівнем відкритості. Хоча страхи щодо вразливості ще залишаються, він поступово більше довіряє своїм близьким).

Друзі (Friends): 4/7 (підтримка з боку друзів покращується. Пацієнт все ще має труднощі з повним вираженням свого болю, але з часом він починає звертатися до друзів, зокрема тих, які можуть надавати йому емоційну підтримку).

Значущі інші (Significant Other): 3/7 (підтримка від значущих осіб залишається обмеженою через труднощі з відкритістю. Пацієнт поступово починає знімати бар'єри і звертатися за підтримкою, хоча процес ще не завершений).

Загальний середній бал MSPSS: 4/7 (пацієнт відчуває певну підтримку, але значні страхи і бар'єри у спілкуванні не дозволяють йому повною мірою використовувати допомогу з боку близьких людей. Проте поступово з'являється більше емоційної підтримки).

Коментарі: Ці зміни свідчать про певний прогрес у терапії: пацієнт стає більш відкритим і починає працювати над подоланням своїх бар'єрів, хоча глибокий страх і пережитий біль все ще створюють значні труднощі. Терапевт продовжує працювати над створенням безпечного простору для пацієнта, що дозволяє йому більш відкрито звертатися за підтримкою та опрацьовувати травматичний досвід.

Пацієнт 17: Жінка, яка пережила природну катастрофу.

Контекст: Пацієнтка була свідком природної катастрофи — потопу, який зруйнував її дім. Вона стала жертвою матеріальних втрат і пережила значний стрес через безпеку своїх дітей.

Довіра: Пацієнтка відчуває важкість у довірі через травмуючий досвід. Вона потребує часу, щоб зрозуміти, що терапевт не ставить під сумнів її переживання.

Підтримка: Підтримка терапевта є ключовим аспектом для пацієнтки. Вона відчуває себе більш впевнено, коли психолог з нею в кожному етапі процесу відновлення.

Емоційна взаємодія: Пацієнтка починає виражати біль і сум через втрату дому, але вона також переживає почуття провини за те, що не змогла захистити сім'ю.

Бар'єри в комунікації: Бар'єри виникають через непереборні почуття провини та нездатність виразити всю глибину пережитих емоцій.

Аналіз: Психолог має допомогти пацієнтці зняти внутрішні бар'єри, зокрема через підтримку процесу відновлення та надання простору для емоцій.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнтки, яка пережила природну катастрофу:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнтка і терапевт погоджуються на необхідність роботи з пережитими втратами та стресом. Однак пацієнтка ще має труднощі з тим, щоб повністю вірити, що терапія допоможе їй подолати ці проблеми. Зазначена важливість допомоги у відновленні емоційної стабільності, але є певна невизначеність щодо повного одужання.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнтка згодна на роботу над своїми почуттями провини та горя через втрату дому і безпеку своїх дітей. Водночас вона часто переживає відчуття, що не змогла достатньо захистити своїх близьких, що також буде одним із основних аспектів для терапії. Є потреба в додаткових зусиллях з боку терапевта для роботи з цими відчуттями.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнтка поступово починає відкриватися і виражати свої емоції. Проте вона має певні бар'єри через почуття провини та страх, що її не зрозуміють або недооцінять пережите. Емоційна підтримка з боку терапевта сприяє процесу довіри, однак пацієнтка потребує більше часу для того, щоб повністю виразити свої глибокі емоції.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.7/7.

Коментарі: Пацієнтка потребує підтримки, щоб позбутися відчуття провини та звільнитися від емоційних бар'єрів. Терапевт повинен продовжувати працювати над створенням простору для емоційної відкритості та сприяти прогресу в процесі відновлення від травми через природну катастрофу.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 38/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнтки 17: Жінка, яка пережила природну катастрофу

Сім'я (Family): 6/7.

Пацієнтка відчуває сильну підтримку від своєї родини, зокрема від дітей, чия безпека була для неї основним переживанням під час катастрофи. Родина є важливим джерелом емоційної стабільності для неї. Водночас, її почуття провини за те, що не змогла повністю захистити близьких, може частково впливати на повноту взаємодії.

Друзі (Friends): 4/7.

Соціальна підтримка з боку друзів є значною, хоча пацієнтка може бути стриманою в тому, щоб повністю розкрити свої переживання. Вона часто обмежує свою комунікацію через страх бути незрозумілою або недооціненою. Однак підтримка друзів, особливо в моменти стресу, є важливою для її процесу відновлення.

Значущі інші (Significant Other): 5/7.

Підтримка з боку значущих інших, ймовірно, є важливим аспектом для пацієнтки, оскільки вона відчуває велику потребу у емоційній підтримці через пережиту катастрофу. Вона відкривається більше перед цими людьми, хоча відчуття провини і страх не завжди дозволяють їй повністю розкритися. Загальний середній бал MSPSS: 5/7.

Пацієнтка відчуває відносно високий рівень соціальної підтримки від родини та значущих інших, але є певна стриманість у вираженні своїх емоцій, пов'язана з почуттям провини та страхом бути незрозумілою. Друзі також можуть надати підтримку, але пацієнтка має труднощі з повною відкритістю. Терапевт має працювати над створенням більшої емоційної безпеки і підтримки для пацієнтки, що дозволить їй поступово зменшити ці бар'єри і повніше скористатися підтримкою оточення.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 17 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7 (пацієнтка почала більш відкрито погоджуватися з необхідністю роботи над її травмами. Вона все ще потребує підтримки у віру в те, що терапія може допомогти їй відновитися, але загальна готовність до процесу зростає).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнтка почала краще усвідомлювати, як терапія може допомогти їй впоратися з почуттями провини і суму через втрату дому та безпеку дітей. Вона погоджується на роботу над цими аспектами, хоча все ще потребує підтримки для досягнення відчуття контролю над ситуацією).

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (пацієнтка стала більш відкритою до вираження своїх емоцій, зокрема до виявлення болю через втрату дому. Проте деякі бар'єри, пов'язані з провиною, залишаються. Терапевт продовжує підтримувати пацієнтку в її емоційному відновленні).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.7/7 (пацієнтка демонструє значний прогрес у довірі до терапевта. Вона починає більш відкрито взаємодіяти з

ним, хоча деякі бар'єри, пов'язані з почуттям провини, ще присутні. Терапевт активно працює над створенням простору для емоційної відкритості).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 35/80 (помірний рівень симптомів ПТСР. Пацієнтка переживає менше стресу та тривоги, хоча симптоми все ще присутні. Терапія почала приносити певне полегшення, і вона відчуває деяке зменшення глибини пережитих емоцій).

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 6.5/7 (пацієнтка відчуває ще більше емоційної підтримки від своєї родини, зокрема від дітей, з якими вона почала відкритіше спілкуватися. Вона все ще відчуває провини за те, що не змогла повністю захистити своїх близьких, але її стосунки з родиною зміцнилися).

