https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-3
УДК 159.9

Інна ЧАМЛАЙ
Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини
https://orcid.org/0009-0000-8976-9833
e-mail: innamkua@gmail.com

ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ТЛУМАЧЕННЯ ТА ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

У статті розглянуто поняття посттравматичного стресового розладу, представлено підходи до його тлумачення та діагностики. Проаналізовано основні симптоми ПТСР, серед яких стійке уникання травмуючих спогадів, афективна збудженість, особливо при реагуванні на різноманітні подразники та нав'язливі спогади і флешбеки. Здійснено огляд найбільш ефективних терапевтичних заходів при терапії посттравматичного стресового розладу. Важливо зазначити, що потребує подальшого розвитку саме соціально-психологічна реабілітація військових, у яких діагностовано ПТСР.

***Ключові слова**: посттравматичний стресовий розлад, флешбек, афективна збудженість, соціально-психологічна реабілітація.*

Inna CHAMLAI
Uman State Pedagogical University after Pavlo Tychyna

PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE INTERPRETATION AND THERAPY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

The purpose of the article is to analyze and compare various theoretical descriptions and interpretations of the concept of post-traumatic stress disorder, its main components and approaches to therapy.

In the conditions of martial law, in which our state is now, its citizens are exposed to a significant influence of various stress factors. This leads to the maladjustment of the individual in society, the complication or complete break of relations with relatives, friends, colleagues, emotional and physical exhaustion. In addition, PTSD can become one of the prerequisites for the development of other mental pathologies, such as depression, anxiety disorder, alcoholism, etc.

It is important to distinguish post-traumatic stress disorder from acute stress disorder. To diagnose PTSD, it is important to use both standardized test questionnaires and an interview with the victim. It is important not to neglect the psychological enlightenment of the victims. Among the methods and forms of psychotherapy for people with PTSD, it is worth using group therapy, trauma-focused cognitive-behavioral therapy, EMDR.

For a successful diagnosis, PTSD it is necessary to use standardized methods and individual diagnostic conversations with the patient. During therapy, it is necessary to pay attention to the elimination of symptoms of avoidance of triggers and traumatic memories. In our opinion, there is a need to expand the spectrum of methods of social and psychological rehabilitation of PTSD victims, which can become the basis for further research.

***Keywords:** post-traumatic stress disorder, flashback, affective excitement, socio-psychological rehabilitation.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

В умовах воєнного стану, у якому перебуває зараз наша держава, її громадяни піддаються значному впливу різного роду стресчинників, від того перебуваючи у стані стресу. До того ж, цей стрес є тривалим, що має ще більш складні наслідки для психіки. Як у військових, так і у цивільного населення існує велика ймовірність виникнення гострого стресового розладу і, як наслідок, посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР).

Психологам-практикам важливо бути обізнаними та компетентними в цьому питанні, знати підходи до тлумачення ПТСР та мати навички його терапії. На нашу думку, важливо розуміти**,** які саме симптоми свідчать про наявність у постраждалого ПТСР та які зовнішні та внутрішні чинники впливають на його виникнення. Безумовно, фахівцям, які працюватимуть із людьми з ПТСР, необхідно орієнтуватися в можливих напрямах їхньої реабілітації та терапії.

Аналіз досліджень та публікацій

Дослідженням теми ПТСР займались такі науковці, як К. Аймедов., Ю. Асєєва, О. Блінов, О. Буряк, А. Волощук, Л. Герасименко, М. Гіневський, Б. Гунько, Е. Деблінгер, Г. Катеруша, Дж. Коен, Е. Маннарін, М. Мятяш, О. Толмачов, Л. Худенко та ін. Вважаємо, що дана проблема потребує чіткого окреслення особливостей ефективної діагностики та терапії ПТСР і їхньої соціально-психологічної реабілітації.

Формулювання цілей статті

Мета статті полягає в аналізі та порівнянні різних описів і тлумачень поняття посттравматичного стресового розладу, його основних компонентів і підходів до терапії.

Виклад основного матеріалу

Вперше ознаки ПТСР було помічено ще за наслідками Першої світової війни, що виявлялися у порушенні психоемоційного стану, яке в подальшому ще більше посилювалось. Американські фахівці в сфері психічного здоров'я теж помітили подібні симптоми через війну у В'єтнамі. Здебільшого, це була надмірна роздратованість та постійні пригадування травмуючої події, підвищена збудливість у відповідь на незначні подразники, типу шумних звуків або яскравого світла [7].

