

УДК: 616.89

Вікторія Валеріївна Горбунова,
доктор психологічних наук, доцент,
завідувачка кафедри клінічної психології,
Український католицький університет
вулиця Іларіона Свенціцького, 17, м. Львів, Україна

СПРИЯННЯ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ ВІДНОВЛЕННЮ ТА ЗРОСТАННЮ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНАХ ТА РОЗЛАДАХ*

Стаття присвячена проблемі відновлення та зростання осіб, які пережили травматичні події. Зокрема, йдеться про роль найближчого соціального оточення у розумінні, підтримці та фасилітації адаптивних змін у картині світу, поведінці та емоційних реакціях тих осіб, які зазнали впливу факторів, що загрожують життю та здоров'ю та зіткнулися з посттравматичними станами і розладами. Матеріал подається у такій черговості: поняття про посттравматичний стресовий розлад, його симптоми та діагностичні критерії; нейрофізіологічні зміни у діяльності нервової системи та мозку; опис супутніх проблем та розладів; рекомендації особам з найближчого оточення щодо підтримки та сприяння посттравматичному особистісному зростанню постраждалих; ознаки, які свідчать про потребу звернення за фаховою допомогою.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, травматична подія, інтрузії, уникання, посттравматичне зростання, соціальне оточення.

* Стаття написана у рамках проекту «Розробка методики соціально-психологічної підтримки адаптації учасників АТО на основі технік доказової психотерапії та впровадження її на основі моделі «навчання тренерів» Інституту психічного здоров'я УКУ, підтриманого Міжнародним фондом «Відродження».

У житті людина потрапляє в різні обставини та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких, з огляду на їх загрозливості, інтенсивність та непередбачуваність, є травматичними. Скривдження, занедбання у дитинстві, гострі міжособистісні конфлікти, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне та сексуальне насильство, важкі хвороби – все це травматичні події, які, звісно, не вичерпують увесь перелік, однак є імовірними в житті чи не кожної людини. До травматичних належать і події, що торкаються не одного чи кількох людей, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти і, звісно, військові дії, в ході яких люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселитися на нові місця і починати життя з початку. Саме такі події, через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків, а також складність адаптації до нових умов, мають найбільший ризик для розвитку, загострення та хронізації стресових розладів.

Для того, аби відновитись після пережитого стресу та повернутись до продуктивного життя, людина має впоратись із емоційними переживаннями і, разом з тим, подолати тривожні схеми світосприйняття, адже пережиті загрози змушують очікувати на подібне і у майбутньому. В більшості випадків підтримка осіб з найближчого соціального оточення, відсутність безпосередніх загроз та відновлювальні механізми психіки сприяють тому, що особи, які зазнали травми, через певний час зцілюються та, навіть, стають на шлях особистісного зростання. Звісно, що

таке відновлення вимагає від близьких та рідних уважності, знання природи посттравматичних станів, а також розуміння наслідків власної поведінки та спілкування з особами, які зазнали травми.

Посттравматичний стресовий розлад діагностується у близько 30% дітей та дорослих, які зазнали впливу травматичних подій. До основних діагностичних критеріїв, які містяться в найавторитетнішому посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V» [3] належать:

- а) безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життю;
- б) інтрузивні симптоми;
- в) стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;
- г) негативні зміни у думках та настрої;
- д) помітні зміни в реактивності;
- е) тривалість порушень понад один місяць;
- є) сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності;
- ж) відсутність зв'язку симптомів із впливом психоактивних речовин чи іншими медичними причинами.

Пункти цього переліку мають діагностичну деталізацію. Так, експозиція до травми передбачає одну з таких ситуацій: особисте переживання загрози, перебування у якості свідка, знання щодо надмірних страждань чи смерті близьких і рідних, а також багаторазове зіткнення з нестерпними деталями травматичної події (коли людина бачить руйнації, людські рештки, чує трупний запах тощо).

