

ЛУКОМСЬКА С.О.

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ.

РОЗЛАДИ, ЗУМОВЛЕНІ СТРЕСОМ І ТРАВМОЮ: ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД

Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. Дану статтю присвячено інтегративному підходу до діагностики та психокорекції розладів, зумовлених стресом і травмою. Проаналізовано поняття екстремальності, екстремальних ситуацій та їх зв'язку із травматичними подіями і чинниками, що зумовлюють стрес; охарактеризовано ситуації небезпеки, що супроводжуються виникненням безпосередньої загрози здоров'ю або життю людини як умови розвитку розладів, пов'язаних із травмою та ситуації невизначеності, характерні для потрапляння людини у невідому обстановку як чинник розвитку розладів, зумовлених стресом. Визначено діагностичні критерії тривожних і пов'язаних із страхом розладів, гострої реакції на стрес, ПТСР, пролонгованої реакції горя і розладів адаптації за МКХ-11 і DSM-5; окреслено стратегії зниження стресу, протективні фактори, що мінімізують негативний вплив стресів і психотравми на функціонування людини; охарактеризовано принципи надання психологічної допомоги при розладах, зумовлених стресом і травмою.

***Ключові слова:** травма, ПТСР, психічне здоров'я, розлади, зумовлені стресом, розлади, зумовлені травмою, DSM-5, посттравматичне відновлення.*

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. Екстремальними в побутовому спілкуванні найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і самому життю людини. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми екстремальності – особливого стану людської психіки (екстремум-стану), спричиненого незвичними чи екстраординарними умовами, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість. Поняття екстремальності було запозичене психологією з медичних досліджень психогенних реакцій людини на надзвичайні ситуації, з фізіологічного вчення Г. Сельє про стрес і загальний адаптаційний синдром, а також з досліджень адаптації людини в особливих умовах життя – технічних, екологічних, на війні тощо. Для розуміння феномену екстремальності має значення не стільки сам екстремальний, травматичний, стресовий досвід, скільки досвід, з яким людина звертається [11]. Так, наприклад, має значення, що людина робить зі своїм досвідом життя, перетворює його в низку нещастя і / або в джерело зростання та розвитку. Відповідно, кожна екстремальна ситуація – не просто стимульна конфігурація, що викликає патерни реакції, а трансординарна, неповсякденна ситуація людського буття. За таких умов важливого значення

набуває інтегративний аналіз розладів, пов'язаних із стресом і травмою, а також їх вплив на подальше життя особистості (не лише негативний, а й, насамперед, позитивний).

Останні дослідження і публікації, виділення невирішених питань загальної проблеми, якій присвячується стаття.

Концептуальний апарат для розуміння феномену екстремальності розробляється в контексті чотирьох підходів. У стимульному підході екстремальність визначається переважно в термінах *чинників* впливу на організм або індивіда, таотожнюється із екстремальними умовами й, по суті, є аналогом надзвичайних ситуацій (І.Г. Малкіна-Пих, Н.В.Тарабріна, І.І.Мамайчук). Згідно із реактивним підходом, акцентується увага на *впливі* подій на психіку людини, тобто ключовими стають такі поняття як «екстремальний стан», «екстремальна реакція», «дистрес», «екстремальний стрес», «травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад» (J. I. Bisson, C.R. Brewin, B. Andrews, J.D. Valentine). У третьому – персоналістському підході екстремальність визначається в контексті *особистісних змінних* «суб'єктивного» сприйняття, переживання, інтерпретації події; при цьому наголошується на активності людини, її здатності отримати позитивний досвід із надзвичайних подій, актуальності набувають поняття на кшталт посттравматичного зростання і резилентності (М.Ш. Магомед-Емінов, В.Г. Ромек, Н.Д. Левітов, С. Е. Agaibi, J. P. Wilson). Інтерактивний підхід визначає екстремальність як *дисфункційну взаємодію* оточення і індивіда, окреслюються рівні так званих міжособистісних травм: рання реляційна травма як наслідок відсутності контакту між дитиною та батьками; жорстоке поводження з дитиною, булінг, фізичне та психологічне насилля; міжпоколінна травматизація, коли людина відчуває наслідки психотравми, що зазнали попередні до неї покоління (С. Муссі, Л.О. Китаєв-Смик, М.М. Решетніков).