Друзі (Friends): 5/7 (підтримка з боку друзів стає важливішою для пацієнтки, хоча вона ще не завжди здатна повністю відкриватися через страх бути незрозумілою або недооціненою. Вона стає більш готовою звертатися за допомогою в моменти стресу).

Значущі інші (Significant Other): 6/7 (підтримка з боку значущих інших осіб є дуже важливою для пацієнтки. Вона більше довіряє цим людям і відчуває, що може поділитися своїми переживаннями, хоча почуття провини ще впливають на її відкритість).

Загальний середній бал MSPSS: 5.5/7 (пацієнтка відчуває значну підтримку від родини та значущих інших, і поступово починає відкриватися друзям.

Однак, через бар'єри, пов'язані з провинною, вона ще не може повністю скористатися підтримкою оточення).

Коментарі: Ці зміни свідчать про позитивний прогрес у терапії: пацієнтка стає більш відкритою до терапевтичного процесу, хоча все ще існують бар'єри через почуття провини та пережитий стрес. Терапевт має продовжувати працювати над створенням безпечного простору, який дозволить пацієнтці поступово зменшувати свої страхи і скористатися повною мірою підтримкою оточення.

Пацієнт 18: Чоловік, що пережив сексуальне насильство.

Контекст: Пацієнт пережив сексуальне насильство в юному віці, і досі не зміг обробити цей досвід. Виникли серйозні проблеми з інтимними стосунками та в загальній соціальній адаптації.

Довіра: Пацієнт дуже обережний і спочатку практично не довіряє терапевту через страх, що його буде осуджено чи неправильно зрозуміло.

Підтримка: Терапевт створює атмосферу безпеки, щоб пацієнт міг поступово відкриватися і відпустити больові переживання.

Емоційна взаємодія: Пацієнт дуже стриманий і має складнощі з вираженням емоцій. Він демонструє сум і почуття неповноцінності.

Бар'єри в комунікації: Бар'єри виникають через почуття сорому та тривогу про те, як його сприйматимуть через цей досвід.

Аналіз: Важливою є підтримка терапевта в створенні безпечного середовища для обговорення болючої теми, а також поступове зняття бар'єрів через емоційну чутливість і підтримку.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив сексуальне насильство:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнт починає визнавати необхідність обробки травматичного досвіду, але має великі труднощі в тому, щоб повністю погодитись на розкриття цього досвіду. Терапевт працює над тим, щоб допомогти пацієнту зрозуміти важливість відкриття та прогресивного опрацювання травми, однак пацієнт має бар'єри у прийнятті цієї ідеї.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт погоджується на поступове розкриття своїх переживань, але є певний страх перед тим, як ці переживання можуть бути інтерпретовані. Він визнає важливість вирішення проблем з інтимними стосунками і соціальною адаптацією, але все ще перебуває в етапі великих емоційних труднощів.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7

Пацієнт починає поступово відкриватися, але значною мірою його взаємодія з терапевтом залишається обережною і стриманою. Страх осуду і сорому перешкоджають емоційному вираженню. Терапевт працює над тим, щоб створити атмосферу безпеки, але пацієнт потребує більше часу для того, щоб остаточно подолати ці бар'єри.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.3/7.

Коментарі: Основним бар'єром є сором і страх осуду. Пацієнт потребує особливої підтримки для того, щоб побороти внутрішні бар'єри та розпочати процес відкриття. Терапевт повинен продовжувати створювати безпечну атмосферу для цього складного процесу і допомогти пацієнту рухатись вперед у подоланні травми.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 45/80 (Помірний до високого рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 18: Чоловік, що пережив сексуальне насильство

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнт відчуває обмежену підтримку з боку родини, ймовірно, через відчуття сорому та страх, що його переживання будуть недооцінені або неправильно зрозумілені. Він може уникати відкритих розмов про травму з близькими, що обмежує рівень емоційної підтримки з цієї сфери.

Друзі (Friends): 2/7.

З підтримкою з боку друзів ситуація складніша. Пацієнт демонструє значну стриманість у соціальних контактах, через що він, ймовірно, відчуває відчуження. Боязнь бути осудженим за свою травму і її наслідки значно обмежує його здатність відкритися навіть друзям, зменшуючи рівень соціальної підтримки.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Пацієнт може відчувати певну підтримку з боку значущих осіб, однак бар'єри, пов'язані з соромом і страхом бути осудженим, перешкоджають розвитку близьких відносин. Це також може проявлятися у проблемах із інтимними стосунками, через які пацієнт зазнає труднощів у створенні емоційно близьких зв'язків.

Загальний середній бал MSPSS: 2.7/7.

Соціальна підтримка для пацієнта є обмеженою через страх сорому та осуду, що заважає йому відкритися і скористатися ресурсами підтримки. Родина, друзі та значущі інші не можуть повністю підтримати пацієнта через його стриманість і емоційні бар'єри. Терапевт має працювати над створенням безпечного простору для емоційної відкритості та поступово знижувати ці бар'єри, щоб пацієнт міг краще використовувати доступну йому підтримку.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 18 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7 (пацієнт починає краще розуміти необхідність обробки травматичного досвіду, хоча ще має труднощі з повним прийняттям процесу. Він поступово відкривається, але процес розкриття залишається обережним і обмеженим).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнт все більше погоджується з необхідністю працювати над своїми інтимними стосунками та соціальною адаптацією. Проте він все ще відчуває значну емоційну напругу і страх перед тим, як ці теми можуть бути інтерпретовані терапевтом).

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (пацієнт починає довіряти терапевту більше і стає більш відкритим. Проте бар'єри сорому ще залишаються, хоча пацієнт робить прогрес у вираженні своїх емоцій. Терапевт продовжує працювати над створенням безпечного простору для цих емоцій).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.3/7 (пацієнт демонструє позитивний прогрес у терапії, довіряючи терапевту більше, хоча ще є певні бар'єри через страх осуду. Важливо продовжувати створювати безпечне середовище для емоційної відкритості.).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 42/80 (помірний рівень симптомів ПТСР). Пацієнт продовжує переживати симптоми ПТСР, але починає відчувати певне полегшення в результаті терапевтичного процесу, хоча це ще не значно покращує його емоційний стан.

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4/7 (пацієнт починає відчувати деяку підтримку від родини, хоча почуття сорому ще стримують його від повного відкриття перед близькими. Він все більше готовий звертатися за допомогою, хоча цей процес ще повільний).

Друзі (Friends): 3/7 (пацієнт ще не готовий відкриватися друзям через страх осуду, але він поступово починає будувати нові, більш відверті стосунки. Хоча страх відчуження зменшується, рівень підтримки з боку друзів залишається обмеженим).

Значущі інші (Significant Other): 4/7 (пацієнт має певний прогрес у відносинах з значущими іншими, хоча бар'єри через сором і страх залишаються. Він починає відкриватися, але інтимні стосунки все ще є джерелом труднощів).

