

УДК: 159.9.072:159.963.27

М. Б. Коробіцина, доц.Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,
кафедра диференціальної і експериментальної психології

МОЖЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В ЗГЛАДЖУВАННІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

У статті висвітлюються найбільш актуальні аспекти нової галузі теоретичних та практичних психологічних досліджень — реабілітаційної психології. Аналізуються основні вітчизняні та зарубіжні теоретичні підходи до проблеми психологічної реабілітації, наводяться дані практичних досліджень у сфері діагностики та корекції психопатологічних наслідків надзвичайних ситуацій.

Ключові слова: надзвичайні ситуації (НС), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), первинний Его-стрес, психалгія (душевний біль), алекситимія, синдромодинаміка.

Надзвичайні ситуації (НС) будь-якого роду — війни, природні та техногенні катастрофи, — як правило, обертаються для суспільства масштабними потрясіннями, порушенням соціальної, економічної та політичної структури суспільства. Але історія ХХ століття показує, що найбільш масштабними пошкодженнями цивілізації є не економічні, не соціальні і навіть не культурні. Більш за все страждає психічне здоров'я. Однак психологічні втрати, які за своїм розмахом нерідко перебільшують матеріальні і соціальні, тільки з недавніх пір стали предметною областю діагностичної діяльності.

Психічні та психосоматичні розлади у людей, які виявились активними чи пасивними учасниками НС, з ходом часу починають домінувати в структурі соціально-медичних наслідків НС і невпинно ведуть до зниження якості життя, передчасної інвалідизації і ранньої смертності цієї категорії людей, чисельність якої (пов'язана з ефектом зараження, відкритого ще Тардом) постійно недооцінюється. Це робить проблему психопатологічних наслідків НС предметом науки і практики цілого ряду галузей психологічної та психіатричної науки [1].

Ця проблема в трудах вітчизняних і зарубіжних авторів включає три складові: загальні характеристики клінічної динаміки, патогенез і, нарешті, діагностика і терапія психопатологічних наслідків.

Опорною теоретичною базою, за допомогою якої нами розглядається проблема патогенезу, є концепція адаптаційної психодинаміки Ш. Радо і культурно-соціологічна теорія неврозів К. Хорні [2].

В основу сучасної патогенетичної концепції НС увійшли труди таких зарубіжних психологів, як К. Хорні "Наші внутрішні конфлік-

ти (конструктивна теорія неврозів)"; Ф. Березін "Психічна і психофізіологічна адаптація людини"; Е. Гельгорн і Дж. Луф-Борроу "Емоції і емоційні розлади"; із вітчизняних — Я. Е. Голосовкер "Логика мифа"; Т. Шибутані "Социальная психология"; Є. К. Краснушкін "Опыт психиатрического построения характеров у правонарушителей" (в книзі "Преступление и преступность") [2].

В нашій роботі ми намагались приділити основну увагу патогенезу та діагностиці наслідків НС.

Сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склались остаточно у 80-і роки минулого століття, проте інформація щодо дії травматичних переживань фіксувалась протягом століть.

В нинішній час не існує єдиної, загальноновизнаної теоретичної концепції, яка пояснює етіологію і механізми виникнення і розвитку ПТСР, хоча в результаті багаторічних досліджень розроблено декілька теоретичних концепцій, серед яких можна виділити психодинамічний, когнітивний, психосоціальний та психобіологічний. Змістовний аналіз цих теорій говорить про те, що кожна з них відображає одну з сторін розвитку і динаміки ПТСР і по суті вони доповнюють одна іншу. А. Меркер пропонує етіологічну мультифакторну концепцію, з допомогою якої він робить спробу пояснити, чому одні люди після переживання травматичного стресу починають страждати ПТСР, а інші — ні. Він говорить, що можна виділити три групи факторів, сполучення яких призводить до виникнення ПТСР [3].