О. Блінов визначає посттравматичний стресовий розлад як комплексне відреагування на травму, що характеризується

психопатологічними симптомами та проявляється через певний час після події. Власне, термін ПТСР виник 1980 року в Америці (DSM-III), а 1994 року його було включено і до міжнародного класифікатора хвороб [2].

Хоча наша психіка дуже травмується під час інтенсивного та/або тривалого стресу, ПТСР виникає не у всіх. За діагностичними системами DSM-V і МКХ-11, про наявність ПТСР свідчать такі симптоми:

– флешбеки, інтрузії, нав'язливі спогади про травмуючу подію, можуть бути присутні також кошмарні сновидіння;

– підвищена дратівливість, збудливість неконгруентна ситуації чи подразнику, пригнічений настрій, зменшення або відсутність бажання комунікувати з оточуючими;

– уникання розмов про травму, місць, дій, предметів, що її нагадують.

Серед напрямів психотерапії, які довели свою ефективність у роботі з пацієнтами із ПТСР Л. Герасименко виокремлює десенсибілізацію та проопрацювання травми рухами очей (EMDR) і травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) [5].

При травмофокусованій когнітивно-поведінковій психотерапії робота триває від 12 до 16 сесій. Представники (Е. Деблінгер, Дж. Коен, Е. Маннарін) цього методу наполягають саме на індивідуальній роботі з пацієнтом, зазначаючи, що групові зустрічі теж можуть бути для них корисними, але не замінять індивідуальну терапію. Задачами травмофокусованої КПТ є:

– пояснення потерпілому природи стресу та психологічної травми, чому він відчуває ті чи інші симптоми;

– зовнішня та внутрішня експозиція, тобто поступове занурення в травматичний досвід за допомогою пригадування та розповіді події і виключення уникання речей і обставин, які про неї нагадують;

– навчання пацієнта саморегуляції при стресі та стратегіям самозаспокоєння і відновлення [5].

Метод EMDR спрямований на те, щоб за допомогою спеціальних рухів очима обробити травмуючі спогади так, щоб вони не були для людини нестерпними та не заважали її життєдіяльності. Після кожної сесії варто повторно оцінити стан клієнта та ступінь його переживань щодо травми. Тривалість таких сесій зазвичай складає 1-1,5 години [5].

Щодо порушень емоційної сфери, то одним із неприємних симптомів є втрата відчуття радості від занять, які раніше приносили

задоволення. Людина стає гіперчутливою до тригерів, пов'язаних із її травмою, а до буденного життя, навпаки, відчуває апатію та байдужість. [5].

ПТСР виникає не одразу після травмуючої події, спершу настає гостра стресова реакція, яка триває до кількох годин. У частини постраждалих вона може перейти в гострий стресовий розлад, який може продовжуватись близько 30 днів. Для нього характерні такі симптоми, як застрягання в думках про травмуючу подію, уникання всього, що нагадує про неї, розлади сну у вигляді безсоння або, навпаки, гіперсомнії, зниження когнітивних функцій, постійний стан тривоги та збудження, неможливість об'єктивно пригадати та вербально відтворити події, що відбулись, стійке зниження настрою та песимістичні думки, втрата мотивації [6].

Якщо говорити про те, чому після проживання однієї і тієї ж травмуючої події у одних людей з часом буде виявлено ПТСР, а в інших ні, то тут грають роль як внутрішні, так і зовнішні чинники. Зокрема, якщо хтось переживав в дитинстві насилля або іншого роду травму, то і в дорослому віці вони чинитимуть на нього більш руйнівний вплив. Особи, які є тривожними, мають в анамнезі депресивні епізоди, обсесивно-компульсивний розлад є схильними до складнішого переживання травми і, як наслідок, до ПТСР [8]. Якщо розглядати концепцію акцентуацій характеру, то найбільш схильними до розвитку ПТСР є люди із демонстративною, тривожною або педантичною акцентуацією [10].

Серед зовнішніх умов, які визначатимуть більшу вірогідність виникнення ПТСР є перебіг певного кризового періоду ще до, власне, травми. Важливим також є те, що відбувалось після травмуючої події, а саме чи отримав постраждалий належну підтримку, чи допомогли йому у відновленні тощо [8].

