

СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ СТРЕСУ, ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У МЕДИЧНІЙ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ТЕОРІЇ

І. П. МАРЦІНОВСЬКА

Ймовірність стати свідком травматичних подій будь-якою людиною у сучасному світі безперервно зростає. Саме цей факт ставить перед фахівцями завдання продовження досліджень змін у психіці людини, що виникають в результаті різноманітних травмуючих ситуацій. У 80-х роках минулого століття посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder – PTSD) (далі – ПТСР) було включено в якості самостійної нозологічної одиниці в американський класифікатор психічних розладів, а в середині 90-х років ПТСР увійшло в Міжнародну класифікацію психічних і поведінкових розладів – (МКБ – 10). Цей факт став причиною зростання кількості клінічних, психологічних, соціально-психологічних, культурологічних досліджень, що проводяться в рамках нового науково-практичного спрямування – „травматичний стрес” (В. Моляко, В. Краснов, В. Абабков, М. Перре, Н. Тарабріна, Є. Лазебна, Н. Krystal; Pitman Orr, Van der Kolk, F.C. McFarlane, L. Weisaeth, T. Keane, King D.W.). Водночас з помітним прогресом досліджень у цій галузі підвищується і дискусійність питання. Особливо це стосується семантичного поля травматичного стресу; залежності рівня реакції від інтенсивності стресора; внесення почуття провини до переліку посттравматичних симптомів; можливого впливу мозкових порушень на розгортання постстресу, а також, впливу ефекту стрес-гормонів; порушень пам'яті при діагностуванні ПТСР, що виник в результаті сексуального насилля в ранньому дитинстві; впливу соціально-політичної ситуації в суспільстві на постановку діагнозу ПТСР і т.п. (Н. Krystal, Pitman Orr, N. Breslau, G.C. Davis, F.C. McFarlane, Everly, Horowitz, V. Mendloowich). В результаті цих досліджень вводяться нові поняття – „травма”, „травматичний стрес”, „травматичні стресори”, „травматичні ситуації” і власне, „посттравматичний стресовий розлад”.

Метою нашого дослідження є особливості психофізіології, поведінки дітей та підлітків з особливими потребами, що виявилися внутрішніми переселенцями та свідками військових подій. Діагностика та психолого-педагогічна допомога школярам, що мають посттравматичний стресовий розлад в результаті згаданих травматичних факторів. Мета ж даної статті – у системному аналізі розуміння природи стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу, а також їх симптоматики.

Історично наукові пошуки у галузі посттравматичного стресу розвивалися незалежно від досліджень стресу. Центральними положеннями в концепції стресу, запропонованої в 1936 році Гансом Сельє, є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для реакції на стресор [9]. Всі агенти, що діють на організм, він поділив на специфічні (наприклад: вірус грипу – викликає грип) і неспецифічні стереотипні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. Цей синдром в своєму розвитку проходить три стадії: реакцію тривоги, стадію резистентності і стадію виснаження. Г. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження, на думку Г. Сельє, є незворотнім і призводить до старіння й загибелі організму. Психічним та психологічним проявам загального адаптаційного синдрому Г. Сельє дав назву – „емоційний стрес”. Афективні переживання, які супроводжують стрес – призводять до несприятливих змін в організмі людини. Саме емоційний апарат першим реагує на стресову ситуацію при впливі екстремальних факторів (П. Анохін, К. Судаков), що пов'язано із залученням емоцій в структуру будь-якої цілеспрямованої поведінкової дії. Внаслідок цього активуються вегетативні функціональні системи і їх специфічне ендокринне забезпечення, яке регулює поведінкові реакції. У випадку неможливості подолання стресової ситуації виникає напружений стан, який у сукупності з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення гомеостазу. За деяких обставин замість мобілізації організму на подолання труднощів стрес може стати причиною подальших розладів [1]. За неодноразового повторенні або за великої тривалості афективних реакцій у зв'язку з життєвими труднощами, емоційне збудження може перейти до хронічної форми перебігу. У цих випадках навіть при нормалізації ситуації емоційне збудження не слабшає. Більш того, воно постійно активізує центральні відділи вегетативної нервової системи, у результаті чого з'являються психосоматичні прояви. Якщо в організмі виявляються слабкі ланки, то вони стають основними у розвитку захворювання.

Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування систем організму. Емоційні стреси за своїм походженням, як правило, є соціальними, і стійкість до них у різних людей різна. Стресові реакції на психосоціальні труднощі – це інтегративна відповідь на когнітивну їх оцінку і емоційне збудження (G.S. Everly, R. Rosenfeld). Відповідно до сучасних поглядів, стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, відповідно до існуючих концепцій, порушується структура самості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання та пізнання світу, системою пам'яті, емоційною сферою людини. Стресором в таких випадках виступають травматичні події, екстремальні кризові ситуації, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події передусім порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні.

Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес (такий як, природні і техногенні катастрофи, бойові дії, перебування на території бойових дій, тортури, зґвалтування і т.п.). Деякі з відомих дослідників стресу (Р. Лазарус), здебільшого ігнорують поняття ПТСР, як і інші розлади, в аспекті можливих наслідків стресу, обмежуючи поле уваги дослідженнями особливостей емоційного стресу [4].

У 1988 році С. Хобфолл запропонував ідею, яка слугує сполучним елементом між концепціями стресу і травматичного стресу. Ця ідея висловлюється як тотальний стресор, який провокує якісно інший тип реакції, що полягає в консервації адаптаційних ресурсів („завмерти”). Схожа точка зору висловлена Н. Крістел, який, залишаючись в рамках психоаналітичної теорії, припустив, що психічний колапс, „заморожування афекту”, а також наступні порушення здатності до модуляції афекту і алекситимія є основними рисами „травматичної” реакції на екстремальні умови. Сучасні уявлення про посттравматичний стрес або ПТСР склалися остаточно до 1980-их рр., проте інформація про вплив травматичних переживань фіксувалася протягом століть. Такий екскурс до історії ПТСР зробила Н. Тарабріна [9].

Надалі, 1987 року у США були опубліковані дані загальнонаціональних досліджень різних аспектів повоєнної адаптації ветеранів в'єтнамської війни. Ці роботи дозволили уточнити багато питань, пов'язаних з природою і діагностикою ПТСР. Результати цих досліджень викладені в ряді монографій, де проаналізовано теоретичні та прикладні питання, що стосуються проблем розвитку у ветеранів комплексу несприятливих психологічних станів, які мають стресогенну природу (Card J. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam Veterans). Підводячи підсумок порівняльного аналізу, можна констатувати, що поняття „стрес” співвідноситься з поняттями гомеостазу, адаптації та „нормальності”, тоді як термін „травматичний стрес” – з порушеннями, розладами, психотичними реакціями.

Аналіз західної, в основному американської літератури показує, що термін „посттравматичний стресовий розлад” (post-traumatic stress disorder) використовується як окремий та самостійний діагноз. Однак при описі й обговоренні результатів клінічних досліджень як синонім вживають терміни „травматичний” або „посттравматичний” стрес. Цю ж тенденцію можна спостерігати і у науковців пострадянського простору, посилаючись на Н. Тарабріну [9], яка обґрунтовує положення про те, що основою для визначення терміну „посттравматичний стрес” слугує критерій наявності в біографії індивіда травматичної події. А саме: події пов'язаної із загрозою життю і супроводжується переживанням негативних емоцій інтенсивного страху, жаху або почуття безпорадності, тобто пережитого травматичного стресу, одним з психологічних наслідків якого є – посттравматичний стрес.

В якості офіційного терміну „Посттравматичний стресовий розлад” з'явився в 1980 році, коли було опубліковано третє видання „Діагностичного та статистичного довідника з психічних захворювань”. В цьому довіднику ПТСР було віднесено до субкатегорії „тривожних розладів”, які розвиваються у відповідь на „рідкісні зовнішні події”. Тобто, спочатку травма визначалася винятково як результат зовнішнього впливу і в рамках катастрофічних подій [7]. У сучасній психологічній науці існують два основних напрямки, що пояснюють внутрішню структуру порушень. Представниками першого напрямку будь-які травматичні розлади трактуються як нормальна реакція людини на зверх інтенсивні (ненормальні) зовнішні впливи. Представники протилежної концепції обґрунтовують точку зору згідно з якою порушення, що мають у своїй основі травматичну природу, розглядаються або як хвороба, яку потрібно лікувати, або як глибокі аномальні зміни в психіці, які потребують відповідної корекції [11].

