Лекція 2

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВИХ**

**І ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ**

СТРЕС – ЦЕ ЗАХИСНА РЕАКЦІЯ ОРГАНІЗМУ НА РІЗНІ ПОДРАЗНИКИ, ЯКА ДОПОМАГАЄ ЛЮДИНІ АДАПТУВАТИСЯ ДО УМОВ, ЩО ЧАСТО ЗМІНЮЮТЬСЯ. РЕАКЦІЯ НА ФІЗИЧНІ ВПЛИВИ ЗОВНІШНІХ ЧИННИКІВ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ УШКОДЖЕННЯ, ОПІКИ, ОТРУЄННЯ, ЗАХВОРЮВАННЯ ТОЩО, НАЗИВАЄТЬСЯ ФІЗИЧНИМ СТРЕСОМ. РЕАКЦІЯ, СПРЯМОВАНА НА ЗАХИСТ ВІД ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ СИЛЬНІ ЕМОЦІЇ – ЦЕ ЕМОЦІЙНИЙ АБО ПСИХІЧНИЙ СТРЕС.

Адаптація – здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середо-вища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичної психічної рівноваги. Адаптація – основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду).

Стадії адаптації організму до шкідливого впливу були описані німецьким фізіологом Гансом Сельє ще в 1936 році. На його дослідження до цього часу посилаються, коли йдеться про ситуації, до яких потрібно пристосовуватися.

Стресова ситуація характеризується суттєвими фізичними і психічними навантаженнями, різноманітними сильними подразниками, що порушують звичний перебіг життя (нещастя, зневажливе ставлення, незаслужені образи, неправда, втрати, несподівані перепони) або браком подразників (монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо).

Стресові чинники [76], характерні для екстремальної ситуації:

 підвищений рівень потенційної загрози для життя;

 тривале виконання напруженої діяльності;

 тривале пригнічення основних біологічних і соціальних потреб;

 різкі й несподівані зміни умов життєдіяльності і професійної діяльності зокрема;

 важкі екологічні умови;

 відсутність контактів із близькими;

 проблеми в родині;

 неможливість змінити умови свого існування;

 інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти;

 підвищена відповідальність за свої дії тощо.

Процес адаптації до стресової ситуації відбувається в такій послідовності :



У відповідь на стан тривоги (перша стадія), викликаної стресором, організм реагує фізіологічними змінами, спрямованими на мобілізацію (друга стадія) захисних сил організму. В цей час людина знаходиться в стані напруження та настороженості, проте фізично і психологічно почувається добре – зникають симптоми хвороб, зростає витривалість. Мобілізація розвивається впродовж 6 годин після впливу стресора і триває 24–48 годин. Тривалість третьої стадії – резистентності або опору – залежить від особливостей організму та специфіки ситуації. У цей час стійкість організму до сильних впливів середовища зростає і може закінчитися стабілізацією стану та адаптацією (четверта стадія) до стресової ситуації.

Якщо адаптуватися до стресової ситуації людина не може, то опір змінюється виснаженням (п’ята стадія), різким зниженням розумової і фізичної працездатності. Ця стадія триває до 3-х діб. Людина в стадії виснаження потребує допомоги, що полягає або в психологічній підтримці, або в усуненні стресора. Виснаження може перейти у хронічний стрес (дистрес) (шоста стадія). Цей стан характеризується песимізмом, пригніченням, в’ялістю; порушенням сну й апетиту; дратівливістю, невдоволенням; тривожністю, агресивністю; зниженням працездатності, погіршенням здоров’я.

Ознаки хронічного стресу [86]:

 неможливість зосередитися на будь-чому;

 надто часті помилки під час роботи;

 погіршення пам’яті;

 постійне відчуття втоми;

 дуже швидке мовлення;

 періодично зникають думки;

 безпричинні болі в голові, спині, шлунку;

 робота не приносить колишнього задоволення;

 втрачається почуття гумору;

 якщо є залежність від нікотину, то різко зростає кількість викурених цигарок;

 з’являється пристрасть до алкогольних напоїв;

 спостерігається постійне відчуття голоду або навпаки втрата апетиту.

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ: ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ТРИВОГА (ФАЗА ШОКУ)

МОБІЛІЗАЦІЯ (ФАЗА ПРОТИШОКУ)

ОПІР АБО РЕЗИСТЕНЦІЯ

ВИСНАЖЕННЯ

АДАПТАЦІЯ ДО СТРЕСОВОЇ СИТУАЦІЇ

ХРОНІЧНИЙ СТРЕС

Ще донедавна поняття психотравми – як травмівної події і як стану, спричиненого травмівною подією – розглядалися в межах теорії стресу. Проте між стресом і психотравмою є відмінність.

Як зазначає Н. В. Тарабріна, стрес стає психотравмою, коли внаслідок дії стресора відбувається порушення у психічній сфері людини. Стресором у таких випадках виступає травмівна подія, що характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю.

Травмівна подія, на відміну від стресової, пов’язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, вона несе абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід.

Отже, стане стрес травмівним чи ні, насамперед залежить від характеру стресора (події).

Травмівними можна вважати події, коли людина зустрічається з фізичною смертю, зокрема події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення;

картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми.

Ця особливість травмівного стресу відображена у 5-му виданні DSM-5 (Американська психіатрична асоціація [АРА], 2013) [9], де психотравма визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (подій);

(2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими;

(3) знання того, що травмівна подія (події) трапилась із членом сім’ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім’ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;

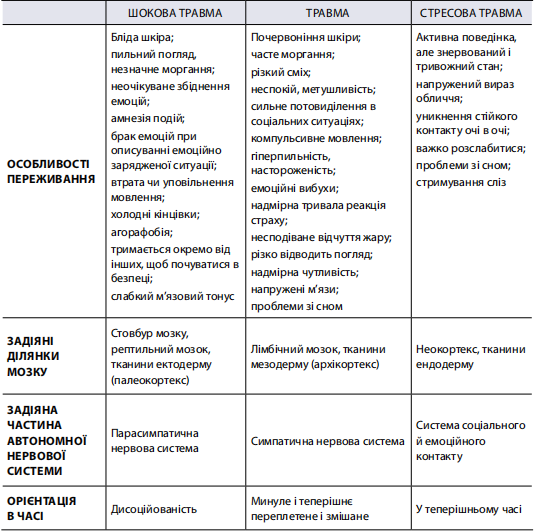
(4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки».

(Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов’язані з цим переживання.)

Коли Г. Сельє створював теорію стресу, то було відомо, що автономна нервова система розділена на дві гілки: симпатичну (мобілізація) та парасимпатичну (спокійний стан, імобілізація). Коли активується симпатична нервова система, то в небезпечних ситуаціях спрацьовує реакція «бий або тікай», а коли активується парасимпатична нервова система, то в разі загрози людина (чи тварина) завмирає. Після відкриття Стефаном Поджерсом [31], професором психіатрії (м. Чикаго), директором Центру Мозку і Тіла, третьої гілки автономної нервової системи – системи емоційного й соціального контакту – уявлення про функціонування організму людини докорінно змінилося. Відповідно, змінилися й уявлення про стрес, психотравму та підходи до лікування посттравматичних розладів.

Американський психотерапевт Дженей Уайнхолд, базуючись на дослідженнях Стефана Поджерса та найновіших дослідженнях перинатальної психології, описала три типи травм і відповідно три типи реакцій на травмівні події. Ці реакції, особливості розладів та особистісні зміни, за Дженей Уайнхолд, залежать від типу травми розвитку. Від зачаття до 8-ми місяців – шокова травма, до 3-х років – власне травма, а від 3-х до 7-ми років – стресова травма (див. табл. 2.1).

КОНТИНУУМ ТРАВМИ Таблиця 2.1.



