

**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 ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

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 ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Стрес, травматичний стрес і посттравматичний стресовий розлад

Надзвичайні (екстремальні) ситуації характеризуються, перш за все, зверхсильним впливом на психіку людини, що викликає у неї травматичний стрес. Психологічні наслідки травматичного стресу в крайньому своєму прояві виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), який виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані з серйозною загрозою для життя чи здоров'я.

Інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою існуванню людини, буває настільки велика, що особистісні особливості або попередні невротичні стани вже не грають вирішальної ролі в генезі ПТСР. Звичайно, їх наявність може сприяти розвитку, відобразитися в перебігу або клінічній картині ПТСР, проте останній може розвинутися в катастрофічних обставин практично у кожної людини навіть при повній відсутності явної особистісної схильності. Слід підкреслити, що, по-перше, ПТСР - це один з можливих психологічних наслідків переживання травматичного стресу і, по-друге, дані численних досліджень говорять про те, що ПТСР виникає приблизно у 20% осіб, які пережили ситуації травматичного стресу (при відсутності фізичної травми, поранення). Люди, які страждають ПТСР, можуть звертатися до лікарів різного профілю, оскільки його прояви, як правило, супроводжуються як іншими психічними розладами (депресія, алкоголізм, наркоманія та ін.), так і психосоматичними порушеннями. У психологічній картині ПТСР специфіка травматичного стресора (військові дії або насильство тощо) безумовно, враховується, хоча загальні закономірності виникнення і розвитку ПТСР не залежать від того, які конкретні травматичні події послужили причиною психологічних і психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє

життя, жах і відчуття безпорадності. Важливими характеристиками важкого психотравмуючого фактору є несподіваність, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість впливу, а також повторюваність протягом життя [40].

Згідно клінічної типології та класифікації посттравматичного стресового розладу (ПТСР), в цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих та екс-військовополонених після короткочасного або тривалого екстремального впливу.

В рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів: 1) надмірне збудження (включаючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною); 2) періодичні приступи депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпенілість, відчай, відчуття безвиході); 3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервові тремтіння) (Horowitz et al., 1980). Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне «почуття провини, що залишився в живих»), флешбек-синдром (спогади про «нестерпних» події, які насильно вторгаються в свідомість), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність і імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, безладність сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрілості), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя в вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (набута інвалідність з усвідомленою вигодою від належних пільг і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції). Ці стани мають певну динаміку, зокрема - посттравматична симптоматика з віком може не тільки не слабшати, а ставати все більш

вираженою.

В даний час термін ПТСР все частіше використовується стосовно наслідків катастроф мирного часу, таких, як природні (кліматичні, сейсмічні), екологічні та техногенні катаклізми; пожежі; терористичні дії; присутність при насильницькій смерті інших у випадку розбійного нападу; нещасні випадки, в т.ч. при транспортних і виробничих аваріях; сексуальне насильство; маніфестування загрожують життю захворювань; сімейні драми.

Середні показники частоти ПТСР в умовах воєнного часу (15-30%) не збігаються із загальними даними про поширеність ПТСР після важкого стресу в мирний час (0,5- 1,2%), але для деяких груп виявляються цілком можна порівнюваними: високі показники поширеності ПТСР відзначаються у жертв злочинів (15-50%) [40].

Дослідження в області посттравматичного стресу розвивалися незалежно від досліджень стресу, і до теперішнього часу ці дві області мають мало спільного. Центральними положеннями в концепції стресу, запропонованій в 1936 р. Гансом Сельє [34], є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для реакції на стресор. Всі дії на організм він поділив на специфічні і стереотипні неспецифічні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. Цей синдром у своєму розвитку проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності; і 3) стадію виснаження. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження необоротно і веде до старіння і загибелі організму.