Натепер найбільш дослідженим є стимульний підхід до поняття екстремальності, в контексті якого виділяються важкі, кризові, травматичні ситуації, підставою для класифікації є джерело походження, а також їхня тривалість. Зокрема, Н.В. Тарабріна визначає травматичні події як екстремальні або критичні, що мають потужний негативний вплив на індивіда та вимагають від нього екстраординарних зусиль, спрямованих на подолання негативного впливу наслідків надзвичайних подій [3]. На думку В.Д. Небиліцина, екстремальні ситуації – це ситуації, які переживаються людиною як джерело дискомфорту, відповідно, у стимульному підході психічна взаємодія з екстремальністю виявляється в мобілізації всіх психологічних ресурсів і потенціалів людини, що, в результаті тривалого протистояння травматичним чинникам, зумовлює її фізичне та емоційне виснаження й негативно позначається на якості життя особистості та її оточення.

У зарубіжній психології стимульний підхід до екстремальних ситуацій представлений травматичною моделлю психічних розладів (J. L. Herman, A.Maercker, A.Mehr), яка визначає наслідки фізичної, сексуальної та

психологічної травми як основні чинники розвитку психічних розладів, включаючи депресію, тривогу, панічні напади, психози тощо [9]. Відповідно, людей із цими розладами не варто вважати психічно хворими, а лише такими, що мають цілком зрозумілі та певною мірою адекватні реакції на травматичні події [6]. Замість поняття «екстремальність» у даній моделі (а нині й у медицині і психології) використовується концепт «травматична подія» - це індивідуальна оцінка людиною пережитої події, яка виходить за межі звичайного життя і загрожує фізичному життю людини або значущим для неї особам [2]. За DSM-5, травматична подія як критерій А посттравматичного стресового розладу означає саме загрозу фізичному існуванню, а не як це часто вважається, психічному життю людини. Тобто, для діагностики ПТСР важливим критерієм є саме те, чи існувала безпосередня загроза життю людини (А+), чи ні (А-). Зазначимо, що травматична модель не тотожна біопсихосоціальної та медичній моделям хвороби; біомедичний підхід зосереджений на виключно біологічних чинниках і виключає психологічні, екологічні та соціальні впливи на здоров'я людини, біопсихосоціальний, хоча й стверджує, що у розвитку хвороби або будь-якого розладу відіграють важливу роль як біологічні (генетичні, анатомічні, фізіологічні, біохімічні та ін.) порушення, так і психологічні (мислення, емоції і поведінка) і соціальні чинники (соціально-економічні, фактори соціального мікрооточення, культурні фактори тощо), однак нечутливий до суб'єктивного досвіду, а відтак фактично заперечує короткотерміновий і довгостроковий вплив травматичних подій на життя людей, до того, останнім часом біопсихосоціальна модель психічних розладів визнана еkleктичною, де спрямованість втручань зумовлена практикою на основі особистих уподобань лікаря чи психолога [13]. Однак не слід вважати, що і травматична модель лишається сталою впродовж років. У 2000-х роках вона трансформувалася, її представники стали наголошувати не на шляхах лікування розладів, зумовлених травматичним досвідом, а на тому, як навчити людей жити із цими розладами та ефективно адаптуватися у суспільстві.