По-перше, це фактори, пов'язані з наявністю самого факту травматичної події, з інтенсивністю травми, її раптовістю і неконтрольованістю; по-друге, це фактори, пов'язані з формою і силою захисних механізмів особистості, здатність до осмислення ситуації і наявність соціальної підтримки; по-третє — це фактори ризику: вік на момент травматизації, наявність травматичних подій і психічних розладів в анамнезі, низькі інтелект і соціоекономічний рівень.

У 1995 році в США введена нова, четверта, редакція Diagnostic and Statistical Manual of Mental [7], в якій підхід до оцінки травматичності пережитої ситуації був декілька пом'якшений і в якості травматичних відтепер визнаються будь-які ситуації, необов'язково завжди ті, що "виходять за рамки буденного людського досвіду", в яких людина брала участь безпосередньо або як свідок, якщо вони були пов'язані із сприйняттям видовища або реальної загрози смерті, важких травм або страждань інших людей (або своїх власних) і під час участі в цій події вона відчувала інтенсивний страх, жах або відчуття власної безпорадності [7].

Індивіди з ПТСР можуть заявляти про хворобливе відчуття провини з приводу того, що вони залишились живі в той час, коли інші загинули, або з приводу того, що вони вимушені були зробити для того, щоб вижити. Фобічне уникнення ситуацій або дій, які мають збіжність з основною травмою або символізують її, може інтерферувати на міжособистісні взаємозв'язки і вести до подружніх конфліктів, розлучення або втрати роботи. Може мати місце наступне зв'язане

сполучення симптомів, яке є найбільш розповсюдженим у зв'язку із стресовою дією, пов'язаною з міжособистісними відношеннями (наприклад, сексуальний або фізичний у дитинстві, побої у сім'ї, перебування в якості заручника, військовополоненого, ув'язненого концентраційного табору під час війни, тортури): порушення афективної сфери, саморуйнівна і імпульсивна поведінка; дісоціативні симптоми; соматичні скарги; відчуття неспроможності до діяльності, сорому, відчаю або безнадійності; постійне відчуття неповноцінності; втрата віри в те, що раніше підтримувало; ворожість; відірваність; соціальна відірваність; відчуття постійної загрози; послаблення взаємозв'язків з іншими людьми; змінення особливостей, що раніше існували [5].

Виділяють два типи травматичних подій:

- 1) короткотермінова, несподівана;
- 2) постійна, дія травматичного стресора — серійна або пролонгована травматизація (наприклад, фізичне або сексуальне насильство, що повторюється, бойові дії).

Спочатку травма переживається як тип 1, але по мірі того, як травматична подія повторюється, жертва переживає, окрім негативних емоцій, викликаних ситуацією, також страх повторення травми.

Виділяють різні види ПТСР: встановлюється діагноз "гострий ПТСР", коли тривалість симптомів менш ніж 3 місяці; "хронічний ПТСР", коли симптоми тривають 3 місяці або більше; "ПТСР з відстроченим початком", коли пройшло щонайменше 6 місяців між травматичними подіями і початком симптомів.

Широке обстеження населення виявило, що відсоток розповсюдженості ПТСР коливається в діапазоні від 1 % до 14 % з варіативністю, пов'язаною з методами обстеження і особливостями популяції. Обстеження індивідів з групи ризику (наприклад, ветеранів В'єтнаму, постраждалих від виверження вулкану або кримінального насильства) дало очевидне підвищення норм розповсюдженості діагнозу від 3 % до 58 % [3].

Вище вже згадувалось, що до вітчизняної клінічної практики діагноз ПТСР введений нещодавно, тому видається доцільним привести також діагностичні критерії ПТСР в класифікації психічних і поведінкових розладів (МКБ-10) [4].

Клінічна картина різноманітних психічних та психосоматичних розладів у людей, які велинням долі пережили НС, в нинішній час досить широко висвітлюється у спеціальній літературі [6].

Більшість вітчизняних дослідників схильні розділяти клінічну картину за часом існування і вираженості клінічних проявів (гострих, підгострих, протрагованих, хронічних розладів). Однак ми намагались висвітлити найбільш загальні закономірності клінічної динаміки психопатологічних наслідків НС (в розумінні, близькому до концепції "психіатрії течії" А. В. Снежевського).

