ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

Навчально-практичний посібник

УДК 159.944.4(07)
П27

Авторський колектив:
Моргунов О.А., д-р юрид. наук, проф. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В.); загальна редакція;
Федоренко О.І., д-р пед. наук, проф. – підрозділи 3.1–3.13 (у співавторстві з Доценко В.В.);
Мілорадова Н. Е., д-р психол. наук, проф. – підрозділи 1.2, 2.1–2.9;
Харченко С. В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Макаровою О.П., Макаренком П.В.), підрозділ 1.4. (у співавторстві з Доценко В.В.);
Доценко В.В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.4. (у співавторстві з Харченко С.В.), підрозділи 3.1-3.13 (у співавторстві з Федоренко О.І.);
Макарова О.П., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В., Макаренком П.В.);
Макаренко П.В., канд. психол. наук, доц. – підрозділ 1.1 (у співавторстві з Харченко С.В., Макаровою О.П.);
Медведєва О.В., канд. соціол. наук, доц. – підрозділ 1.3 (у співавторстві з Червоним П.Д.).;
Червоний П. Д., канд. пед. наук, доц. – підрозділ 1.3 (у співавторстві з Медведєвою О.В.).

Рецензенти:

ОСЬОДЛО Василь Ілліч
доктор психологічних наук, професор, начальник гуманітарного інституту Національного університету оборони України імені Івана Черняховського (м. Київ)

ЛАРІОНОВ Станіслав Олександрович
кандидат психологічних наук, доцент, начальник кафедри психології та педагогіки гуманітарного факультету Національної академії Національної гвардії України (м. Харків)

Рекомендовано до друку
Вченою радою Харківського національного університету внутрішніх справ (протокол № 12 від 29.11.2022)

© Авторський колектив, 2022
ISBN 978-617-7923-05-2 © Харківський національний університет внутрішніх справ, 2022

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Поняття про стрес. Ознаки гострого стресу

Стрес – це особлива форма емоційного переживання, що виникає в екстремальній життєвій ситуації (погрози, небезпеки, образи та ін.) і вимагає від людини мобілізації нервово-психологічних сил. Він призводить до змін у протіканні психічних процесів, появі емоційних розладів, трансформації мотиваційної структури діяльності, розладів рухової й мовленнєвої поведінки, що в цілому впливає на якість діяльності людини.

Розрізняють два види стресу: *гострий* (або еустрес) та *хронічний*, який називають дистресом.

Еустрес – стан, внаслідок якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактору. Цей вид стресу включає в себе всі реакції організму, які забезпечують термінову адаптацію людини до нових умов. Він дає можливість уникнути неприємної ситуації, подолати або пристосуватися до неї. Таким чином, еустрес – це своєрідний механізм, який забезпечує виживання людини. Однак такий стан може бути небезпечним, якщо затягнеться на тривалий період.

Дистрес – стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку.

Термін «стрес» був уведений канадським ученим-фізіологом Г. Сельє в 1936 році. Він виявив «синдром відповіді на подразнення як таке», і описав його у вигляді тріади: а) збільшення і підвищення активності коркового слою надниркових залоз; б) зменшення і зниження активності тімусу і лімфатичних залоз; в) точкові крововиливи у слизовій оболонці шлунка і кишечника. Г. Сельє зіставив ці реакції з симптомами, характерними для будь-якого захворювання, і об'єднав їх у єдину систему на основі спільного механізму управління цими реакціями і спільного процесу розвитку.

Г. Сельє визначив стрес як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих неспецифічних реакцій організму, які первинно підготовлюють організм до фізичної активності, реакція протидії (боротьба або втеча). Він пропонував розрізняти «поверхову» та «глибинну» адаптаційну енергію. Поверхова енергія більш доступна і поповнюється за рахунок глибинної. Глибинна енергія мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Г. Сельє вважав, що її виснаження необоротно призводить до старіння чи загибелі.

Виокремлено *три стадії* розвитку *стресу*:

1. Стадія тривоги. Відбувається мобілізація адаптаційних можливостей організму та підвищення його опірності до конкретного стресового впливу.

2. Стадія стабілізації. Характеризується збалансованою витратою адаптаційних резервів. Усі фізіологічні та психічні параметри, зсув яких відбувся на першій стадії, закріплюються на новому рівні. Цей рівень стає індивідуальною нормою існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних систем.