ШОКОВА ТРАВМА ТРАВМА СТРЕСОВА ТРАВМА

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ

Бліда шкіра;

пильний погляд,

незначне моргання;

неочікуване збіднення емоцій;

амнезія подій;

брак емоцій при описуванні емоційнозарядженої ситуації;

втрата чи уповільнення мовлення;

холодні кінцівки;

агорафобія;

тримається окремо від інших, щоб почуватися в безпеці;

слабкий м’язовий тонус

Почервоніння шкіри;

часте моргання;

різкий сміх;

неспокій, метушливість;

сильне потовиділення в соціальних ситуаціях;

компульсивне мовлення;

гіперпильність,

настороженість;

емоційні вибухи;

надмірна тривала реакція страху;

несподіване відчуття жару;

різко відводить погляд;

надмірна чутливість;

напружені м’язи;

проблеми зі сном

Активна поведінка,

але знервований і тривожний стан;

напружений вираз обличчя;

уникнення стійкого контакту очі в очі;

важко розслабитися;

проблеми зі сном;

стримування сліз

ЗАДІЯНІ ДІЛЯНКИ МОЗКУ

Стовбур мозку,

рептильний мозок,

тканини ектодерму (палеокортекс)

Лімбічний мозок, тканини мезодерму (архікортекс)

Неокортекс, тканини ендодерму

ЗАДІЯНА ЧАСТИНА АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Парасимпатична нервова система Симпатична нервова система

Система соціального й емоційного контакту

ОРІЄНТАЦІЯ В ЧАСІ Дисоційованість Минуле і теперішнє переплетене і змішане У теперішньому часі За Дженей Уайнхолд дистрес можна вважати наслідком стресової травми, якщо навіть після відпочинку чи зміни способу життя в людини залишаються стресові симптоми. Стресова травма спричиняється сильними стресовими чинниками, наприклад: втрати, тривале перебування в екстремальній ситуації, очікування нападу, обстрілу, перевтома, важкі конфліктні ситуації в колективі, родині тощо. Більший ризик для розвитку стресової травми у людей, які зазнали психічного травмування у віці від 3-х до 7-ми років. Зазначені відмінності між дистресом та стресовою травмою стосуються і відмінності між професійним (емоційним) вигоранням та вторинною психотравмою («втомою від співчуття»), що може розвинутися після тривалого спілкування з травмованими людьми.

Прояви стресової травми схожі на симптоми хронічного стресу, але більш виражені. Наприклад: набагато частіше доводиться робити не те, що хотілося б (дистрес); нічого не хочеться робити, все потрібно робити через силу (стресова травма). Або: невдоволення близькими стосунками та сексуальним життям (дистрес); немає близьких стосунків та сексуального життя (стресова травма).

Прояви хронічного стресу [32]:

 набагато частіше доводиться робити не те, що б хотілося;

 постійно бракує часу – не встигаєте нічого зробити;

 постійно хочеться спати;

 бачите багато кольорових снів, особливо коли дуже втомилися за день;

 дуже багато палите та/або споживаєте більше ніж звичайно алкогольних напоїв;

 вам майже нічого не подобається;

 у вас постійні конфлікти, як вдома, так і на роботі;

 відчуваєте незадоволеність життям, і жити взагалі не хочеться;

 з’являється комплекс меншовартості;

 ви не можете ні з ким поговорити про свою проблему, бо здається, що ніхто вас не розуміє;

 ви не поважаєте себе;

 у вас є якесь хронічне захворювання або постійно щось болить;

 ви не задоволені близькими стосунками та сексуальним життям.

На стресові і травмівні ситуації реагують по-різному. У разі стресової події в людини є досить часу (інколи кілька годин), щоб усе обдумати, прийняти рішення. У вирішенні завдання задіяні неокортекс і система соціального й емоційного контакту (див. табл. 2.1).

Згідно теорії Стефана Поджерса [31], нервова система реагує на виклики реального світу за принципом ієрархії, що складається з трьох циклів, один цикл може домінувати над іншим.

Зазвичай ми спочатку реагуємо на зовнішні подразники за допомогою найновішої системи – неокортексу, а якщо та не спрацьовує, то організм «включає» старшу систему – архікортекс, а потім найдавнішу – палеокортекс. При стресі домінує найновіша гілка нервової системи, а якщо це психотравма – то одна зі старіших систем. У разі несподіваної, загрозливої для життя події, часу на роздуми немає; поведінка регулюється мигдалеподібним тілом – це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція.

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ: ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Проілюструємо це на прикладі монотравми, до якої призводить раптова і небезпечна для життя людини подія (таких ситуацій багато в умовах бойових дій). Організм миттєво переключається на «аварійне» функціонування. Спочатку включається симпатична нервова система (архікортекс), запускається механізм, притаманний не лише людині, а й усім теплокровним істотам: якщо є небезпека для життя, то необхідно готуватися до боротьби чи до втечі. А якщо захистити себе чи втекти неможливо, то починає домінувати парасимпатична нервова система (палеокортекс); людина завмирає. Вважається, що переживання травмівної події на рівні архікортексу більш сприятливе, аніж реакція «завмирання», коли активується палеокортекс.

Якщо мигдалевидна залоза «класифікує» подію як небезпечну для життя, вона миттєво «відключає» неокортекс і переключає (залежно від особливостей ситуації) функціонування організму «за законами» архікортексту чи палеокортексу. Розглянемо переживання травмівної події з домінуванням симпатичної нервової системи (архікортексу), яке, як зазначалося вище, є більш сприятливим, ніж у випадку домінування парасимпатичної нервової системи (палеокортексу).

**СТАДІЇ СПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНОЇ СИТУАЦІЇ**

ПЕРША СТАДІЯ. ОРІЄНТУВАННЯ. На якусь мить людина завмирає, щоб зорієнтуватися.

Організм перебудовується: активізується його найдавніша стовбурова частина та парасимпатична нервова система. Виділяються знеболюючі речовини, що притуплює, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла – така реакція зменшує страждання, зберігає від больового шоку у випадку травмування.

Багато військовослужбовців розповідали, як упродовж кількох годин після перелому чи поранення вони продовжували (без знеболюючих!) оборонятися, не відчуваючи болю. Трапилася під час конфлікту на Сході України й така вражаюча історія. У бійця відірвало ногу, і він сам зупинив кровотечу, поклав відірвану ногу в рюкзак та якийсь час продовжував функціонувати (нога після операції прижилася).

Окрім знеболюючих речовин виділяються й гормони, необхідні для інтенсивного реагування на ситуацію – адреналін, норадреналін, кортизон. Серце починає битися швидше, кров від внутрішніх органів спрямовується до м’язів тулуба, рук і ніг, печінка виробляє більше цукру, щоб забезпечити м’язи енергією. Біологічний смисл стадії орієнтації полягає в максимальній мобілізації адаптаційних ресурсів організму, миттєвому переходу в стан напруженої готовності до боротьби чи втечі.

ДРУГА СТАДІЯ. ОПІР (НАДЗБУДЖЕННЯ). Активізуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, симпатична нервова система, активізуються й гормональні механізми, що зменшують вплив негативних чинників на організм. Якщо ці чинники виявляються дуже сильними, чи зрозуміло, що безпечного середовища не буде довгий час, то організм готується до тривалої боротьби за життя.

Впродовж певного часу, від 3 до 8 годин (інколи це може тривати кілька днів), людина без сну, без їжі й води може переносити суттєві навантаження, яких не змогла б витримати в стані звичайного функціонування. Максимально стан мобілізації може тривати близько шести діб.

Офіцер, що зазнав контузії під Іловайськом, настільки зосередився на тому, щоб вивести підлеглих із небезпечної зони, що блювота (одна з ознак контузії) в нього почалася лише на шосту добу, тільки тоді, коли він повернувся в частину.

