

СЕКЦІЯ 6 ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

ОСОБЛИВОСТІ ПОЯВИ ТА ДІАГНОСТИКИ ГСР Й ПТСР, СПОСОБИ ЇХ ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

PECULIARITIES OF APPEARANCE AND DIAGNOSIS OF ASD AND PTSD, METHODS OF THEIR EFFECTIVE TREATMENT

Стаття присвячена дослідженню визначення діагностичних показників гострого стресового розладу (ГСР) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), причинам їх появи, способам ефективного психотерапевтичного втручання, особливостям вибудовування психотерапевтичного контакту з пацієнтами та можливостям конструювання обставин посттравматичного зростання. Зокрема, автори статті описали особливості проживання травми на індивідуальному та колективному рівнях, вказали на обставини її внутрішнього проживання. Виокремили показник гострого стресового розладу, які вперше були описані в DSM-4, а пізніше розширені у DSM-5. Також визначено умови появи та тривалість наявності діагностичних критеріїв ГСР. Описано діагностичні показники посттравматичного стресового розладу у DSM-5 та МКХ-11. Систематизовано симптоми ПТСР у три основні категорії: гіперзбудження, інтрузія, констрикція (Гіперзбудження – проявляється через відчуття постійної тривоги, лякливості, поганий сон, роздратування. Інтрузія – повторене переживання події, ніби вона відбувається зараз. Присутні флешбеки в стані сну та неспання. Постійна фіксація на травматичній події, любі дрібниці можуть нагадувати травматичні події та провокувати повторне проживання подій. Констрикція – заціпеніння. Події відбувається ніби з кимось іншим, відстороненість, емоційна байдужість, відсутнє відчуття власного тіла. Стан дисоціації, втрата відчуття часу, суб'єктивна відособленість, заціпеніння). У статті зазначено, що поряд з медикаментозною терапією психотерапія є одним з основних методів лікування ПТСР. Практичний досвід роботи фахівців із ментального здоров'я вказує на ефективність таких методів психотерапевтичного втручання: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), ЕМДР-терапія, групова терапія, сімейна терапія, арт-терапія, транскультурна позитивна психотерапія (ПГПТ).

Ключові слова: психологічна травма, гострий стресовий розлад,

посттравматичний стресовий розлад, діагностика ПТСР, констрикція, інтрузія, психотерапія ПТСР.

The article is devoted to research: determination of diagnostic indicators of acute stress disorder (ASD) and post-traumatic stress disorder (PTSD), reasons for their appearance, methods of effective psychotherapeutic intervention, features of building psychotherapeutic contact with patients and possibilities of constructing circumstances of post-traumatic growth. In particular, the authors of the article described the peculiarities of living with trauma at the individual and collective levels, pointed out the circumstances of its internal living. The indicator of acute stress disorder was singled out, which were first described in DSM-4, and later expanded in DSM-5. The conditions for the appearance and duration of the presence of diagnostic criteria for ASD are also determined. Diagnostic indicators of post-traumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11 are described. The symptoms of PTSD are systematized into three main categories: hyperarousal, intrusion, constriction (Hyperarousal is manifested by a feeling of constant anxiety, fearfulness, bad sleep, irritation. Intrusion is a repeated experience of an event as if it is happening now. Flashbacks are present in a state of sleep and wakefulness. Constant fixation at a traumatic event, small details can remind of traumatic events and provoke reliving of events. Constriction - numbness. Events are happening as if with someone else, detachment, emotional indifference, lack of feeling of one's own body. State of dissociation, loss of sense of time, subjective detachment, numbness). The article states that along with drug therapy, psychotherapy is one of the main methods of PTSD treatment. The practical experience of mental health specialists indicates the effectiveness of the following psychotherapeutic intervention methods: cognitive behavioral therapy (CBT), EMDR therapy, group therapy, family therapy, art therapy, transcultural positive psychotherapy (PPT).

Key words: psychological trauma, acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, PTSD diagnosis, constriction, intrusion, PTSD psychotherapy.

УДК 159.91

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.51.40>

Бригадир М.Б.

к.психол.н.,
доцент кафедри психології
та соціальної роботи
Західноукраїнський національний
університет

Бамбурак-Кречківська Н.М.

