

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

**Факультет № 6
Кафедра соціології та психології**

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

**навчальної дисципліни «Психологічна допомога при гострій травмі та
ПТСР»**

**обов'язкових компонент освітньої програми
другого (магістерського) рівня вищої освіти**

053 Психологія (практична психологія)

Тема. Особливості реагування на травматичну стресову подію

Харків 2022

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол № 8 від 30.08.2022

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол № 8 від 26.08.2022

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол №8 від 29.08.2022

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол № 7 від 17.08.2022

Розробники:

Доцент кафедри соціології та психології, канд. психол.наук, доцент Чепіга
Л.П.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри практичної психології педагогічного факультету ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет», канд. психол. наук, доцент. Сиволяс Н.В.
2. Професор кафедри педагогіки і психології факультету № 3 Харківського національного університету внутрішніх справ, канд. психол. наук, доцент Харченко С.В.

ЛЕКЦІЯ ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НА ТРАВМАТИЧНУ СТРЕСОВУ ПОДІЮ.

Виділяють чотири типи реагування на травматичну подію [2]:

- без ознак порушення адаптації;
- непатологічна психічна адаптація — гостра стресова реакція;
- патологічна психічна дезадаптація;
- адаптаційні розлади.

Реагування на травматичну подію без ознак порушення адаптації.

Коли відбувається подія, небезпечна для життя людини, яка її переживає, організм готується до інтенсивного реагування (боротьби, втечі тощо). Якусь мить триває стан шоку: відключаються лімбічна і кортикальна системи мозку, функціонує лише його найдавніша стволова частина, активізується парасимпатична нервова система. Виділяються гормони, необхідні для швидкого і сильного реагування на ситуацію — адреналін, норадреналін, кортизон. Виділяються і знеболюючі речовини, що притупляє, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла, — така реакція зменшує страждання, оберігає від больового шоку.

Наступний етап — збудження: активізуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, та симпатична нервова система. Впродовж певного часу (від 3 до 8 годин) людина без шкоди для власного здоров'я (без сну, їжі і води) може переносити такі навантаження, які не змогла б перенести в стані звичайного функціонування.

Коли небезпека минає, починається етап розрядки, що характеризується, зокрема, неконтрольованим тремтінням тіла (воно може тривати кілька годин), так організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події чи через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупинити не можна, оскільки розрядка не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м'язах, можуть початися

психосоматичні розлади шлунковокишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо.

Наступний етап — втома. У цей період включається неокортекс та системи соціального й емоційного контролю. Людина може відчувати пригнічення, бажання плакати. Якщо сльози стримувати, то емоційної розрядки не відбувається, і внутрішнє напруження може нашкодити фізичному і психічному здоров'ю. Якщо ж потерпілому вдається поплакати і розділити з кимось горе, то настає полегшення і починається вихід із травми, повернення до звичайного життя. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення нового досвіду: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо це необхідно, змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки [7]

Гостра реакція на стрес.

У багатьох із тих, хто переживає емоційну травму, одразу після травматичної події виникають короточасні симптоми та проблеми, гостра стресова реакція, що втихає впродовж кількох днів чи тижнів. Такий перебіг травми є нормальною реакцією нормальної людини на ненормальну ситуацію.

Гострий розлад [6] триває не менше, ніж два дні — але не довше ніж чотири тижні.

Протягом місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнятися від ПТСР, за винятком того, що під час травми або зразу після неї може розвинутишя шоківий стан. Він характеризується уповільненням психічної і моторної активності. Поряд із цим спостерігаються стани відчуження; розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи — як нереальні, «неживі»; змінюється сприйняття звуків, інакшими стають голоси людей; з'являється і відчуття зміни відстані між навколишніми предметами.

Найчастіше на екстремальну подію люди реагують психомоторним збудженням, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами.

Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що зв'язано з порушенням короткочасної пам'яті.

Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, слабomodульованим. Часто повторюються однакові фрази, мовлення може бути монологічним, судження поверховими. В такому стані важко залишатися в одному положенні: люди то лежать, то встають, то безцільно рухаються.

Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду.

Коли реальна загроза зникає, настає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмівної ситуації (від 15 до 30 днів). В цьому стані, як правило, не скаржаться і не звертаються за допомогою. У людей спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, прискорюється пульс, піднімається артеріальний тиск, дихання стає частішим без фізичного навантаження.

Патологічна психічна дезадаптація.

При патологічних варіантах реакції на травматичну стресову подію у людини може розвинути «психогенний ступор» [4]— енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухомою (в стані «заціпеніння» чи колапсу) або її реагування на зовнішні подразники (шум, світло, дотики) уповільнене: зіниці в'яло реагують на світло, дихання повільне, безшумне, неглибоке.

Іншим варіантом психопатологічної реакції може бути «реактивний психоз» [4], що характеризується обманами сприйняття, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто

безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки), ненормально голосним мовленням або підвищеною мовною активністю (мовлення без зупинки, іноді абсолютно безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази). Окрім зазначених вище станів, у людини можуть розвинути галюцинації, маячня, а також реакції страху [1].

Галюцинації — сприйняття (зорове, слухове, чуттєве) неіснуючих об'єктів, що переживаються особистістю як реальні. Це особливий різновид мимовільних спогадів про травмівні події, коли пам'ять така яскрава, що актуальні події здаються не такими реальними, як спогади. У цьому стані людина поводить ся так, ніби вона знову переживає колишню подію; вона діє, думає і відчуває так, як тоді, коли доводилося рятувати своє життя. Маячня — сукупність різних уявлень, суджень, ідей людини, що не відповідають дійсності (проте вона переконана у своїй правоті), і які викликають тривогу, відчуття небезпеки. Реакції страху — побоювання, переляк, жах, паніка — можуть бути наслідком переживання травматичної події чи очікування повтору подібної ситуації і спричиняють втечу, заціпеніння, агресивну поведінку.

Адаптаційні розлади та їх чинники. Більшість із тих, хто пережив емоційну травму, пристосовується до нових умов свого життя, а короткочасні неприємні симптоми зникають. Однак, у деяких людей симптоми залишаються, і їх стан може навіть погіршитися. Симптоматика у таких випадках включає у різноманітних поєднаннях неспокій, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку.