

Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 13. – Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; Вінниця : Видавець ФОП Рогальська І.О, 2017. – С. 8 – 46.

# **1. Теорія і технології психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок травмівних подій**

---

УДК 159.98 : 615.851 – 05

*Лазос Г.П.*

## **ПСИХОТЕРАПІЯ ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТОРТУР: ОГЛЯД СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ**

**Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей.** В статті розглянуто торттури як феномен людської жорстокості, описано психічні наслідки, до яких призводять торттури та подано дискусію з приводу необхідності виокремлення групи психічних станів після тортур в окрему діагностичну категорію. В статті також подаються результати сучасних досліджень ефективності різних методів психотерапії у роботі з постраждалими від тортур. Звертається увага на важливість загальних дієвих факторів у побудові моделей психотерапевтичної або психореабілітаційної роботи. Наводяться приклади ефективних моделей роботи з такою групою постраждалих.

*Ключові слова:* торттури, постраждали, діагностика, психотерапія, дослідження, психотерапевтичний підхід, загальні дієві фактори, модель психотерапії.

**Лазос Г. П. Психотерапия пострадавших, к которым применялись пытки: обзор современных исследований и психотерапевтических моделей.** В статье рассмотрены пытки как феномен человеческой жестокости, описаны психические последствия, к которым приводят пытки и подается дискуссия на тему необходимости выделения группы психических состояний после пыток в отдельную диагностическую категорию. В статье так же приводятся результаты современных исследований эффективности разных методов психотерапии в работе с пострадавшими из-за пыток. Обращается внимание на важность общих действенных психотерапевтических факторов при построении моделей психотерапевтической или психореабилитационной работы. Приводятся примеры эффективных моделей работы с такой группой пострадавших.

*Ключевые слова:* пытки, пострадавшие, диагностика, психотерапия, исследования, психотерапевтический подход, общие действенные факторы, модель психотерапии.

**Постановка проблеми.** Екстремальні події на Сході України – воєнний конфлікт, значні втрати серед військових та мирних мешканців, вимушене переселення людей, тією чи іншою мірою впливають на все населення нашої країни. Відповідно до цих обставин перед вітчизняними науковцями та практиками постає серйозна проблема створення та впровадження системи медико-психологічної та реабілітаційної допомоги всім категоріям постраждалих внаслідок кризових подій в Україні.

Серед категорій постраждалих, які потребують допомоги, можна виокремити наступні групи: бійці Збройних Сил та Національної гвардії; ветерани АТО; жителі регіону, охопленого війною; тимчасово переселені особи, їхні родини; родичі військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях або звільнились зі служби. На жаль, з'явилась ще одна група постраждалих, яку слід виділяти окремо, — особи, звільнені з полону та особи, які зазнали катувань (тортур). Саме ця категорія є однією з найскладніших з погляду надання психотерапевтичної допомоги і найменш дослідженою у вітчизняній науці. Оскільки різні категорії постраждалих зазнали (зазнають) абсолютно різних психогенних впливів, до них важливо застосовувати специфічні алгоритми психологічної / реабілітаційної допомоги.

Сучасна наука накопичила великий обсяг знань про надання допомоги різним категоріям постраждалих. Відомі фахівці, університети та організації працюють у різних частинах світу і діляться своїм досвідом на сторінках спеціалізованих періодичних видань, на окремих симпозиумах під час світових конгресів та конференцій. З одного боку, важливо розумітися та спиратися на світові надбання, але, як показує наш власний досвід, пряма екстраполяція сучасних моделей психотерапевтичної чи реабілітаційної допомоги не є ефективною. На наш погляд, створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися не тільки на основі наукових даних (психотерапевтичних, нейробіологічних тощо), а й з урахуванням соціокультурної специфіки тієї спільноти, де

відбувається реабілітація і психотерапія постраждалих. Саме це є певним викликом і важливим завданням для вітчизняних науковців та практиків у цій галузі.

Отже, в даній статті надаємо огляд сучасних досліджень, присвячених пошуку ефективних психотерапевтичних моделей для роботи з людьми, які постраждали від людської жорстокості, зазнали тортур та були в полоні. Ці дослідження були опубліковані протягом останніх років у спеціальному журналі *Torture Journal*, що видається всесвітньою організацією *International Council of Torture Victims*, або доповідалися на світових конгресах з психології та психотерапії (*European Congress of Psychology (EFPI)*, Амстердам, 13-14 липня 2017 року; 8 Міжнародний конгрес з психотерапії, Париж, 24-28 липня, 2017 року (*8<sup>th</sup> World Congress for Psychotherapy*).

**Метою** даного огляду є ознайомлення сучасної спільноти фахівців у галузі психічного здоров'я, вітчизняних науковців, психологів, психотерапевтів, травматерапевтів та ін. із сучасними ефективними методами та технологіями психотерапії в роботі з постраждалими від тортур; із завданнями і перспективами сучасних досліджень в галузі психотерапії травми. Ми очікуємо, що даний огляд допоможе поширювати знання про високі стандарти надання психотерапевтичної допомоги, а також спровокує вітчизняних науковців на якісні дослідження.

**Виклад основних результатів теоретичного дослідження.** Розпочнемо наш огляд із загальних визначень та наукових довідок щодо тортур, катувань та специфіки їхнього впливу на людину. Спочатку розглянемо феномен самих тортур, що є основним проявом людської жорстокості, з якими мали справу постраждалі, а також розглянемо наслідки катувань на людську психіку. Потім перейдемо до розгляду підходів щодо діагностики при такому виді травмування, адже коректність діагностики надає можливість виокремити специфіку психотерапевтичного втручання і будувати ефективні лікувально-реабілітаційні моделі.

**Тортури та їхні наслідки.** Тортури — це будь-яка дія, що навмисне спричиняє сильний біль або страждання (фізичне чи моральне) будь-якій особі, щоб отримати від неї або від третьої особи відомості чи зізнання, покарати її за дії, які вчинила вона або третя особа чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також, щоб залякати чи примусити її або третю

особу, чи з будь-якої причини, що ґрунтується на дискримінації будь-якого характеру, коли такий біль або страждання спричиняють державні посадові особи чи інші особи, які діють офіційно, чи з їхнього підбурювання, чи з їхнього відома, чи з їхньої мовчазної згоди. Це визначення ратифіковане Конвенцією Об'єднаних Націй проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність видів поведінки та покарання (UNCAT), а також покладене в основу міжнародної угоди, що приписує повну заборону тортур по всьому світу [1; 48].

Хроніки тортур беруть свій початок далеко в історії людства. Проте безпосередня мета тортур залишається універсальною, а саме: навмисне завдати і завдавати інтенсивних страждань. Опосередковані цілі, форми та легітимність тортур зазнали значних змін протягом недавнього минулого та сьогодення. До середини вісімнадцятого сторіччя, тортури мали подвійну мету: а) змусити жертву зізнатись; б) покарати злочинні вчинки. Головною метою тортур було продемонструвати могутність чинної влади та залякати населення, аби унеможливити заколот. Наразі цілі тортур можуть варіюватись: тортури досі використовують як засіб тиску на політичних опонентів, щоб спровокувати зізнання, але тортури також стали формою приниження або знищення небажаних [20].

Оскільки тортури небезпечно втручаються в найбільш приватні та інтимні сфери людини, варто розглянути їхні психологічні та психічні наслідки на особистість. Зазнаючи тортур, людина перетворюється на жертву, що загалом призводить до втрати відчуття її внутрішньої цілісності, інтимності та приватності. Такий досвід призводить до психічних метаморфоз та колапсу, у парі з відчуттям дезорієнтації ідентичності та деперсоналізації, а також страху втрати самої своєї сутності, душі або духу<sup>1</sup>.

Як зазначають L. Hárđi, A. Kroo, один з головних парадоксів тортур полягає в тому, що хоча фізична відстань між катом і жертвою мінімальна або зовсім відсутня, моральна, екзистенційна та психічна прірва є настільки великою, наскільки можна це уявити між двома людськими істотами. Такий досвід має важливі наслідки, що стосуються психічної

---

<sup>1</sup> У фінальній сцені фільму Романа Поланські «Піаніст» щойно звільнений в'язень концтабору зустрічається з німецьким військовим полоненим і каже: «Ти вкрав мою скрипку, ти вкрав мою душу» [39].

репарації того, хто вижив. Мета тортур — зруйнувати ідентичність, ядро особистості, роблячи жертву, а згодом її дітей та онуків неспроможними проживати «нормальне» щоденне життя [20; 28]. Згідно з Терез Віраг<sup>2</sup>, тортури не лише завдають шкоди тому, хто вижив, але й, проникаючи глибше, пошкоджують наступне покоління у вигляді трансгенераційної травми. В її роботах описано, як травмівний досвід знаходить притулок у підсвідомості і поводить ся наче «фантом», впливаючи на наступні покоління через замовчування, сімейні таємниці, «незавершені завдання» та успадковані психологічні симптоми (тривогу, агресію, провину, сором тощо) [50].

Варто також зазначити, що тортури, відповідно до своєї навмисної природи, руйнують фундаментальну довіру в тих, хто їх зазнав, і віддаляють цю особу від інших людей. Інтерналізація ставлення ката, чією метою є зганьбити або навіть знищити, вирвати з коренем жертву і довести, що вона є негідною людиною, має суворі наслідки, що стосуються образу самих себе, самооцінки та ідентичності тих, хто це пережив [21; 20; 28]. *А, отже, саме відновлення зруйнованої довіри в інших та в самого себе є первинним завданням терапевтичного процесу.*

Наслідки тортур також проявляються в тому, що жертва впадає в надзвичайно регресивну позицію і звертається до незрілих захисних механізмів (розщеплення, примітивної ідеалізації, проєктивної ідентифікації, заперечення), проте саме такі реакції можуть допомагати адаптивній функції під час катування. Так, R. K. Papadopoulos у своїх роботах зазначає, що психологічне завмирання (тимчасова абстиненція) біженців може знизити можливі наслідки такого травмування та активізувати самозцілювальні механізми. Це забезпечує тимчасове виживання і вимагає відповідного ставлення до цього з боку лікарів та психотерапевтів [35]. Проте, такі реакції, зумовлені травматичною ситуацією, найчастіше перетворюються згодом на стратегію малоадаптивного ескапізму. L. Hárđi, A. Kroo зазначають, що захисні механізми, застосовані у стінах ізоляційної камери, можуть мати як наслідок патологічні реакції (агресію, неадекватну лють, депресію та суїцидальні інтенції) у стінах свого дому, і можуть призводити до трансгенераційних травм. В психологічному звіті про наслідки Голокосту

---

<sup>2</sup> Психотерапевт, дитячий аналітик, засновниця угорського Центру реабілітації тих, хто пережив Голокост 'KÚT'

описано механізм, як жертва жорстокого переслідування регресує до більш ранніх форм травматизації (первісна травма народження), що руйнує передедіпальні структури створених стосунків матері-дитини, що призводить до пошкодження і постійної загрози структурі ідентичності [20; 11; 36].