ТРЕТЯ СТАДІЯ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД НАПРУЖЕННЯ. Коли небезпека минає, організм починає повертатися в стан норми. Цьому передує своєрідне розвантаження, що характеризується неконтрольованим тремтінням тіла, яке може тривати кілька годин. Через тремтіння організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події або через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупиняти не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, в тілі залишаться м’язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болю у м’язах, можуть початися психосоматичні розлади, проблеми з шлунково-кишковим трактом, артеріальна гіпертензія тощо.

ЧЕТВЕРТА СТАДІЯ. ВИСНАЖЕННЯ. В цей період людина відчуває пригнічення, безсилля, бажання плакати. Якщо сльози стримувати, то емоційної розрядки не відбувається, і внутрішнє напруження негативно впливає на фізичне й психічне здоров’я.

П'ЯТА СТАДІЯ. СТАБІЛІЗАЦІЯ СТАНУ. Коли людина не залишається наодинці з пережитим, а отримує допомогу й підтримку близьких – наступає полегшення, починається вихід із травмівної ситуації, повернення до звичайного життя. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення пережитого: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо необхідно, то змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки, інтегрує отриманий досвід.

ШОСТА СТАДІЯ. ПОСТКРИЗОВЕ ЗРОСТАННЯ. Результатом пережитого стає адаптованість до нової ситуації, може спостерігатися посткризове зростання, формується така особистісна якість, як психологічна пружність: здатність швидко відновлювати фізичне та психічне здоров’я після стресових і травмівних подій.

У випадку несприятливого переживання травмівної події людина «завмирає», в неї розвивається шоковий стан, а потім – найважча для переживання шокова травма.

Переживання травмівних ситуацій залежить від характеру травмівної ситуації/події; характеристики потерпілого та особливостей соціального середовища, зокрема наявності/відсутності соціальної підтримки.

1. Як уже зазначалося, найсуттєвішою особливістю травмівної ситуації/події є експозиція до смерті, а саме: перебування в ситуаціях, що загрожують життю і фізичній цілісності людини; поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства; умисні насильницькі дії; на війні  –інтенсивність переживання бойових дій та участь у вбивствах; спостерігання смерті, особливо безглуздої; втрата друга чи близької людини; захворювання, що загрожує життю, та особливо болючі медичні заходи і процедури; непередбачуваність та неконтрольованість; сексуальна віктимізація; травми довшої тривалості чи більшої частотності.

(Політравма – психотравма, що є наслідком численних повторюваних травм, наприклад, часті обстріли, або тривалих фрустрацій, наприклад, перебування в полоні.

Монотравма – наслідок несподіваної одноразової загрозливої для життя події).

Надаючи першу психологічну допомогу потерпілим внаслідок воєнного конфлікту, потрібно зважати на фактори, від яких страждають люди в екстремальній ситуації :

 раптовість – що менше очікується подія, то більше вона руйнує психіку;

 тривалість – що довше перебуває людина в зоні екстремальної ситуації, то більше виснажується. Симптоми, що свідчать про дезадаптацію (розлади сну, виснаження, роздратування, неможливість сконцентруватися, розлади здоров’я тощо) зростають із кожним днем;

 постійні зміни – в екстремальних ситуаціях людина, зазвичай, потрапляє в зовсім нові й несприятливі умови життя. Більше того, періодично щось змінюється, і психіка людини не встигає опрацювати нову, важливу для виживання інформацію;

 масштаб руйнування після катастрофи – очевидців вражають масштаби лиха, руйнування інфраструктури. Так, в Ізраїлі прийнято якомога швидше (інколи протягом кількох годин) ліквідовувати наслідки терактів чи обстрілів. Завдяки цьому в людей складається враження, що громада сильна і може контролювати ситуацію;

 неможливість контролювати своє життя – в екстремальних ситуаціях трапляються події, хід яких змінити не може ніхто. Навіть власний побут (відпочинок, сон, їжу) людина не завжди може контролювати. Якщо впродовж тривалого часу немає можливості взяти контроль за власним життям на себе, навіть у компетентних і зрілих особистостей можуть з’явитися ознаки «сформованої безпомічності»;

 горе і втрати – учасники воєнного конфлікту надовго розлучаються з родиною і звичним способом життя; втрачають роботу, часто переживають загибель близьких, друзів і, що найгірше, постійно очікують на втрати;

 моральна невпевненість – важче переживають ситуації, в яких доводиться приймати рішення, що суттєво впливають на життя (як своє, так і інших), – наприклад, кого рятувати, кого брати з собою, наскільки ризикувати, кого звинувачувати тощо;

 поведінка під час травмівних подій – не кожному вдається зразу якнайкраще впоратися зі складною ситуацією. Те, що і як людина робила чи не робила в екстремальних умовах, може суттєво вплинути на її самооцінку, надовго стати джерелом самозвинувачення.

2. Суттєвими для переживання травмівної події та розвитку посттравматичних розладів є такі характеристики людини:

а) історія попереднього життя: наявність у минулому психічних розладів чи схильності до таких; проблеми з фізичним здоров’ям; зловживання потерпілого чи його батьків психоактивними речовинами; відсутність особистого досвіду перебування в екстремальних ситуаціях; численні психічні травми в минулому;

б) особистісні характеристики: здатність адаптуватися до екстремальних ситуацій (проблеми з адаптацією виражаються в неадекватному реагуванні на те, що відбувається, – агресивності, дратівливості чи тривожності, апатії, відчуженості тощо;

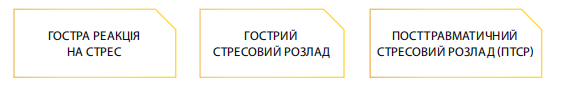
зловживанні психоактивними речовинами для зняття емоційного напруження), рівень стресостійкості та психологічної пружності (psychological resilience);

в) наявність чи відсутність травм розвитку.

3. Особливості соціального середовища. На психічне здоров’я людини згубно впливають такі особливості соціальної ситуації: розрив стосунків чи проблеми в родині; недостатня підготовка (брак необхідних знань, умінь та навичок); відсутність або спотворення інформації щодо екстремальної ситуації; відсутність або негативна інформація щодо майбутнього (пільги, соціальні гарантії, компенсації); ізоляція або конфліктні стосунки в колективі; побутова невлаштованість (обмаль питної води, погане харчування тощо); погана організація вільного часу і відпочинку (наприклад, працює телевізор під час сну); відсутність допомоги та психологічної підтримки.

Від поєднання названих вище чинників (особливостей травмівної ситуації, характеристики людини та особливостей соціальної ситуації) залежатиме, чи відбудеться травмування і якою буде реакція на травмівну подію.

Джудіт Герман, яка понад двадцять років досліджувала питання психічного травмування та здійснювала психотерапевтичну роботу з жертвами насилля, вважає, що реакції на травмівну подію потрібно трактувати не як окремі розлади, а як спектр станів, що коливаються від гострої реакції на стрес (до 48-ми годин після початку події), що може минути сама собою і не досягти рівня діагнозу, а може перейти в гострий стресовий розлад (до 1-го місяця після травмівної події) (див. додаток 2) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) чи в складний синдром повторюваної травми (ускладнений чи комплексний ПТСР). Інколи ПТСР може розвинутися значно пізніше – через рік, через кілька чи навіть через багато років після пережитого (відтермінований ПТСР).



ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС – РОЗЛАД, ЩО РОЗВИВАЄТЬСЯ У ЛЮДИНИ У ВІДПОВІДЬ НА НЕЗВИЧАЙНИЙ ФІЗИЧНИЙ АБО ПСИХІЧНИЙ СТРЕС І, ЗАЗВИЧАЙ, СТИХАЄ ЧЕРЕЗ ДЕЯКИЙ ЧАС (ВІД КІЛЬКОХ ГОДИН ДО КІЛЬКОХ ДНІВ).