Симптоматика також конкретизується з метою уникнення діагностичних помилок. Інтрузії включа-

ють нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції (флешбеки), сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції при зіткненні з нагадуваннями (тригерами) про травматичну подію.

Уникання полягає в докладанні значних зусиль аби усунути неприємні спогади, думки та почуття, а також ухилитися від зустрічі з людьми та ситуаціями, від розмов та виконання будь-якої діяльності, що так чи інакше нагадують про травму.

Зміни в думках та настрої пов'язані із витісненням спогадів, спотворенням переконань про саму подію, її причини та наслідки, стійкими негативними емоційними станами, помітним зниженням інтересу до життя та діяльностей, відчуттям власної чужорідності та відчуження, а також нездатністю переживати позитивні почуття, наприклад, радість чи щастя.

Зміни в реактивності передбачають дратівливість та спалахи гніву, ризиковану і самоушкоджуючу поведінку, надмірну настороженість, перебільшену реакцію переляку, проблеми з концентрацією уваги та порушення сну.

Так, наприклад, значна частина вимушених переселенців зі сходу України, військових, задіяних в охоронних, бойових та спецопераціях, а також волонтерів, які надають підтримку і споряджають добровольчі батальйони та регулярні підрозділи ЗСУ мали експозицію до смерті чи загрози життю. Також вони переживають усі чи окремі симптоми (болючі спогади про травматичні події, тривожні сни, повторне переживання болю, страху і скривдження, підвищення агресивності, загострення почуття провини, значну збудливість та порушення когнітивних функцій), а отже знаходяться у групі ризику щодо ПТСР.

Будь-яке зіткнення з травматичними подіями спричиняє сильний стрес. Нейродослідження, зокрема розвідки Дж. Шеріна та Х. Немерофа [10] свідчать, що в ситуації стресу людська нервова система реагує збудженням, в результаті чого вивільняються гормони (зокрема, норадреналін) необхідні для того, щоб людина швидше зорієнтувалась та відреагувала на загрозу. Найбільше збуджується ділянка мозку, яка називається мигдалеподібним тілом. Вона є і у тварин, і у людей, і відіграє дуже важливу роль у швидкості реакцій на небезпеку. Завдяки мигдалеподібному тілу наш організм знаходиться в стані підвищеної готовності до базових, необхідних в критичних ситуаціях, реакцій – втечі та нападу. В нормі, після припинення дії травмуючих факторів, збудження згасає завдяки дії інших гормонів (зокрема кортизолу) і нервова система та весь людський організм повертається до свого звичайного функціонування.

У людей, які мають посттравматичний стресовий розлад, нервова система не повертається до норми та продовжує перебувати у стані збудження. Так, Ч. Райсон та А. Міллер [9] показують, що при ПТСР гормонального збалансування не відбувається, активуючі гормони продовжують вироблятися, впли-

ваючи на виникнення та підтримання таких симптомів, як збудливість, агресивність, тривожність тощо. Будь-які нагадування про травматичну подію викликають зростання збудження та знову повертають людину у ситуацію травми, провокуючи нав'язливі спогади і зростання тривоги. До того ж, під час активації мигдалевидного тіла префронтальна кора головного мозку, яка відповідає за логічне опрацювання інформації та прийняття зважених рішень, – втрачає активність. Фактично, людина втрачає здатність ясно мислити і продовжує реагувати так, ніби небезпека і досі присутня в її житті. Вона може бути агресивною, вибуховою у відповідь на незначні подразники або, навпаки, перебувати у страху та паніці, будь-що плакати та відчувати тривогу.