Слід зазначити, що останнім часом стимульний підхід поступається за популярністю персоналістсько-реактивному, основоположником якого на пострадянських теренах є М.Ш. Магомед-Емінов, який вказує, що екстремальність є особливими умовами життя й по-різному (не завжди негативно) впливає на особистість [2]. Арсенал індивідуальних стратегій психологічного подолання екстремальних ситуацій достатньо великий, втім, серед всього різномайття можна окреслити три найбільш вірогідні позиції: 1) реакцію розладу-травми; 2) реакцію адаптації – стійкості, мужності; 3) реакцію зростання – розвитку, кожна з яких зумовлює специфічні наслідки травматичної події для людини. Якщо екстремальна ситуація чинить на особистість виключно негативний вплив, це зумовлює появу розладів на кшталт гострої стресової реакції, ПТСР, пролонгованої реакції горя, депресію тощо; за наявності відносно адаптивних копінгів, людина лишатиметься індиферентно-стійкою до травми, яка сприйматиметься нею як випробування

стійкості, мужності і сили; у випадку позитивного ставлення до психотравмуючих подій відбуваються конструктивні трансформації особистості (посттравматичне зростання, підвищення резилентності та життєстійкості).

Формулювання цілей і постановка завдань статті. Метою даної статті є окреслення можливостей застосування інтегративного підходу до розладів, зумовлених стресом і травмою, а серед завдань слід виділити термінологічний аналіз зазначених розладів, сучасні підходи до їх діагностики і корекції, а також визначення психологічних чинників, що сприяють позитивним трансформаціям людей під впливом травматичних подій.

Виклад методики і результатів досліджень. Насамперед, ми розрізняємо травматичні ситуації від стресових. Наприклад, ситуації небезпеки, що супроводжуються виникненням безпосередньої загрози здоров'ю або життю людини (серйозна хвороба, ситуації хірургічної операції, різні побутові травми, падіння в воду осіб, які не вміють плавати, пожежа, повінь, землетрус, зупинка ліфта між поверхами, рух поодиноці через небезпечну місцевість тощо) є травматичними; натомість ситуації невизначеності, характерні для потрапляння людини в невідому обстановку (заблукала в лісі, в горах тощо) або збігу обставин побутового плану, в яких індивід не знає, як йому бути (наприклад, людині, яка стоїть поруч, стало погано, а сусід не знає що робити) вважаємо стресовими. Важка життєва ситуація, незалежно від форми, якої вона набуває для людини, супроводжується емоціями. Ф.Бассін виділив «афектогенні життєві ситуації», тобто ситуації емоційного напруження, що зумовлюють виникнення психологічних травм, які впливають на найважливіші цінності особистості та порушують заходи психологічного захисту. Це призводить до порушення рівноваги особистості, а також її адаптованості у зовнішньому світі. Критичний компонент ситуації визначається наявністю емоційного напруження, а ступінь його впливу на особистість – силою афекту і реакціями людини [1]. У 1926 р. американський психофізіолог В. Кеннон використав поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, які руйнують гомеостаз, втім у науковий обіг дане поняття було введено лише у середині 1940-х рр. Базуючись на ідеях В.Кеннона і К.Бернара (автора поняття «внутрішнє середовище організму»), відомий дослідник стресу канадський фізіолог Г.Сельє у 1936 р. опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром, але тривалий час уникав вживання поняття «стрес» і лише з 1946 р. він почав систематично використовувати його для позначення загальної адаптаційної напруги. Г.Сельє довів, що стрес відрізняється від інших фізичних реакцій в тому, що він є стресом незважаючи на те, що подразники, які його викликають (наприклад, новини), можуть бути як негативними, так і позитивними. Він назвав негативний стрес «дистресом», а позитивний – «евстресом». Якщо евстрес є джерелом підвищення активності, радості від напруження і успішного подолання, характеризується активізацією мислення та пам'яті, то дистрес виникає лише

при дуже частих і надмірних стресах і супроводжується відчуттям безпорадності і безнадійності [11]. У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій. Нині доволі часто ці стимули і події називаються «стресорами» або «стрес-факторами». По-друге, стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму, коли він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, тобто емоції, захисні реакції і процеси подолання. По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних реакцій, ймовірно, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану (J.K.Schkade, S.Schultz [10]).

