

ТРАНС ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

У статті аналізується поняття трансу, його різновиди, фактори формування трансу в ситуаціях гострого травматичного стресу. Автори розрізняють гіпнотичні транси, які цілеспрямовано формуються гіпнотизером за допомогою певних вербальних і невербальних технік гіпнотизації, та екологічні транси, які спонтанно виникають в певних специфічних, у тому числі психотравматичних, контекстах і ситуаціях навколишнього середовища. Механізми первинної, вторинної та третинної дисоціації розглядаються у якості провідних психічних механізмів формування та розвитку посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, транс, психічна дисоціація.

Постановка проблеми. Надзвичайні (екстремальні) ситуації характеризуються, насамперед, надсильним впливом на психіку людини, що викликає у неї травматичний стрес. Психологічні наслідки травматичного стресу в крайньому своєму прояві виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

У психологічній картині ПТСР специфіка травматичного стресора (військові дії, насильство, катастрофи тощо), безумовно, враховується, хоча загальні закономірності виникнення і розвитку ПТСР не залежать від того, які конкретні травматичні події послужили причиною психологічних і психосоматичних порушень.

Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності. При цьому важливими характеристиками важкого психотравмуючого фактора є несподіванка та стрімкий темп розвитку катастрофічної події.

У зв'язку з цим виникає проблема специфіки формування трансового стану в умовах травматичного стресу, а також психологічних механізмів закарбування та збереження в підсвідомості людини цілісної ситуації психотравми.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склалися остаточно до 1980 [2]. В 1980 М. Горовіц виділив самостійний синдром, назвавши його "посттравматичним стресовим розладом" (posttraumatic stress disorder, PTSD). Надалі група авторів на чолі з М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР (PTSD) [15].

Багато робіт, присвячених проблемі ПТСР, з'являється, як правило, після значних військових конфліктів (А. М. Краснянський, П. В. Морозов, Н. В. Тарабріна, Є. О. Лазебная, М. Е. Зеленовата ін.) [5].

Новий інтерес до проблеми ПТСР виник в психології, психотерапії та психіатрії в зв'язку з природними та техногенними катастрофами. Тому останнім часом поняття ПТСР було сильно розширене [7; 9; 10; 14].

Роль транс у формуванні та терапії ПТСР досліджувалася різними вченими (С. Лінн, І. Кірш, Р. Болстад, М. Хемблетт, Д. Томас та ін.).

Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній двотомній монографії К. Фідлея “Травма та її слід”, де поряд з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться і результати вивчення наслідків стресу у жертв геноциду, інших трагічних подій або насильства над особистістю [16].

Мета статті: виявлення специфіки формування трансого стану в умовах травматичного стресу, а також психологічних механізмів фіксації і збереження в підсвідомості людини цілісної ситуації психотравми.

Виклад основного матеріалу. Розглянемо загальну характеристику ПТСР. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як “емоційний стрес”, що означає афективні переживання, які супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини.

Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціям, порушується структура “самості”, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання, система пам’яті, емоційні шляхи навчання людини.

Стресором у таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що володіють потужними негативними наслідками, ситуації загрози життю для самого себе або близьких. Такі події корінним чином порушують відчуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого є різноманітними. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них у майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

У спеціальній літературі виділяються відповідні діагностичні критерії ПТСР [13]. При цьому ПТСР кваліфікується наступним чином: 1) як гострий, якщо тривалість симптомів не перевищує трьох місяців; 2) як хронічний, якщо симптоми тривають більше трьох місяців; 3) як відставлений, якщо симптоми проявляються не раніше, ніж через шість місяців після психотравмуючої події.

Відрізняються також наступні стадії розвитку постстресових порушень: 1) травматичний стрес (розвивається під час критичного інциденту і відразу після нього – до двох діб); 2) гострий стресовий розлад (розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту – від двох діб до чотирьох тижнів); 3) посттравматичний стресовий розлад (більше чотирьох тижнів); 4) посттравматичний розлад особистості (протягом наступного життя людини, яка пережила травму) [1].

