

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6  
Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

з навчальної дисципліни «**Кризова психологія**»  
обов'язкових компонент освітньої програми другого  
(магістерського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема №4: Посттравматичні стресові розлади**

**Харків 20223**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.23 №7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету  
Протокол від 25.08.23 р. №7

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол від 15.08.2022 №8.

**Розробник:**

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук,  
доцент Жданова І.В.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А.

**План лекції:**

1. Гострий стресовий розлад.
2. Поняття, діагностичні критерії та фактори ризику ПТСР.
3. Теоретичні моделі ПТСР.

**Рекомендована література:****Основна:**

1. Кризова психологія: Навчальний посібник. За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, 2020. 401 с.
2. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. К., 2012. 275 с.

**Допоміжна:**

1. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. URL: [www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi.../cgiirbis\\_64.exe?](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi.../cgiirbis_64.exe?)
2. Луппо С. Стратегії подолання психічної травми. *Соціальна психологія*. 2014. № 5 (7). С.25-35.
3. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації. Миколаїв: Іліон, 2016. 224 с.
4. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. – Львів : Вид-во Українського католицького університету : Свічадо, 2014. 120 с.
5. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
6. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілашук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

**Текст лекції.****Питання 1. Гострий стресовий розлад.****Стадії розвитку симптомів психічної травми:**

1. Вплив травмуючої події.
2. Гостра реакція на стрес – моментально і до декількох годин.
3. *Гострий стресовий розлад – до 30 днів.*
4. Посттравматичний стресовий розлад – більше 30 днів та далі: гострий та хронічний ПТСР; відстрочений ПТСР – симптоми з'являються через 6 місяців і більше.

**Гострий стресовий розлад – до 30 днів.**

*Людина потребує спеціалізованої допомоги.*

З'являються деякі симптоми стресового розладу.

**Мета:** зниження впливу травматичної події на якість життя.

**Протокол TID** - Trauma Incident Desensibilisation – три етапи.

*Перший етап.* Оцінка ризиків травматизації та необхідної психологічної допомоги за допомогою протоколу TRIM (Trauma Risk Incident Management). Проводиться шляхом бесіди, інтерв'ю (розповіді людини про ТС).

Дає можливість виявити людей, які потенційно здатні впоратися з наслідками ТС *самостійно або потребують професійної допомоги*.

**Метод TRIM** виник у збройних силах Великобританії з метою запобігти виникненню психологічних розладів, пов'язаних із травматичною ситуацією (травматичним стресом).

Ця модель спирається на навички активного та структурованого слухання, яке передбачає наявність у спеціаліста навичок уважного та зосередженого спостереження у роботі з людьми, які стали учасниками чи свідками травматичної події.

**Watchful waiting** – активний моніторинг стану людей протягом першого місяця після травматичного інциденту.

**Кому адресований TRIM:**

1. Безпосереднім учасникам події
2. Рятувальникам та фахівцям допомагаючих професій
3. Співробітникам диспетчерських служб
4. Near Miss (той, хто “ЧУДОМ” уникнув ТС)
5. Особам з подібним досвідом
6. Випадковим свідкам

**Протокол TRIM.**

Оцінюємо:

- 0 балів – фактор відсутній;
- 1 бал – ми припускаємо наявність данного фактору, але явно клієнт про нього не каже.
- 2 бали – клієнт каже про даний фактор.

**Ризик розвитку гострого стресового розладу у людини зростає, якщо вона:**

- раніше переживала травматичну ситуацію;
- була свідком або знала про подію, що травмує;
- були інші розлади психічного здоров'я;
- вік молодший 40 років;
- у жінок ризик вищий, ніж у чоловіків.

**Питання 2. Поняття, діагностичні критерії та фактори ризику ПТСР.**

Після аналізу численних спостережень і досліджень ветеранів війни у В'єтнамі посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) було включено у DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorder - класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1994 р в США введена нова, четверта редакція - DSM-IV. До недавнього часу діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів існував тільки у США. Однак у 1995 р цей розлад і його діагностичні критерії з DSM були введені і в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10 (F43.1), основного діагностичного стандарту в європейських країнах, включаючи Україну.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** - це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

**ПТСР** є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережив загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування у травматичній ситуації, а можуть виникнути через багато років - в цьому особлива каверзність посттравматичного стресового розладу. Описані випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР проявилися через сорок років після закінчення військових дій (Ромек і ін., 2004).

Відповідно до особливостей прояву і перебігу розрізняють *три підвиди посттравматичних стресових розладів*:

1. Гострий, розвивається у терміни до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, яке розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);
2. Хронічний, що виникає у термін після трьох місяців;
3. Відстрочений, коли розлад виникає через шість і більше місяців після травматизації.