Симптоми розладу проявляються у вигляді типової змішаної мінливої картини, якій притаманні: первинний стан приголомшення з певним звуженням свідомості й уваги, неможливість адекватно оцінювати подразники, дезорієнтація. Цей стан може також супроводжуватися «втечею» від реальності (аж до стану дисоціативного ступору – F44.2) або гіперактивністю. Як правило, наявні окремі симптоми панічного розладу (почервоніння, надмірне потовиділення, тахікардія). Може бути часткова або повна амнезія (F44.0) як реакція на стресову подію.

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС ГОСТРИЙ

СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ

СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

Гостру реакцію на стрес учасників бойових дій описують як бойову оперативну стресову реакцію (combat and operational stress reaction), що є нормальним реагуванням на екстремальну ситуацію. У цьому випадку важливу роль відіграє здатність військових та їхнього найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти симптоми розвитку стресу. Будь-яка поведінка, що тривалий час відрізняється від звичної для людини раніше, може бути ранньою ознакою і симптомом бойового стресу.

Бойовий стрес може проявлятися як нездатність виконувати свої прямі службові обов’язки: серед найхарактерніших ознак необхідно відзначити покидання поля бою, нез’ясовану відсутність тощо. У тих комбатантів, які відчувають бойову втому, є велика ймовірність повторення симптомів, тому що швидше їм буде надана допомога, то більше буде в них шансів для відновлення.

В умовах військового конфлікту часто травмівною стає подія, яку людина переживає вперше (перший обстріл, перший бій, перша присутність при загибелі чи пораненні людини тощо).

У цьому випадку виникають короткочасні симптоми та проблеми – гострі стресові реакції, що втихають упродовж кількох годин чи днів: шоковий стан, психомоторне збудження як реакція на пережите, особливо якщо немає психологічної допомоги та психологічної підтримки, наступає виснаження.

Зупинимося детальніше на зазначених типах реагування. Під час травмівної події або одразу після неї в людини може бути шок – уповільнення психічної і моторної активності.

Поряд із цим спостерігаються відчуття відчуження, розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи – як нереальні, «неживі»; змінюється сприйняття звуків; голоси людей стають інакшими, з’являється й відчуття зміни відстані між навколишніми предметами. Інколи, в особливо важких випадках, людина бачить навколишнє ніби збоку чи згори. Про такий стан колись говорили «душа покинула тіло».

Проте частіше гострою стресовою реакцією на травмівну подію є психомоторне збудження, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що зв’язано з порушенням короткочасної пам’яті. Темп мовлення прискорюється, воно стає монологічним. Часто повторюються однакові фрази, судження поверхові. В такому стані важко залишатися в одному положенні: потерпілі то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з’являтися почуття спраги чи голоду. Інколи може бути агресивна чи істерична поведінка.

Коли реальна загроза зникає, наступає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від інтенсивності й тривалості психотравмівної ситуації. Період виснаження може тривати до 30 днів. Виснажені люди, як правило, не скаржаться на погане самопочуття і не шукають допомоги. В цей час спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, збільшується пульс, піднімається артеріальний тиск; дихання стає частішим без фізичного навантаження; буває, що людині важко стримувати сльози, погіршується працездатність.

Якщо немає належних умов для відновлення, виснаження може перейти в депресію. У цьому випадку високий ризик самогубства (за статистикою 80 % суїцидів здійснюється в стані депресії).

Гостра реакція на стрес зазвичай проявляється через декілька хвилин після впливу стресових стимулів чи травмівної події і минає через 2-3 дні (часто через кілька годин). Може спостерігатися часткова чи повна амнезія стосовно стресової події.

Якщо гострі реакції стійкі, тоді говорять (за МКХ-10) про:

 гострий стресовий розлад;

 гостру кризову реакцію;

 бойову психічну травму (невроз воєнного часу);

 кризовий стан;

 психічний шок.

Усі описані вище реакції є нормальним способом реагування на важку ситуацію. Проте інколи після пережитої травмівної події спостерігаються і патологічні реакції.

При патологічних варіантах шокової реакції у людини може розвинутися «психогенний ступор» [40, 91] – енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухома або уповільнено реагувати на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), дихання в цьому випадку повільне, безшумне, поверхневе.

Військовослужбовці згадували випадки, коли бійця в стані психогенного ступору вважали загиблим. Водій БТР розповідав, як під час бою він забрав у машину пораненого і «загиблого». В якийсь момент механік БТРа закричав, що заклинило, не можна стріляти.

«Загиблий» відреагував на ці слова, отямився і ліквідував несправність (виявилося, що він теж був механіком).

Психопатологічною реакцією на травмівну подію може бути і «реактивний психоз»,

що характеризується спотворенням сприйняття, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки); ненормально голосним мовленням або підвищеною мовною активністю (мовлення без зупинки, іноді абсолютно безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази), можуть спостерігатися маячня й галюцинації.

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ: ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Посттравматичний стресовий розлад ПТСР (за МКХ-10) [33] є результатом відтермінованої або тривалої відповіді на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Офіційний діагноз ставиться лише через півроку після пережитої стресової ситуації і характеризується, згідно з МКХ-10, такими клінічними діагностичними критеріями:

А. Короткочасне або тривале перебування людини в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, що здатна викликати відчуття глибокого розпачу.

Б. Стійкі мимовільні й надзвичайно живі спогади (flash-backs) пережитих подій, постійне відтворення їх у снах; посилення переживання у ситуаціях, що нагадують пережиту стресову або асоціюються з нею.

В. Людина уникає ситуацій, що нагадують стресову або асоціюються з нею.

Г. Спостерігається одна із двох наведених нижче ознак:

1. часткова або повна амнезія важливих аспектів перенесеного стресу;

2. наявність двох і більше ознак підвищеної психічної чутливості й збуджуваності, яких не було до перенесення стресу:

а) порушення засинання, поверхневий сон;

б) дратівливість або спалахи гніву, зниження уваги;

в) підвищений рівень неспання;

г) підвищена вегетативна збудливість.

За окремими винятками зазначені симптоми проявляються упродовж 6 місяців після перенесення стресу.

Сьогодні в Україні стресові розлади класифікують згідно з МКХ-10. Гостра реакція на стрес, гострий стресовий розлад та ПТСР, описані в міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 (розділ F43. «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації»), ідентифікуються не тільки на основі симптоматики та особливостей перебігу симптомів, але й у випадку наявності в житті особи травмівної події.

Окрім вищезазначених посттравматичних стресових розладів, у найновішій літературі описано ще й складний ПТСР (ускладнений, комплексний або хронічний) . (Складний посттравматичний стресовий розлад входить у класифікацію розладів, пов’язаних зі стресом, одинадцятого перегляду МКХ, що вступить у повну силу із 1 січня 2022 року.)

Хоча цей розлад і не зазначений у переліку МКХ-10, проте його характеристики важливо знати фахівцям, що надають психологічну допомогу людям, постраждалим внаслідок конфлікту на Сході України.

Ускладнений ПТСР спричиняється важкою, тривалою та повторюваною травмою, майже завжди міжособистісного характеру, що часто розпочинається у ранньому віці.

Цей розлад передбачає труднощі з ідентичністю, усвідомленням меж, міжособистісними взаєминами та емоційною регуляцією. Наприклад, через відсутність достатніх навичок емоційної регуляції люди, що зазнали травмування, намагаються зменшувати дистрес шляхом безладної сексуальної поведінки, переїдання та очищення організму, самопошкодження, агресії, суїцидальності та вдаватися до інших проблемних способів контролювання імпульсів. Неадекватна емоційна регуляція може призвести до зловживання алкоголем, до вживання наркотиків, дисоціацій та інших дисфункційних стратегій уникнення.

Ознаки складного посттравматичного стресового розладу :

Розлад регуляції рівня афективного збудження:

 хронічна дисрегуляція афектів;

 неспроможність упоратися зі злістю;

 самодеструктивна й суїцидальна поведінка;

 неспроможність адекватно вибудувати сексуальні стосунки;

 імпульсивний і ризикований спосіб поведінки.