Загальний середній бал MSPSS: 3.7/7 (соціальна підтримка покращується, хоча пацієнт все ще має значні бар'єри у вираженні своїх емоцій та зверненні за підтримкою. Терапевт працює над зменшенням цих бар'єрів, що дозволяє пацієнту краще використовувати доступну підтримку).

Коментарі: Ці зміни свідчать про поступовий прогрес у терапії: пацієнт стає більш відкритим і готовим працювати над своїми переживаннями, але емоційні бар'єри через сором і страх осуду ще значно впливають на його здатність використовувати соціальну підтримку. Терапевт має продовжувати підтримувати пацієнта, створюючи безпечне середовище, яке дозволяє йому поступово знижувати ці бар'єри.

Пацієнт 19: Військовий, який пережив бойові дії.

Контекст: Пацієнт був у бойових діях, де став свідком насильницької смерті. Це спричинило у нього серйозні порушення сну, флешбеки та постійну тривожність.

Довіра: Пацієнт спочатку не довіряє терапевту через зумовлену травмою недовіру до інших людей та інституцій.

Підтримка: Пацієнт дуже чутливий до підтримки терапевта, яка дає йому відчуття, що його розуміють, і що він не самотній у своєму досвіді.

Емоційна взаємодія: Пацієнт частково закривається від своїх емоцій, але починає відкриватись під час глибших розмов.

Бар'єри в комунікації: Основні бар'єри виникають через почуття ізоляції та страху, що його не зрозуміють, а також через болючі спогади про війну.

Аналіз: Психолог має створити безпечне середовище для вираження емоцій і допомогти пацієнту подолати бар'єри, пов'язані з ізоляцією та болісними спогадами.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив бойові дії:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт визнає необхідність працювати над своїми переживаннями, пов'язаними з війною, хоча з початку має великі труднощі в прийнятті терапевтичних завдань. Терапевт поступово адаптує підхід, щоб сприяти відкриттю пацієнта, працюючи над побудовою довіри та усвідомленням важливості опрацювання травми.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнт готовий обговорювати свої переживання, хоча на початкових етапах лікування відчувається певна стриманість. Основною метою є подолання тривожності, флешбеків та порушень сну, з чим пацієнт вже погоджується. Однак важливим залишатиметься робота з глибшими аспектами пережитих травм.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнт початково закривається від емоцій, зберігаючи дистанцію через страх незрозумілості та ізоляції. Терапевт активно працює над тим, щоб створити атмосферу безпеки і підтримки, але для повного відкриття пацієнт потребує більше часу та терпіння.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Основний бар'єр – це глибока недовіра, пов'язана з травмою, а також страх бути непонятым чи відкинутим. Важливо, щоб терапевт продовжував підтримувати пацієнта в процесі відкриття і опрацювання

болючих спогадів, забезпечуючи безпечний простір для вираження емоцій і подолання ізоляції.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 51/80 (Високий рівень симптомів ПТСР.).

Результати MSPSS для Пацієнта 19: Військовий, який пережив бойові дії Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт відчуває певну підтримку з боку родини, але його емоційна відчуженість і глибока травма, ймовірно, заважають йому повністю відкрито взаємодіяти з близькими. Існує почуття ізоляції, навіть в родинному колі, що обмежує рівень підтримки.

Друзі (Friends): 3/7.

З підтримкою з боку друзів ситуація складніша. Пацієнт має труднощі в налагодженні соціальних зв'язків через болісні спогади та почуття ізоляції. Він може відчувати, що його досвід війни неможливо повністю зрозуміти або поділитися ним із іншими, що знижує рівень підтримки з цієї сфери.

Значущі інші (Significant Other): 4/7.

Пацієнт може отримувати деяку підтримку від значущих осіб, але страх бути непонятым або відкинутим перешкоджає глибшій емоційній взаємодії.

Емоційна підтримка від партнера, ймовірно, існує, але пацієнт має бар'єри для її повного використання, зважаючи на свій досвід.

Загальний середній бал MSPSS: 3.7/7.

Пацієнт відчуває обмежену підтримку від оточення, зокрема через його емоційну ізоляцію та страх бути непонятым. Травматичний досвід і бар'єри у вираженні емоцій зменшують можливість ефективно скористатися соціальною підтримкою. Терапевт має зосередитися на створенні безпечного простору для емоційного відкриття, що дозволить пацієнту поступово знизити ізоляцію та побудувати довіру до оточуючих.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 19 (через місяць терапії): Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7 (пацієнт починає більш активно брати участь у терапевтичному процесі, визнаючи необхідність опрацьовувати свій досвід. Хоча терапевт адаптує підхід для створення довіри, пацієнт все більше погоджується з терапевтичними завданнями і розуміє їх важливість для власного лікування).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнт продовжує працювати над подоланням тривожності, флешбеків і порушень сну. Ці проблеми

залишаються основними цілями терапії, хоча пацієнт все більше усвідомлює важливість роботи над глибшими травмами та емоційними бар'єрами).

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7 (пацієнт поступово починає більше відкриватися, відчуваючи підтримку терапевта. Страх незрозумілості та ізоляції ще залишається, але пацієнт вже відчуває більше комфорту у вираженні емоцій і починає долати бар'єри).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.3/7 (пацієнт демонструє прогрес у довірі та емоційному відкритті. Він починає працювати над своїми травмами, але ще потребує підтримки для подолання остаточної бар'єрів та розкриття складних емоцій).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 48/80 (помірний до високого рівень симптомів ПТСР). Пацієнт все ще стикається з численними симптомами ПТСР, хоча спостерігається деяке зниження їх інтенсивності в результаті терапії.

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 5/7 (пацієнт починає краще взаємодіяти з родиною, хоча досі відчуває певну емоційну відчуженість. Він поступово відкривається, що дозволяє покращити рівень підтримки, хоча деякі бар'єри залишаються).

Друзі (Friends): 4/7 (пацієнт покращує соціальні зв'язки, хоча досі є певна стриманість у взаємодії з друзями. Травматичний досвід продовжує обмежувати його здатність відкрито спілкуватися, але він поступово долає ці бар'єри).

Значущі інші (Significant Other): 5/7 (пацієнт починає більше довіряти партнеру та відкриватися, хоча страх бути непонятым все ще перешкоджає глибшому емоційному зв'язку. Проте з'являється більше можливостей для емоційної підтримки).

Загальний середній бал MSPSS: 4.7/7 (соціальна підтримка покращується, хоча пацієнт все ще має емоційні бар'єри для повноцінного використання цієї підтримки. Терапевт продовжує працювати над зниженням ізоляції та страху відкидання, щоб пацієнт міг більше покладатися на оточення).