На наш погляд, виникла нагальна потреба у розвитку спеціальної області знань — реабілітаційної психології.

Як предмет реабілітаційної психології НС можуть, з одного боку, розглядатися в якості природної моделі психогенезу психічних розладів, а з іншого — з очевидністю демонструють виключно високу роль фактора процесуальності [1].

З індивідуально-особистісної точки зору, властивій кожному учаснику НС, ситуації цього типу мають такі принципові особливості.

1. Надзвичайний характер загрози дозволяє їй виступати в ролі нівелюючого фактора у відношенні шансів на виживання, оскільки реальна загроза життю і предстає як зовнішній фактор відносно до вже складеної психіки. Загальновизнаним є реактивний генезис патологічних явищ, що виникають при цьому. Для них характерний механізм, що включає взаємодію психотравми, конституційного фактора та інтрапсихічного конфлікту. Для психопатологічних наслідків НС характерно об'єктивне переважання ролі зовнішнього ланцюга в цьому механізмі. Надпотужна психотравма закономірно виявляє самі незначні латентні деструктивні потяги і актуалізує інтрапсихічний конфлікт, тобто носить, безумовно, психопатогенний характер.

2. Наслідки надзвичайної загрози торкаються найбільш загальних механізмів людської психіки, які характеризують загальнолюдські культурно-історичні особливості адаптаційної психодинаміки, забезпечуючи необхідну інтерперсональну "згоду з приводу значень" психотравмуючих факторів. В цьому сенсі зіставлення психотравмуючих характеристик НС з реаліями національної історії, традицій, віросповідання, культури, мови, держави і права, популяційними стандартами особливостей психофізіологічної конституції відкриває шлях до об'єктивного вимірювання агресивного потенціалу індивідуальних значень (особистісних сенсів) — інтимного механізму травматичного психічного стресу.

3. Масштаби надзвичайної загрози такі, що оцінки агресивного потенціалу факторів психотравмуючої дії НС характеризуються максимальним рівнем інтерперсональної згоди з приводу значень, а референтна група може досягати масштабів не тільки національних, а й всього людства. Тому носій реальної допомоги жертвам НС з боку людської спільноти, ліквідатор наслідків катастрофи об'єктивно набуває риси "магічного помічника". Цими рисами індивідуальна свідомість, що страждає, наділяє як окремих людей, так і їх об'єднання, які приймають участь в ліквідації наслідків НС, аж до держави і світової спільноти.

Таким чином, заходи з ліквідації наслідків НС істотно впливають на відношення громадян до суспільства, держави і влади.

У сучасній вітчизняній літературі вже накопичений емпіричний матеріал, обсяг якого дозволяє структурувати динаміку протікання стресу, усвідомлення психотравмуючої реальності. Зокрема, ця структура викладена в книзі російського клініциста Н. Н. Пуховського [2].

Вітчизняний досвід роботи в епіцентрах НС показує, що саме явища Его-стресу лежать в основі патогенезу психопатологічних наслідків НС; соціально прийнятні варіанти психопатологічної еволюції

особистості учасників НС, психічні (невротичні) і психосоматичні розлади, лікування яких традиційно розглядається як природне поле діяльності охорони здоров'я; соціально негативні варіанти психопатологічної еволюції особистості учасників НС, розлади соціальної поведінки людини, у відношенні до яких позиція держави традиційно носить подвійний, медично-правовий, характер.

Первинний Его-стрес (стрес усвідомлення нової, психотравмуючої, реальності) відіграє ключову роль в генезі психопатологічних наслідків НС. Він і є власне травматичний психічний стрес (ТПС), який виступає як складноорганізований динамічний клінічний симптомокомплекс (синдром) і в той же час як вихідна ланка патогенезу психопатологічних наслідків НС.

Клінічну структуру синдрому складають фрустраційна регресія, афект хворобливого нерозуміння, афект психалгії, дистросія і гострі реакції на стрес.

Розглянемо афект психалгії як основну складову Его-стресу.

