

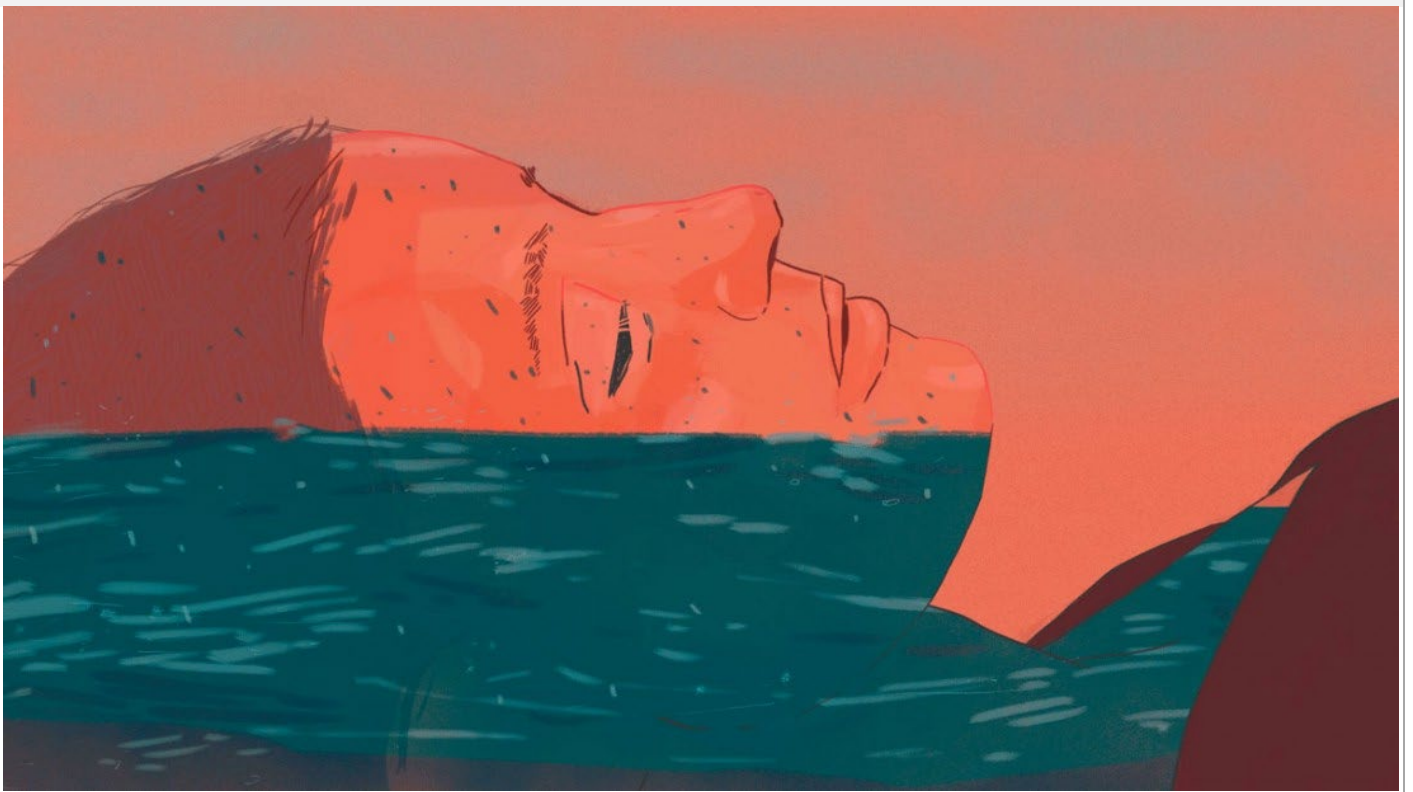
Варшава-2022

# Травматичний стрес та посттравматичний стресовий розлад

МАРИНА ДОРОШЕНКО

## Зміст:

1. Поняття травми та травматичного стресу.
2. Характеристика гострого стресового розладу та ПТСР, прояви та супутні проблеми. Захисна поведінка при травмі.
3. Нейрофізіологія травми, відмінності між травматичними та звичайними спогадами.
4. Вторинна травматизація.



# 1. Поняття травми та травматичного стресу

У науці існують різні теоретичні підходи до розуміння й вивчення стресу, травми й посттравматичного стресу, які показують ці терміни у взаємозв'язку та відмінностях. У зарубіжних дослідженнях поняття “post-traumatic stress disorder”, “traumatic stress”, “post-traumatic stress” контекстуально залежні, поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми. У вітчизняних наукових публікаціях категорія ПТСР набуває все більшого поширення, а в науково-популярних виданнях найчастіше використовується поняття “травматичний” та “посттравматичний” стрес або просто “стрес”. Під стресом у психологічній науці розуміють особливий стан психіки, організму в цілому, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь якого стресового (часто екстремального) впливу.