Також при ПТСР порушується функціонування гіпокампу, ділянки мозку, яка відповідає за наші спогади, зокрема їх автобіографічність – послідовність і зв'язність у цілісну історію життя. Завдяки утворенню нових нервових клітин (нейрогенезу) та зв'язків між ними, усі нові події життя запам'ятовуються та логічно ув'язуються з попереднім досвідом. Ж. Брієр та К. Скот [2], на основі аналізу досліджень нейрофізіологів, проведених з тваринами та людьми, які перебували у стані стресу, доходять висновку, що в результаті надмірного та тривалого збудження нервової системи діяльність гіпокампу порушується, нейрогенез сповільнюється і людська пам'ять втрачає свою логічну послідовність. Травматична подія ніби випадає з автобіографії і замість того, аби зайняти своє місце в часі – постійно втручається в життя людини нав'язливими спогадами та нічними жахіттями.

Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. На жаль, не у всіх, хто зазнав травми, вистачає внутрішніх ресурсів та підтримки оточення, аби стабілізуватися та відновитися після травми. Зіткнення зі смертю та іншими загрозами провокує цілу низку симптомів, які істотно впливають на життя та знижують його якість.

Низка досліджень свідчить про те, що існує ціла група факторів, які посилюють гостроту переживань та провокують симптоми стресових розладів. Наприклад, за даними досліджень Г. Лескіна та Дж. Шейкха [5], а також В. Маккетчен з колегами [6] – жінки, діти, юнаки та особи літнього віку перебуватимуть у зоні найбільшого ризику. Так само люди з малим рівнем матеріального забезпечення (К. Маклохлін з колегами [8]); ті, в чиїх родинях багато конфліктів та непорозумінь, мало місце дитяче скривдження (Ш. Авеневолі з колегами [1]); а також ті, хто мав досвід асоціальної поведінки або алкогольної чи наркотичної залежності (Дж. Губерман з колегами [4]) – можуть мати виразнішу симптоматику. На глибину посттравматичних проблем впливає також і наявність попередніх травм (Ч. Юан з колегами [11]), а також особливості нервової системи, зокрема її гіперактивність або підвищена чутливість (О. Макфарлайн з колегами [7]).

Почуття жаху і безпорадності, з якими стикаються люди в ході переживання травматичних подій, на жаль, часто не лишаються в минулому і продовжують переслідувати їх в теперішньому житті. Вони можуть виникати чи не кожного разу, коли хтось або щось нагадує про травму. Так само можуть з'являтися і почуття гніву, сорому та провини. Проблема в тому, що люди часто хибно інтерпретують те, що з ними сталося, покладаючи відповідальність за нещастя на себе самих. Так, дитина, побита дорослим, може вважати, що заслужила це своєю поганою поведінкою; дівчина, яку згвалтували, може думати, що все це сталося через її відвертий одяг та поведінку; погорільці, які втратили майно, можуть вважати, що їх карає доля за колись нечесно поділений спадок.

Нав'язливі спогади, негативні думки та настрої, нічні жахіття, тривога та інші посттравматичні симптоми можуть супроводжуватися і іншими проблемами та розладами. Так, Дж. Бріер та К. Скот [2] наводять цілу низку досліджень, чії дані свідчать про те, що посттравматична симптоматика може обтяжуватись та супроводжуватись реакціями і розладами, до яких належать:

- депресія, зокрема пов'язана з ускладненим переживанням горя;
- тривожні розлади, зокрема панічні стани та фобії;
- психосоматичні реакції, наприклад, хронічний біль, для якого немає медичних підстав;
- короткі психотичні епізоди, за яких людина втрачає контроль над собою і стає агресивною, імпульсивною, неконтрольованою;
- зловживання алкоголем, наркотиками;
- дезадаптивна, асоціальна поведінка, зокрема відмова працювати, бродяжництво, жебракування.

Усе перелічене жодним чином не сприяє налагодженню життя та призводить до ще глибшого занурення у проблеми, до руйнування взаємин з людьми, до втрати соціального статусу та деградації особистості.

Розуміння раних та відтермінованих у часі наслідків травми є дуже важливим. Адже увага до близьких осіб, які зазнали впливу травматичних подій, відстеження їх психічного стану, реакцій та поведінки сприяє вчасному реагуванню та підтримці, фасилітації їхнього відновлення і посттравматичного зростання.