Розглянуті психічні наслідки катувань часто призводять до серйозних психічних розладів. Зазначимо, що проблема діагностики і класифікації цих розладів залишається актуальною. Розглянемо деякі підходи до цієї проблеми, які висвітлюються в сучасних дослідженнях та є предметом наукових дискусій.

Відомо, що праці, присвячені катуванням і тортурам сягають давнини. Як результат жахливих подій двадцятого століття чимало письменників, філософів, фізіологів та психоаналітиків зверталися до феномену масових, хронічних травм та їхніх наслідків. Голокост, який мав на меті знищити значну частину цивільного населення, став моделлю екстремальних травм. Тим не менше, знадобився певний час, аби він став частиною психотерапевтичного дискурсу, особливо його прояви у країнах Східної та Центральної Європи, через політичний, історичний та соціологічний контекст [20; 40]. У 1960-і психоаналітики, які лікували тих, хто пережив Голокост, здійснили суспільне відкриття: класичні концепції психоаналізу, які застосовувалися для випадків депресії, переживання горя та травм, дали успішні результати в лікуванні тих, хто вижив після тортур. На основі дослідження, проведеного з такими пацієнтами, було виявлено «синдром того, хто вижив» [23; 31]. Як зазначають L. Nárdi, A. Kroo, визначення цього синдрому стало одним з перших підходів до теперішнього розуміння «комплексного ПТСР»<sup>3</sup> [20]. Найбільш суттєвими симптомами серед описаних авторами були: розлади сну, жахіття, афективні симптоми (хронічна тривога, депресія тощо), когнітивні порушення (часткова втрата пам'яті/амнезія), проблеми з концентрацією уваги) та характерологічні зміни особистості. Важливою відмінністю між «синдромом того, хто вижив» і офіційним діагнозом ПТСР є феномен викривлення ідентичності [11]. Цю понятійну лакуну

---

<sup>3</sup> термін Дж. Герман

детально осмислено та описано в роботах Джудіт Герман [21], яка запропонувала альтернативний діагноз — комплексний ПТСР. Такий вид посттравматичного стресового розладу формується в контексті полону або ув'язнення завдяки тривалому впливу інтерперсонального травмування, під час якого відбуваються порушення особистих кордонів і відсутність контролю. Дж. Герман підкреслює, що в результаті цього екстремального типу травмування слід акцентувати увагу на пошкоджене самосприйняття постраждалого і на основі цього виокремлювати діагноз з подальшим включенням його до діагностичної категорії [21]. Також науковці пропонують ще один альтернативний діагноз даному розладу внаслідок пережитих тортур — «Розлади, що спричинені екстремальним стресом, не специфіковані» (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)). Цей термін було прийнято Американською асоціацією психіатрів (АРА) і широко застосовується серед психотерапевтів і травматерапевтів [20].

Зазначимо, що останнім часом у спеціалізованій науковій літературі мала місце екстенсивна дискусія щодо діагностичних відмінностей між наслідками тортур та іншими формами екстремальних психотравм. Деякі дослідники робили спробу виокремити «синдром тортур» [4; 6; 7; 8]. Проте, впорядкувати різні симптоми у змістовний та ефективний кластер, а також надати докази каузальних зв'язків між тортурами та їхніми наслідками виявилось досить проблематичним. Через ці перешкоди виокремлення специфічної категорії для постраждалих від тортур не відбулось і досі. Більше того, з'являються дослідження, які в цілому заперечують можливість такого виокремлення. Так, наприклад, М. Basoglu довів у своєму дослідженні, що немає наукового підтвердження виокремлення іншого діагнозу, відмінного від діагнозу ПТСР [7]. Інші дослідники підкреслюють, що хоча є певна кількість спільних симптомів між ПТСР і психічними наслідками тортур, суттєвою відмінністю залишається дуже релевантний феномен зміненої ідентичності особистості, який описано вище [43; 44]. Згідно з Ф. Е. Somnier та ін. найбільш поширеними психологічними симптомами серед тих, хто зазнав тортур, є розлади сну (часто в парі з жахіттями), афективна симптоматика (хронічна тривога, депресія), когнітивне погіршення/ослаблення (амнезія, порушення уваги) та зміни ідентичності [44].

На думку L. Hárđi, A. Kroo, важливим слабким місцем діагностичної категорії ПТСР є те, що вона не бере до уваги політичний та історичний контексти, які є дуже вагомими, коли йдеться про тортури та інші форми нелюдського знущання [20]. S. Turner та C. Gorst-Unsworth стверджують, що з часів фрейдівської концепції воєнних неврозів численні психоаналітики визнали, що особливості преморбиду особистості та вразливість її Его становлять лише частину багатофакторної каузальної моделі посттравматичних реакцій. Науковці підкреслюють, що політичне значення також відіграє важливу роль як у межах аналізу, так само й у теорії, і в терапевтичній практиці, оскільки тортури, як уже описано вище, слугують різним функціям [47].

На основі описаних наслідків, стає зрозумілим, що функціонування тих, хто пережив тортури, є пошкодженим на багатьох різних рівнях, що, у свою чергу, слід враховувати у процесі психотерапевтичної допомоги та реабілітації. Так, наприклад, спеціалісти датського реабілітаційного центру RCT виокремлюють п'ять рівнів пошкоджень: соматичний, психологічний, соціальний, легальний та духовний [49]. Y. Danieli зосереджується на тому, як перетворення на жертву руйнує безперервність комплексної системи ідентичності, на яку може бути здійснений вплив на різних рівнях (біологічному, інтрапсихічному, інтерперсональному, соціокультурному), залежно від стратегій виживання, глибини втрат та вторинного (опосередкованого) травмування [14].

Деякі центри лікують травмоване населення своєї країни; іншим центрам (або країнам) кидає виклик вирішення мультикультурних проблем — спільнота пацієнтів-біженців або тих, хто шукає притулку. L. Hárđi, A. Kroo зазначають, що травма вимушеного переселення, так само як і пережиті тортури, означає, що відбулося фундаментальне пошкодження психологічної структури людини. Ця втрата об'єкта і травма, завдана тортурами, є багаторівневими труднощами, що обернені обличчям і до клієнтів, і до лікарів [20]. S. Akhtar описує, яким складним є зміна ідентичності внаслідок імміграції. Автор, іммігрант і психоаналітик-практик, надає особливого значення труднощам психологічного прогресу (розвитку нової та гібридної ідентичності), якщо міграція була вимушеною, якщо повернення або відвідування

батьківщини є проблематичним, і якщо нове приймаюче оточення демонструє вороже ставлення щодо мігранта. Він говорить, що основні інтрапсихічні конфлікти імміграції полягають у розщепленні між суб'єктом (батьківщиною) та об'єктом (новою країною). Вирішення цього конфлікту є ключем до психічного переродження [5].

Інший підхід до цієї первинної втрати об'єкту можна знайти в описі значення дому та ідентичності у R. K. Papadopoulos. Відповідно до американського професора-психоаналітика фундаментальне відчуття дому і приналежності до чогось є частиною центрального «субстрату ідентичності», який переважно є непомітним, проте забезпечує нам істотно важливе відчуття гуманності та передбачуваності. Тим не менше, коли субстрат є зруйнованим, що має місце серед біженців, тоді з'являється глибока розгубленість у парі з відчуттям нереальності та «непоясненої прірви». Більше того, біженці, що зазнали катувань, втрачають не лише своє відчуття приналежності до дому, народу і культури, але й, певною мірою, також власні тіла [35]. R. K. Papadopoulos називає цей стан зніяковілості «ностальгічною дезорієнтацією», яка є не свідомою втратою, але швидше станом «екзистенційної тривоги». Таке потрясіння може призвести до різних видів реакцій (наприклад, паніки, депресії, апатії, параної, розщеплення тощо) і з ним треба мати справу під час терапії, маючи на увазі контекст, який нагадує екзистенційну прірву більше, ніж патологічний стан [35].

Завдяки цим прикладам та описам ми можемо зрозуміти значущість травм, з якими стикаються ті постраждалі, що зазнали тортур. В той же час важливо пам'ятати, що історія розвитку людства демонструє приклади величезного потенціалу людської природи до виживання, незважаючи на несприятливі умови. Це особливо важливо визнати для тих, хто зазнав і пережив торттури, ганьбу гуманності і цивілізаційних цінностей [20].

Продовжимо наш огляд розглядом наступного важливого питання — проблеми психотерапевтичної допомоги постраждалим від тортур.

**Дослідження ефективності психотерапевтичних методів надання допомоги постраждалим від тортур.** На початку цього розділу зазначимо, що основні дослідження з проблеми психотерапії та реабілітації постраждалих внаслідок тортур публікуються на сторінках журналу *Torture Journal*. За допомогою огляду, який підготував головний редактор цього наукового журналу, професор Pau Perez-Sales [38],

розглянемо наступні важливі для цієї теми питання: аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для постраждалих від тортур, загальні дієві фактори психотерапії, психотерапія постраждалих від тортур як частина мультимодальної інтервенції.

Європейська асоціація психотерапевтів (ЄАП) ухвалила широкий перелік різних напрямків (модальностей) у психотерапії. В окремих країнах, де психотерапія визнається як окремий вид діяльності, зазвичай прийнято лише декілька «основних» напрямів (модальностей): психоаналітична / психодинамічна психотерапія; поведінкова психотерапія; системна сімейна психотерапія; гуманістична психотерапія та інтегративна психотерапія. На основі цих моделей фахівці створюють свої психотерапевтичні моделі з метою операціоналізації та технологізації процесів надання психотерапевтичної допомоги [3]. На основі ґрунтовних наукових досліджень і підтверджень ефективності цих моделей створюються протоколи лікування або психотерапевтичної допомоги різним категоріям постраждалих.

Варто зазначити, що докази більшої ефективності однієї моделі психотерапевтичного втручання порівняно з іншою зазвичай не переконливі. Численні результати досліджень, зроблених на основі різних моделей і технік, показують результати з низькими (середніми) значеннями і не мають чітких висновків та подальших рекомендацій [38]. Прикладом цього можуть бути опубліковані в першому випуску журналу *Torture Journal* у 2016 два якісних дослідження психотерапевтичних моделей для постраждалих від тортур, які показали не просто різні, а й навіть протилежні результати та подальші рекомендації [36; 52].

