

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА ТА ПОСТТРАВМА: СУТНІСТЬ І СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ

І.А. МАРТИНЮК, кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри соціальної роботи та психології
Національного університету біоресурсів і природокористування України

Анотація. У статті йдеться про причини та сутність психологічних травм. Розглядаються прояви посттравми. Акцентується увага на особливостях психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі.

Ключові слова: психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад, травмована особистість, психологічна допомога

Постановка проблеми у загальному вигляді. Події останніх двох років на Україні стали травматичними для величезної кількості її громадян – змусили пережити щось стресогенне, таке, що порушило звичний уклад життя, до чого були невідгодуваними. Переживання травматичних подій (залежно від особливостей їх сприймання людиною) може призвести до виникнення психологічної травми, або ж навіть до посттравми. Кожен із зазначених психологічних феноменів має свої ознаки, врахування яких необхідне для з'ясування можливостей психологічної допомоги.

Мета статті – ознайомити з особливостями прояву психологічних травм і посттравм та способами психологічної допомоги особам, які зазнали травм війни.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За словами А. Гершанова та О. Червець (фахівців Ізраїльської коаліції по роботі з травмою), психологічна травма виникає за безпосередньої загрози життю самій людині чи її близьким родичам, за безпосереднього особистого візуального сприймання травмуючої події, при отриманні відомостей про травмуючу подію і знанні того, що близькі люди перебувають у зоні цієї події на її момент. Психологічна травма може виникати також у фахівців, які працюють з травмованими людьми (пожежники, медики, психологи, соціальні працівники і т. д.), і вона носитиме вторинний характер.

Проявами психологічної травми (її критеріями) є:

- 1) флеш-беки (картинки пережитої травматичної події, що спалахують);
- 2) надчутливість (підвищена слухова чутливість, нюхова і т. д.);
- 3) уникання (людина докладає спеціальних зусиль для уникнення чогось, наприклад, якогось місця; це забирає багато сил, часу, грошей і т. д.);
- 4) негативні думки, нав'язливі думки і спогади, перебільшені негативні уявлення про світ, своє життя, переконання негативного характеру (наприклад: „весь світ буде зруйнований”, „ніхто не допоможе”, „усіх ненавиджу”).

На місці травматичної події у людини може проявлятися гостра реакція стресу, що триває від кількох хвилин до кількох годин. Переживання травматичної події може переростати:

- у гострий стресовий розлад, що триває від трьох днів до одного місяця;

- у гострий постстресовий розлад, що триває від одного місяця до трьох місяців;

- у хронічний посттравматичний стресовий розлад, що триває від трьох місяців і пожиттєво;

- у відстрочений посттравматичний стресовий розлад, симптоми якого виникають через шість місяців після переживання травматичної події (чи цілого їх ланцюга), тобто їх початок відтермінований, що часто ускладнює усвідомлення людиною причин своїх труднощів.

Критеріями для постановки діагнозу „посттравматичний стресовий розлад” (ПТСР) за DSM-IV (саме у класифікаційному психіатричному стандарті Американської психіатричної асоціації вперше було включено даний розлад, у третій редакції) є:

1. В анамнезі – переживання чи зустріч з подіями, що потягли чиюсь смерть, важку травму чи значну загрозу для життя чи здоров'я хворого чи його близьких. У відповідь на ці події – переживання сильного страху, жаху, почуття безпомічності.

2. Подія знову і знову переживається хворим (можливі такі варіанти):

- періодично повторювані спогади, що мучать;

- періодично повторювані сни, ілюзії, „кадри з минулого” чи відчуття повторного переживання цих подій, що мучать;

- дистрес, що викликається цими спогадами;

- соматичні розлади, що викликаються спогадами.

3. Постійне уникання чогось, що могло б нагадувати про ті події, суб'єктивне відчуття „оніміння”, відчуженості чи відсутності емоційної реакції.

4. Принаймні два з нижченаведених симптоми збудження:

- проблеми зі сном;

- дратівливість;

- погана концентрація;

- підвищена лякливість.