Розглянемо поняття транс у психологічній літературі. Там представлена наступна картографія простору станів свідомості: 1) чіткий стан свідомості; 2) звичайний стан свідомості; 3) трансний стан свідомості;

4) нульовий стан свідомості; 5) розширений стан свідомості; 6) психоделічний стан свідомості [8, с. 23–24].

Поняття трансу (в перекладі з фр. *Transe* – перехід) має різні значення: 1) як перехідний стан від життя до смерті; 2) як стан зміненої за допомогою зовнішнього навіювання або самонавіювання свідомості – “гіпнотичний транс”; 3) як різновид тривалого нападу амбулаторного автоматизму при епілепсії, під час якого пацієнти роблять багатоденні подорожі або мандри з подальшою амнезією; 4) у психоаналізі – це явище психічної дисоціації, що має місце у пацієнтів у гіпнотичному стані, і в медіумів, коли вони налаштовані на контакт зі світом духів; 5) трансоподібні стани трапляються при істерії, хоча, зазвичай, їх називають випадками або просоночними станами; 6) трансоподібні стани трапляються також у дітей у вигляді сомнамбулізму (сноходіння). Спільною для всіх цих станів особливістю є те, що деяка частина Его (або Самості) депотенціалізується та перестає діяти [5].

М. Еріксон також звертає увагу на депотенціалізацію функцій свідомості у гіпнотичному трансі і зазначає: “Гіпноз може бути пояснений тільки описово. Тобто його можна визначити як штучно викликаний стан навіюваності, що нагадує сон, при якому відбувається нормальна, обмежена в часі і стимулах дисоціація “свідомих” і “підсвідомих” елементів психіки. Ця дисоціація проявляється через нерухомість і стан спокою “свідомого” і передачу звичайного усвідомленого суб’єктивного контролю над індивідуальними функціями “несвідомого” [3, с. 60–61].

Ж. Годен вказує на повну депотенціалізацію функцій свідомості у гіпнотичному трансі і визначає, зокрема, глибокий транс як “такий рівень гіпнозу, який дозволяє пацієнтові цілеспрямовано і безпосередньо діяти на несвідомому рівні, без втручання свідомості” [5, с. 177].

В. В. Козлов розглядає трансовий стан як “особливу відчуженість свідомості, викликану довільно (при автогенних тренуваннях, сеансах самонавіювання, спрямованих візуалізаціях, медитаціях) або виниклу спонтанно при “затриманні” уваги на об’єктах інтроспекції або якостях сприйняття зовнішніх об’єктів” [8, с. 23–24]. У даному визначенні для нас важливо відзначити не тільки внутрішню, але й зовнішню орієнтацію уваги суб’єкта при формуванні в нього трансових станів.

Таким чином, в основі формування трансового стану знаходиться часткова або повна депотенціалізація свідомих процесів, функцій Его (Самості) індивіда. Внутрішньо це виражається перш за все у регресії або припиненні внутрішнього діалогу, а зовні – в деконцентрації уваги та втраті довільності, цілеспрямованості сприйняття. При цьому депотенціалізація свідомості супроводжується також наступними регресивними явищами свідомості: зниженням рівня орієнтовних дій суб’єкта психічної діяльності; регресією рефлексії; регресією логічного мислення; регресією довільної уваги; зниженням свідомого контролю щодо сприйняття інформації. Зрештою, такі внутрішні зміни в режимі функціонування психіки індивіда і призводять до появи у нього трансового стану та некритичності при сприйнятті, оцінці та переробці інформації.

З нашої точки зору, залежно від чинників формування доцільно розрізняти такі різновиди трансу, як “гіпнотичні транс” і “екологічні транс”. Гіпнотичні транс *цілеспрямовано формуються* гіпнотизером за допомогою певних вербальних і невербальних технік гіпнотизації. Екологічні транс *спонтанно виникають* у певних контекстах і ситуаціях навколишнього середовища. Головне, що їх об’єднує – це депотенціалізація свідомих процесів або функцій Его (Самості).