Коментарі: Ці зміни свідчать про позитивний прогрес у терапії: пацієнт стає більш відкритим до терапевтичного процесу, але ще зберігаються певні бар'єри через травматичний досвід. Підтримка з боку родини, друзів і значущих осіб покращується, але пацієнт потребує додаткової роботи для повного відновлення емоційної відкритості і взаємодії з оточуючими.

Пацієнт 20: Жінка, що пережила раптову втрату близької людини.

Контекст: Пацієнтка звернулася до психолога після раптової втрати чоловіка. Вона переживає глибоку депресію та не може прийняти реальність.

Довіра: Пацієнтка перебуває на початковій стадії відкриття і потребує більше часу для того, щоб почати довіряти психологу.

Підтримка: Підтримка є надзвичайно важливою на всіх етапах терапії, оскільки пацієнтка відчуває себе дуже вразливою через втрату.

Емоційна взаємодія: Пацієнтка іноді не готова ділитися своїми емоціями, часто намагається замовчувати свої почуття.

Бар'єри в комунікації: Її бар'єри пов'язані з переживанням великої сумніви та відчаю, що призводить до внутрішнього конфлікту, чи варто взагалі відкриватися.

Аналіз: Основною проблемою є внутрішній конфлікт між бажанням закрити болючі емоції і необхідністю виразити біль. Терапевт має створити умов для безпеки і емоційної підтримки, щоб пацієнтка могла поступово виразити сум. Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнтки, яка пережила раптову втрату близької людини:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнтка відчуває внутрішній конфлікт щодо необхідності відкриватися і обробляти свою біль. Зазначена проблема у вираженні емоцій ускладнює спільну роботу над терапевтичними завданнями. Психолог повинен працювати над тим, щоб забезпечити пацієнтці безпечний простір для початку процесу вираження горя.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнтка виявляє готовність до терапії, але на першому етапі не має чіткої впевненості у тому, що може чи хоче працювати над своїм горем. Визначення цілей стосуватиметься, зокрема, подолання депресії та прийняття втрати, однак для більш глибокої роботи потрібно більше часу для розвитку довіри.

Емоційна взаємодія (Bond): 3/7.

Пацієнтка має труднощі у вираженні своїх емоцій і часто намагається приховати свої почуття. Терапевт працює над створенням емоційної підтримки, але для пацієнтки важливо пройти етап самовизначення, перш ніж вона зможе відкритися повністю. Зв'язок поступово укріплюється через емоційну чутливість психолога.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4/7.

Коментарі: Основним бар'єром є внутрішній конфлікт і страх перед вираженням болю. Психологу важливо створити атмосферу безпеки і терпимості, щоб пацієнтка могла поступово впоратися з переживаннями та

відкрито виражати свої почуття. Терапевту потрібно бути чуйним і дати пацієнтці час для повної інтеграції горя.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 48 (середній рівень ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнтки 20: Жінка, що пережила раптову втрату близької людини

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнтка відчуває підтримку з боку родини, але її емоційна відчуженість та важкість прийняття втрати обмежують її здатність відкрито взаємодіяти з близькими. Існують певні бар'єри у вираженні емоцій, що ускладнює глибоке взаєморозуміння з рідними.

Друзі (Friends): 2/7.

Підтримка від друзів є меншою, і пацієнтка часто відчуває ізоляцію через свою депресію і відсутність готовності ділитися переживаннями. Вона, ймовірно, намагається приховувати свої почуття навіть від найближчих людей, що створює бар'єри для ефективної соціальної підтримки.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Втрата чоловіка позбавила пацієнтку основного джерела підтримки. Цей фактор створює великий емоційний вакуум, через який вона відчуває сильну вразливість та відсутність емоційної опори. У той же час, вона може шукати певної підтримки в спогадах про чоловіка.

Загальний середній бал MSPSS: 2.7/7.

Пацієнтка переживає сильне почуття ізоляції, пов'язане з раптовою втратою чоловіка. Бар'єри у вираженні емоцій і важкість у прийнятті підтримки від оточення значно обмежують її здатність отримувати підтримку. Терапевт має зосередитись на створенні безпечного простору для вираження болю та горя, щоб поступово допомогти пацієнтці відкриватися та залучати підтримку з різних джерел.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнтки 20 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7 (пацієнтка поступово починає відкриватися і визнає важливість роботи над своїм горем. Вона поступово готова працювати над своїми емоціями, хоча все ще має сумніви та труднощі в цій сфері. Терапевт продовжує працювати над створенням безпечного простору для вираження болю).

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7 (пацієнтка показує більшу готовність працювати над подоланням депресії та прийняттям втрати. Хоча є

певна стриманість на початкових етапах терапії, з часом вона все більше приймає необхідність роботи над своїми емоціями та переживаннями).

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7 (пацієнтка продовжує мати труднощі в вираженні своїх емоцій, але зв'язок з терапевтом стає більш стабільним. Вона поступово починає довіряти психологу і відкриватися для глибших емоційних переживань, хоча ще потребує часу для повного розкриття).

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7 (пацієнтка демонструє поступовий прогрес у побудові довіри та відкритті для терапії. Вона потребує більше часу, щоб відкрити всі свої емоційні бар'єри, але терапевт підтримує її на кожному етапі).

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 44/80 (помірний рівень симптомів ПТСР). Пацієнтка показує деяке покращення, хоча симптоми депресії та горя все ще залишаються досить вираженими.

Результати MSPSS (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 4/7 (пацієнтка починає бути більш відкритою до спілкування з родиною. Хоча емоційна відчуженість все ще зберігається, вона поступово наближається до близьких і готова отримувати підтримку, хоча й у обмеженому обсязі).

Друзі (Friends): 3/7 (підтримка від друзів залишається обмеженою. Пацієнтка намагається відкритися друзям, але досі є певна ізоляція через депресію і страх бути не зрозумілою. Проте поступово починає більше довіряти найближчим людям).

Значущі інші (Significant Other): 4/7 (хоча чоловік вже не є частиною її життя, пацієнтка знаходить деяку підтримку в спогадах та своїх особистих переживаннях. Вона починає знову знайомитись з ідеєю підтримки від оточуючих, хоч ця потреба ще не цілком задоволена).

Загальний середній бал MSPSS: 3.7/7 (пацієнтка показує незначне покращення у здатності отримувати підтримку від оточення. Її емоційні бар'єри поступово зменшуються, але ще залишаються проблеми в прийнятті підтримки від сім'ї та друзів).

Коментарі: Ці зміни вказують на помірний прогрес у терапії: пацієнтка поступово відкривається терапевту, готова працювати над своїми емоціями і починає покращувати зв'язки з родиною та друзями. Однак через глибоку емоційну відчуженість та переживання горя, вона ще потребує значної підтримки для повного відновлення емоційної відкритості.