Неможливе до висловлення переживання душевного болю, страждання (синдром алекситимічної психалгії) може розглядатися як показник подальшої течії фрустраційної регресії в структурі синдрому Его-стресу. Якщо для афекту нерозуміння характерні короткість існування, яскравість клінічних проявів, переважання відтінку катівності спроб осмислення результатів психоагресії, то для психалгії характерні, навпроти, тривалість, прихованість, відтінок визнання безнадійності, незворотності втрат, перемоги психоагресивного втручання і психотравмуючої реальності над внутрішнім світом людини. Феномен психалгії описаний ще Р. фон Крафт-Ебінгом як стан болісного пригніченого настрою з характерним відтінком "неможливості перенесення страждання". Для клініки реактивної алекситимічної психалгії характерні явища субдепресії, обов'язково маскованої, включаючи соматичні "маски", "охоронний режим" відносно до комплексу тем, що спричиняють болісні переживання, спалахи гніву при необережному торканні до "болісного місця" або, навпаки, "відмінна" тиха поведінка з переживаннями агедонії, приреченості, пригніченості і пасивності, що легко виявляються.

Саме психалгію (відчуття душевного болю) мають на увазі автори, які описують феномен тривоги-гніву ("anger") і його прояви (екстерналізації) як кон'юнктивні, а не диз'юнктивні переживання.

В структуру феномену душевного болю також включають явища внутрішньої напруги і гіперстенічні реакції через їх алекситимічну форму. Загалом через алекситимію (і обов'язкову маскованість субдепресивного афекту) вираженість і прогностичне значення феномену душевного болю, як правило, недооцінюються клініцистами. Між тим саме алекситимічна психалгія реалізується у гострих поведінкових, афективних і конституційних реакціях, зокрема раптових спалахах руйнівного хаотичного збудження, алкогольних (та інших токсикоманічних) ексцесів і раптових "безмотивних" суїцидальних спробах.

Хронічний характер реактивної алекситимічної психалгії, її прихованість та потенційна деструктивність дають підстави розглядати цей феномен фрустраційної регресії афекту як центральну ланку синдрома динаміки Его-стресу.

Слід відзначити, що сьогодні взаємозв'язок між нормальною діяльністю життєво важливих органів людського тіла і зміненнями психічної діяльності, незважаючи на інтенсивні дослідження у сфері психофізіології і психосоматики, ще не ясний до кінця.

Тому залишається широкий простір для побудування моделей, гіпотез, взаємозв'язків між медико-статистичними даними і психологічними особливостями переживань постраждалих. На наш погляд, найбільший інтерес становить оцінка душевного болю з урахуванням індивідуальної статусної специфіки постраждалого.

Із досліджень в області фізіології болю, дитячої психіатрії і психологічного спостереження немовлят виявлено, що відчуття болю тісно пов'язані з психічним розвитком індивіда.

Участь органів сприймання можна зрозуміти на основі психологічних тестів, коли особистості з високою чутливістю до болю мають високе складне сприймання, яке можна порівняти з тими, хто менш чутливий. Ці здатності підвищені не тільки генетично, але й залежать від оточення, яке первинно впливає на розвиток особистості.

Нервово-вегетативні порушення регуляції, від яких часто страждають боязкі особи, в першу чергу молодого віку, відображаються частіш за все на діяльності серця.

Оскільки душевний біль не схожий на тілесний або фізичний, то він є тим, що людина відчуває в душі як особистість. Душевний біль належить до того, від чого людині боляче як індивідуальному "Я". Він є душевним стражданням, внутрішнім катуванням і тому є *душевним болем*. Вона передбачає біль від переживання, катування, туги або страждання, від почуттів сорому, провини, горя, приниження, безнадійності, самотності, журби, страху або інших негативних емоцій. Це те, що людина відчуває всередині своєї особистості, іншими словами — це психічний біль. Природно, що він пов'язан з певними психологічними потребами.

Характеристика таких потреб була запропонована Генрі Мюрреєм [7].