Мета статті полягає в описі та систематизації основних правил сприяння соціального оточення відновленню та зростанню осіб, які зазнали впливу травматичних подій.

Зіткнення з травматичною подією веде до низки змін у функціонуванні нервової системи. Психологічними проявами цих змін є нав'язливі спогади, нічні жахіття, негативне сприйняття себе та інших, істотне погіршення настрою, дратівливість, агресивність або, навпаки, відстороненість та байдужість. Варто пам'ятати, що жоден з цих проявів не вказує на ненормальність чи якісь відхилення.

Навпаки, усі вони є нормальною реакцією психіки на ненормальні, травмуючі події.

За сприятливих обставин та з плином часу усі згадані симптоми минають і людина повертається до звичайного життя та відновлює свою продуктивність. До всього, як свідчать результати останніх досліджень, людям, які пережили травму та подолали її наслідки, властиве посттравматичне зростання. Вони не лише повністю зцілюються, але часто стають сильнішими, мудрішими, приязнішими, досягають значних успіхів у діяльності, будують міцніші стосунки та змінюють на краще не лише власне життя, а й життя своїх рідних та найближчого оточення.

Аби сприяти подоланню травматичних симптомів, відновленню, зціленню та посттравматичному зростанню людей, які зазнали травми, важливо пам'ятати про особливості посттравматичних розладів, зокрема основну симптоматику та її нейрофізіологічні основи. Саме розуміння природи та проявів ПТСР лежить в основі наступних рекомендацій для осіб, що входять у близько соціальне оточення постраждалих (Таблиця 1.).

Одним із важливих і вагомих факторів відновлення після травматичних подій є допомога з боку близьких і рідних, їх спокійне, непатологізуюче та підбадьорююче ставлення. Ж. Бріер та К. Скот [4] наводять дані опитувань осіб, які пережили травму і відновилися, які свідчать про те, що важливу роль у цьому відновленні відіграє атмосфера в родині та ставлення близьких.

Людина, яка зазнала травми, стає уразливою до різноманітних нагадувань про неї (тригерів). Усе, що в якийсь спосіб асоціюється із травматичною подією, може викликати напруження, тривогу, агресію, провокувати почуття провини та запускати потік негативних думок про себе, інших, світ і майбутнє. Такими тригерами можуть бути певні люди, їхні дії, слова чи фрази, особи, подібні на кривдників, конкретні ситуації, а також предмети, звуки, запахи та інше. Аби убезпечитись та позбавитись болісних переживань, неприємних думок та емоцій людина вдається до різних дій і стратегій, частина з яких є шкідливими.

Якщо такі стратегії стають нормою життя і при цьому знижують його якість, вносять певні обмеження або створюють небезпеку для самої людини чи її оточення – від них варто позбавлятися. Часто усунення шкідливих стратегій потребує значно більшого, ніж турбота рідних та близьких і це – фахова психотерапевтична, а подекуди психіатрична медикаментозна допомога.

Так, за консультацією фахівця варто звернутися у випадках, якщо особа, яка зазнала травми:

- обмежує свій життєвий простір, не виходить за межі району, квартири, уникає певних місць та предметів;
- відмовляється згадувати про травматичні події, заперечує те, що вони були наявні в її житті;
- обмежує спектр діяльностей, в які раніше бу-

ла включена, втрачає свої захоплення та інтереси;
 - перестає спілкуватися і підтримувати зв'язки з оточенням;
 - показує емоційну холодність, відстороненість, незацікавленість життям близьких та рідних;

- вдається до зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами;
 - шукає допомогу у псевдорелігійних практиках або звертається до шарлатанів.

Таблиця 1.

