

## Конспект лекції зі спеціальності

### «КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ»

#### Тема 3 Теорія посттравматичного стресового розладу

- 1 Історія створення теорії
- 2 Етіологія
- 3 Симптоматика
- 4 Психологічні наслідки тривалого жорстокого поводження

Сучасне уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склалося остаточно до 80-х років ХХ століття, проте інформація про вплив травматичних переживань фіксувалася протягом століть.

Перше систематичне опис психічних розладів, викликаних важкої психічної травмою, було зроблено 1867 р. англійським хірургом Д.Е. Еріксоном у роботі «Залізнична травма та інші травми нервової системи», де він описав ряд симптомів психічного розладу, які спостерігав у осіб, які постраждали внаслідок залізничної катастрофи. Протягом багатьох тижнів після події ці хворі відчували постійне відчуття «душевного дискомфорту», страждали на розлад сну з важкими сновидіннями, пов'язаними з нещасним випадком. Об'єктивно вони відзначалися порушення пам'яті і ослаблення концентрації уваги. Перелічені розлади Еріксон намагався пояснити результатом «молекулярного ураження спинного мозку». Однак такий висновок не знайшов надалі підтримки у вчених та практиків.

У 1889 р. німецький невролог М. Опенгейм ввів термін «травматичний невроз» для діагностики психічних розладів в учасників бойових дій, причини яких він вбачав в органічних порушеннях головного мозку, викликаних як фізичними, так і психологічними факторами.

Наслідки Першої світової війни дали додаткові матеріали для розвитку уявлень про психологічні наслідки військової травми. Так, С. Майер у роботі

«Артилерійський шок у Франції 1914—1919» запровадив поняття «снарядний шок» — психічний стан, спричинений сильним стресом. Реакції щодо участі у бойових діях у різних авторів називалися по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

А. Кардинер 1941 р. провів одне з перших систематизованих досліджень явища, яке він назвав «хронічний військовий невроз». Він вперше дав комплексний опис симптоматики: 1) збудливість і подразливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмованої події; 4) ухиляння від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій.

Е. Крепелін використовував термін «невроз пожежі» для того, щоб позначити окремий клінічний стан, що включає численні нервові та фізичні феномени, що виникають як результат різних емоційних потрясінь або раптового переляку, які переростають у тривожність. Він же вперше звернув увагу на те, що в його психопатологічній картині істотну роль відіграють істеричне реагування та рентні установки хворих. Вчений вважав обов'язковим при їх реабілітації використовувати парадоксальний підхід, що полягає в обмеженні пенсій та допомоги та якнайшвидшому поверненні постраждалих до звичної роботи.

Завдяки роботам З. Фрейда у 20—30-ті роки ХХ століття у Європі відбулося психоаналітичне усвідомлення травматичних неврозів.

Починаючи з 40-х років центр вивчення цієї проблеми перемістився до США. Так, Є. Ліндемман запропонував для визначення розладів, спричинених тяжкою психічною травмою, використати поняття «патологічне горе». Даний синдром, на думку автора, може розвиватися безпосередньо після нещастя або через деякий час, може бути перебільшено виражений або навпаки мало помітний.

Надалі дослідження таких вчених, як Р. С. Леопольд, Н. Діллон, В. Г. Нідерленд, Р. І. Ліфтон, виявили такі психологічні розлади: нав'язливі і

пригнічуючі спогади, напади тривоги, які були визначені як «синдром тих, хто вижив». Вчені вводять поняття «синдром зґвалтованих», визначаючи його як специфічний психосоматичний синдром, що розвивається у певні терміни приблизно у третини з числа зґвалтувань.

До кінця 70-х років був накопичений значний матеріал, який показав, що у постраждалих, незважаючи на різний характер подій, що викликали психічну травму, спостерігається ціла низка загальних і повторюваних симптомів психічних розладів. Оскільки жодної з нозологічних форм загалом ці розлади не відповідали, М. Горовиц запропонував виділити в ролі самостійного синдрому під назвою «посттравматичний стресовий розлад». З 1980 р. посттравматичний стресовий розлад включено Американською психіатричною асоціацією до діагностичної номенклатури.