Самоприниження.	Уникнення небезпеки.
Досягнення.	Недоторканість.
Аффіліація.	Турбота.
Агресія.	Порядок.
Автономія.	Гра.
Протидія.	Відторгнення.
Самовиправдання.	Чуттєвість.
Підкорення.	Уникнення сорому.
Домінування.	Отримання підтримки.
Демонстративність.	Розуміння.

В рамках реабілітаційної психології ми провели діагностику особливостей психалгії з урахуванням індивідуальної статусної специфіки постраждалих. В Одеському інституті Сухопутних військ нами було досліджено 23 курсанти-ліквідаторів наслідків ДТП, яке відбулось по дорозі на навчання. Усі курсанти у віці 19—20 років. Жінок серед піддослідних не було.

Слід відмітити, що усі курсанти, що були на момент події у вогнищі НС, були визнані постраждалими, оскільки навіть тим, хто не отримав серйозних поранень і міг виконувати роль ліквідатора, довелося спостерігати дуже важке видовище: 5 осіб померли на місці, 2 — через тиждень в реанімації і 1 помер через місяць перебування у комі, 16 — отримали поранення різного ступеня важкості (переломи кінцівок, ребер, тазу, травматичні запалення і гематоми легень, важкі нейротравми і струси).

Усі 23 досліджені курсанти виконували роль ліквідаторів вперше, незаплановано, без усілякої попередньої підготовки, не маючи спеціальних навичок. Іншими словами, ця роль була для них новою і незвичною, продиктованою виключно обставинами.

Досліджувалась картина ранніх психологічних наслідків НС (період — 1 місяць зі дня НС).

Основним джерелом дослідження були розповіді, представлені в структурі опитувальника Едвіна Шнейдмана.

В ході обробки 23 опитувальників отримані розповіді були піддані процедурі контент-аналізу.

В результаті обробки даних контент-аналізу були отримані такі показники за ознакою "Предметна зона розповіді":

ЖАХ	38,7 %
ГНІВ	30,1 %
САМІТНІСТЬ	30,1 %
ЗРАДА	25,8 %
ВІДЧАЙ	21,5 %
ТРИВОГА	17,2 %
БЕЗСИЛЛЯ	17,2 %
ПРОВІНА	17,2 %

Менш виражені, але присутні (4,3 %—8,6 %):

САМОПРИНИЖЕННЯ	СПОКУСА СМЕРТІ
РОЗГУБЛЕНІСТЬ	НІКЧЕМНІСТЬ
СТРАЖДАННЯ	НЕСПРОМОЖНІСТЬ
ЗПУСТОШЕННЯ	БЕЗНАДІЙНІСТЬ
КОШМАР	

Наведемо порівняльний аналіз отриманих показників з показниками душевного болю постраждалих (дослідження проведене нами спільно з О. М. Сагайдаком у 2003 р.).

ЛІКВІДАТОРИ		ПОСТРАЖДАЛІ	
ЖАХ	38,7 %	ВТРАТА	57 %
ГНІВ	30,1 %	ЖУРБА	33 %
САМОТНІСТЬ	30,1 %	СТРАХ	24 %

ЗРАДА	25,8 %	ГОРЕ	24 %
ВІДЧАЙ	21,5 %	БЕЗПОМІЧНІСТЬ	24 %
ТРИВОГА	17,2 %	ГНІВ	23 %
БЕЗСИЛЛЯ	17,2 %	БЕЗСИЛЛЯ	23 %
ПРОВИНА	17,2 %	ТРИВОГА	23 %

У постраждалих курсантів переважали афективні переживання, характерні для картини гострого горя. У ліквідаторів афективні переживання були специфічними і носили амбівалентний характер.

Спираючись на отримані дані, можна констатувати факт, що у стані душевного болю курсанти-ліквідатори відчували афективні переживання, які супроводжують стрес і зумовлені так званою "провиною того, хто вижив", у сполученні з відповідальністю за порятунок життя товаришів.

Слід відзначити, що наявність гніву, як провідної емоції, говорить про їх емоційну активність. Разом з тим у сполученні з безнадійністю і безсиллям це свідчить про схильність до девіантної поведінки. В цілому ситуація переживання душевного болю досліджуваних курсантів носить амбівалентний характер.