Пацієнт 21: Молодий чоловік після пережитої депресії та соціальної ізоляції. Контекст: Пацієнт був ізолюваний від соціуму через депресію, що виникла після важкого розриву з партнеркою. Він знову звернувся до терапії через відчуття безнадії та соціальної непотрібності.

Довіра: Пацієнт спочатку перебуває у стані глибокого скептицизму і має низький рівень довіри до інших людей.

Підтримка: Підтримка з боку терапевта стає важливим етапом для відновлення віри у взаємодію з іншими людьми.

Емоційна взаємодія: Пацієнт відкривається досить повільно, але демонструє потребу в емоційній підтримці, оскільки важко впоратися з відчуттям самотності.

Бар'єри в комунікації: Бар'єри полягають у вірі, що ніхто не зможе його зрозуміти, і страх показати свою слабкість.

Аналіз: Важливим є етап поступового надання підтримки і заохочення пацієнта до відновлення взаємодії, а також роботи з соціальною ізоляцією.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив депресію та соціальну ізоляцію:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт потребує допомоги в поступовому відновленні взаємодії з іншими людьми та в подоланні самотності. На даному етапі основним завданням є повернення до соціальної взаємодії та покращення загального психологічного стану. Задачі терапії на цей момент спрямовані на підтримку і розвиток емоційної відкритості.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнт готовий до терапії і розуміє необхідність працювати над поверненням до соціуму і зменшенням відчуття самотності. Він хоче знайти спосіб знову відчути себе потрібним і належним до групи. Це дає змогу сформулювати конкретні цілі для відновлення його соціальних зв'язків і поліпшення самопочуття.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнт має певні труднощі з відкриттям емоцій, що пов'язано з низьким рівнем довіри. Однак підтримка терапевта і поступова чутливість допомагають створити безпечне середовище. Пацієнт починає відчувати певну емоційну підтримку, хоча для глибшого зв'язку йому потрібно більше часу.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5/7.

Коментарі: Пацієнт потребує чіткої підтримки, щоб подолати соціальну

ізоляцію та відновити віру у взаємодію з іншими людьми. Терапевт має допомогти йому відчувати себе безпечним у відкритті своїх почуттів і поступово будувати відносини, що засновані на довірі та емоційній підтримці.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 38 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 21: Молодий чоловік після пережитої депресії та соціальної ізоляції.

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнт відчуває певну підтримку від родини, але важко повністю відкриватися через глибокий скептицизм і страх бути непонятим. Існує певна дистанція у взаємодії, що ускладнює вираження емоцій та підтримки з боку близьких.

Друзі (Friends): 2/7.

Пацієнт переживає соціальну ізоляцію і має обмежену кількість близьких друзів. Його відчуття самотності та переконання, що його не зрозуміють, ускладнюють пошук підтримки серед друзів. Ці бар'єри потребують уваги з боку терапевта.

Значущі інші (Significant Other): 1/7.

Враховуючи розрив з партнеркою, пацієнт не отримує емоційної підтримки від значущої особи. Втрата цього джерела підтримки сприяє посиленню відчуття самотності і непотрібності. Це є основним чинником у його емоційному стані.

Загальний середній бал MSPSS: 2/7.

Пацієнт відчуває значну соціальну ізоляцію і труднощі в отриманні підтримки від оточуючих. Відсутність глибоких взаємин з родиною та друзями, а також неможливість звернутися до значущої особи, обмежує його здатність переживати соціальну підтримку. Для допомоги пацієнту важливо зосередитися на поступовому відновленні соціальних зв'язків та підтримці довіри в процесі терапії.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 21 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 6/7.

Пацієнт продовжує працювати над подоланням самотності та соціальної ізоляції. Терапевт активно підтримує його на кожному кроці, допомагаючи визначити конкретні завдання, які сприятимуть відновленню соціальних

зв'язків і покращенню загального психологічного стану. Пацієнт став більш відкритим до співпраці, хоча ще є певна стриманість у роботі над емоціями. Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнт показує більшу готовність працювати над відновленням соціальних зв'язків і зменшенням відчуття самотності. Він чітко розуміє необхідність цього кроку, хоча все ще потребує додаткової підтримки для подолання внутрішніх бар'єрів і страхів.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7.

Пацієнт стає більш відкритим до емоційної взаємодії, хоча ще існують певні труднощі з вираженням почуттів. Він починає відчувати підтримку терапевта і поступово будує довіру. Однак для більш глибокого зв'язку йому потрібен ще час, щоб повністю розкритися.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.7/7.

Пацієнт демонструє значний прогрес у розвитку довіри до терапевта. Він відкривається йому більше, готовий працювати над емоціями та соціальними зв'язками. Терапевт створює підтримуюче середовище, що сприяє поступовому відновленню емоційної відкритості.

Результат тесту PCL-5: Загальний бал: 36/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS:

Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт починає поступово відкриватися родині і знаходити певну підтримку, хоча все ще є емоційна дистанція, яка ускладнює глибше спілкування. Він починає більше довіряти рідним, але для повного відновлення взаємодії потрібен час.

Друзі (Friends): 3/7.

Відносини з друзями поступово покращуються. Пацієнт намагається долати бар'єри самотності та ізоляції, але ще є страх бути не зрозумілим. Підтримка від друзів обмежена, але пацієнт працює над відкриттям для нових контактів і відновленням старих.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Розрив з партнеркою залишається значущим емоційним бар'єром. Пацієнт ще не знайшов нове джерело емоційної підтримки, що впливає на його емоційний стан. Втрата значущої особи продовжує поглиблювати відчуття самотності, хоча він починає звертати увагу на інші аспекти підтримки.

Середній бал MSPSS: 3.3/7.

Пацієнт показує деяке покращення у здатності отримувати підтримку, але все

ще стикається з труднощами у побудові глибоких взаємозв'язків з оточенням. Поступово він стає більш відкритим до отримання підтримки, але соціальна ізоляція залишається важливим бар'єром для нього.

Пацієнт 22: Жінка середнього віку після пережитого стресу через зміну життєвих обставин.

Контекст: Пацієнтка звернулася до терапії через стрес, викликаний зміною життєвих обставин (розлучення та переїзд до іншого міста). Вона відчуває труднощі з адаптацією до нових умов та зберігає високий рівень тривожності. Її головні проблеми пов'язані з відчуттям нестабільності та страхом перед невідомим.

Довіра: Пацієнтка виявляє певний скептицизм до нових соціальних взаємодій, але виявляє готовність працювати над відновленням довіри.

Підтримка: Потребує значної підтримки для адаптації до нових обставин.

Підтримка терапевта є критично важливою на етапі її стабілізації.

Емоційна взаємодія: Пацієнтка стає більш відкритою до терапевта, хоча їй важко виражати свої емоції через страхи щодо майбутнього.

Бар'єри в комунікації: Сумніви щодо можливості налагодження нових стосунків і страхи щодо того, що не буде прийнята в новому оточенні.