Етіологія. В основі етіології ПТСР, на думку більшості дослідників цього питання, лежить психічна травма, подія, здатна викликати психічний стрес. У всіх випадках подія, що стала причиною психічної травми, екстраординарна для особистості і супроводжується страхом, жахом, відчуттям безпорадності. Посттравматичний стрес — це реакція організму на подію, яка виходить за межі нормальної людини та отриманого досвіду. Коротше це визначення звучить так: Посттравматичний стрес є нормальна реакція на ненормальну ситуацію (ненормальні обставини).

Існує перелік ситуацій, що призводять до ПТСР.

Природні:

- а) кліматичні (урагани, смерчі, повені);
- б) сейсмічні (землетруси, виверження вулканів).

Викликані людиною:

- нещасні випадки:

- а) на транспорті (дорожньому, залізничному, водному, авіа);
- б) у промисловості;
- в) вибухи (хімічні на шахтах, військових складах);
- г) пожежі (опіки, придушення димом);

- д) біологічні (вірусні, бактеріологічні, токсемії);
- е) хімічні (токсичні гази, рідини, тверді речовини);
- ж) ядерні (радіація, радіоактивне забруднення);
- навмисні дії:
  - а) тероризм;
  - б) бунти, заколоти, соціальні заворушення;
  - в) війни.

Травматична ситуація стає подією, травмою залежно від диспозиційних чинників, насамперед від характеру сприйняття та оцінки події самою людиною. Небезпека зовсім необов'язково має бути реальною, вона може існувати в уяві людини. Наприклад, радіація як реальна небезпека та радіофобія. Характер їхнього впливу на психіку людини може бути практично однаково болючий, і психологічна допомога необхідна як в одному, так і в іншому випадку. Посилює травмуючий вплив ситуації психічна та фізична слабкість жертви.

У розвитку посттравматичних стресових розладів важливу роль відіграють такі ситуаційні фактори: раптовість та несподіванка стресу (вибухи, катастрофи, стихійні лиха); жорстокість того, що відбувається (при військових діях або нападах терористів); недостатня соціальна підтримка.

Число людей з психічним розладом може бути значно більше, ніж кількість безпосередньо постраждалих, оскільки стрес піддаються члени сімей, свідки, рятувальники і т.д.

### Симптоматика

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу найбільш повно представлені в класифікації хвороб DSM-III-R та DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder).

Подія. Посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок психічної травми. В основі психічної травми лежить ситуація, що виходить за рамки життєвого досвіду, а тому не має індивідуальних аналогів переробки.

Таким чином, ця ситуація стає кризовою подією, з якої особистість не бачить виходу та потрапляє у стан важкого стресу. Кризова ситуація пов'язана з загрозою життю, здоров'ю, психічній рівновазі як самого суб'єкта, так і його родичів, близьких.

Група повторного переживання. Психічна травма, що викликала ПТСР, повторно переживається постраждалим у таких формах (не менше однієї):

- 1) повторні гнітючі думки, пов'язані з «подією»;
- 2) постійні або епізодичні гнітючі спогади про психічну травму; у дітей це можуть бути повторювані ігри, в яких присутня «подія»;
- 3) раптове відчуття, що «подія» і те, що йому передувало, повторюється знову (включаючи відчуття, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди «flashbacks»);
- 4) психологічне придушення у випадках, коли поточні події нагадують або символічно пов'язані з психічною травмою, включаючи предмети, дати (річниці) тощо.

Група уникнення. Постійне уникнення того, що може асоціюватися з «подією» або нагадувати про неї, а також загальна психічна загальмованість (не менше трьох пунктів):

- 1) прагнення уникнути думок чи почуттів, що асоціюються з психічною травмою;
- 2) прагнення уникати ситуацій чи дій, які можуть спричинити спогад про психічну травму;
- 3) неможливість відновити важливі подробиці, пов'язані із психічною травмою;
- 4) значна втрата інтересу до раніше важливих аспектів діяльності (у дітей - втрата навичок мови та самообслуговування);
- 5) почуття відчуження та байдужості до інших;
- 6) помітне зниження рівня позитивних афективних переживань (неможливість відчувати почуття любові, радості);

7) невпевненість у майбутньому (неможливість зробити кар'єру, одружитися, мати дітей або довго жити) - ефект укороченого майбутнього.