5. Значний дистрес чи погіршення із симптомами, що тривають принаймні один місяць. [2, с. 613]

За МКХ-10 (у Міжнародний класифікатор хвороб – основний діагностичний стандарт в європейських країнах діагноз ПТСР був вперше введений у 1995 році) діагностичними критеріями ПТСР є:

А. Хворий повинен піддаватись впливу стресової події чи ситуації (як короткій, так і тривалій) винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, що здатний викликати дистрес майже у будь-якого індивідуума.

Б. Стійкі спогади чи „пожвавлення” стресора у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи снах, що повторюються, або повторне переживання горя при дії ситуацій, які нагадують чи асоціюються із стресом.

В. Хворий повинен виявляти фактичне уникання чи прагнення уникати обставин, що нагадують або асоціюються із стресором.

Г. Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія, або часткова, або повна, щодо важливих аспектів періоду дії стресору.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості чи збудливості (що не спостерігались до дії стресору), представлені двома із наступних:

а) труднощі засинання чи збереження сну;

б) дратівливість чи спалахи гніву;

в) труднощі концентрації уваги;

- г) підвищення рівня бадьорості;
- д) посилений рефлекс „чотиригорбика”.

Д. Критерії Б, В і Г виникають протягом шести місяців після стресогенної ситуації чи в кінці періоду стресу (для деяких цілей початок розладу, відтермінований більше, ніж на шість місяців, може бути включеним, але ці випадки повинні бути точно визначені окремо). [4, с. 49–50]

А. Гершанов, О. Червець до даних симптомів додають такі:

- значуще неприємне почуття, що погіршує функціонування у різних сферах (знижене функціонування),
- усю симптоматику не можна пояснити вживанням психотропних речовин (тобто, алкоголізмом, наркоманією, прийомом медичних препаратів) чи травмою голови (що зумовила амнезію).

Для діагностики ПТСР має бути цілий комплекс симптомів, тобто з кожного кластеру хоча б по одному симптому.

Виклад основного матеріалу дослідження. Досвід ізраїльських колег (зі слів А. Гершанова та О. Червець) у роботі з людьми, які пережили травму, свідчить, що основними її аспектами є:

- а) повернення відчуття реальності – у гострому стані, тобто відразу після переживання травмуючої події, це перша психологічна допомога;
- б) відновлення розірваних неперервностей (тобто уявлень про себе і свої соціальні ролі, міжособистісних зв'язків тощо), створення відчуття безпеки – через три – чотири дні після переживання травмуючої події;
- в) психотерапія – через один місяць після переживання травмуючої події;
- г) перевірка неперервностей – ще через місяць після переживання травмуючої події.

Н. Тарабріна, аналізуючи методи лікування ПТСР, зазначає, що невід'ємною складовою загально відновлювальних заходів є психотерапія, оскільки необхідно здійснити реінтеграцію порушеної внаслідок травми психічної діяльності. Психотерапія має бути спрямована на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості і здатності подальшого існування у світі. Мета психотерапії – допомога у звільненні від спогадів минулого, що переслідують, та інтерпретація наступних емоційних переживань як спогадів про травму, в активному та відповідальному включенні пацієнта у теперішнє. Для цього йому треба допомогти знову набути контроль над емоційними реакціями і знайти травматичній події, що відбулась, належне місце у загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії. Ключовий момент психотерапії – інтеграція того чужого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним відбулось, в його уявлення про себе (образ „я”). Тобто психотерапія повинна знижувати тривогу і відновлювати почуття особистісної цілісності і контролю над тим, що відбувається. Для проведення психотерапевтичної роботи з пацієнтами з ПТСР пропонує як індивідуальну, так і групову форми роботи. Автор зауважує, що психотерапевту уже при першому контакті з даною категорією осіб слід прагнути до досягнення таких цілей: створення довірливого та надійного контакту, інформування про характер розладу і можливості терапевтичного втручання, підготовка до подальшого терапевтичного досвіду, зокрема, до необхідності повернутись до хворобливих травматичних переживань. [4, с. 95–107]