Занурення в гіпнотичний транс може здійснюватися за допомогою як асоціативних, так і дисоціативних методів (методів створення замішання) [4; 11; 12].

В основі асоціативних методів занурення в гіпнотичний транс знаходиться механізм актуалізації підсвідомих процесів сугеренда. С. Гілліген зазначає, що при реалізації асоціативних методів занурення в гіпнотичний транс тимчасово відключається здатність до критичного аналізу і посилюється поглиненість чуттєвими переживаннями, що робить можливим повне занурення в суб’єктивну реальність [4, с. 211]. Автор підкреслює, що “транс набагато легше викликати, виявляючи і утилізуючи природні переживання (наприклад, спогади), ресурси і процеси, уже доступні людині” [4, с. 211].

Відрізняються такі асоціативні методи наведення гіпнотичного трансу: 1) розпитування; 2) приховані навіювання; 3) передбачення трансових реакцій; 4) невизначені висловлювання; 5) розповідання історій; 6) використання вже вироблених асоціацій; 7) вироблення нових асоціативних взаємозв’язків; 8) підлаштування до репрезентативним систем та їх ведення; 9) закріплення та ратифікація гіпнотичних реакцій [4, с. 213].

В основі дисоціативних методів занурення в гіпнотичний транс знаходиться механізм цілеспрямованої депотенціалізації свідомих процесів сугеренда. С. Гілліген зазначає, що реалізація дисоціативних методів “порушує у людини свідомі процеси переробки інформації і тим самим сприяє розвитку чуттєвих процесів трансу” [4, с. 271].

Відрізняються такі різновиди дисоціативних методів занурення в гіпнотичний транс: 1) викликання нудьги; 2) відвернення уваги; 3) створення замішання. При цьому для створення замішання можуть застосовуватися, зокрема, прийоми переривання і прийоми перевантаження стереотипів. Сутність прийомів переривання стереотипів полягає в тому, що навмисно порушуються звичайні способи прийому, оцінки, подання та передачі інформації людиною, а прийомів перевантаження стереотипів – що інтенсифікується і перевантажується домінуючий когнітивний або поведінковий стереотип. Це ускладнює подальшу переробку інформації з нормальною швидкістю, а викликане цим замішання посилюється, щоб створити ще більшу невпевненість і внаслідок цього – формування гіпнотичного трансового стану [4, с. 270].

Формування екологічного трансу також може носити як асоціативний, так і дисоціативний характер. Умовами, які викликають асоціативне формування екологічного трансу, є стимули, які “м’яко” депотенціалізують

свідомі процеси індивіда (наприклад, заспокійливий контекст, м'які сидіння, приглушене світло, неголосна, спокійна музика, свічки, наявність запасу часу, безпека, захід сонця, хвилі, гори, полум'я, монотонні звуки, ритмічні рухи, ритмічні погладжування або дотики, ритмічні теплові впливи та ін.).

Умовами, які викликають дисоціативне формування екологічного трансу, є стимули, які “жорстко” депотенціалізують свідомі процеси індивіда (створюють зовнішні та внутрішні труднощі в реалізації когнітивних процесів сприйняття і переробки інформації через їх перевантаження або переривання).

Розглянемо особливості дисоціативного формування екологічного трансу в ситуації гострого травматичного стресу. У ситуації гострого травматичного стресу у людини виникає стан екологічного трансу у зв'язку з тим, що вона переживає щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. При цьому інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою існуванню людини, буває настільки велика, що особистісні фактори або попередні невротичні стани вже не грають вирішальної ролі в формуванні травматичного стресу.