к.психол.н.,
доцент кафедри практичної психології
Комунальний заклад Львівської
обласної ради «Львівський обласний
інститут післядипломної педагогічної
освіти»

Актуальність теми дослідження. Сьогодні українське суспільство проживає не прості часи війни. Остання втрутилась у всі сфери життя та постає тінню і перешкодою у повноцінному проживанні обставин і ситуацій. Також кожен по-різному взаємодіє та вибудовує захисти, щоб зберегти у цілісно-

сті власну психіку. Наша нація неодноразово проходила випробування історичними травматичні події та щоразу знаходила можливості відновлення та самоцілення. Наслідки таких обставин ще недостатньо добре досліджені та вивчені нашими науковцями, проте з початком повномасштабного вторгнення значно активі-

зувались українські психологи та психотерапевти, активно ділились знаннями, досвідом з надання першої психологічної допомоги. На сьогодні можемо з впевненістю констатувати високий професіоналізм фахівців у цьому напрямку. Це підтверджує ефективно діюча мережа консультативних центрів не лише в межах України, а і за кордоном, де перебувають наші співгромадяни як біженці. Наступним викликом для сфери психічного здоров'я буде обставина присутності великої кількості осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) (воїни, які повернуться із війни; цивільні громадяни, які пережили окупацію, бомбардування, втрату майна; зґвалтовані жінки). Саме така ситуація обумовлює актуальність висвітлення та дослідження тематики діагностики, попередження та психотерапії клієнтських випадків із ознаками ПТСР.

Мета статті – дослідити особливості проживання травматичних подій, які пов'язані з війною, описати та систематизувати діагностичні показники гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу, виокремити ефективні психотерапевтичні інтервенції при діагностуванні ГСР та ПТСР.

Виклад основного матеріалу дослідження. Пережита травматична подія спонукає внутрішній конфлікт між двома протилежними тенденціями: забути те, що трапилось, або ж розповісти про пережите. Проте часто в силу різних причин, соціокультурних норм, традицій, особистісних характеристик – людина обирає шлях замовчування, огортає таємницею події, які з нею відбулись. Тим самим даючи змогу травмі переростати у симптом, який на особистісному рівні проявляється дисоціативними епізодами. Така розривність ментального стану може замаскувати істинність проблеми, а тому слід чітко виокремлювати діагностичні показники, які дають змогу ідентифікувати наявність травматичного досвіду.

Як зазначає Дж. Герман, травматизацію діагностуємо за такими ознаками: заперечення, витіснення, дисоціація [2]. Дослідження науковців вказують про такі особливості переживання травматизації як на індивідуальному, так і на колективному рівнях.

На колективному рівні така ситуація потребує переосмислення того, що відбулось, дослідження причин події та прийняття травми як історії, яку мають пам'ятати і розуміти, щоб в майбутньому упередити такі ситуації. Водночас повернення до звичного життя відбувається за певною схемою: відновлення безпеки, реконструкція травматичних подій, відновлення зв'язків між постраждалими та оточенням.

При дослідженні травми ми зустрічаємось водночас із людською уразливістю та потуж-

ним внутрішнім потенціалом. Той, хто спричинює травму, дуже часто зацікавлений у тому, щоб про ці події не згадували, заперечує існування таких обставин і всіляко звинувачує постраждалих у тому, що трапилось – тим самим дискредитує жертву, приписуючи їй фантазування, додумування, примушуючи сумніватись у травматичності пережитого. При цьому визначальну роль відіграє соціальне оточення, яке будучи небезпечним для жертви травматичної ситуації лише ускладнить перебіг внутрішньо-психологічних процесів і затримає процеси зцілення. Ми це можемо зараз спостерігати на рівні світової спільноти та чути про їхню втому від війни, нерозуміння про стан, в якому перебуває населення на територіях, що бомбардуються, або ж того, яке не зазнає часто таких ситуацій. Війна, яка зараз відбувається, не є традиційним протистоянням, про котре можемо читати в історичних джерелах. Ворог обрав тактику терору мирного населення, нехтуючи звичаями війни. А відтак, незалежно від того, на якій території мешкають люди (активних бойових дій чи це тил), вони зазнають різних видів травм.

Психологічна травма – це страждання безсилля. Саме безпорадність нищить системи безпеки (відчуття контролю, зв'язку, сенсу). Ознакою психологічної травми є відчуття «інтенсивного страху, безпорадності, втрати контролю та загрози знищення» [5]. Реакція на небезпеку є комплексною, включається розум і тіло [1], вона переростає у травму тоді, коли стає безрезультативною, система самозахисту ламається, «бий-біжи-замри» при цьому не дає змоги захиститись. Окремо починають «жити» емоційні реакції, пам'ять, свідомість і не відповідає реальним подіям, які проживаються тут і тепер.