Існує декілька стандартизованих методик, за допомогою яких можливо діагностувати ПТСР, серед яких: Clinician-Administered Scale for DSM-IV (CAPS-DX), Шкала для клінічної діагностики ПТСР (за критеріями DSM-IV) та клінічна шкала ПТСР за DSM-V. Вони мають достатньо відповідних запитань, що дозволяють в повній мірі визначити вірогідність наявності ПТСР у конкретного індивіда. Але значним недоліком є те, що людина, яка все ж страждає на ПТСР вже є значно фізично та морально виснаженою, а процедура проведення такого об'ємного тестування може ще більше її втомити. До того ж, часто реабілітологам та психологам доводиться працювати не лише індивідуально, а й з групами людей, що пережили певну травму. В

такому випадку, проведення названих вище тестувань забере дуже багато часу та зусиль не лише в пацієнтів, а й в самого спеціаліста [3].

Виходом з цього положення можуть стати експрес-опитувальники, які складаються з максимум 17 запитань. Звісно, ставити діагноз ПТСР за їхніми результатами не можна, але вони дають змогу сформувати групу пацієнтів, з якими варто провести більш глибоку діагностику [3].

К. Аймедов зазначає, що ПТСР посідає проміжну позицію між невротичними та психотичними станами. Тому до його діагностики слід підходити дуже ретельно й орієнтуватися не тільки на загальні критерії, а й враховувати всі індивідуально-типологічні фактори конкретного випадку [1].

Виокремлюють такі фази перебігу ПТСР:

1. Фаза відчаю, під час якої постраждалий перебуває в стані підвищеної тривоги, не маючи чіткого усвідомлення про події, що сталися.
2. Фаза заперечення, яка супроводжується переважно соматичними скаргами, розладами сну, амнезією.
3. Фаза нав'язливості, за якої спостерігаються яскраві афективні реакції та стан надмірної збудливості.
4. Когнітивна обробка того, що сталося, горювання.
5. Новий погляд на ситуацію та побудова подальших планів [9].

Щодо реабілітації пацієнтів, у яких було діагностовано ПТСР, зокрема внаслідок участі в бойових діях, О. Буряк наголошує про важливість як індивідуальних, так і групових занять. Заняття в групах необхідні так, як постраждалі переживають соціальну дезадаптацію та значні труднощі у спілкуванні. До того ж, при ПТСР людині часто здається, що такі переживання властиві лише їй і що ніхто її не розуміє. Під час групової роботи вона отримує можливість почути історії тих, хто побував у подібній ситуації, отримати та надати підтримку і позбутись відчуття себе суспільним вигнанцем. На індивідуальних заняттях можлива вже більш глибока робота, опрацювання й інтеграція травматичного досвіду [4].

Під час індивідуальних консультацій осіб із посттравматичним стресовим розладом важливо включити елемент психологічної просвіти. При цьому необхідно розповісти про природу стресу, психологічні та тілесні реакції на нього, пояснити, що ті почуття, думки та поведінка, які зараз властиві людині є нормальною реакцією на ненормальні події. Також потрібно навчити пацієнта базовим навичкам

саморегуляції та заспокоєння під час надмірного стресу, розуміти та помічати моменти, коли їх варто застосовувати [4].

Процес психологічної реабілітації військових з ПТСР повинен містити такі етапи:

1. Діагностика. Важливо ідентифікувати всі психологічні наслідки пережитої події та інтенсивність їхнього впливу на конкретного індивіда. На цьому етапі спеціаліст також обдумує й обирає ті методи реабілітації, які підійдуть кожному пацієнту. Бажано, аби крім стандартизованих тестів була можливість провести діагностичну бесіду з учасниками реабілітації, що надасть більш повну та коректну інформацію про їхній психологічний стан і значно збільшить ефективність подальшої роботи з ними. Така бесіда також дозволяє налагодити контакт і створити сприятливе підґрунтя для більш глибокого реабілітаційного процесу.
2. Етап психологічного впливу, під час якого застосовується, власне, все те, що передбачено програмою реабілітації та, за потреби, відкориговано на основі попередньої стадії.
3. Етап реадаптації, який характерний при специфічній реабілітації.
4. Супровід. Даний етап є заключним і проводиться вже після завершення реабілітації, метою оцінки ефективності проведеної роботи і, за необхідності, надання пацієнту додаткової інформації чи допомоги [4].

