

УДК 159.9:616.8(477)

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>

ІНТРУЗІЇ У ФОРМІ ФЛЕШБЕКІВ ЯК ЯДЕРНИЙ МАРКЕР ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Олеся Борисова

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського»,
вул. Старопортофранківська, 26, м. Одеса, Україна, 65029
e-mail: oob81@ukr.net*

Статтю присвячено аналізу сучасних досліджень посттравматичного стресового розладу в контексті різних галузей науки. Зазначено доцільність холістичного підходу до розуміння і лікування ПТСР, який розглядає це явище в ансамблі проявів фізіологічного і психічного, досліджуючи взаємозв'язки та засоби впливу на фізіологічний аспект через психологічні інтервенції. Посттравматичний розлад у комбатантів – розповсюджене явище, лікуванням якого мають займатись мультидисциплінарні команди, в складі яких обов'язково повинен бути психолог.

Висвітлено результати нещодавніх досліджень в сфері нейропсихології, які містять данні про те, що в людей із ПТСР мозок обробляє травматичні події не як спогади, а як нинішні переживання, задіяючи не гіпокамп, а іншу ділянку мозку – задню поясну кору, яка зазвичай відповідає за внутрішньо спрямоване мислення, наприклад, самоаналіз або мрії. Задню поясну кору називають не областю пам'яті, а областю, яка займається «обробкою внутрішнього досвіду». При чому, чим важчі симптоми ПТСР, тим більшу активність виявляє задня поясна кора. Це означає, що тіло не ідентифікує інформацію як подію минулого, вона не стала «спогадом». Саме тому і відбувається вторгнення в свідомість образів, картинок, думок, відчуттів, пов'язаних з болісним досвідом колишніх подій.

Висловлюється думка, що саме інтрузії у формі флешбеків можна вважати головним, або ядерним (від слова «ядро») маркером ПТСР, адже якщо флешбеки відсутні в анамнезі, тоді при загальній картині і присутності інших маркерів (наявність травматичної події і її наслідків у вигляді негативної зміни психо-емоційного стану або в агресивний, або в депресивний бік), скоріше за все, буде діагностуватись депресія, афективний розлад, розлад невротичного кола, щось інше, але не ПТСР.

Наголошено, що робота зі спогадами є актуальною та правильною, але з врахуванням певних рекомендацій. В першу чергу необхідно, щоб отримувач психологічних послуг опинився в безпечних і комфортних умовах, за яких відбудеться стабілізація психо-емоційного стану. Після цього дуже важливо відновлення повноцінного сну. Доцільно застосування різноманітних технік і методик ресурсування, які дозволять особі відчувати себе краще, підвищать впевненість у собі та своїх силах. Це необхідні попередні кроки, які мають передувати роботі з травматичними спогадами, адже отримувач психологічних послуг має витримувати можливий тимчасовий дистрес, появу якого неможливо виключити повністю, під час фокусування уваги та роботі з травматичним матеріалом минулого.

Запропоновано приділяти прицільну увагу в психокорекційній та психотерапевтичній роботі саме ситуаціям, які представлені флешбеками, попередньо зібравши максимум інформації безпосередньо про інтрузивні прояви за допомогою блоку питань про флешбеки, які наведено в статті.

Ключові слова: інтрузії, флешбеки, посттравматичний стресовий розлад, психореабілітація учасників бойових дій, травматичні спогади.

Актуальність дослідження. Війна, розв'язана росією триває вже майже 10 років і строки перемоги України наразі нам не відомі. Кількість часу, проведеного людьми в зоні бойових дій, прямо пропорційні ризикам травмування, як на фізичному, так і на ментальному рівнях.