Б. Колодзін, описуючи свій досвід роботи з ветеранами війни у В'єтнамі,

зазначає, що посттравматичний стрес – нормальна реакція на ненормальну ситуацію; будь-яка нормальна людина, опинившись в екстремальних, небезпечних для життя обставинах, виробляє нестандартні шляхи психологічного оволодіння ситуацією. Багато симптомів посттравматичного стресу у ветеранів війни – це способи поводити себе, думати, відчувати і рухатись, щоб вижити у нелюдських умовах. Б. Колодзін описує такі симптоми ПТСР: немотивована обережність, „вибухова” реакція, притупленість емоцій, агресивність, порушення пам’яті та концентрації уваги, депресія, загальна тривожність, приступи люті, зловживання наркотичними та лікарськими речовинами, непрохані спогади, галюцинаторні переживання, безсоння, думки про самогубство, відчуття вини за те, що вижив. Психолог зауважує, що навіть, якщо людина тривалий час страждала ПТСР, вона може знову набути життєвої рівноваги. Важливими кроками на цьому шляху, за Б. Колодзіним, є внутрішнє прийняття того, що відбулось у житті; примирення із самим собою; знаходження смислу того, що відбулось; навчання користуватись набутими знаннями. Важливо дати можливість людині переконатись у тому, що кожного разу, „зірвавшись”, вона може знову „встати на ноги” і відновити втрачену рівновагу. Б. Колодзін описує техніку роботи щодо подолання окремих симптомів ПТСР: розпізнавання страху, набуття внутрішньої рівноваги, вміння спілкуватись так, що тебе розуміли, робота з важкими спогадами, вивчення історії свого життя, примирення з „привидами минулого”. Особливістю людей з ПТСР називає надчутливість до ситуацій, у яких здійснюються будь-які дії неповаги, найзавуальованіші форми „немиру”. Тому ветерани війни можуть багато чого навчити людство, вказуючи на приховані форми „не-миру”, які часто важко розпізнати. [1]

I. Міссмаль (засновниця IPSOgGmbHInternationalPsychosocialOrganisation, 2008 р.), ділячись досвідом психотерапевтичної допомоги мешканцям Афганістану (які живуть тривалий час в умовах війни), виокремлює такі спільні характеристики усіх постраждалих під час бойових дій: відсутність почуттів (нічого не відчують); не пам’ятають навіть найменшого позитивного епізоду зі свого життя; страх за своє життя; відчуття безпомічності; думки про те, що життя закінчилось; скарги на втому, виснаження. Вона рекомендує індивідуальну психотерапію для роботи з ПТСР. Найбільш дієвим методом називає розповідь історії свого життя (минуле, яким було життя до травми, що відбулось під час травми, що хвилює тепер). Мета психотерапії при ПТСР, за I. Міссмаль, – допомогти зрозуміти, що треба самому зробити для того, щоб змінити ситуацію в якийсь небезпечний момент. Завдання психологічної допомоги: знайти ресурси людини; допомогти їй усвідомити сенс життя; допомогти людині взяти ситуацію у свої руки. Для цього I. Міссмаль рекомендує:

- дати доступ до почуттів,
- спонукати людину до пошуку рішень, виходу із ситуації (дати можливість клієнту відчувати, що він може щось робити, змінювати, – це зніме відчуття безсилля),
- якщо клієнт побачить, що психологу важко говорити про травму, він може взагалі закритись,
- не можна змушувати говорити про травму (доречними будуть такі фрази: „Я думаю, – те, що ви пережили, – це жахливо”, „Я думаю, що я достатньо сильна, щоб вислухати те, що ви мені розкажете”, „Якщо ви вважаєте, що це рано про це говорити, ми можемо повернутись до цього пізніше”).

I. Міссмаль зазначає, що існують такі типи переживання людьми травм:
а) негативні симптоми зникають через невеликий проміжок часу;

б) наявний цілий комплекс симптомів, які зберігаються тривалий час (тоді говорять про те, що людина травматизована).