3. Стадія виснаження. Виникає неузгодження стресових вимог середовища та відповідей організму на ці вимоги. Але, на відміну від першої стадії, де таке неузгодження призводить до розкриття резервів організму, тут спостерігається зрив адаптаційних можливостей.

В залежності від складності біологічної системи та рівня її еволюційного розвитку розрізняють наступні форми стресу:

- біологічний – форма стресу, характерна для багатьох безхребетних тварин за умов впливу фізичних та хімічних факторів;

- фізіологічний – форма стресу, яка проявляється в порушенні фізіологічних процесів;

- емоційний (психологічний) – форма стресу, при якій на перший план по значимості чи помітності для дослідника виступають психологічні стрес-реакції. Розгляд різних форм стресу є правомірним, але стрес є загальною неспецифічною відповіддю організму, тобто ці форми скоріш за все є рівнями стресового реагування.

Окремо також говорять про інформаційний та професійний стреси.

Розвиток стресу опосередковується переживанням загрози, тобто усвідомленням відомостей, символів, які передують майбутньому зіткненню людини з небезпечною для неї ситуацією. Загроза розглядається і як стан очікування суб’єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. Їх властивості оцінюються, виходячи з характеристик інтенсивності впливу, ступеня невизначеності значимості стимулу та часу впливу, а також наявних ресурсів індивіда щодо подолання такого впливу.

Процеси оцінки загрози, пов’язані з аналізом значення ситуації та відношенням до неї, здійснюються на основі перетворення поточної та минулої інформації про особливості несприятливої події, прогнозування характеру її розвитку та проявів.

Розрізняють три види стресових оцінок:

1) травмуюча втрата (реальна чи очікувана) чогось, що має велике особистісне значення (смерть знайомого, втрата здоров’я тощо);

2) загроза впливу, яка вимагає від людини здібностей (здатностей, дій, ресурсів), які більші, ніж він має на цей час;

3) складне завдання, проблема, відповідальна та потенційно ризикована ситуація.

Крім того, можна виокремити ситуації тривалого позбавлення чогось (депривація), на що людина розраховує, вважає, що це їй належно.

Оцінку події (ситуації) як стресової, визначають три основних фактори:

1) емоції, які асоціюються з цією подією, як первинний попереджувальний сигнал, регулятор поведінки, збуджуючий фактор;

2) невизначеність події з точки зору можливості настання чи моменту початку, сили впливу, обсягу необхідних знань, вмінь і навичок для її попередження чи ліквідації наслідків, ступеня складності з позицій когнітивних здібностей людини та досвіду суб'єкта;

3) значимість події для конкретної людини, оцінка ступеню важливості для досягнення необхідного результату діяльності, шкідливості чи небезпечності наслідків цієї події та ін.

Р. Тугушев та Е. Гарбер пропонують розглядати субсиндроми або структурні блоки стресу наступним чином.

Емоційно-поведінковий блок.

Зміни у поведінці людини у стресі є специфічним та більш інтегральним показником особливості відповіді на вплив, ніж зсуви окремих фізіологічних показників.

Розрізняють дві форми емоційно-поведінкового реагування при стресі: 1) активне, яке характеризується посиленням емоційної та поведінкової активності (агресія або втеча); 2) пасивне, при якому відбувається пригнічення активності при короткочасних, але достатньо інтенсивних екстремальних впливах.

Активне реагування спрямовано на усунення екстремального фактору та попередження розвитку стресогенної ситуації. Активне реагування може бути як адекватним, так і неадекватним ситуації. За умови надмірної, нераціональної активізації, поведінка може супроводжуватись помилковими діями на основі неправильної оцінки поточної ситуації, ілюзорними уявленнями суб'єкта про небезпеку, неправильним прогнозом розвитку подій, зниженням контролю власних дій. Для прикладу тут слід назвати стан паніки.

Пасивне реагування спрямовується на перечікування впливу стресора. В свою чергу, пасивне реагування також може мати різну міру адекватності ситуації. Розрізняють *первинне* та *вторинне* пасивне реагування. *Первинне* виникає з самого початку екстремального впливу, який переживається як

суб'єктивно неможливий, непереборний, незрозумілий. *Вторинне* пасивне реагування змінює наявну стресогенну активізацію поведінки. Це відбувається внаслідок надмірної тривалості стресора чи його багатократному повторенні, тобто спостерігається у всіх людей, і тих хто намагався подолати стресор, і тих хто його перечікував.