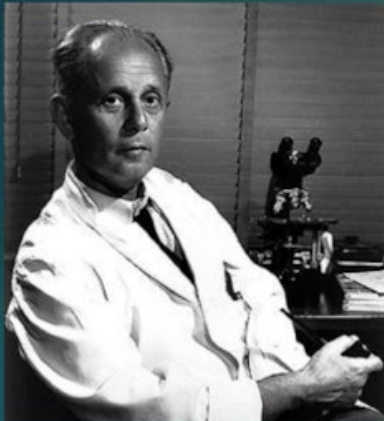
## До основних рис психічного стресу належать такі:

- стрес — це стан організму, що виникає в результаті взаємодії між організмом та середовищем;
- стрес — більш напружений стан, ніж звичайний мотиваційний; необхідною умовою його виникнення є сприйняття людиною погрози;
- явища стресу виникають тоді, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

**Травматичний стрес** — це особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини.

У цьому випадку стрес для людини є травматичним та може стати причиною психологічної травми (В. Г. Ромек, В. О. Конторович, О. І. Крукович, 2004). На переконання дослідників В. Ромек, В. Конторович травматичний стрес має деякі відмінні особливості:

- подія, що відбулася, усвідомлюється (людина розуміє те, що з нею сталося та з якої причини у неї погіршився психологічний стан);
- існують зовнішні причини, які викликають цей стан;
- пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя;
- подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності.



▶ **Ганс Сельє**  
▶ (26.01.1907- 16.10.1982)

- ▶ Видатний канадський ендокринолог, лікар за освітою, біолог з світовим ім'ям, директор Інституту експериментальної медицини та хірургії
- ▶ Сельє розглядав фізіологічний стрес як відповідь на будь-які пред'явлені організму вимоги, і вважав, що з якими б труднощами не зіштовхнувся організм, з ними можна впоратися двома типами реакцій: активною, або боротьби, і пасивною, або втечі від труднощів чи готовності терпіти їх.
- ▶ Сельє не вважав стрес шкідливим, а розглядав його як реакцію, що допомагає організму вижити.

## Стрес - це



(в перекладі з англійської — напруга, тиск)

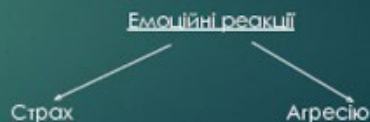
неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразника) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи.

# Фактори що викликають стрес

- перевантаження;
- конфлікт;
- невизначеність;
- нецікава діяльність;
- холод, спека;
- экзамени;
- Військові конфлікти;
- нереалізовані потреби;
- знижена самооцінка, тощо



## Стрес – подразники викликають



## Стресори, що виходять за рамки звичайного людського досвіду:

- ▶ стихійні лиха;
- ▶ техногенні катастрофи;
- ▶ теракти;
- ▶ масові насилля;
- ▶ бойові дії;
- ▶ ситуація полоненого;
- ▶ розруха власного дому;
- ▶ тортур;
- ▶ диверсії.



Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) — *психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравматичних подій*, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті. ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес — за визначенням лікарів його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події.

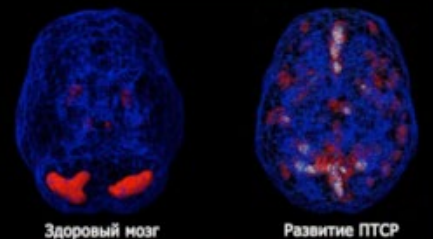
Посттравматичний стресовий розлад є професійним захворюванням у людей, що мають за службовим обов'язком або робочої діяльності ставлення до мимовільного насильства, злочинів або небезпечним для життя ситуацій.

До таких видів професій можна віднести службу в силових структурах, проходження контрактної армії, рятувальників МНС, пожежників і безліч інших спеціальностей. Психічний розлад активно розвивається у дітей і жінок, що піддаються домашньому насильству, а також фізичній і психоемоційному впливу з боку оточення. Дитина може стати об'єктом глузувань і жорстоких знущань однолітків, внаслідок чого почати сприймати школу як місце, де його обов'язково принизять і змусять почуватися нікому не потрібним. Він починає уникати походів до навчального закладу і спілкування з іншими хлопцями, оскільки вважає, що всі його однолітки будуть знущатися над ним.



При ПТСР спостерігається 4-ри кластери симптомів, таких як:

- уникнення,
- гіпезбудженість (проблемами із сном, може виявлятися у ризиковій поведінці, відчутті непереможності),
- перепроживання, проблеми із пам'яттю та емоційною сферою (наприклад,
- відчуття обрізаності власного життя, ізолюваності від людей).



Знімок демонструє зміни в головному мозку людини при посттравматичному стресовому розладі

З часом симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватись. ПТСР діагностують, якщо сила симптомів наростає, заважає нормальному функціонуванню людини, та коли їх тривалість перевищує місяць від травматичної події.

ПТСР супроводжують часті, повторювані спогади про травматичні події, флешбеки; відчуття нереальності події, так наче подія трапилась не з потерпілим; високий рівень гнівливості, підвищена чутливість до стресових ситуацій, психопатологічні переживання нових стресів, уникнення або втрата лінійності подій у пам'яті, випадіння важливих компонентів травматичної події, підвищена пильність, яка зберігається упродовж більше місяця після психотравми.

## 2. Характеристика гострого стресового розладу та ПТСР, прояви й супутні проблеми. Захисна поведінка при травмі

**Посттравматичний стресовий розлад** – це ряд змін, викликаних спогадом про травму, що відбуваються в наступних сферах: емоційній (страх, смуток, неспокій, гнів); пізнавальній (труднощі в запам'ятовуванні, порушення уваги, погіршення інтелектуальної діяльності); тілесній (болі в животі, грудях, голові, тремтіння, тики, розлади сну); поведінковій (труднощі в спілкуванні, зосередження на собі, ізоляція, збільшення споживання сигарет, наркотиків, зловживання алкоголем).