При плануванні та здійсненні психологічної реабілітації осіб із ПТСР важливо дотримуватись певних принципів. Перш за все, це оперативність. Процес реабілітації не має бути дуже розтягнутий у часі, адже чим пізніше буде надана допомога постраждалому, тим менш вірогідним буде позитивний результат.

Другим важливим принципом є системність. Усі етапи реабілітації повинні бути взаємопов'язані та логічно доповнювати один одного.

Третім принципом є гнучкість. Не зважаючи на те, що усі етапи та методи психологічної реабілітації ретельно продумуються та плануються, спеціалісту варто бути готовим, за необхідності, вносити в них певні зміни. Реабілітація, особливо осіб із ПТСР, є непередбачуваним процесом і в кожного може мати різний перебіг, тому для них не підійде програма, яку неможливо певною мірою змінювати та коригувати [4].

Головною метою терапії пацієнтів із ПТСР є комплексна робота із травматичним досвідом, складання із окремих фрагментів цілісної картини того, що відбулося. Фокус уваги та допомоги постраждалим

повинен ґрунтуватись не лише на психологічному, а й на соціальному аспекті [5].

Щодо фармакологічного лікування, фахівці наголошують, що воно не є першою лінією допомоги при ПТСР, основний акцент, з якого, власне, і починають реабілітацію це психотерапія. Але, разом з тим, трапляються випадки, коли пацієнту необхідна медикаментозна підтримка, зокрема, при безсонні, гіперзбудженні та тривозі, з якими він не може впоратися і які заважають його повноцінній життєдіяльності та задоволенню базових потреб. У такому випадку лікар психіатр може призначати пацієнту снодійні ліки, нейролептики або транквілізатори, іноді необхідним є прийом антидепресантів протягом тривалого періоду [5].

Щодо конкретних форм терапевтичної роботи, досить ефективним у роботі з травмою є психологічний дебрифінг. Це процес, за якого пацієнт розповідає про травмуючу подію, відповідаючи на перелік певних питань, що задіюють сферу фактів, тілесних відчуттів, думок і почуттів [5].

Фактори, які впливають на схильність до його виникнення можна розділити на три групи:

1. Індивідуальні характеристики індивіда (стать, вік, тип нервової системи, наявність різних травмуючих подій у дитинстві, наявність чи відсутність психічних розладів, депресивних станів у самої людини чи її родичів, типові для певної людини копінг-стратегії та ін.).
2. Характеристика травмуючої події. Тут грає роль те, був це нещасний випадок чи чиїсь умисні дії, на скільки подія несла загрозу життю людини та як довго вона тривала.
3. Реакція соціуму. Більш вірогідно, що у людини буде ПТСР, якщо її ніхто не підтримав або навіть засудив. Також, психологи зазначать, що коли травмуюча подія носила масовий характер, це теж важче переживається більшістю постраждалих.

Потрібно також враховувати, що ПТСР може бути не лише в тих, хто безпосередньо пережив небезпечну для життя подію, а й в тих, хто був її свідком.

На нашу думку, при масовому характері події і значній кількості потерпілих варто розділити їх на невеликі групи, кожною з яких займатиметься окремий фахівець. Це дозволить приділити кожному пацієнту достатньо уваги і, разом з тим, не втратити час, за який їх стан може значно погіршитись.

Переходячи до етапу терапії та реабілітації осіб із ПТСР, вважаємо необхідним почати із психологічної просвіти. У контексті цього аспекту їм варто надати інформацію про поняття та симптоми

ПТСР, наголосивши, що він часто з'являється у людей, які опинились у подібній ситуації.

Приступаючи, власне, до терапії ПТСР ми надаємо перевагу поєднанню індивідуальної та групової терапії. Під час індивідуальних занять ми маємо можливість глибоко пропрацювати травматичний досвід і приділити пацієнту достатню кількість уваги. Групова терапія забезпечить потерпілому підтримку від тих, хто переживає схожі почуття. Зазвичай, при терапії ПТСР психологи роблять акцент саме на індивідуальній роботі. Це вірно, але ми вважаємо, що важливо і не нехтувати груповими зустрічами, адже саме в контексті симптомів ПТСР велике значення для людини має факт, що вона не самотня у своїх відчуттях і є ті, хто її розуміють.