Розлади уваги і свідомості:

 амнезія;

 дисоціація.

Соматизації.

Хронічні зміни особистості:

 зміни у сприйнятті себе (хронічні відчуття провини, самокатування; відчуття нездатності на щось впливати; відчуття ушкодженості назавжди);

 зміни у сприйнятті кривдника (спотворене ставлення, ідеалізація й захист кривдника);

 зміни у ставленні до інших людей (нездатність довіряти і зберігати стосунки; нездатність уникати повторних ретравматизацій; схильність до того, щоб робити інших людей жертвами.

Зміни у системі цінностей:

 розпач і безнадія;

 втрата життєвих переконань, які були до того.

У людей з ускладненим посттравматичним стресовим розладом [16] немає базового стану фізичного спокою чи комфорту. Вони скаржаться не лише на безсоння чи збудження, але й на численні соматичні симптоми: головний біль через напруження, шлунково-кишкові розлади, біль у животі, спині й тазовій ділянці. Постраждалі можуть скаржитися на тремор, відчуття клубка в горлі, прискорене серцебиття тощо.

Слід зазначити, що у випадку ускладненого ПТСР до діагностичної групи симптомів не належить така симптоматика посттравматичного стресового розладу як повторне переживання травмівної події, уникнення спогадів про подію та надмірна збудливість.

З переживанням травмівних подій пов’язано багато супутніх розладів [9, 12], зокрема розлади адаптації, ускладнена реакція горя, великий депресивний розлад, психотична депресія, генералізована тривога, панічні атаки, ірраціональні страхи, розлади, пов’язані з уживанням психоактивних речовин, фізичні чи тілесні симптоми, спричинені психологічними чинниками, психози тощо.

У військовій психології широко вживають поняття «бойовий стрес» і «бойова психічна травма», близькі до понять «стрес» і «психотравма».

БОЙОВИЙ СТРЕС – ЦЕ СУКУПНІСТЬ СТАНІВ, ЩО ЇХ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО НЕСПРИЯТЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗАГРОЗЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄВО ВАЖЛИВИХ ЦІННОСТЕЙ УМОВАХ БОЙОВОЇ СИТУАЦІЇ.

Бойова психічна травма – сильне переживання, викликане короткочасним чи тривалим впливом психотравмівних чинників бойової обстановки, що призводить до розладів психіки і руйнування психологічної структури дій. Бойовий стрес та бойова травма частіше розвиваються в ситуаціях, що супроводжуються станом безпомічності, безсилля, безнадії, пригніченості.

Ці стани часто бувають ускладнені черепно-мозковими травмами, контузіями, пораненнями, соматичними захворюваннями тощо. За даними Центру досліджень мозку (США, Колорадо), черепно-мозкова травма і ПТСР мають дуже схожі симптоми, що важливо пам’ятати, надаючи допомогу військовослужбовцям та ветеранам (див. табл. 2.2. У таблиці симптоми, що збігаються з ПТСР, виділені жирним шрифтом).

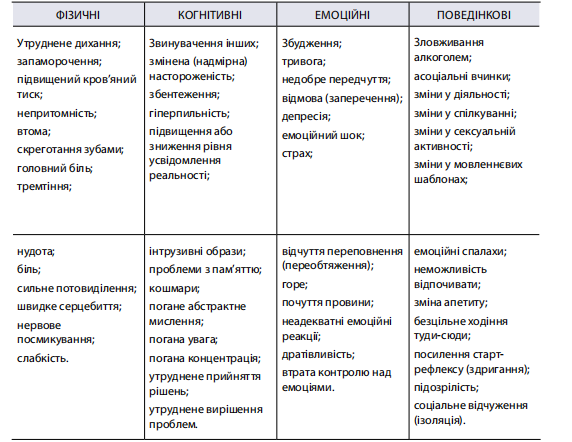
ОЗНАКИ І СИМПТОМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ

Таблиця 2.2



РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ



Люди з хронічним стресовим розладом, посттравматичними розладами часто потребують невідкладної (першої, екстреної) психологічної допомоги для стабілізації психічного стану.

Терміни «перша психологічна допомога», «екстрена психологічна допомога», кризова інтервенція (чи втручання в кризу) близькі між собою. Але в літературі й у повсякденній практиці склалися певні традиції щодо їхнього застосування.

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА ВИЗНАЧЕННЯМ ВООЗ, ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА – ЦЕ СУКУПНІСТЬ ЗАХОДІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПРАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ АБО ВІДЧУВАЮТЬ ПОТРЕБУ В ЧОМУСЬ.

Особливо такої допомоги потребують люди, що перебувають у кризовому стані, або ті, хто тільки-но пережив чи переживає травмівну подію.

В Україні поняття «перша психологічна допомога» частіше використовують, щоб описати заходи, що їх надають фахівці або ті, хто пройшли спеціальну підготовку, або люди, які виявилися поруч із тим, хто тільки-но пережив травмівну подію, у момент прояву у постраждалого гострого стану.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, надаючи першу психологічну допомогу необхідно дотримуватися таких основних принципів:

1. Захищати безпеку, гідність і права людини.

2. Адаптувати свої дії з урахуванням культурних традицій потерпілих.

3. Бути в курсі інших заходів, що проводяться в екстремальній (чи надзвичайній) ситуації.

4. Берегти себе.

Для першої психологічної допомоги характерні [23, 36, 67]:

 короткотривалість;

 невідкладність;

 надання підтримки безпосередньо на місці виникнення гострого стану (або в безпосередній близькості від нього);

 передбачуваність результатів допомоги;

 заходи спрямовані на досягнення конкретних результатів (захист від подальшого травмування, стабілізація психічного стану потерпілого, оцінка його нагальних потреб та проблем, практичне задоволення базових потреб (вода, їжа, сон), інформування щодо ситуації та стратегій поліпшення функціонування, допомога у встановленні зв’язку з близькими, членами родини чи спільнотами, що можуть надати підтримку, надання інформації щодо відповідних служб, які можуть бути корисними потерпілому тепер чи в майбутньому).

Методи психологічної допомоги залежать від особливостей ситуації (воєнний чи побутовий конфлікт, ДТП, природна чи техногенна катастрофа, втрата близької людини тощо) від стану постраждалого та від підготовки того, хто допомагає.

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА – ЦЕ СИСТЕМА КОРОТКОТРИВАЛИХ ЗАХОДІВ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ БЕЗПОСЕРЕДНЬО ЧИ В НАЙБЛИЖЧИЙ ЧАС ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ. ЗАЗВИЧАЙ ЦЕ ПОНЯТТЯ ВИКОРИСТОВУЮТЬ, ОПИСУЮЧИ РОБОТУ РЯТУВАЛЬНИКІВ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ЧИ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ.

Принципи екстреної психологічної допомоги:

1. Невідкладність. Діяти потрібно зразу ж, відповідно до конкретної ситуації. Якщо у разі гострої реакції на стрес людині вчасно надати належну підтримку і психологічну допомогу, то, за свідченням фахівців, більшість потерпілих успішно адаптуються до пережитого і не страждатимуть від ПТСР та супутніх розладів (залежності від психоактивних речовин, депресії, тривожних та поведінкових розладів тощо). Що більше часу пройде після травмівної події, то більша ймовірність розвитку хронічних розладів.

2. Близькість допомоги до місця події. Невідкладна допомога має надаватися у звичній для потерпілого ситуації та соціальному оточенні, що мінімізує негативні наслідки госпіталізації.

3. Очікування, що нормальний стан має відновитися. З постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно в них підтримувати впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.

4. Цілісність і простота психологічного впливу. Алгоритм допомоги має бути уніфікований – відвести постраждалого від джерела травми, забезпечити воду, їжу, відпочинок, безпечне середовище і вислухати.