Дослідження з оцінення масштабу проблеми посттравматичного стресового розладу та клінічно значущих проявів тривоги та депресії серед військових, які брали участь в бойових діях, та медичного персоналу, який першим надавав допомогу пораненим бійцям, описане у статті О. С. Чабана та В. Г. Безшейко 2017 року, виявило наступні тенденції. Загалом клінічно значущі симптоми ПТСР мали 20% із обстежуваної вибірки при середній кількості набраних балів 15,98 пунктів без статистично значущої різниці між чоловіками та жінками ($p=0,251$). Симптоми ПТСР значно посилювалися із часом перебування у зоні антитерористичної операції (АТО) та були достовірно більш вираженими серед одружених осіб (20,29 бала; 95% довірчий інтервал (ДІ) дорівнює 13,80 – 26,78), ніж у неодружених (13,21 бала; 95% ДІ 9,33 – 17,09). 33,3% вибірки мали як мінімум пограничний рівень тривоги при достовірно більшій вираженості серед жінок порівняно із чоловіками (7,11 vs. 5,29 бала; $p=0,041$) [1, с. 80].

Інше дослідження станом на 2020 рік демонструє наступну картину клінічної структури постстресових розладів в учасників бойових дій. Тривожний тип ПТСР (у 35,2 % чоловіків та 44,2 % жінок), дисфоричний (у 33,5 і 9,4 %), астеничний (у 25,4 і 32,6 %) та соматоформний (у 5,9 і 13,8%). Серед розладів адаптації мали місце пролонгована депресивна реакція (у 10,1% чоловіків та 15,7% жінок), змішана тривожно-депресивна реакція (у 16,5 і 10,2%), розлади адаптації із переважанням порушення інших емоцій (у 9,8 і 7,4%). Основні чинники ризику розвитку стрес-асоційованих розладів у комбатантів: тривала участь у боях, необхідність бачити та торкатися тіл загиблих, загроза загибелі від вогню снайперів, загибель друзів на очах, вплив шкідливих бойових чинників, конфлікти в родині, несприятливі соціально-економічні обставини [2, с. 39].

Наразі найбільш актуальною сферою уваги психологів-науковців, практиків і дослідників є алгоритми та процеси психореабілітації учасників бойових дій, центральним питанням якої є лікування посттравматичного стресового розладу.

Виклад основного матеріалу. Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в Америці і були названі «синдром солдатського серця». У 1941 р. А. Карднер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [3]. Також дослідження з даного питання були зроблені після війни у В'єтнамі. Далі виникли і були досліджені такі синдроми, як: синдром Афганської війни, синдром Іракської війни, синдром Перської затоки тощо. Серед симптомів синдромів війн практично всі дослідники відмічають посттравматичний стресовий розлад у сукупності з іншими їх проявами [4, с. 95].

У 1980 році М. Горовиць запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше – для МКХ-10.

За Г. Сельє, стресові обставини порушують гомеостаз – відносно динамічну сталість внутрішнього середовища та деяких фізіологічних функцій організму людини.

Гомеостаз забезпечується складною системою координованих адаптаційних механізмів, спрямованих на усунення чи обмеження дії на організм зовнішніх та внутрішніх чинників. У гіпотетичній ситуації гомеостазу людина знаходиться в стані динамічної рівноваги. В період дії стресових факторів гомеостаз порушується, виникають відчуття тривоги або шоківий стан, реакції пошуку допомоги, завмирання, боротьби або втечі. Включаються механізми мобілізації захисних сил, нормальні психофізіологічні механізми відновлення гомеостазу – психогуморальна регуляція (виділяються певні гормони, змінюються режими дихання, серцебиття тощо). Якщо відновлення рівноваги не відбувається – настає фаза виснаження, суттєвого порушення психосоматичних та/або психічних процесів [5].

Стрес стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стають порушення у психічній діяльності людини, співставні зі змінами у соматичних процесах внаслідок фізичного ураження. Тобто порушення у психічній сфері набувають системного характеру і проявляються серйозними патологічними змінами в афективній, когнітивній та поведінковій її складових, системі пам'яті, навчіння, емоційно-вольових процесах [6, с. 12].

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» розроблено на основі адаптованої клінічної настанови.