Характерними ознаками травматизованих людей є:

- спогади про травмуючу подію, ситуацію, що виникають несподівано, тягнуть за собою усі почуття, що виникали на той момент, відчуття безпомічності. При цьому людина не розрізняє „тоді” і „зараз”, це так звані „флешбеки”. Людині не вдається контролювати їх появу, це викликає почуття постійного неспокою, збудження;

- виставляння меж: заперечують свої почуття, уникають людей, соціально ізолюються, ні з ким про травму не говорять.

Травматизація проявляється не відразу. Після травми не можна відразу говорити з людиною (щоб не перервати ланцюг спогадів).

Фази психотерапії травматизованих клієнтів, за І. Міссмалъ:

1) тут і зараз клієнт у безпеці („Яким ви були раніше?”)

а) прийняття того, що відбулось („Як ви ставитесь до того, що з вами відбулось?”, „Чому це відбулось?”, „Якою була ваша роль у цій ситуації?”, допомоги зрозуміти людині, що вона може вчитись з цим жити);

б) знаходження сенсу того, що відбулось („Що це для вас означає?”, „Які висновки для себе ви можете зробити?”, „Як цей досвід може вам допомогти, залишаючись з вами усе ваше життя?”);

2) ще раз пережити цю подію („Що ви пережили під час тієї ситуації, події?”, „Що трапилось?”);

3) інтегрувати цю подію у власну біографію („Що для вас цінне?”, „Яка ваша мета?”, „Які ваші мрії?”, „Яка ваша ситуація зараз?”).

І. Міссмалъ виокремлює 10 кроків першої зустрічі із травматизованим клієнтом:

1 – аналіз головного симптому, 2 – ідентифікація психосоціальної проблеми, 3 – встановлення взаємозв'язку між психосоціальним стресором і симптомом, 4 – пояснення клієнту цього взаємозв'язку, 5 – розпитування про історію життя клієнта, 6 – з'ясування основних скарг, 7 – вирішення головних скарг, 8 – обговорення того, що може зробити клієнт, щоб підійти до вирішення проблеми, 9 – домашнє завдання – що зробити до наступної зустрічі, 10 – підсумок.

Аналіз описаного досвіду психологів дозволив виокремити ключові моменти у роботі з ПТСР, однак важливо також розуміти загальну стратегію психотерапевтичної роботи. На наш погляд, для втілення основних ідей щодо роботи з даним розладом та розробки загальної її стратегії доцільно використати п'ятикрокову модель психотерапії Н. Пезешкіана. [3]

У психотерапії осіб з ПТСР етапи та зміст роботи можуть бути такими.

1. Спостереження / дистанціювання (мета – з'ясувати основні симптоми, актуалізувати спогади про минуле з тим, щоб надалі створити цілісну картину життя клієнта, знайти внутрішні ресурсні частини особистості клієнта, вселити надію на видужання та реабілітацію).

2. Інвентаризація (мета – з'ясувати психосоціальну ситуацію клієнта, сприяти формуванню цілісної картини його життя в його свідомості, виокремити ті позитивні аспекти, яких він набув/пізнав/відкрив для себе, перебуваючи у стресовій ситуації).

3. Ситуативне підбадьорення (мета – сприяти формуванню цілісної картини життя клієнта у його свідомості, знаходженню сенсу пережитого досвіду).

4. Вербалізація (мета – пропрацювати травмуючий досвід, зняти відчуття безнадії та безсилля, сприяти усвідомленню клієнтом того, що він може

впливати на своє життя).

5. Розширення системи цілей (мета – сприяти формуванню цілісної картини життя через проектування власного майбутнього та включення до цієї картини травмуючого досвіду).

Кожен з описаних етапів – окрема зустріч з клієнтом, в залежності від індивідуальних особливостей клієнтів четвертому етапу може бути відведено дві і більше зустрічей. Такі етапи і зміст роботи можуть застосовуватись як в індивідуальній, так і груповій психотерапії ПТСР.

Висновки та шляхи подальших досліджень. Запропонована стратегія психотерапії посттравматичного стресового розладу застосовувалась автором у практиці роботи з пацієнтами Головного військового клінічного госпіталю. Її впровадження засвідчило, що протягом психотерапевтичної зустрічі вони відчувають емоційне піднесення, внутрішній комфорт та полегшення душевного стану внаслідок проговореного.