У першому дослідженні, яке базується на кохрейнівському метааналізі<sup>4</sup> (Cochrane meta-analysis), N. Patel, A. Williams та B. Kellezi [36] дійшли висновку, що не існує вагомих доказів для підтримання одного психотерапевтичного підходу на противагу іншим при реабілітації жертв тортур. Зокрема, вони критично оцінюють ентузіазм

---

<sup>4</sup> Метааналіз (англ. *meta-analysis*) — поняття наукової методології, науковий метод узагальнення (інтеграції) кількісних результатів однорідних досліджень, проведених у різний час різними авторами однієї й тієї самої медичної/фармакологічної технології з метою одержання сумарних статистичних показників цих досліджень (напр., показників ефективності та/або безпеки лікувальних процедур).

науковців і практиків щодо методів когнітивно-поведінкової психотерапії (КБТ) та методів з використанням експозиційних технік, і зокрема нарративно-експозиційної психотерапії (NET). Щодо цього виду терапії, яка є прикладом згаданих методів, на їхню думку, “є більший запал, ніж реальні докази при застосуванні суворих критеріїв та обсягу вибірки, статистичної значимості та ретельно проаналізованих даних” [36, с.13]. У другому дослідженні, зробленому W. Weiss, A. Ugeto та ін. і базованому на систематичних дослідженнях з менш жорсткими критеріями, отримано протилежні висновки. Автори зазначають, що при розгляді всіх розладів (за DSM V), пов’язаних із травмуванням, єдине лікування, що наразі можна вважати «доказовим», є психотерапія за допомогою різних форм травма-орієнтованих, когнітивно-поведінкових методів (наприклад, NET) та використання їхніх різних технік у поєднанні з сучасною теорією. До своїх рекомендацій автори включили метод КБТ як такий, що “ефективно працює з симптомами ПТСР, депресії, тривоги” [52, с.38].

Аналізуючи описані протилежні результати поданих досліджень, Pau Perez-Sales звертається до з’ясування недоліків експериментальних вибірок та метааналізу. На основі наведених досліджень показано, наскільки легко зробити основні помилки в метааналізі, і що результати таких метааналізів можуть, як і в будь-якому іншому виді дослідження, тлумачитися по-різному. Pau Perez-Sales пропонує назвати таку суперечність даних «парадоксом метааналізу» [37; 38].

В кінці 1990-х і на початку цього століття дослідження в психотерапії почали імітувати фармакологічні дослідження і претендували на те, що зможуть вирішити дилему еквівалентності результатів серед різних психотерапевтичних традицій шляхом порівняння результатів за допомогою рандомізованих контрольованих досліджень (РКД)<sup>5</sup>. Як зазначає Pau Perez-Sales, ідея цих досліджень

---

<sup>5</sup> Рандомізоване контрольоване дослідження (РКД, *randomized control trial, RCT*) — тип наукового (часто медичного) експерименту, при якому його учасники випадковим чином діляться на групи, в одній з яких проводиться досліджуване втручання, а в іншій (контрольній) застосовуються стандартні методики або плацебо.

полягала у віднайденні ефективної моделі психотерапії для кожної з п'ятисот дисфункцій за класифікатором DSM-V, подібно тому, як, наприклад, амоксицилін використовується як доказове лікування для пневмонії [38]. Незважаючи на надійність процедури РКД, ці дослідження не враховували об'єктивні дані самої психофармакології: не існує спеціального препарату психіатричного спектру для будь-якого розладу [45; 22]. Так, наприклад, антидепресанти мають терапевтичний вплив на такі захворювання, як депресія, соціальна фобія, панічні атаки, деякі психотичні симптоми та obsесивно-компульсивні розлади. Чергові дослідження у фармакологічній галузі показують, що не існує жодного уніфікованого лікування для певного розладу DSM-V (такого як ПТСР) на противагу тому, що намагається продемонструвати фармацевтична промисловість [22; 38; 45].

Імітуючи фармакологічні дослідження у галузі психотерапії або психологічного консультування за допомогою застосування суворих статистичних процедур, як зауважує Pau Perez-Sales, дослідники не враховують важливих фактів: (а) що ПТСР існує як «хвороба» (наприклад, пневмонія), тоді як психіатричні класифікації та визначення «розладів» різко змінюються кожні десять років або близько того; (б) що не всі пацієнти, позначені в дослідженні як такі, що мають певну «хворобу» (такі як ПТСР), подібні одне до одного; (в) що всі терапевти, які застосовують протокол лікування, роблять це не однаково, незалежно від їхніх особистісних характеристик; (г) що взаємодія між кожним унікальним пацієнтом і конкретним психотерапевтом відбувається еквівалентно [30; 38].

Позиція сучасних науковців полягає в тому, що дослідженнями в галузі психотерапії давно встановлено: немає інтервенцій, які є загальнодоступними для кожної проблеми з переліку DSM. Проте існують можливі втручання щоразу, коли психотерапевт стикається з певною реальною проблемою в певному контексті в рамках терапевтичного діалогу. Замість того, щоб наголосити на ефективності певного протоколу, альтернативним варіантом є вивчення умов та процесів, які роблять певну терапевтичну взаємодію успішною. Вибраний психотерапевтичний підхід чи методика, звичайно, є релевантною, але її внесок є незначним порівняно з контекстом психотерапії та її *загальними дієвими факторами* [30; 38].

**Психотерапія як символічна процедура зцілення: загальний підхід до дієвих факторів.** Протягом останніх тридцяти років постійно проводяться дослідження ефективності психотерапії, її різних підходів і технік. Результати цих досліджень достовірно можуть свідчити тільки про те, що психотерапія є ефективною (в деяких дослідженнях вона показує більшу міру ефективності та стійкості ремісії симптомів, ніж фармакотерапія), а також, як визначили В. Wampold [51] та М. Lambert [24], усі види психотерапії в довгостроковій перспективі дають однакові результати. Кожне подальше дослідження з порівняння ефективності психотерапевтичного втручання підтверджує цей висновок [37; 38].

Отже, з огляду на «парадокси метааналізу», на неможливість створення абсолютно рівноцінних умов, вибірок та методів для валідного експерименту в психотерапії та визначення ефективності певного її методу, сучасні науковці пропонують змістити фокус уваги і досліджень у площину визначення *загальних дієвих факторів психотерапії* та розглядати її в межах «символічної процедури зцілення», враховуючи особливості кожного окремого клієнта/пацієнта [32; 33; 38; 18].

Варто також зазначити, що наразі серед провідних світових науковців і шкіл спостерігається тенденція спрямовування досліджень у галузі психотерапії від вивчення її методів і технік до вивчення формування інтеграційних, еkleктичних або загальних для будь-якої психотерапії факторів і моделей [2; 18].

Багато досліджень, проведених із дотриманням чіткої процедури, ясно показують, що двоє досвідчених психотерапевтів з протилежних теоретичних підходів, після багаторічного досвіду роботи з пацієнтами застосовують практично схожі інтервенції. І, навпаки, це відрізняється від того, що молодші терапевти того самого теоретичного підходу роблять, коли починають свою практику [25]. Також, тут варто навести дані S. Rosezweig, який ще 1936 року говорив, що той психотерапевт може бути успішним і ефективним, незалежно від напряму психотерапії, який сам є ефективною особистістю, який неухильно дотримується в своїй практиці опанованої системи концепцій, який має можливість адаптуватися до проблем свого пацієнта [41].

Міркуючи над символічним змістом процедури психотерапії, Рау Perez-Sales звертається до робіт J. Frank, який сформулював у своїй книжці «Переконання і зцілення» ідеї, що кореняться в понятті *символічної терапії* Леві-Строса. Ідеться про те, що західний навчений психотерапевт і традиційний цілитель з не західної традиції в основному однакові [17]. Єдина різниця між ними — це вид символізму, який вони використовують у процесі зцілення. Згодом J. Frank розвинув ці ідеї в послідовних виданнях своєї відомої книжки в теорію про *загальні фактори* [17]. На думку J. Frank, процес психологічного зцілення потребує урахування наступних факторів: (1) запиту, очікування допомоги та очікування покращення; (2) довірчих терапевтичних стосунків; (3) обґрунтованої, концептуальної схеми, яка є зрозумілою для пацієнта, пояснює його симптоми і призначає певний ритуал або процедуру їх подолання; (4) активну участь як пацієнта, так і терапевта в проведенні цього ритуалу або процедури [17].

Іншими словами, психотерапія полягає у створенні міфу, який пояснює проблему (міфами, наприклад, можуть бути нарцисизм, низька самооцінка, травматичні спогади, «зле око», депресія або ПТСР (як пояснювальні моделі, з якими слід вести переговори в рамках терапевтичного контракту)) та здійсненні певної процедури (або психотерапевтичного обряду) структурованим способом, що в кінцевому підсумку призведе до виконання очікуваної допомоги, доступу до нового досвіду та знань, дозволить пацієнтові спробувати різні варіанти та рішення, щоб опрацювати раніше узгоджений міф. Когнітивно-поведінковий психотерапевт, психоаналітик і терапевт EMDR є так званими місцевими західними цілителями, які використовують різні міфи, щоб досягти подібних ефективних результатів [38].

Звернемось до проблеми визначення транстеоретичних загальних факторів. У 1990 році в огляді APA (American Psychotherapeutic Association) щодо ефективних методів психотерапії було виявлено 89 транстеоретичних *загальних факторів*, 35 з яких було остаточно відібрано та розподілено на п'ять галузей дослідження: *характеристики пацієнтів, якості психотерапевта, процеси змін, структура лікування та терапевтичні стосунки* [19; 24].

Один з основних авторів цього дослідження, М. J. Lambert, на основі аналізу серії експериментальних досліджень з ефективності психотерапії, з'ясував, що покращення у пацієнта відбувається внаслідок

наступних факторів: 40% — внаслідок екстратерапевтичних факторів (життя змінюється поза терапевтичним простором), 30% стосується клімату взаємодії терапевта і пацієнта, що залежить від загальних факторів, 15% — внаслідок очікування позитивних результатів (як терапевта, так і особливо пацієнта), а головне, лише останні 15% стосуються конкретної психотерапевтичної методики [24].

Дослідження, завершені у 2014 році, запропонували певний порядок важливості *загальних дієвих факторів* психотерапії [19]. Незважаючи на те, що дебати щодо цього переліку, а також щодо відносної важливості кожного з факторів досі тривають, з них виокремлено ті, які найбільше сприяли успіху в психотерапії: консенсус / співпраця; емпатія; міцний терапевтичний альянс; позитивні очікування; конгруентність / щирість; особистість терапевта [26]. В той же час у літературі існує багато інших визначених факторів [напр., 2].

Водночас залишається важливе питання створення протоколів лікування, яке б орієнтувалося на специфіку розладів, а також на соціокультурну специфіку клієнтів/пацієнтів.