Опрацьовуючи наукові джерела з питань терапії ПТСР, ми виокремили кілька найбільш ефективних методів психотерапії для роботи із даним запитом:

1. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, під час якої пацієнт розповідає про свій травматичний досвід. Ще одна паралель терапевтичної роботи в цьому методі полягає в тому, щоб він припинив уникати тригерів, які йому чимось нагадують травмуючу подію.

2. Десенсибілізація та перероблення травми рухами очей. Відмінність цього методу в тому, що при розповіді про травму потерпілий робить спеціальні рухи очима, які допоможуть краще інтегрувати травматичні переживання.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Отже, до діагностики та терапії ПТСР слід підходити дуже ґрунтовно та обережно, аби не допустити тяжких наслідків у вигляді алкоголізації, соціальної дезадаптації, розвитку інших психічних розладів, суїциду. Для вдалої діагностики варто застосовувати стандартизовані методики та індивідуальні діагностичні бесіди з пацієнтом. Під час терапії необхідно звернути увагу на усунення симптомів уникання тригерів та травмуючих спогадів, тобто позитивним результатом можна буде вважати можливість пацієнта вільно розповідати про цю подію та нормальне реагування на схожі звуки, запахи, зображення. На нашу думку, існує необхідність розширити спектр саме методів соціально-психологічної реабілітації потерпілих з ПТСР, що може стати підґрунтям для подальших досліджень, зокрема, канестерапії.

Література

1. Аймедов К. В., Волощук А. Е., Асєєва Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. 2 (85), С. 128-129.
2. Блінов О. А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис*. 2018. 1 (11). С. 26-37.
3. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми психології :* Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2013. 32. С. 15-20.
4. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. 3(44). С. 137-141.
5. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNEWS : психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. 8. С. 27-32.
6. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад в розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. 1. С. 216-219.
7. Мятяш М. М., Худенко Л. І. Український синдром : особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*. 2014. 6 (104). С. 124-127.
8. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с.
9. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад : історичний огляд. *Проблеми сучасної психології*. 2011. 12. С. 687-696.
10. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. 7. С. 113-114.

References

1. Aimedov K. V., Voloshchuk A. E., Asieieva Yu. O., Tolmachov O. A. Suchasna diahnostychna kontseptsiia posttravmatychnoho stresovoho rozladu. Arkhiv psykhiatrii. 2016. 2 (85), S. 128-129.
2. Blinov O. A. Opytuvalnyk skryninhu posttravmatychnoho stresovoho rozladu (OS PTSR). Psykholohichnyi chasopys. 2018. 1 (11). S. 26-37.
3. Blinov O. A. Proiavy posttravmatychnykh stresovykh rozladiv. Aktualni problemy psykholohii : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy. 2013. 32. S. 15-20.

4. Buriak O. O., Hinevskyi M. I., Katerusha H. L. Shliakhy ta metody reabilitatsii osib z «viiskovym syndromom» ta posttravmatychnym stresovym rozladom. Zbirnyk naukovykh prats Kharkivskoho universytetu Povitrianykh Syl. 2015. 3(44). S. 137-141.

5. Herasymenko L. O. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad. NeiroNEWS : psykhonevrolohiia ta neiropsykhiatriia. 2021. 8. S. 27-32.

6. Hunko B. A. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad v rozrizi chasu. Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu. 2015. 1. S. 216-219.

7. Miatiash M. M., Khudenko L. I. Ukrainskyi syndrom : osoblyvosti posttravmatychnoho stresovoho rozladu v uchasnykiv antyterorystychnoi operatsii. UKR. MED. ChASOPYS. 2014. 6 (104). S. 124-127.

8. Mykhailov B. V., Chuhunov V. V., Kurylo V. O., Sarzhevskyi S. N. Posttravmatychni stresovi rozlady : navchalnyi posibnyk. Kh. : KhMAPO, 2014. 223 s.

9. Mykhalskyi A. V., Tsarov Yu. O. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad : istorychnyi ohliad. Problemy suchasnoi psykholohii. 2011. 12. S. 687-696.

10. Tsykhonia V. Pamiatka pro posttravmatychnyi stresovyi rozlad. Mystetstvo likuvannia. 2014. 7. S. 113-114.