Зовнішнім чинником, який визначає активність адаптивної поведінки, є екстремальність стресора, яка залежить від:

1) суб'єктивної оцінки небезпеки стресора для цілісності суб'єкта;

2) ступеня суб'єктивної значимості стресора;

3) ступеня неочікуваності стресора;

4) близькості дії стресора до меж суб'єктивної шкали «приємно – неприємно»;

5) тривалості дії стресора при збереженні його суб'єктивної значимості.

Таким чином, прояв тієї чи іншої форми адаптивної активності визначається, на думку Л. Китаєва-Смика, сукупним поєднанням індивідуальної схильності суб'єкта до активного чи пасивного реагування та екстремальним стресором, який реалізує цю схильність.

Вегетативний блок.

Всі психічні явища базуються на фізіологічних механізмах, які умовно називаються вегетативні. Управління вегетативними реакціями здійснює психіка (її несвідома частина), їх взаємодія покликана забезпечити оптимальний режим активності людини.

Крім того, вегетатика виконує захисні функції. Так, у стані стресу, очікування небезпеки, тобто превентивно, вегетативні функції можуть різко посилюватись, ставати помітними як самому суб'єкту, так і оточуючим (наприклад, почервоніння шкіри, тремор кінцівок). На відміну від захисної поведінки, яка свідомо контролюється і спрямовується на усунення небезпечного фактору, вегетативний захист не піддається вольовому контролю, він проявляється різними патернами реакцій, такими як екскреторно-евакуаторні (блювання, пітливість, слиновиділення тощо), серцево-судинні, регенеративні тощо.

У перших своїх працях з теорії стресу Г. Сельє в основному зосереджувався на фізіологічних (вегетативних) механізмах його розвитку. Він підкреслював, що стрес викликає не тільки функціональні зміни внутрішніх органів, які є оборотними, але і структурні (морфологічні, незворотні, тобто захворювання). Цьому є немало доказів, коли внаслідок тяжкого стресу (психотравми) у людини виникають патології.

У стресовому стані в організмі відбуваються гормональні зрушення, зокрема, збільшується вироблення гормону кортизолу, який збільшує енергетичний тонус (за рахунок розщеплення білків), підтримує артериальний тиск, але знижує імунітет. Цим пояснюється слабка опірність організму до інфекційних хвороб після перенесеного стресу.

Когнітивний блок.

Стрес супроводжується низкою змін когнітивних процесів.

Відносно мислення, спостерігаються наступні варіанти змін:

1) активізація мислення суб'єкта з адекватним відображенням дійсності у свідомості (активізація дискурсивно-логічного мислення та виникнення інсайтних форм мислення, тобто мисленні «озаріння»);

2) гіперактивізація мислення (поява нав'язливих думок та образів, безплідні фантазування та гіперзбудливість, боязкість, страхи, тривога);

3) «втеча» від вирішення стресогенних проблем (розв'язання дотичних, «замісних» проблем, які не мають відношення до цієї ситуації або зменшення активності мислення, наприклад, «втеча в сон»).

Соціально-психологічний блок.

У стані стресу змінюється відношення до навколишнього світу, в тому числі до людей, що проявляється у міжособистісній взаємодії. Характер і динаміка змін спілкування при стресі обумовлюються специфікою стресогенної ситуації, індивідуально-психологічними і особистісними особливостями взаємодіючих людей, а також соціокультурними, національними, етнічними, релігійними нормами, прийнятими у суспільстві тощо. Разом з тим виявлені загальні закономірності динаміки спілкування при тривалому стресі, зокрема, пов'язані з розвитком міжособистісних відносин.

Першою стадією є так зване «орієнтувальне завмирання», коли людина у стресовій ситуації завмирає, приглядається до оточуючих, щоб оцінити перспективу своїх подальших контактів з ними. На цій стадії спостерігається зниження активності і широти спілкування.

Друга стадія характеризується збільшенням інтенсивності спілкування, навіть у тих, кому не властиві активні форми спілкування поза стресогенними умовами. Метою інтенсифікації спілкування є встановлення індивідуального рольового статусу.

Третя стадія може бути пов'язана з необхідною або вимушеною допомогою партнеру, при цьому виникає, як правило, більш тісне спілкування. Вимушена допомога активізує адаптаційні резерви як у того, хто допомагає, так і у того, кому допомагають, внаслідок переживання власної цінності обома з них.

