

DOI 10.36074/logos-19.03.2021.v3.49

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

ORCID ID: 0000-0001-5455-4891

Герасімова Н. Є.

кандидат психологічних наук, доцент  
доцент кафедри педагогіки і психології  
ННІ педагогічної освіти, соціальної роботи і мистецтва  
*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

ORCID ID: 0000-0003-3981-1428

Герасимова І. В.

кандидат педагогічних наук, доцент  
доцент кафедри педагогіки і психології транзактний аналітик  
ННІ педагогічної освіти, соціальної роботи і мистецтва  
*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

УКРАЇНА

Посттравматичними стресовими розладами прийнято називати порушення психічного здоров'я, які безпосередньо пов'язані з емоціями, що виникли в результаті надзвичайної ситуації, яка є потенційною загрозою або вже заподіяла фізичну шкоду організму[10].

Уперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були помічені й описані Да Коста 1871 році під час Громадянської війни в Америці і були названі «синдром солдатського серця». У 1941 році А. Кардинер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [6].

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50-60-х років минулого століття. Число досліджень щодо наслідків катастроф, які виявляють наявність посттравматичного стресового розладу у населення, набагато менше, ніж кількість досліджень, проведених з ветеранами бойових дій [5]

Посттравматичний стресовий розлад виникає в наслідок тривалої дії та переживання травматичного стресу. Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку змінюється структура когнітивної моделі світу, афективної сфери, неврологічних механізмів, які управляють процесами навчання, пам'яттю, емоціями.

У ролі стресора в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу [8]. Для чоловіків частота посттравматичних стресових розладів становить в цілому 0,56%, а для жінок – 1,5%. Для чоловіків травмою зазвичай є переживання, перенесені в боях, а тяжкість синдрому обумовлюється

ступенем травми. У жінок травмою найчастіше є напад злодія і зґвалтування [2]. 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 подій, що сталися [8].

Посттравматичний стресовий розлад проходить певні стадії в своєму розвитку:

*Гостра* (від моменту події до 6 тижнів). Цей період характеризується раптовою загрозою власному життю і загибеллю близьких. Поведінка в гострому періоді екстремальної ситуації багато в чому визначається емоцією страху, яка до певної межі є нормальною і сприяє психічній та фізичній мобілізації, необхідній для самозбереження. Виникають психічна напруга і страх. По завершенні гострого періоду деякі потерпілі відчувають короточасне полегшення, підйом настрою, активно беруть участь в рятувальних роботах, багато разів повторюючи, розповідають про свої переживання дискредитуючи небезпеку.

*Хронічна* (від 6 тижнів до 6 місяців). У багатьох учасників екстремальної ситуації відзначається зміна активності – рухи стають більш чіткими, економними, збільшується м'язова сила, що сприяє переміщенню людини у більш безпечне місце. Для цієї стадії найвищою мірою характерне порушення поведінкової сфери. При цьому, легкість або тяжкість подальшої адаптації визначається поведінкою людини і ступенем прийняття нею відповідальності за власне життя.

*Відстрочена* (від 6 місяців до кількох років). Для цієї стадії характерний досить стійкий прояв симптомів постстресових розладів: відчуття підвищеної втоми, денна сонливість поряд з розладом нічного сну; поява тремтіння в руках і ногах, постійне очікування можливого нещастя, підвищена вразливість і образливість [8].

Основними чинниками, що впливають на виникнення посттравматичного стресового розладу є:

1. *Особливості пережитої екстремальної ситуації*: природні, техногенні, антропогенні катастрофи, війни, терористичні акти, насильство тощо; раптовість; тривалість; інтенсивність; масовий або індивідуальний характер; організація рятувальних робіт; інформованість; наявність «вторинних» психотравмуючих чинників.

2. *«Професійні» чинники (для професій підвищеного ризику)*: ефективність профвідбору; рівень професійної підготовки; ступінь сформованості готовності до діяльності в екстремальних умовах; загальний стаж служби; рівень «стресогенності» професійної діяльності; рівень психопрофілактичного забезпечення професійної діяльності.