Розлади, зумовлені стресом – це розлади психічного здоров'я, що виникають в наслідок атипової реакції як на короткострокові, так і на довгострокові проблеми, що викликають фізичний, психічний або емоційний стрес. Розглянемо найвідоміші розлади, зумовлені стресом (P. J. Brantley, G. N. Jones). Тривожні і пов'язані зі страхом розлади є найпоширенішими в усьому світі серед психічних і поведінкових розладів і пов'язані зі значними збільшенням непрацездатності, економічними витратами і зниженням якості життя. У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) тривожні і пов'язані зі страхом розлади, які проявляються протягом життя, зведені в один розділ. У попередній редакції МКХ (МКХ-10) більшість тривожних розладів знаходилося в групі невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. У МКХ-11 пропонується всі розлади з основними клінічними ознаками у вигляді тривоги або страху об'єднати в нову групу. Агорафобія і панічний розлад в МКХ-11 є різними чітко диференційованими розладами, оскільки є переконливі докази відмінностей в перебігу, захворюваності, розподілі за статтю і реакції на лікування, крім того панічні напади можуть виникати в контексті інших тривожних і пов'язаних зі страхом розладів, ймовірність виникнення яких, головним чином, залежить від стимулів або ситуації, що викликають страх, у цих випадках окремих діагноз «Панічний розлад» не обґрунтований, замість нього може застосовуватися уточнюючий специфікатор «з панічними нападами», коли панічні напади є частиною клінічної картини іншого розладу. Генералізований тривожний розлад в МКХ-11 більше не є діагнозом, а лише синдромом, який ставиться методом виключення інших тривожних розладів.

Одним із розладів, зумовлених стресом, є пролонгована реакція горя. *Пролонгована реакція горя*. Нова категорія в МКХ-11. Існування цієї діагностичної одиниці було підтверджено у різних культурах. Центральний компонент пролонгованої реакції горя (туга за померлим) не залежить від неспецифічних симптомів тривоги і депресії. При цьому дані переживання не чутливі до лікування антидепресантами (тоді як депресивні синдроми, пов'язані з втратою, чутливі), а психотерапія, стратегічно націлена на симптоми пролонгованої реакції горя, демонструє більшу ефективність у полегшенні її проявів, ніж лікування, спрямоване на депресію. Люди із пролонгованою реакцією горя мають серйозні психосоціальні проблеми і

проблеми зі здоров'ям, включаючи інші проблеми психічного здоров'я, такі як суїцидальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, саморуйнівна поведінка або соматичні розлади, такі як високий артеріальний тиск і підвищена частота серцево-судинних захворювань.

Розлади, зумовлені травмою визначено у Керівництві із діагностики і статистики психічних розладів (DSM-5) і Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10, 11), а саме: гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розладі розлади адаптації (M.J. Friedman, P.A. Resick, R.A. Bryant, J. Strain, M. Horowitz, D.Spiegel).

Гострий стресовий розлад вперше представлено як нозологічну категорію у DSM-IV. Діагностується у період від 2-х днів до 1 місяця після травматизації і підвищує ризик виникнення ПТСР у майбутньому (діагноз ПТСР ставиться не раніше ніж через місяць після травматичної події).

Згідно із МКХ-10 Гострий стресовий розлад (F43.0) – це транзиторний розлад, яке розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес. Цей стан може супроводжуватися подальшим «відходом» із ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надмірною активністю (реакція фуґи). Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння) [12].

У *проекті МКХ-11* Гостра реакція на стрес (F43.0) визначається як транзиторний стан і відноситься до переліку станів, що не є розладами і включені в розділ Z «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення до закладів охорони здоров'я». Відповідно в МКХ-11 немає необхідності у діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM-5. Віднесення гострої реакції на стрес до розділу Z МКХ-11 дозволить працівникам охорони здоров'я бути готовими розпізнавати гостру реакцію на стрес і надавати допомогу не вважаючи людей хворими на психічні розлади. При таких реакціях кориснішою є практична психосоціальна допомога, а не психіатрична. Такий підхід у МКХ-11 нині позначений як первинна психологічна допомога.

Якщо симптоми гострої реакції на стрес не починають зменшуватися протягом приблизно тижня після їх початку, слід розглянути необхідність діагностувати розлад адаптації або ПТСР, в залежності від клінічних проявів. Гостра реакція на стрес може супроводжуватися суттєвим порушенням особистісного функціонування на додаток до суб'єктивного дистресу, порушення функціонування не є обов'язковою ознакою гострої стресової реакції [4].

