

УДК: 159.944.4–054.5

© Седих К.В., Клименко Ю.О., 2016 р.

orcid.org/0000-0003-3528-7569

orcid.org/0000-0002-4783-7938

К.В. Седих, Ю.О. Клименко
Національний педагогічний університет
імені В. Г. Короленка, м. Полтава

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО МАЙДАНУ

Проаналізовано психологічні особливості та ознаки посттравматичних стресових розладів і гострих стресових реакцій; проблеми соціально-психологічної адаптації військових. Описано досвід використання реабілітаційної програми для учасників Всеукраїнського майдану.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, гостра стресова реакція, травматична подія, психічні розлади, реадaptaція.

К.В. Седых, Ю.А. Клименко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕСОВОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ВСЕУКРАИНСКОГО МАЙДАНА

Проанализированы психологические особенности и признаки посттравматических стрессовых расстройств и острых стрессовых реакций; проблемы социально-психологической адаптации военных. Описан опыт использования реабилитационной программы для участников Всеукраинского майдана.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, острая стрессовая реакция, травматическое событие, психические расстройства, реадaptaция.

K.V. Sedykh, Y.A. Klymenko

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF STRESS DISORDER OF PARTICIPANTS ALL UKRAINIAN MAIDAN

The article deals with psychological features and signs of posttraumatic stress disorders and sharp stress reactions; problems of social psychological adaptation of military men. It is described the experience of using rehabilitation program for the participant of all Ukrainian Maidan.

Keywords: posttraumatic stress disorders, sharp stress reaction, traumatic event, mental disorders, readaptation.

Інтерес до вивчення посттравматичних стресових розладів (ПТСР), гострих стресових реакцій підвищується зі збільшенням різноманітних кризових ситуацій у житті людини, таких як стихійні лиха, повені, землетруси, теракти, техногенні катастрофи, локальні конфлікти. Участь в екстремальних подіях, пов'язаних із ризиком для життя, травмуючи впливає на психічне здоров'я, стан і поведінку учасників, ускладнює інтерперсо-

нальні стосунки і соціалізацію в суспільстві. Особливий вплив на особистість мають воєнні конфлікти, під час яких військовослужбовець перебуває в перманентному стані психофізичної напруги, відчуває на собі вплив низки патогенних факторів.

Своєрідним є досвід воєнних, які беруть участь у різних локальних конфліктах, їх зараховують до групи людей з підвищеним ризиком розвитку психогенних порушень [1]. Пов'язані зі стресом психічні розлади є одними з головних внутрішніх бар'єрів на шляху реадaptaції до звичних умов життя. У військових виникають труднощі в ресоціалізації в сучасному суспільстві, спостерігаються антисуспільні, антисоціальні прояви такі як наркоманія, алкоголізм, злочинність, жорстокість, апатія, суїцид тощо; все це є проявом асоціалізації особистості, як наслідок впливу бойових умов. Психологічними наслідками участі в бойових діях є те, що в умовах мирного часу у військових порушується соціальна взаємодія, виникають сімейні труднощі й проблеми з працевлаштуванням, зникає інтерес до суспільного життя, знижується активність при вирішенні життєво важливих проблем.

Згідно досліджень воєнних психіатрів, останнім часом суттєво змінилися втрати психіатричного профілю в бік збільшення кількості розладів граничного рівня (між нормою та патологією). Ці психічні порушення впливають на всі рівні людського існування й призводять до стійких особистісних змін не тільки в учасників бойових дій, але й у членів сім'ї, очевидців травмуючих подій, суттєво порушуючи їх ресоціалізацію в суспільстві.

Проблеми соціально-психологічної адаптації військових є дуже актуальними. Людина, яка пережила бойову травму, поступово звужує свої контакти колом бойових товаришів, одночасно знижується соціальний та професійний рівень функціонування. У структурі особистості спостерігаються особливості, не властиві людині в період, що передував травматичній події.

Свідченням того, що колишні учасники бойових дій мають труднощі в соціальній адаптації, є їхня конфліктна поведінка в соціумі: нездатність прийняти нові правила «гри», небажання іти на компроміси, спроби вирішити протиріччя мирного часу звичними силовими методами. Колишні бійці сприймають мирне життя з фронтовими мірками й переносять воєнний досвід на мирний час, хоча в глибині душі розуміють, що це неприпустимо. Після бойового загартування компроміси мирного часу є складними для психологічного сприйняття тими, в кого виробилась миттєва й загострена реакція на небезпеку [6].