5. Вплив на симптом, а не на синдром. Необхідно усунути чи зменшити найбільш яскравий прояв гострої реакції (наприклад, агресію, плач, істерику, шоковий стан), що не дає можливості людині функціонувати. Глибша психологічна допомога за необхідності має надаватися професіоналами в безпечному місці.

ВТРУЧАННЯ В КРИЗУ

Втручання в кризу (кризова інтервенція) – невідкладна психологічна і психотерапевтична допомога людині, що переживає кризовий стан. Кризову інтервенцію здійснюють професіонали чи підготовлені волонтери.

КРИЗОВИЙ СТАН – ПСИХІЧНИЙ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ) СТАН ЛЮДИНИ, ЩО ПЕРЕЖИЛА ПСИХІЧНУ ТРАВМУ ЧИ ПЕРЕБУВАЄ ПІД ЗАГРОЗОЮ МОЖЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ. КРИЗОВИЙ СТАН МОЖНА ПЕРЕЖИВАТИ ЯК В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ, ТАК І У ЗВИЧАЙНОМУ ЖИТТІ ПІД ВПЛИВОМ СТРЕСОВИХ ПОДІЙ.

Принципи кризової інтервенції:

 короткотривалість;

 невідкладність;

 емпатійний контакт;

 високий рівень активності людини, що надає психологічну допомогу;

 обмеження цілей;

 реалістичність;

 сфокусованість на основній проблемі (на симптоматиці).

Провідні методи кризової інтервенції: інтенсивна опіка, кризове консультування і кризова психотерапія.

Щоб визначити, який метод психологічного втручання доцільно застосувати, проводять початкове оцінювання психологічного і психічного стану постраждалого (наявність суїцидальних намірів, рівень тривоги, збудження, наявність та інтенсивність фобій, гострого стресового розладу чи ПТСР тощо) та оцінку ситуації, що спричинила цей стан, життєвих обставин (наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів, попередніх стратегій виходу з кризових станів).

Після цього приймається рішення про те, яке втручання необхідне в цьому випадку. Якщо потерпілий не може взяти на себе відповідальності за свої дії, він потребує інтенсивної опіки.

ІНТЕНСИВНА ОПІКА – МЕТОД КРИЗОВОГО ВТРУЧАННЯ, ЩО ПРОВОДИТЬСЯ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ І ПОВЕРНЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОГО ДО СТАНУ, В ЯКОМУ ЛЮДИНА МОЖЕ ВИКОРИСТАТИ РЕСУРСИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОБЛЕМИ [89, 90].

Складові інтенсивної опіки:

1. Передача на певний час відповідальності за виконання зобов’язань на інших людей (відповідно до ситуації). Потерпілого повідомляють про таке рішення.

2. Допомога у вирішенні невідкладних завдань (до цього залучаються інші члени родини, друзі, співробітники, соціальні працівники, члени громадських організацій тощо).

3. Вилучення потерпілого зі стресового у безпечне середовище (госпіталізація, переїзд на тимчасове проживання до родичів чи друзів тощо).

4. Зниження психологічними засобами рівня збудження і дистресу. Якщо це не допомагає, то можна використати психотропні препарати, зокрема для нормалізації сну.

5. Прояв турботи і тепла, пробудження надії на вихід із кризи.

6. Відновлення нормального спілкування.

ТРАВМАФОКУС. НЕЙРОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ОПРАЦЮВАННЯ ПСИХОТРАВМИ

Методами першого вибору у роботі з постстресовими розладами вважають травмафокусовану когнітивно-поведінкову терапію та EMDR (десенсибілізація за допомогою руху очей). Проте в останні десятиліття у світі стрімко розвиваються нейропсихотерапевтичні методи роботи з травмою, які сьогодні освоюють і українські фахівці. Оскільки літератури стосовно зазначених методів дуже мало, представляємо статтю Томаса Вебера, засновника і міжнародного тренера з методу травмафокусу, директора Інституту нейропсихотерапії (Австрія, м. Відень).

Травмафокус – тілесноорієнтований метод, спрямований на спонтанне, безпосереднє опрацювання психотравми на нейронному рівні, без задіювання свідомих спогадів. (Під час сесії клієнт перебуває у стані природної свідомості й не переживає стресу повторно.)

TРАВМАФОКУС (TФ) – ЕФЕКТИВНИЙ НЕЙРО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД, ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКОГО МОЖНА ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ПОВНІСТЮ ЗВІЛЬНИТИСЯ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИТОГО ПСИХОТРАВМІВНОГО ТА СТРЕСОВОГО ДОСВІДУ, НАВІТЬ ЯКЩО ЦЕЙ ДОСВІД БУВ ОТРИМАНИЙ ПРЕНАТАЛЬНО ЧИ ПЕРИНАТАЛЬНО, У ВІЦІ НЕМОВЛЯТИ, І ЙОГО НЕ МОЖНА ПРИГАДАТИ

Термін «травмафокус» запропонував Томас Вебер. Він тривалий час співпрацював із Девідом Ґрандом, засновником брейнспотінгу (вrainspotting), який Д. Ґранд розвинув на основі EMDR. Травмафокус можна вважати удосконаленим методом Brainspotting. Травмафокус ґрунтується на наукових дослідженнях: Focusing (Gendlin), Somatic Experiencing (Levine), Brainspotting (Grand), Pranayama, дослідженнях болю (Melzack & Wall, Engel та ін.), гіпнозосистематичних підходах (Schmidt), нейробіологічній теорії (Del Monte, Trepel, Hirsch, Schiepeck, Hüther, Roth та інші) та результатах актуальних досліджень мозку (Damasio, Schore та ін.).

Як відомо з результатів сучасних досліджень мозку, хронічний психічний стрес призводить до зменшення об’єму пам’яті гіпокампа (ділянка мозку), що може викликати різні форми порушень пам’яті. Поряд із цим, активізуються «пункт керування стресом» гіпоталамус та розміщена в лімбічній системі мозку мигдалина (визначає рівень загрози), а також виділяється багато стресових гормонів.

Під час застосування травмафокусу в глибинних структурах мозку активується травмівний і стресовий досвід, що рефлекторно відображається в області очей та обличчя. Може спостерігатися часте моргання, посіпування, коливальні рухи очима, розширення чи звуження зіниць, уривчасте дихання тощо.

Для оцінювання травмівного стресу на початку й у кінці сесії застосовується шкала стресу за Wolpe (1969), SUD (Subject Units of Distress): від «0» – немає найменшого стресу, до «10» – максимальний стрес.

Соматичну проекцію стресу Е. Дженделін називає «Felt Sense» – місце в тілі, де відчувається стрес. Інтенсивність тілесного відчуття стресової чи травмівної теми залежить від позиції очей. Людина фокусує погляд у точці, де рефлекси сприймаються найсильніше (активацій-ний фокус) чи в точці найбільшого комфорту (ресурсний фокус). Фіксування автоматично зайнятої позиції очей веде до зменшення стресу.

Потрібний напрям погляду можна виявити, спостерігаючи за тим, куди дивиться клієнт, розповідаючи травмівну історію. Якщо погляд зафіксувати в знайденій точці (активаційний фокус), то в людини починають з’являтися соматичні відчуття чи травмівні спогади, які, на відміну від флешбеків та інтрузій, усвідомлюються і не переживаються повторно.

Травмафокус можна зафіксувати і за допомогою спеціальної указки. Концентрування погляду на указці допомагає утримувати позицію очей тривалий час. Для кращої регуляції мозку можна використовувати (через навушники) спеціальні тихі, заспокійливі звуки.

Важливим у травмафокусі є те, що на успішне опрацювання травмівного досвіду впливає дихання клієнта: спокійне, усвідомлене, приязне (як вияв внутрішнього ставлення до себе та до процесу переживання). Таке дихання активує вентральний блукаючий нерв, що супроводжується заспокоєнням нервової системи. Завдяки усвідомленому диханню переживання в теперішньому, «тут і тепер», стають інтенсивнішими, ніж колишні травмівні спогади.