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» - тобто афективні переживання, які супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію при впливі екстремальних і факторів [2]. В результаті активуються функціональні

вегетативні системи та їх специфічне ендокринне забезпечення, яке регулює поведінкові реакції. Відповідно до сучасних уявлень емоційний стрес можна визначити як феномен, який виникає при порівнянні вимог, що пред'являються до особистості, з її здатністю впоратися з цією вимогою. У разі нестачі у людини стратегій подолання стресової ситуації (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який вкупі з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця реакція є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися з ситуацією виявляються неефективними, стрес триває і може привести до появи патологічних реакцій і органічних ушкоджень.

При деяких обставинах замість мобілізації організму на подолання труднощів стрес може стати причиною серйозних розладів. При неодноразовому повторенні або при довгій тривалості афективних реакцій в зв'язку з тривалими життєвими труднощами емоційне збудження може прийняти застійну стабільну форму. У цих випадках навіть при нормалізації ситуації застійне емоційне збудження не слабшає, а навпаки, постійно активізує центральні утворення нервової вегетативної системи, а через них розладнює діяльність внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі виявляються слабкі ланки, то вони стають основними в формуванні захворювання. Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, зміни системи згортання крові, розладу імунної системи [40].

Стресори зазвичай діляться на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока і низька температура тощо) і психологічні (небезпека, загроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження тощо). Останні, в свою чергу, поділяються на емоційні та

інформаційні.

Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, відповідно до існуючих концепцій, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання. В якості стресора в таких випадках виступають травматичні події - екстремальні кризові ситуації, що призводять до потужних негативних наслідків, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події корінним чином порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини. Були виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес [33]:

1. Подія, яка відбулася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею трапилося і завдяки чому у неї погіршився психологічний стан;
2. Цей стан зумовлено зовнішніми причинами;
3. Пережите руйнує звичний спосіб життя;
4. Подія, яка відбулася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або здійснити.

Травматичний стрес - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Коло явищ, які викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької

людини, загроза фізичному здоров'ю або образу Я.

Психологічна реакція на травму включає в себе три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес.

Перша фаза - фаза психологічного шоку - містить два основних компоненти:

1. Пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності;

2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки).
У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза - вплив - характеризується вираженими емоційними реакціями на подію і її наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення - емоції, що відрізняються безпосередністю прояву і крайньою інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються реакцією критики або сумніву в собі. Фаза протікає по типу «що було б, якби...» і супроводжується болючим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля і самобичуванням. Характерний приклад - описане в літературі почуття «провини того, хто вижив», що нерідко доходить до рівня глибокої депресії.

Вже згадана фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається або процес одужання (відреагування, прийняття реальності, адаптація до нових обставин), тобто третя фаза нормального реагування, або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстресового стану в хронічну форму.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають всі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, безпосередньо які пережили стрес, але і у членів їх сімей.

Результати численних досліджень показали, що стан, який розвивається

під дією травматичного стресу, не потрапляє ні в одну з наявних в клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час, на тлі загального благополуччя людини, і з часом погіршення стану стає все більш вираженим. Було описано безліч різноманітних симптомів такої зміни стану, проте довгий час не було чітких критеріїв його діагностики. Також не існувало єдиного терміна для його позначення. Тільки у 1980 році було накопичено і проаналізовано достатню для узагальнення кількість інформації, отриманої в ході експериментальних досліджень.

1.2. Діагностичні критерії ПТСР

Як уже згадувалося, після аналізу численних спостережень і досліджень ветеранів війни у В'єтнамі посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) було включено в 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 (DSM-IV, 1994). До недавнього часу діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів існував тільки в США. Однак в 1995 р. цей розлад і його діагностичні критерії з DSM були введені і в десятю редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах [21].

Згідно МКБ-10 слідом за травмуючими подіями, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як втрата близької людини, що відбулася в силу природних причин, важка хронічна хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт. До стресорів, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, відносяться ті події, які здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини: стихійні лиха, техногенні катастрофи, а також події, які є результатом

цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного будинку тощо).

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 пережила загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування в травматичної ситуації, а можуть виникнути через багато років - в цьому особливість посттравматичного стресового розладу. Описані випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР проявилися через сорок років після закінчення військових дій [33].