На відміну від гострої стресової реакції, ПТСР виникає не під час травмуючої події, а в більш віддалені строки – після того як людина ви-

йшла зі стану найтяжчого стресу. Латентний період становить 2–6 місяців після моменту отримання психічної травми. Вперше психологічні зміни у людей, які пережили певну екстремальну ситуацію, описані в 1871 р. у солдат під час Громадянської війни в Америці й отримали назву «синдром солдатського серця» [9]. У 1941 р. А. Кардінер назвав це явище «хронічним воєнним неврозом» і показав, що воєнний невроз має як фізіологічне, так і психологічне походження. Він уперше комплексно описав симптоматику: збудливість і роздратування; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травмуючої події; відхід від реальності; схильність до агресивних реакцій. Фундаментальні дослідження Н.В. Тарабріної зі співробітниками показали аналогічні прояви [3].

За визначенням науковців, гостра стресова реакція і ПТСР є психічними розладами, що складаються з фізіологічних і психологічних реакцій у результаті впливу події або подій, що спричинили смерть, серйозне каліцтво або загрозу фізичній цілісності. Такі події, як стихійні лиха, вибухи, фізичні чи сексуальні напади, дорожньо-транспортні пригоди, природні або пов'язані з тероризмом катастрофи, епідемії хвороб, бойові дії – приклади подій, які можуть викликати фізіологічну та психологічну реакцію, яку необхідно діагностувати за критеріями гострої стресової реакції і ПТСР.

Розрізняють гіпер- та гіпокінетичну форми гострих стресових реакцій. При гіперкінетичній формі людина втрачає цілеспрямованість дій; на фоні швидкої появи тривоги, страху виникає хаотичне психомоторне збудження з непорядкованими рухами; виникає бажання кудись бігти (фугіформна реакція); з'являється дисоціативне порушення, при якому людина не розуміє свого місцезнаходження, оточуючих, порушується часова орієнтація.

При гіпокінетичній реакції («кудаване вмирання») спостерігається різка рухова загальмованість. Такі люди зазвичай залишаються на тому місці, де їх застав приступ страху; все, що відбувається навкруги – не привертає їхньої уваги. Постраждалі можуть знаходитися в нерухомому стані від кількох годин до 2–3 днів. Їхній погляд спрямований у простір, а стан характеризується як психогенний ступор. Переживання, які стосуються цього періоду, зазвичай людина не пам'ятає (дисоціативна амнезія). Яскраво виражена астения спостерігається від кількох тижнів до місяця після виходу з цього стану.

Гостра стресова реакція діагностується за наступними критеріями: 1) людина пережила, була свідком або зіткнулася з подіями, які спричинили або мали загрозу смерті чи серйозних травм, або загрожували її фізичній цілісності чи цілісності інших осіб; 2) реакція людини включає сильний страх, безпорадність або жах; 3) під час або після тривожної по-

дії, людина має три (або більше) з наступних дисоціативних симптомів: а) відчуття оніміння, відчуженості або відсутність емоційної чутливості; б) зниження обізнаності про її оточення (наприклад, «реакція заціпеніння»); в) дереалізація; г) деперсоналізація; д) дисоціативна амнезія (тобто, нездатність згадати важливий аспект травми); 4) травматична подія наполегливо повертається знову хоча б в один із наступних способів: рецидивні зображення, думки, сні, ілюзії, епізоди спогадів або повторне переживання того, що сталося; засмучення під впливом нагадувань про травматичну подію; 5) уникнення тригерів, які викликають спогади про травму (наприклад, думки, почуття, розмови, дії, місця, люди); 6) наявність симптомів тривоги або підвищеного збудження (наприклад, труднощі зі сном, дратівливість, погана концентрація уваги, гіперпильність, моторна невгамовність/непосидючість); 7) порушення (розлад) зумовлює погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності; 8) порушення (розлад) триває протягом як мінімум 2 днів і не більше 4 тижнів і проявляється в межах 4 тижнів після травматичної події; 9) порушення (розлад) не пов'язане з фізіологічними наслідками вживання речовин (наприклад, зловживання наркотиками, медикаментозне лікування).

Отже, гостра стресова реакція проявляється в межах 4 тижнів після травми і триває від 2 днів до 4 тижнів після травматичної події. Якщо є симптоми через 1 місяць після впливу травми, то діагностується ПТСР.