Так, в “інформаційній моделі” ПТСР, яка розроблена Н. Горовіцем, травматичний стрес розглядається як результат впливу маси внутрішньої і зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами індивіда, який потрапив в екстремальну ситуацію. Тому й відбувається інформаційне перевантаження, яке призводить до переривання свідомих когнітивних процесів [15].

З точки зору “когнітивної моделі” ПТСР вплив інформації відносно травматичних подій не тільки перевантажує і перериває когнітивні процеси, а й руйнує деякі базові уявлення людини про світ і про себе. Тому в ситуації травматичного стресу може відбуватися навіть колапс “Я-концепції” особистості [16].

Саме перевантаження, переривання і навіть руйнування деяких свідомих когнітивних процесів і схем з необхідністю призводить до депотенціалізації свідомості і дисоціативного (швидкого та “жорсткого”) формування екологічного трансу.

Показниками наявності екологічного трансу в момент гострої реакції на стрес є актуалізація деяких з наступних феноменів: суб'єктивного переживання заціпеніння, відчуженості або відсутності емоційної реакції; звуження поля усвідомлення навколишньої ситуації (стан “оглушення”); дереалізації; деперсоналізації; дисоціативної амнезії.

Далі, в стані виниклого екологічного трансу, необроблена інформація через механізм первинної дисоціації переходить зі свідомості в несвідоме, але зберігається там в активній формі. Підкоряючись принципу уникнення болю, людина через механізм вторинної дисоціації прагне зберегти інформацію в несвідомій формі. Проте надалі, відповідно до тенденції до завершення травматичного переживання, інформація з приводу травми іноді стає усвідомленою як частина процесу інформаційної обробки витісненого (первинно і вторинно дисоційованого) травматичного переживання.

За умови завершення свідомої інформаційної обробки травматичного досвіду він стає інтегрованим у свідомість людини, а травма перестає зберігатися в активному стані. Але якщо людина не змогла інтегрувати травматичний досвід, то на основі третинної дисоціації можливе виникнення і розвиток патологічної субособистості.

Розглянемо коло явищ, які призводять до депотенціалізації свідомості і дисоціативного (швидкого та “жорсткого”) формування екологічного трансю. Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке й охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза для власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров’ю або “Я-концепції”.

Відзначимо основні характеристики головних типів психотравматичних ситуацій.

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія (приклади: сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрільба тощо). Цей тип може мати наступні прояви: 1) одиничний вплив, що несе загрозу і вимагає задіяння індивідом механізмів осмислення; 2) ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання; 3) несподівана, раптова подія; 4) подія залишає глибокий слід у психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких присутні ті чи інші аспекти події), сліди в пам’яті носять яскравий і конкретний характер; 5) така подія з великим ступенем ймовірності призводить до виникнення типових симптомів ПТСР (до нав’язливої розумової діяльності, пов’язаної з подією, до симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності); 6) при такій події з великим ступенем імовірності проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду; 7) швидке відновлення нормального функціонування рідко і малоймовірно.

Тип 2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (приклади: повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії). Цей тип може мати наступні прояви: 1) варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, а також її передбачуваність; 2) більш імовірно, що ситуація носить умисний характер; 3) спочатку переживається як травма типу 1, але в міру того, як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми; 4) почуття безпорадності в запобіганні травми; 5) для спогадів про такого роду події характерна неясність і неоднорідність в силу процесу вторинної дисоціації процесу; 6) результатом впливу травми типу 2 може стати зміна “Я-концепції” і образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки; 7) висока ймовірність виникнення довгострокових проблем особистісного та інтерперсонального характеру, що проявляється в відстороненості від інших, у звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту; 8) дисоціація, заперечення, “оніміння”, відстороненість, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами як спроба захиститися від нестерпних переживань; 9) така

ситуація призводить до так званого комплексного ПТСР або розладу, обумовленого впливом екстремального стресора.

Розглянемо особливості психологічних механізмів дисоціації, які призводять до трансового закарбування, підтримки та актуалізації травматичного змісту, який проникає в несвідому сферу індивіда в ході гострого стресового переживання.