Рекомендації для осіб, що входять у близьке соціальне оточення постраждалих від впливу травматичних подій

ПРО ЩО ВАРТО ПАМ'ЯТАТИ	ЩО НЕОБХІДНО РОБИТИ
Посттравматичні стресові реакції є нормальною реакцією психіки на ненормальні катастрофічні події	<ul style="list-style-type: none"> - Нормалізувати стан, підкреслювати, що все, що відбувається є нормальними реакціями, які з часом минуть і не будуть дошкуляти. - Реагувати спокійно, без зайвого занепокоєння, тривоги, фіксації на симптомах та необґрунтованих пропозицій вживати медикаменти. - Організувати сприятливий простір для відновлення, без тиску та вимог якнайшвидше повернутися до «нормального стану».
Чим частіше людина згадує та говорить про травму, тим легше їй стає.	<ul style="list-style-type: none"> - Дозволяти говорити про травматичні події та в жодному разі не просити «забути» чи «не думати». Бути відкритим до таких розмов. - Відмовитись від будь-якого тиску, аби людина ділилась спогадами. Бути терплячим і обережним, не відштовхувати та бути готовим до важких спогадів. - Дозволяти згадувати про травму усе, в дрібних деталях. Не відмовляти від повторних розповідей.
Травматичні події похитують віру в себе та інших. Її відновлення є дуже важливим для одужання.	<ul style="list-style-type: none"> - Бути у доступі (телефонному, фізичному), завжди проявляти готовність зустрітись та вислухати, не відмовляти у контакті та допомозі без вагомих причин. - Підкреслювати усі досягнення, позитивні риси та гарні вчинки. Робити це спокійно без награного ентузіазму і за відповідності реальності. - Сприяти зануренню у продуктивні та цікаві діяльності, а також відновленню та побудові нових дружніх взаємин.

Усі згадані стратегії не приводять до бажаного результату. Деякі приносять лише тимчасове полегшення, але в довготерміновій перспективі вони завдають лише більшої шкоди. Так, відмова від згадування травматичних подій призводить до посилення симптоматики ПТСР. Обмеження життєвого простору, відмова від звичних діяльностей і кола спілкування не дає можливості жити повним життям і провокує депресії та тривожні розлади. Емоційна відстороненість та соціальна ізоляція призводить до конфліктів в родині, руйнування стосунків і неможливості побудови нових. Зловживання психоактивними речовинами повністю змінює особистість та призводить до залежності. Пошук порятунку у сумнівних громадах та звернення до шахраїв ризикує обернутись значними матеріальними втратами та загостренням симптомів і загальним погіршенням стану.

Проблема сприяння посттравматичному зціленню та зростанню є особливо актуальною в умовах

зростаючої травматизації населення та за наявності перешкод отриманню фахової допомоги. Значна роль у підтримці процесів природного відновлення психіки та соціально-психологічної адаптації належить найближчому соціальному оточенню, зокрема тим особам, які щодня спілкуються з постражданим, підтримують його у повсякденному житті. Готовність сприяти подоланню посттравматичних станів, перш за все, базується на знанні та вмінні розпізнавати діагностичні ознаки та нейрофізіологічні механізми посттравматичних реакцій, а також на володінні основними навичками соціально-психологічної підтримки, основними з яких є нормалізація стану постраждалих, створення емоційно-спокійного простору і умов для безпечних спогадів та «говоріння» про травматичні події, а також переорієнтація фокусу уваги на досягнення та сприяння зануренню у продуктивні та цікаві діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Avenevoli S, Stolar M, Li J, Dierker L, Ries Merikangas K. Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study / S. Avenevoli, M. Stolar, Li J,

Dierker L, Ries Merikangas K. // Biol Psychiatry. – 2001. – № 49 (12). – P. 1071-81.

2. Briere John. Principles of trauma therapy : a guide to symptoms, evaluation, and treatment / John

Briere, Catherine Scott // University of Southern California, Keck School of Medicine. – Second edition, DSM-5 update. – Los Angeles : Sage, 2015.

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – 5th edition Washington. – DC: American Psychiatric Association, 2013.

