

**П. К. РАЗУМНИЙ**

Міжрегіональна Академія управління персоналом, м. Київ

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДЕБРИФІНГ ЯК СКЛАДОВА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРИЗОВІЙ СИТУАЦІЇ**

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 230–234

*Розглянуто питання застосування психологічного дебрифінгу (ПД) у системі психологічної допомоги потерпілим у кризовій ситуації та види ПД. Наведено результати вивчення особливостей психічного здоров'я 37 миротворців після виведення контингенту з кризової зони і після проведення ПД.*

Проблема генезу, розвитку і клінічних проявів посттравматичних стресових розладів (ПТСР) достатньо висвітлена в літературі. Ці розділи знань уже розвинуті й мають певні контури, що погоджені у МКХ-10 та 4-й редакції Американського діагностичного стандарту для психічних порушень DSM-IV [4; 11]. Проте є дві галузі, що відкриті для подальшого розвитку: методики діагностики і методи психологічної допомоги при ПТСР.

На сьогодні розроблено багато методів психокорекції та психотерапії для потерпілих, що пережили кризову психоемоційну подію [1–3; 5; 8; 10; 14; 16]. Проте, враховуючи, що основними принципами надання психологічної допомоги при стресовій травмі є обов'язковість психотерапевтичного втручання і максимально ранній початок після психічної травми з метою запобігання подальшого розвитку і хронізації, йде розробка методик первинного втручання на ранніх етапах надання психологічної допомоги таким потерпілим.

Найбільш інтенсивним і комплексним методом корекції гострих психологічних наслідків стресогенної травми є психологічний дебрифінг, який ще називають “дебрифінг при розвитку стресу внаслідок критичної події” (critical incident stress debriefing – CISD) [9; 17].

Психологічний дебрифінг широко застосовується при рутинній роботі після великої травми події. Це комплексний захід, що вживається підготовленим персоналом здебільшого впродовж 2–14 діб після події. Сесія дебрифінгу

складає 2–3 години. Весь процес зорієнтований на психологічні та емоційні аспекти травмуючої події для зменшення або попередження небажаних психологічних наслідків, що слідує за психоемоційною травмою, шляхом емотивного процесингу через обговорення та нормалізацію реакцій.

Спочатку психологічний дебрифінг розглядався як групова інтервенція, як частина всебічного, системного, багатокomпонентного підходу до подолання травматичного стресу. Також він використовувався при індивідуальній та автономній роботі. Його метою є перегляд вражень і реакцій клієнтів у короткий період після травматичної події. Фокусом психічного дебрифінгу є учасники, які були залучені до події. Психіатричне “таврування” тут уникається, а наголос робиться на нормалізації стану. Учасники процесу через психологічну підтримку мають усвідомити, що вони є нормальними людьми, які пережили ненормальну подію.

Психологічний дебрифінг є комплексним процесом, що проводиться спеціально підготовленим персоналом. Процес фокусується на психологічних та емоційних аспектах події.

Особливістю також є те, що члени групи підбираються за чіткими ознаками. Наприклад, як це було в нашому випадку, до групи входили члени одних і тих підрозділів, які отримали досвід психотравмуючої події в одному місці та в один період часу. Саме в такий спосіб група може обговорити свої відчуття з людьми, які вже отримали подібний досвід. Упродовж усього процесу дебрифін-

гу особистість має змогу трансформувати сферу когнітивного у сферу емоцій, а потому повернутися до когнітивного. Група розміщується колом, а обговорення відбувається відповідно по колу.

Певні дослідження показують можливість того, що інтенсивний процес повторного переживання, який є частиною ПД, може ретравматизувати деяких клієнтів з негативними наслідками. Тому ПД має проводити підготовлений персонал, а клієнти повинні пройти певне медичне обстеження. При використанні ПД інтервенція має супроводжуватись об'єктивними методиками оцінки для визначення того, що сесія справді досягла поставлених цілей.

У класичному вигляді дебрифінг складається із семи фаз:

- *фаза вступу* — мета сесії. Встановлюються правила проведення процедури. Підтверджується конфіденційність;
- *фаза фактів* — опис травматичної події. Специфічні деталі подаються для розгляду групою;
- *фаза обміркування* — оцінка події. Стосується емоційних аспектів;
- *фаза реакції* — вивчення емоційних реакцій учасників під час і після події. Найінтенсивніша фаза;
- *фаза симптомів* — обговорення нормальної природи симптомів після травматичної події. Обговорюються різноманітні симптоми, які люди переживають при травматичній події;
- *фаза навчання* — конструювання шляхів подолання подальших наслідків події;
- *фаза повторного вступу* — фінальна фаза. Обговорення сесії, вироблення практичних висновків. Дає можливість учасникам висловити свої думки стосовно певних моментів, які вони вважають важливими, та отримати відповіді на питання. Головна мета фази — впевненість у тому, що всі важливі емоції обговорені, внаслідок чого зменшена емоційна напруженість.