«Посттравматичний стресовий розлад» і затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України №т121 від 23.02.2016, закріплює наступне. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого. ГСР (гостра стресова реакція) та ПТСР – розлади, які мають наступні базові симптоми:

– повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;

– уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;

– надмірне збудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) в DSM-V – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років [7].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Посттравматичний стрес як психічний стан є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. За даними вітчизняних та зарубіжних науковців, на характер стресу впливають також особистісні чинники: 1) генетична схильність. Реакції людини на 30% визначаються генами, отриманими від батьків; 2) ранній дитячий досвід. Психотравмуючі переживання перших семи років життя дитини ускладнюють перебіг стресових реакцій у дорослому житті; 3) характер людини. Дратівливі, песимістичні люди більше піддаються стресу, а відкриті, доброзичливі люди, навпаки, є більш емоційно

стійкими та стійкими до стресу. Наявність бойового досвіду та стресогенних ситуацій, пов'язаних з ним, не є основним фактором виникнення посттравматичного стресового розладу у комбатантів. Тобто ті комбатанти, які мали легкий та середній ступінь інтенсивності бойового досвіду, також проявляли деяку симптоматику ПТСР. І навпаки, ті, які мали високий ступінь інтенсивності бойового досвіду, не завжди мали прояви ПТСР [8, с. 164].

Дослідження свідчать, що індивідуальна вразливість або стійкість – це ключові фактори в розвитку ПТСР. Цей розлад наразі розглядають як наслідок провокації зовнішніми стресовими чинниками уже існуючої схильності до травматизації. Вивчення близнюків виявило, що схильність до ПТСР на 40% зумовлена спадковістю. До розвитку ПТСР та запивання його алкоголем найбільш схильні люди з особливостями в утворенні та сприйнятті нейромедiatorів та деяких гормонів [9].

Згідно з інформаційною моделлю ПТСР, стрес – це сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними (інтелектуальними) схемами (уявленнями) суб'єкта. У зв'язку з цим відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись універсальному принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі. Проте, відповідно до тенденції до завершення (ефект незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структурі особистості, а травма більше «не зберігається у активному стані». Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку. Такий феномен реагування – це нормальна реакція на шоковую інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та блокуючими опрацювання інформації.

Під час ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті та відбувається її інтеграція в автобіографічну нарративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, гіпотезується, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі – згідно з дослідженнями його об'єм у осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним «увімкненням» механізму дисоціації. Сутність цього механізму полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості» Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Утворення цього дисоціативного «бар'єра» у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу сподіваючись, що якщо «намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою», призводить до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно з цього походять симптоми ПТСР [10, с. 30, 36].

При ПТСР гормонального збалансування не відбувається, активуючі гормони продовжують вироблятися, впливаючи 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 [11, с. 41]. Переважна більшість дослідників і практиків сходяться на думці, що ядром розладу є збій в роботі такої вищої психічної функції як пам'ять, а ПТСР за своєю природою є розладом інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять [12].

У різноманітних галузях сучасної науки, серед яких – психологія, нейробиологія, медицина, нейропсихологія та інші, проводяться дослідження пам'яті як вищої психічної функції, яка відіграє провідну роль у процесах, пов'язаних з обробкою травматичного матеріалу людини та представлені різноманітні теорії формування, протікання та лікування посттравматичного стресового розладу. Вивчаються механізми роботи різноманітних мозкових центрів та патернів функціонування всієї нервової системи. Так, наприклад, існує кілька гіпотез та моделей роботи пам'яті, роль якої, безумовно, «набагато більша і ширша, ніж проста фіксація фактів». [13, с. 62]. Серед яких: гіпотеза подвійного кодування інформації (А. Пейвіо), теорія структурної дисоціації особистості (Онно Ван дер Харт), окрім цього, психологія пам'яті є центральною областю уваги когнітивної терапії і варто згадати трьохкомпонентну блокову модель (Р. Аткинсон, Р. Шифрін). Особливості функціонування пам'яті під час травматичних подій та після них – ключовий момент для пошуку ефективних методик відновлення стабільного функціонування та зцілення негативних наслідків. Тому автори не даремно концентрують свою увагу навколо цих питань [14].

