

## ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ЯК НАСЛІДОК ДИЗАДАПТИВНОГО ПРОЯВУ СТРЕСОГЕННОГО ВПЛИВУ

*В статті визначено, що посттравматичний стресовий розлад, як наслідок дизадаптивного прояву стресогенного впливу, характеризується такими симптомами як: причепливого, переживання травматичної події, симптомами уникнення і фізіологічної гіперактивації, невмотивованої гіперпильності та постійної готовності до загрози (небезпеки).*

*Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, дизадаптивний стресогенний, гіперактивація, гіперпильність.*

*В статье определено, что посттравматическое стрессовое расстройство, как следствие дизадаптивного проявления стрессогенных воздействия, характеризуется такими симптомами как: придирчивого, переживания травматического события, симптомами избегания и физиологической гиперактивации, немотивированной гиперпильности и постоянной готовности к угрозе (опасности).*

*Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, дизадаптивный стрессогенный, гиперактивация, гиперпильность.*

*The article states that post-traumatic stress disorder as a result dyzadaptivnoho manifestation of stress influence, characterized by such symptoms as: cantankerous, experiencing the traumatic event, avoidance symptoms and physiological hyperactivation and unreasonable hiperpynosti and constant readiness for threat (danger).*

*Keywords: post-traumatic stress disorder dyzadaptivnyy stressgenic, hyperactivation, hiperpynlist.*

Травматичні події, що несуть загрозу життю та здоров'ю людини, можуть викликати посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що проявляються у страхах, роздратованості, агресивній неконтрольованій поведінці, спалахах гніву, порушеннях сну, депресіях, схильності до суїцидів, неврозах [1,2,3,7].

Епідеміологічна оцінка поширення ПТСР, що ґрунтується на результатах психіатричних обстежень потерпілих внаслідок масштабних екстремальних ситуацій (катастроф, війн тощо), свідчить, що це захворювання може охоплювати від 15% до 40% потерпілих. При стихійних лихах кількість осіб із симптомами посттравматичного розладу становить від 10% до 50% жертв [8,9].

Матеріали світових досліджень, представлені Н.В. Тарабріною [7] вказують на те, що гострі реактивні психози внаслідок землетрусу виникають у 10-25% постраждалого населення. Кількість осіб, що мали психічні розлади на подальшому етапі розвитку ситуації складала від 3 до 35%. Після перенесених катастроф ознаки ПТСР було виявлено у 60% постраждалих, а у 28% дані прояви спостерігалися через 14 років після стихійного лиха. У 57% жертв зґвалтування відмічалися ознаки хронічного ПТСР. У 19,2% ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС було виявлено ПТСР, а кількість суїцидів серед них складала 58%.

**Мета статті:** Проаналізувати механізми посттравматичного стресового розладу та з'ясувати дизадаптивні прояви стресогенного впливу на особистість.

**Завдання статті:** Визначити детермінанти та умови розвитку посттравматичного стресового розладу та схарактеризувати стресогенні фактори, які впливають на рівень дизадаптивних проявів особистості.

Систематичне вивчення проблеми посттравматичних стресових розладів було розпочато у 80-х роках позаминуло століття.

До 1980 року було накопичено та проаналізовано велику кількість інформації, що базувалась на вивченні психологічних наслідків стресу, викликаного участю в бойових діях, а також при дослідженні особливостей реакції людини на вплив інших екстремальних факторів (аварії, стихійні лиха, різні форми насилля). Узгодження отриманих даних дало змогу внести в опубліковане в 1980 році 3-тє видання офіційного американського діагностичного стандарту DSM-III: Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders – розділ, в якому представлено опис діагностичних критеріїв для визначення розладів, що викликані травмуючим впливом на психіку людини різноманітних стресогенних факторів, які виходять за межі звичного людського досвіду. Комплекс симптомів отримав назву синдрому посттравматичних стресових розладів – PTSD (Post traumatic stress disorder).

У 1995 році в США введена нова четверта редакція DSM-IV. У цьому ж році посттравматичний стресовий розлад, його діагностичні критерії із DSM були введені і в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКХ-10, основного діагностичного

стандарту в європейських країнах, включаючи Україну.

Критеріями ПТСР в МКХ-10 є наступне:

А. Хворий повинен підлягати впливу стресорної ситуації (як короткому, так і тривалому включно загрозливого чи катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у кожного індивідуума.