Якщо ж симптоматика переживання стресу зберігається більше 4 тижнів, за таких обставин діагностується гострий стресовий розлад.

Гострий стресовий розлад (ГСР) був вперше описаний у 1994 році в діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-IV) як новий діагноз [6]. Причиною додавання цього діагнозу були спроби попередження розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів з гострою травмою [7].

У DSM-5 визначаються такі критерії гострого стресового розладу (ГСР):

- 1) перебування під впливом травматичної події (фізично, сексуально або психічно);
- 2) наявність більше восьми з наведених нижче симптомів (згрупованих у п'ять категорій).

1. Симптоми нав'язливих спогадів:

– Сумні спогади про травматичну подію повторюються. Діти можуть повторювати ігри на теми, що імітують основну подію.

– Наявність повторюваних снів, пов'язаних із травматичною подією. У дітей це може бути у формі нічних жахів.

– Розігрування повторення травматичної події (спогади).

– Інтенсивний або тривалий психічний або фізіологічний дистрес у відповідь на події або теми, що нагадують пацієнту про фактичну травматичну подію.

2. Негативний настрій:

– Нездатність бути щасливим, почуватися успішним або відчувати любов.

3. Дисоціативні симптоми:

– Мати відчуття відстороненості від себе та емоцій.

– Дисоціативна амнезія (не пов'язана з інтоксикацією або черепно-мозковою травмою).

4. Симптоми уникнення:

– Уникнення думок, спогадів і почуттів щодо травматичної події.

– Уникнення зовнішніх нагадувань про травматичну подію (таких як люди та місця).

5. Симптоми збудження:

– Проблеми зі сном (наприклад, труднощі з ініціюванням і підтримкою якісного сну).

– Напади дратівливості та люті з мінімальною провокацією або без неї.

– Висока і ненормальна уважність до оточення.

– Відволікання.

– Незвичайно сильна рефлекторна реакція на раптову подію в оточенні [8; 12].

Подолання ГСР включає як медикаментозне лікування, так і психотерапію.

Якщо симптоматика зберігається впродовж 4 тижнів, або з'являється через роки після події, то діагностується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ці симптоми спричиняють значні проблеми в соціальних чи робочих ситуаціях та стосунках. Вони також можуть заважати здатності виконувати звичайні щоденні завдання.

Симптоми посттравматичного стресового розладу зазвичай поділяють на чотири типи: нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни в мисленні та настрої, а також зміни у фізичних та емоційних реакціях. Симптоми можуть змінюватися з часом або характеризуватись індивідуальністю прояву.

Симптоми нав'язливих спогадів можуть включати:

– Повторювані, небажані тривожні спогади про травматичну подію.

– Повторне переживання травматичної події, ніби вона повторюється (флешбеки).

– Сумні сни або кошмари про травматичні події.

– Сильний емоційний стрес або фізична реакція на те, що нагадує про травматичну подію.

Симптоми уникнення можуть включати:

– Намагання уникати думок або розмов про травматичну подію.

– Уникання місць або людей, які нагадують про травматичну подію.

Симптоми негативних змін у мисленні та настрої можуть включати:

– Негативні думки про себе, інших людей або світ.

– Безнадія щодо майбутнього.

– Проблеми з пам'яттю, включаючи не запам'ятовування важливих аспектів травматичної події.

– Складнощі в підтримці близьких стосунків.

– Почуття відірваності від родини та друзів.

– Відсутність інтересу до занять, які колись подобалися.

– Труднощі з переживанням позитивних емоцій.

– Почуття емоційного заціпеніння.

Симптоми змін у фізичних та емоційних реакціях (так звані симптоми збудження) можуть включати:

– Лякливість.

– Завжди на сторожі небезпеки.

– Саморуйнівна поведінка, наприклад, надмірне вживання алкоголю, вживання психоактивних речовин або занадто швидке водіння.

– Проблеми зі сном

– Проблеми з концентрацією.

– Дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка.

– Неперевершене почуття провини або сорому [3].

Симптоми ПТСР можуть змінюватися за інтенсивністю з часом.

Найважча форма наслідків травматизації – посттравматичний розлад особистості, оскільки проблема такого спектру є за змістом психіатричною, ми не будемо розглядати її в межах даної публікації.

У DSM-5 ПТСР перенесено з групи тривожних розладів до нової групи під назвою Розлади, пов'язані з травмою та стресом. Серед діагностичних критеріїв включено 20 симптомів, розділених на чотири групи: симптоми вторгнення, постійне уникнення подразників, негативні зміни в когнітивних здібностях і настрої, а також зміни в підвищеній настороженості та реактивності [4].