У DSM-IV гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад були класифіковані як тривожні розлади. У *проекті МКХ-11* і в DSM-5 створена окрема група розладів, пов'язаних зі стресом. Робоча група МКХ рекомендує уникати поширеного, але такого, що вносить плутанину, терміну «розлади, пов'язані зі стресом», враховуючи, що численні розлади можуть бути пов'язані зі стресом (наприклад, депресія, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин), але можуть також

виникати при відсутності ідентифікованих стресових або травматичних життєвих подій. Спробою відобразити цю відмінність в проекті МКХ-11 став термін «розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» («disorders specifically associated with stress»), який використовується для таких розладів як ГСР і ПТСР. Гостра реакція на стрес залишається в DSM-5 в групі розладів, пов'язаних зі стресом, але в результаті визнання неоднорідності реакцій на стрес в ній більше немає вимог до наявності спеціальних кластерів симптомів і вона не розглядається в якості попередника ПТСР [8].

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) – це запізніла і / або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні катастрофи, битви, серйозні нещасні випадки, спостереження за насильницькою смертю інших, у жертви катувань, тероризму, звалтування або іншого злочину). *Основні симптоми ПТСР (F43.1) за МКХ-11: труднощі у регуляції емоцій, відчуття себе приниженою, переможеною, нічого не вартою людиною, труднощі у підтримці міжособистісних стосунків.*

Комплексний ПТСР – це нова діагностична категорія, яка замінює охоплену нею категорію МКХ-10 F62.0 «Стойка зміна особистості після переживання катастрофи», яка не стала предметом широких наукових досліджень і не включала розлади, що виникають через тривалий стрес у ранньому дитинстві. Дана симптоматика може виникнути після впливу єдиного травматичного стресора, але частіше виникає після важкого пролонгованого стресу або множинних чи повторюваних небажаних подій, уникнути вплив яких було неможливо (наприклад, вплив геноциду, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури або рабство).

ПТСР є багатовимірним поняттям, що репрезентує континуум реакцій на стрес, а не дискретним психопатологічним синдромом. Враховуючи це, слід виділяти у якості окремої нозологічної категорії частковий або підпороговий (субклінічний) ПТСР. У DSM-IV (1994) класифікація ПТСР відсутня, а відповідно й підпороговий ПТСР не виділений окремо. Термін субклінічний або підпороговий ПТСР відноситься до розладу, при якому травмований пацієнт має деякі симптоми ПТСР, але вони недостатньо серйозні, щоб відповідати критеріям DSM-IV для клінічного діагнозу ПТСР. Дистрес і порушення функцій подібні до тих, що спостерігаються у людей з діагнозом ПТСР, але людина не має необхідної кількості симптомів повторних переживань, уникнення та надмірного збудження.

Субклінічний ПТСР може бути результатом часткового відновлення від повного синдрому (субклінічний ПТСР діагностується у період до 3-х років після травматичної події) або від проявом симптомів після травматичного переживання, все це слід враховувати при організації медико-психологічної допомоги зокрема й учасникам бойових дій.

На відміну від пацієнтів із клінічним ПТСР, які повинні проходити лікування у спеціалізованих психіатричних стаціонарах, особи із підпороговим (субклінічним) ПТСР отримують медико-психологічну допомогу на базі центрів первинної медичної допомоги (у наших реаліях – амбулаторіях сімейної медицини).

Розлад адаптації (F43.2). Реакція недостатньої адаптації до стресової події, на тривалі психосоціальні труднощі або на комбінацію стресових життєвих ситуацій, що, як правило, виникає протягом місяця після впливу стресора і має тенденцію до вирішення протягом 6 місяців, якщо стресовий фактор не зберігається на триваліший термін. Реакція на стресор характеризується симптомами стурбованості проблемою: надмірним занепокоєнням, рецидивними і болісними думками про стресор або постійними роздумами про його наслідки. Наявна нездатність адаптуватися, тобто симптоми заважають повсякденному функціонуванню, виникають труднощі з концентрацією уваги або порушення сну, що призводять до порушення працездатності. Якщо критерії діагностики підходять для іншого розладу, то цей розлад слід діагностувати замість розладу адаптації.