Також варто звернути увагу на дослідження, які здійснюються в галузях нейропсихології, нейробиології і вивчають особливості функціонування головного мозку та інших відділів нервової системи людини. Адже все людське «внутрішнє життя» відбувається завдяки роботі нервової системи, яка, в свою чергу, впливає на ендокринну, спонукаючи виділення різноманітних гормонів та нейромедіаторів, котрі, метафорично висловлюючись, є «нотами» що складаються в «мелодію» психоемоційного стану особистості.

Аберації пам'яті (лат. *aberratio* – відхилення) займають центральне місце в клінічній феноменології ПТСР. Однією з характерних ознак цього розладу є посилення мимовільних спогадів, включаючи нав'язливе повторне переживання травми в теперішньому часі, яке є сенсорно деталізованим і яскравим. Парадоксально, але в той же час пацієнти страждають від порушення здатності самовільно повертатися до травматичних і нетравматичних спогадів. Запамятовування травматичних спогадів характеризується як фрагментоване та дезорганізоване. Було встановлено, що ця неузгодженість пам'яті є ознакою для передбачення тяжкості розладу на пізніх стадіях.

Нейробиологічні моделі посттравматичного стресового розладу стверджують, що контекстуальна пам'ять щодо травматичних подій порушується через дисфункцію системи гіпокампу, тоді як пам'ять про сенсорні деталі посилюється через вплив мигдалини на сенсорну кору. Якщо дисфункція системи гіпокампу є основною ознакою посттравматичного стресового розладу, то залежні від гіпокампа когнітивні функції, що не зазнали травми, такі як просторова обробка та пам'ять, також повинні бути порушені у осіб із посттравматичним стресовим розладом.

Окрім гіпокампу, у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом іноді виявляють аномалії в інших лімбічних і паралімбічних нервових структурах, включаючи меншу мигдалину і меншу передню поясну кору, що може бути результатом травми. Ці структурні відмінності також пов'язані з патологічною функцією гіпокампу, мигдалини та лобових ділянок. Такі відкриття стали джерелом розробки нейробиологічних моделей, які наголошують на центральній ролі декларативних порушень пам'яті як основи для розвитку та збереження ПТСР [15].

Цікавими та важливими вбачаються результати наступного дослідження, яке виявило чіткі відмінності між сприйняттям просто сумних і травматичних спогадів. В основі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – порушенні психічного стану, який може з'явитися після травматичної події, лежать спогади, які неможливо контролювати. Травматичні спогади обробляються мозком інакше, ніж просто сумні спогади, йдеться в статті групи дослідників Єльського університету та Медичної школи Ікана на горі Синай (США).

Команда відстежувала активність мозку 28 людей з ПТСР, коли вони слухали аудіозаписи своїх спогадів. Спогади були трьох типів: травматичні, що викликають ПТСР, сумні, але нетравматичні, та нейтральні. Люди, які слухали сумні спогади, часто пов'язані зі смертю члена сім'ї, демонстрували стабільно високу активність гіпокампу – ділянки мозку, яка відіграє важливу роль у формуванні та запам'ятовуванні повсякденних спогадів, разом з їхніми емоційними аспектами. Але з травматичними спогадами – про сексуальне насильство, пожежу, стрілянину у школах і терористичні атаки – гіпокамп не був задіяний.

Як виявили вчені, травматичні спогади задіюють іншу ділянку мозку – задню поясну кору, яка зазвичай відповідає за внутрішньо спрямоване мислення, наприклад, самоаналіз або мрії. Задню поясну кору називають не областю пам'яті, а областю, яка займається «обробкою внутрішнього досвіду». Чим важчими були симптоми ПТСР, тим більшу активність виявляла задня поясна кора.

Вчені дійшли висновку, що у людей із ПТСР мозок обробляє травматичні події не як спогади, а як нинішні переживання. Ці дані свідчать про те, що повернення до спогадів є критично важливим елементом лікування – адже усвідомлення травматичної події як частини минулого, «перетворює» її на спогад, і прибирає із сучасності [16].