Після проведення ПД вживаються заходи контролю і спостереження з метою виявлення нових питань чи станів, що потребують обговорення.

Можуть бути проведені два види дебрифінгу: емоційний і навчальний (табл. 1), які відрізняються завданнями, що стоять перед ними, і відповідно фазами [18].

Як видно з таблиці, емоційний дебрифінг зорієнтований на коригування психоемоційного стану пацієнта, а навчальний дебрифінг — на під-

готовку пацієнта до вжиття психотерапевтичних заходів.

Таблиця 1

**Фази емоційного і навчального дебрифінгу**

Емоційний ПД	Навчальний ПД
1) вступ;	1) вступ;
2) фаза фактів;	2) фаза фактів;
3) фаза обміркування;	3) фаза обміркування;
4) фаза реакції;	5) фаза симптомів;
6) фаза навчання	6) фаза навчання;
	7) фаза повторного вступу

Треба зазначити, що ця методика не виявила повну нівеляцію подальшого розвитку депресії, тривожності або ПТСР. У певному сенсі вона може нашкодити деяким пацієнтам шляхом підвищення рівня їх збудження та ослаблення їхніх захисних механізмів. Особливо це стосується індивідуального односесійного дебрифінгу. Як показали дослідження останніх років [9], ця форма дебрифінгу може не тільки не попереджувати розвиток ПТСР, а навіть провокувати симптоми розладу.

На думку М. Решетнікова [6], дебрифінг є одним з варіантів кризової інтервенції або “невідкладної психологічної допомоги” в ситуації гострого стресу. Загально визнано, що вся психопрофілактична робота у цих випадках має бути сконцентрована виключно на проблемі, на актуальній ситуації і переживаннях, а не на особі. Найчастіше, з огляду на багато причин і підстав, така робота здійснюється у групі з дотриманням деяких загальних принципів групової терапії. Дебрифінг, на думку автора, не є терапією і не має на меті терапевтичні завдання. Він спрямований лише на мінімізацію наслідків важкої психічної травми.

Вважається, що оптимальним для дебрифінгу є період близько 48 годин після отриманої психічної травми. Але, найімовірніше, це відображає тривалість організаційного періоду і слугує показником початку такої роботи. Взагалі, що раніше розпочнеться дебрифінг, то краще для потерпілих. Дебрифінг зазвичай буває достатньо коротким (6–10 сесій), при цьому зберігається необхідність подальшої терапії та реабілітації.

Розглянемо результати нашого дослідження. Психологічне обстеження проводилось на базі миротворчої місії. Обстеження та опитування проводилось в три етапи: 1) після виведення із зони кризової події (в середньому через 2–3 доби після події); 2) після проведення психологічного дебрифінгу (через 5–7 діб після події); 3) через

3–4 місяці після події. Тут ми наводимо результати першого і другого етапів.

Кількість обстежених – 37 миротворців віком 35–45 років, різних фахових категорій із досвідом перебування в районі місії від 2 до 10 місяців.

Психологічне обстеження проводилось за допомогою групового та індивідуального тестування. При обстеженні групи був безпосередньо присутній персонал, що забезпечувало психологічне супроводження. Обстеження проводилось на оригінальній мові методик, тобто англійською.

У нашому дослідженні для визначення наявності та ступеня виразності ознак посттравматичного стресового розладу, а також якості впливу вжитих заходів психологічної допомоги були використані такі методики:

- “Шкала оцінки травматичної події – переглянута” (*Impact of Event Scale – Revised – IES-R*) [7; 15; 19];
- “Міссісіпська шкала для оцінювання ПТСР” (військовий варіант) (*Mississippi Scale for Military PTSD – MMS*) [7; 13];
- “Посттравматична діагностична шкала” (*Post-traumatic Diagnostic Scale – PDS*) [12].

Розглянемо загальну схему проведення обстеження, що відповідала загальноприйнятим нормам. Після знайомства з групою дослідник пояснював мету обстеження – виявити осіб, у яких можуть виникнути і розвиватись ознаки ПТСР після їхнього виходу з району кризи, тобто коли відбувається реадaptaція до некризових умов. Також обговорювалось питання конфіденційності проведення обстеження.