Згідно DSM-IV, посттравматичний стресовий розлад вперше (в сучасній психіатрії) став не елементом рубрики, а окремим „захворюванням”. Перелік того, що може бути віднесено до ПТСР, в DSM-III був вельми обмеженим, зокрема, враховувалися тільки ті ситуації, коли зміни в психічному стані людини були пов'язані з надзвичайними травматичними подіями, що виходять за

межі повсякденного життя, такими, як війна, збройний розбій, захоплення в заручники і тортури, з'валтування, техногенна катастрофа чи раптове стихійне лихо. Психічні реакції на „звичайні” життєві проблеми типу розлучення, невдачі, розчарування у коханні або фінансовий крах – відносилися до „розладів адаптації” [11].

М. Магомед-Емінов виділив кілька основних моделей, що пояснюють походження посттравматичного порушення. Перша модель класифікації М. Магомед-Емінова отримала назву реактивної. Головним її елементом є лінійна залежність між силою стресора і інтенсивністю порушення, що виникає. Основні дослідження, проведені в рамках реактивної моделі, полягають у виявленні та аналізі об'єктивних причин і нейробіологічних детермінант, що викликають постстресові порушення, а також в розробці методів, спрямованих на корекцію поведінки людини та її соціалізацію [5].

Наступна модель – диспозиційна. Основна ідея полягає в тому, що стресор, взятий сам по собою, безвідносно до індивідуума, не може викликати ніяких психологічних наслідків, тому детермінантою є сама особистість. Недолік диспозиційної моделі полягає в тому, що науковці, які працюють у рамках цього напрямку, не ставлять перед собою завдання аналізу і оцінки об'єктивних чинників, що впливають на виникнення ПТСР. Внутрішня особистісна ситуація розглядається в контексті „тут та тепер”, а увага спрямована на вивчення психічних процесів в структурі особистості пацієнта.

У третій базовій моделі – інтеракційній – враховуються як особистісні, так і ситуативні зміни, включаючи зміни взаємодії з соціальним оточенням. Ситуація психологічної травми характеризується виникненням потужного транс, необхідного для максимальної гнучкості функціонування головного мозку, що забезпечує швидке виявлення інформації, вагомої для біологічного виживання організму. Потужний потік інформації формує широку і глибоку зону в системі головного мозку, міцно пов'язану з негативним станом і легко активізується в різних життєвих обставинах. Подібний транс, на думку С. Гіллегена, є жорстким, бурхливим і аритмічним за своєю природою. Особливість психотравми полягає в тому, що будь-який природний транс, який передбачає психічне і фізичне розслаблення, активізує стресову подію [9].

А. Меркер в своїй концепції виділяє умови і чинники виникнення посттравматичного стресу: фактори, пов'язані з травматичною подією: тяжкість травми, її неконтрольованість, неочікуваність; захисні чинники: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізми копінгу; фактори ризику: вік до моменту травмування, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький соціальний та економічний рівень [6].

На думку О. Петрової та Є. Самсонової, не всяка складна пережита ситуація є травмуючою. Іноді ситуація може бути для людини напруженою, емоційно вражаючою, стати певним випробуванням. Але після її завершення можна констатувати, що цілісність особистості збережена, ситуація повністю переосмислена, особистість пройшла усі стадії стресової ситуації. Людина може пережити сильний стрес, бути учасником жажливих подій, але завершити емоційний цикл відносин з цими травмуючими подіями в межах лише травмуючого епізоду. У той же час, незначна з погляду оточуючих подія може стати ситуацією, що знаходиться за межею сприйняття. Особистість не справляється зі стресовою ситуацією, і вона перетворюється у травматичну [13]. Травмою можна вважати будь-яку ситуацію, в якій суб'єкт втратив свободу взаємодії з оточенням. За змістом травмуючі ситуації можуть бути трьох типів: травми фізичного типу (ситуації, що зачіпають тіло людини і його фізичний світ); травми нарцисичного типу (порушена зона відносин з іншими людьми і формування ЕГО); травми, що стосуються системи соціальних стосунків. Найчастіше розглядаються в медичній та психологічній практиці ситуації зовнішнього впливу на людину, фізичні травми, в яких була порушена вітальність. Прикладом таких ситуацій може бути пожежа, стихійне лихо, автомобільна катастрофа, терористичний акт, військові дії, будь-яка фізична травма. В цих ситуаціях порушена „цілісність фізичних кордонів”. В усіх трьох типах травмуюча ситуація створює таку форму контакту суб'єкта зі світом, у якій він переживає руйнування сталої картини світу і порушення взаємодії зі цим світом, переживає досвід безпорадності.

А. Бек вперше описав когнітивну модель реакції страху, що стала основою когнітивної концепції ПТСР. Відповідно до цієї моделі, реакція індивіда на ситуацію страху включає оцінку ступеня її небезпеки та оцінку власних ресурсів, що дозволяють впоратися з цією ситуацією або уникнути її. В процес оцінювання ситуації страху включається когнітивна схема, яка сприймає ознаки, відповідні та відомі їй, і уникає характеристик ситуації, що не вписуються в неї. Говорячи простіше, люди бачать те, що очікують побачити. Обумовлена минулим досвідом схема переживання страху актуалізується і змушує людину шукати інформацію, відповідну цій схемі, і ігнорувати іншу інформацію. В кінцевому рахунку дія схеми призводить до певних моторних реакцій – завмиранню на місці, боротьби або втечі [1].

Незалежно від різних підходів до походження та причин виникнення посттравматичного стресового розладу, опис симптоматики залишається незмінним. Г. Каплан і Б. Седок виділяють

три основні групи симптомів, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви особистості при ПТСР: симптоми повторного переживання; симптоми уникнення; симптоми підвищеної збудливості.

Відповідно до класифікації хвороб DSM-IV, найважливіші клінічні симптоми ПТСР такі: мимовільне вторгнення повторюваних переживань травматичної події у вигляді – спогадів, сновидінь, раптового виникнення афекту страху, ілюзій, галюцинацій, дисоціативних епізодів (флешбеків); уникаюча поведінка і загальна емоційна глухота – спроби позбутися думок, асоціацій, нездатність згадати важливі моменти травматичної події, зниження загального інтересу до життя, почуття відчуження від друзів і близьких, обмежена можливість відчувати різноманітні емоційні переживання, відчуття безперспективного майбутнього; постійне фізіологічне надмірне збудження, що проявляється у порушенні сну, дратівливості, труднощах концентрації уваги, надмірній підозрілості, перебільшенні реакції на несподіваний подразник. Всі ці симптоми виникають незабаром після закінчення періоду стресу, але можуть бути відстроченими на період до шести місяців і більше. При хронічному перебігу ПТСР, що проявляється у нездатності до діяльності, відчаю або безнадійності, дратівливості і спалахах гніву, епізодах агресивної поведінки, ослабленні взаємозв'язку з іншими людьми, – можуть призвести до соціальної дезадаптації, що виявляється в руйнуванні сімейних і дружніх зв'язків, втрати здатності до систематичної професійної діяльності.

Дослідження психофізіологічних чинників ПТСР у дитячому та підлітковому розглядалися у аспекті дії різноманітних травматичних стресових подій. Для дітей та підлітків, які пережили військові події, та інші ситуації травматичного стресу характерні проблеми психологічного характеру, що проявляються в навчанні та спілкуванні. Їм властиві поведінкові порушення від депресії до агресії. У підлітків також відзначаються різноманітні соматичні скарги, але за результатами медичних оглядів вони не мають органічного походження. При тривалій розлуці з батьками під час військових побій у дітей відзначаються такі порушення, як депресія, нездатність відчувати задоволення, порушення соціальних контактів. На психічний стан особистості найбільш суттєво впливають катастрофи, викликані навмисними діями людей. Техногенні катастрофи, що сталися в результаті необережності або за випадкових обставин, переживаються менш важко, але все ж важче у порівнянні з природними катаклізмами. Важке соматичне захворювання дитини може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу. Основними проявами реакції на соматичні захворювання є: регресивна поведінка (яка значною мірою ускладнює лікування) і соціальна ізоляція (пов'язана з пропусками занять та уникнення своїх хворих однокласників). Додатковим травмуючим фактором може стати госпіталізація.