Дисоціація є процесом (або його результатом), за допомогою якого узгоджений набір дій, думок, відносин, емоцій, фізіологічних реакцій відокремлюється від іншої частини свідомості особистості і функціонує незалежно. При дисоціації певні психічні функції, які зазвичай інтегровані з іншими, діють у тій або іншій мірі відокремлено або автоматично і знаходяться поза сферою свідомого контролю і поза процесами активної пам'яті та Его (Самості) людини.

Отже, в психіці представлено безліч когнітивних систем, якими в нормальних умовах управляє центральна структура контролю, Его. При дисоціації ці, зазвичай об'єднані підсистеми, поділяються в різному ступені. Це розділення призводить до того, що зазначені підсистеми стають здатними до незалежної, багаторівневої реакції на навіювання сугестора або впливи оточуючого середовища.

Формування трансу, яке ґрунтується на депотенціалізації свідомості, створює передумови для дисоціації різних психологічних явищ. Так, згідно Е. Хілгарду, множинні когнітивні системи або когнітивні структури в стані неспання існують в ієрархічній співпідпорядкованості і знаходяться в деякій мірі під контролем "виконавського Его". "Виконавське Его" або центральна керуюча структура відповідає за планування, моніторинг і контроль психічних функцій індивіда. Під час гіпнотичного трансу "виконавське Его" регресує, депотенціалізується і відповідні підлеглі підсистеми тимчасово відключаються від свідомого виконавського управління і замість цього безпосередньо активізуються навіюваннями гіпнотизера. Від себе додамо, що в трансі некеровані підструктури, які знаходяться в підсвідомій сфері індивіда, через канал сприйняття також можуть програмуватися інформацією яка йде в цей момент від психотравмуючих подій навколишньої дійсності та емоційного стану особистості [4, с. 51].

Характеристиками дисоціативних станів, які проявляються в трансі, є: 1) активізація і домінування архаїчних форм мислення; 2) порушення відчуття часу; 3) відчуття втрати контролю над поведінкою; 4) зміни в емоційній експресії; 5) зміни образу тіла; 6) порушення сприйняття; 7) зміни змісту або значимості актуальних ситуацій або ситуацій, що мали місце в минулому; 8) переживання вікової регресії; 9) висока сприйнятливості до сугестії.

Розглянемо феномен первинної дисоціації. Безпосередньо в перші миті травматичної події багато людей не в змозі обробити всю інформацію і сприйняти цілісну картину того, що відбувається, оскільки травматичні події та негативні емоції перевантажують і переривають когнітивні процеси свідомості.

Саме в цей період в результаті швидкої та жорсткої депотенціалізації свідомості формується екологічний стресово-обумовлений транс. У цьому випадку сенсорні та емоційні елементи події не можуть бути інтегровані в рамках єдиної особистісної системи пам'яті та ідентичності і залишаються ізольованими від свідомості.

Якщо в ситуації формування гіпнотичного терапевтичного трансу депотенціалізація свідомих процесів здійснюється терапевтом м'яко, з повагою до особистості клієнта, то в ситуації формування екологічного стресово-обумовленого трансу воно відбувається під впливом зовнішніх чинників, котрі носять екстремальний характер, виходять за межі звичайних людських переживань і викликають інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності.

У ці моменти переживання травматичної ситуації розділене на ізольовані соматосенсорні елементи. Ще раз підкреслимо, що фрагментація травматичного досвіду здійснюється на тлі трансового стану. Ці соматосенсорні елементи на тлі трансу дисоціюються і жорстко закарбовуються та фіксуються в підсвідомості жертви.