В даний час ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією - посттравматичними особистісними розладами (або РТРД - posttraumatic personality disorder), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається протягом усього подальшого життя людини, яка пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити незгладимий відбиток в душі людини і привести до патологічної трансформації всієї її особистості.

**Діагностичні критерії ПТСР в класифікації психічних і поведінкових розладів**

Критерії ПТСР в МКХ-10 визначені у такий спосіб:

**А.** Хворий повинен зазнати дію стресової події або ситуації (як короткої, так і тривалої) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума.

- початок розладів після латентного періоду, наступного за травмою (від декількох тижнів до 6 місяців, але іноді і пізніше);

**В.** Стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах, або повторюваних переживаннях горя при впливі ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресором. (спалах спогадів - «flashbacks»).

(Це так звані симптоми «повторного переживання»).

**С.** Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором.

(У літературі ці симптоми відносять до групи симптомів «уникнення»).

**Д.** Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія, або часткова, або повна, щодо важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з наступних:

- a. утруднення засипання або збереження сну;
- b. дратівливість або вибухи гніву;
- c. труднощі концентрації уваги;
- d. підвищення рівня неспання;
- e. посилений рефлекс четверохолмія.

(У літературі ці симптоми відносять до групи симптомів «загальної психічної збудливості / загальмованості»).

**Е.** Критерії Б, В і С виникають протягом шести місяців після дії стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.

***Психодіагностичні методики, які використовуються для постановки діагнозу ПТСР:***

1. Структуроване клініко-діагностичне інтерв'ю (СКІД);
2. Клінічна діагностична шкала (CAPS)
3. Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події;
4. Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу;
5. Опитувальник Бека для оцінки рівня депресії;
6. Опитувальник оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (CSL-90-R)\$
7. Індекс ПТСР реакцій для дітей / підлітків (DSM – 5) та інші.

**Фактори ризику ПТСР:**

- інтенсивність психотравмуючої ситуації;
- передуючі травматичні події,
- проблеми з психічним здоров'ям;
- наявність близьких родичів, які страждають психічними розладами,
- хронічний стрес;
- залежна поведінка;
- наявність психотравми в анамнезі;

- слабкі навички подолання;
- недостатність соціальної підтримки;
- підлітковий вік,
- похилий вік,
- наявність соматичного захворювання.

Досить часто індивіди з ПТСР переживають **вторинну травматизацію**, яка виникає, як правило, в результаті негативних реакцій інших людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються люди, які перенесли травму. Негативні реакції проявляються у: а) запереченні самого факту травми, б) запереченні зв'язку між травмою і стражданнями індивіда, в) звинуваченні і навіть ганьбі жертв, г) відмові у наданні допомоги.

В інших випадках вторинна травматизація може виникати в результаті: д) гіперопіки постраждалих, навколо яких оточуючі створюють «травматичну мембрану», яка відгороджує їх від зовнішнього світу, виводячи з-під впливу стресорів повсякденного життя.

### **Питання 3. Теоретичні моделі ПТСР.**

В даний час не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію та механізми виникнення і розвитку ПТСР. Існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виділити: психодинамічний, когнітивний, психосоціальний і психобіологічний підходи і розроблену в останні роки мультифакторну теорію ПТСР.

Психодинамічні, когнітивні і психосоціальні моделі відносяться до психологічних моделей. Вони були розроблені в ході аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя. Дослідження показали, що існує тісний зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, способами подолання посттравматичного стресу (усунення та всіляке уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти до групи взаємодопомоги і т. д.) і успішністю подальшої адаптації. Було встановлено, що *найбільш ефективними є дві стратегії*: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію в цілях її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми; 2) усвідомлення носієм травматичного досвіду значення травматичної події.

Перша з цих стратегій була використана при розробці **психодинамічних моделей**, що описують процес розвитку ПТС-синдрому і виходу з нього як пошук оптимального співвідношення між патологічною фіксацією на травмуючій ситуації і її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадок про травму, її витіснення зі свідомості («інкапсуляція травми»), безумовно, є найбільш адекватною опановуючою стратегією для гострого періоду, яка допомагає подолати наслідки раптової травми. При розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу

людини, перетворення травмуючої ситуації в значущу частину буття суб'єкта.

Згідно психодинамічного підходу травма призводить до порушення процесу символізації. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцисичний конфлікт. Він вводить поняття стимульного бар'єру. Внаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на самого суб'єкта. Фіксація на травмі - це спроба її контролю. У сучасній класичній психодинамічній моделі в якості наслідків травматизації розглядаються: регрес до оральної стадії розвитку, зсув лібідо з об'єкта на «Я», ремобілізація садомазохистських інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизація «Я», ідентифікація з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Над-Я », деструктивні зміни Я-ідеалу. Вважається, що травма - це критичний механізм, що актуалізує дитячі конфлікти.