Особливо гостро психотравмуючі ситуації переживають діти. Для дітей джерелом психологічної травми можуть ставати суворі покарання, сексуальне насильство або смерть близьких. Характер травми впливає на симптоми посттравматичного стресу, які можуть проявитися через багато років після того, що сталося. Так, серед людей, які перенесли в дитинстві фізичне або сексуальне насильство, багато алкоголіків. Це пояснюється тим, що діти, опинившись в травматичній ситуації, були змушені придушити сильне почуття, для того щоб зберегти своє «я» і вижити. Ставши дорослими, намагаючись упоратися зі стресовими ситуаціями, вони вдаються до алкоголю і наркотиків.

### Основні симптоми ПТСР:

#### 1. Симптоми повторного переживання:

- 1.1. Повторювані, нав'язливі негативні спогади про подію;
- 1.2. Повторювані негативні сни, пов'язані з подією;
- 1.3. Раптові вчинки і почуття, викликані «поверненням» (раптовим «провалом») в психотравмуючу подію;
- 1.4. Інтенсивний психологічний стрес при подіях, що нагадують чи символізують травму.

#### 2. Симптоми уникнення:

- 2.1. Уникнення думок, почуттів і діяльності, пов'язаних з подією;
- 2.2. Неможливість згадати деталей події;
- 2.3. Зниження інтересу до діяльності, яка раніше викликала у людини великий інтерес;

2.4. Почуття відстороненості, відчуження від інших людей;

2.5. Збідніння почуттів, відсутність позитивних емоцій;

2.6. Відсутність планів на майбутнє.

### **3. Симптоми підвищеної збудливості:**

3.1. Труднощі засинання, безсоння;

3.2. Дратівливість;

3.3. Надуважність;

3.4. Вибухові реакції;

3.5. Труднощі при концентрації уваги;

3.6. Фізіологічні реакції на події, що символізують або нагадують травму.

## **Стадії розвитку посттравматичного стресового розладу:**

### **Три основні стадії:**

- Гостра (від моменту події до 6 тижнів);
- Хронічна (від 6 тижнів до 6 місяців);
- Відстрочена (від 6 місяців до кількох років).

### **Стресовий розлад діагностують:**

- 1) серед військовослужбовців після перебування у зоні бойових дій,
- 2) серед цивільного населення, постраждалого від бойових дій або катастроф,
- 3) серед дітей, жінок та чоловіків у цивільному житті мирного часу.

У більшості людей після психотравматичної події чи подій ПТСР не розвивається. Також спостерігають відтермінований розвиток цього захворювання, наприклад із виходом на пенсію.





Схема: Посттравматичний стрес. Спектр розладів за тривалістю симптомів.  
Скорочення: \*COSR - стресова реакція учасника бойових дій, \*ASD - гострий стресовий розлад \*ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

**Пост-травматичний стрес** (eng. Posttraumatic stress, **PTS**) – спектр станів та розладів психіки, які можуть розвинутися після важкої травми (фізичної або психологічної). Один із різновидів важкої психологічної травми – участь військового у бойових діях.

#### Виділяють такі стани (розлади) за часовим перебігом:

- гостра стресова реакція (від перших хвилин після травми до двох діб)
- гострий стрес учасника бойових дій та операцій (COSR – eng. Combat at operational stress reaction) – комплексні порушення, строком до чотирьох діб
- гострий стресовий розлад - від двох днів до одного місяця (ASD - eng. Acute stress disorder)
- гостра форма ПТСР (від одного до трьох місяців)
- хронічна форма ПТСР (більше, ніж три місяці)
- ПТСР із відстроченим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або ще пізніше)

У 2013 році «Американська психіатрична асоціація» переглянула діагностичні критерії ПТСР у п'ятому виданні свого Діагностичного та статистичного підручника з розумових розладів (англ. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*).

Посттравматичний стресовий розлад (так само, як і Гострий стресовий розлад) було переміщено із класу «Розлади тривоги» у новий клас «Розлади, зумовлені травмою та стресором». Всі стани, котрі внесли до цього класифікаційного класу, передбачають такий діагностичний критерій, як «експозиція до травми або стресової події».

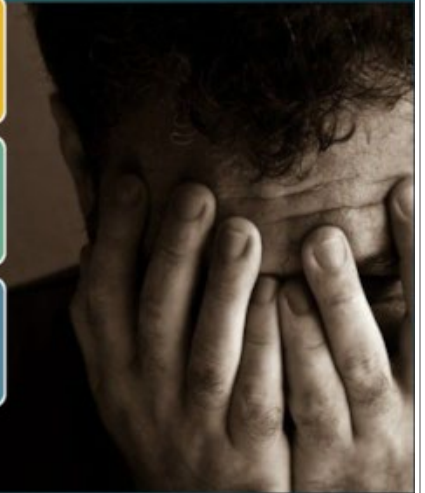
## Стадії формування післястресових порушень

Травматичний стрес  
(під час критичного інциденту і після нього - До 2 діб)

Гострий стресовий розлад  
(2х діб – до 4х тижнів)

Посттравматичний стресовий розлад  
(від 4 тижнів)

Посттравматичний розлад особистості  
(протягом всього життя)



### Діагностичні критерії за DSM-5

Діагноз ПТСР, як це сформульовано у DSM-5 (2013), передбачає повне виконання групи критеріїв (А—Н) – наявність факту психотравми (критерій А), одночасну наявність симптомів із всіх чотирьох кластерів (В—Е), тривалість понад 1 місяць (критерій F), значне страждання людини або порушення її функціонування (критерій G), відсутність іншої причини розладу (критерій Н).