Група загальної психічної збудливості / загальмованості. Симптоми підвищеної збудливості, відсутні до психічної травми (не менше двох з наступних):

- 1) труднощі із засинанням чи сном;
- 2) дратівливість чи спалахи гніву;
- 3) зниження концентрації уваги, неуважність;
- 4) підвищена обережність, гіпертрофована пильність;
- 5) підвищена похливість (підвищена стартова реакція на раптовий стукіт і т.п.).

Поширеність травматичного стресу залежить від низки чинників: частоти травматичних подій, географічних регіонів, у яких часто відбуваються природні катастрофи, політичних режимів.

#### Методики діагностики

Основним інструментом диференціальної діагностики всього комплексу розладів за критеріями DSM-TR, у тому числі ПТСР, є метод структурованого клінічного інтерв'ю - СКІД (SCID- Створено клінічний інтерв'ю для DSM-III-R). СКІД був опублікований в 1987 р. і з тих пір широко застосовується лікарями і психологами, як у клінічній практиці, так і в дослідницьких цілях.

СКІД включає низку діагностичних модулів (блоки питань), що забезпечують постановку діагнозу за критеріями, що містяться в DSM-III-R. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального (оглядового) опитування пацієнта на першому етапі дослідження. Остаточний діагноз визначається за даними сумарної

підсумкової шкали, до якої заносяться результати, отримані при застосуванні кожного модуля.

Крім основного інструменту (SCID) при діагностиці ПТСР застосовуються такі методики:

1 Міссісіпська шкала (Mississippi Scale), що дозволяє визначити наявність PTSD-синдрому (Post-traumatic Stress Disorder) в 93% випадків і в 89% випадків - відсутність цього синдрому.

2 Субшкала PTSD-синдрому, розроблена на базі MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Застосування субшкали MMPI виявляє до 82% випадків PTSD.

3 Опитувальник депресії Бека.

4 Тест Спілбергера для визначення особистісної та ситуативної тривожності.

5 Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події (Impact of Event Scale - IOES) Горовиця, що дозволяє визначити наявність у пацієнта PTSD-синдрому за вираженістю однієї з двох тенденцій: прагнення до нав'язливих переживань з приводу травми або уникнення пов'язаного з нею. Шотландський психолог В. Юл представив свій досвід застосування шкали Горовиця для 8-річних дітей (1993).

6 Локус контролю. Шкала Дж. Роттера.

7 Для визначення рівня розвитку здатності до уяви зазвичай використовується опитувальник QMI (Questionnaire Upon Mental imagery). Крім здатності до уяви він фіксує виразність прагнення пошуку «гострих» вражень («sensation seeking»).

Психологічні наслідки тривалого жорстокого поводження

Симптоматика наслідків тривалого жорстокого поводження. Жорстоке поводження, особливо в дитинстві, мабуть, є одним з основних факторів, що призводять до того, що людина стає психіатричним пацієнтом. Велика частка

(40-70%) дорослих психіатричних пацієнтів - це люди, які пережили жорстоке поводження в дитинстві. В. Брайєр (1988), який вивчив психіатричних пацієнтів, повідомляє, що у людей, які пережили жорстоке поводження в дитинстві, значно частіше спостерігаються безсоння, сексуальні дисфункції, розсіяність, гнів, схильність до суїциду, самокатування, вживання наркотиків та алкоголізму, ніж у інших пацієнтів.