У 11-й версії Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу включають шість симптомів, які поділяються на три основні категорії: повторне переживання, уникнення травматичних спогадів і відчуття триваючої загрози, які виражаються надмірною пильністю [10].

Дж. Герман симптоми ПТСР розподіляють на три основні категорії: гіперзбудження, інтру-

зія, констрикція [2, с. 66]. Гіперзбудження – проявляється через відчуття постійної тривоги, лякливості, поганий сон, роздратування. Так як відбувається хронічна стимуляція симпатичної нервової системи, що спричинює тривалі та значні психофізіологічні зміни. При ПТСР можемо діагностувати ознаки генералізованої тривоги та специфічних страхів [11].

Інтрузія – повторене переживання події, ніби вона відбувається зараз. Присутні флешбеки в стані сну та неспання. Постійна фіксація на травматичній події, любі дрібниці можуть нагадувати травматичні події та провокувати повторне проживання подій. Але таким спогадам бракує словесного опису, проте вони добре забарвлені емоціями, Р. Ліфтон це описує як крайній жах [9]. Дуже часто це схоже на спогади маленьких дітей [14].

Риси травматичної пам'яті обумовлені функціонуванням центральної нервової системи. Численні дослідження вказують на те, що тривале переживання травматичних подій спричинює якісні зміни в структурі головного мозку, які призводять до функціональних змін в нервовій системі [13]. Постраждали лякаються повторного переживання травматичних подій, все, що з ними відбувається під час інтрузії звучує, їхню свідомість, відгороджує від спілкування та взаємодії з іншими людьми, негативно відображається на якості життя.

Констрикція – заціпеніння. Події відбувається ніби з кимось іншим, відстороненість, емоційна байдужість, відсутнє відчуття власного тіла. Стан дисоціації, втрата відчуття часу, суб'єктивна відособленість, заціпеніння. Констрикцію Р. Дж. Ліфтон порівнює із паралічом розуму [9]. Так може з'явитись посттравматична амнезія, яка спонукатиме до зловживання психоактивними речовинами, бо саме вони пролонговують дисоціативний стан.

Завдяки констрикції – травматична подія тримається за межами нормальної свідомості. Як зауважують дослідники, інтрузія та констрикція виникають по чергово (це одна із ознак ПТСР) [15]. Вибудовується пастки крайнощів, які не дають змогу здобути стабільність. Інтрузія проявляється в перші дні, або тижні, через 3–6 місяців вона послаблюється, але загострюються психосоматичні симптоми. Із зменшенням інтрузії починає проявлятися заціпеніння, або констрикції.

У травмованих людей спостерігається: втрата соціальних зв'язків, проблеми із самістю, втрати частини себе, поява відчуття провини (що вижив та ін.). Саме в цих випадках варто звернутись до аспектів базової довіри (значимі люди (мама), віра у Бога), сенсу існування. Травмовані люди часто коливаються поміж ізоляцією та тривожним «чіплянням» за інших людей [2, с. 102].

Для зцілення постраждалих важлива реакція громади/спільноти на подію. Визнання ситуації травматичної, як тої, що завдала шкоди та наполягання на відшкодуванні постраждалими. Саме в таких аспектах відображається рівень підтримки громадою/спільнотою постраждалих осіб, а для останніх це забезпечує відчуття порядку та справедливості. Якщо громада/спільнота визнає травматичність подій (створює меморіали, пам'ятники, оприлюднює інформацію про покарання злочинців), то травмованим особам набагато легше зцілитись, це своєрідне переживання травми є необхідним елементом на шляху до одужання як самої жертви, так і суспільства загалом.

Психотерапія є одним з основних методів лікування ГСР та ПТСР. Практичний досвід роботи фахівців із ментального здоров'я вказує на ефективність таких методів психотерапевтичного втручання:

1. Когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) – цей підхід фокусується на зміні шкідливих думок, переконань і поведінки, пов'язаних з ГСР та ПТСР. Важливо навчити пацієнтів упізнавати і змінювати деструктивні думки та практикувати здорові стратегії поведінки.

2. ЕМДР-терапія – десенсибілізація та опрацювання травми рухами очей. Такі терапевтичні втручання дають змогу зменшити інтенсивність емоційного відгуку травматичних подій та спогадів.

3. Групова терапія – дає змогу пацієнтам з ГСР та ПТСР зустрічатися з іншими, які теж пережили подібні травматичні події. Це може сприяти розумінню, що вони не самотні в своїх переживаннях, і сприяти подоланню посттравматичних симптомів.