Як зазначає Pau Perez-Sales, у випадку, якщо певна терапевтична техніка чи психотехнологія (наприклад, NET або EMDR) довела свою успішність порівняно з іншою (наприклад, через її низький ефект впродовж трьох місяців, а не через шість-дванадцять місяців, як з NET або EMDR), то висновок полягає не в тому, що NET чи EMDR кращі, ніж інші техніки, як єдиний підхід, заснований на доказах, а в тому, що саме ці психотехнології були ефективними для деяких пацієнтів, і не були ефективними для інших, а й, можливо, для решти вони були руйнівними або ятрогенними. Уніфікована процедура (*one-size-fits-all*), яка відповідає всім вимогам, не може працювати навіть у випадку найкращого лікування. Саме *загальні фактори*, на думку Pau Perez-Sales є набагато актуальнішими за специфіку методу, особливо, коли існує близько 200 моделей психотерапії, визнаних Американською психотерапевтичною асоціацією (APA) [19; 38].

Науковець зауважує, що на противагу тому, щоб зосереджувати увагу на певних наративних техніках, які наразі є найбільш доказовими, перспектива вивчення *загальних факторів* може бути спрямована зовсім на інше. L. Beutler та ін. визначають таку лінію міркування та дослідження як процес системного підбору лікування та призначення психотерапії. Цей підхід призводить до того, що терапевт разом з пацієнтом визначають проблему, створюючи культурні та контекстуально чутливі, змістовні пояснення та віднаходять, як спільно працювати над проблемою за допомогою процесу, побудованого на довірливих стосунках [9].

На думку Pau Perez-Sales, протоколи, в першу чергу, є лише джерелом спільного обговорення фахівців. Вони можуть бути корисними як міфи, а також можуть бути частиною проблеми, коли на них не критично спираються [38, с.10]. Добре відомий приклад цього твердження — це те, що сталося з процедурою Критичного Дебрифінгу Інциденту Стресу (Critical Incident Stress Debriefing (CISD)), запропонованого в якості операціоналізованої процедури J. Mitchell у 1986 році [29; 12]. Різні дослідження, зроблені на основі кохрейнівського метааналізу, показали небезпеку, до чого можуть призводити техніки цієї процедури. Вони доводять, що в цілому CISD не має суттєвого статистичного ефекту, цю психотехнологію не слід застосовувати після травмування [47], і це згодом стало офіційною рекомендацією ВООЗ [27]. Сьогодні ми знаємо, що існують деякі умови та контексти, які можуть принести користь від одноразових, короткотривалих травмафокусованих інтервенцій. Водночас пропозиція прийняти CISD як універсальну, єдину для всіх технологію виявилась етично неприйнятним рішенням [27; 38].

**Психотерапія як частина мультимодальних інтервенцій (концепція Pau Perez-Sales).** Ця концепція позиціонує психотерапію травми як частину більш широкої картини, беручи до уваги інші важливі фактори: претравматичні фактори (тобто досвід дитячої прив'язаності), фактори, пов'язані з травмою (тип, тривалість, контекст і сенс тортурів), та посттравматичні фактори (тобто вороже або дискримінаційне навколишнє середовище та травматичний досвід у країні, яка приймає) [38]. Існують нові змішані моделі, такі як «підхід до лікування на основі загальних елементів» (СЕТА), розроблений для спектру тривожних розладів і розладів настрою. Незважаючи на те, що це операціоналізована травмафокусна заснована на доказах модель, вона передбачає можливості

для гнучкості та адаптації, тим самим даючи змогу проводити лікування без класифікації розладів та включаючи інші процедури для пацієнтів з коморбідністю [30]. Нещодавно були проведені дослідження на основі моделі СЕТА у постраждалих від травм та катувань у двох невеликих рандомізованих вибірках. Одне дослідження проводилося у південній частині Іраку, а інше — на межі Таїланду і Бірми. Ці дослідження показали перспективні результати та ефективність моделі. Отримані в дослідженні дані не призвели до формулювання соціокультурної специфіки, заснованої на етноконцепції захворювань і їх терапії, але вони підкреслюють можливості культурної адаптації цієї моделі при застосуванні в інших культурах. Наприклад, 100% пацієнтів в обох вибірках зазнали імагінативного впливу. Культурна адаптація стосується того, як матеріал був представлений консультантами, а не самим методом (технікою) [30; 38].

Відомі моделі фактично не враховують те, що у більшості літератури називається *загальними факторами психотерапії* (наприклад, створення сенсу, емпатійні зв'язки, психотерапевтичний альянс), але враховують *загальні методи психотерапії* (експозиція, релаксація тощо) [40], які можуть вводити фахівця в оману [38]. Ідея, що стоїть за ними (розробка інтервенцій для різних профілів постраждалих та індивідуалізація лікування), методологія розвитку (наявність різних блоків, які можуть бути змінені в своєму порядку та за своїм змістом) і процедури впровадження (рандомізовані дослідження у країнах з низьким і середнім рівнем доходу) демонструють принципово новий та революційний шлях [38]. В даному контексті все-таки важливо підкреслити думку R. J. Dereubeis та ін. [15] стосовно відповіді на важливе питання «Чи варто досліджувати виключно КБТ, включати його до навчальних, тренінгових програм та пропонувати пацієнтам із проблемами психічного здоров'я після травмування?». Науковці відповідають однозначним «ні». «Єдине, про що ми наразі знаємо, — це те, що КБТ та інші специфічні для лікування психічних розладів методи можуть бути кращими за інші методи лікування завдяки їхній здатності пом'якшувати «специфічні» симптоми, такі як соціальна тривога, тики або панічні атаки» [15, с. 34].

Екзистенційні елементи, не зафіксовані клінічним діагнозом, також повинні бути частиною процесу реабілітації. Модель адаптації та розвитку після переслідування та травмування (ADAPT) містить п'ять основних адаптивних систем, поділених на основні базові потреби людини: «безпека та захист», «зв'язки та прив'язаність», «справедливість», «ідентичність» та «екзистенціальний сенс». Практична реалізація цієї моделі є найкращим доступним прикладом, на думку Pau Perez-Sales, наскільки влучно можна інтегрувати екзистенційні елементи до психотерапевтичної моделі [42; 38].

**Інтеграція базових досліджень у психотерапію постраждалим від тортур.** Як було зазначено на початку даної статті, тортури призводять до особливих проблем і викликів особистості. Для розробки мультимодальних і гнучких психотерапевтичних моделей, зазначає Pau Perez-Sales [38], необхідним є накопичення і врахування нейробіологічних знань щодо наслідків тортур [напр., 10; 34], розуміння етіопатогенічних моделей ураження після тортур (тобто, як тортури впливають на різні підсистеми людського мозку) [напр., 16]. Це допоможе вийти за рамки моделей, створених на загальній основі щодо ПТСР, до більш конкретних процедур, які передбачають, наприклад, самоусвідомлення таких емоцій, як сором чи провина, що допомагають визначати прогноз. «Хоча експозиція може бути корисною для деяких пацієнтів (навіть, можливо, для більшості пацієнтів в середньому), дозвольте нам, наприклад, визнати, що постраждалим із сильною інтернаціоналізаційною психологічною структурою може виграти від підтримуючої терапії та традиційного лікування більше, ніж від грубої експозиції», — вважає Pau Perez-Sales [38, с.10].

На думку багатьох сучасних науковців, для інтеграції в психотерапевтичні дослідження постраждалих із наслідками катувань підходу з урахуванням *загальних факторів* психотерапії, важливо визначити критерії ефекту (результату) та терапевтичних умов, а не тільки шукати універсальні методи психотерапії. Окрім питання про ефективність певних методів (технік), перед науковцями також постають і інші важливі питання: який у пацієнта профіль і за яких умов пацієнти отримують користь від повторного переживання досвіду тортур? Як має формулюватися наратив цієї розповіді, щоб бути терапевтичним? За яких умов ця розповідь (наратив) може мати несприятливі або навіть ятрогенні ефекти? Розв'язання цих завдань допоможе просуванню до

«індивідуалізованої» психотерапії на основі ефективних психотерапевтичних моделей. В даному контексті Pau Perez-Sales говорить про те, що всі дослідження є потенційно важливими, проте ефективність роботи полягає не лише в тому, на яку велику кількість вибірки науковці націлені у своїх дослідженнях, а й у тому, чи дійсно вони/ми здатні допомогти [38].

Pau Perez-Sales зазначає, що для просування в цьому напрямку науковцям потрібно вийти за рамки основних клінічних досліджень, які базуються на загальних клінічних процедурах анкетування. Опитування зазвичай проводять до і після змішаної неструктурованої психотерапії, що складається з загальних часто застосованих методик [38]. Такі дослідження можливі лише завдяки ресурсам великих дослідницьких центрів і їхні висновки показують лише те, що втручання було частково ефективним. Хоча такий вид досліджень безперечно необхідний, ретельно розроблені напівнатуралістичні дослідження, проведені на місцях, в невеликих реабілітаційних центрах, також можуть мати результативні висновки. Наприклад, профілювання того, що саме ефективно працює для тих, хто перебуває в певних терапевтичних умовах. Якісні натуралістичні та інформаційно-тематичні дослідження можуть бути використані для формулювання гіпотези щодо специфічних інтеракцій при взаємодії психотерапевта з постраждалим, *враховуючи проблему / психотерапевта / техніку / контекст*. Це супроводжується необхідністю розробки показників рівня резильєнтності і одужання для тих місцевостей, де впроваджуються ці процедури, які виходять за рамки клінічних заходів і спрямовані на категорію пацієнтів, постраждалих унаслідок соціальних і політичних руйнацій певної місцевості [38].

Підсумовуючи цей розділ, Pau Perez-Sales робить наступні висновки (*наводимо найсуттєвіші з них*): (1) Будь-який центр реабілітації постраждалих внаслідок тортур у будь-якій частині світу навіть при обмежених ресурсах може здійснювати якісні дослідження з психотерапії; (2) Існує довга традиція експериментальних досліджень *загальних факторів* у психотерапії, яку ще не було інтегровано в дослідження найефективніших моделей і технологій для осіб,

постраждалих від тортур. Сучасні дослідження в галузі психотерапії перейшли від фокусу інтересу до психотерапії, що базується на доказах (Evidence Supported Treatments (EST)) і здійснюється на основі рандомізованих контрольованих досліджень, до фокусу емпірично підтримуючих стосунків (Empirically Supported Relationships (ESR)), що здійснюються на основі натуралістичних або напівнатуралістичних досліджень щодо реальних інтервенцій у взаємостосунках. Обидва фокуси мають бути поєднані. (3). Немає підстав вважати, що лише методики КБТ слід досліджувати та викладати в навчальних програмах, так само, як пропонувати їх особам з проблемами психічного здоров'я. Було доведено лише, що процедури КБТ здатні пом'якшувати «специфічні» симптоми. (4.) Існує потреба в переході від уніфікованих психотерапевтичних процедур, призначених для всіх, до програм індивідуальної адаптації, які б враховували індивідуальні потреби та особливості. Це також уявляється можливим навіть для найменших центрів з дуже обмеженими ресурсами та узгоджується з добре сформованим принципом «Не нашкодити» [38].