Тому якщо в гіпнотичному, терапевтично-орієнтованому трансі пацієнт отримує цілющі навіювання гіпнотерапевта, то в екологічному стресово-обумовленому трансі жертва отримує трансове закарбування, фіксацію і подальшу дисоціацію від свідомості всієї ситуації психотравми, яка може включати в себе наступні складові досвіду в момент психотравми: 1) актуальний психофізіологічний стан жертви; 2) актуальний патерн її м'язової напруги; 3) актуальний патерн її дихання; 4) структуру мотиваційних процесів у момент психотравми; 5) зміст емоційного стану в момент психотравми; 6) зміст образного простору в момент психотравми; 7) зміст ментального компонента в момент психотравми [8, с. 56–61].

Прямим доказом того, що відбувається саме трансове закарбування психотравмуючого матеріалу, є *нав'язливий* характер наступних переживань при розвитку ПТСР: 1) повторювані нав'язливі гнітючі згадування про травму у вигляді образів, думок, відчуттів; примітка: у дітей раннього віку можуть бути постійні ігри, сюжетно пов'язані з пережитою травмою; 2) повторювані болісні сновидіння, що включають сцени з пережитої події; примітка: у дітей можливі застрашливі сновидіння без певного змісту; 3) людина діє або відчуває таким чином, начебто заново переживає психотравмуючу подію (у вигляді оживих переживань, ілюзій, галюцинацій або дисоціативних епізодів по типу "флешбеку", в тому числі в момент пробудження або при інтоксикації); примітка: у дітей можливе повторюване розігрування в іграх епізодів травми.

Таким чином, саме первинна дисоціація багато в чому зумовлює первинне формування та подальший розвиток змісту ПТСР, симптоми якого (нав'язливі спогади, нічні кошмари і флешбек-ефекти) необхідно інтерпретувати як драматичний вираз дисоційованих спогадів, пов'язаних із травмою, які були жорстко закарбовані та зафіксовані у підсвідомості жертви в стрімко сформованому стресово-обумовленому екологічному трансі. В той

же час первинна дисоціація, завдяки такому феномену транс, як амнезія на дисоційовану інформацію, дозволяє на деякий час обмежити когнітивну переробку травматичного переживання та діяти, ігноруючи психотравматичну ситуацію або її окремі аспекти.

Вторинна, або перітравматична дисоціація реалізується у процесі розвитку ПТСР. Вона має місце в індивідів, які переживають травматичну ситуацію, і включає феномени виходу з тіла, дереалізації, анальгезії та ін. Вторинна дисоціація дозволяє свідомості жертви дистанціюватися від нестерпної ситуації, зменшити рівень болю та дистресу і, в кінцевому рахунку, захистити себе від усвідомлення всіх наслідків впливу травматичної ситуації. Вона надає свого роду анестезуючу дію, виводячи індивіда з дотику з почуттями та емоціями, пов'язаними з травмою.

Вторинна дисоціація здійснюється у стані неспання та проявляється, зокрема, у формах постійного уникнення стимулів, які пов'язані з травмою, але які були відсутні до травми: 1) прагнення уникнути думок, почуттів або розмов про травму; 2) прагнення уникнути дій, місць, людей, здатних нагадати про травму; 3) неможливість пригадати важливі деталі травми; 4) виражене обмеження інтересів і прагнення брати участь у будь-якої діяльності; 5) відстороненість, замкнутість; 6) ослаблення афективних реакцій (у тому числі нездатність відчувати любовні почуття); 7) відчуття безнадійності (відсутність будь-яких очікувань, пов'язаних із кар'єрою, одруженням, дітьми або тривалістю майбутнього життя).

Про третинну дисоціації говорять в тому випадку, коли має місце розвиток характерних станів Его, які містять в собі травматичні переживання і складаються з певних особистісних ідентичностей, що володіють своїми специфічними когнітивними, афективними та поведінковими шаблонами. Деякі з цих станів Его можуть містити біль, страх, лють і гнів, пов'язані з конкретною травматичною ситуацією, в той час як інші стани Его залишаються хіба в невіданні щодо травми і дозволяють індивідові успішно виконувати повсякденні рутинні обов'язки. Прикладом крайнього вираження третинної дисоціації є розлад множинної особистості.