### Дефініція травми

Пацієнт особисто і безпосередньо пережив ситуацію його фактичної смерті, близькості до смерті, серйозне каліцтво, або інше посягання на фізичну гідність [себто зґвалтування або сексуальне насильство].

Пацієнт наочно спостерігав смерть, серйозне каліцтво, або посягання на фізичну гідність [зґвалтування] іншої особи.

Пацієнт дізнається про [нещастя] із членом родини або з іншою близькою людиною: несподівану або насильницьку смерть, серйозне ушкодження, близькість до смерті, або серйозне каліцтво.

Ревізія критерію А1 у DSM-5 звузила кваліфікаційне коло травматичних подій – виключено таку подію як «неочікувана смерть члена родини або близької людини, що настала від природної причини».

## Приклади психотравмівних ситуацій:

«Концепцію травматизації під час війни було розширено на інші випадки, такі як катастрофа, фізичний напад, звалтування тощо. Але ситуації, які спричиняють ПТСР, є суттєво численнішими. Так, можна бачити що медичні ситуації, такі як пологи, викидень, серцевий напад, рак, реанімація після клінічної смерті – здатні викликати ПТСР».

### У ВАС СКОРИШЕ ЗА ВСЕ ПТСР, ЯКЩО:



**ВИ ВТРАЧАЛИ  
ДРУЗІВ,  
ПОБРАТИМІВ**



**БАЧИЛИ МЕРТВИХ**



**СТРІЛЯЛИ**

**ПЕРЕБУВАЛИ  
ПІД ОБСТРІЛОМ**



**НЕПОКОЇЛИСЯ  
ЩОДО РІДНИХ**



**ПОЧУВАЛИСЯ  
ПОЛИШЕНИМ,  
ЗРАДЖЕНИМ**



**ПОТРАПЛЯЛИ  
В ПОЛОН,  
ОТОЧЕННЯ**

### У ВАС ТОЧНО ПТСР, ЯКЩО У ВАС:

**Загострена пильність без причин** (скажімо, лежачи у ванній, ви напружено вдивляєтесь у щілину під дверима – чи немає там смертельної загрози)

**Вибухова реакція** (звук корку, що вилетів із пляшки шампанського, змушує вас миттєво шукати схованку, а почувши кроки за спиною, ви стаєте в бойову позицію)

**Агресивність** (будь-які, навіть незначні проблеми та питання ви прагнете вирішувати із застосуванням грубої сили).

**Напади люті** (найчастіше – після вживання алкоголю, до якого тягне, як ніколи).

**Емоції на нулі** (не виходить виявляти почуття та підтримувати контакт із людьми: дружити, співпереживати, любити, радіти).

**Погіршується пам'ять, важко зосередитися** (наприклад, не можете згадати ім'я вашого улюбленого собаки).

**Паніка та тремтіння через різкі звуки** (наприклад, грім чи гуркіт зачинених дверей).

**Депресія** (усе втратило сенс, усе марно, сили вичерпалися, життя – суцільна чорна смуга).

**Провина за те, що вижили** («Навіщо я живий, а ті класні хлопці – в труні?» Будь-якою ціною – зокрема й алкоголем – ви женете від себе страшні спогади. Але не допомагає).

**Думки про самогубство** (поширений, а від того ще страшніший симптом).

**Тривожність** (може проявлятися у реальному болю: ломота в спині, спазми у шлунку, головний біль; мати психічні прояви – тривога, страх переслідувань; а також власне в емоціях – безкінечне відчуття страху, невпевненості, провини).

### Проявлення ПТСР:

- 1. Симптом повторного переживання (людина постійно згадує травмуючі події)
- 2. Симптом уникнення (людина старається уникнути думок і спогадів про пережите)
- 3. Синдром фізичної гіперактивації (проявляється в безсонні, труднощах концентрації уваги, гнівливості, запалах гніву).

### Чотири кластери симптомів

**Причина ПТСР (на різницю від Тривожного розладу)** – це "критерій А.", катастрофічний стресор (травма), тобто зовнішній (екзогенний) фактор, що перебільшує адаптивні можливості нормальної людської психіки. Хвороба проявляється у одночасній наявності у пацієнта симптомів із усіх чотирьох кластерів: В.) вторгнення спогадів (так звані флеш-беки); С.) уникання пацієнтом думок, спогадів, ситуацій, що нагадують про травму (тригерів); D.) негативні думки та настрої; E) гіперзбуджуваність, гіперреактивність, порушення сну. Діагноз потребує "не менше як два симптоми у категорії D та E", що дає загальне правило "шість симптомів".