Фізіологічні симптоми (соматизація). Повторна травма посилює та сприяє поширенню фізіологічних симптомів ПТСР. Хронічно травмовані люди перебувають у тривожному та збудженому стані без будь-яких ознак базового стану спокою та комфорту. Вони починають скаржитися на безсоння, реакції переляку та збудження, у них з'являються численні соматичні симптоми. Найчастіше це головний біль, шлунково-кишкові порушення, біль у черевній порожнині, спині та нирках. Ті, що перенесли жорстоке поводження, часто скаржаться також на тремтіння, відчуття нудоти і блювання. У клінічних дослідженнях осіб, які пережили Голокост, було зафіксовано, що психосоматичні реакції зустрічаються практично у всіх випадках.

У клінічній літературі також простежується зв'язок між порушеннями соматики та травмами, отриманими у дитинстві.

Дисоціація. Під час тривалого ув'язнення та ізоляції деякі в'язні розвивають у себе здатність до входження в стан трансу (зазвичай буває тільки у людей, схильних до гіпнозу), включаючи здатність викликати у себе позитивні та негативні галюцинації та дисоціювати особистість, що проявляється в порушенні відчуття часу, пам'яті та концентрації уваги. Зміни у відчутті часу починаються з облітерації майбутнього, але потім поступово прогресують в облітерацію минулого. Розрив безперервності між минулим і майбутнім часто зберігається навіть після звільнення людини з ув'язнення. Зовні в нього все виглядає нормально, і, здається, що він повернувся у звичайний час, але психологічно він продовжує залишатися пов'язаним з тим лихоліттям, яке він відчував під час перебування в ув'язненні.

У людей, які пережили жорстоке поводження в дитинстві, такі дисоціативні здібності розвиваються в екстремальному вигляді. Вчені зафіксували операції фрагментарного розуму, ретельно розроблені дітьми, які піддавалися катуванням, у тому, щоб зберегти ілюзію добрих батьків. Він зазначає встановлення ізольованого розділеного розуму, у якому які у суперечності зображення самої дитини та її батьків будь-коли з'єднуються.

Тріада того, хто вижив. Є люди з сильною і безпечною системою віри, які можуть витримати весь тягар тривалого жорстокого поводження і вийти з них цілими і неушкодженими, з непохитними переконаннями. Проте таких людей дуже мало. У більшості випадків у людини залишається гіркоту відчуття, що вона забута і Богом, і людьми. Такі руйнівні психологічні втрати найчастіше призводять до стану стійкої депресії. Досвід тривалої травми утворює те, що Нідерланд називає «тріада того, хто вижив»: безсоння, нічні кошмари та психосоматичні скарги. Дисципліні симптоми ПТСР зливаються з труднощами концентрації, викликаними депресією. Параліч ініціативи, що є наслідком повторної травми, поєднується з апатією та безпорадністю депресії. Розриви міжособистісних контактів, пов'язані з травмою, посилюють відчуття ізоляції та віддаленості (самотності), відчуття провини та безнадійності.

Патологічні зміни у взаєминах. Методи встановлення контролю над іншими людьми базуються на систематичному, повторюваному нанесенні психічної травми. Ці методи сплановані так, щоб поступово вселяти людині почуття страху і безпорадності, руйнувати її самосвідомість і зв'язки з іншими людьми, а також виховувати патологічну відданість злочинцеві. Хоча насильство є універсальним методом навіювання страху, загроза смерті чи серйозної травми або для самої жертви, або для когось із близьких їй людей використовується набагато частіше, ніж фактичне застосування насильства. Страх посилюється через непередбачуваність спалахів насильства і через непослідовне примус до використання численних тривіальних вимог і дрібних правил.

Крім того, злочинець шукає спосіб зруйнувати у жертви відчуття автономії. Це досягається за рахунок контролю тіла жертви та його функцій. Зазвичай в цих випадках людина позбавляється їжі, сну, притулку, у нього немає можливості зайнятися особистою гігієною або знайти собі усамітнення. Після того як злочинець встановлює такий ступінь контролю, він стає потенційним джерелом розради і рівною мірою приниження. У такій ситуації видача «дрібних індульгенцій» може зруйнувати психологічний опір жертви значно ефективніше, ніж це зроблять примус і страх.

