

«ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ПТСР»

Ю. О. Сіренко

магістрантка кафедри психології

Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка,

rector@sspu.edu.ua

Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор С. Б. Кузікова

Посттравматичний стресовий розлад є комплексом психофізіологічних реакцій людини у зв'язку з фізичною та/або психологічною травмою через дію стресора, що виходить за межі звичайного людського досвіду та адаптаційних можливостей. ПТСР є крайньою реакцією на стрес і може розвинути в результаті впливу події чи серії подій, що загрожують життю, здоров'ю і цілісності людини. Він характеризується повторним переживанням травматичної події, уникненням нагадувань про неї, повторними нав'язливими спогадам про травму, підвищеною тривожністю, розладами сну та функціонування у важливих сферах [1]. Відповідно до змін, запропонованих у МКХ-11, посттравматичний стресовий розлад може бути ускладненим (комплексним), якщо його симптоми доповнюються проблемами в регуляції афекту та труднощами у підтримці стосунків і відчутті близькості з іншими; супроводжується соромом, провинною, відчуттям приниженості у зв'язку з травматичною ситуацією. Викликати ПТСР може як загроза самій особистості, так і її близькій людині.

До стресорів, що можуть травмувати психіку і викликати ПТСР, відносяться природні чи техногенні катастрофи і нещасні випадки, цілеспрямовані насильницькі дії чи організована насильницька діяльність (бойові дії і теракти, полон і катування, побиття і сексуальне насильство, тощо). Ускладнення можуть викликати тривалі або повторювані події, від яких важко або неможливо втекти: тортури, геноцид і рабство, повторюване домашнє насильство чи тривале насильство у дитинстві. Дані події здатні викликати симптоми ПТСР як у людини, що їх безпосередньо переживала, так і у свідків. Посттравматичний стресовий розлад зазвичай проявляється через півроку після

травматичної події, але може виникнути навіть через кілька років після виходу із ситуації.

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом запобігання негативного впливу тяжкої травматичної стресової ситуації на психічне здоров'я людини, в тому числі розвитку посттравматичного стресового розладу. Повна система профілактики ПТСР включає заходи, що здійснюються до виникнення екстремальної ситуації (психологічна підготовка); що супроводжують людину під час події (психологічна корекція); та після виходу з-під впливу травматичної події (психологічна реабілітація). Відповідно, профілактичні заходи включають в себе розвиток психологічної стійкості та навичок саморегуляції і підвищення впливу факторів, що знижують ризик розвитку стресових розладів (наявність і сприйняття соціальної підтримки, адаптивні копінг-стратегії, внутрішні ресурси та стійкий психоемоційний стан до та на момент дії стресору, можливість чинити вплив чи контроль, тощо); під час дії стресору заходи спрямовуються на корекцію негативних станів, а після завершення – на відновлення, корекційний та компенсаторний вплив.

Первинна профілактика охоплює групу здорових людей (чи соціум з певною кількістю людей із групи ризику), і спрямована на розвиток особистості, її внутрішніх ресурсів та резильєнтності, стратегій подолання стресу, набуття нею інструментів управління своїми станами. Також застосовується просвітницька діяльність щодо механізмів стресової реакції та формування гострого стресового розладу і ПТСР, щодо методів самодіагностики та самопомоги. Так, серед людей, що проходять відповідну психологічну підготовку та профілактичні заходи попередньо до виконання професійної діяльності в особливих умовах, у 80% осіб, що пережили травматичний стрес, посттравматичний стресовий розлад не розвивається.

Розвиток ресурсів саморегуляції є одним із основних факторів, що лежать у фундаменті підвищення стійкості до впливу травматичного стресу. Стратегії поведінки та техніки саморегуляції, які застосовує людина, залежать і від типу стресу. Відповідно до теорії стресу Г. Сельє, фаза дистресу наступає в

результаті вичерпання ресурсів при зіткненні з перевищуючим адаптаційні можливості стресом, чи при значній тривалості стресу і виснаженні адаптаційних ресурсів [2, с. 14]. Так, інформування щодо механізмів і перебігу стресової реакції і методів самодіагностики дозволяє здійснювати необхідну самодопомогу. Для регуляції рівня стресу та зняття тривоги використовують навички заземлення, концентрація на тілі і його відчуттях, дихальні техніки, візуалізації. При тривалому – навички стратегічного піклування про збереження та відновлення своїх фізичних і психічних ресурсів, звернення до адаптивних в даній ситуації копінгів, підвищення передбачуваності та контролю над ситуацією, підтримка ресурсу соціальних контактів, релаксація, тощо.