Б. Стіїкі спогади або активізація стресора в причепливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи снах, що повторюються, або повторне переживання горя при дії ситуацій, що нагадують або асоціюються зі стресом.

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

Г. Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія: чи часткова, чи повна у відношенні важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стіїкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дій стресору), які представлені будь-якими з наступних: а) утруднення засинання чи збереження сну; б) роздратованість або спалахи гніву; в) утруднення концентрації уваги; г) підвищення рефлексу чотирьохбугристості.

Д. Критерії Б, В, Г виникають протягом 6 місяців після стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.

В основі патологічного впливу травматичного стресу лежать ситуативні фактори, заломлені у свідомості суб'єкта.

Після травми суб'єкту доводиться повторно відновлювати або навіть створювати з урахуванням травматичного досвіду цілісну систему ментальних репрезентацій дійсності, когнітивних схем, що складають структуру його суб'єктивного життєвого простору.

Травматичний стрес, руйнуючи структури ментального досвіду, знижує когнітивний оцінковий бар'єр між впливом зовнішнього середовища і емоційною та поведінковою реакцією на цей вплив, внаслідок чого втрачається здатність до адекватної інтерпретації ситуації і поведінка людини починає здійснюватися у відповідності до формули «стимул-реакція».

Втрата здатності до саморегуляції і когнітивного контролю за ситуацією – системоутворюючий фактор порушень на всіх рівнях – біологічному, психологічному і соціальному. Порушення когнітивно-емоційного процесу внаслідок травматичної ситуації призводить до формування цілого комплексу посттравматичних станів.

Внаслідок травматичної ситуації та пережитих надінтенсивних негативних емоцій відбувається патологічна фіксація в пам'яті травматичного сліду, який мимовільно активізується. Такі сліди проявляються у вигляді причепливих спогадів, що супроводжуються тяжкими емоційними переживаннями.

Важливу роль в когнітивному посттравматичному процесі відіграють дисоціативні стани, що пов'язані з особливостями процесів пам'яті на травмуючу інформацію і супроводжуються різноманітними відчуттями втрати зв'язку з реальністю. Часто можуть проявлятися мимовільні перенесення людини в травматичне минуле та здійснення нею дій, які не адекватні теперішній, а є адекватними саме ситуації в минулому. Причепливі спогади атакують людину, вона хоче їх позбутися. Відмова від прийняття життєвого досвіду і породжує основну причину посттравматичної дезадаптації – когнітивний конфлікт, суть якого в тому, що травматичні спогади проривають бар'єр заборон. Інтенсивність емоцій при проривах спогадів постійно збільшується. З часом тяжкість емоційного стану, що супроводжує травматичні спогади, робить неможливим нормальне функціонування людини [4,5].

Контроль за травмою з часом потребує все більше і більше життєвої енергії, що і проявляється в симптоматиці ПТСР.

Наслідком цього є порушення системної рівноваги і розвиток тяжких хронічних форм розладу. Когнітивна оцінка травматичного стресу та пов'язані з ним надсильні негативні емоційні переживання відображаються і на глибинних системах регуляції людської поведінки, а саме: нейроморфологічних, біохімічних, психофізіологічних.

В екстремальній ситуації сформувалася навичка швидкого реагування, яка потім зберігається і в подальшому саме на ті впливи, які не потребують такої реакції. При ПТСР спосіб взаємодії з оточуючим світом характеризується втратою здатності до розрізнення характеру стимулу. Гіперактивність стає автономною. Це проявляється в підвищенні рівня збудження і тривоги під час сну, високому рівні роздратованості, схильності до імпульсивних агресивних реакцій, надмірній настороженості.

Патологічна висока готовність до реагування на зовнішню і внутрішню небезпеку провокує розлади уваги: відволікання, порушення концентрації. Підсвідома готовність до захисту проявляється

в надмірному реагуванні на раптові, але нейтральні стимули.

Якщо суб'єкт намагається витіснити із свідомості травматичні спогади, то відбувається «інкапсуляція» травми, виведення її з-під контролю травми. Тому можливі некеровані прориви травматичних спогадів у свідомості і супутні їм тяжкі емоційні стани. У структурі життєвого досвіду формується мотиваційна спрямованість на уникнення всього, що здатне викликати травматичну пам'ять та тяжкі емоції [4,5].