Четверта стадія пов'язана зі стабілізацією рольового статусу, яка може відбуватись на тлі різнопланових емоцій, позитивних чи негативних.

П'ята стадія розвитку спілкування при стресі може супроводжуватись як збільшенням, так і зменшенням його активності. У першому випадку в різних умовах можуть переважати компоненти спілкування, які або консолідують групу (прийняття на себе ролі лідера, його підтримка, прийняття відповідальності, товариськість), або дезорганізують її (конфронтація з лідером, відчуження від інтересів групи, ухилення від відповідальності). У другому випадку, при зменшенні активності спілкування, можливі «втеча» від спілкування внаслідок зниження мотивації та здатності до нього, неприязнь до партнера, виникнення агресії або аутоагресії, зниження власної значимості на тлі занурення в себе.

Найбільш важкі психологічні наслідки викликають масові нещастя.

Т. Молес запропонована таку їх класифікацію:

А. Природні, до яких віднесені:

1. Кліматичні (урагани, смерчі, повені).

2. Сейсмічні (землетрус, виверження вулканів, цунамі).

В. Викликані людиною, серед яких:

1. Нещасні випадки: на транспорті (дорожній, залізничний, водний, авіа); у промисловості - вибухи (газ, хімічні, на шахтах, військових складах); пожежі (опіки, удушення димом); біологічні (вірусної, бактеріологічні, токсемії); хімічні (токсичні гази, рідини, тверді речовини); ядерні (радіація, радіаційне забруднення).

2. Навмисні: тероризм, бунти, заколоти, соціальні хвилювання, війни.

Показником екстремальності якого-небудь фактору можуть бути неприємні, хворобливі відчуття (психологічного й фізіологічного характеру), різні розлади міжособистісного характеру, зниження рівня працездатності. На думку Д. Уінгайта й Д. Броделя, подія є стресогенною тоді, коли порушується рівновага між індивідом і середовищем, що призводить до мобілізації внутрішніх резервів, пошуку й постановці нових цілей, трансформації системи екзістенційних цінностей і виробленню нових.

Гостра реакція на стрес виникає протягом місяця з моменту травми й триває від двох днів до чотирьох тижнів. Посттравматичний стресовий розлад звичайно розвивається через якийсь час після травми - не менш одного місяця після травми, і триває більше чотирьох тижнів. Крапкою відліку є сама подія, що травмує, або такі обставини.

Вивчення наслідків впливу екстремальної ситуації на психічний стан жертв різноманітних за походженням травматичних подій було розпочато ще

у другій половині XIX століття. У перших роботах з цієї проблеми в основному описувалися найбільш ранні наслідки гострої психічної травми.

Вперше стресовий розлад був описаний у солдат, учасників воєнних дій, під час Громадянської війни в Америці. Синдром був названий «солдатським серцем», тому, що виявлявся у вигляді характерних розладів серцевої діяльності.

У 1888 р. німецький невролог Г. Оппенгейм вперше використав термін «травматичний невроз» і привернув увагу вчених до емоційного аспекту психічної травми, але автор при цьому думав, що травматичний невроз розвивається внаслідок «механічного ушкодження нервових зв'язків».

Вже в 1889 р. П. Дженет припустив, що сильні емоційні реакції порушують інтеграцію травматичної події в систему пам'яті індивіда. На його думку, результатом відділення від сфери свідомості спогадів про травматичні події є те, що вони відкладаються у вигляді реакцій тривоги, паніки і візуальних образів (нічні кошмари та flashback). Вчений також спостерігав, що жертви травматичних подій уникають нагадувань про пережите, тому, що відчувають значні труднощі в контролі над сферою емоцій. Нездатні залишити подію в минулому, вони як би «прив'язані» до неї, повертаються знову і знову, тим самим поглиблюючи свої страждання.

Одне з перших системних досліджень жертв травматичних подій було розпочато Е. Стерлінгом (1909) при вивченні постраждалих від землетрусу в Мессіні й аварії на гірському руднику. Вчений прийшов до висновку, що головними моментами в розвитку психічних розладів є переляк і емоційний шок, які знижують резистентність нервової системи і стають провідними чинниками в розвитку неврозу. Автором були показані загальні закономірності розвитку психічних розладів у жертв різноманітних за походженням катастроф.