Ми зазначаємо, що протективні фактори у розладів, зумовлених стресом і травмою дуже подібні. Стратегії зменшення стресу можуть бути корисними для багатьох людей, однак у стресових ситуаціях високотривожні особистості часто не можуть сконцентруватися достатньо, щоб ефективно їх використовувати, тому більшість технік зниження стресу більше профілактичні, а не корекційні, спрямовані на підвищення загальної стресостійкості людини. Натепер все більшої популярності набуває так звана п'ять-R модель (R. S.Ulrich, R. F.Simons, B. D.Losito, E.Fiorito, M. A.Miles, M.Zelson): Recognition – розуміння можливих причин і джерел стресу, їх розуміння; Relationships – визначення джерел підтримки, осіб, здатних прийти на допомогу; Removal – усунення стресорів, управління ними; Relaxation – використання релаксаційних технік (дихальних вправ, медитації, масажу, уяви); Re-engagement – повторення занурення у стрес шляхом десенсибілізації [14].

На думку, S.E. Hobfoll, P.Watson, C.C. Bell, R.A.Bryant [7], самопомога та професійна допомога особам із зумовленими стресом та травмою розладами базується на п'яти принципах: безпеки, спокою, самоефективності і колективної ефективності, залученості до спілкування і надії. Відчуття безпеки формується на індивідуальному (розвиток адаптивних копінгів і когніцій, формування безпечного фізичного простору), груповому (обговорення ресурсів подолання негативних наслідків стресів у мікрогрупах), організаційному (створення безпечного фізичного середовища для великих груп, розвиток моделей підтримки і допомоги на випадок травмуючих ситуацій) рівнях і рівні громади (організація системи охорони здоров'я і соціального захисту, яка забезпечить допомогу усім членам спільноти). Принцип спокою стосується насамперед, профілактики афективних, панічних реакцій на стреси та травмуючі ситуації, крім того, це надання можливостей для безпечного сну та відпочинку і, за потреби,

фармакологічна підтримка, спрямована на подолання інсомнії. Одним із наслідків травми є відчуття своєї некомпетентності («я безсилий», «я не здатен це зробити») відповідно, існує потреба в підвищенні відчуття власної самоефективності шляхом успішного виконання спочатку нескладних завдань, а потім і складніших, що вимагають від людини високої відповідальності; до колективної самоефективності ми відносимо ефективність функціонування родини, малої групи, вона формується аналогічно із самоефективністю. Залученість до спілкування це профілактика самотності, формування відчуття соціальної підтримки, яка складається із емоційної близькості, мережі соціальних зв'язків, фізичної та матеріальної підтримки. Принцип надії полягає насамперед у формуванні оптимізму як адаптивного емоційного копіngu у теорії Е.Хайма, зміні життєвих пріоритетів, усвідомленні нових можливостей і сили власної особистості. У випадку організованої та самодопомоги за окресленими принципами, у людини, яка має розлади пов'язані із травмою та стресом, формуються кореляти адаптації, а саме посттравматичне зростання (R. Tedeschi, L. Calhoun, L. Simons, J. Ducette) і резилентність (G.A. Bonanno, M. Westphal, A. D. Mancini), покращуються навички життєстійкості (Д. Леонт'єв, О.Расказова, С. Мадді) й зростає рівень психологічного благополуччя (К. Ріфф, М. Селігман, N. Bradburn, P.T. Costa, A. Deaton, E. L. Deci, R.M. Ryan).