На думку провідних науковців, дана модель не пояснює всю симптоматику травматичного реагування, наприклад, постійний відіграш травми. Крім того, в досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, що не є важливою у розвитку неадаптивної відповіді на стрес, а класична психоаналітична терапія для лікування даного розладу є неефективною.

Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР (когнітивна оцінка та переоцінка травмуючого досвіду) відображений у **когнітивних психотерапевтичних моделях**. Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка травмуючої ситуації є основним фактором адаптації після травми. Вона буде найбільшою мірою сприяти подоланню її наслідків, якщо причина травми у свідомості її жертви з ПТСР, придбає екстернальний характер і буде лежати поза особистісних особливостей людини (широко відомий принцип: не «я поганий», а «я зробив поганий вчинок»).

У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається і підвищується віра в реальність буття, в існуючу раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю над ситуацією. Головне завдання при цьому - відновлення у свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих, так як саме ці оцінки найбільшою мірою спотворюються у жертв травматичного стресу, які страждають ПТСР (Калмикова, Падун, 2002).

У рамках когнітивної моделі травматичні події - це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Патологічна реакція на стрес - неадаптивна відповідь на знецінення цих базових уявлень. Ці уявлення формуються в ході онтогенезу, пов'язані із задоволенням потреби в безпеці і складають Я-концепцію особистості. У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-концепції. Хоча колапс Я-концепції - це неадаптивний наслідок стресового впливу, він сам по собі може бути адаптивним, бо надає можливість для більш ефективної реорганізації Я-системи.

Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, уваги, дисоціацію, постійний відіграш травми. Причина неадаптивного подолання травми лежить в негнучкості, некорегованості когнітивних схем людини. Дана модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез і симптоматику розладів, бо враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий чинники.

В рамках *психофізіологічної моделі* відповідь на травму - результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментом. Згідно з сучасними даними (Kolb, Van der Kolk), при стресовому впливі зростає обіг норадреналіну, що призводить до зростання рівня плазматичного катехоламіну, до зниження в головному мозку рівня норадреналіну, допаміну, серотоніну, до зростання рівня ацетилхоліну, виникненню болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендogenousними коливаннями. Зниження рівня норадреналіну і падіння рівня допаміну в мозку корелюють із станом психічного заціпеніння. Це стан, на думку багатьох авторів, є центральним у синдромі відповіді на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендogenousними перепадами, може призводити до виникнення опіюдної залежності і пошуків ситуацій, схожих на травматичну. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, яка пригнічує продовження поведінки, що призводить до генералізації умовної реакції на пов'язані з первісним стресором стимули. Придушення функціонування гіпокампу може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід. Недолік цих моделей в тому, що більшість досліджень було проведено на тваринах або у лабораторних умовах. Вони також не враховують залежності психофізіологічної відповіді від когнітивного опосередкування, яке було показано ще в дослідженнях Лазаруса.

*Інформаційна модель*, розроблена Горовіцем, є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної та психофізіологічної моделей. Стрес - це маса внутрішньої і зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами. Відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкорюючись принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі, але, відповідно до тенденції до завершення, з часом травматична інформація стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим, травма більше не зберігається в активному стані. Біологічний фактор, так само як і психологічний, є включеним в цю динаміку. Феномен реагування такого роду - це нормальна реакція на шокуючу інформацію. Ненормальні гранично інтенсивні реакції, які не є адаптивними, блокують опрацювання інформації і вбудовування її в когнітивні схеми індивіда.

Однак, дана модель є недостатньо диференційованою, внаслідок чого не дозволяє враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах.

Нарешті, значення соціальних умов, зокрема фактору соціальної підтримки оточуючих для успішного подолання ПТСР, відображено у моделях, що одержали назву психосоціальних.

Згідно з *психосоціальним підходом*, модель реагування на травму є багатофакторною, і необхідно врахувати вагу кожного фактору у розвитку реакції на стрес. В основі її лежить модель Горовиця, але автори і прихильники моделі підкреслюють також необхідність враховувати фактори навколишнього середовища: фактори соціальної підтримки, стигматизації, демографічний фактор, культурні особливості, додаткові стреси.

Ця модель має недоліки інформаційної моделі, але введення факторів навколишнього середовища дозволяє виявити індивідуальні відмінності.

Були виділені основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, наявність соціальної підтримки з боку суспільства і особливо групи близьких людей. Останній фактор є найбільш значущим.