Т. Сімпсон (1929) обстежила 30 дорослих і 20 дітей через декілька днів після землетрусу в Криму й описала у постраждалих фізіологічні й патологічні реакції. У протіканні фізіологічних реакцій були виділені три фази. Перша фаза характеризувалася фізичними відчуттями, пов'язаними з катастрофою, наприклад, з відчуттям хиткості ґрунту: у фазі свідомої переробки сенсорних подразнень одні особи діяли активно і цілеспрямовано, інші – були пасивними, субступорозними; у третій фазі відбувалася «рухова розрядка», яка супроводжувалася вазовегетативними розладами. Фізіологічні реакції проходили без невротичних наслідків. До патологічних реакцій були віднесені випадки із затяжними невротичними і депресивними порушеннями. Вперше було відзначено, що у дітей реакції протікали в стертій формі.

Під час Першої світової війни починається вивчення воєнних психогеній. У той час зустрічалися випадки масових самогубств через страх йти в бій. На думку А. Гревера, найсильніший вплив на військових має артилерійський вогонь (1915). Т. Селемон ввів у науку поняття «артилерійський шок». У військових відзначалися пригнічений настрій, дратівливість, розлади сну й апетиту. При сполученні психотравми і каліцтва у хворих була виражена настирливість, іпохондричність, некритичність до своєї поведінки.

Дослідження учасників двох світових війн дозволило вченим запропонувати низку термінів для позначення негативного впливу бойової обстановки на учасників воєнних дій: «кулеметний сон» (Є. Краснушкін; 1949), «невроз переляку» (А. Гревер; 1914), «невроз туги» (С. Суханов; 1915), «воєнний невроз» (Б. Осипов; 1934), «хронічний воєнний невроз» (А. Кардинер; 1941), «воєнна втома» (В. Гіляровський; 1946), «бойове виснаження» (О. Лурія; 1946). Загальними елементами в описі у різних дослідників були: розлади сну, нічні кошмари, депресія, гіпертрофовані емоційні реакції, підвищений рівень збуджуваності. Було показано, що війна не дає нових, невідомих мирному часу видів психічних розладів, її впливи лише до деякої міри видозмінюють патопластику відомих психічних розладів.

Значний внесок у вивчення патогенетичних механізмів травматичного неврозу внесли роботи З. Фрейда (1939). Вчений розглядав воєнний невроз як наслідок «его-конфлікту». Автор виявив існування двох форм реакцій - негативної і позитивної. Перша полягає у витискуванні травми через відмову прийняти її, тоді як друга - реалізація у формі спогадів і переживань. З. Фрейд пропонував відстрочені психічні явища у ветеранів називати «воєнним неврозом». Завдяки роботам З. Фрейда в 20-30 рр. травматичний невроз стали розуміти як наслідок нестерпних переживань.

Особливе місце в описі феноменології посттравматичних розладів займають роботи Е. Крепеліна. Вчений визначав психоневроз у солдат як «...стан протесту проти повернення на фронт...». Автором було відзначено, що у таких хворих настрій залишається пригніченим, пацієнти можуть бути плаксивими або похмурими, дратівливими, при цьому вони докладно розповідають про свої нещастя і страждання. Звернено увагу на симптоми «істеричного реагування», наявність «рентних установок». Е. Крепелін уперше показав, що в деяких випадках після психічної травми розлади можуть залишатися постійними і навіть посилюватися.

А. Кардинер звернув увагу на те, що в осіб, які страждають «травматичним неврозом», розвивається постійна пильність і надчутливість

до загроз зовнішнього світу, у міжособистісному спілкуванні з'являються дратівливість, схильність до вибухових агресивних реакцій. Автор підкреслював, що «ядром неврозу є психоневроз. Це виникає на полі бою і зберігається під час внутрішнього процесу організації досвіду, кожний проміжний засіб пристосування залишається і зберігається в хронічній формі». Дослідження А. Кардинером ветеранів Першої світової війни (1922-1928 рр.) дозволили також виявити типові «відставлені» реакції на травматичну подію війни: «фіксація» на травмі, кошмари, зниження загального рівня психічної діяльності, дратівливість, схильність до емоційних «вибухів». Вчений вважав, що «травматичний невроз завжди є присутнім і не змінюється». А. Кардинер запропонував поняття про «центральний фізіоневроз», який, на думку автора, служить причиною розладів низки особистісних функцій, що забезпечують зменшення адаптації до навколишнього світу. Таким чином, травматичний невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Вперше дано комплексний опис його симптоматики: збуджуваність і дратівливість; невтримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах події, що травмувала; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

Дослідження А. Кардинера і Л. Ліндемана показали, що відповідь на травму є двоїстою: гіпермнезії, гіперактивність у відповідь на стимули і травматичні переживання співіснують із психічним онімінням, униканням, амнезією.