Коли ми переживаємо небезпечну, загрозливу для життя ситуацію, наше дихання або прискорюється (часто вдихаємо), або уповільнюється і стає поверхневим. Після знаходження фокусу, психотерапевт пропонує клієнту дихати усвідомлено глибоко й повільно. Це антистресове дихання, що регулює діяльність нервової системи, дозволяє м’яко й ефективно опрацьовувати травмівні спогади і дискомфортні тілесні відчуття.

Під час сесії опрацювання травмівного досвіду відбувається в пам’яті клієнта, а терапевт інтуїтивно спостерігає за процесом (з цікавістю, без упередженого ставлення, гіпотез та тлумачень). Це максимально корисно впливає на процес, адже ми не знаємо, з яких фрагментів складається хронічний стрес. Травмафокус використовує нейропластичність людського мозку для опрацювання травми, завдяки чому клієнти під час сесій повторно не переживають стресовий стан, що сприяє зниженню емпатійного стресу і в терапевтів. Тому терапевт щодня може інтенсивно працювати без ризику власної непрямої травматизації.

Під час терапевтичної сесії терапевт має бути у ресурсному стані. Завдяки цьому створюється особлива заспокійлива атмосфера, в якій клієнт стає сильнішим і може знайти власні джерела підтримки. Аллан Шор, американський психолог та нейродослідник, з’ясував, що під час терапевтичної сесії (на неусвідомлюваному рівні) права півкуля терапевта інтенсивно взаємодіє з правою півкулею клієнта. А. Шор називав цей ефект right to right brain interaction і вражаюче задокументував своє дослідження на сканованих картинах мозку.

Клієнтів зцілюють не терапевти (вони лише створюють цілющу атмосферу), клієнти зцілюються самі чи, сказати точніше, зцілює їхній мозок, в якому замість порушеного стану починається процес саморегуляції і породжується новий цикл у нервовій системі. Новостворені нейронні зв’язки впливають на тілесні відчуття. Клієнти відчувають, як стресовий стан та хронічний біль постійно зменшуються під час і після кожної сесії.

Щоб підтримувати процес зцілення, використовується техніка, яку клієнт може застосовувати самостійно. Завдяки цій техніці мозок після регуляції на терапевтичній сесії і далі перебуває у спокої. Таким чином тренується безстресовий стан.

СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАВМАФОКУСУ

Метою травмафокусу є повне звільнення людини від заблокованого збудження в мозку й тілі. Цей метод добре поєднується зі всіма визнаними психотерапевтичними підходами.

Важливе досягнення травмафокусу – терапія гострого та хронічного болю. У 2013 році Томас Вебер випадково відкрив, як можна швидко звільнити людину від гострого болю. Він допомагав жінці, в якої після падіння був сильний набряк тканин ноги та гематоми. Після того, як симптоми вражаюче швидко зникли, Т. Вебер почав вивчати можливості терапевтичної допомоги людям, що страждають від хронічних соматичних больових синдромів, таких як мігрень, фіброміалгія, хронічні болі опорно-рухового апарату (коліно, стегно, суглоб, спина).

Було констатовано, що хронічний біль може повністю зникнути, якщо знайти його психологічні причини. Травмафокус дає можливість ефективного доступу до підсвідомої історії болю й активує нейронну та тілесну регуляцію для позбавлення від матриці болю (больових процесів у мозку). Внаслідок цього тіло перестає боліти. Такий підхід дуже перспективний, на базі психосоматичної клініки в Німеччині кваліфіковані терапевти травмафокусу проводять довготермінові дослідження цього методу.

Травмафокус ефективний і для терапії людей із гострими постстресовими розладами, особливо після монотравми. У цьому випадку, зазвичай, за одну-дві сесії опрацьовуються постстресові симптоми та їхні причини. Якщо йдеться про наслідки комплексного травмування, то потрібно більше сесій із застосуванням травмафокусу, щоб людина могла жити з незначними стресовими розладами чи повністю звільнитися від них. Сьогодні вважається, що в основі багатьох психіатричних симптомів, описаних в МКХ-10 та DSM-IV, лежать травми розвитку й травми дитинства, які також ефективно лікуються за допомогою травмафокусу.

ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ: ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

Травмафокус успішно застосовують у разі таких розладів:

 гострі, комплексні та прості психотравми;

 посттравматичні розлади;

 панічні атаки;

 генералізовані тривожні розлади;

 депресії;

 обсесивно-компульсивні розлади;

 залежності;

 хронічні психосоматичні захворювання;

 розлади прив’язаності;

 пограничні розлади особистості;

 порушення сну, апетиту;

 хронічні головні болі, мігрені, кластерні головні болі;

 фіброміалгії;

 різні форми дисоціативних розладів.

ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ СТАНУ

Під час сесій травмафокусу для стабілізації стану вдаються до ресурсних технік: активування мультисенсорних ресурсів (ґраундінґ), «сканування» тіла, візуалізації місця спокою, уявлення речей, які заспокоюють, чи об’єктів прихильності, що врівноважують. Ці техніки особливо ефективні у разі гострих реакцій на стрес, гострих стресових та кризових розладів та гострих реакцій, спричинених травмами прихильності; при хронічному тривалому стані напруження і збудження в тих, хто страждає від панічних атак, фобій, депресій, емоційних стресів та травмівного досвіду, спричиненого сексуальними домаганнями в дитячому віці.

Для регулювання автономної нервової системи у людей із зазначеними розладами застосовують ресурсні техніки, зокрема тілесні.

«Сканер» тілесних ресурсів. Техніка «сканер» тілесних ресурсів застосовується для стабілізації стресового стану, під час якої тіло «сканується» від голови до п’ят.

Терапевт говорить клієнтові: «Уявіть, що ресурсний сканер повільно рухається вашим тілом: спочатку від тім’я до п’ят, а потім – у протилежному напрямку. При цьому сканер фіксує тільки ті місця, де відчуття «найкращі», «нейтральні» чи «приємні». Неприємні чи травматичні місця минаємо без сканування».

РОЗДІЛ 2. ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ: ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Після «сканування» тіла клієнт повідомляє, де він зафіксував приємні відчуття (тілесні ресурси, тобто контрастні місця, порівняно з дискомфортними).

Об’єкти прихильності. Емоційній стабілізації сприяє відновлення прив’язаності. Для цього уявляють заспокійливі прихильні образи людей, тварин, рослин, духовних істот. Найкраще, коли під час терапії клієнт спочатку «лімбічно», не називаючи, уявляє і вибирає найбільш ресурсний образ. Потім якийсь час мовчки уявляє обраний об’єкт, глибоко його відчуває,

«проживає». Тоді образ закріплюється в пам’яті, його можна будь-коли уявити. Потім клієнт розповідає про свій досвід.

Заспокійливе (безпечне) місце. Емоційній стабілізації сприяє візуалізація себе в безпечному місці – місці спокою, сили. Це може бути реальне місце, де людині добре чи колись було добре. Це може бути інший вимір чи далекий космос, куточок природи, місце на терасі або біля каміна, головне, щоб там було спокійно.

Природні елементи стабілізації, що породжують відчуття захищеності, підтримки, допомоги (наприклад світло, якщо людина боїться темряви) дуже важливі, якщо клієнт вважає (чи так є насправді), що хтось чи щось загрожує його життю. Це можуть бути такі речі, як ікони, кристали чи камені, дитячі малюнки тощо.

Стабілізувати стан можна і за допомогою теплої води (ванна, душ, сауна), ароматичного масла, «чайної церемонії», споглядання чогось красивого, наприклад, квітів. Особливий засіб, який ефективно стабілізує стан і у випадку реальної небезпеки, і за умови актуалізації травмівного досвіду, – молитва.

Запропоновані ресурси – цінні допоміжні засоби для роботи з клієнтами, які в ранньому віці пережили масивні травмування і страждають від постстресових та супутніх розладів.