Огляд сучасних перспектив дослідження ефективних моделей психотерапії та психологічної реабілітації постраждалих внаслідок пережитих тортур продовжимо матеріалами в безпосередньо прикладному аспекті таких досліджень.

**Психотерапевтичні моделі роботи з постраждалими внаслідок тортур.** Одну з найвідоміших психолого-реабілітаційних моделей для постраждалих розробив Центр жертв тортур. Цим Центром було розроблено протокол для групового консультування осіб, які зазнали катувань [46, с. 75-76]. Автори цього протоколу прийняли інтегративну модель, яка поєднує ідеї та техніки з когнітивно-поведінкової теорії, наративно-експозиційної терапії, соматичної психології, інтерперсональної терапії, неврології, підходи, створені на теорії резильєнтності та власному досвіді Центру [46, с. 1-2]. Визнаючи протокол дієвим інструментом для роботи з постраждалими, науковці водночас виносять для осмислення низку важливих моментів, які з'ясувалися під час його розповсюдження і застосування іншими центрами: (1) Чому цей протокол є успішним в одній країні та зазнав труднощів в іншій? (2) Чому він працює у географічному та політичному контексті, а не в тому самому місці через два роки? (3) Чому процедури з протоколу підходять для деяких пацієнтів, а для інших ні? (4) Чому ці

протоколи ефективно використовуються певною групою терапевтів, а іншою групою — без ефекту? Адже цей протокол — це психотерапевтична мультимодальна група «міфів» для тестування (як по частинах, так і в цілому), а також початок обов'язкового та необхідного дослідження процесу гнучкого втручання, пристосованого до кожної окремо взятої взаємодії проблеми-пацієнта-терапевта в певному контексті [27].

**Реабілітаційна модель фонду «Корделія» [20].** Робочі методи фонду «Корделія» суттєво і на різних рівнях відрізняються від терапевтичних моделей та технік клінічної практики, що застосовуються в амбулаторних центрах або звичайних закладах охорони здоров'я. Хоча терапевтичну роботу угорських колег складно моделювати через низку особливих локальних і культурних проблем, вони досягли успіху у створенні теоретичної основи для власного еkleктичного терапевтичного підходу. Цю модель було представлено на Всесвітньому Конгресі з прикладної психології під час симпозіуму з травми (European Congress of Psychology (EFPI), Амстердам, 13-14 липня 2017 року), надруковано в журналі *Torture Journal*. Цією моделлю керуються також фахівці, які працюють із біженцями з Сирії, які ще й зазнали тортур, з Сербії, Хорватії тощо. Подаємо переклад цієї моделі більш розгорнуто.

В Угорщині є дві головних моделі піклування про тих, хто зазнав тортур, розроблені лікарями та психологами фонду «Корделія»: модель «Залишайся» і модель «Іди».

**Модель «Іди»** є більш ранньою з цих двох і була запроваджена мобільною командою фонду «Корделія». Психіатри, психологи, соціальні консультанти та перекладачі відвідували три притулки для біженців і проводили терапію в кімнатах клієнтів. За цією моделлю клієнт запрошує лікаря/психотерапевта на свою житлову площу і поводить себе як господар, а не як гість (саме в другій ролі біженців сприймають інші і вони самі себе). Це дає клієнту відчуття влади і контролю і допомагає побудувати довіру в особливій формі; символізує перший крок, першу ланку, перше безпечне місце у новій країні. Безпека, яку зумовлює така атмосфера, є особливо важливою у випадках, коли пацієнт страждає від екстремальної тривоги або є надзвичайно недовірливим щодо всіх можливостей допомоги притулку (наприклад, соціальний або медичний підрозділи).

Модель «Іди» також виявилась дуже ефективною та успішною в лікуванні сімей, оскільки всі члени родини були присутні, навіть наймолодші або ті, хто чинив найбільший опір. Ситуація і її значення надалі можуть використовуватись як терапевтичний матеріал під час інтерпретації вимушеної зміни місця проживання та звернення до втрачених об'єктів.

Важливою особливістю цієї моделі є також те, що куди б не направляли далі біженців, вони зберігають постійний зв'язок зі своїми терапевтами, а терапевти виконують функцію «перехідного об'єкту». Такий підхід, відповідно до теорії Д. Боулбі та угорського психоаналітика Імре Германа, демонструє, що прив'язаність до об'єкту є базовою потребою, особливо для тих, хто втратив родичів, коханих та дім, втратив себе після тортур. Другою обов'язковою умовою для терапевтів Фонду є обов'язкове проходження власної психотерапії в психодинамічному ключі. Це надзвичайно необхідно в щоденній практиці — бути здатним поважати терапевтичні кордони і водночас бути досить гнучким та толерантним, коли це необхідно.

Згідно з протоколом усі фахівці працюють з перекладачами задля гарантії, що всі клієнти мають можливість висловити свої найглибші почуття та думки рідною мовою. Перекладачі так само проходять спеціалізовану підготовку на тренінгах, після яких приєднуються до мобільної команди Фонду і беруть участь в ролі спостерігачів, поруч з перекладачами, які мають більший досвід. Перекладачів ніколи не вибирають з колишніх пацієнтів, навіть якщо вони одужують від ПТСР. Проте, вони часто походять із тієї ж країни та/або культури, що й клієнти, що часто дає змогу поглибити терапевтичне розуміння, оскільки перекладачі також виконують роль культурних посередників. Завдяки комплексній підготовці перекладачі готові до ситуацій перенесення та контрперенесення, і часто є рушійною силою, а також джерелом надії для клієнтів. Перекладачі так само беруть участь у регулярних супервізійних зустрічах всього персоналу, яка запобігає опосередкованій травматизації, що особливо небезпечно в ситуаціях перенесення/контрперенесення, а також є базовим профілактичним інструментом для запобігання вигорання фахівців.

Пацієнтів направляють на психотерапію медичні, соціальні працівники або інші біженці. Головний критерій відбору в групи — це те, чи є ця людина жертвою тортур або страждає від психологічних наслідків інших серйозних травм.

Контакт з потенційними пацієнтами/клієнтами будується на основі загальних принципів: знайомство; прояснення цілей і можливостей психотерапевтичної роботи; при необхідності – сесії психоосвіти з метою досягнення максимальної прозорості, розуміння та згоди. Психотерапевти намагаються описати реалістичну картину того, що можуть очікувати пацієнти від терапії, у чому полягає їхня роль, і ясно прояснюють свої професійні кордони. Це створює базу для егалітарних стосунків та запобігає непорозумінню та розчаруванню. Часто проводяться вступні неформальні зустрічі з гомогенною групою потенційних клієнтів/пацієнтів, щоб встановити перший контакт.

**Модель «Залишайся»** сформувалась в результаті організаційних та індивідуальних змін. За цією моделлю постраждалі біженці відвідують психотерапевтів у відділенні Фонду, планують час зустрічі для терапії, і/або користуються загальною кімнатою, коли чекають своєї черги. Ця нова модель також має терапевтичні особливості, оскільки дає пацієнтам відчуття незалежності та повноважень. У випадках з сильними проявами ПТСР у клієнтів терапевти продовжують дотримуватися моделі «Іди». Часто після зменшення симптомів вони починають відвідувати своїх терапевтів у відділенні Фонду. Ця модель застосовує мультидисциплінарний підхід і є восьмижневою інтенсивною терапевтичною програмою, яка проводиться три дні на тиждень двома психіатрами, трьома психологами, одним «невербальним» терапевтом, одним соціальним консультантом і двома перекладачами. Є дві гомогенні групи клієнтів (наприклад, чоловіки з Афганістану і жінки з Сомалі), які беруть участь в індивідуальній, груповій, невербальній та арт-терапії, а також культурно-орієнтаційних воркшопах.

Мета такої реабілітаційної програми — запропонувати психологічну підтримку в процесі реінтеграції. Проте, це завдання містить нові випробовування, труднощі та розчарування, що можуть відкрити старі рани, поглибити симптоми стресу і призвести до ретравматизації. Процес роботи з травмою є постійною безперервною процедурою на кожній фазі зцілення. Завдяки комплексному підходу програми клієнти можуть відкрити і розвинути свої ресурси, які

допомагають подолати труднощі, підвищити свою самооцінку, знайти нову місію та шлях у житті, полегшити свої старі рани. Це дає їм можливість міцно влаштуватися поза притулком і визначити своє місце в новій домівці. Терапевтичні дії моделюють кінцеву фазу їх перебування у притулку для біженців.

**Терапевтичні методи.** Модель, яку пропонують фахівці Фонду, передбачає індивідуальну, сімейну та групову терапію з вербальними або/та невербальними елементами.

1) **Індивідуальний вербальний метод** — це коротка терапія (від восьми до десяти сесій), зосереджена на травмі, спричиненій тортурами, вимушеним переселенням, горем, особистими втратами. Вона має на меті полегшити посттравматичні симптоми, досягнути усвідомлення та знову віднайти довіру. Тим не менше, залежно від випадку терапія може бути тривалішою (від 15 до 20 сесій). Така терапія також слугує розвитку копінг-стратегій подолання труднощів і відкриття внутрішніх ресурсів, які є життєво необхідними для майбутнього життя біженців, які опинились у країні, кардинально відмінній від країни, з якої вони походять.

2) **Сімейна психотерапія** з тими, хто зазнав тортур. Таке лікування розвинулось як спонтанна терапевтична ініціатива, оскільки члени родини були присутні з пацієнтом на першій або перших сесіях. Під час сесій сімейної терапії важливо, з одного боку, працювати з індивідуальною травмою того, хто зазнав тортур, і, з іншого боку, з травматизацією членів родини, які є опосередкованими жертвами (свідки травматичної події) або опосередковано травмовані жертви (травмованими тими, хто зазнав тортур).