3. *Соціально-демографічні чинники*: вік; стать; сімейний стан; професійний статус; приналежність до професій підвищеного ризику.

4. *Чинники, пов'язані зі станом здоров'я*: наявність соматичних захворювань, нервово-психічних захворювань, психотравмуючих чинників в анамнезі.

5. *Соціальні чинники*: соціальна підтримка і захист на державному рівні; доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм; соціально-економічний статус постраждалого.

6. *Соціально-психологічні чинники*: етнокультурні особливості; релігійність; розвиненість і характер мікросоціальних зв'язків; відношення суспільства до тієї чи іншої екстремальної події.

7. *Індивідуально-психологічні чинники*: індивідуальна значущість екстремальної події; емоційні особливості; індивідуально-типологічні особливості; провідні особистісні тенденції; мотиваційна і ціннісно-смилова сфери; фрустраційна толерантність (стресостійкість); особливості життєвого стилю і стратегії подолання механізмів психологічного захисту [1].

Виникнення посттравматичного стресового розладу у кожній конкретній особистості визначається складним взаємовпливом вищезазначених чинників [1]. Симптоми посттравматичних стресових розладів варіюються в залежності від причин і чинників, які спричинили цей розлад. Проте існують головні ознаки, показові для всіх. Це: повторні кошмарні сновидіння або спогади; постійний страх; депресія; флешбеки (миттєве відтворення травмуючої ситуації, яке супроводжується панікою, почуттям страху, безпорадністю); втрата яскравих емоцій; суїцидальні настрої; параноя та постійне відчуття небезпеки.

Посттравматичний стресовий розлад найчастіше виникає в учасників бойових дій. Участь у бойових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. На відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні може проявитися психічною травмою з віддаленими наслідками, які виникають раптово через кілька років на тлі загального благополуччя. Світова статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і інвалідизованих – кожен третій [7].

Перебування на війні супроводжується комплексним впливом низки чинників: ясно усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, біль, інвалідизація; ні з чим не порівнянний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, поряд з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати; вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дій, раптовість, невизначеність, новизна); негаразди і позбавлення (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування); незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція тощо) [7].

Існують різні підходи до розуміння сутності бойового стресу. Але більшість дослідників погоджуються з думкою, що бойовий стрес являє собою сукупність субреактивних станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до несприятливих для їх життєдіяльності і загрозливим їх життєвоважливим цінностям умовам (стрессорам) бойової обстановки.

Інтенсивність переживання військовослужбовцями бойового стресу залежить від взаємодії двох основних чинників: сили і тривалості впливу на психіку військовослужбовця бойових стресорів; особливостей реагування військовослужбовця на їх вплив.

Реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей його індивідуально-психологічних особливостей, психологічної та професійної готовності до ведення бойових дій, характеру і рівня бойової мотивації [4].

В якості характеристик бойової діяльності, що впливають на інтенсивність впливу бойового стресу на учасників цієї діяльності, виділяють:

- ступінь бойової активності конкретного військовослужбовця, яка визначається, як правило, за кількістю бойових операцій, в яких

військовослужбовець брав безпосередню участь і які супроводжувалися реальною загрозою для його життя;

- значимість бойових дій, в яких брав участь військовослужбовець, для виконання більш масштабних бойових завдань;

- ступінь напруженості і характер бойових дій військовослужбовця (при цьому особливе значення надається участі військовослужбовця у бойових діях з противником, значно переважаючим під силу, в умовах вимушеного відступу, в оточенні);

- кількість бойових втрат в частині, підрозділі, де проходив службу військовослужбовець, а також сприйняття цим військовослужбовцем їх доцільності і зумовленості об'єктивними умовами бойової діяльності [9].

