

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ЯК КОМПЛЕКСУ РЕАКЦІЙ ЛЮДИНИ НА ТРАВМІВНУ СИТУАЦІЮ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AS A COMPLEX OF HUMAN REACTIONS TO A TRAUMATIC SITUATION

У статті висвітлено актуальні питання посттравматичного стресового розладу, подано літературні дані щодо поширеності посттравматичного стресового розладу. Показано етапи діагностики розладу в історичному аспекті. Проаналізовано наявні проблеми діагностики з етіологічного чинника, який виявив, що посттравматичний стресовий розлад розвивається у відповідь на вплив важких стресів різного характеру. Однак, незважаючи на давність вивчення цієї проблеми, з багатьох питань ще немає єдиної думки. Наголошено, що недостатньо вивчені проблеми розладу, пов'язані з індивідуальною травмою, фізичним і сексуальним насильством у сім'ях, хронічного та соціально-психологічного характеру. Стаття містить аналіз наукової літератури з проблеми посттравматичного стресового розладу, що виникає внаслідок психотравматичних ситуацій. Установлено характеристики травми, що здатна викликати травматичний стрес, етапи психологічної реакції на травму. Також виділено фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, психологічні механізми виникнення ПТСР, основні стадії, групи симптомів і наслідки для особистості. В основі лежить тяжка психічна травма, особливості характеру, біологічна схильність, вік постраждалих, а також наявність особистісних розладів і серйозних психічних порушень в анамнезі. У нашій країні останніми роками активно розвивається концепція соціально-стресових розладів, які формуються в людей, котрі пережили саме життєнебезпечні ситуації, макросоціальні загальногрупові психогенії. Тяжкість посттравматичного стресового розладу значно варіюється: у разі легкої форми зберігається здатність до хорошого функціонування і професійній сфері й у сфері міжособистісних відносин; у найважчих випадках пацієнт зовсім не здатний нормально функціонувати; його стан виглядає як хронічний психічний розлад. Іноді такі люди отримують хибний діагноз «шизофренія».

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, поширеність, етіологія.

The article is presented on topical issues of post-traumatic stress disorder. Literature data on the prevalence of post-traumatic stress disorder were included in the range of issues covered. The stages of diagnosis of the disorder in the historical aspect are shown. An analysis of the existing problems of diagnosis based on the etiological factor was carried out, which showed that post-traumatic stress disorder develops in response to the impact of severe stresses of various nature. However, despite the age of studying this problem, there is still no consensus on many issues. It is emphasized that the problems of disorder related to individual trauma, physical and sexual violence in families, chronic and socio-psychological nature are insufficiently studied. The article contains an analysis of scientific literature on the problem of post-traumatic stress disorder, which arises as a result of psychotraumatic situations. The characteristics of the trauma, which can cause traumatic stress, the stages of the psychological reaction to the trauma have been established. Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder, psychological mechanisms of PTSD, main stages, groups of symptoms and consequences for the individual are also highlighted. It is based on severe mental trauma, character traits, biological predisposition, the age of the victims, as well as the presence of personality disorders and serious mental disorders in the anamnesis. In recent years, in our country, the concept of social stress disorders, which are formed in people who have experienced life-threatening situations, as well as macrosocial group-wide psychogenies, has been actively developing. The severity of PTSD varies greatly. With a mild form, the ability to function well in the professional sphere and in the sphere of interpersonal relations is preserved. In the most severe cases, the patient is completely unable to function normally; his condition appears to be a chronic mental disorder. Sometimes such people receive a false diagnosis of "schizophrenia".

Key words: post-traumatic stress disorder, prevalence, etiology.

УДК 616.891.6-092:616-001
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.7>

Митрофанова І.О.

студентка VI курсу 665 МЗ групи кафедри психології
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Миропольцева Н.І.

к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Виклад основного матеріалу. Проблема посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) на етапі розвитку медичної науки дедалі більше привертає увагу дослідників як за кордоном, так і в нашій країні. Незважаючи на те що у світовій практиці накопичено великий дослідницький матеріал із цієї патології, у вітчизняній психіатрії нозологічна категорія «посттравматичний стресовий розлад» з'явилася тільки в 1999 році.

