

## ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТУВАННЯ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

*В статті розглядається проблематика постстресових станів як наслідку психофізіологічних процесів регулювання та психічна стійкість, як інтеграційна індивідуальна характеристика особистості.*

*В статтє рассматривается проблематика постстресовых состояний как следствие психофизиологических процессов регуляции и психическая стойкость, как интеграционная индивидуальная характеристика личности*

Одним із чинників, що сприяють зниженню якості соціальної адаптації [1] у постстресових періодах є тенденція до аутизації. Такі особистісні характеристики як компульсивність, астенічність або нервові захворювання ванамнезі понижали поріг розвитку симптоматики або посилювали її перебіг [2].

У даній роботі зроблена спроба дослідити новоутворення особистості, сформовані під час психічної переробки травматичних переживань, а саме особливості посттравматичної аутизації.

Професійна діяльність пожежників-рятувальників характеризується високим рівнем психічного напруження, обумовленим складністю і відповідальністю вирішуваних завдань, наявністю реального ризику для життя, здоров'я і благополуччя самого співробітника та інших осіб. Рятувальникам у процесі діяльності доводиться стикатися з психотравматичними ситуаціями, що виходять за межі звичайного людського досвіду. До них відносять події:

- загрозливі для життя людини, здатні привести до смерті або травматизації;
- пов'язані із сприйняттям картин смерті або травматизації інших людей;
- насильницької загибелі співробітників підрозділів;
- пов'язані з почуттям власної провини за смерть або травматизацію іншої людини.

Постстресові стани є наслідком психофізіологічних процесів регулювання і спрямовані на підтримку функціонування людини. При надмірній силі і тривалості психоемоційних впливів формується стійкий рівень високої психічної напруги, який отримав назву хронічного психологічного стресу.

У сукупності постстресових реакцій пожежників-рятувальників перше місце посідає емоційне збудження як реакція на емоціогенні чинники, і емоційну напругу, як стан активності у зв'язку з конкретним

виконанням професійної діяльності або очікуванням небезпеки.

Такі психологічні стресові реакції слід розглядати як передпатологічний (доклінічний) рівень адаптаційних психічних розладів, на відміну від невротичного (прикордонні розлади) і психотичного (психози) рівнів, хоча розмежування це вельми умовно, особливо відносно прикордонних порушень [3].

Загальноприйнятих об'єктивних критеріїв для співвідношення параметрів екстремальна дія / поріг нормального функціонування не існує, оскільки у кожній людини є відповідний поріг емоційної чутливості, власна суб'єктивна система відліку сили травматичного чинника [4]. Якщо травматичний досвід успішно інтегрується людиною, не виштовхується у сферу несвідомого, а навпаки, стає джерелом саморозвитку особи, то утворюється нова особова цілісність завдяки особовому зростанню.

Психічна стійкість, як інтеграційна індивідуальна характеристика особистості визначається взаємодією емоційних, вольових і мотиваційних компонентів та забезпечує адекватне поставленим завданням функціонування у складній обстановці. У ряді випадків екстремальні стресові дії можуть призвести до інтенсивних і тривалих негативних реакцій, які у свою чергу, стануть причиною зниження ефективності діяльності, і, навіть, повної її дезорганізації, а також обумовлюють розвиток психосоматичних розладів.

У 32, 2% обстежених (28 осіб) постстресові реакції містили незначні транзиторні зміни, що виявилися, зокрема, «флешбеками» – симптомами періодичного вторгнення у свідомість образів і спогадів, пов'язаних з травматичними обставинами. Такі вторгнення слугують постійним джерелом психологічного дистресу. У цьому випадку спостерігалася «суб'єктивна

тривалість події» й травма наклала відбиток на динаміку життєдіяльності і структуру особистості, провокуючи посттравматичні особистісні зміни.