Ознайомлення із способами психологічної допомоги при психологічних травмах та посттравмах, а також їх критеріями, має бути внесене сьогодні у практику підготовки фахівців напрямів „психологія”, „соціальна робота”, „соціальна педагогіка”.

Література

1. Колодзин Б. Как жить после психической травмы / Бенджамин Колодзин; пер. с. англ. И. В. Савельевой. – М.: Кооператив „Шанс”, типография НИИ „Геодезия”, 1992. – 96 с.

2. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики / Рональд Комер. – [4-е изд.]. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. – 640 с. – (Проект „Психологическая энциклопедия”).

3. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Носсрат Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.

4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Надежда Владимировна Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с. – (Серия „Практикум по психологии”).

REFERENCES

1. Kolodzin B. Kakgyt'poslepsiicheskoytravmy / BendgaminKolodzin; per. s. angl. I. V. Savel'evoy. – M.: Kooperatyv „Shans”, typographiyaNII „Geodeziya”, 1992. – 96 s.

2. Komer R. Patopsihologiyapovedeniya. Narusheniyaipatologiyapsihiki / Ronal'dKomer. – [4-eizd.]. – SPb.: PRAYM-EVROZNAK, 2005. – 640 s. – (Proekt „Psihologicheskayaencyklopediya”).

3. Pezeshkian N. Psyhosomatikaipozitivnayapsihoterapiya / NossratPezeshkian; per. snem. – M.: Medicina, 1996. – 464 s.

4. Tarabrina N. V. Praktikumopsihologiiiposttravmaticheskogostressa / NadegdaVladimirovnaTarabrina. – SPb.: Piter, 2001. – 272 s. – (Seriya „Practicumopsihologiyi”).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ПОСТТРАВМА: СУЩНОСТЬ И СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

И.А. МАРТЫНЮК, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры социальной работы и психологии Национального университета биоресурсов и природопользования Украины

Аннотация. В статье изложены причины и сущность психологических травм. Рассматриваются проявления посттравмы. Акцентируется внимание на особенностях психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве.

Ключевые слова: психологическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, травмированная личность, психологическая помощь

PSYCHOLOGICAL TRAUMA AND POSTTRAUMA: ESSENCE AND WAYS TO OVERCOME

I. MARTYNIUK, candidate of psychology, associate professor of National University of life and environmental sciences of Ukraine

Summary. The article describes the causes and nature of psychological trauma. We consider the manifestations of posttrauma. The attention is focused on the peculiarities of psychological assistance to persons with PTSD.

Keywords: psychological trauma, post-traumatic stress disorder, traumatized personality, psychological assistance

УДК 316/614 – 053.6:316.662.5

ВПЛИВ СИТУАЦІЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ НА ПРОЦЕС СОЦІАЛІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

Л.М. ОМЕЛЬЧЕНКО, кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної роботи та психології Національного університету біоресурсів і природокористування України

Анотація. У статті розглядається проблема впливу ситуації невизначеності на процес соціалізації сучасної студентської молоді. Виявлено, що невизначеність у процесі соціалізації постає для сучасного студентства як суперечність вимог одного та кількох агентів. Невизначеність ускладнює процес соціального вибору і прийняття соціальних норм. Перевернено припущення про наявність кореляційного зв'язку між мотивацією досягнення успіху та толерантністю до невизначеності студентської молоді.

Ключові слова: соціалізація, ситуація невизначеності, толерантність до невизначеності

Постановка проблеми у загальному вигляді. Демократичні перетворення, що відбуваються в нашій державі, зовнішня агресія, зумовили появу низки соціально-психологічних явищ, зумовлених порушенням визначеності та відсутністю передбачуваності життя. Доведенням зазначеного положення є неможливість задіяння механізму передачі досвіду молодшим поколінням у сфері політики, організації та управління, у царині економіки, у галузі освіти тощо. Соціальне буття пересічного молодого українця теж позначене невизначеністю, адже існує чітке усвідомлення необхідності докорінної відмови

© Л. М. Омельченко, 2015