ПТСР спостерігається в людей різного віку, але найчастіше в молодих. Цей розлад може спостерігатися також і в дітей [5, с. 156]. Так, є дані, що приблизно у 80% дітей, які отримали опіки, через 1–2 роки після травми розвивається ПТСР,

у дорослих – лише в 30%. Автори пояснюють це тим, що в маленьких дітей ще не розвинені механізми, які дають змогу впоратися з фізичними й емоційними ушкодженнями, що завдають травми. На думку цих авторів, те саме відбувається й із людьми похилого віку, коли механізми боротьби з психічною травмою стають ригідними, крім того, її вплив посилюється за наявності патології органічної природи. Деякі автори стверджують, що дорослі жінки переживають психічно травматичні ситуації болючіше порівняно з чоловіками. Водночас серед дітей хлопчики чутливіші до подібних стресорів, ніж дівчатка.

Розгляд психологічних особливостей ПТСР як комплексу реакцій людини на травмівну

ситуацію викликав зацікавленість науковців у різні часи. Значний внесок у дослідження ПТСР зробили такі вчені, як О. Кардінер, М. Горовець, Р. Дж. Ліфтон, Г. Крістал, Т. Кін, М. Дж. Фрідман, Н. Тарабріна, В. Волошин, О. Лазебна, Ю. Олександровський, О. Пушкарьов та ін. Як самостійний синдром, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом», запропонував виділити М. Горовіц. Діагностичні критерії ПТСР, які прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-Ш і DSM-Ш-R), а пізніше – для МКБ-10, розробила група авторів на чолі з М. Горовіцом.

Прийнято, що ПТСР розвивається у відповідь на важкий стрес. При цьому стрес може бути гострим чи хронічним. Розрізняють гостру реакцію стрес, тобто протягом першого місяця після перенесеної психічної травми. Прояви реагування на сильний стрес після кількох місяців, років і навіть десятки років розцінюються як хронічний ПТСР.

Розумінню актуальності досліджень цього розладу на сучасному етапі може сприяти аналіз результатів вивчення в історичному аспекті.

Спочатку ПТСР розглядали як специфічний військовий розлад. Так, із кінця 19 століття до другої половини 20 століття синдром, подібний до того, який нині називають ПТСР, описували в людей, які брали участь у бойових діях. Перше, на що звернено увагу й що описано в солдатів після важкого бою під час Громадянської війни в Америці наприкінці 19 століття, – це наявність вегетативних симптомів із боку серця в поєднанні з психічними проявами. Із цієї причини такий розлад називали «солдатське серце», «синдром зусилля», «психонейроз воєнного часу», «шок від снарядів», «військовий невроз», «фронтowa втома», «шок обстрілу», «утома битвою», синдром «тисячомільного погляду». До них зараховували випадки істерії та психастенії й уважали, що, якби людина не потрапила у військові умови, вона могла б благополучно прожити, не вважаючись хворою. До Першої світової війни різні психологічні відхилення, пов'язані з травмою або військовою обстановкою, пояснювали з моральної точки зору як прояви боягузтва та слабкої військової дисципліни.

Подальші численні дослідження, які тривають досі, проводять у напрямі впливу на розвиток розладу змісту події, причинного чинника стресу.

Подібну симптоматику, яка а описана в разі бойової психічної травми, виявили під час Другої світової війни у в'язнів нацистських концтраційних таборів – більше ніж у 75% випадків [4, с. 208]. Уже в той період такі розлади зараховували до кола невротичних і близьких до них.

Надалі вже через 5–10 років після закінчення Другої світової війни, у тих, хто воював, уперше виявлялися занепокоєння, сні з військовим

змістом, агресивність, знижений настрій, складність у міжособистісних відносинах.

Перелік травматичних подій, під впливом яких виявлялися ознаки психічних розладів, схожі на ПТСР, розширювався. Виявилось, що подібні симптоми можуть бути викликані психічними травмами не лише в разі участі в бойових діях, а й за інших подій. Описано аналогічну клінічну картину при подіях, що супроводжуються серйозною загрозою життю або фізичній інтеграції: у разі бандитського нападу, згвалтування, нападу терористів, загрози життю близьких, природних і пов'язаних із діяльністю людини катастроф – землетрусів, повеней, смерчів, ураганів, сході лавин, транспортних аварій [6, с. 247].

Наприкінці 90 років 19 століття виник інтерес до вивчення впливу психічних травм при хронічних стресах, зокрема, соціального характеру. Продовжували вивчення стану людей, котрі виявилися психічно травмованими подіями мирного часу. Зокрема, при пожежах, у біженців і вимушених переселенців, у заручників, звільнених через скорочення штатів і демобілізованих військовослужбовців, безробітних [3, с. 135].