Нагадаємо, тортури фрагментують Его того, хто їх пережив, і сім'я також стає дезорганізованою через травму. Сюрреалістичний світ кімнати тортур часто підсвідомо реконструюється в хаотичних людських стосунках родини через механізми манії, повторення або ідентифікації з агресором. Голова родини, що зазнав тортур, зґвалтована мати, дитина, що пережила насильство, реорганізують стосунки традиційної родини у патологічні. Захисні механізми з'являються на родинному рівні наче

приховані колабораціоністи, пригнічуючи або замовчуючи травму. Тортури можуть також переживатись як еквівалент кастрації для голови сім'ї, примушуючи дружину перейняти керівну позицію в родині. Тим не менше, чоловік може патологічно наполягати на захисті своєї позиції усіма можливими способами і не зважаючи на обставини. Це може зашкодити дітям, призводячи до серйозної дезорієнтації. Нові ролі в родині зазвичай не сприймаються спільнотою і це ще більше поглиблює дезорієнтацію дитини. Наведемо приклад роботи з пацієнткою зі скривдженої тортурами сім'ї:

*Пацієнтка з Іраку боролася з диссоціативними симптомами — головним симптомом і проблемою, що привела її в терапію. Її чоловіка викрали, а потім вона отримала його тіло зі слідами тортур. Юна клієнтка зі своїми трьома дітьми втекла до Угорщини. Вона була неспроможна адаптуватися до випробувань притулку, нехтуючи і дітьми, і собою. Вона губилась під час шопінгу і зазвичай починала плакати замість того, щоб давати раду сімейним справам. Її 10-річна донька зайняла місце батька і хворої матері і стала головою сім'ї.*

*Терапевти почали невербальну групову терапію з іншими жінками з повних сімей і матерів-одиначок. Донька пацієнтки паралельно брала участь у креативній терапії з дитячим психологом.*

*Пізніше сімейна терапія розпочалась зі спільного оплакування батька/ чоловіка. Психотерапевт і члени сім'ї обговорили проблеми викривлення ролей у теперішньому, порівнюючи їх із ситуацією, що передувала травмі. Окреслення патологічної структури родини і робота з травмами вимушеного переселення та іншими втратами об'єктів допомогли скерувати сили та енергію на ці труднощі.*

*Після семи терапевтичних сесій мешканки притулку для біженців відчинили двері нашим лікарям і психотерапевтам із сяючими обличчями та чудовим волоссям. Пацієнтка взяла на себе роль перукарки притулку. Вона знову знайшла себе у попередній жіночній ролі. Вона пішла на шопінг з іншими жінками з притулку і знову почала готувати та дбати про своїх дітей.*

*Дев'ята сесія була останньою у терапевтичному процесі, оскільки родина планувала переїхати з притулку. Мати заручилась із біженцем з Іраку і родина була готова до нелегкого процесу інтеграції в угорське суспільство.*

3) До вербальної терапії часто готує **невербальна групова терапія**, допомагаючи клієнтам, які страждають через сором і приниження, стати доступними для вербального процесу.

Невербальні методи, розроблені угорськими психотерапевтами, виконують подвійну роль:

- а) готують клієнтів до вербальної терапії;
- б) сприяють зменшенню симптомів ПТСР за допомогою спеціальних терапевтичних технік (мистецтво, релаксація, рухи)

Невербальні методи:

3/а) **комунікативна групова рухова терапія**. Була розроблена для біженців з Боснії на основі досвіду психіатричних відділень з подальшою анімаційною груповою терапією.

3/б) **анімаційна групова терапія**. Цей метод засновано на «оживленні» неживих об'єктів з фокусом на ставленні тих, хто пережив торттури, до своїх тіл і до соціальних контактів. Сьогодні цей метод використовується як важлива ланка довербальних методів. Невербальний терапевт є лідером групової сесії, а вербальний терапевт є ко-терапевтом. Згодом вербальний ко-терапевт виконує роль індивідуального психотерапевта.

3/в) **«стояча групова терапія»** (*station group therapy*). Була створена для біженців від війни в Косово на основі імітації Хресного шляху Ісуса на Голгофу.

У випадку цих біженців травма була дуже близькою до свідомого рівня і цей досвід залишається активно присутнім у свідомості. У результаті цієї особливої ситуації виявилось майже неможливим створити інтимну атмосферу в групі, інколи на груповій сесії було 30 учасників. Цей тип групової терапії зосереджується на відновленні базової довіри, що була втрачена. Психотерапевти Фонду застосовують елементи психодрами на рівні з руховими.

3/г) **групова символ-терапія**. Створено для клієнтів, що говорять арабською. Її теоретичне підґрунтя походить з юнгініанських символів. Клієнтам/пацієнтам пропонується символічний об'єкт для втраченого минулого, щоб полегшити процес оплакування і зменшити екстремальну тривогу. Психотерапевти вербально і символічно «викликають» об'єкт, наприклад запахом арабської кави або афганською хустинкою ручної роботи. Якщо група пропонує символічний об'єкт, це можна інтерпретувати як ознаку підвищення довіри.

4) **Культурно-орієнтаційний воркшоп.** Цю модель розроблено для нового амбулаторного відділення у центрі *Bicske*. Вона ставить за мету полегшення інтеграційних навичок та компетентності, а також передає конкретні знання, інформацію та досвід, пов'язані з культурою та інтеграцією.

Такі воркшопи було створено з особливо обережним ставленням до міжкультурних відмінностей. Вони завжди беруть до уваги культуру, з якої походять учасники. Таким чином, культурно-орієнтаційні воркшопи слугують містком між досвідом, знаннями та звичаями країн, з якої походять учасники, і країною, в якій тепер живуть. Така діяльність полегшує розуміння, а також набуття нового досвіду через обмін і участь. Такі сесії передбачають рольові ігри, в яких програються щоденні міжособистісні та офіційні стосунки, дискусії про культурні відмінності та подібності, відвідування різних інституцій, щоб надати можливість практикувати щойно здобуті навички у безпечній атмосфері. Невербальний терапевт і соціальний радник Фонду проводять воркшопи, пам'ятаючи про особливі потреби і вразливість тих, хто пережив торттури, а також інших травмованих біженців.

**Інша діяльність.** Одна з найбільш важливих діяльностей терапевтів Центру — складання медично-правових звітів, щоб допомогти юридичному процесу надання притулку [біженцям]. Такі звіти засновано на Стамбульському протоколі, вони документально доводять фізичні та психологічні наслідки торттур. У більшості випадків службовець, що займається процедурою надання притулку (поліцейський, суддя), або адвокат-захисник вимагають цей звіт, тож у клієнтів немає вторинної вигоди, щоб відвідувати терапію.

Серед інших видів діяльності також важливо відзначити обов'язкові регулярні тренінги для персоналу та обговорення випадків у контексті супервізійних сесій. Це акцентує увагу на сензитивності персоналу притулків для біженців, щоб допомогти їм у щоденній роботі. Така супервізія виконує подвійну функцію — підвищення психологічної поінформованості та запобігання емоційному вигоранню. Піклування про тих, хто піклується, є життєво необхідним для запобігання у них вторинному травматичному стресу.

**Результати психотерапевтичної, реабілітаційної роботи за моделлю фонду «Корделія».** Результати раніше згадуваних методів проявляються після перших трьох-чотирьох сесій. Як свідчить протокол цієї моделі, розбурхані емоції заспокоюються, важлива фаза процесу оплакування добігає кінця і симптоми ПТСР зменшуються. Клієнти починають тривалий і складний процес інтеграції з більш здоровою і зрілою позицією. Подальші методи асиміляції набутих знань, навичок та іншого, отриманого під час терапії досвіду перебувають у постійному процесі розробки. Наразі фахівці Фонду пропонують застосовувати психологічну анкету, створену різними психотерапевтами на основі затверджених протоколів з ПТСР. Оцінювання передбачає від двох до трьох наступних сесій (залежно від доступності клієнта). Проте реєстрація змін може бути проблематичною, бо клієнти роз'їжджаються по всій Угорщині після того, як залишають притулок, і багато хто навіть продовжує міграцію до інших країн Європейського Союзу, а іноді й за океан.

**Висновки.** У даній статті зроблено огляд сучасних досліджень з ефективності психотерапії травми; ефективних методів і технологій психотерапії в роботі з постраждалими від тортур, а також завдань і перспектив сучасних досліджень у галузі психотерапії травми внаслідок тортур.

Аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для постраждалих від тортур свідчить про перевагу *загальних дієвих факторів* психотерапії над техніками та окремими методами психотерапії. Наразі актуальними залишається створення інтегративних протоколів лікування, які б ураховували соціокультурну специфіку постраждалих та їх особливості. Це дає змогу розглядати психотерапію постраждалих від тортур як частину мультимодальної інтервенції. Хоча вибраний психотерапевтичний підхід чи методика є релевантними, їхній внесок є набагато меншим за контекст психотерапії та загальні дієві фактори. Також, на думку багатьох сучасних науковців, для інтеграції в психотерапевтичні дослідження постраждалих із наслідками катувань підходу з урахуванням загальних факторів психотерапії, важливо визначити критерії ефективності і терапевтичних умов, а не тільки шукати універсальні методи психотерапії.

Водночас реабілітаційні моделі та терапевтичні методи Центру жертв тортур (Угорщина) є прикладом ефективної роботи з постраждалими від тортур і можуть стати в нагоді вітчизняним науковцям і психотерапевтам у прикладному аспекті. Однак важливо наголосити, що створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися з урахуванням соціокультурної специфіки.

### **Список використаних джерел**

1. Задорожний О. В. Заборона катувань // Українська дипломатична енциклопедія : У 2-х т. / Редкол. : Л. В. Губерський (голова) та ін. — К : Знання України, 2004 — Т.1 — 760с.
2. Кэхеле Х . Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние / Х. Кэхеле, Е. С. Калмыкова // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2000, №1. – Електронний ресурс. – режим доступа: <http://psyjournal.ru/articles/izuchenie-psihoterapii-za-rubezhom-istoriya-sovremennoe-sostoyanie>
3. Основи психотерапії : навч. посіб. / В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та ін.] ; під заг. ред. К. В. Сєдих, О. О. Фільц. – Полтава : Алчевськ : ЦПК, 2013. – 329 с.
4. Allodi F., Cowgill O. Ethical and psychiatric aspects of torture // *Psychiatry*. – 1982; Vol.27. – PP. 98 - 102.
5. Basoglu M., Jaranson J. M., Mollica R. et al. Torture and mental health : a research overview // *The mental health consequences of torture* / Eds. Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. – New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. – PP. 35-62.
6. Abildgaard U., Daugaard O., Marcussen H. et al. Chronic organic psychosyndrome in Greek torture victims // *Dan. Medical Bulletin*, 1984. – Vol.31. – PP.239-42.
7. Akhtar S. A third individuation : immigration, identity, and the psychoanalytic process // *Psychoanalysis Ass.*, 1995. – Vol.43. – PP.1051-84.
8. Basoglu M., Paker M., Paker O. et al. Psychological effects of torture : a comparison of tortured with non-tortured political activists in Turkey // *Psychiatry*. – 1994, Vol.151. – PP.76-81.
9. Beutler L., Harwood M., Bertoni M., Thoman J. Systematic Treatment Selection and Prescriptive Therapy // *Casebook of Psychotherapy Integration* / Eds. Stricker G., Gold J. – 2006. – PP. 29–42.
10. Catani C., Adenauer H., Keil J., Aichinger H., Neuner F. Pattern of cortical activation during processing of aversive stimuli in traumatized survivors of war and torture // *European Arch Psychiatry Clinical Neurosci.* – 2009, Sep. 259