Досвід Другої світової війни показав, що психічна напруга, викликана страхом і тривогою, є досить великою. Під час війни у Великобританії проводилися дослідження цивільного населення міст, що піддавалися інтенсивним бомбардуванням. Було відзначено, що почуття пригніченості й страху, кардіоваскулярні симптоми після повітряного нальоту зменшувалися, змінюючись ейфоричним збудженням. Після важких нальотів були більш виражені апатія і байдужність. Ця байдужність призводила до того, що ці люди часто не звертались своєчасно за медичною допомогою. На думку В. Воловича, у формуванні психогеній військового часу в населення, крім безпосередніх переживань, пов'язаних із загрозою життя, істотну роль відіграють такі чинники як інформаційна непевність, загроза існуванню близьких людей, ламання основних життєвих стереотипів, стомлення й інше. Несподіванкою для дослідників стала відсутність очікуваних «масових» неврозів серед мирного населення. Є. Краснушкіним це пояснювалося «своєрідною імунізацією» стосовно психогенних чинників. За даними В. Менингер, у лікувальні установи армії США під час Другої світової війни

(з 1 січня 1942 р. по 30 червня 1945 р.) надійшло близько 1 млн. осіб з нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 64 % із психоневрозами й 7 % із психозами. Відповідно до даних С. Бейкер, майже половина військовослужбовців, демобілізованих за станом здоров'я з армії США під час Другої світової війни, страждала нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 70% психоневрозами. За даними Фіглі, протягом першого року Другої світової війни кількість втрат за психіатричними показниками зросла в три рази в порівнянні з попередньою війною, при тім, що при відборі непридатними до військової служби було визнано в 3-4 рази більше солдатів, ніж у Першу світову.

Т. Мокор наводить дані про те, що 99% льотчиків ВВС США відзначали в себе під час бойових вильотів прояву страху у вигляді різних фізіологічних реакцій: серцебиття, прискореного пульсу, м'язової ригідності, холодного поту, гурчання в животі, частих позивів до сечовипускання, тремтіння, болю в області кишківника, мимовільного сечовипускання й дефекації.

Р. Гринкер та Дж. Шпигель були узагальнені фізичні симптоми гострого посттравматического стану в солдатів: порушення ходи, зміни з боку згиначів у позі, гіперкінези, тремор у спокої, маскоподібне обличчя, нетримання сили, мутизм, сильний рефлекс здригування, порушення функції ЖКТ. В основі відстрочених психічних реакцій на бойові дії вчені бачили як фізіологічні, так і психологічні причини. На думку авторів, солдат під час війни випробовує фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Вивчення наслідків війни в Кореї показало, що втрати боєздатності через психологічні причини, особливо через понад сильну стресову реакцію, можуть досягати чверті загальних втрат в армії. Під час вторгнення в Ліван ізраїльської армії кількість втрат від психічних захворювань в 1,5 рази перевершило кількість убитих. З. Соломоном було показано, що стресам у бойовій обстановці більш чутливі солдати старші 25 років, з більше низьким утворенням і військовим званням, менш підготовлені до бойових дій.

У сучасному розумінні, гострий стресовий розлад є короткочасним, як і гострий стрес, але є реакцією на набагато більш травматичний випадок і спричинить значно більш проблемні та сильні симптоми у відповідь на травму.

Критерії діагностики гострого стресового розладу. Щоб відповідати критеріям та діагностувати цей стан, людина повинна відповідати таким вимогам:

- зазнала серйозної травми, сексуального порушення або загрози, або фактичного настання смерті в одній або декількох з наступних ситуацій (за винятком впливу через різні форми засобів масової інформації);
- переживає подію безпосередньо;
- подія трапилася з членом сім'ї або близьким другом (у разі смерті або загрози смерті вона повинна мати випадковий або насильницький характер);
- наявність крайньої або повторної дії жахливих деталей події.