Виділено низку істотних відмінностей психопатологічних розладів в екстремальних ситуаціях та у звичайних умовах. По-перше, в екстремальних умовах розлади виникають одночасно у великої кількості людей. По-друге, клінічна картина хвороби в разі масового впливу надзвичайної події не має суворо індивідуального характеру, а зводиться до однотипних проявів. По-третє, з припиненням катастрофи постраждалі змушені продовжувати боротьбу з її наслідками, щоб вижити самому та допомогти вижити своїм близьким людям [2; 3].

Таким чином, до кінця минулого століття накопичено значний матеріал, який, незважаючи на відмінності за змістом психічних травм, указував на наявність низки загальних симптомів. F. Kardiner (1959) склав список цих клінічних проявів [4, с. 257]. Констатовано, що клінічна картина не відповідає жодній із загальноприйнятих нозологічних форм. Із цієї причини М. Horowitz і співавт. (1980) запропонували виділити нову нозологічну форму під назвою «посттравматичний стресовий розлад». Надалі вони розробили критерії, які відображені в американській класифікації DSM-3 R і розглядали в рамках невротичних розладів – неврозу тривоги, транзиторні ситуаційні розлади [1, с. 89].

Сьогодні небезпідставно висловлено ідею про багатофакторність розвитку ПТСР.

Нечіткість критеріїв визначення характеру стресової події, що призводить до розвитку ПТСР, проявляється в тенденції або до розширення меж діагностики розладу, або, навпаки, до його звуження. З метою вирішення цієї

проблеми дослідники роблять спроби розробити класифікацію лих. Виділено катастрофи природні та викликані людиною. Розрізняють надзвичайні події, зумовлені людиною, навмисні й ненавмисні. До навмисних подій зараховують війну, терористичні акти. Травматичні події, викликані людиною, розрізняють від того, наскільки можна вжити захисні заходи. Природні катаклізми визначають так: а) передбачувані – урагани, повені; б) менш передбачувані – землетруси. Катастрофи, викликані діяльністю людини, що призводять до розвитку ПТСР, зараховують до антропогенних (пожежі, транспортні катастрофи) [2]. Визначають психічні травми як особисті (гвалтування, смерть близької людини) та загальні, масові – війна, катастрофа, терористичний акт. Психічно травмована подія може бути викликана природними силами чи нещасним випадком.

Ведеться дискусія, які стреси можуть призвести до розвитку ПТСР, а які ні. Уважається, деякі психічні травми завжди викликають ПТСР, наприклад, тортури. Інші, такі як дорожньо-транспортні пригоди, – лише в окремих випадках [5, с. 58]. На думку Pinkowish D. (2002), людина присутня в усіх лихах у вигляді ставлення до того, що відбувається, або у вигляді несприятливої соціальної ситуації. Про особливості людського фактору висловлювався ще Луцій Анней Сенек, римський правитель, а згодом письменник, який жив ще наприкінці I століття до н.е., який зазначив, що будинки, перш ніж звалитися, дають тріщину, дим попереджає про пожежу, загибель від руки людини раптова й чим ближче підступає, тим старанніше ховається [3, с. 419].

Сьогодні складність діагностики ПТСР зумовлена відсутністю не тільки класифікації подій і факторів, що призводять до розвитку ПТСР, а й термінологічними проблемами психогенного фактора. У зв'язку з цим серед дослідників виникає полеміка про обґрунтованість постановки діагнозу ПТСР за етіологічною ознакою.

Невизначеність і різноманітність понять включають визначення розладу як «стрес», «катастрофа», «надзвичайні ситуації», «екстремальні ситуації» тощо. Деякі автори позначають психічну травму подією. Інші вводять своє поняття стресу й визначають його як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих реакцій організму в разі дії на нього екстремальних факторів. Треті – події, що викликають стрес, позначають як надзвичайні ситуації, що значно розширює діапазон тих подій, у відповідь на які в людей можуть формуватися постстресові реакції.

Нині прийнято вважати, що ПТСР може викликати таку «подію», яка незвичайна для особистості, вона виходить за рамки звичайного людського переживання, має чітко

стресовий характер для будь-якої людини й супроводжується страхом, жахом, відчуттям безпорадності.