Інтрузії у вигляді флешбеків, або інтенсивні повторні переживання події минулого, на нашу думку, є ядерними (від слова «ядро») симптомами ПТСР, адже втручання болісного спогаду колишнього досвіду в течію мисленево-емоційних процесів сучасного життя людини та захоплення свідомості необробленим психічним матеріалом, чинить руйнівний вплив на всі біологічні та когнітивні процеси суб'єкта. Якщо флешбеки відсутні в анамнезі, тоді буде діагностуватись депресія, афективний розлад, розлад невротичного кола, дисоціативний розлад, щось інше, але не ПТСР.

Сам термін «інтрузія» перейшов в психологію з інших наук. Інтрузією називається процес проникнення (вторгнення) магми в товщу земної кори. В результаті інтрузії утворюються інтрузивні гірські породи. Також інтрузією називають геологічне тіло, яке утворилося внаслідок застигання магми в надрах Землі [17].

Наслідками вторгнення болісних спогадів минулого в сучасний стан особи буде: висока тривожність та поява страхів, фобій, можливі панічні атаки, нав'язливі думки, розбалансований емоційний стан, представлений обмеженим репертуаром емоцій, які відносять до спектру «негативних», активного чи пасивного прояву (дратівливість, агресія, туга, смуток, печаль та інші).

Значна кількість науковців та лікарів погоджуються з тим, що процес успішного подолання нав'язливих переживань травми, проходить ряд послідовних стадій, таких, як:

1. Стабілізація, яка складається з двох аспектів: інформування та ідентифікації пережитих почуттів через вербалізацію соматичних стану.
2. Розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травмуючими спогадами та виникаючими реакціями.
3. Переробка травматичного досвіду – створення послідовних схем травматичного досвіду.
4. Відновлення існуючих надійних соціальних зв'язків та поліпшення навичок міжособистісного спілкування та взаємодії.
5. Накопичення емоційних переживань, що дозволяють отримати відновлювальний ефект.

Ці стадії не є взаємовиключними, і поліпшення стану пацієнта не обов'язково залежить від того, на якій з них він знаходиться [18, с. 39].

Слід відзначити, що реабілітація учасників бойових дій з ПТСР принципово має носити комплексний підхід і включати багато компонентів взаємодії персони

з різноманітними державними і суспільними сервісами. Людина не матиме достеменно позитивного результату від медичної і психологічної реабілітації, якщо фон її життя буде наповнений невирішеними проблемами, на кшталт: немає житла, людина виведена поза штат і не має ясності щодо подальшого свого майбутнього, не виплачена заробітна плата за півроку (або не нараховувалась бойова зарплата, поки людина лікувалась), не надано статусу учасника бойових дій і т.д. Холістичний підхід до реабілітації учасників бойових дій, в значенні – цілісний, комплексний, взаємоохоплюючий, взаємодіючий, передбачає підготовку і застосування вельми широкого комплексу послуг для ветеранів – від соціальних до освітніх. Серед яких послуги медичного лікування і психореабілітації є центральні, але – не єдині.

Робота зі спогадами є актуальною та правильною, але з врахуванням певних важливих моментів. Перший з них – людина має отримати можливість пройти первинну адаптацію до цивільного середовища, у власному темпі і ритмі. Не рекомендується починати працювати з травматичним досвідом раніше, ніж отримувач психологічних послуг (учасник бойових дій) опиниться в безпечних і комфортних умовах, за яких відбудеться стабілізація його психо-емоційного стану, що дуже важливо – налагодиться сон та буде застосовано різноманітні техніки і методики ресурсування, які дозволять особі відчувати себе краще, підвищать впевненість у собі та своїх силах. Це необхідні попередні кроки, які мають передувати роботі з травматичними спогадами, і дають підстави вважати, що людина матиме ресурси витримувати можливий тимчасовий дистрес, появу якого неможливо виключити повністю, під час фокусування уваги та роботі з травматичним матеріалом минулого.