Особливо це актуально для осіб із дисоціативними, пограничними розладами, DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) чи зі складним посттравматичним стресовим розладом.

Перед тим, як запропонувати клієнтові пошуки ресурсів, терапевт має подумки активізувати стабілізаційні ресурси. Потім можна сказати: «Нехай у вашій свідомості виринають місця, де вам було спокійно; з’являються люди, тварини чи якісь істоти, образи яких вас підтримують, речі, що вас захищають».

Більш ефективно, коли стабілізаційні ресурси (фігури прихильності, заспокійливі місця, елементи стабілізації) клієнт знаходить без вербальної допомоги терапевта. Томас Вебер із власного нейротерапевтичного досвіду зробив висновок, що ресурси, які виникають у клієнта самостійно, без зовнішньої сугестії, дієвіші для душевного зцілення і ефект від них стійкіший.

ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ: ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ТА САМОДОПОМОГА. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Алгоритм надання першої психологічної (екстреної) допомоги в екстремальній ситуації у разі гострих реакцій на стрес, що розвиваються безпосередньо після травмівної чи стресової події, відображено в низці публікацій.

Рекомендації щодо роботи з посттравматичними кризовими станами теж широко представлені в літературі [43, 48 50, ,60, 83, 89], проте вони стосуються фахівців, насамперед психологів і психотерапевтів. А людям, які страждають від гострих проявів постравматичних стресових розладів, важливо навчитися самостійно стабілізувати гострий стан, їхні близькі також мають уміти надавати психологічну підтримку і невідкладну психологічну допомогу.

(Невідкладна психологічна допомога, що надається не фахівцями, орієнтована на зменшення симптоматики, а не на лікування розладів).

Багато методів надання першої допомоги в екстремальних ситуаціях можна застосувати і для невідкладної допомоги та самодопомоги з метою стабілізації стану при гострих проявах постстресових розладів. Люди, що страждають від посттравматичних кризових станів, мають освоїти кілька методів самодопомоги. Зазвичай, досить одного-двох ефективних методів, щоб стабілізувати гострі прояви. Варто також пояснити близьким (рідним, друзям), як вони можуть допомогти у разі прояву стресових симптомів.

Методи невідкладної психологічної допомоги/самодопомоги можна обрати з поданих нижче прийомів, модифікувавши їх для конкретної ситуації. Це можуть бути й інші техніки, адже кожна людина й кожна ситуація унікальна. Те, що стабілізує стан в одному випадку, може бути не корисним в іншому. Більше того: те, що допомагало, через певний час може вже не допомогти або навіть мати негативний вплив. Тому людина, яка страждає від постстресових розладів, має постійно відстежувати, як впливають на неї певні речі, слова чи дії, говорити про це тим, хто поруч, і обирати найефективніші заходи самодопомоги.

ВИЗНАЧИТИ СИМПТОМИ КРИЗОВОГО СТАНУ

Спочатку треба навчитися розрізняти прояви посттравматичних стресових розладів у себе чи у близької людини (див. табл. 2.2; табл. 2.3). Потрібно визначити характер гострого стану, інтенсивність та адекватність ситуації. Наприклад, страх може бути різної інтенсивності: від побоювання, схвильованості до панічної атаки. Якщо людина

боїться в небезпечній ситуації – це нормально. Якщо ж у небезпечній ситуації страх сковує рухи, заважає адекватно реагувати, то людина потребує допомоги.

ЗАСПОКОЇТИ

Якщо людина дуже збуджена чи злякана, її потрібно заспокоїти, повернути до рівня схвильованості, адекватного ситуації. Той, хто надає невідкладну допомогу, сам має бути спокійний (це стосується і психологічної допомоги та підтримки).

ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ:

 недооцінювати ситуацію;

 давати неправдиві обіцянки;

 говорити неправду (якщо це виявиться, то рівень тривожності, страху й недовіри зросте);

 давати поради щодо вирішення проблеми;

 звертатися до логіки: «Ти ж доросла людина», «Будь чоловікам». (Це сприймається як «Мене не розуміють, принижують» тощо. Людина у кризовому

стані не може адекватно оцінювати ситуацію);

 говорити: «Не бійся», «Не кричи», «Не плач». (Людина чує: «Бійся», «Кричи, «Плач»).

Потрібно демонструвати спокій. Говорити спокійним і впевненим голосом: «Зараз безпечно», «Все в минулому».

ДОПОМОГТИ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ

У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер». Для цього потрібно:

 дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час;

 чітко відповідати на всі запитання;

 уважно, не перебиваючи, вислухати.

Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався.

– Місце. Нагадайте людині, де вона знаходиться.

– Дата. Нагадайте, яка зараз дата (день, час).

– Безпека. Скажіть, що зараз безпечно.

– Відмінності. Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмівної події.

– Доречна дія в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити.

СПРИЯТИ ЗАДОВОЛЕННЮ БАЗОВИХ ФІЗИЧНИХ ПОТРЕБ

– Нормалізація дихання. Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)

– Вода. Щоб привести до тями людину, яка не йде на контакт, можна хлюпнути на неї водою.

Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої і не кип’яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях.

Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови – нехай умиється, помиє руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти лоб, обличчя.

– Медикаменти, біодобавки, чай. Якщо є випробувані раніше ефективні медикаменти, біодобавки, трав’яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий

ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки – завмирання.

СПРИЯТИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ

Потрібно сприяти активізації ресурсів, щоб запустити механізми подолання негативних емоцій і станів. Це відновлює почуття самокомпетентності.

– Самообійми. Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона відчула межі свого тіла.

– Вправа для самоблокування. Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу – на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

– Поглажування серця. Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне погладжування кота.

– П’ять відчуттів. Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п’яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

– Сила тяжіння. Попросіть людину відчути, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

Стабілізації стану може допомогти тілесний контакт із потерпілим:

– Дотик. Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.

– Тиск. Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчути себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м’яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу.

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

– Тактильні об’єкти. Дайте людині предмет, який можна добре відчути. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м’яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом’яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.

– Шматочки льоду. Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчути холод у долонях.

– Заземлення за допомогою подушки чи ковдри. Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

– Набивна (м’яка) іграшка. М’яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.

– Музика. Доберіть музику (наприклад, звуки природи), таку, що буде заспокоювати саме цю людину, і запропонуйте її послухати.

– Домашні тварини – найкращі психотерапевти. У США в психіатричній службі «працюють» собаки, навчені допомагати людям із психіатричними діагнозами, аутизмом і ПТСР.

Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак – каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають.

**ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ**

1. Які, на вашу думку, ситуації можна вважати екстремальними, нестандартними?

2. Що можна зробити в ситуаціях, коли людина боїться (не може стримати люті, тремтить, надмірно збуджена, перебуває в шоковому стані), щоб надати їй невідкладну психологічну допомогу?

3. Які, на вашу думку, методи самодопомоги фективні для стабілізації стану?

**ЗАДАЧА**

Продемонструйте практично методи надання першої психологічної допомоги.

Умови роботи: група ділиться на кілька підгруп, кожна з яких отримує завдання щодо стану клієнта. Підгрупа має чітко змоделювати та продемонструвати симптоматику клієнта відповідно до зазначеного в завданні стану.

У перехресних взаємодіях підгруп необхідно чітко визначити категорію відтвореного колегами стану клієнта і надати йому психологічну допомогу відповідно до алгоритму.

**КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

1. Назвіть ознаки сприятливого переживання травми.

2. Як проявляється континуум психологічної травми?

3. В яких випадках надається перша психологічна допомога ?

**ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ**

Проаналізуйте свої особистісні якості. Опишіть ті риси власного характеру, що дозволяють

вам успішно діяти в екстремальній ситуації. Опишіть особливості власного сприймання та

характеру, які заважатимуть вам ефективно діяти в екстремальній ситуації. Визначте, як

можна компенсувати власні обмеження щодо дій в екстремальних ситуаціях.