Висновки і подальші перспективи досліджень. Отже, наявні в психології підходи до дослідження психотравмуючих подій як джерела виключно негативних для особистості наслідків, не відповідають вимогам сучасної ситуації перманентних соціальних, економічних, геополітичних криз і конфліктів, коли потенційно травматичні ситуації є неминучою частиною життя людей і соціальних груп. Це зумовлює необхідність пошуку способів реалізації конструктивних, розвиваючих потенціалів кризових і травматичних ситуацій. Життєстійкість, посттравматичне зростання, резилентність, суб'єктивне психологічне благополуччя є складовими ресурсного підходу в дослідженні соціальної адаптації, тобто підходу, що орієнтує людину на пошук можливостей і умов подолання кризових ситуацій, розладів, зумовлених травмою та стресом. Перспективами є емпірична перевірка окреслених у статті теоретичних розвідок і створення інтегративної моделі психологічної допомоги при психотравмах і стресових ситуаціях.

Список використаних джерел

1. Бассин Ф. В. «Значащие» переживания и проблема собственно-психологической закономерности / Ф.В. Бассин // Вопросы психологии. – 1972. – № 3. – С. 105–124.
2. Магомед-Эминов М. Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация / М.Ш. Магомед-Эминов // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 1996. – № 4. – С. 26–35.
3. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны / Н. В. Тарабрина // Психологическое обозрение. – 1996. – № 1 (2). – С. 26–29.

4. Brantley P. J. Daily stress and stress-related disorders / P. J.Brantley, G. N. Jones//Annals of behavioral medicine. – 1993. –Vol. 15(1). – P. 17–25.
5. Friedman M. J. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5 / M. J.Friedman, P. A. Resick, R. A.Bryant, J.Strain, M.Horowitz, D.Spiegel //Depression and anxiety. – 2011. – Vol. 28(9). – P. 737–749.
6. Herman J. L. The mental health of crime victims: Impact of legal intervention / J. L. Herman//Journal of Traumatic Stress. – 2003. – Vol. 16(2). – P. 159–166.
7. Hobfoll S. E. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence / S. E.Hobfoll, P.Watson, C. C.Bell, R. A.Bryant//Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. – 2007. – Vol. 70(4). – P. 283–315.
8. Kangas M. DSM-5 trauma and stress-related disorders: implications for screening for cancer-related stress / M.Kangas//Frontiers in psychiatry. – 2013. – Vol.4. – P. 122–132.
9. Maercker A. What if victims read a newspaper report about their victimization? A study on the relationship to PTSD symptoms in crime victims / A.Maercker,A.Mehr//European Psychologist. – 2006. – Vol. 11(2). – P. 137–145.
10. Schkade J. K. Occupational adaptation /J. K.Schkade, S.Schultz// Perspectives in human occupation: Participation in life. – 2003. – P. 181–221.
11. Selye H. Stress and disease / H. Selye// The laryngoscope. – 1955. – Vol. 65(7). – P. 500–514.
12. Shalev A. Y. Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders / A. Y. Shalev//Psychiatric Clinics. – 2009. – Vol. 32(3). – P. 687–704.
13. Thomas P. Hearing voices: A phenomenological-hermeneutic approach /P.Thomas, P.Bracken, I. Leudar// Cognitive neuropsychiatry. – 2004. – Vol.9 (1-2). – P. 13–23.
14. Ulrich R. S. Stress recovery during exposure to natural and urban environments/ R. S. Ulrich, R. F.Simons, B. D. Losito, E. Fiorito, M. A. Miles, M. Zelson // Journal of environmental psychology. – 1991. – Vol. 11(3). – P. 201–230.

References transliterated

1. Bassin, F. V. (1972) «Znachashchie» perezhivaniyai problema sobstvenno-psihologicheskoy zakonomernosti [“Significant” Experiences and the Problem of Self-psychological Regularity]. *Voprosy psichologii* [Psychological Issues], no. 3, pp. 105–124 (in Russian)
2. Magomed-Evminov, M. SH. (1996) *Lichnost' i ehkstremal'naya zhiznennaya situatsiya* [Personality and Extreme Life Situation]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psichologiya* [Moscow University Bulletin. Series 14: Psychology], no. 4, pp. 26–35 (in Russian)