4. Hooberman J. B. Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables / J.B. Hooberman, B. Rosenfeld, A. Rasmussen & A. S. Keller, // American Journal of Orthopsychiatry. – 2010. – № 80. – P. 557-563.

5. Leskin G. A. Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey / G.A. Leskin & J.I. Sheikh // Journal of Anxiety Disorders. – 2002. – № 16. – P. 599-603.

6. McCutcheon V. V. Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women / V. V. McCutcheon, C.E. Sartor, N.E. Pommer, K.K. Bucholz, E.C. Nelson, P.A.F. Madden & A.C. Heath // Journal of Traumatic Stress. – 2010. – № 23. – P. 811-814.

7. McFarlane A. C. Response to acute trauma and risk of posttraumatic stress disorder / A.C. McFarlane, C.A. Barton, R. Yehuda & G. Wittert // Psychoneuro

endocrinology. – 2011. – № 36. – P. 720-727.

8. McLaughlin K. A. Serious emotional disturbance among youth exposed to Hurricane Katrina 2 years postdisaster / K. A. McLaughlin, J. A. Fairbank, M. J. Gruber, R. T. Jones, M. D. Lakoma, B. Pfefferbaum, R. C. Kessler // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2009. – №48. – P. 1069-1078.

9. Raison C. L. When not enough is too much: The role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders / C.L. Raison & A.H. Miller // American Journal of Psychiatry. – 2003. – №169. – P. 1554-1565.

10. Sherin J. E. Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma / J. E. Sherin & C. B. Nemeroff // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2011. – № 13. – P. 263-278.

11. Yuan C. Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers / C. Yuan, Z. Wang, S. S. Inslicht, S. E. McCaslin, T. J. Metzler, C. Henn-Haase, C. R. Marmar // Psychiatry Research. – 2011. – № 188. – P. 45-50.

REFERENCES

1. Avenevoli S, Stolar M, Li J, Dierker L, Ries Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biol Psychiatry*, 49(12), 1071-81 [in English].

2. Briere, John, Catherine Scott (2015). Principles of trauma therapy : a guide to symptoms, evaluation, and treatment. *University of Southern California, Keck School of Medicine*. 2nd ed. DSM-5 update. Los Angeles: Sage [in English].

3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (2013). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association [in English].

4. Hooberman, J. B., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., & Keller, A. S. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 557-563 [in English].

5. Leskin, G. A., & Sheikh, J. I. (2002). Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 599-603 [in English].

6. McCutcheon, V. V., Sartor, C. E., Pommer, N. E., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Madden, P. A. F., & Heath, A. C. (2010). Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *Journal of Traumatic Stress*,

23, 811-814 [in English].

7. McFarlane, A. C., Barton, C. A., Yehuda, R., & Wittert, G. (2011). Cortisol response to acute trauma and risk of posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 720-727 [in English].

8. McLaughlin, K. A., Fairbank, J. A., Gruber, M. J., Jones, R. T., Lakoma, M. D., Pfefferbaum, B., Kessler, R. C. (2009). Serious emotional disturbance among youth exposed to Hurricane Katrina 2 years postdisaster. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 1069-1078 [in English].

9. Raison, C. L., & Miller, A. H. (2003). When not enough is too much: The role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1554-1565 [in English].

10. Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 263-278 [in English].

11. Yuan, C., Wang, Z., Inslicht, S. S., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., Marmar, C. R. (2011). Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Research*, 188, 45-50 [in English].