### ЯКЩО НЕ ЗВАЖАТИ НА ПТСР, ЦЕ МОЖЕ ПРИЗВЕСТИ ДО:



## Клінічні прояви

Минуле «тримає» людину через картини важких і страшних спогадів, які нав'язливо повертаються. Будь-яка дрібниця може спровокувати їх відновлення і змусити прожити травматичний досвід «як наяву». Наприклад, звук тріснутий голови або пролетів над головою вертоліт. Такий стан може тривати від кількох секунд до кількох годин. Його наслідок - сильний стрес, такий же або майже такої ж сили, який був п'ять років тому. Для цього типу реакції характерно прагнення до компульсивному (нав'язливого) переживання травматичних подій - людина неусвідомлено прагне до повторного програвання пережитих ситуацій. Ветерани влаштовуються в органи міліції або робляться найманцями: повторне «відігравання» травми виявляється причиною збільшення насильства в суспільстві, так як «гравець» може виступати як в ролі жертви, так і агресора. Травматичне подія на війні так чи інакше пов'язане з насильством. Відповідно вторинне програвання цих подій - це відтворення ситуацій насильства.

Протилежний тип реагування реалізується через свідоме витіснення травматичного досвіду. Індивідом робляться часом титанічні зусилля по уникненню думок, почуттів, розмов, місць, людей, пов'язаних з джерелом болю. З цим типом реакції пов'язана так звана психогенна амнезія - стан, коли важливі аспекти травми блокуються. Спогади носять непов'язаний, уривчастий характер, в них багато провалів і «білих плям». Це один з диссоціативних механізмів, характерних для ПТСР.

Психічна травма та реакції на психотравму містять довідкову інформацію про психічну травму і реакції на неї. Хоча основна увага даних рекомендацій приділяється ГСР і ПТСР, також відзначається діапазон можливих реакцій, включаючи психологічну стійкість як звичайний результат впливу психотравми.

### **ГСР та ПТСР характеризуються чотирма типами симптомів:**

симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни; симптоми уникнення, такі як уникнення думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією; симптоми заціпеніння, такі як почуття відстороненості від інших; і симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість. Є дві ключові відмінності між ГСР та ПТСР. По-перше, на відміну від ПТСР при ГСР особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчутті відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації. Друга відмінність полягає у тривалості симптомів; ГСР діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, у той час як ПТСР діагностується в період як мінімум одного місяця після травматичної події.

Поширеність ПТСР з точки зору тривалості життя варіює в межах 5–10 %. Ймовірність розвитку ПТСР варіює залежно від характеру події. У цілому найвищі показники поширеності ПТСР пов'язані зі звалтуванням та іншими сексуальними посяганнями; найнижчий показник пов'язаний зі стихійними лихами і випадками, коли людина стає свідком нанесення шкоди іншим. Зазвичай воно варіюється залежно від характеру тієї або іншої події, що впливає на особу. У випадках хронічного ПТСР (більше трьох місяців) близько 85 % мають коморбідні психічні розлади.

### **Серед ключових практичних рекомендацій наступні:**

— Для осіб, які звертаються до закладів первинної медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям, лікарям рекомендовано проводити скринінг для виявлення психологічних причин, в тому числі проводити опитування

щодо того, чи зазнавала людина впливу травмуючої події, з описом деяких прикладів таких подій.

— Необхідно провести ретельну оцінку, що охоплює відповідну історію життя (у тому числі історію психотравми), ПТСР та супутні діагнози, загальний психічний стан (зазначаючи ступінь коморбідності), фізичне здоров'я, вживання психоактивних речовин, сімейну ситуацію, рівень соціального функціонування та професійної працездатності, якості життя.

— Розвиток міцного терапевтичного альянсу слід розглядати як необхідну основу для проведення конкретних психологічних втручань і може вимагати додаткового часу для людей, які зазнали тривалої і/або багаторазової психічної травми.

— Відповідні цілі лікування повинні бути адаптовані до унікальних умов та в цілому до потреб особистості у психічному здоров'ї і встановлені у співпраці з пацієнтом.

Існує ряд методів скринінгу ПТСР, які використовуються в даний час (див. Бревін, 2005, нещодавні огляди). Вони включають в себе (SPAN. Мельцер-Броді та ін., 2004: 4 шт.); BPTSD-6, DRPST (Чоу та ін., 2003: 7 найменувань) (Фуллerton та ін., 2000) опитувальники, опубліковані в КН ПТСР в США В.А./МО (США В.А./МО, 2004). Вибір методів невеликий. Нижче наведено приклад методу скринінгу (Бреслау та ін., 1999), який був затверджений дослідним шляхом:

1. Ви уникаєте нагадувань про подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?
2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?
3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?
4. Вам важко переживати почуття любові або прихильності до інших людей?
5. Ви почали відчувати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?
6. У вас виникли проблеми з засинанням або сном?
7. Ви стали більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рухи?

Дослідження встановили, що серед індивідуумів, які зазнали травми, 71 % осіб, які відповіли позитивно на чотири або більше питань, був поставлений діагноз ПТСР, і у 98 % людей, які відповіли позитивно на менше ніж чотири питання, ПТСР не було діагностовано. На основі цього можна зробити висновок, що якщо людина відповідає позитивно на чотири або більше запитань з цього списку, то найбільш вірогідно у неї буде діагностовано ПТСР. Такий рівень діагностування відповідає або перевершує більш тривалі методи діагностики.



## Роль захисних механізмів психіки в подоланні стресу

Психологічні захисти поділяють на дві умовні категорії: «**конструктивні**» (**адекватні**), які виводять людину на шлях психічного здоров'я та позитивного розвитку, і «**неконструктивні**» (**неадекватні**, «**незрілі**», «**примітивні**»), які ускладнюють розвиток, породжують порушення і проблеми.