Згідно сучасних досліджень – саме пригадування події, зустріч з нею в уяві, формування наративу і осмислення самого «тіла» травматичного досвіду, сприяє його нейрональній переробці. Болісні історії мають бути розказані, почуті, засвідчені. Вони зцілюються у полі свідомого, спокійного прийняття, відвертого співчуття і віри в людину, яка пройшла пекло, але не зламалась.

Що стосується протокольних рекомендації психологічної допомоги при постстрессовому розладі, то в якості немедикаментозного лікування рекомендовано застосовувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) і десенсибілізацію та переробку рухом очей (ДПРО). ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно до 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з проблемами соціальної адаптації, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через два тижні після пережитої травми. Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції і фармакотерапію.

Травмофокусовані втручання передбачають роботу зі спогадами, які проявляються у вигляді флешбеків. В ході практичної роботи з учасниками бойових дій було виявлено, що аналітичне осмислення та уважне дослідження самого процесу виникнення і протікання флешбеку, його «фізіологічної карти», стає корисним та носить підготовчий характер для більш спокійного, послідовного опрацювання травматичного матеріалу. Нижче буде наведено блок питань про флешбеки, або нав'язливі захоплюючі спогади, які вторгаються в свідомість людини, підіймаючись з безсвідомого шару психіки і порушують, на якийсь час, роботу багатьох фізичних систем, роблячи минуле – сучасним.

Таблиця 1

Блок питань про флешбеки

№	Питання психолога	Примітка/уточнення/пояснення
1	Як часто стаються напади спогадів, які повністю захоплюють вашу увагу і свідомість?	Кілька разів кожного дня? Або кілька разів на тиждень? Раз на місяць? Ще рідше?
2	Чи є тригер (зовнішній, або внутрішній фактор, причина), що викликає активацію болючого спогаду?	Зовнішнім тригером може бути все, що завгодно: сходи чи двері певної форми, колір одягу, картина на стіні, звук, мелодія, запах і т.д. Внутрішнім тригером може бути думка, відчуття тіла, емоція тощо.
3	Як довго триває флешбек?	Скільки часу триває період захоплення свідомості спогадом? Кілька секунд, чи кілька десятків секунд? Кілька хвилин? Кілька десятків хвилин?
4	Що саме відбувається з вами та вашим тілом під час флешбеку?	Спогад повністю захоплює свідомість і людина втрачає функціонал у цей період? Може «застигти» у просторі, зупинитись, замерти прямо в середині процесу, який виконувала (йшла по вулиці, керувала авто, спілкувалась), або продовжує виконувати дії, але внутрішньо переживає травматичну подію як частину сучасності.
5	Під час флешбеку ви усвідомлюєте (можливо не одразу, а через деякий час), що це частина вашого минулого, не перероблений пам'яттю спогад, який тимчасово вторгається в свідомість? Чи переживаєте ситуацію як таку, що знову відбувається з вами тут і тепер?	Цим питанням ми прояснюємо ступень захоплення свідомості. Якщо людина зберігає керуваність своїм тілом і усвідомлює хоча б загальний контур того, що відбувається – інтрузія частково контролюється.
6	Під час флешбеку ви немов знову опиняєтесь на місці події? Чи бачите цю ситуацію зі сторони, або на екрані?	Асоціація чи дисоціація має місце.
7	Умовно кажучи, в нас є 4 ноти, з яких може складатись «мелодія флешбеку» – думка, емоція, фізичне відчуття, образ. Давайте проаналізуємо, які саме ноти звучать гучніше у вашому флешбеку? Який з цих чотирьох елементів представлено найяскравіше? Чи кілька з них? Або всі вони яскраві?	Цим питанням ми можемо прояснити, який канал є ведучим і врахувати це, під час вибору – мішеней, працюючи зі спогадом методом EMDR, наприклад.
8	Як саме флешбек припиняється/завершується?	Вас хтось або щось відволікає? Треба, щоб вас торкнулась інша людина, звернулась до вас? Чи флешбек «відступає» самостійно? Можливо, вам вдається самому/самій заспокоїти себе? Опишіть, як саме це відбувається.
9	Як ви себе почуваєте фізично і психологічно після завершення флешбеку?	Чи спостерігається зміна тиску, ритму серцебиття, чи болить потім голова, хочеться їсти чи спати? На скільки зберігається функціонал людини і чи може вона виконувати дії соціальної активності?
10	Що ви думаєте про таку ситуацію і свій стан? Чи хочете ви щось з цим зробити? Чи вірите, що можна звільнитись від флешбеків? Чи хотіли б цього?	Є факт наявності флешбеків і є те, що людина думає про це. Такі питання дозволяють разотожнити людину і її стан, наводять на думку, що з флешбеками можна щось зробити.
11	Яким було би ваше життя, якби флешбеки зникли зовсім? Що б ви тоді робили? Як би відреагували на цю новину ваші близькі люди?	Моделювання майбутнього