Однією із наскрізних характеристик постстресових станів є втрата контролю над ситуацією на внутрішньому, суб'єктивному рівні. Втрата контролю приводить до неадекватної оцінки подій, оточення і самого суб'єкта. Часто це виявляється у спотвореному сприйнятті свого «Я» і навколишнього світу, коли зі всього можливого спектру суб'єктивних оцінок у свідомості існують лише поляри. Формується суб'єктивне уявлення про тупик, безвихідь, а це приводить до значного звуження діапазону ефективних стратегій поведінки та ще ускладнює контроль над ситуацією і власною поведінкою.

Афективно забарвлені комплекси, обумовлені травматичними подіями зафіксовані як:

1) рухове і мовне збудження; прагнення до діяльності, як правило мало продуктивної, нецілеспрямованої; постійне застрягання на неістотних деталях;

2) напружений емоційний стан з елементами змішаного афекту: гіперактивності у поєднанні з тривогою (екзальтація);

3) рухова загальмованість, млявість, порушення здатності до концентрації уваги.

Для третьої форми притаманна наявність нав'язливих думок, що знижують продуктивність основної діяльності. Так співробітник Х-ч, 31 рік, обстежений через тиждень після виконання службового завдання, під час якого на його очах загинув підлеглий. Х-ч зовні астенозований, млявий, фон настрою різко знижений, на питання відповідає неохоче. Рухи скуті, відмічений тремор пальців рук. Фіксований на своїх переживаннях, часто відтворює картину того, що відбулося, увага розсіяна. Сон поверхневий, неспокійний. Виражена тривожність з проекцією почуття провини на себе, неусвідомлене відтворення в образах подій, що були причиною екстремальної події. Зафіксовані мимовільно виникаючі нав'язливі образи, дисоціативні стани свідомості, болісні емоційні переживання, підвищена активність.

Такі симптоми часто розвивалися після більш-менш тривалого латентного періоду, у перебігу якого (від моменту травми до маніфестації окремих симптомів) відбувається внутрішня психологічна переробка психотравматичної події. Так

співробітник Н-ко, 35 років, через півроку після загибелі товариша по службі у розмові вказує, що «постійно повертається подумки» у ситуацію його загибелі. Імпульсивний, песимістичний, відчужений, дратівливий, емоційно лабільний. За результатами тестування виявляється підвищена тривожність, знижені показники емоційної стійкості, відмічена швидка стомлюваність, погіршення уваги, загальної працездатності.

Психічні прояви хронічних постстресових реакцій у рятувальників характеризуються значною варіабельністю симптоматики і виступають як:

1) повторні переживання психотравматичної події;

2) уникнення ситуацій, безпосередньо пов'язаних з перенесеною травмою або активуючих спогади про психотравматичну подію;

3) стійкі прояви підвищеної активації, яких не було до травми.

«Напливи» спогадів про травматичні події виникають мимоволі і супроводжуються загостреним неспокоєм, афективними переживаннями, швидкоплинними або інтенсивними й тривалими. У останньому випадку вони пригнічують свідомість і впливають на поведінку. Спостерігалися розлади сну: кошмари, часті пробудження (2 – 3 рази за ніч), відчуття втоми після сну (навіть важко встати, скільки б не спав).

Друге місце займають зміни динаміки психічної діяльності людини: перцептивної, когнітивної, мотиваційної, емоційної. Підвищена активація нервової системи, стійкий потенціал аномального збудження стають звичайним стереотипом реагування. Це штовхає людину на пошук гострих почуттів та іноді призводить до вибору або створення ризикових ситуацій, небезпеки, напруженості у стосунках та дозволяє реалізувати вироблену модель поведінки.

Третє місце посідають депресивні тенденції. Вони виступають у прагненні приєднатися до якої-небудь групи, звільнитися від нестерпного почуття провини і можуть призвести до символічного або психологічного уходу з життя. Часто рятувальник усвідомлює себе зміненим. Він відчуває, що не може вже існувати так, як раніше: життя втрачає реальні цілі і сенс.