Критерії, які визначають діагностику ПТСР у нашій країні, запозичені з американської класифікації. Крім етіологічного фактору, вони включають ознаки, що не відповідають прийнятим у медицині принципам діагностики: симптом, синдром, хвороба. Критерії діагностики ПТСР в американській класифікації ґрунтуються на психологічних теоріях особистості. Це не відповідає професійній підготовці вітчизняних лікарів.

Низка авторів висловлює думку, що стрес через військові дії, тобто бойовий стрес, є специфічним. Це зумовлено пролонгованою дією психічної травми, комплексним впливом низки патогенних факторів, таких як біологічний страх, смерть, поранення, біль, інвалідність, психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю товаришів, необхідністю вбивати людей. Крім того, до специфічних факторів бойової обстановки автори зараховують дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, новизну того, що відбувається, а також немисливість негараздів і поневірянь, таких як відсутність повноцінного сну, дефіцит води, харчування, особливості клімату. Пропонується розлад, викликаний бойовою психічною травмою, зараховувати до окремої патології.

Єдина думка дослідників у тому, що ПТСР є психогенним розладом, тобто викликається стресом. Однак різноманітність психічно травмованих подій, що призводять до розвитку ПТСР, спонукає дослідників до пошуку специфічних маркерів. При цьому автори прагнуть опису особливостей переживань, безпосередньо пов'язаних із характером і змістом самої травми. Разом із тим гостро стоїть питання щодо розроблення клінічних критеріїв психічних проявів при ПТСР, оформлених синдромологічно. Крім того, з найбільшим інтересом вивчається розлад, спричинений подією з великою кількістю постраждалих, включаючи війни, терористичні акти, катастрофи. Недостатньо вивчено психічні травми індивідуального характеру, у тому числі мало вивчено вплив на людину хронічної психічної травми, що супроводжується хронічним психоемоційним напруженням. На наш погляд, такі травми є найпоширенішими. Найчастіше такі події пов'язані з психологічними стресами на роботі. Ці психічні травми зумовлені, як правило, фізичним, сексуальним насильством, побоями, інцестом, жорстоким поведінням, утратою своїх близьких, наявністю хронічних тяжких захворювань у себе чи родичів, важкими матеріальними проблемами. Такі стреси систематично повторюються роками, десятиліттями, мають хронічний, виснажливий характер. Причому одна частина людей

відчуває подібне насильство безпосередньо на собі як у дитячому, так і в дорослому періоді життя. Інша частина суб'єктів є свідками цих подій. Треті є насильниками, демонструючи власне неблагополуччя, оскільки вони, як правило, самі жертви насильства. Такого роду хронічні психічні травми можна визначити як соціально-психологічні. Вони вимагають пильної уваги з боку дослідників.

Результати досліджень, проведених в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України, свідчать про те, що в усіх осіб, які пережили тяжку психічну травму у вигляді насильства проти особи (замах на вбивство, завдання тяжких тілесних ушкоджень, зґвалтування, торгівля людьми тощо), виникали порушення психічного здоров'я або у вигляді повного варіанта ПТСР (56% обстежених), або його окремих ознак (44%). У жінок – жертв торгівлі людьми – ці показники були найвищими: у 60% – ПТСР, у 40% – окремі симптоми. У 19% ветеранів війни в Афганістані виявлено клінічний варіант ПТСР, окремі симптоми – у 25%. Відповідно, у 14% ліквідаторів аварії на ЧАЕС діагностувалося ПТСР, у 21% – окремі симптоми [6].

Відомо, що профілактична медична допомога є найбільш дієвим засобом запобігання негативному впливу тяжкої психічної травми на здоров'я людини. Одним із суттєвих факторів, що зумовлюють збільшення поширеності ПТСР, є практично повна відсутність спеціальних профілактичних програм.

Під первинною профілактикою ПТСР розуміється робота з населенням умовно здорових людей, у якому існує певна кількість осіб із групи ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією її дезадаптивних форм. Вторинна профілактика використовується у хворих з ПТСР з метою запобігання рецидивам захворювання та його хронізації, а також запобігання розвитку коморбідних розладів (депресії, хімічні залежності), формуванню хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи.

Побудова профілактичних програм має проводитися з урахуванням основних факторів та умов формування ПТСР: особливостей самої травматичної події, наявності негативних професійних факторів, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей.