**Для першої групи (конструктивних захистів)** характерна пріоритетна роль свідомості у здійсненні регулятивної діяльності. При цьому людина робить активні свідомі зусилля для переробки травматичного досвіду і пошуку нових смислів, спроможних обумовити позитивну орієнтацію в майбутнє.

**Для другої групи (неконструктивних захистів)** характерна переважаюча активність несвідомих процесів. Знижуючи тимчасово душевний біль, вони обумовлюють викривлення картини травми, відтак утруднюють, а то й роблять неможливим її подолання.

Структура психологічних захистів може бути представлена у вигляді так званої ієрархічної піраміди з вершиною у вигляді шару конструктивних захистів та основою у вигляді найменш конструктивних (примітивних):

1. Конструктивні (свідомі) психічні захисти.
2. Неконструктивні (несвідомі) психічні захисти, а серед них такі, як:
  - а) захисні механізми «вищого» рівня – витіснення, придушення, психічне стискування (анапсиз) та його часткове вираження – емоційна глухота; до цього ж рівня можна віднести раціоналізацію, інтелектуалізацію, окремі види проєкції, наприклад, атрибутивну, аутистичну, раціональну;
  - б) захисні механізми «нижчого» рівня – зокрема відхід у фантазії, релігійність, заперечення; в) захисні механізми найнижчого рівня – так звані «примітивні» захисні механізми: знецінювання, ідеалізація, персоніфікація, проєктивна ідентифікація та дисоціація (розщеплення).

Слід зазначити, що «включення» як свідомих, так і несвідомих захистів може відбуватися на різних етапах переживання травми. Можна припустити, що особливу роль у збереженні особистості (передусім у момент травми і на початковому етапі її

переживання) має діяльність несвідомих (неконструктивних) захистів. Наприклад, в ситуації психологічного і фізичного насилля, запобігти якому людина не в силах, включення такого захисного механізму, як дисоціація, у прямому розумінні допомагає їй зберегти себе. Єдність особистості в момент такої травми утримується шляхом відщеплення «Я» від власного тіла, в результаті чого настає ніби «заціпеніння», «омертвіння», «дереалізація» (відчуття нереальності того, що відбувається) і часткова амнезія. Однак фіксація неадекватного способу подолання травми, неможливість відмови від «примітивного» психологічного захисту призводить, зрештою, до серйозних психічних і особистісних порушень.

Дослідження психологічних особливостей жінок-повій показали, що основними механізмами подолання травматичних обставин їхнього життя (а більшість з них зазнали сексуального насилля в дитинстві) є механізми розщеплення і проєктивної ідентифікації. Заслуговує на увагу те, що більшість учасниць опитування страждає межевими особистісними розладами з вираженими порушеннями просторово-часового аспекту самоідентичності. Характерним для них (а іноді і єдино доступним) патерном поведінки і міжособистісних відносин є своєрідна «інфантильність, що має кокетливий, спокушалний характер» і «провокуюча безпорадність», тобто «жертвний» стиль поведінки. Це багато в чому пояснює і їх «професію», і властиві їм особистісні розлади. Ці дані дозволяють побачити за формами поведінки з відхиленнями трагедію особистості, яка не зуміла виробити адекватний спосіб подолання психотравми. Можна припустити, що межеві особистісні розлади, характерні для цієї категорії девіантів, є не причиною, а результатом тривалого використання примітивних психічних захистів від нестерпних травматичних переживань.

Нормальність включення несвідомих захистів (у тому числі й примітивних) в аномальних умовах існування підтверджується багатьма даними. Можна припустити, що така захисна стратегія має загальнолюдський характер. Про це можна судити на підставі аналізу численних документальних джерел, що описують психічні переживання військовополонених. Так, В.Франкл, описуючи шоківі реакції «аномальних переживань» у в'язнів концтаборів, викликаних жахом запроторення в концтабір, газовими камерами, близькістю смерті, відзначав, що тільки в результаті включення такого захисного механізму, як розщеплення особистості, в'язням вдавалося психічно зберегти себе в перші дні й тижні перебування в таборі. Дисоціативний захист допомагав усвідомити необхідність «підвести ризику під усім колишнім життям», і тоді відбувалася активація інших несвідомих захистів: наставало своєрідне емоційне «оніміння», притуплення почуттів, зниження рівня 39 афективного життя, внаслідок чого все, що відбувалося, доходило до свідомості лише в приглушеному вигляді.

[Смирнов А.В. Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких. // В сб.: Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии./ Под ред. О.В. Лиманкина и В.И. Крылова. – СПб., 1999.]



### 3. Нейрофізіологія травми, відмінності між травматичними та звичайними спогадами

**Клінічна нейрофізіологія** — застосування нейрофізіологічного знання для оцінки, керування та реабілітації людей, які страждають від хвороби або травми (особливо травми мозку), що викликала пошкодження когнітивних функцій людини. Зокрема, цей підхід дає фізіологічний погляд на методи лікування таких хворих, на те як захворювання і/або травма впливає на психологію людини і як психологічні впливи можуть вплинути на перебіг хвороби. Клінічні нейрофізіологи зазвичай працюють в медичних установах.