Ознаки гострої стресової реакції суттєво перетинаються з ознаками ПТСР, але не є ідентичними: ключові симптоми дуже схожі, діагностуються за допомогою наявності певної кількості симптомів із групи симптомів кожного захворювання. Наприклад, діагноз гостра стресова реакція на додачу до трьох і більше дисоціативних симптомів та «уникнення збудників, що нагадують про травму», потребує хоча б одного симптому повторюваного переживання і вираженої тривоги чи підвищеного збудження. З іншого боку, для діагностування ПТСР, необхідна наявність хоча б одного симптому повторюваного сприйняття, двох симптомів збудження і трьох симптомів уникання/оніміння, і щоб ці симптоми були частково пов'язані зі стресогенним фактором. До групи симптомів повторюваного переживання входять: періодичні та нав'язливі пригадування події; періодичні тривожні сні, що пов'язані з травмою; яскраво виражений психологічний розлад при стиканні з подразником та фізіологічна реактивність на травматичний подразник. До групи симптомів уникання/оніміння можуть входити: спроби уникання думок, почуттів чи розмов, що нагадують про травму; спроби уникання дій, місць чи людей, що нагадують про травму; неспроможність пригадати важливі аспекти травми; сильне зниження зацікавленості чи участі у заняттях, що раніше приносили задоволення; по-

чуття відчуження чи відсторонення; неможливість відчуття кохання; наявність відчуття того, що життя скоро скінчиться. Підвищена збудженість включає неспокійний сон, роздратування чи спалахи люті, труднощі з концентрацією уваги, підвищена настороженість.

Гостра стресова реакція і ПТСР відрізняються один від одного тривалістю стану неспокою та тривалістю впливу травматичного фактору. У випадку гострої стресової реакції, неспокій виникає протягом 4 тижнів після травматичної події і триває від 2 днів до 4 тижнів. ПТСР діагностують, якщо симптоми тривають більше місяця. Якщо симптоми тривають менше 3 місяців, то можна діагностувати гострий ПТСР, тоді як хронічний ПТСР діагностують у випадку, якщо симптоми спостерігаються протягом 3 і більше місяців. І хоча симптоми ПТСР зазвичай починаються протягом 3 місяців з моменту виникнення події, іноді вони можуть з'являтися через місяці чи, навіть, роки. Як для гострої стресової реакції, так і для ПТСР, тяжкість симптомів має бути такою, що викликає «розлад клінічного характеру» чи погіршення якості життя.

На війні людина є не тільки свідком насилля, але і його активним учасником – що є джерелом травматичних переживань. Страх, викликаний бойовими обставинами, пригнічується ціною великої нервової напруги. А в якості одного з головних наслідків впливу стрес-факторів на особистість є психічна травма, в основі якої можуть бути усвідомлені й неусвідомлені зміни у фізіологічній, емоційній, когнітивній (інтелектуальній) і поведінковій складових системи регуляції [1]. Саме це й спостерігається в умовах зі стрес-фактором участі в бойових діях, де крім фізіологічних факторів більше діють психологічні. Але якщо безпосередньо в стресовій ситуації ці зміни можна вважати нормою, то в мирному житті вони часто викликають дезадаптивні реакції. Цими невідповідностями в сукупності з соціокультурним контекстом і зумовлюється ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад – це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, яка здатна викликати низку психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина відчула дію стресора, який виходить за межі звичного людського досвіду [4]. До таких стресорів належать: серйозна загроза життю або фізичній цілісності, серйозне фізичне пошкодження (поранення), вимушене вбивство людини, смерть чи каліцтво товариша по службі. Вплив таких екстремальних стресорів зумовлює появу ПТСР.

До основних симптомів синдрому ПТСР належать: порушення сну, патологічні спогади (нав'язливе повернення), надчутливість (підвищена пильність), нездатність пригадати – амнезія на певні події (уникнення), велике збудження (неадекватна надмірна мобілізація), депресія, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми, недовіра до оточуючих,

безпідставні спалахи агресії з деструктивними та аутодеструктивними тенденціями, обмеження соціальних контактів, навіть, до соціальної ізоляції, високий рівень тривоги, низький рівень суб'єктивного контролю. У «клінічній картині» спостерігається відчуття спустошення й безнадійності, життя протікає «на межі, при постійній загрозі», малосистематизовані маячні та надцінні ідеї, тимчасові елементарні галюцинації. Все це є результатом перенесеного стресу, з одного боку, і тих соціально-політичних й економічних умов, у яких в подальшому протікає життя [4; 8; 9].

Повернення до нормальних умов життя для учасників бойових дій є не меншим випробуванням, ніж травматичні переживання. У них відсутнє відчуття повної безпеки, їм складніше стримувати емоції, існує ризик втрати самоконтролю. У такій ситуації психічна напруга тривалий час не може розрядитися. Тоді тіло й психіка знаходять спосіб якогось «примирення» з цією напругою. В цьому й полягає механізм посттравматичного стресу [8].