Аналіз: Пацієнтка знаходиться на етапі адаптації до нових умов життя.

Головними завданнями є стабілізація емоційного стану та поступове відновлення соціальних зв'язків.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 22:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнтка з початку терапії стикається з труднощами при визначенні конкретних цілей, але намагається розробити план адаптації до нових умов.

Вона готова працювати над емоційною стабільністю, хоча вимагає додаткової підтримки в розумінні конкретних кроків.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнтка виявляє готовність працювати над розв'язанням своїх емоційних проблем і чітко усвідомлює необхідність адаптації до нових умов життя.

Проте вона має деякі сумніви щодо своїх можливостей досягти поставлених цілей.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнтка починає демонструвати більше емоційної відкритості, хоча в її комунікації все ще є певна дистанція. Вона потребує більше часу, щоб почувати себе комфортно в емоційному спілкуванні. Терапевт активно

підтримує її у цьому процесі.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.3/7.

Коментарі: Пацієнтка стикається з труднощами адаптації та емоційної стабілізації після значних змін у житті. Підтримка терапевта відіграє ключову роль у формуванні нової життєвої перспективи та допомагає пацієнтці знаходити шляхи до стабільності. Терапевт повинен підтримувати процес вираження емоцій і працювати над побудовою довіри.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 42/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 22:

Сім'я (Family): 5/7.

Пацієнтка отримує емоційну підтримку від найближчих членів родини, хоча в них є обмеження в допомозі через географічну відстань та власні проблеми. Вона поступово відновлює зв'язки з родиною, знаходячи підтримку в процесі адаптації.

Друзі (Friends): 3/7.

Соціальні зв'язки з друзями перебувають на стадії відновлення після змін у житті. Пацієнтка розуміє важливість спілкування, однак її страхи та сумніви щодо відновлення стосунків з друзями призводять до обмеженого контакту.

Значущі інші (Significant Other): 1/7.

Розрив з партнером та початкова відсутність нових значущих відносин сприяють відчуттю самотності та непотрібності. Відсутність підтримки від значущої особи залишає пацієнтку з почуттям ізоляції.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнтка знаходиться на етапі відновлення соціальних зв'язків, хоча соціальна підтримка поки що обмежена. Важливим завданням для терапевта є допомога в відновленні впевненості в собі та покращенні соціальних відносин.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 22 (через місяць терапії):

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнтка продовжує працювати над емоційною стабільністю та адаптацією до нових життєвих обставин. Терапевт підтримує її в розробці конкретних завдань для покращення її психологічного стану. Пацієнтка стає більш відкритою до співпраці, хоча все ще є деякі бар'єри.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнтка має більшу чіткість у розумінні цілей терапії та готова працювати

над відновленням соціальних зв'язків та емоційної стабільності. Вона починає бачити перспективи змін, хоча є певний страх перед майбутнім.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7.

Пацієнтка стає більш відкритою до емоційної взаємодії, хоча все ще потребує додаткової підтримки для того, щоб повністю розкритися. Терапевт забезпечує безпечне середовище для емоційного вираження.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 5.3/7.

Результат тесту PCL-5 (через місяць терапії):

Загальний бал: 37/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Пацієнтка показує помірне покращення порівняно з початковими результатами тесту. Симптоми ПТСР залишаються, але їх інтенсивність зменшилась, зокрема знизився рівень тривожності і дещо зменшилась частота повторюваних спогадів та емоційної реактивності. Терапія продовжує приносити позитивний ефект, але для повного відновлення потрібен час.

Результати MSPSS для Пацієнта 22 (через місяць терапії):

Сім'я (Family): 6/7.

Пацієнтка починає відновлювати глибші зв'язки з родиною. Вона відкривається більше і відчуває більшу підтримку від рідних. Взаємодія з родиною стає більш емоційно насиченою, хоча ще є певна дистанція.

Друзі (Friends): 4/7.

Пацієнтка поступово відновлює соціальні зв'язки з друзями. Вона стає більш відкритою і намагається долати бар'єри страху та самотності. Підтримка від друзів зростає, хоча ще є потреба в покращенні зв'язків.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Пацієнтка все ще не отримує значущої емоційної підтримки від партнера чи нових значущих осіб. Втрата попередніх відносин продовжує залишати відчуття емоційної ізоляції. Проте вона починає відкриватися для можливості створення нових стосунків.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Пацієнтка показує прогрес у відновленні соціальних зв'язків та емоційної підтримки. Соціальна ізоляція залишається певним бар'єром, але вона починає поступово виходити зі своєї ізоляції завдяки підтримці родини та друзів.

Коментарі:

Пацієнтка демонструє помірний прогрес у відновленні емоційної стабільності та соціальних зв'язків після важливих життєвих змін. Вона стала більш відкритою до терапевта і відчуває більшу підтримку з боку родини та

друзів. Симптоми ПТСР поступово зменшуються, однак для досягнення більш глибоких змін потрібен час. Терапія триває, і фокус зберігається на зміцненні соціальних зв'язків, емоційної відкритості та адаптації до нових умов життя.

Пацієнт 23: Чоловік середнього віку після пережитого стресу на роботі та втрачених професійних можливостей.

Контекст: Пацієнт звернувся до терапії після того, як пережив стрес через втрату важливої роботи, що призвело до відчуття професійної безпорадності та зниження самоповаги. Він відчуває, що його кар'єрні амбіції не були реалізовані, що спричинило почуття гніву і фрустрації. Цей стан посилюється через проблеми в особистому житті.

Професійна невдача: Пацієнт відчуває важливість своєї кар'єри і професійних досягнень, тому втрата можливості досягти кар'єрного успіху стала важким ударом по його самопочуттю.

Стрес і тривога: Підвищений рівень стресу та тривоги через професійні невдачі відображається на його емоційному стані та сприйнятті себе.

Самоповага: Пацієнт стикається з проблемами самоповаги, оскільки відчуває, що не досягнув очікуваного рівня успіху в житті, що робить його вразливим до депресії.

Особисті відносини: Пацієнт відчуває напруження в особистих відносинах, що додає додатковий емоційний стрес через розбіжності з партнерами і близькими.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для Пацієнта 23:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнт ще перебуває на етапі прийняття необхідності терапії, хоча він починає усвідомлювати, що терапія може допомогти йому впоратися з професійними стресами і відновити контроль над життям. Цілі терапії на цей момент зосереджені на пошуку шляхів подолання стресу та зменшення відчуття безпорадності.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт має бажання працювати над відновленням своєї самоповаги та кар'єрних амбіцій, проте деякі аспекти життя все ще здаються йому безперспективними. Визначення конкретних цілей щодо роботи з тривогою та відновленням професійної впевненості потребує додаткового уточнення.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Пацієнт інколи відчуває збережений бар'єр до відкриття своїх емоцій, через

страх бути незрозумілим або через поганий досвід взаємодії з іншими людьми. Однак терапевт створює підтримуючу атмосферу, що дозволяє пацієнту відкритися на певному рівні.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4.3/7.