Динаміка переживання травматичної ситуації включає чотири етапи:

**Перший етап - фаза заперечення або шоку.** На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий.

**Другий етап - носить назву фази агресії і провини.** Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

**Третій етап - фаза депресії.** Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздим: «Що б я не робив, нічого не зміниш». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

**Четвертий етап - це фаза зцілення.** Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна набутися з того, що сталося корисний життєвий досвід. Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), впоратися з якими самотійно він вже не може.

**Заперечення**

**Злість**

**Торг**

**Депресія**

**Прийняття**

**Травматичні спогади відрізняються від звичайних спогадів.** Нижче наведена таблиця найважливіших відмінностей між ними. Травматичні спогади часто неоднорідні та непослідовні, а важливі фрагменти події можуть стертися з пам'яті. Якщо особа зазнала ушкоджень під час травматичної події чи була повністю поглинена тим, що відбувалося, то спогади, ймовірно, будуть безладними й неоднорідними. Часто вони є дуже живими і легко «запускаються» великою кількістю нагадувань. Сильні, виснажливі емоції, а також фізичні відчуття, очевидно, супроводжують спогади, і контролювати їх непросто. Це відбувається тому, що травматичні спогади, як правило, мозок опрацював неповністю. Щоб зрозуміти це, можна уявити переповнену неприбрану шафку під сходами. Коли дверцята відчиняються, речі впереміш випадають із шафки і ви не можете знайти те, що шукали. Так і з травматичними спогадами. Під час травматичної події нема часу відмежовувати думки від почуттів і складати все в голові у слушній послідовності. Під час травматичної події людина приголомшена, так як такі події виходять за межі людської здатності обробки інформації. Коли подія минула, людина мусить осмислити те, що сталося, з позиції значення для неї, а також (на простішому рівні) обравши те, що вона буде пам'ятати.

Іншою ознакою травматичних спогадів є те, що вони «заморожені» в часі. Це означає, що те, як ми думали, є правдою в момент травми (приміром «Я помру»), але не оновлюється після завершення травматичної події. Наприклад, хтось може знати логічно, що він не помер під час теракту в Парижі, але все ще відчуває ніби от-от помре чи вже помер. Стан, коли ми не в змозі відчувати те, що є справжнім, може приносити значний дистрес і переконувати нас, що ми божеволіємо. Насправді ж – це так спрацьовують неврологічні процеси.

## Відмінності між травматичними та щоденними спогадами

Травматичні спогади	Звичайні спогади
Є дуже яскравими і можуть містити образи та фізичні відчуття	Є не такими яскравими і загалом не супроводжуються сильними фізичними відчуттями
Необов'язково зринають у правильному порядку: можуть бути відсутніми важливі фрагменти	Зазвичай є впорядкованими: важливі фрагменти, як правило, відомі
Немає реального відчуття часу, що минув після травми: здається, ніби травма тільки-но сталася чи досі триває	Є усвідомлення часу, що минув після згаданої події: подія надійно закріплена у минулому
Не пов'язані з речами, про які ми знаємо у наших звичайних спогадах: вони «заморожені» в часі і не враховують того, що особа вважає правдою	Пов'язані з іншими спогадами, які разом утворюють одну життєву історію

## 4. Вторинна травматизація

Зазвичай під травматизацією розуміють результат загрозливого впливу на психіку і тіло людини події або ситуації, які призводять до виникнення психологічної травми. Таку травму ще називають первинною, тобто такою, що «сприяла» виникненню психологічної травми. Однак процес травмування може бути і не пов'язаний безпосередньо з подіями або ситуаціями. Тоді ми можемо говорити про **вторинну травму**, тобто травму, яка виникла під впливом кого-або чого-небудь на психіку людини, викликаючи у неї емоційний відгук.

В теорії психологічної травми також гідне місце займає поняття ретравматизації або ретравми. Ретравматизація виникає при спогадах, розповіданні про подію або при перегляді відео матеріалів про неї. Психіка сприймає ці процеси як «хронічну» травму, яка «не закінчується», і реагує звичним для себе способом. Якщо первинна травматизація відбувається з безпосередніми учасниками події, які пережили, з певними реакціями, загрозу життю або безпеці, то вторинна травматизація властива людям, які були свідками події, але самі в ній не брали участь або спостерігали подію з екранів телевізорів, моніторів. Їх реакції засновані не на реальній загрозі, а на уявленнях про неї. Тобто вторинна травматизація –це феномен проживання події, про яку є мозаїчна інформація і відсутні логічні ланки «домальовує» лімбічна система у вигляді фантазійних ілюзорних новоутворень, прийнятих свідомістю за справжні.

Внутрішнє промальовування події набагато яскравіше, страшніше ніж процес проживання самого події, адже подія закінчилася, а в ілюзіях може тривати скільки завгодно часу, обростаючи новими і новими подробицями, що руйнують психіку.