Викторія Валеріївна Горбунова,
доктор психологічних наук, доцент,
заведуюча кафедрою клінічної психології,
Український католицький університет,
вулиця Іларіона Свенцицького, 17, г. Львів, Україна

ПОДДЕРЖКА СОЦИАЛЬНЫМ ОКРУЖЕНИЕМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОСЛЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И РАССТРОЙСТВ

Статья посвящена проблеме восстановления и личностного роста людей, которые пережили травматические события и имеют посттравматические состояния и расстройства. Актуальность поднятой проблемы особенно велика в современных условиях возрастающей травматизации населения и частом наличии препятствий для получения профессиональной помощи. В такой ситуации основная роль в поддержке процессов природного восстановления психики и социально-психологической адаптации принадлежит ближайшему социальному окружению, людям, которые каждый день встречаются с пострадавшим, сопровождают его в жизни. В частности, в статье обсуждается роль ближайшего социального окружения в поддержке и фасилитации адаптивных изменений в картине мира, поведении и эмоциональных реакциях людей, которые столкнулись с событиями, угрожающими жизни и здоровью. Основная цель статьи – описать и систематизировать рекомендации по фасилитации восстановления и личностного роста людей, которые пережили травматические события. Материал статьи структурирован таким образом, чтобы читатели смогли сначала получить понятие о посттравматическом стрессовом расстройстве, его симптомах и диагностических критериях, нейрофизиологических изменениях в деятельности нервной системы и мозга людей, которые столкнулись с травмой; после – познакомиться с коморбидными проблемами и расстройствами и на завершение – получить информацию и конкретные рекомендации по поддержке и фасилитации личностного роста людей, которые столкнулись с травмой, а также познакомиться с признаками в поведении и реакциях, которые свидетельствуют о необходимости обратиться за профессиональной помощью. Готовность способствовать преодолению посттравматических состояний близких, прежде всего, основывается на знании и понимании диагностических признаков и нейрофизиологических механизмов посттравматических реакций, а также на владении основными навыками социально-психологической поддержки, основными из которых являются: нормализация состояния, создание эмоционально спокойного пространства для безопасных воспоминаний, а также переориентация фокуса внимания на достижение и способствование погружению в продуктивные и интересные виды деятельности.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, травматические события, интрузии, избегание, посттравматический рост, ближайшее социальное окружение.

Victoriia Horbunova,
Doctor of Psychology, Head of the Department of Clinical Psychology,
Ukrainian Catholic University,
17, Ilariona Svetsitskoho Str., Lviv, Ukraine

SUPPORT FOR PERSONS EXPOSED TO TRAUMA: THE ROLE OF SOCIAL ENVIRONMENT

The article deals with the issue of recovery and personal growth of people exposed to trauma events and who have post-traumatic disorders. This issue is considered to be relevant because there is the increase of traumatic events in current war situation in Ukraine. In addition, Ukrainians, especially those who live in war territory, have no opportunity to get professional assistance. In this situation, the main role in supporting the natural mental recovery processes belongs to people from the nearest social environment. A traumatic event causes a number of changes in the nervous system functioning, which can be manifested in nightmares, negative self-attitude, depression, aggression, or on the contrary, indifference. One should remember that none of these manifestations means abnormality or deviation. All of them are a normal psychological reaction to traumatic events. One of the significant factors of recovery after traumatic events is the support of relatives and close friends, their calm and encouraging attitude. A person who has experienced trauma becomes sensitive to different triggers (reminders about the event). Everything associated with a traumatic event can cause tension, anxiety, aggression, etc. People, their actions, words or phrases, concrete situations or just things, sounds, scents can act like triggers. Thus, the following peculiarities of behaviour are the signals meaning that one should consult a psychologist: if a person avoids communication and prefers to spend all the time in his/her "safe place (at home)"; if he/she refuses to think about the traumatic event, denies the facts which have taken place in his/her life in reality; loses his/her interests and hobbies, becomes indifferent to everything; manifests no interest in his/her relatives' or friends' life; misuses alcohol or drugs, etc. In such situations, close people should understand the symptoms and neurophysiological mechanisms of posttraumatic reactions. They should master the skills of socio-psychological support, which include psychological recovery, creating emotionally calm conditions for safe memories, refocusing on a certain kind of activity (finding new hobby, etc.).

Keywords: posttraumatic stress disorder, traumatic events, intrusions, avoidance, posttraumatic growth, nearest social environment.

Подано до редакції 10.04.2016