*Результати методики “Шкала оцінки травматичної події – переглянута” (IES-R).* Обстеженням виявлено, що в 11-ти (29,7 %) з 37 миротворців спостерігався посттравматичний стресовий розлад помірної виразності, у 23-х (62,2 %) – середнього рівня, а у 3-х (8,1 %) – вираженого рівня виразності (табл. 2).

Таблиця 2

**Дані методики “Шкала оцінки травматичної події – переглянута” (IES-R)**

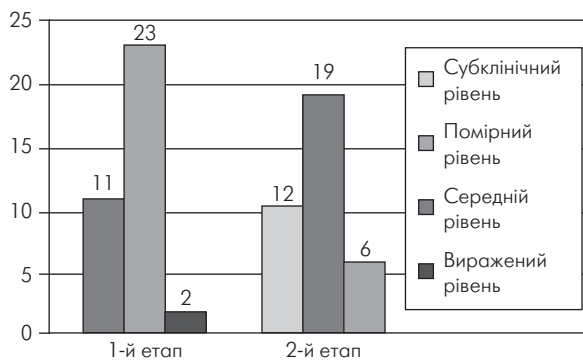
Виразність впливу	1-й етап	2-й етап
Субклінічний рівень	–	12 (32,4 %)
Помірний рівень	11 (29,7 %)	19 (51,4 %)
Середній рівень	23 (62,2 %)	6 (16,2 %)
Виражений рівень	3 (8,1 %)	–
<b>Разом</b>	<b>37 (100 %)</b>	<b>37 (100 %)</b>

При цьому у клієнтів з помірною виразністю остаточні результати межують між помірним і середнім ступенем виразності.

Таким чином, у всіх 37 обстежених виявлено симптоми пост-травматичних стресових розладів різного рівня виразності. Незважаючи на різні рівні психологічного реагування на події, що мали місце, характерним для всіх представників цієї групи було збереження достатньо високого рівня настороги до навколишньої ситуації, що відповідає їхній психологічній готовності до швидкого реагування на зміну безпеки навколишнього середовища. Такі дані свідчать про збереження високого рівня залишкових явищ психологічних посттравматичних стресових розладів унаслідок пережитих подій, що могли бути штучно “приглушені” самими респондентами.

Після вжиття психотерапевтичних заходів у 31-го (83,8 %) респондента виявили субклінічний (32,4 %) і помірний (51,4 %) рівні виразності впливу події і лише у 16,2 % – середній рівень. Такі дані свідчать про достатню ефективність вжитих заходів психокорекції.

При порівнянні результатів дослідження за “Шкалою оцінки травматичної події – переглянута” (IES-R) у динаміці (рисунок) встановлено тенденцію загального змищення з рівнів “середній” і “виражений” на рівні “субклінічний” і “помірний”. На нашу думку це нормальна динаміка, що зумовлена вжитими заходами психологічної корекції між першим і другим етапами.



**Динаміка результатів дослідження за “Шкалою оцінки травматичної події – переглянута” (IES-R)**

*Результати методики “Міссісіпська шкала для оцінки ПТСР – військовий варіант” (MMS).* Обстеженням виявлено, що у всіх 37 миротворців справді мала місце психотравмуюча подія, що призвела до розвитку посттравматичного стресового розладу різного рівня виразності (табл. 3).

Таблиця 3

**Дані методики “Міссісіпська шкала для оцінювання ПТСР (військовий варіант)” (MMS)**

За шкалою MMS	Інтерпретація	1-й етап	2-й етап
130 ± 18	Пацієнти з ПТСР	32 (86,5 %)	23 (62,2 %)
86 ± 26	Психіатричні пацієнти	—	—
76 ± 18	Норма	5 (13,5 %)	14 (37,8 %)
	<b>Разом</b>	<b>37 (100 %)</b>	<b>37 (100 %)</b>

Як видно з наведених даних, одразу після виведення із зони кризової ситуації справжні посттравматичні реакції спостерігались у 86,5 % рес-

пондентів. При цьому у 13,5 % досліджуваних не було виражених симптомів ПТСР, що, на наш погляд, пов'язане з розвинутими можливостями психологічного захисту. Після проведення ПД ознаки ПТСР зберігались у 23-х (62,2 %) респондентів. Таким чином, усі 37 обстежених зазнали впливу психотравмуючої події, внаслідок чого розвинулись клінічні симптоми посттравматичного стресового розладу різного рівня виразності.

*Результати методики “Посттравматична діагностична шкала (PDS)”*. У табл. 4 наведено динаміку даних обстеження 37 респондентів на наявність і виразність симптоматики ПТСР за методикою “Посттравматична діагностична шкала (PDS)”.