4. Сімейна терапія – дає змогу залучити потенціал сімейних відносин до зцілення, змінює схеми родинних відносин, гармонізує міжособистісні стосунки в сім'ї.

5. Арт-терапія – екологічний спосіб надання психологічної допомоги і підтримки, який потужно активізує несвідомі, інтуїтивні процеси, через мистецтво, музику, написання або інші форми творчості легко вивільняються емоції та почуття, знижується стрес і покращується самопочуття.

6. Транскультурна позитивна психотерапія, будучи підходом психодинамічного спрямування та інтегруючи в собі засади гуманістичної та екзистенційної психотерапії, відкриває широкий спектр роботи із пацієнтами, які страждають на ГСР та ПТСР, при цьому охоплюючи перспективу їхнього майбутнього життєвого простору через ресурс і можливість посттравматичного зростання.

Також для зцілення від ГСР та ПТСР може призначатись медикаментозна терапія. Але останнє є прерогативою фахівців психіатричного напрямку. Тому діагностування та ліку-

вання ГСР й ПТСР має здійснюватись психіатром разом з психологом (психотерапевтом).

Висновки та перспективи подальших розвідок. Різноманітність психотерапевтичних підходів до ГСР та ПТСР дає змогу обрати оптимальний метод зцілення, який буде відповідати індивідуальним особливостям кожного окремого пацієнта. Варто зауважити, що лікування можливе лише через добрі стосунки між психотерапевтом та пацієнтом, в яких по-новому доведеться навчати: вибудовувати контакт, довіряти, вмінню зберігати кордони, взаємодіяти. Щонайперше має відбутись відновлення контролю та відповідальності у пацієнта за своє власне життя та вміння розпоряджатись ним.

Важливими тут є терапевтичні стосунки, їх мета – відновлення пацієнта. При цьому терапевт стає союзником, який надає всі свої знання, вміння та досвід пацієнту, завжди має бути присутня домовленість про використання влади (коли включається перенос пацієнта на терапевта як на значиму фігуру, важливо, щоб терапевт не експлуатував цю владу та не зловживав нею). Також слід поважати автономію пацієнта та бути нейтральним. Щодо до останньої обставини, то коли питання стосується морального контексту з приводу травматичних обставин, позиція терапевта має бути однозначною щодо того, що відбувається злочин – бути солідарним з жертвою, навіть якщо вона не все правильно робить.

Терапевтичний альянс є результатом роботи терапевта і клієнта, яка ґрунтується на добровільності, дієвості, включеності, взаємності. Ефективністю психотерапевтичної роботи є посттравматичне зростання пацієнта – присутність позитивних змін у його житті, валідування цінностей, особистісний розвиток.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бригадир М. Особливості надання кризової психологічної допомоги. *Transformational processes of the social and humanitarian sphere of modern Ukraine in the conditions of war. Challenges, problems and prospects.* Ružomberok : VERBUM – vydavateľstvo K., 2023. С. 61–78.
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім'ї

до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.

3. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. Львів, 2014. 112 с.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.* American Psychiatric Association, Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Andreasen, N.C. Posttraumatic stress disorder. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. H.I. Kaplan & B.J. Sadock, Eds. New York : Williams and Wilkins, 1985. P. 918–924.
6. Bryant R. A., Friedman M. J., Spiegel D., Ursano R., Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011. P. 802–817.
7. Bryant R. A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2018. Vol. 20(12). P. 111.
8. Cardeña E., Carlson E. Acute stress disorder revisited. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011. 7:245-67.
9. Lifton R. J. The concept of the survivor. *Survivors, Victims, and Perpetrators Essays on the Nazi Holocaust*. Ed. by Joel E. Dimsdale. Washington, DC: Hemisphere, 1980. P. 113–126.
10. Maercker A., Brewin CR., Bryant RA., et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. P. 198–206.
11. Orr SP, Metzger LJ, Miller MW, Kaloupek DG. Psychophysiological assessment of PTSD. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practicioners*. 2. Guilford Publications; New York: 2004. P. 289–343.
12. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12(2). P. 92–98.
13. Terr L. What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988. Vol. 27. P. 96–104.
14. Van der Kolk, B. A. The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress*. 1988. Vol. 1(3). P. 273–290.
15. War Stress and Neurotic illness. By Abram Kardiner, M.D. with the Collaboration of Herbert Spiegel, M.D. Second Edition of The Traumatic Neuroses of War. New York: Paul B. Hoeber, Inc., 1947. 428 p.