Якщо жертва перебуває в ізоляції, її залежність від злочинця постійно зростає. Це пов'язано не тільки з виживанням та задоволенням основних потреб через злочинця, але з інформацією і навіть з емоційною підтримкою. Тривале перебування у страху смерті та в ізоляції створює надійний зв'язок між злочинцем та жертвою. Це «травматичний зв'язок», що спостерігається у заручників, які приходять до того, що дивляться на загарбників як на рятувальників і бояться і ненавидять своїх визволителів. Цей процес можна описати як посилену регресію до «психологічного інфантилізму», яка «примушує жертви чіплятися за кожну людину, яка наражає на небезпеку їхнє життя». Такий травматичний зв'язок може спостерігатися між катованою жінкою та її кривдником або між дітьми, що піддаються жорстокому поводженню, та їхніми батьками. Аналогічні відомості повідомляються про людей, які залучаються до різних релігійних сектів.

Обмеження можливості активної взаємодії із зовнішнім світом призводить до зростання пасивності та безпорадності. До катованих жінок та інших, хронічно травмованих людей фактично можна застосувати концепцію «щеплена безпорадність». Тривалий полон руйнує звичне відчуття порівняно безпечної галузі ініціативи, в якій є місце для спроб і помилок. Для хронічно травмованої людини будь-яку незалежну дію є порушенням субординації, що тягне за собою ризик суворого покарання.

Вимушений взаємозв'язок (жертва - злочинець) монополізує увагу жертви, стає частиною її внутрішнього світу і продовжує поглинати її увагу і

після звільнення. Після здобуття свободи важко відновити контакти із зовнішнім світом у такому вигляді, якими вони були до визволення. Усі взаємини розглядаються крізь призму крайньої потреби. Так як зникають обмеження на залучення у взаємовідносини або ризик такого залучення, той, хто вижив, відноситься до будь-якого спілкування так, ніби на карту поставлені питання життя і смерті. Він постійно коливається між міцними контактами і повним видаленням від оточуючих. У людей, які пережили в дитинстві жорстоке поводження, порушення у взаєминах з оточуючими посилюються. Спостерігаються коливання контактах, формуються нестійкі, напружені взаємовідносини.

У людей, які перенесли жорстоке поводження в дитинстві, розвиваються ще складніші деформації індивідуальності. Найчастіше людина почувається забрудненою, винною, їй здається, що в ній є щось диявольське. Крім того, часто спостерігається фрагментація у відчутті самого себе, яка досягає принаймні при множинному розладі особистості. С. Ференці (1933) описує цей процес як «атоматизацію» особистості дитини, яка зазнала жорстокого поводження.

Постраждали внаслідок тривалого жорстокого поводження наражаються на ризик повторного ушкодження або шляхом самокатування, саморуйнування, або від рук інших людей. Було встановлено, що нанесення уве-чей самому собі та ін вугі пароксизмальні форми впливу на тіло частіше спостерігаються у тих жертв, які зазнавали жорстокого поводження в ранньому дитинстві.

Людина, яка пережила жорстоке поводження в дитинстві, може також виступати в ролі кривдника інших, у ролі пасивного спостерігача або, що трапляється набагато рідше, у ролі злочинця. Жорстоке поводження в дитинстві, мабуть, є фактором ризику і сприяє тому, що людина стає безжальною по відношенню до інших. Особливо це стосується чоловіків. Передбачається, що жінки, які в дитинстві були свідками грубих відносин у

побуті або сексуального насильства, схильні до підвищеного ризику зазнати суворого поводження в заміжжі.

Проте слід зазначити, що на протигагу популярному зауваженню про «відновлюваний цикл жорстокого поводження» більшість людей, які пережили жорстоке звернення в дитинстві, не відчувають бажання знущатися з інших людей. Як правило, ці люди мобілізують всі свої можливості, щоб забезпечити своїм дітям турботу та захист, яких не мали у дитинстві.

### Психологічні наслідки тероризму

Зважаючи на відсутність у літературі наукових даних про феномен «тероризм», розглянемо зміст даного поняття за допомогою виділення його основних ознак.

1 Відсутність попередження. Попередження дозволяє людині зробити захисні психологічні чи фізичні дії.