Таблиця 4

**Результати наявності ПТСР за методикою “Посттравматична діагностична шкала (PDS)”**

Етап тестування	Виразність симптомів ПТСР за PDS			
	помірна	середня	від середньої до вираженої	виражена
Після виходу з району кризи	15 (40,5 %)	16 (43,3 %)	6 (16,2 %)	—
Після проведення психологічного дебрифінгу	25 (67,6 %)	9 (24,3 %)	3 (8,1 %)	—

Як бачимо, спостерігається загальне зміщення з рівнів “середній” і “від середнього до вираженого” на рівні “середній” і “помірний”.

Таким чином, серед методів швидкої психологічної корекції та профілактики розвитку ПТСР вирізняється достатньою високою ефективністю психологічний дебрифінг.

Психологічний дебрифінг зорієнтований на психологічні та емоційні аспекти травмуючої події для зменшення або попередження небажаних психологічних наслідків від психоемоційної

травми шляхом емотивного процесингу через обговорення та нормалізацію реакцій.

У ході дослідження обстеження миротворців, які отримали досвід кризової події, були отримані результати двох етапів — після виведення із зони кризової події та після проведення психологічного дебрифінгу. Аналіз результатів первинного обстеження виявив наявність ПТСР різного ступеня виразності у 100 % респондентів і зниження рівня до 64 % після застосування психологічного дебрифінгу.



## Література

1. Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма. Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1999. — 204 с.
2. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю. Н. Шанина. — СПб.: Спец. лит., 1997.
3. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Метод. рек. / Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України, Укр. Центр наук. мед. інформ. і патент.-ліценз. роботи; Уклад.: П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін. — Х., 2002. — 47 с.
4. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Каза-

- ковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1998. — 512 с.
5. Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. — 128 с.
6. Решетников М. М. Психическая травма. — СПб.: Восточно-Европ. ин-т психоанализа, 2006. — 322 с.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
8. Холмогорова А. Б., Гарянян Н. Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. — М.: МГППУ, 2006. — 112 с.

9. Barboza K. Critical Incident Stress Debriefing (CISD): Efficacy in Question // The New School Psychol. Bul. — 2005. — Vol. 3, № 2. — P. 49–70.
10. Brett J. Deacon, Jonathan S. Abramowitz Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings // J. of Clinical Psychol. — 2004. — Vol. 60(4). — P. 429–441.
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision) (DSM-IV). — Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. — P. 467–468.
12. Foa E. B. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual. — USA: Nat. Computer Systems, Inc., 1995.
13. Keane N. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity // J. Consulting and Clin. Psychol. — 1988. — Vol. 56, № 1. — P. 85–90.
14. Keane T. M., Fairbank, J., Caddell, J. et al. A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans / Ed by C. R. Figley. // Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder. — N. Y.: Brunner/Mazel, 1985. — P. 257–294.
15. Marmar C. R., Weiss D. S., Metzler T. et al. Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents // J. of Traumatic Stress. — 1996. — Vol. 9. — P. 63–85.
16. Pearlman L. A., Saakvitne K. W. Trauma and the Therapist. — N. Y.: Norton, 1995. — 157 p.
17. Reyes G., Elhai J. D. Psychosocial interventions in the early phases of disasters // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. — 2004. — № 41. — P. 399–411.
18. Sijbrandij M., Olf M., Reitsma J. B. et al. Emotional or educational debriefing after psychological trauma // Brit. J. of Psychiatry. — 2006. — Vol. 189. — P. 150–155.
19. Weiss D., Marmar C. The Impact of Event Scale –Revised // Assessing psychological trauma and PTSD / Eds by J. Wilson, T. Keane. — N. Y.: Guildford, 1997.

*Психологічний дебрифінг (ПД) широко використовується як метод психологічної допомоги після травматичних подій. Дані дослідження показали зменшення кількості респондентів з ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) від 100 до 64 % і редукцію виразності симптомів ПТСР після проведення ПД. Результати розглянуті з точки зору можливості застосування ПД для лікування ПТСР після критичних подій.*

*Психологический дебрифинг (ПД) широко используется в качестве метода психологической помощи после травматических событий. Данные исследования показали уменьшение количества респондентов с признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) от 100 до 64 % и редукцию выразительности симптомов ПТСР после проведения ПД. Результаты рассмотрены с точки зрения возможности использования ПД для лечения ПТСР после критических событий.*

*Psychological debriefing (PD) is widely advocated for use following major traumatic events. Presented investigation data showed decline in a number of respondents with the posttraumatic stress disorder (PTSD) and decrease in symptom severity from 100% to 64% after PD treatment. Results are discussed in light of the possibility for PD to be useful in the treatment of PTSD following critical events.*

**Надійшла 22 листопада 2007 р.**