### **За ступенем інтенсивності вторинну травматизацію ми розділяємо на 3 типи:**

- травма свідка, коли людина безпосередньо спостерігає за подією, але не є її учасником, має чіткі, але мозаїчні спогади про її деталі і лімбічна система лише додає фрагменти події, яких бракує для цілісного сприйняття (близько 10-20%). Фантазійним образам в такому випадку «місця немає», є лише деякі деталі, які допомагають вибудувати логічний ланцюжок події. Людина активно реагує на подію, що спостерігає і її когнітивна, емоційна і поведінкова сфери конгруентні ситуації;
- травма слухача, коли людина не причетна до події, але близька до її учасників та має змогу слухати від них подробиці й бачити емоційні реакції. В такому випадку лімбічна система людини «домальовує» до половини нібито інформації про подію, додаючи своєї емоційності в інтерпретацію події при її переказуванні або спогаді. Цей ефект спостерігається і добре демонструється в дитячій грі «Зіпсований телефон», коли перші гравці майже точно передають інформацію, з невеликими спотвореннями, а наступні змінюють її до невпізнання. Людина, що схильна до такого типу вторинної травми, бере активну емоційне участь в діалозі, може безпосередньо реагувати на розповідь, когнітивна сфера в такому випадку лише допомагає «добудувати» логіку та цілісність сприйняття події;
- травма глядача, коли людина має в наявності лише вивіреним відрізок події з готовими інтерпретаціями і психіка «домальовує» на «презентований» ЗМІ епізод таку кількість інформації, яка докорінно змінює саму подію в уявленні людини. Сама назва вказує на основне джерело вторинного травмування – ЗМІ.

Однак ця травма може стати результатом цілеспрямованого впливу на психіку людини не тільки ЗМІ, а й інтернет-технологій, рекламних агентств, спеціально підготовлених пропагандистів, тобто тих, хто має певну мету і формує громадську думку під неї, використовуючи різні доречні для цього технології. Результатом такого впливу може бути колосальне руйнування психіки, коли фільтри критичності сприйняття інформації відключаються. У такому випадку можуть виявлятися відомі феномени сліпого фанатизму, «зомбі», так званого ватника, коли надана брехня не піддається сумніву, і психіка відсікає факти, що свідчать про іншу сторону події, тому що вони викликають хвилювання від протиріччя з основною «розумовою» лінією особистості. Достовірність інформації про подію в такому випадку представлена в незначних кількостях лише для «приспання» пильності критичних фільтрів і в неї вкраплена «потрібна» інформація, що маскується під достовірну. Такого роду травмування трапляється при зрушеннях громадського порядку, революційних ситуаціях, техногенних катастрофах, війнах і інших масштабних подіях, які спостерігаються і проживаються людиною. Участь людини-жертви в такому випадку пасивна, вона лише споживач інформації та своє відреагування вихлюпує на близьких, шукаючи в них ворогів. Такого роду травматизація може бути локальною, коли подія носить місцевий або родинний характер і глобальної, пов'язаної з історичними подіями.

До вторинної травматизації схильні люди, дотичні до події опосередковано крізь призму чужого досвіду. **Умовно ми їх розділяємо на 3 групи:**

1. родичі, друзі, близьке оточення людини, безпосередньо потерпілої, які спостерігають за проявами симптомів і часом стають жертвами агресії і інших наслідків травми. Родичам доводиться порівнювати свою поведінку з можливими реакціями потерпілого і підлягати щоденному травмуванню;
2. глядачі і читачі ЗМІ, схильні до так званої медіатравми.

**Медіатравма** – це травмування психіки через спостереження за подією по інший бік екрану. Як говорилося вище, здатність психіки домальовувати подробиці в такому випадку відіграє тотально-саморуйнівну роль. На думку Л.А.Найдьонової людина може настільки залякати сам себе, що стає схильною до фобій і інших патологій сприйняття дійсності;

3. фахівці допомагаючих професій, які в силу своєї компетенції надають постраждалим безпосередню допомогу. Слухаючи кожен день про декілька травмуючих подій і бачачи перед собою їх жертв, фахівець залучається до процесу отримання травми і накопичує свої переживання до стану емоційного виснаження. Тому в світовій практиці існує певний норматив зайнятості таких фахівців, щоб їх продуктивність не страждала від перенапруги і професійного вигорання. Волонтерська діяльність теж схильна до таких негативних впливів. У цьому випадку ми можемо говорити про травмованого психолога, соціального працівника, лікаря, волонтера.

Отже, розуміння впливу травмуючої події на психіку та розпізнавання інтенсивності травмування та ретравмування людини допомагає здійснювати ефективну психологічну підтримку, знижувати вплив травмуючих факторів, включаючи вплив ЗМІ, та відновлювати постраждалого від психологічного травмування.

### Основна література

- Романчук, О. І. «Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії»<sup>[7]</sup> // NeuroNews, 2012, с.30 – 37
- Фрідман, М. Дж. «ПТСР – історія та загальний огляд»<sup>[3]</sup> // Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. 2016. Переклад з англійської.
- Шамрей, В. К., Костюк, Г. П., Чудиновских, А. Г., Синенченко, А. Г. «Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих Красной Армии в годы Великой Отечественной войны»<sup>[22]</sup> // Социальная и клиническая психиатрия. Вып. № 4 / т. 20
- Смирнов А.В. Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких. // В сб.: Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии./ Под ред. О.В. Лиманкина и В.И. Крылова. – СПб., 1999.
- Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001, №4. – т.3.
- Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье. [Http://2001.isras.ru/Socls/Articles/2003...04/Alexeeva.doc](http://2001.isras.ru/Socls/Articles/2003...04/Alexeeva.doc). 2002 5. Алексеева Л.С. Последствия страха, тревоги и гнева // Директор школы, 2000. № 6. С. 71–80. 6. Алиев Х. Защита от стресса. Как сохранить и реализовать себя в современных условиях. – М., 1996.
- Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. М., Прогресс, 1990
- Черепанова Е.М., Психологический стресс. М., Академия, 1996.
- Інтернет-видання та інтернет-джерела.