Посттравматична спрямованість на уникнення, як провідна мотиваційна стратегія подолання наслідків перебування в травматичній ситуації, призводить до глибинних порушень на всіх рівнях саморегуляції, в тому числі на соціальному та соціально-психологічному. Прагнення до уникнення без адекватного зворотного зв'язку із зовнішнім середовищем спотворює емоційну картину світу. Дана поведінка обмежує доступ нової інформації, яка може викликати позитивні емоції.

Внаслідок зниження рівня позитивних емоцій різко знижується рівень активності людини, втрачається інтерес до життя, характерна відсутність перспективи. Зменшується коло спілкування, з'являється відчуженість та ізолюваність від оточення. Втрачаються близькі стосунки з родичами.

Відповідно до сучасних уявлень [6,7], переживання травматичної ситуації супроводжується виникненням трьох різних феноменів, які мають характерні відмінні риси, але проте пов'язані один з одним.

Так, безпосередньо у першу мить травматичної події багато індивідів не в змозі сприйняти цілісну картину, що відбувається. У цьому випадку сенсорні й емоційні елементи події не можуть бути інтегровані в рамках єдиної особистісної системи пам'яті та ідентичності й залишаються ізолюваними від повсякденної свідомості. Переживання травматичної ситуації розділяється на ізолювані соматосенсорні елементи. Фрагментація травматичного досвіду супроводжується его-станами, які відрізняються від повсякденного стану свідомості. Цей феномен позначають як первинну дисоціацію. Первинна дисоціація багато в чому обумовлює розвиток ПТСР, симптоми якого (нав'язливі спогади, нічні кошмари й флешбек-ефекти) можна інтерпретувати як драматичне вираження дисоційованих спогадів, пов'язаних із травмою [6,7].

Індивід, що перебуває в «травматичному» (дисоційованому) ментальному стані, переживає подальшу дезінтеграцію елементів травматичного досвіду перед загрозою, що не

припиняється. Вторинна, або перитравматична, дисоціація часто має місце в індивідів, що переживають травматичну ситуацію [6], і включає феномени виходу з тіла, дереалізації, аналгезії й ін. Вона дозволяє дистанціюватися від нестерпної ситуації, зменшити рівень болю й дистресу й, в остаточному підсумку, захистити себе від усвідомлення всього впливу травматичної ситуації. Вторинна дисоціація має анестезуючу дію, виводячи індивіда із зіткнення з почуттями й емоціями, пов'язаними із травмою, у той час як первинна дисоціація обмежує когнітивну переробку травматичного переживання таким чином, що це дозволяє індивідові, який перебуває в ситуації, що виходить за рамки його повсякденного досвіду, діяти, ігноруючи деякі аспекти або всю психотравмуючу ситуацію.

У тому випадку, коли має місце розвиток характерних его-станів, які містять у собі травматичні переживання й складаються зі складних особистісних ідентичностей, що мають характерні когнітивні, афективні й поведінкові паттерни, – говорять про третинну дисоціацію. Деякі із цих его-станів можуть містити біль, страх або лють і гнів, пов'язані з конкретною травматичною ситуацією, у той час, як інші его-стани залишаються в невіданні щодо травми й дозволяють індивідові успішно виконувати повсякденні рутинні обов'язки. Прикладом крайнього вираження третинної дисоціації є розлад множинної особистості.

Дисоціація є, очевидно, фундаментальною властивістю психіки й лежить в основі багатьох феноменів, що мають місце як при «нормальному» функціонуванні психіки, так і в багатьох видах психопатології. Безліч форм дисоціативних станів, а так само їхня поширеність, дають підставу припускати, що вони займають важливе місце у функціонуванні психіки й мають велику цінність із погляду адаптації до мінливих умов навколишнього середовища [6,7].

На думку Є.О. Лазебної [6], розвиток ПТСР залежить від багатьох факторів. Сюди відносять: ситуаційні фактори претравматичної схильності: вік травматизації (до 18 і після 60 років ризик травматизації вищий); спадкові фактори психічного здоров'я, особливо коли в сім'ї є випадки алкоголізму, наркоманії, психічних розладів; генетичні фактори нейроендокринної схильності (наприклад, природжено низький рівень секреції кортизолу у відповідь на стресогенну дію). Конфлікти в родині, схильність до девіантної поведінки у підлітковому віці, втрата батьків, розрив сімейних зв'язків, сексуальна та фізична травматизація в дитинстві, низький освітній

## Питання психології

рівень, наявність певних особистісних якостей, а саме: нейротизму, інтровертованості, високого рівня тривожності, екстернальний локус суб'єктивного контролю.