Аналіз структури душевного болю свідчить про те, що основними фрустрованими потребами є такі:

ПРОТИДІЯ
ДОСЯГНЕННЯ
АФФІЛІАЦІЯ
ТУРБОТА
ОТРИМАННЯ ПІДТРИМКИ

Ми схильні вважати, що переважання саме таких потреб у досліджуваних пов'язане в першу чергу з конкретними умовами отримання психотравми. Іншими словами — продиктованою обставинами незапланованою роллю ліквідаторів наслідків НС, що відбулась з товаришами по службі.

Це також співпадає з думкою російського психіатра Н. Н. Пуховського про специфічність переживань ліквідаторів і їх суттєвих відмінностей від переживань постраждалих.

Висновки

1. Аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових джерел з проблеми психопатологічних наслідків НС свідчить про необхідність розвитку окремої галузі знань — реабілітаційної психології.

2. Фундаментальним елементом стресу усвідомлення психотравмуючої реальності є афект психалгії.

3. Діагностика особливостей психалгії постраждалих лежить в основі подальшої реабілітаційної роботи.

4. Аналіз сучасних вітчизняних і зарубіжних наукових підходів до проблеми душевного болю свідчить про її яскраво виражене індивідуальне протікання.

5. Картина ранніх наслідків (період 1 місяць зі дня НС) у ліквідаторів має свою специфіку переживань в структурі душевного болю. Вона характеризується особливим набором емоційних станів.

6. Специфіка переживання душевного болю досліджуваних курсантів-ліквідаторів полягає в амбівалентності пережитих почуттів.

7. Належність особистості до певної гендерної, вікової і професійної групи (у випадку даного дослідження — продиктованої обставинами групі ліквідаторів), а також урахування конкретних умов психотравми (ДТП по дорозі на навчання) дозволяють визначити її особливості, необхідні в психокорекційній роботі з профілактики різних видів девіантної поведінки.

Література

1. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.* — К.: Факт, 1999.
2. *Пуховский Н. Н.* Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. — М.: Академический проект, 2000.
3. *Тарабрина Н. В.* Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов-инвалидов (участников боевых действий) // Вопросы медицинской, профессиональной, специальной реабилитации инвалидов военной службы. — М.: ЦИЭТИН, 1999.
4. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. — М.: Смысл, 1997.
5. *Чернобыльский след.* Психологические последствия Чернобыльской катастрофы: Сборник статей. — К., 1992.
6. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. — М.: Смысл, 2001.
7. *DSM-IV.* New York, OU-Press, 1974.
8. *Henry A. Murray.* Explorations in Personality. New York, Oxford University Press, 1938.

М. Б. Коробицина

Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова,
кафедра дифференциальной и экспериментальной психологии

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Резюме

В статье освещаются наиболее актуальные аспекты новой отрасли теоретических и практических психологических исследований — реабилитационной психологии. Анализируются основные отечественные и зарубежные теоретические подходы к проблеме психологической реабилитации, приводятся данные практических исследований в сфере диагностики и коррекции психопатологических последствий чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: реабилитационная психология, чрезвычайные ситуации (ЧС), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), первичный Эго-стресс, психалгия (душевная боль), алекситимия, синдромодинамика.

M. B. Korobitsyna

Odessa I. I. Mechnikova national university,
Cathedra of differential and experimental psychology

**DIAGNOSTIC ASPECTS OF REHABILITATION PSYCHOLOGY
IN A CONTEXT OF PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES
OF EXTREME SITUATIONS.**

Summary

In article the most actual aspects of new branch of theoretical and practical psychological researches - rehabilitation psychology are considered. The basic domestic and foreign theoretical approaches to a problem of psychological rehabilitation are analyzed, are cited the data of practical researches in sphere of diagnostics and correction of psychopathological consequences of extreme situations.

Key words: extreme situations (ES), posttraumatic stressful frustration (PTSF), initial Ego-stress, psychalgia (mental anguish), alexitimia, dynamic of syndromes.