Висновки. Сучасний рівень науки дозволяє поглиблено дослідити таке явище як постстресовий розлад взагалі і особливості ПТСР учасників бойових дій, його архітектуру та вплив на біологічні системи людини. Не викликає сумнівів, що прицільна увага має спрямовуватись на роботу з механізмами пам'яті під час психокорекції та психотерапії. Нейрональні ансамблі, які відповідають за фіксацію тих чи інших спогадів, стають більш пластичні та демонструють динаміку змін, в залежності від того, як часто здійснюється свідоме пригадування. Чим частіше – тим доступнішим для обробки стає інформаційний матеріал, який завдяки пригадуванням буде, умовно кажучи, «збиратись» з часток, які знаходяться в полі імпліцитної пам'яті, в цілісне «тіло спогаду», місце розташування якого – поле експліцитної пам'яті. Системна та структурна робота з один і тим самим спогадом (який поки не знайшов своєї цілісності і проявляється флешбеком) дозволить здійснити його десенсібілізацію та переробку.

Перепоною на шляху зцілення може бути небажання людини почати таку роботу через автоматичну захисну реакцію уникнення. На жаль, уникнення минулого неодмінно переходить в уникнення теперішнього, а далі – майбутнього. Адже особистість починає обмежувати себе на всіх рівнях – думок, емоцій, поведінки. Подолати супротив можливо за допомогою екологічного контакту отримувача психологічних послуг і терапевта, поважне ставлення і прийняття всього досвіду, який отримала людина, поступова підготовка до роботи з травматичними спогадами, аналітичне осмислення фактів, у тому числі за допомогою блоку питань про флешбеки, наведеного в статті. Подальші дослідження в цьому напрямку є необхідними, що має сприяти розробці ефективних та екологічних протоколів психологічної та психотерапевтичної допомоги людям з ПТСР.

Список використаної літератури:

1. Чабан О. С., Безшейко В. Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25, випуск 2 (91). С. 80-84.
2. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.А. Сучасна модель формування постстресових розладів у учасників бойових дій. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020. № 1 (86). С. 39-45. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.86.01.05>
3. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovuh-dij/> (дата звернення 16.12.2023).
4. Лашин О.І. Особливості формування ПТСР в умовах сучасних воєнних конфліктів та організації заходів їх профілактики та лікування. *Військова медицина України*. 2019. № 4. Том 19. С 94-106. DOI: 10.32751/2663-0761-2019-04-14
5. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
6. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с. С. 20-21.
7. Наказ МОЗ України № 121 від 23.02.2016. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf (дата звернення 15.12.2023).
8. Синишина В.М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників Антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного*