- (6). – PP. 340–51.
11. Chodoff P. Depression and guilt among concentration camp survivors : comments of a survivor // *Existential Psychology*. – 1969, Vol.7(26-27). – PP.19-26.
  12. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). – Available from: [https://www.researchgate.net/publication/264870448\\_Critical\\_Incident\\_Stress\\_Debriefing\\_CISD](https://www.researchgate.net/publication/264870448_Critical_Incident_Stress_Debriefing_CISD). – [accessed Mar 18 2018].
  13. Cunningham M., Cunningham J. D. Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. // *Psychiatry*. –1997. – Vol.31. – PP. 555–65.
  14. Danieli Y. Introduction. Historical and conceptual foundation // In: Danieli Y., ed. *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. — New York : Plenum Press, 1998.
  15. DeRubeis R. J., Lorenzo-Luaces L. Recognizing that truth is unattainable and attending to the most informative research evidence // *Psychotherapy Research*. – 2017 Jan 2;27(1). – PP. 33–5.
  16. Elbert T., Schauer M., Ruf M., Weierstall R., Neuner F., Rockstroh B., et al. // *The Tortured Brain*. // *Psychology*. – 2011. – Jan; 219(3). – PP. 167–74.
  17. Frank J. D. *Persuasion and Healing*. – Baltimore : John Hopkins University Press; 1961.
  18. Grawe K. *Psychotherapie im wandel. Von der konfession zur profession* / K. Grawe, R. Donald, E. Bernauer. – Gottingen : Hogrefe – Verlag fur psychologie, 1994.
  19. Grencavage L.M., Norcross J. C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? // *Professional Psychology : Research and Practice*. – 1990, Vol 21(5), Oct. – PP. 372-378.
  20. Hárđi L., Kroo A. Psychotherapy and psychosocial care of torture survivor refugees in Hungary: "a never-ending journey"/ Lila Hárđi, A. Kroo // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. — Vol. 21(2) : PP. 84 - 97 — January, 2011. – PP. 85 – 89
  21. Herman J. *Trauma and recovery : the aftermath of violence from domestic abuse to political terror* / Judith Herman. – New York : Basic Books, 1992.
  22. Hoskins M., Pearce J., Bethell A., Dankova L., Barbui C., Tol W.A., et al. *Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder : systematic review and meta-analysis* // *Psychiatry*. – 2015. – Feb 1;206(2). – PP. 93–100.
  23. Krystal H. *Massive psychic trauma* / H. Krystal. – New York : International Universities Press, 1968.
  24. Lambert M. J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavior change* / Garfield AEB& SL, editor. – New York : Wiley, 1994. – PP. 143–89.

25. Lambert M. J., Ogles B. M. Common factors : Post hoc explanation or empirically based therapy approach? // *Psychotherapy*. – 2014, Vol.51(4). – PP. 500–4.
26. Laska K. M., Gurman A. S., Wampold B. E. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy : A common factors perspective // *Psychotherapy* . – 2014, Vol. 51(4). – PP. 467– 81.
27. Laveta V., Orieny P. Efficacy of rehabilitation and treatment approaches : Group counseling torture treatment model for low-resource settings // *IRCT 10th International Scientific Symposium – Delivering on the promise of the right to rehabilitation*. – Mexico City, 5-7 December 2016.
28. Loneragan C., Steel Z., Touze D. , Harris E., Ceollo M., Susljik I., et al. Torture, Mental Health Status and the Outcomes of Refugee Applications among Recently Arrived Asylum Seekers in Australia // *International Journal of Migration, Health and Social Care*. – 2006. – PP. 4–14.
29. Mitchell J. T., Everly G. S. *Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services*. – Third Edition. – Ellicott City, MD : Chevron, 2001.
30. Murray L. K., Dorsey S., Haroz E., Lee C., Alsiary M. M., Haydary A., et al. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries // *Cogn. Behavioral Practice*. – 2014, May. – Vol. 21(2). – PP. 111–23.
31. Niederland W. G. Clinical observations on the “survivor syndrome”: symposium on psychic traumatization through social catastrophe // *International Journal of Psychoanalysis*. – 1968, Vol.49. – PP. 313-5.
32. Norcross J.C. *Integrative psychotherapy* / J. Norcross. – Oxford, 2016. – PP. 390-394
33. Norcross J.C., Karpiak C. P., Lister K.M. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists // *Journal of clinical psychology*. – 2005, 12/1 . – V.61, issue 12. – PP. 1587-1594
34. O'Mara S, O'Mara S. Torturing the brain : on the folk psychology and folk neurobiology motivating “enhanced and coercive interrogation techniques” // *Trends Cogn. Science*. – 2009, Vol.13(12). – PP. 497–500.
35. Papadopoulos R.K. Refugees, home and trauma // In: Papadopoulos R.K., ed *Therapeutic care for refugees. No place like home*. — Tavistock Clinic Series. — London: Karnac, 2002.
36. Patel N., Williams A. C. , Kellezi B. Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors : Conceptual , methodological and ethicalIssues // *Torture Journal*. – 2016. – Vol. 26(1). – PP. 2–16.
37. Pérez-Sales P. *Psychological Torture : definition, evaluation and measurement*. – London-New York: Routledge, 2016.

38. Pérez-Sales P. Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research / Pau Pérez-Sales // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture.* – 2016, V. 27(1). — PP. 1-12.
39. Polanski R. *The pianist.* Germany: Studio Babelsberg, 2002.
40. Potocky M., Guskovict K.L. Enhancing empathy among humanitarian workers through Project MIRACLE : Development and initial validation of the Helpful Responses to Refugees Questionnaire // *Torture Journal.* – 2016, Vol.26(3). – PP. 46–60.
41. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. // *American Journal Orthopsychiatry.* – 1936, Vol. 6(3). – PP. 412–5.
42. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework // *Journal Nerv. Ment. Dis.* – 1999, Vol.187. – PP. 200–7.
43. Somnier F. E, Vesti P., Kastrup M. et al. Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence // Basuglu M., ed. *Torture and its consequences. Current treatment approaches.*
44. Somnier F. E., Genefke I. K. Psychotherapy for victims of torture // *British Journal of Psychiatry.* – 1986, Vol.149. – PP. 323-9.
45. Stein D., Zungu-Dirwayi N., van der Linden G., Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). // *Cochrane Database of Systematic Reviews / Stein D., editor.* – Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd. – 2000.
46. *Torture CV of Restoring Hope and Dignity : Manual for Group Counseling Center for Victims of Torture.* Minnesota; 2016.
47. Turner S., Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture – a descriptive model // *British Journal of Psychiatry.* – 1990, Vol.157. – PP. 475–80.
48. United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. – G.A. – Vol. 39/46. – annex, 39 U.N. GAOR Supp. (No. 51) at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984), entered into force June 26, 1987.
49. Vesti P., Somnier F.E., Kastrup M. *Psychotherapy with torture survivors. A report of practice from RCT.* Copenhagen : RCT, 1992.
50. Virág T. „Mély kútba tekinték ...”. Budapest : Animula Egyesület – Magyar Pszichiátriai Társaság, 2001.
51. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K., Ahn H. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies : Empirically, “All Must Have Prizes” // *Bruce. Psychological Bull.* – 1997, Vol.122(3). – PP. 203–15.
52. Weiss W.M., Ugueto A.M., Mahmooth Z., Murray L.K., Hall B.J., Nadison M., et al. *Mental health interventions and priorities for research for adult survivors*

of torture and systematic violence : a review of the literature // Torture Journal.  
– 2016, Vol.26(1). – PP.17–45.

### References transliterated

1. Zadorozhniy O. V. Zaborona katyvan // Ukrainska dyplomatychna entsiclopedia  
[https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0\\_%D0%B4%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0\\_%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D1%96%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0_%D0%B4%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D1%96%D1%8F) : U 2-x т. / Redcol. : L. V. Guberskiy (golova) ta in. — K : Znannya Ukrainy, 2004 — T.1 — 760s.
2. Kechele X., Kalmykova E.S. Izuchenie psichoterapii za rubezhom : istoria, sovremennoe sostoyanie / X. Kechele, E. S. Kalmykova // Zhurnal prakticheskoy psichologii i psichoanaliza . – 2000, №1. – Electronniy resurs. – rezhim dostupa: <http://psyjournal.ru/articles/izuchenie-psihoterapii-za-rubezhom-istoriya-sovremennoe-sostoyanie>.
3. Osnovy psichoterapii : navch. posib. / V.I.Bantser, L.O. Grebin, Z.V. Gryvul [ta in.] ; pid zag. red. K. V. Sedych, O. O. Filts. – Poltava : Alchevsk : TSPK, 2013. – 329 s.
4. Allodi F., Cowgill O. Ethical and psychiatric aspects of torture // Psychiatry. – 1982; Vol.27. – PP. 98 - 102.
5. Basoglu M., Jaranson J.M., Mollica R. et al. Torture and mental health : a research overview // The mental health consequences of torture / Eds. Gerrity E., Keane T. M., Tuma F. – New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. – PP. 35-62.
6. Abildgaard U., Daugaard O., Marcussen H. et al. Chronic organic psychosyndrome in Greek torture victims // Dan. Medical Bulletin, 1984. – Vol.31. – PP.239-42.
7. Akhtar S. A third individuation : immigration, identity, and the psychoanalytic process // Psychoanalysis Ass., 1995. – Vol.43. – PP.1051-84.
8. Basoglu M., Paker M., Paker O. et al. Psychological effects of torture : a comparison of tortured with non-tortured political activists in Turkey // Psychiatry. – 1994, Vol.151. – PP.76-81.
9. Beutler L., Harwood M., Bertoni M., Thoman J. Systematic Treatment Selection and Prescriptive Therapy // Casebook of Psychotherapy Integration / Eds. Stricker G., Gold J. – 2006. – PP. 29–42.
10. Catani C., Adenauer H., Keil J., Aichinger H., Neuner F. Pattern of cortical activation during processing of aversive stimuli in traumatized survivors of war and torture // European Arch Psychiatry Clinical Neurosci. – 2009, Sep. 259