Наприкінці березня 2014 р. одній авторці цієї статті довелося взяти участь у психологічній реабілітації учасників Всеукраїнського Майдану. Реабілітаційна група складалася з 15 чоловік (10 чоловіків і 5 жінок) – це мешканці Києва, Харкова, Полтави, які були на Майдані у Києві від 2 до 3,5 місяців. Вік учасників групи – від 20 до 58 років. За соціальним статусом – студенти, журналісти, бізнесмени, викладачі, службовці. Група працювала 8 днів в одному з санаторіїв м. Миргорода. Путівки для учасників групи були придбані за рахунок коштів волонтерського руху; психологи працювали безкоштовно, на волонтерських засадах. Співробітники санаторію були уважними, доброзичливими й допомагали в організації роботи та фізичної реабілітації.

Спільне групове заняття проводилося один раз у день протягом 1,5-2 годин. Також за бажанням окремих учасників групи проводилися індивідуальні психологічні консультації (всього було проведено 8 консультацій для 7 членів групи). Психологічний супровід і спілкування в групі також відбувалися під час сніданків, обідів та вечер, оскільки група знаходилася в цей час в окремій ідальній санаторію, за одним столом із психологом. За увесь час роботи група пройшла певні стадії свого розвитку. На початку роботи емоційний стан більшості учасників був достатньо стабільним, підвищена емоційна лабільність спостерігалася у 3 учасників – найбільш старших за віком; найбільш ресурсними були студенти – 3 чоловік. Робота з учасниками проводилася з позицій системної психотерапевтичної парадигми, використовувались ідеї соціального конструкціонізму, конструктивізму та наративної терапії. Увага учасників спрямовувалася на об'єднання і моделювання образу позитивного майбутнього, обговорювалися їхні сімейні та особистісні історії. У кожного простежувався рівень

отриманої травматизації; виконувалися справи на перероблення травми (це стосувалося в першу чергу тих, хто був поруч з убитими товаришами). Ми вважали, що після впливу бойового травматичного психологічного стресу учасникам бойових дій необхідно знову відтворювати структуру свого суб'єктивного життєвого простору в умовах мирного життя, в тому числі і структуру самоставлення, самооцінки, смисложиттєвих орієнтацій.

Реабілітаційна програма створювалася нами в процесі безпосередньої роботи з групою, з урахуванням досвіду, описаного в зарубіжній психологічній літературі; були консультації з українськими колегами – психологами й психотерапевтами, які працювали паралельно з такими ж групами в інших областях України. Також ми вдячні за ті знання, якими поділилися колеги з Литви, Грузії, Ізраїлю, Росії.

Учасники називали й опрацьовували негативні переживання й емоції: образа, гнів, розчарування на колишню й нинішню владу. Деякі члени групи демонстрували недовіру й озлобленість до тих, хто не приєднався до них на Майдані; гнів на людей по іншу сторону барикад; тривога – як спогад про пережиті ситуації, так і з приводу можливої війни з Росією; відчували почуття провини перед загиблими на Майдані (чому не я, а вони?). Група стала «групою» на третій день роботи.

Наведемо для прикладу деякі спогади її учасників: «На площі було ідеальне суспільство, а тут – ні. Боротьба продовжується, перманентна революція триває. На Майдані було добре, відчувався драйв, не хотілося повертатися до звичного життя. Відчували ейфорію бою, потім – розчарування й сльози за загиблими. Заради чого стояли ці хлопці, за що вони загинули?».

У деяких членів групи спостерігався субдепресивний стан внаслідок того, що вони не брали участь у соціальних акціях – мітингах, Віче, зборах. Також періодично з'являлася недовіра, страх зради, у двох членів спостерігалися елементи параної. Так, один із них запитує у ведучої на третій день спільної роботи: «А у тебе немає диктофону? Я нікому не говорю своє прізвище». Дехто демонструє злість і недовіру до нової влади. У двох членів групи (найбільш травмовані психологічно) спочатку було відчуття даремно втраченого часу в Миргороді, оскільки вони висловлювали думку про те, що треба було б знаходитись ще на Майдані. Набутий досвід сприяв появі відчуття власної затребуваності, приналежності до загалу однодумців, прийняття себе іншими в тих подіях. Вони важко переключалися на обговорення тем, що стосувалися теперішнього і майбутнього. Промовляння почуттів сприяло виникненню довіри у групі, формуванню єдності та підтримки, уваги одне до одного.