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

1. Гострий, розвивається в терміни до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, яке розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);
2. Хронічний, що має тривалість більше 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 РТПД - *posttraumatic personality disorder*), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається протягом усього подальшого життя людини, яка пережила масовану психотравму. Безумовно, така травма здатна залишити незгладимий відбиток в душі людини і привести до патологічної трансформації всієї її особистості.

Критерії ПТСР в МКБ-10 визначені в такий спосіб:

А. Хворий повинен зазнавати впливу стресової події або ситуації (як стислого, так і тривалого) виключно загрозливого або катастрофічного

характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума.

Б. Стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах, або повторне переживання горя при впливі ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресором.

В. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення або прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються з стресором.

Г. Будь-яке з двох:

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

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

- а) труднощі засипання або збереження сну;
- б) дратівливість або вибухи гніву;
- в) труднощі концентрації уваги;
- г) підвищення рівня неспання.

За рідкісними винятками, відповідність критеріям б, в і г настає в межах шести місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії.

У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»), симптом уникнення і симптом фізіологічної гіперактивації.

Діагностика хронічної зміни особистості після переживання екстремальної ситуації в МКБ-10 передбачає відповідність стану наступним критеріям [28]:

1) анамнестичні відомості про появу виражених і стійких змін в сприйнятті, мисленні і ставленні індивідуума до себе та оточуючих після перенесеної ним екстремальної ситуації;

2) зміни особистості носять виражений характер, супроводжуючись ригідною і неадекватною поведінкою, що виявляється щонайменше в двох з наступних симптомів: а) стійке вороже або недовірливе ставлення до навколишнього при відсутності такої установки до потрапляння в екстремальну ситуацію; б) соціальна ізоляція (уникнення контакту з людьми, крім небагатьох рідних, які живуть разом), не обумовлена певним психічним, в т. ч. афективним розладом; в) стійке відчуття внутрішньої порожнечі і / або безнадійності (що не обмежується окресленим епізодом афективного розладу і була відсутня до екстремальної ситуації), яке може бути викликане підвищеною залежністю від інших, нездатністю виразити негативні або агресивні емоції і стійким депресивним афектом без вказівки на наявність депресивного розладу перед екстремальною ситуацією; г) стійке відчуття нервозності або безпричинної загрози, що виявляється в підвищеній пильності і дратівливості при відсутності раніше таких рис; стан хронічного внутрішнього напруження і почуття загрози може поєднуватися зі схильністю до зловживання психоактивними речовинами; д) стійке відчуття власної зміненості або інакшості в порівнянні з іншими людьми (відчуження), це почуття може поєднуватися з відчуттям емоційної нечуттєвості;

3) зміни особистості мають наслідком виразне зниження соціального функціонування або суб'єктивне страждання і негативний вплив на близьких;

4) зміни особистості проявляються після екстремальної ситуації, в анамнезі відсутні дані про порушення розвитку, психопатичні риси чи акцентуації в дитячому, підлітковому і дорослому періоді, які могли б пояснити актуальний стан;

5) зміни особистості існують в протязі не менше двох років, вони не пов'язані з епізодами інших психічних захворювань (за винятком посттравматичного стресового розладу) і не можуть бути пояснені органічним ураженням мозку.

Даному хронічному стану може передувати посттравматичний

стресовий розлад, їх симптоми можуть перекривати один одного, представляючи собою перехід посттравматичного стресового розладу в хронічну форму. В цьому випадку діагноз хронічної зміни особистості може бути поставлений лише при відповідності стану наведеним вище критеріям протягом не менше двох років після існування посттравматичного стресового розладу не меншої тривалості.

Виділяють кілька типів ПТСР [6].

Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної і психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно забарвленому афективному фоні з переживанням, не рідше декількох разів на добу, мимовільних, з відтінком нав'язливості, уявлень, які відображають психотравматичну ситуацію. Характерне дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засипанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість і тривалість сну, страхом перед болісними сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, часто розправи з самими пацієнтами). Хворі часто навмисно відсувають наступ сну і засинають лише під ранок. Характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або приливами жару. Хворі самостійно звертаються по допомогу, і хоча домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравми, прагнуть до спілкування, будь-якої цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від активності.

Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням почуття млявості і слабкості. Фон настрою знижений, з'являється байдужість до подій в житті, які раніше були цікавими, байдужість до проблем сім'ї та робочих питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерно переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. Протягом тижня кілька разів мимоволі представляються епізоди психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, в

даних випадках уявлення позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості і визначаються хворими як «картини, які виникають в свідомості з відтінком нав'язливості». Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісної дрімотою, часом протягом усього дня. Унікаюча поведінка нехарактерна, хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самотійно звертаються за допомогою.

Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злоби і люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначають високий рівень агресивності, прагнення зігнати на оточуючих дратівливість і запальність. У свідомості домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, що лякає хворих і змушує зводити свої контакти з оточуючими до мінімуму. Найчастіше вони не здатні контролювати себе і на зауваження оточуючих дають бурхливі реакції, про які згодом шкодують. Поряд з цим мимоволі представляються епізоди психотравмуючих ситуацій сценічного характеру. Нерідкі сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення і дратівливості, поведінка відрізняється відгородженістю. Типові унікаюча поведінка, замкнутість, малословність. Активно скарг не пред'являють і потрапляють в поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, що реєструється близькими або товаришами по службі.

Соматоформний тип ПТСР характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів в області серця (54%), шлунково-кишкового тракту (36%) і голови (20%), ці розлади поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у даних хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє ці випадки позначити як відстрочений варіант ПТСР. Типове формування унікаючої поведінки на фоні панічних

атак, а симптоми емоційного заціпеніння і флешбеки зустрічаються досить рідко і не носять настільки важкого емоційного характеру. Депресивний афект представлений недиференційованою гіпотимією з виразними тривожно-фобічними включеннями. Ідеаторний компонент симптомокомплексу більше представлений іпохондричною фіксацією на неприємних тілесних відчуттях і пароксизмальних нападах з вираженою тривогою очікування їх виникнення, ніж симптомами гіперзбудження і переживанням психотравмуючої ситуації.

При діагностиці ПТСР першорядну роль відіграє виявлення травматичної події.

Травматичні ситуації - це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив, ситуації загрози, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль по подоланню наслідків впливу.

Вони можуть приймати форму незвичайних обставин або ряду подій, які наражають індивіда на екстремальний, інтенсивний, надзвичайний вплив загрози для життя або здоров'я як самого індивіда, так і його значущих близьких, і докорінно порушують почуття безпеки. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (тривалість цих подій від декількох хвилин до декількох годин), або тривалими чи регулярно повторюваними.

ТИПИ ТРАВМАТИЧНИХ СИТУАЦІЙ

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія.

Приклади: сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрільба.

1. Одиначна дія, що несе загрозу і вимагає переважаючих можливості індивіда механізмів подолання.

2. Ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання.

3. Несподівана, раптова подія.

4. Подія залишає незгладимий слід в психіці індивіда (індивід часто бачить сні, в яких присутні ті чи інші аспекти події), сліди в пам'яті носять

більш яскравий і конкретний характер, ніж спогади про події, що відносяться до типу 2.

5. Така подія з великим ступенем ймовірності призводить до виникнення типових симптомів ПТСР: до нав'язливої розумової діяльності, пов'язаної з подією, до симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності.

6. При такій події з великим ступенем ймовірності виявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду.

7. Швидке відновлення нормального функціонування рідко і малоймовірно.

Тип 2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора - серійна травматизація або пролонгована травматична подія.

Приклади: повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії.

1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, передбачуваність.

2. Більш ймовірно, що ситуація носить умисний характер.

3. Спочатку переживається як травма типу 1, але в міру того як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми.

4. Почуття безпорадності в запобіганні травми.