1. Проявляється щонайменше дев'ять або більше з наступних симптомів з будь-якої з п'яти представлених категорій, і вони повинні починатися після того, як переживають розглянутий травматичний інцидент або погіршуються:
- нав'язливі симптоми;
- нав'язливі, повторювані та мимовільні спогади про травму, які викликають постійний дистрес;
- повторювані та тривожні мрії або про саму травму, або з тематикою, пов'язаною з пережитим травматичним інцидентом;
- дисоціативні симптоми (наприклад, наявність спалахів), які викликають у людини відчуття або поведінку так, ніби вони переживають травму, що сталася;
- наявність сильного або повторного психічного або фізичного розладу у відповідь на нагадування про будь-який аспект пережитої травми.

Негативні симптоми настрою:
- повторна нездатність відчувати позитивний настрій чи позитивні емоції (такі як задоволення чи радість);
- дисоціативні симптоми;
- переживає змінене відчуття реальності (наприклад, їх оточення чи власне тіло не здається справжнім, відчуття запаморочення, змінене сприйняття часу тощо);
- неможливість згадати певні деталі травматичного інциденту, але не через травму голови або зловживання речовинами, що впливають на пам'ять.

Симптоми уникнення:
- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких спогадів, думок чи емоцій, пов'язаних із пережитою травмою;
- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких нагадувань про травму чи пов'язані деталі (будь-то певні місця, предмети, люди, розмови чи об'єкти).

Симптоми збудження:
- утруднення сну, засинання або відчуття неспокою при спробі сну;

- агресія, дратівливість і гнівні спалахи;
- проблеми з концентрацією та зосередженням уваги;
- гіпервігуальність;
- надмірно інтенсивна реакція на стрімкість у реакції на подразники.

2. Травма та супутні симптоми повинні погіршувати здатність індивіда функціонувати на робочому місці, в особистих стосунках та інших аспектах їх повсякденного життя, і повинні спричиняти їм значні проблеми.

3. Симптоми повинні бути присутніми від 3 днів до одного місяця після того, як трапився травматичний інцидент.

4. Супутні симптоми не можуть бути пов’язані або викликані зловживанням наркотиками, ліками чи іншими значущими станами здоров'я. Їх також не можна краще класифікувати за іншим діагнозом психічного здоров’я.

Деякі люди з гострим стресовим розладом можуть також отримувати діагнози інших станів психічного здоров’я, таких як депресія або тривожність, які можуть мати подібні, але менш виснажливі симптоми. Сюди можна віднести почуття безвиході, низький настрій, проблеми зі сном, проблеми концентрації, постійне занепокоєння, втому, втрату інтересу до щоденних занять, плач або паніку, зміни апетиту або, можливо, навіть думки про самогубство або самопошкодження.

Особливої уваги в екстремальних ситуаціях потребують діти. Зазвичай вони долають стрес краще, коли поруч є стабільні, спокійні дорослі. В залежності від віку діти можуть по-різному поводити себе.

У дитини від 0 до 2 років може посилюватися плаксивість, бажання бути у фізичному контакті з дорослими (бути «на ручках»), дратівливість, пасивність (поводиться тихо, знижене відчуття зв’язку з дорослими), підвищена емоційність.

Дитина від 2 до 6 років може відчувати страх бути розлученою з батьками/опікунами, її непокоїть почуття безпорадності та безсилля, стає замкнутою або заперечує ситуацію. Може повернутися до більш ранньої поведінки, такої як смоктання пальця, нічне нетримання сечі (вважається стресовою реакцією тільки для тих дітей, які вже навчилися контролювати сечовий міхур) або страху темряви. Інколи знову і знову відтворює частини неприємного досвіду в своїх іграх.

Дитина від 6 до 10 років може мати фантазії, в яких виступає рятувальником, хоче часто говорити про подію, шукати шляхи відновлення почуття контролю. Вона може повернутися до такої поведінки, як смоктання пальця, страху темряви чи відмовлятися говорити чи спілкуватися з іншими (навіть з найближчими). Бувають непередбачувані зміни настрою. У дітей

цього віку можуть спостерігатися порушення сну (труднощі із засипанням, страх спати на самоті або часті кошмари). Діти цього віку також можуть скаржитися на головні болі та болі в животі без очевидної причини, а деякі діти можуть проявити надзвичайно необачну або агресивну поведінку.

Підлітки можуть реагувати так само як дорослі – відчувають роздратування, відкидають правила чи поводяться агресивно. Вони можуть стати більш імпульсивними чи використовувати ризикові моделі поведінки, такі як вживання алкоголю або психоактивних речовин, самопошкодження, зміни харчової поведінки (наприклад, вживати занадто багато чи занадто мало їжі), відчувати страх.