**Висновок:** Таким чином, посттравматичний стресовий розлад виникає після дії травматичних ситуацій, які характеризуються екстремальними критичними подіями, що несуть в собі надзвичайно негативний вплив, ситуацію загрози життю чи здоров'ю людини, потребує від неї екстраординарних зусиль з оволодіння наслідками цього впливу.

Посттравматичний стресовий розлад характеризується симптомами:

1) причепливого, постійно повторюваного переживання травматичної події; 2) симптомами уникнення, де травматичний досвід постійно витісняється зі свідомості, людина прагне позбавитись думок і спогадів про пережите, що супроводжується високою емоційною напругою та енергетичним виснаженням; 3) симптомами фізіологічної гіперактивації, що проявляється в утрудненнях засинання, підвищеній роздратованості, спалахах гніву, невмотивованій гіперпильності та постійній готовності до загрози (небезпеки).

Розвиток посттравматичного стресового розладу залежить від багатьох умов, а саме: наскільки ситуація суб'єктивно сприймалась як загрозна, наскільки об'єктивно реальною була загроза життю, наскільки близько від трагічних подій знаходився індивід, чи були задіяні в цю подію його близькі, чи вони постраждали.

Великого значення набувають фактори травматичної ситуації, до яких належать тяжкість травматичної події, фактори її

раптовості, ступінь підготовленості суб'єкта до дії травматичної ситуації. Факторами претравматичної схильності є: вік травматизації, спадкові фактори психічного здоров'я, генетичні фактори нейроендокринної схильності, травматизація в дитинстві, низький освітній рівень, наявність певних особистісних якостей.

В науковій літературі описані фізіологічні, біохімічні та психологічні типи адаптаційних механізмів, що включаються у людини в умовах стресу та забезпечують нормальне функціонування організму. Надзвичайно велика увага приділяється аналізу механізмів дії стресу на біологічному рівні. В якості психологічних механізмів розглядаються механізми психологічного захисту, компенсації і копінг-механізми або механізми долаття стресу. Чіткого аналізу механізмів стресостійкості ми не виявили. Так, до антистресових механізмів, що визначають стійкість до стресу, відносять генетичні та онтогенетичні фактори. В експериментальних і клінічних дослідженнях встановлено, що у формуванні стійкості до різних стресових станів (гіпокінезія, біль, психоемоційна і фізична напруга і ін.) істотне значення мають спадкові (генетичні) властивості організму. Серед чинників індивідуального (онтогенетичного) розвитку організму найбільше значення у формуванні стійкості до стресу має досвід, який набувають при тривалих стресових впливах. Цей досвід, практично, є проявом адаптованості організму до стресу, яка дозволяє людині зберігати стійкість в реалізації різноманітних форм діяльності та адекватно регулювати поведінку в стресових ситуаціях.

## Література

1. **Корольчук М. С.** Психофізіологія діяльності : підручник для студентів вищ. навч. закладів / М. С. Корольчук. – К. : Ельга; Ніка-Центр, 2003. – 400 с.
2. **Крайнюк В. М.** Психологія стресостійкості особистості : монографія / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
3. **Милерян Е. А.** Обсуждение и теоретическое обобщение экспериментальных материалов / Е. А. Милерян // Очерки психологии труда оператора. – М. : Наука, 1974. – С. 5–118.
4. **Писаренко В. М.** Устойчивость эмоционального состояния спортсмена в условиях соревнований / В. М. Писаренко // Пути достижения трудной цели в спорте. – М., 1964. – С. 51–68.
5. **Пірен М. І.** Конфлікт і управлінські ролі. Соціо-психологічний аналіз / М. І. Пірен. – К. : МАУП, 2000. – 284 с.
6. **Семиченко В. А.** Психология деятельности : модульный курс для преподавателей и студентов / В. А. Семиченко. – К. : Издатель А. Н. Эшке, 2002. – 247 с.
7. **Семиченко В. А.** Психология личности / В. А. Семиченко. – К. : Видавець О. М. Ешке, 2001. – 427 с.
8. **Шапиро Ф.** Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро. – М. : Независ. фирма «Класс», 1998. – 496 с.
9. **Шапкин С. А.** Деятельность в особых условиях: компетентный анализ структуры и стратегий / С. А. Шапкин, Л. Г. Дикая // Психологич. журн. – 1996. – Т. 17, № 1. – С. 19–34.