2 Серйозна загроза особистої безпеки. Відомо, що коли особисте здоров'я наражається на ризик, можлива поява психічних симптомів у майбутньому.

3 Можливість опинитися у небезпечній ситуації. Ризику психологічного недуги схильні не лише учасники події, а й ті, хто реагував на них.

4 Психологічна вразливість, яка погіршує загальний стан здоров'я. Люди, здоров'я яких погіршилося під час терористичного акту, перебувають у зоні підвищеної психологічної небезпеки.

5 Можливість повторення. Терористичні акти викликають почуття незахищеності від повторення подібних подій: це може статися ще раз, це може статися всюди.

6 Невідомі можливі наслідки для здоров'я, занепокоєння, спричинене тривалим негативним впливом на здоров'я людей.

7 Символічність вибору мети терористами. Терористи не вибирають жертви випадково: основний критерій - символічна значущість мети. Громадські будинки, наприклад, символізують владу, стабільність, велич.

Психологічні наслідки тероризму. Встановлено, що у 40% жертв терористів погіршується психічне здоров'я. Психологічна допомога потребує також 20% рятувальників.

Наслідки тероризму відрізняються тим, що може пройти кілька років, перш ніж жертва усвідомлює наявність у себе психічної травми як наслідку терористичного акту і звернеться за допомогою. Ступінь на здоров'я визначається близькістю людини до місця небезпеки. Якщо цей вплив є прямим і безпосереднім, ймовірність розвитку клінічних симптомів більш відчутна.

Значимість втрати та її наслідки. Наслідки травматичних подій залежать не тільки від самої події, а й від характеру її сприйняття. Втрата може розумітися по-різному. Зазвичай вважається, що люди, які втратили найдорожче і чие горе, очевидно, це ті, у кого загинули члени сім'ї, близькі друзі тощо.

Зовнішні втрати можна поділити на втрату фізичної працездатності внаслідок травми, втрату роботи через руйнування підприємств, позбавлення економічного та соціального становища.

Особливості переживань жертв тероризму:

- Унікальність переживання: існує мало ситуацій у житті, в яких людина переживає те ж саме;
- людина розуміє, що виконує роль пішака у грі, що знаходиться поза її контролем;
- жертва відчуває себе приниженою, яка не має жодної цінності;
- між жертвою та терористом іноді встановлюється зв'язок, і жертва бачить у терористі свого захисника. Прикладом може бути так званий «стокгольмський синдром» (отримав цю назву після інциденту із захопленням заручників, що стався в Стокгольмі, під час якого терорист і

заручниця стали коханцями). Для жертви такий зв'язок виконує захисну функцію, полегшуючи почуття страху та безпорадності. Тим не менш, після інциденту ця залежність може перетворитися на джерело провини, що може звести нанівець всі спроби лікування;

- Ситуація включає в себе елемент повної несподіванки, що не може не викликати сильне почуття безпорадності і занепокоєння;

- людина отримує подвійну травму у зв'язку з повним заміщенням від непомірних вимог терористів, котрим жертва немає жодної цінності, крім, що вона є запорукою досягнення їх мети. Жертва відчуває свою непотрібність як терористам, так і владі. Імовірність того, що влада припинить переговори і перейде до озброєного насильницького втручання, створює відчуття подвійної небезпеки, що насувається з боку терористів і з боку влади. Водночас життя жертви в такий момент залежить від терористів, а остаточне порятунок від влади. Ситуація д військової залежності жертви часто і є той рідкісний патологічний фактор, який ставиться в основу при подальшому лікуванні.

Контрольні питання:

- 1 Історія створення теорії посттравматичного стресу.
- 2 Походження та симптоматика посттравматичного стресу.
- 3 Аналіз методів діагностики.
- 4 Симптоматика наслідків тривалого жорстокого поводження.
- 5 Патологічні зміни у взаєминах і в індивідуальності особистості.
- 6 Повторні пошкодження, які йдуть за тривалим жорстоким поводженням.
- 7 Психологічні наслідки тероризму.