Якщо в перший день роботи групи її члени не дуже розуміли для чого їм потрібна психологічна підтримка й реабілітація, то вже з третього

дня вони стали помічати, що «група дає можливість промовляти свої переживання й осмислити отриманий досвід Майдану». Для прикладу наведемо висловлювання одного з учасників: «Мені набагато легше, відпочив, ніби, після відпустки»; з'явилися бажання стосовно майбутнього: «Хочу подорожувати країною». Один учасник групи намалював підсніжник, прокоментувавши це наступним чином: «Незважаючи на морози, квітка вижила й не замкнулася, як я». Студенти висловлювали наступні враження: «Ми готові до бою з агресором, але в той же час у нас є бажання подорожувати, спілкуватися з ровесниками з різних міст України». Один член групи з 15-річним стажем участі в різних громадських організаціях зазначив, що він і в подальшому буде боротися за справедливість і відстоювати її. Серед членів групи було й подружжя: «І я, і чоловік стали спокійнішими завдяки перебуванню у Миргороді, знову до нас повернулося відчуття задоволення».

Учасники групи усвідомили, що їм ніхто не допоможе, окрім них самих, ніяка влада, ніяка закордонна країна. Усвідомили і те, що вони разом і беруть відповідальність за своє життя. В останні дні учасники говорили про почуття єдності, довіри, вдячності один одному; промовляли свої почуття стосовно втрат, відчуття провини групи перед загиблими товаришами, висловлювали їм подяку. Після реабілітації всі члени групи повернулися до свого звичного життя – навчання, робота, родина, друзі.

Через рік, наприкінці березня 2015 р., з учасниками цієї групи було проведено психологічне дослідження з метою вияву посттравматичного стресового розладу. Тільки у двох спостерігалися ознаки ПТСР (вони раніше мали проблеми з фізичним здоров'ям і труднощі з психологічною адаптацією, їм, на момент обстеження, було відповідно 58 і 59 років), вони потребують психокорекційного втручання. Решта 13 учасників перебували в достатньо хорошому психологічному стані.

З нашого погляду, отримані результати дослідження можна інтерпретувати наступним чином: 1) майдан був для членів групи свідомим ідеологічним вибором; 2) учасники групи продовжують активне громадське життя, на волонтерських засадах допомагають переселенцям із Донбасу облаштуватися в інших регіонах України; 3) члени групи вважають себе героями, а не жертвами; 4) вони підтримують соціальні контакти і допомагають один одному; 5) реабілітаційна група допомогла ресоціалізації учасникам бойових дій після їхнього повернення до умов мирного життя через поновлення якостей особистості, що були притаманні їй до пережитих подій, та активізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів, необхідних для повноцінної життєдіяльності в суспільстві.

Описаний нами досвід роботи і результати проведеного дослідження вимагають більш детального наукового аналізу й опису (в тому числі й

реабілітаційної програми, яка створювалася нами в процесі роботи). Це і є перспективою подальшого дослідження.

Література

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана / Р.А. Абдурахманов // Психологический журнал. — 1992. — Т. 13. — № 1. — С. 131-134.
2. Зеленова М.Е. Исследования смысложизненных ориентаций у ветеранов боевых действий в Афганистане / М.Е. Зеленова. — Боевой стресс: механизмы стресса в экстремальных условиях. — М.: Истоки, 2005. — 240 с.
3. Калмыкова Е.С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22 — № 4. — С. 70-80.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 160 с.
5. Підчасов Є.В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях / Є.В. Підчасов, Г.І. Ломакін. — Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. праць. — Х.: НУЦЗУ, 2011. — Вип. 10. — С. 86-98.
6. Психосоциальная работа с участниками локальных боевых действий: метод. пособ. [сост. М.А. Костенко, Н.Б. Костенко, А.В. Урезков]. — М.: АСТ, 2000. — 198 с.
7. Седых К.В. Психологические особенности стрессового расстройства у участников боевых действий / К.В. Седых, Ю.А. Клименко // Подвиг народа и слава Отечества: вехи истории: материалы международной науч.-практ. конф., 23-24 апреля 2015 г. — Волгоград, 2015. — С. 46-51.
8. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / Г.С. Суркиасян // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т. 1. — № 19. — С. 12-18.
9. Цыганков Б.Д. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане: метод. реком. / Б.Д. Цыганков, А.И. Белкин, В.А. Веткина. — М., 1992. — 16 с.
10. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1670530>.