Порушення, викликані насиллям, торкаються усіх рівнів людського функціонування. Вони призводять до стійких особистісних змін, які перешкоджають здатності дитини реалізувати себе в майбутньому. Насилля може мати такі наслідки, як порушення в пізнавальній та емоційно-вольовій сфері, а також розлади апетиту, сну; зловживання наркотичними засобами; мимовільне відтворення травматичних подій у поведінці; спроби самопокарання, соматичні скарги. Наслідки сексуального насилля також торкаються когнітивної сфери особистості. Це може виражатися в порушенні концентрації уваги, оскільки всі думки дитини сконцентровані на травматичному досвіді. Дитина пильно стежить за всім, що відбувається навколо неї, наче б то їй загрожує постійна небезпека. Причому небезпека очікується не тільки від зовнішніх факторів, але й і від внутрішніх, що проявляється у неочікуваному пригадуванні небажаних травматичних подій та вражень. У підлітковому віці за характерологічними ознаками ПТСР досить близький до проявів у дорослих. Однак є кілька характерних особливостей. Діти, які пережили травму, відіграють у процесі ігрової діяльності травматичні події. Підлітки ж травмуючі переживання включають в усі аспекти свого щоденного життя. Крім того, підлітки більш імовірно аніж молодші діти або дорослі демонструють імпульсивні та агресивні поведінкові реакції [8].

За останні роки вітчизняними та зарубіжними вченими проведено багато досліджень, що стосуються різноманітних аспектів стресових та постстресових станів, що дозволило систематизувати розуміння походження та розгортання ПТСР. Отже, існує поняття стресу, що не порушує адаптацію людини до зовнішнього середовища. Травматичним стрес стає тоді, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері особистості, а факт переживання травматичного стресу для деяких людей може стати причиною появи ПТСР.

З'явилися дослідження психофізіології травматичного стресу у дітей та підлітків. Ці дослідження стануть підґрунтям для розробки напрямків психолого-педагогічного супроводу дітей та підлітків з посттравматичним стресовим розладом.

Список використаних джерел:

1. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. / А. Бек. – М., 2010. – 544 с.
2. Исаев Д. Н. Предупреждение реакций дезадаптации (кризисных состояний) / Д. Н. Исаев. // Обучение и воспитание детей группы риска: хрестоматия: учебное пособие для педагогов классов коррекционно-развивающего обучения / сост. В. М. Остапов, Ю. В. Микадзе. – Москва: Институт практической психологии, 1996. – С. 88-103.
3. Калмыкова Е. С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Калмыкова Е. С., Миско Е.А., Тарабрина Н.В. // Психологический журнал, 2001.
4. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // в кн.: Эмоциональный стресс. – М., 1970. – С. 178-209.
5. Магомед-Эминов М. Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация / М. Ш. Магомед-Эминов // Вестник Московского университета, 1996. – № 4. – С. 47–61.
6. Петрова Е.Ю. Как предупредить негативные последствия стресса у детей. / Е. Ю. Петрова, Е. В. Самсонова. – М.: Академия, 2010. – С. 11–12.
7. Решетников М. М. Психическая травма / М. М. Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский институт изучения психоанализа, 2006. – 322 с.
8. Силенок И. К. Характеристика посттравматического синдрома подростков / И. К. Силенок // Вестн. Адыгейск. Гос. Ун-та. Серия 3: Педагогика и психология. – 2013. – № 3 (123).
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина – СПб: Питер, 2001. – 272 с. – Серия „Практикум по психологии”.
10. Тарабрина Н. В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Труды Института Психологии РАН. – М., 1997.
11. Фoa Э. Б. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Б. Фoa; под ред. Э. Б. Фoa. – М.: Когито-центр, 2005. – 467 с.

Рецензент – д.пед.н., профессор С. П. Миронова