Особливий вплив на рівень прояву бойового стресу у конкретного військовослужбовця мають такі фактори, як: кількість перенесених ним поранень, контузій, отриманих травм; обставини (якщо це мало місце) взяття його в полон, тривалість і умови перебування в полоні.

Поряд з перерахованими факторами виділяються також деякі соціальні, етнічні, релігійні, сімейні та інші обставини, які додатково сприяють інтенсифікації проявів бойового стресу у військовослужбовців. До них відносяться: непопулярність війни в країні, громадянином якої є військовослужбовець, який бере участь у бойових діях; наявність у військовослужбовця негативного досвіду переживання бойового стресу в минулому; приналежність учасника бойових дій до національності етнічно близькій до національності солдатів противника (особливо, якщо військовослужбовець належить до національної меншини у своїй країні); подібність або близькість віросповідання учасника бойових дій до віросповідання солдатів противника (особливо, якщо військовослужбовець належить до релігійного меншини в своїй країні); приналежність учасника бойових дій до військовослужбовців жіночої статі; складна, з різних причин, ситуація в сім'ї військовослужбовця; складне матеріальне та соціальне становище військовослужбовців та його близьких у своїй країні [4].

За інтенсивністю впливу бойовий стрес поділяється на дві категорії. Бойовий стрес *невисокої інтенсивності*, як правило, ефективно долається більшістю військовослужбовців та на початковому етапі може сприяти підвищенню їх бойової активності. Надалі, бойовий стрес невисокої інтенсивності або стає звичним для учасників бойових дій, або переходить в бойовий стрес підвищеної інтенсивності.

Бойовий стрес *підвищеної інтенсивності* може значно ускладнити діяльність як окремого військовослужбовця, так і військових колективів. Саме цей вид бойового стресу майже завжди викликає посттравматичні стресові розлади, а прояви цього стресу частково схожі з ознаками посттравматичного розладу [4].

Б. Колодзін у своїй книзі «Як жити після психічної травми» визначає наступні характеристики та симптоми посттравматичних розладів, які притаманні ветеранам і учасникам бойових дій:

*Немотивована пильність.* Людина пильно слідкує за всім, що відбувається навколо, має постійне відчуття загрози.

*Взривна реакція.* За будь-якої несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуках низько пролітаючого гелікоптера, швидко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до нього ззаду).

*Притупленість емоцій.* Людина повністю або частково втрачає емоційні прояви. Їй важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, також важкодоступні радість, кохання, творчий підйом, грайливість та спонтанність. Досліджувані говорять, що після перенесених ними в минулому екстремальних подій, їм набагато важче стало відчувати ці почуття.

*Агресивність.* Бажання вирішувати свої проблеми за допомогою грубої сили. Як правило це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, вербальна та емоційна агресивність.

*Порушення пам'яті та концентрації уваги.* За деяких обставин у людини виникають труднощі, коли потрібно зосередитись або щось згадати. Інколи концентрація уваги може бути дуже великою, але при винекнинні будь якого стрессового фактору людина уже не в змозі зосередитися.

*Депресія.* У цьому стані посттравматичного стресу депресія сягає самих потаємних глибин людського відчаю, коли людина відчуває, що все в житті у неї безглуздо. Цьому почуттю депресії притаманні нервові виснаження, апатія та негативне відношення до життя.

*Загальна тривожність.* Виявляється на фізіологічному рівні, як ломота в спині, спазми шлунку, головні болі; у психічній сфері – постійне хвилювання, «параноїдальні» явища (наприклад, необгрунтований жах переслідування), в емоційних хвилюваннях (почуття жаху, невпевненості, комплекс провини).

*Приступи ярості.* Це не прояви помірнього гніву, а вибухи ярості, що за своєю силою нагадують виверження вулкану. Такі приступи виникають частіше під впливом алкоголю або наркотичних речовин, але буває виникають і без них.

*Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами.* Щоб знизити інтенсивність посттравматичних синдромів досліджувані, в особливості ветерани, вживають наркотики, алкоголь та інші наркотичні препарати. *Непрохані спогади.* Вважається, що це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про минулий травмуючий досвід та наявність посттравматичного стрессового розладу. У пам'яті людини несподівано виникають непрохані спогади, сцени, пов'язані з травмуючими подіями. Ці спогади виникають як уві сні, так і у бадьорому стані.

*Галюцинативні хвилювання.* Це особлива різновидність непроханих спогадів про травмуючі події. В цьому стані людина перебуває, думає та відчуває так, немов би вона перебувала у стресових ситуаціях минулих днів, у тих станах коли необхідно було рятувати своє життя. При цьому життя і спогади повсякденного життя відходять на другий план, вони не є реальними.

*Безсоння (труднощі із засинанням та уривчастий сон).* Коли уві сні у людини виникають нічні жахи, вважається, що вона сама несвідомо протривить засинанню, і в цьому є причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Постійні недосипання, які приводять до крайнього нервового виснаження, доповнюють картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю зняти напругу, заспокоїтися, а також постійним почуттям фізичного та душевного болю.

*Думки про самогубство.* Коли у людини постійно виникають думки про самогубство, або вона планує такі дії, котрі в кінцевому результаті повинні привести її до смерті. Коли життя уявляється більш жахливим ніж смерть, думки покінчити зі стражданнями уявляються більш привабливими.

*Провина вижившого.* Почуття провини у людини, що вижила в екстремальній ситуації, в якій загинули люди, насамперед притаманне тим, хто

страждає від емоційної глухоти (нездатності відчувати радість, кохання, співпереживання і т.д.) із часів травмуючих подій [3].

На думку Р. Скерфілда, під час організації психологічної допомоги ветеранам необхідно враховувати чотири ключові моменти: явище, яке травмує психіку і безпосередню реакцію на нього, що супроводжується, як правило, його запереченням; наступне усвідомлення і повторне переживання негативних аспектів, що мають відношення до психічної травми; спроби контролювання, зниження чи відсторонення від нав'язливих спогадів через використання взаємодії психічних механізмів заперечення психотравми та повторення переживань, що травмують психіку; інтеграцію травматичного досвіду та його позитивний або негативний вплив на особистість, відношення до значущих явищ, подій, стосунки з людьми та оточенням у цілому [11].

### Список використаних джерел:

- [1] Voloshin, P.V., & Shestopalova, L.F. (2004). Posttraumatic stress disorders: problems of treatment and prevention [International Medical Journal]. [in Ukraine].
- [2] Kaplan, G., & Sedok, B. (1994) Clinical psychiatry. [in Russian].
- [3] Kolodzin, B. (1992) How to live after mental trauma. [in Russian].
- [4] Korchemny, P.A. (2010) Military psychology: methodology, theory, practice. [in Russian].
- [5] Malkina-Pykh, I.G. (2005) Psychological assistance in crisis situations. [in Russian].
- [6] Pidchasov, E.V. (2011) Analysis of socio-psychological manifestations of post-traumatic stress disorder in persons who took part in hostilities [Problems of extreme and crisis psychology]. [in Ukraine].
- [7] Pushkarev, A.L., Domoratsky, V.A., & Gordeeva, E.G. (2000) Posttraumatic stress disorder: diagnosis, psychopharmacotherapy, psychotherapy. [in Russian].
- [8] Romanovska, D.D., & Ilashchuk, O.V. (2014) Prevention of post-traumatic stress disorders: psychological aspects. [in Ukraine].
- [9] Syropyatov, O.G. (2013) Medico psychological support of special military operations. [in Ukraine].
- [10] Shcherbak, M.G. (2010) Traditional and non-traditional methods of treatment of post-traumatic stress disorders. [Problems of extreme and crisis psychology]. [in Ukraine].
- [11] Yagupov, V. (2004) Military psychology. [in Ukraine].