Символічні форми уходу пов'язані із психологічним захистом за типом уникнення й виявляються як:

1) прагнення уникати думок або почуттів, так чи інакше пов'язаних з травмою;

- 2) прагнення уникати ситуацій, так чи інакше зв'язаних травмою;
- 3) психогенна амнезія (нездатність пригадати важливі епізоди психотравматичної події);
- 4) зниження лібідо;
- 5) фобії;
- 6) нездатність бачити своє життя в перспективі, втрата психологічного майбутнього;
- 7) зниження інтересу до раніше значущих сфер життєдіяльності;
- 8) емоційна холодність (наприклад, втрата здатності переживати почуття любові і прихильності).

Останні дві форми символічного уходу сприяють розвитку постстресової аутизації, психологічними механізмами якої є:

- 1) зниження ефективності реакції на зовнішні стимули;
- 2) звуження уваги, неуважність і заперечення стимулів; погіршення емоційної пам'яті й емоційного інтелекту;
- 3) стереотипність.

Найчастіше симптоми постстресової аутизації виявляються як неспокій у ситуаціях, пов'язаних з необхідністю відновлення емоційних стосунків з близькими людьми (дружиною, дітьми, батьками, друзями) або як несвідоме дистанціювання від оточення, уникнення глибоких емоційних реакцій і дружніх стосунків.

Ускладнення у сфері повсякденних контактів призводить до ще більшої ізоляції, оскільки ситуації, що вимагають таких контактів, породжують або підсилюють почуття внутрішньої напруженості. Дистанційованість, відчуженість приводять до ускладнень в реальних оцінках конкретних ситуацій та викривленнях загальної картини світу.

Діагностика таких відстрочених реакцій на стрес базувалася на використанні результатів цілеспрямованої бесіди, спостереження, психодіагностичного тестування у 87 осіб. Про наявність психологічної дезадаптації за типом постстресової аутизації свідчили високі показники тривожності, низькі оцінки самопочуття і настрою у віддалені часові інтервали.

Так, співробітник О., 40 р., обстежений через вісім місяців після психотравми. Відчужений, недовірливий, дратівливий, на питання відповідає неохоче, без подробиць. За даними тестів працездатність збережена, темп діяльності середній; увага нестійка,

обсяг її низький. Притаманна підвищена тривожність, емоційна лабільність, замкненість. Порушення соціальної комунікації призвело до порушення уявлень щодо соціальних очікувань оточення.

Намагання позбавитися комунікативних ускладнень породжувало в цій групі симптоми постстресової аутизації: амбівалентність у стосунках з людьми, пов'язану з очікуванням уваги з боку оточення і острахом байдужості з їх боку. Як наслідок, такі особи виявляли полярні реакції на оточення, а у декількох випадках відмічені раптові розриви стосунків. У осіб з такою поведінкою формується за тестом ММРІ профілі з підйомом на восьмій шкалі.

Обмеження соціальних контактів обумовлює неспокій випробовуваних і слугує основою для формування захисної реакції за типом фантазування та утворення афектно насичених ідей до яких вони постійно повертаються подумки. Негативні сигнали фільтруються завдяки особливостям аутизованого сприйняття, але якщо яке-небудь повідомлення або подія все ж таки викликає емоційний відгук, вони виявляють несподівану для оточення вразливість. Виділені декілька типів формування постстресової аутизації.

**Перший тип** постстресової аутизації містить пік профілю на восьмій шкалі і одночасне зниження профілю на нульовій. Такі особи мають широке коло контактів, які носять формальний характер, не містять адекватного емоційного змісту і будуються без достатнього урахування реакцій оточення. Діяльність таких осіб може бути вельми активною, однак, певною мірою, позаситуативною.

Пік профілю на восьмій шкалі був вище у представників етнічних меншин, оскільки інші культурні стереотипи сприяють формуванню своєрідного сприйняття, інших експектацій і форм емоційного реагування, визначають особливості мислення і організації міжособових контактів.