Виділено наступні стресогенні ситуації, пов'язані із соціальним оточенням (на прикладі участі у військових діях): людина з досвідом війни не потрібна суспільству; війна і її учасники є непопулярними; відсутність взаєморозуміння між тими, хто був на війні, і тими, хто не був; суспільство формує комплекс провини у ветеранів. Зіткнення з цими, вже вторинними по відношенню до екстремального досвіду, отриманого на війні, стресорами досить часто призводило до погіршення стану ветеранів воєн (наприклад, в'єтнамської або афганіської).

Це свідчить про величезну роль соціальних факторів як у допомозі з подолання травматичних стресових станів, так і у формуванні ПТСР у разі, коли підтримка і розуміння оточуючих відсутні.

До недавнього часу в якості основної теоретичної концепції, що пояснює механізм виникнення ПТСР, виступала *«двофакторна теорія»*. В її основу в якості *першого чинника* був покладений класичний принцип умовно-рефлекторної обумовленості ПТСР (за І. П. Павловим). Основна роль у формуванні синдрому при цьому відводиться власне травмуючій події, яка виступає в якості інтенсивного безумовного стимулу, що викликає у людини безумовно-рефлекторну стресову реакцію. Тому, відповідно до цієї теорії, інші події чи обставини, самі по собі нейтральні, але будь-яким чином пов'язані з травматичним стимулом-подією, можуть послужити умовно-рефлекторними подразниками. Вони як би «пробуджують» первинну травму і викликають відповідну емоційну реакцію (страх, гнів) умовно-рефлекторному типу. *Другою складовою частиною двофакторної теорії* ПТСР стала теорія поведінкової, оперантної обумовленості розвитку синдрому. Відповідно до цієї концепції, якщо вплив подій, що мають схожість (явну або по асоціації) з основним травмуючим стимулом, веде до розвитку емоційного дистресу, то людина буде весь час прагнути до

уникнення такого впливу, що і лежить в основі психодинамічних моделей ПТСР.

Однак за допомогою двофакторної теорії важко зрозуміти природу ряду властивих тільки ПТСР симптомів, таких, як «постійне повернення до переживань, пов'язаних з травмуючою подією». Це і симптоми нав'язливих спогадів про пережите, сни і нічні кошмари на тему травми і, нарешті, флешбек-ефект. У цьому випадку практично неможливо встановити, які саме «умовні» стимули провокують прояв цих симптомів, настільки слабкою виявляється їх видима зв'язок з подією, що послужило причиною травми.

Для пояснення подібних проявів ПТСР була запропонована **теорія патологічних асоціативних емоційних мереж** (Pitman). Специфічна інформаційна структура в пам'яті, що забезпечує розвиток емоційних станів, - «мереж» - включає три компоненти:

- інформацію про зовнішні події, а також про умови їх появи;
- інформацію про реакцію на ці події, включаючи мовні компоненти, рухові акти, вісцеральні і соматичні реакції;
- інформацію про смислову оцінку стимулів і актів реагування.

Ця асоціативна мережа за певних умов починає працювати як єдине ціле, продукуючи емоційний ефект. В основі ж посттравматичного синдрому лежить формування аналогічно побудованих патологічних асоціативних структур. Було встановлено, що включення в схему елемента відтворення травмуючої ситуації в уяві веде до значимих відмінностей між здоровими і ветеранами в'єтнамської війни і з ПТСР. У останніх спостерігалася інтенсивна емоційна реакція в процесі переживання в уяві елементів свого бойового досвіду, а у здорових випробовуваних такої реакції не відзначалося.

Таким чином, за допомогою теорії асоціативних мереж був описаний механізм розвитку флешбек-феномену, однак такі симптоми ПТСР, як нав'язливі спогади і нічні кошмари піддавалися поясненню важко. Тому було висловлено припущення, що патологічні емоційні мережі ПТСР-синдрому повинні мати властивість мимовільної активації, механізм якої слід шукати в нейронних структурах мозку і біохімічних процесах відповідного рівня.

Для відповіді на питання, чому лише у частини людей, які зазнали травматизації, проявляються психологічні симптоми посттравматичного стресу, пропонується також **етіологічна мультифакторна концепція**, в якій робиться спроба пояснити, чому одні люди після переживання травматичного стресу починають страждати ПТСР, а інші - ні (Maercker). У цій концепції виділяються три групи факторів, поєднання яких призводить до виникнення ПТСР:

1. Фактори, пов'язані з травматичним подією: тяжкість травми, її неконтрольованість, несподіваність;
2. Захисні фактори: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізми опанування;

3. Фактори ризику: вік до моменту травматизації, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низькі інтелект і соціо-економічний рівень.