5. Для спогадів про такого роду подію характерна неясність і неоднорідність в силу дисоціативного процесу; згодом дисоціація може стати одним з основних способів подолання травматичної ситуації.

6. Результатом впливу травми типу 2 може стати зміна Я-концепції і образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки.

7. Висока ймовірність виникнення довгострокових проблем особистісного та інтерперсонального характеру, що проявляється в відстороненості від інших, в звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту.

8. Дисоціація, заперечення, «оніміння», відстороненість, зловживання алкоголем і іншими психоактивними речовинами як спроба захиститися від нестерпних переживань.

9. Така ситуація призводить до так званого комплексного ПТСР, або розладу, зумовленого впливом екстремального стресора.

Імовірність того, що стресор викличе розлад, залежить від його раптовості, непередбачуваності, тривалості, повторюваності і навмисності (тобто травма навмисно нанесена іншими людьми), від фізичної шкоди, якої він завдає жертві або її близьким, від того, наскільки він загрожує життю, сприяє ізоляції, вступає в конфлікт з уявленням про своє Я, фізично або психологічно принижує гідність чи завдає шкоди суспільству, до якого належить жертва, або його системі підтримки. Проте жоден зі стресорів не здатний викликати ПТСР у всіх людей поголовно, і навпаки, деякі, на перший погляд - помірно травматичні події (на кшталт втрати роботи, нещасного випадку, хвороби або розлучення) іноді можуть призвести до розвитку ПТСР. В даний час, наприклад, невідомо, як визначити травматичну здатність невеликого стресора, якщо він триває протягом декількох тижнів, і оцінити, чи буде вона іншою, якщо його вплив триває протягом декількох місяців або років. Точно так же сприйняття травматичності події дуже індивідуально і часом цілком залежить від якоїсь дрібної подробиці, до якої дана людина має ідіосинкразію. В даний час єдиним безперечним висновком, до якого приходять всі дослідники в цій області, є те, що в деяких випадках для розвитку симптомів ПТСР індивідуальне сприйняття стресора як травму чого фактора не менш важливе, ніж його «об'єктивна» стресогенність.

Не менш важливе значення для розвитку і перебігу ПТСР мають і посттравматичні чинники, але в даний час ця область досліджена набагато менше. У деяких випадках те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї навіть сильніше, ніж сама травма. Можна виділити фактори, які сприяють профілактиці розвитку ПТСР і пом'якшують його перебіг, до

таких належать: негайно розпочата терапія, що дає можливість активно ділитися своїми переживаннями; рання і довгострокова соціальна підтримка; відновлення почуття приналежності до суспільства (якщо воно було втрачено) і безпеки; участь в терапевтичній роботі з подібними жертвами травми; відсутність повторної травматизації; уникнення діяльності, яка перериває або порушує хід терапії (наприклад, тривалий участь у правових діях, які приховано заохочують роль хворого / жертви і знижують значимість терапії). [19]

1.3. 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 та 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 і всіляке уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість в роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти в групу взаємодопомоги тощо) та успішністю подальшої адаптації. Було встановлено, що найбільш ефективними є дві стратегії: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою 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 ПТСР-синдрому і виходу з нього як

пошук оптимального співвідношення між патологічної фіксацією на травмуючій ситуації та її повним витісненням з свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадок про травму, її витіснення зі свідомості («інкапсуляція травми»), безумовно, є найбільш адекватною у гострому періоді, допомагаючи 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. В сучасній класичній психодинамічній моделі в якості наслідків травматизації розглядаються: регрес до оральної стадії розвитку, зміщення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизація Я, ідентифікація з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Супер-Его», деструктивні зміни Я-ідеалу. Вважається, що травма - це критичний механізм, що актуалізує дитячі конфлікти [12].

Дана модель не пояснює всю симптоматику травматичного реагування, наприклад, постійний відіграш травми. Крім того, в досвіді будь-яку людину можна знайти дитячу травму, що не є, однак, визначальним в розвитку неадаптивної відповіді на стрес. Крім того, класична психоаналітична терапія для лікування даного розладу неефективна.

Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР - когнітивна оцінка і переоцінка травмуючого досвіду - відображений в когнітивних психотерапевтичних моделях. Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка травмуючої ситуації, будучи основним фактором адаптації після травми, буде найбільшою мірою сприяти подоланню її

наслідків, якщо причина травми в свідомості її жертви, яка страждає ПТСР, прийме 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 в можливість збереження власного контролю над ситуацією. Головне завдання при цьому - відновлення в 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 [12].

В 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-теорію. У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії. Хоча колапс Я-теорії - це неадаптивний наслідок стресового впливу, він сам по собі може бути адаптивним, оскільки надає можливість для більш ефективної реорганізації Я-системи. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, уникнення, дисоціацію, постійний відіграш травми. Причина неадаптивного подолання травми лежить в негнучкості, некоригуємості когнітивних схем. Дана модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез і симптоматику розладів, так як враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

Інформаційна модель, розроблена Горовицем (Horowitz, 1998), 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 в несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі, але, відповідно до тенденції до завершення, часом травматична інформація стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід інтегрований, травма більше не зберігається в активному стані. Біологічний фактор, так само як і психологічний, включений в цю динаміку. Феномен реагування такого роду - це нормальна реакція на шоковую інформацію. Ненормальні гранично інтенсивні реакції, які не є адаптивними, що блокують опрацювання інформації і вбудовування її в когнітивні схеми індивіда.

Дана модель недостатньо диференційована, внаслідок чого не дозволяє враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах.

Нарешті, значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих для успішного подолання ПТСР, відображено в моделях, які отримали назву психосоціальних.

Згідно психосоціальної підходу, модель реагування на травму є багатофакторною, і необхідно врахувати вагу кожного фактора у розвитку реакції на стрес. В основі її лежить модель Горовиця, але автори і прихильники моделі (Green, 1990; Wilson, 1993) підкреслюють також необхідність враховувати фактори навколишнього середовища: чинники 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. При цьому останній фактор є найбільш значущим.

Виділено наступні стресогенні ситуації, пов'язані з соціальним

оточенням: людина з досвідом війни не потрібна суспільству; війна і її учасники непопулярні; між тими, хто був на війні, і тими, хто не був, відсутнє взаєморозуміння; 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 в Афганістані). Це свідчить про величезну роль соціальних факторів як в допомозі з подолання травматичних стресових станів, так і в формуванні ПТСР в 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 (по І. П. Павлову). 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, згідно з цією теорією, інші події або обставини, самі по собі нейтральні, але якимось 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) по умовно-рефлекторному типу [40]. Другою складовою частиною теорії 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, власне, і лежить в основі психодинамічних моделей ПТСР.

Однак за допомогою двофакторної теорії було важко зрозуміти природу ряду властивих тільки ПТСР симптомів, таких, як «постійне повернення до переживань, пов'язаних з травмуючою подією». Це 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 видимий зв'язок з подією, яка послужила причиною травми.

Для пояснення подібних проявів ПТСР була запропонована теорія патологічних асоціативних емоційних мереж (Pitman, 1988). Специфічна інформаційна структура в пам'яті, що забезпечує розвиток емоційних станів, – «мережа» – 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 при певних умовах 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 значних відмінностей між здоровими і страждаючими від ПТСР ветеранами в'єтнамської війни. У останніх спостерігалася інтенсивна емоційна реакція в процесі переживання в уяві елементів свого бойового досвіду, а у здорових випробовуваних такої реакції немає.

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, 1998). У цій концепції виділяються три групи факторів, поєднання яких призводить до виникнення ПТСР:

1. Фактори, пов'язані з травматичною подією: тяжкість травми, її неконтрольованість, несподіваність;

2. Захисні фактори: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізми подолання; так, показано, що ті, хто має можливість говорити про травму, відрізняються кращим самопочуттям і рідше звертаються до лікарів (якого б то не було профілю);

3. Фактори ризику: вік до моменту травмування, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низькі інтелект і соціо-економічний рівень. [19]