У **другого типу** незначне перевищення піку профілю на восьмій шкалі порівняно з підвищенням профілю на першій сприяло формуванню «в'єтнамського синдрому»: поєднання апатії, депресії, тривоги з нав'язливими спогадами, нічними кошмарами, неконтрольованою ворожістю таригідних форм поведінки, орієнтованої на турботу про фізичне благополуччя. Така турбота дозволяла раціонально пояснити аутизацію (відчуження і відсторонення) наявністю соматично обумовлених змін,

## Питання психології

**Третій тип** постстресової аутизації характеризувався зростанням тривоги чи пригніченості, стійкою м'язовою напругою, аутизацією, неспокоєм. Ізоляція спогадів, їх відірваність від поточного емоційного контексту виявлялася у емоційній холодності, надмірної запальності, недовірливості, ворожості і наростаючої аутизації.

У цій групі пік профілю на восьмій шкалі поєднується з піком на другій. Амбівалентне відношення до оточення у цьому випадку породжує разом із прагненням соціальних контактів похмуру недовіру, а нерідко й підвищення профілю на четвертій шкалі, що відображає ускладнення соціалізації.

**Четвертому типу** притаманне поєднання піків на третій і восьмій шкалах, що свідчить про високий рівень витіснення травматичних впливів, та виявляється у відчуженні, зарозумілості і ізолюваності від соціального середовища, виску імпульсивності, агресивних проявах, ригідності й аутизації, надмірно суб'єктивному підході до трактування життєвих ситуацій, порушенні соціально-психологічної адаптації. Цей профіль відображає орієнтування на схвалення оточення й неспроможність змін своєї поведінки. Такі особи починають орієнтуватися на коло знайомств і контактів у якому їх поведінка беззастережно визнається.

Вони намагаються приймати рішення, давати поради, втручатися в особисте життя незалежно від обумовлених попередніми контактами очікувань оточення. Засудження такої позиції особи з цим типом постстресової аутизації більш менш успішно ігнорують, або уникають шляхом розриву контактів, або брехні. З часом їхнє спілкування обмежується тісним сімейним колом або колом соціально залежних від них

осіб. Такі зміни кола спілкування витісняються або раціоналізуються.

Таким чином, постстресовий симптом аутизації включає такі аспекти:

- 1) різку зміну основних структур особистості;
- 2) зміну характеру і змісту взаємодії особи і соціуму;
- 3) взаємозв'язок актуальних переживань з соціальними, екзистенціальними, духовними складовими;
- 4) переробку стресових переживань в якій представлені деструктивні тенденції.

Вектори розвитку особистості під час посттравматичної переробки супроводжуються змінами зниження рівня збалансованості, фрагментуванням і тенденцією до постстресової аутизації. Для всіх цих видів притаманні загальні патерни переживань: почуття відчуженості (68,2%), невпевненість у собі (38,3%), почуття самотності (29,4%), тривоги (27,6%), зміна системи цінностей (23,6%), неадекватність реакцій (17,1% від числа випробовуваних).

Проте різним типам постстресової аутизації притаманні різні переживання, що ще раз підкреслює специфіку кожного виду переробки психотравм і визначається характером підструктури «Я», яку зачіпає травма:

Зміни «соціальної особистості» суб'єкта, соціальної ролі супроводжуються переважанням патернів соціальних переживань: взаємодій людини і соціуму, зміни системи цінностей і зверненням до Бога.

Спеціальними патернами переживань є концентрація на тілесних відчуттях, порушення образу власної тілесності або зміна відношення до неї.

Поєднання 1 і 2 типів реагування породжує: інтенсифікацію процесів соціально-психологічної деформації особистості, а саме постстресову аутизацію.

## Література

1. Петраков Б. Д. Служба социально-психологического сервиса / Б. Д. Петраков, Г. М. Румянцева. – М. : Профиздат, 1990. – 176 с. – ISBN 5-255-00509-6.
2. Социальный стресс и психическое здоровье: монография / За ред. Т. Б. Дмитриевой, А. И. Воложина. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 248 с.
3. Самоукина Н. В. Экстремальная психология : монография / Н. В. Самоукина. – М. : ЭКМОС, 2000. – 287 с. – ISBN 5-88124-052-9.
4. Пуховский. Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций : научное издание / Н. Н. Пуховский; под ред. В. В. Макарова. – М. : Академический Проект, 2000. – 286 с. – ISBN 5-8291-0094-0.