Коментарі: Пацієнт перебуває в перехідному етапі після стресу та розчарування, пов'язаного з професійною невдачею. Підтримка терапевта сприяє створенню умов для поступового відновлення емоційної стабільності, хоча значні труднощі із самоповаги і професійною впевненістю потребують ретельної роботи.

Результати тесту PCL-5: Загальний бал: 42/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 23:

Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнт отримує певну підтримку від родини, хоча існує певна відстань в емоційному спілкуванні. Його родина підтримує, але через професійні труднощі пацієнт відчуває деяку дистанцію, що ускладнює відкриття емоцій. Друзі (Friends): 3/7.

Підтримка з боку друзів є, але відносини не настільки глибокі чи активні.

Пацієнт відчуває певну підтримку, однак його соціальна ізоляція збільшується через відсутність щоденної соціальної взаємодії.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Пацієнт має обмежену підтримку від значущих осіб, що частково пов'язано з професійними труднощами і емоційними бар'єрами. Немає тісних емоційних зв'язків із значущою особою, що може збільшувати відчуття самотності.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнт переживає певний рівень соціальної ізоляції, оскільки підтримка з боку родини та друзів обмежена. Відсутність глибоких емоційних зв'язків з важливими особами ускладнює процес відновлення.

Оцінка якості терапевтичного альянсу через місяць терапії для Пацієнта 23:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт почав краще розуміти і виконувати завдання терапії, спрямовані на зменшення тривожності та підвищення впевненості у своїх професійних можливостях.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Цілі терапії стали більш конкретними, і пацієнт активніше залучається до роботи над досягненням особистісної стабільності та кар'єрного відновлення.

Емоційна взаємодія (Bond): 5/7.

Емоційний зв'язок із терапевтом покращився, що сприяє більшій відкритості пацієнта у вираженні своїх почуттів і потреб.

Середня оцінка якості терапевтичного альянсу: 5.3/7.

Результати тесту PCL-5 через місяць терапії:

Загальний бал: 37/80 Помітне зменшення симптомів ПТСР, що свідчить про зниження впливу стресових подій на емоційний стан пацієнта.

Результати MSPSS через місяць терапії:

Сім'я (Family): 5/7.

Взаємодія з родиною покращилася завдяки зміцненню емоційного контакту і зростанню підтримки.

Друзі (Friends): 4/7.

Пацієнт почав активніше спілкуватися з друзями, що сприяє поступовому зменшенню відчуття соціальної ізоляції.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Незначний прогрес у відносинах із значущими особами свідчить про поступове зменшення емоційної дистанції, хоча бар'єри ще залишаються.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Коментарі: Через місяць терапії пацієнт демонструє позитивну динаміку в роботі з тривогою та відновленням самоповаги. Зміцнення соціальної підтримки, особливо з боку родини, стало ключовим фактором для покращення емоційного стану. Робота над глибшим емоційним контактом із значущими іншими та подальше зниження стресу залишаються важливими напрямками терапії.

Пацієнт 24: Чоловік середнього віку, що пережив важке розлучення.

Контекст: Пацієнт звернувся до терапії після важкого і травматичного розлучення. Він відчуває себе емоційно виснаженим, із труднощами пристосовується до нової життєвої реальності після закінчення стосунків.

Втрата стосунків спричинила почуття самотності та низьку самооцінку.

Самооцінка та самопочуття: Пацієнт переживає серйозні труднощі в прийнятті себе після розлучення. Він відчуває знижену самооцінку і сумніви у своїх можливостях для побудови нових стосунків.

Горе та втрата: Для пацієнта важливим є пережиття втрати стосунків, що пов'язане з відчуттям безнадії та горя.

Самотність та соціальна ізоляція: Пацієнт відчувається самотнім і має труднощі з відновленням соціальних зв'язків після розлучення.

Страх перед майбутнім: Пацієнт боїться, що не зможе побудувати нові здорові стосунки або ж повернутися до соціального життя.

Аналіз: Пацієнту необхідно поступово працювати з його емоціями та самооцінкою. Терапія повинна фокусуватися на відновленні віри в себе, покращенні соціальних зв'язків і допомозі в адаптації до нових життєвих умов.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив важке розлучення:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнт має певне розуміння важливості терапії, але труднощі з відкриттям емоцій обмежують ефективність терапевтичних завдань. Основним завданням є допомога у відновленні самооцінки та покращенні соціальних зв'язків.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнт визнає важливість роботи з горем і соціальною ізоляцією, але іноді сумнівається в тому, чи зможе досягти значних змін. Його готовність працювати з терапевтом є позитивним знаком.

Емоційна взаємодія (Bond): 3/7.

Пацієнт ще не готовий до повного емоційного відкриття. Його недовіра і страхи стосовно нових стосунків обмежують емоційну близькість із терапевтом.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4/7.

Пацієнт демонструє певну готовність працювати над своїми емоціями, але внутрішні бар'єри заважають йому повністю відкритися. Терапевт має підтримувати його, допомагаючи долати страхи і сумніви.

Результати тесту PCL-5: Сумарний бал: 36/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 24:

Сім'я (Family): 3/7.

Пацієнт отримує обмежену підтримку від родини. Взаємодія з рідними затьмарена емоційною дистанцією, і він не може повністю покладатися на близьких через відчуття відчуженості.

Друзі (Friends): 4/7.

Підтримка від друзів є важливим, але пацієнт відчуває труднощі в підтримці тісних зв'язків через соціальну ізоляцію. Здебільшого він відчуває, що його труднощі не можуть бути зрозумілі іншими.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Після розлучення пацієнт не має значущої особи, яка могла б надати емоційну підтримку. Це значно посилює почуття самотності та сумніви у можливості побудови нових стосунків.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнт відчуває певну підтримку від родини та друзів, але соціальна ізоляція і відсутність значущої особи ускладнюють процес отримання глибокої емоційної підтримки.

Коментарі: Пацієнт переживає важке емоційне відновлення після розлучення. Терапевт має зосередитися на роботі з його самооцінкою, страхами перед майбутнім і підтримкою в процесі адаптації до нових соціальних реалій. Важливо також підтримувати пацієнта в пошуку нових способів побудови стосунків та соціальних зв'язків.

Оцінка якості терапевтичного альянсу через місяць терапії для Пацієнта 24:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнт почав краще розуміти завдання терапії і поступово виконує рекомендації терапевта, спрямовані на роботу із самооцінкою та відновленням соціальних зв'язків.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнт визнає важливість роботи над горем та адаптацією до нових умов, демонструючи більшу готовність до змін і зусиль для досягнення поставлених цілей.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Емоційний контакт із терапевтом покращився, однак пацієнт досі має певні труднощі у вираженні своїх глибоких емоцій і страхів, хоча початковий бар'єр зменшився.

Середня оцінка якості терапевтичного альянсу: 5/7.

Результати тесту PCL-5 через місяць терапії: Загальний бал: 31/80.

Відзначається зниження рівня симптомів ПТСР, що свідчить про поступове зменшення інтенсивності переживання травматичного досвіду.

Результати MSPSS через місяць терапії:

Сім'я (Family): 4/7.

Покращення взаємодії з родиною завдяки більшій відкритості та спільним зусиллям налагодити комунікацію.

Друзі (Friends): 5/7.

Соціальні контакти із друзями активізувалися, що допомогло зменшити почуття ізоляції та самотності.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Пацієнт почав шукати нові шляхи для емоційного зв'язку, але ще не має значущої особи, яка б надала йому стабільну підтримку.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Коментарі: Через місяць терапії пацієнт демонструє поступове відновлення емоційного стану. Покращення соціальних зв'язків із родиною та друзями стало важливим кроком у процесі адаптації. Водночас терапія має продовжуватися з фокусом на побудові віри у свої можливості, зниженні страхів щодо майбутнього та подальшій роботі над покращенням емоційного контакту зі значущими іншими. Важливим буде підтримувати пацієнта у його прагненнях розпочати нові стосунки чи зміцнити існуючі зв'язки.

Пацієнт 25: Жінка середнього віку, яка пережила втрату близького друга.

Контекст: Пацієнтка звернулася до терапії після нещодавньої втрати близького друга. Втрата стала шоком, і вона відчуває глибоке горе та сумнів у власних силах. Пацієнтка має труднощі в переживанні емоцій та взаємодії з іншими людьми через пережите горе.

Горе та втрати: Пацієнтка має серйозні труднощі в прийнятті втрати. Вона відчуває постійну порожнечу і тяжко сприймає самотність.

Самоідентифікація: Втрата друга поставила під сумнів її власну ідентичність, адже цей друг був важливою частиною її соціального життя.

Емоційна відкритість: Пацієнтка важко відкривається на емоційному рівні і має проблеми в побудові нових зв'язків через страх знову пережити біль втрати.

Соціальна підтримка: Вона не може повністю покладатися на родину чи друзів, оскільки відчуває, що їй не вдається поділитися своїм горем.

Аналіз: Для цієї пацієнтки важливо поступово вивільняти емоції, працюючи з горем і труднощами в соціальній взаємодії. Терапія повинна допомогти їй повернути віру в себе і повернутися до здорової емоційної взаємодії з оточенням.

Оцінка якості терапевтичного альянсу для пацієнта, який пережив втрату близької людини:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 4/7.

Пацієнтка має певне розуміння завдань терапії, але важкість у вираженні

емоцій може ускладнювати досягнення повного прогресу. Вона потребує допомоги в управлінні своїм горем та відновленні соціальних зв'язків.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 5/7.

Пацієнтка розуміє необхідність роботи з горем і труднощами у побудові нових відносин. Однак певні бар'єри в емоційному вираженні обмежують її здатність швидко рухатися вперед.

Емоційна взаємодія (Bond): 3/7.

Пацієнтка відчуває труднощі з емоційною відкритістю, що пов'язано з глибоким страхом перед подальшими втратами. Створення емоційної близькості з терапевтом потребує часу.

Середня оцінка терапевтичного альянсу: 4/7.

Пацієнтка покладається на терапевта, але внутрішня бар'єрність і страх перед болем обмежують процес взаємодії. Важливо забезпечити їй безпечне середовище для поступового відновлення емоційної відкритості.

Результати тесту PCL-5: Сумарний бал: 33/80 (помірний рівень симптомів ПТСР).

Результати MSPSS для Пацієнта 25:

Сім'я (Family): 4/7.

Пацієнтка отримує певну підтримку від родини, але не може повністю розкрити свої емоції через страх, що родина не зрозуміє її горя. Взаємодія з рідними є підтримкою, але обмеженою через емоційну дистанцію.

Друзі (Friends): 3/7.

Пацієнтка має обмежену підтримку від друзів, оскільки не хоче ділитися своїм болем через страх, що друзі не зможуть допомогти їй пережити втрату. Вона також відчуває соціальну ізоляцію через цей біль.

Значущі інші (Significant Other): 2/7.

Пацієнтка не має значущої особи, яка б могла надати глибоку емоційну підтримку в цей період. Це погіршує її відчуття самотності.

Загальний середній бал MSPSS: 3/7.

Пацієнтка має обмежену емоційну підтримку від оточуючих. Її здатність отримати глибоке розуміння та підтримку від родини, друзів і значущих осіб обмежена через її труднощі в емоційному вираженні та відчуття горя.

Оцінка якості терапевтичного альянсу через місяць терапії для Пацієнта 25:

Цільова угода (Agreement on Tasks): 5/7.

Пацієнтка поступово усвідомлює важливість завдань терапії та виконує їх, хоча емоційні труднощі все ще створюють певний опір.

Згода щодо цілей (Agreement on Goals): 6/7.

Пацієнтка більш чітко розуміє значущість роботи з горем і починає бачити, як ці цілі можуть допомогти їй поліпшити емоційний стан.

Емоційна взаємодія (Bond): 4/7.

Покращується довіра до терапевта, хоча емоційна відкритість все ще обмежена. Пацієнтка поволі починає ділитися своїми переживаннями.

Середня оцінка якості терапевтичного альянсу: 5/7.

Результати тесту PCL-5 через місяць терапії: Загальний бал: 29/80

Зниження рівня симптомів ПТСР свідчить про поступовий прогрес у роботі з травматичним досвідом.

Результати MSPSS через місяць терапії:

Сім'я (Family): 5/7.

Пацієнтка покращила взаємодію з родиною, зокрема почала більше ділитися своїми переживаннями, отримуючи підтримку, яку раніше не помічала.

Друзі (Friends): 4/7.

Контакти з друзями стали більш регулярними. Пацієнтка почала відкриватися у спілкуванні, хоча все ще відчуває певні бар'єри у глибоких розмовах.

Значущі інші (Significant Other): 3/7.

Пацієнтка працює над подоланням страхів перед новими зв'язками.

З'являються ознаки пошуку глибших стосунків, але страх перед втратою залишається.

Загальний середній бал MSPSS: 4/7.

Коментарі: Через місяць терапії пацієнтка демонструє помітний прогрес у роботі з горем. Зниження симптомів ПТСР і покращення соціальної підтримки свідчать про поступове подолання внутрішніх бар'єрів. Терапевт має зосередитися на подальшій роботі з емоційною відкритістю, допомозі у формуванні стійких соціальних зв'язків і зменшенні страху перед майбутнім. Акцент слід зробити на зміцненні впевненості пацієнтки у здатності будувати нові значущі стосунки.