- (6). – PP. 340–51.
11. Chodoff P. Depression and guilt among concentration camp survivors : comments of a survivor // *Existential Psychology*. – 1969, Vol.7(26-27). – PP.19-26.
  12. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). – Available from: [https://www.researchgate.net/publication/264870448\\_Critical\\_Incident\\_Stress\\_Debriefing\\_CISD](https://www.researchgate.net/publication/264870448_Critical_Incident_Stress_Debriefing_CISD). – [accessed Mar 18 2018].
  13. Cunningham M., Cunningham J. D. Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. // *Psychiatry*. –1997. – Vol.31. – PP. 555–65.
  14. Danieli Y. Introduction. Historical and conceptual foundation // In: Danieli Y., ed. *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. — New York : Plenum Press, 1998.
  15. DeRubeis R. J., Lorenzo-Luaces L. Recognizing that truth is unattainable and attending to the most informative research evidence // *Psychotherapy Research*. – 2017 Jan 2;27(1). – PP. 33–5.
  16. Elbert T., Schauer M., Ruf M., Weierstall R., Neuner F., Rockstroh B., et al. // *The Tortured Brain*. // *Psychology*. – 2011. – Jan; 219(3). – PP. 167–74.
  17. Frank J. D. *Persuasion and Healing*. – Baltimore : John Hopkins University Press; 1961.
  18. Grawe K. *Psychotherapie im wandel. Von der konfession zur profession* / K. Grawe, R. Donald, E. Bernauer. – Gottingen : Hogrefe – Verlag fur psychologie, 1994.
  19. Grencavage L.M., Norcross J. C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? // *Professional Psychology : Research and Practice*. – 1990, Vol 21(5), Oct. – PP. 372-378.
  20. Hárđi L., Kroo A. Psychotherapy and psychosocial care of torture survivor refugees in Hungary: "a never-ending journey"/ Lila Hárđi, A. Kroo // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. — Vol. 21(2) : PP. 84 - 97 — January, 2011. – PP. 85 – 89
  21. Herman J. *Trauma and recovery : the aftermath of violence from domestic abuse to political terror* / Judith Herman. – New York : Basic Books, 1992.
  22. Hoskins M., Pearce J., Bethell A., Dankova L., Barbui C., Tol W.A., et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder : systematic review and meta-analysis // *Psychiatry*. – 2015. – Feb 1;206(2). – PP. 93–100.
  23. Krystal H. *Massive psychic trauma* / H. Krystal. – New York : International Universities Press, 1968.
  24. Lambert M. J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavior change* / Garfield AEB& SL, editor. – New York : Wiley, 1994. – PP. 143–89.

25. Lambert M. J., Ogles B. M. Common factors : Post hoc explanation or empirically based therapy approach? // *Psychotherapy*. – 2014, Vol.51(4). – PP. 500–4.
26. Laska K. M., Gurman A. S., Wampold B. E. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy : A common factors perspective // *Psychotherapy* . – 2014, Vol. 51(4). – PP. 467– 81.
27. Laveta V., Orieny P. Efficacy of rehabilitation and treatment approaches : Group counseling torture treatment model for low-resource settings // *IRCT 10th International Scientific Symposium – Delivering on the promise of the right to rehabilitation*. – Mexico City, 5-7 December 2016.
28. Loneragan C., Steel Z., Touze D. , Harris E., Ceollo M., Susljik I., et al. Torture, Mental Health Status and the Outcomes of Refugee Applications among Recently Arrived Asylum Seekers in Australia // *International Journal of Migration, Health and Social Care*. – 2006. – PP. 4–14.
29. Mitchell J. T., Everly G. S. *Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services*. – Third Edition. – Ellicott City, MD : Chevron, 2001.
30. Murray L. K., Dorsey S., Haroz E., Lee C., Alsiary M. M., Haydary A., et al. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries // *Cogn. Behavioral Practice*. – 2014, May. – Vol. 21(2). – PP. 111–23.
31. Niederland W. G. Clinical observations on the “survivor syndrome”: symposium on psychic traumatization through social catastrophe // *International Journal of Psychoanalysis*. – 1968, Vol.49. – PP. 313-5.
32. Norcross J.C. *Integrative psychotherapy* / J. Norcross. – Oxford, 2016. – PP. 390-394
33. Norcross J.C., Karpiak C. P., Lister K.M. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists // *Journal of clinical psychology*. – 2005, 12/1 . – V.61, issue 12. – PP. 1587-1594
34. O'Mara S, O'Mara S. Torturing the brain : on the folk psychology and folk neurobiology motivating “enhanced and coercive interrogation techniques” // *Trends Cogn. Science*. – 2009, Vol.13(12). – PP. 497–500.
35. Papadopoulos R.K. Refugees, home and trauma // In: Papadopoulos R.K., ed *Therapeutic care for refugees. No place like home*. — Tavistock Clinic Series. — London: Karnac, 2002.
36. Patel N., Williams A. C. , Kellezi B. Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors : Conceptual , methodological and ethicalIssues // *Torture Journal*. – 2016. – Vol. 26(1). – PP. 2–16.
37. Pérez-Sales P. *Psychological Torture : definition, evaluation and measurement*. – London-New York: Routledge, 2016.

38. Pérez-Sales P. Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research / Pau Pérez-Sales // *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture.* – 2016, V. 27(1). — PP. 1-12.
39. Polanski R. *The pianist.* Germany: Studio Babelsberg, 2002.
40. Potocky M., Guskovict K.L. Enhancing empathy among humanitarian workers through Project MIRACLE : Development and initial validation of the Helpful Responses to Refugees Questionnaire // *Torture Journal.* – 2016, Vol.26(3). – PP. 46–60.
41. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. // *American Journal Orthopsychiatry.* – 1936, Vol. 6(3). – PP. 412–5.
42. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework // *Journal Nerv. Ment. Dis.* – 1999, Vol.187. – PP. 200–7.
43. Somnier F. E, Vesti P., Kastrup M. et al. Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence // Basuglu M., ed. *Torture and its consequences. Current treatment approaches.*
44. Somnier F. E., Genefke I. K. Psychotherapy for victims of torture // *British Journal of Psychiatry.* – 1986, Vol.149. – PP. 323-9.
45. Stein D., Zungu-Dirwayi N., van der Linden G., Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). // *Cochrane Database of Systematic Reviews / Stein D., editor.* – Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd. – 2000.
46. *Torture CV of Restoring Hope and Dignity : Manual for Group Counseling Center for Victims of Torture.* Minnesota; 2016.
47. Turner S., Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture – a descriptive model // *British Journal of Psychiatry.* – 1990, Vol.157. – PP. 475–80.
48. United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. – G.A. – Vol. 39/46. – annex, 39 U.N. GAOR Supp. (No. 51) at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984), entered into force June 26, 1987.
49. Vesti P., Somnier F.E., Kastrup M. *Psychotherapy with torture survivors. A report of practice from RCT.* Copenhagen : RCT, 1992.
50. Virág T. „Mély kútba tekinték ...”. Budapest : Animula Egyesület – Magyar Pszichiátriai Társaság, 2001.
51. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K., Ahn H. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies : Empirically, “All Must Have Prizes” // *Bruce. Psychological Bull.* – 1997, Vol.122(3). – PP. 203–15.
52. Weiss W.M., Ugueto A.M., Mahmooth Z., Murray L.K., Hall B.J., Nadison M., et al. *Mental health interventions and priorities for research for adult survivors*

of torture and systematic violence : a review of the literature // Torture Journal.  
– 2016, Vol.26(1). – PP.17–45.

**Lazos G. P. Psychotherapy of torture survivor: an overview of the modern research and psychotherapeutic models.** The article examines torture as a phenomenon of human cruelty, describes the psychological consequences that are caused by it and discusses the need to distinguish mental states after torture into a separate diagnostic category. The article also presents the results of the modern researches on the effectiveness of psychotherapy in working with torture survivors. Attention is drawn to the importance of common effective factors in constructing a model of psychotherapeutic or psycho-rehabilitation work. Examples of effective models of work with such a group of victims are given.

*Key words:* torture, survivor, diagnostics, psychotherapy, research, psychotherapeutic approach, general effective factors, model of psychotherapy.

### **Відомості про автора**

Лазос Гелена Петрівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології і психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Lazos Gelena, PhD, senior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

*Lazos.gelena@yahoo.com*

### **РЕФЕРАТ**

*Лазос Г. П.*

#### **Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей.**

Особи, звільнені з полону та особи, які зазнали катувань (тортур) є однією з найскладніших категорій постраждалих з погляду надання психотерапевтичної допомоги і найменш дослідженою у вітчизняній науці.

Створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися не тільки на основі наукових даних (психотерапевтичних, нейробіологічних тощо), а й з урахуванням соціокультурної специфіки тієї спільноти, де відбувається реабілітація і психотерапія постраждалих. Саме це є певним викликом і важливим завданням для вітчизняних науковців та практиків у цій галузі.

Метою огляду є ознайомлення сучасної спільноти фахівців у галузі психічного здоров'я із сучасними ефективними методами та технологіями психотерапії в роботі з постраждалими від тортур; із завданнями і перспективами сучасних досліджень в галузі психотерапії травми.

Тортири небезпечно втручаються в найбільш приватні та інтимні сфери людини і мають складні психологічні та психічні наслідки на особистість. Зазнаючи тортур, людина перетворюється на жертву, що загалом призводить до втрати відчуття її внутрішньої цілісності, інтимності та приватності. Такий досвід призводить до психічних метаморфоз та колапсу, у парі з відчуттям дезорієнтації ідентичності та деперсоналізації, а також страху втрати самої своєї сутності, душі або духу.

У спеціалізованій науковій літературі має місце дискусія щодо діагностичних відмінностей між наслідками тортур та іншими формами екстремальних психотравм. Деякі дослідники робили спробу виокремити «синдром тортур», комплексний ПТСР, DESNOS у якості окремої діагностичної категорії захворювань. Проте, впорядкувати різні симптоми у змістовний та ефективний кластер, а також надати докази каузальних зв'язків між тортурами та їхніми наслідками виявилось досить проблематичним.

Аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для постраждалих від тортур свідчить про перевагу *загальних дієвих факторів* психотерапії над техніками та окремими методами психотерапії. Наразі актуальними залишається створення інтегративних протоколів лікування, які б ураховували соціокультурну специфіку постраждалих та їх особливості. Це дає змогу розглядати психотерапію постраждалих від тортур як частину мультимодальної інтервенції. Також, на думку багатьох сучасних

науковців, для інтеграції в психотерапевтичні дослідження постраждалих із наслідками катувань підходу з урахуванням загальних факторів психотерапії, важливо визначити критерії ефективності і терапевтичних умов, а не тільки шукати універсальні методи психотерапії.

Водночас реабілітаційні моделі та терапевтичні методи Центру жертв тортур (Угорщина) є прикладом ефективної роботи з постраждалими від тортур і можуть стати в нагоді вітчизняним науковцям і психотерапевтам у прикладному аспекті. Однак важливо наголосити, що створення психотерапевтичних моделей для надання допомоги різним категоріям постраждалих має відбуватися з урахуванням соціокультурної специфіки.

*Ключові слова:* тортури, постраждалі, діагностика, психотерапія, дослідження, психотерапевтичний підхід, загальні дієві фактори, модель психотерапії.