Значна кількість людей, що знаходяться під дією тривалого стресу, звикають до життя у стані внутрішньої та тілесної напруги, і починають сприймати цей стан як природний. Оскільки будь-яка психоемоційна та нервова напруга відображається у м'язовій мобілізації, цей зв'язок використовується і в зворотній бік - для саморегуляції психоемоційного стану шляхом розслаблення нервово-м'язової напруги. Методи тілесної релаксації, зокрема прогресивна м'язова релаксація Джейкобсона, дозволяє не тільки знижувати рівень напруги в конкретний момент часу, але і формує навички управління власним станом під час тривоги чи надмірної стресової реакції та підвищує загальну психологічну стійкість особистості.

Соціальна підтримка та наявність контактів з людьми чи групою, де людина відчуває себе психологічно комфортно і безпечно, існує прийняття і довіра, є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій. Для зниження ризику виникнення стресових розладів шляхом соціальної підтримки важливим повстає навіть не те, наскільки жахливі події сталися, а те, як соціальне оточення приймає «людину з її жахливим досвідом». Прийняття та підтримка від оточуючих та близьких дозволяє зменшити вразливість людини перед впливом травматичного досвіду.

При зіткненні з ситуацією, де зовнішні чи внутрішні вимоги перевищують адаптаційні ресурси, людина звертається до специфічних

когнітивних та поведінкових стратегій подолання даної ситуації – копінгів. Відповідно до наявних на момент впливу стресору психологічних можливостей, набутих раніше способів справляння зі стресовими ситуаціями та внутрішньої ситуаційної логіки, особистість звертається до одного зі стилів поведінки. Класифікацій копінг-стратегій є чисельна кількість. Р. Лазарус і С. Фолкман виділяли дві основні групи стратегій: проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані. Також копінг-поведінку розрізняють за активністю і пасивністю; за наближенням до стресового фактору (направлені на конфронтацію, планування і вирішення проблеми), уникненням його (направлені на втечу, уникнення, дистанціювання) чи пошуком соціальної підтримки [3, с. 67].

Звернення до копінгів тієї чи іншої групи залежить від внутрішньої оцінки особистості своїх можливостей вплинути та змінити ситуацію. Якщо об'єктивні умови, наявність ресурсів та навичок дозволяє розв'язати стресову ситуацію, індивід звертається до проблемно-орієнтованих стратегій поведінки. Якщо вирішення проблеми знаходиться поза зоною контролю і можливостей індивіда, мозок скеровує свою увагу на зниження негативного впливу стресових факторів на психіку – активізуються типи емоційно-орієнтованої поведінки та зміну інтерпретації подій, а не самої ситуації.

Адаптивність чи дезадаптивність конкретних копінгів залежить від типу ситуації, умов дії травматичного фактору та наявних ресурсів. Продуктивні копінги матимуть позитивний вплив на психологічний стан особистості, і будуть пов'язані зі зниженням напруги і тривоги, вирішенням проблеми, зниження впливу травматичного стресору. Непродуктивні копінги характеризуватимуться «застряганням» в негативних переживаннях та травматичній ситуації, в самозвинуваченнях і аутоагресії чи звинуваченнях і агресії до інших, інфантильній позиції та оцінках.

Так, розвиток широкого арсеналу продуктивних проблемно-орієнтованих, емоційно-орієнтованих та поведінкових копінгів, навичок саморегуляції і керування власними ресурсами тіла та психіки, підвищення стресостійкості та розвиток психологічної резильєнтності особистості, розвиток

сфери соціальних контактів та здорової комунікації підвищують стійкість людини перед розвитком стресових розладів та стають факторами первинної профілактики ПТСР. Спираючись на пластичність мозку і ресурси психіки до самовідновлення, та створюючи психологічно сприятливі умови, навіть зіткнувшись з травматичним досвідом людина має здатність повернутися до здорового життя, не обтяженого симптомами посттравматичного стресового розладу.

Література:

1. Сервіс пошуку за довідником МКХ 10. *Лицензійний реєстр МОЗ*. URL: <https://emis.com.ua/mkx-10>
2. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
3. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. – 160 с.