Ідентифікація стрес-факторів є актуальною під час вирішення проблем організації медичної, психосоціальної та інших видів допомоги постраждалому населенню. Виділення «пускових» – найбільш патогенних – факторів, які

з більшою ймовірністю здатні викликати негативні психічні порушення, у тому числі розвиток ПТСР, визначає групу первинних стрес-факторів, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) насамперед. Ці заходи мають проводитися безпосередньо з початку подання допомоги постраждалому населенню.

Профілактика ПТСР в осіб, які пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході та включати медичні, психологічні й соціальні заходи. Основними напрямками профілактики ПТСР є такі: 1) розроблення та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних розладів жертв екстремальних подій; 2) подальший моніторинг стану здоров'я контингентів, що є групами підвищеного ризику.

Профілактичні заходи мають бути диференційованими залежно від груп населення, яким вони адресуються. Умовно можна виділити кілька груп:

- представники професій підвищеного ризику: працівники системи МНС (рятувальники, медичні працівники системи медицини катастроф, пожежні та ін.), працівники МВС, МО й інших силових структур, шахтарі;

- професійні групи, які в разі виникнення надзвичайної ситуації насамперед можуть бути залучені до ліквідації її наслідків (медпрацівники, працівники силових структур, військовослужбовці запасу);

- населення, що проживає в регіонах підвищеного ризику виникнення природних катаклізмів (повені, землетруси тощо);

- решта населення.

Для представників професій підвищеного ризику найбільш значущими профілактичними заходами є такі: ефективний професійний відбір; високий рівень професійної підготовки; заходи, ужиті для формування готовності до діяльності в екстремальних умовах; розвиток нервово-психічної стійкості в стресових ситуаціях; сучасне психопрофілактичне забезпечення професійної діяльності (спеціальні організаційні, психокорекційні та психотерапевтичні заходи); навчання навичок психопрофілактичної допомоги постраждалому населенню; навчання способів психогієни з метою зменшення ризику виникнення психічних розладів; обов'язкова медико-психологічна реабілітація після закінчення роботи в зоні ураження.

Важливим каналом профілактичної роботи з населенням є засоби інформації. У рамках відповідних програм і публікацій доцільно проводити інформування населення щодо впливу екстремальних подій на психіку людини, про особливості стосунків у сім'ї, у якій є пострадалий від тієї чи іншої катастрофи, про необхідність звернення за спеціалізованою допомогою до фахівців тощо. У загальнолюдському

плані універсальною профілактичною стратегією є формування соціальної компетентності людини й розвиток особистості загалом, у тому числі розвиток адекватних копінг-механізмів, фрустраційної толерантності та стресостійкості.

Через велику кількість подій, що травмують останні роки в усьому світі, можливо і навіть ймовірно, що кількість осіб, у яких буде діагностовано ПТСР, збільшиться протягом наступного десятиліття, і це може стати однією з найбільш значущих проблем охорони здоров'я нашого століття. Крім того, є серйозним фактом те, що ознаки ПТСР рідко зникають повністю. Відновлення здоров'я в разі ПТСР – тривалий і дорогий процес, що зумовлює необхідність розроблення нових парадигм і теоретичних моделей, поглиблення знань клінічних проявів, пошуку нових і досконалих підходів лікування.

Висновки з проведеного дослідження.

В основі посттравматичного стресу лежить переживання травми. Травми пов'язані з такими подіями, як війна, тероризм, біженство, а також пережитим насильством, таким як напад, викрадення, тортури, зґвалтування або інші форми сексуального насильства. Нещасні випадки або стихійні лиха, наприклад, повені, лавини, урагани або землетруси також можуть бути травмівними подіями.

Лікування людей із ПТСР включає медикаментозне лікування, психотерапію чи поєд-

нання обох методів. Усі люди неоднакові, і ПТСР впливає на них по-різному, тому лікування, яке допомагає одній людині, може не працювати для іншої. Нерідко людям доводиться пробувати різні методи лікування, щоб знайти те, що буде ефективно усувати їхні симптоми ПТСР.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Pitman R.K. PTSD. Conditioning and Network Theory. *Psychiatr. Ann.* 1998. P. 182–189.
2. Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ-Ніжин : Видавець ПП «Лисенко М.М.», 2022. 96 с.
3. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клін. посібник. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.
4. Музиченко І.В., Ткачук І.І. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.
5. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / за ред. П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Підкоритов та ін. Харків, 2002. 47 с
6. Приховані наслідки конфлікту: Проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб / за ред. Б. Робертс, Н. Махашвілі, Дж. Джавахішвілі ; International Alert. 2017. 32 с.
7. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.