3. Tarabrina, N. V. (1996) *Psihologicheskie posledstviya vojny* [Psychological consequences of war]. *Psihologicheskoe obozrenie* [Psychological Review], no. 1 (2), pp. 26–29 (in Russian)
4. Brantley, P. J., & Jones, G. N. (1993). Daily stress and stress-related disorders. *Annals of behavioral medicine*, 15(1), 17–25.
5. Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 737–749.
6. Herman, J. L. (2003). The mental health of crime victims: Impact of legal intervention. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 159–166.
7. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ...&Maguen, S. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283–315.
8. Kangas, M. (2013). DSM-5 trauma and stress-related disorders: implications for screening for cancer-related stress. *Frontiers in psychiatry*, 4, 122–132.
9. Maercker, A., & Mehr, A. (2006). What if victims read a newspaper report about their victimization? A study on the relationship to PTSD symptoms in crime victims. *European Psychologist*, 11(2), 137–145.
10. Schkade, J. K., & Schultz, S. (2003). Occupational adaptation. *Perspectives in human occupation: Participation in life*, 181–221.
11. Selye, H. (1955). Stress and disease. *The laryngoscope*, 65(7), 500–514.
12. Shalev, A. Y. (2009). Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 687–704.
13. Thomas, P., Bracken, P., & Leudar, I. (2004). Hearing voices: A phenomenological-hermeneutic approach. *Cognitive neuropsychiatry*, 9(1-2), 13–23.
14. Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201–230.

Лукомская С.А. Расстройства, вызванные стрессом и травмой: интегративный подход. Статья посвящена проблеме интегративного подхода к диагностике и психокоррекции расстройств, обусловленных стрессом и травмой. Проанализированы понятия экстремальности, экстремальных ситуации и их связи с травматическими событиями и факторами, обуславливающими стресс; охарактеризованы ситуации опасности, сопровождающиеся возникновением непосредственной угрозы здоровью или жизни человека как условия развития расстройств, связанных с травмой и ситуации неопределенности, характерные для попадания человека в неизвестную обстановку как фактор развития расстройств, обусловленных стрессом. Определены диагностические критерии тревожных и связанных со страхом расстройств, острой реакции на стресс, ПТСР, пролонгированной реакции горя и расстройств адаптации МКБ-11 и DSM-5, обозначены стратегии снижения стресса, протективные

факторы, минимизирующие негативное влияние стрессов и психотравмы на функционирование человека; охарактеризованы принципы оказания психологической помощи при расстройствах, обусловленных стрессом и травмой.

Ключевые слова: травма, ПТСР, психическое здоровье, расстройства, обусловленные стрессом, расстройства, обусловленные травмой, DSM-5, посттравматическое восстановление.

Lukomska S. The stress-related and trauma related disorders: an integrative approach. Traumatic life events are common among persons. In recent years there has been a growing awareness of the importance of trauma in shaping the course of people's lives. Restoring social and behavioral functioning after disasters and situations of mass casualty has been extensively explored over the last few decades. According to classical conditioning theory, the traumatic event serves as an unconditioned stimulus that evokes an immediate and "hardwired" response from the organism (unconditioned response). Physiological activation during stressful events may play a central role in the pathogenesis of illness. No evidence-based consensus has been reached to date with regard to effective interventions for use in the immediate and the post mass trauma phases. Because a traumatic or highly stressful event often causes profound changes in a person's outlook, often stays highly accessible for years, and often comes to mind spontaneously in response to internal and external cues, it may be perceived as a major causal agent and thus as a highly salient turning point in the person's life. However, at the same time, having a trauma as a salient turning point in the life story may lead to oversimplifications. It may cause the person to focus on those aspects of his or her current life conditions that can be explained by reference to the trauma, and to ignore aspects that defy such causal attributions. We identified five empirically supported intervention principles that should be used to guide and inform intervention and prevention efforts at the early to stages: a sense of safety, calming, a sense of self- and community efficacy, connectedness, hope. Scarcity of available resources, inequities in their distribution, and inefficiencies in their use pose the three main obstacles to better mental health, especially in low-income and middle-income countries.

Keywords: trauma, PTSD, DSM-5, mental health, stress-related disorders, trauma related disorders, stress recovery.