- університету. Серія Психологічні науки. Випуск 4. 2021. С. 162-170. DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-21>
9. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad> (дата звернення 16.12.2023).
 10. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
 11. Горбунова В. В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах. *Наука і освіта*. 2016. № 5. 40-45. DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2016-5-5>
 12. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: наслідки й сучасні підходи до терапії. *Нейронews*. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1%2836%29/article-586/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0> (дата звернення 15.12.2023).
 13. Кривда Н. Ю. Колективна пам'ять як чинник формування групової ідентичності. *Соціально філософія та філософія права*. 2019. № 41. С. 60-76. URL: <https://doi.org/10.33989/2075-1443.2019.41.172940>
 14. Лагута С, Суббота С. Особливості функціонування пам'яті під час травматичних подій. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 24, Січень 2020 [цит. за 12, Грудень 2023];5(1):e0501249. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/249> DOI: 10.26766/PMGP.V5I1.249
 15. Князев В. Просторові уявлення та ПТСР. *Українська асоціація нейропсихології*. 2022. URL: <https://uanp.org.ua/prostorovi-uyavlennya-ta-ptsr/>
 16. Бура І. Мозок людини обробляє травматичні спогади як теперішні переживання – дослідження. *Українська правда*. 2023. URL: <https://life.prawda.com.ua/society/2023/12/3/258071/>
 17. Мала гірнича енциклопедія: у 3 т. / за ред. В. С. Білецького. Д.: Донбас, 2004. Т.1. К. 640 с.
 18. Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які одержали поранення : дис. ... доктора філософії за спец. 222. Харків, 2021. 158 с.

INTRUSIONS IN THE FORM OF FLASHBACKS AS A NUCLEAR MARKER OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE PARTICIPANTS OF COMBAT ACTIONS

Olesya Borisova

The state institution «South Ukrainian National Pedagogical

University named after K. D. Ushinskyi»,

26, Staroportofrankivska str., Odessa, Ukraine, 65029

e-mail: oob81@ukr.net

The article is devoted to the analysis of modern studies of post-traumatic stress disorder in the context of various fields of science. The expediency of a holistic approach to the understanding and treatment of PTSD, which considers this phenomenon in the ensemble of physiological and mental manifestations, examining the relationships and means of influencing the physiological aspect through psychological interventions, is indicated. Post-traumatic stress disorder in combatants is a common phenomenon, the treatment of which should be handled by multidisciplinary teams, which must include a psychologist.

The results of recent studies in the field of neuropsychology are highlighted, which contain data that in people with PTSD, the brain processes traumatic events not as memories, but as current experiences, involving not the hippocampus, but another part of the brain – the posterior cingulate cortex, which is usually responsible for internal directed thinking, such as introspection or daydreaming. The posterior cingulate cortex is not called a memory area, but an area that deals with «processing internal experience». Moreover, the more severe the symptoms of PTSD, the greater the activity of the posterior cingulate cortex. This means that the body does not identify the information as an event from the past, it has not become a «memory». That is why images, pictures, thoughts, and feelings related to the painful experience of past events invade the consciousness.

The opinion is expressed that intrusions in the form of flashbacks can be considered the main or nuclear (from the word «core») marker of PTSD, because if flashbacks are absent in the anamnesis, then with the general picture and the presence of other markers (the presence of a traumatic event and its consequences in the form of negative changes in the psycho-emotional state, either aggressive or depressive), most likely, depression, affective disorder, neurotic disorder, something else, but not PTSD, will be diagnosed.

It is emphasized that working with memories is relevant and correct, but taking into account certain protocols. First of all, it is necessary for the recipient of psychological services to find himself in safe and comfortable conditions, under which his psycho-emotional state will stabilize. After that, it is very important to restore full sleep. It is appropriate to use various techniques and methods of resourcing, which will allow a person to feel better, increase confidence in oneself and one's abilities. These are the necessary preliminary steps that must precede the work with traumatic memories, because the recipient of psychological services must withstand possible temporary distress, the appearance of which cannot be completely excluded, while focusing attention and working with traumatic material of the past.

It is proposed to pay close attention in psychocorrective and psychotherapeutic work specifically to situations that are represented by flashbacks, having previously collected a maximum of information directly about intrusive manifestations, using the block of questions about flashbacks given in the article.

Key words: intrusions, flashbacks, post-traumatic stress disorder, psycho-rehabilitation of combatants, traumatic memories.