Таким чином, первинна дисоціація здійснюється в екологічному стресово-обумовленому трансі, вторинна дисоціація – у стані неспання, коли свідомість використовує захисні механізми для витіснення психотравмуючих переживань у підсвідомість жертви, а третинна дисоціація – на рівні як свідомості, так й підсвідомості індивіда. Її результатом на рівні підсвідомості є інтеграція ізольованих соматосенсорних елементів психотравми до рівня самостійних комплексів, систем конденсованого досвіду, а на рівні свідомості – маніфестація та зміцнення різних травматично-обумовлених патологічних особистісних ідентичностей.

Висновки. Надзвичайні (екстремальні) ситуації характеризуються, насамперед, надсильним впливом на психіку людини, що викликає у неї травматичний стрес. Психологічні наслідки травматичного стресу в крайньому своєму прояві виражаються в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

Спільною ознакою різноманітних станів трансу є те, що деяка частина Его (або Самості) особистості депотенціалізується та перестає діяти. Залежно від чинників формування доцільно розрізняти такі різновиди трансу, як “гіпнотичні трансї” і “екологічні трансї”. Гіпнотичні трансї цілеспрямовано формуються гіпнотизером за допомогою певних вербальних і невербальних технік гіпнотизації. Екологічні трансї спонтанно виникають у певних контекстах і ситуаціях навколишнього середовища. Головне, що їх об’єднує – це депотенціалізація свідомих процесів або функцій Его (Самості).

У ситуації гострого травматичного стресу у людини виникає стан екологічного стресово-обумовленого трансу у зв’язку з тим, що вона переживає щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. При цьому інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов’язаних із загрозою існуванню людини, буває настільки великою, що особистісні фактори або попередні невротичні стани вже не грають вирішальної ролі в формуванні ПТСР.

В екологічному стресово-обумовленому трансї жертва отримує трансове закарбування, фіксацію і подальшу дисоціацію від свідомості всієї ситуації психотравми, яка може включати в себе наступні складові досвіду в момент психотравми: 1) актуальний психофізіологічний стан жертви; 2) актуальний паттерн її м’язової напруги; 3) актуальний паттерн її дихання; 4) структуру мотиваційних процесів в момент психотравми; 5) зміст емоційного стану в момент психотравми; 6) зміст образного простору в момент психотравми; 7) зміст ментального компонента в момент психотравми.

Саме первинна дисоціація багато в чому обумовлює початкове формування та подальший розвиток змісту ПТСР, симптоми якого (нав’язливі спогади, нічні кошмари і флешбек-ефекти) необхідно інтерпретувати як драматичний вираз дисоційованих спогадів, пов’язаних із травмою, які були жорстко закарбовані та зафіксовані у підсвідомості жертви в стрімко та “жорстко” сформованому стресово-обумовленому екологічному трансї. В той же час первинна дисоціація завдяки такому феномену трансу, як амнезія на дисоційовану інформацію, дозволяє на деякий час обмежити когнітивну переробку травматичного переживання та діяти, ігноруючи психотравматичну ситуацію або її окремі аспекти.

Література

1. Александровский Ю. А. Посттравматическое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 1. – С. 4–12.
2. Барденштейн Л. М. К истории учения о посттравматическом стрессовом расстройстве / Л. И. Барденштейн, В. А. Копытин, В. А. Молодецких, А. С. Курашов // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 51–53.
3. Болстад Р., Хэмблетт М. НЛП в психотерапии / Р. Болстад, М. Хэмблетт. – СПб. : Питер, 2003. – 240 с.
4. Гиллиген С. Терапевтические транссы : руководство по эриксоновской гипнотерапии / С. Гиллиген. – М. : Независимая фирма “Класс”, 1997. – 416 с.
5. Годен Ж. Новый гипноз : глоссарий, принципы и метод. Введение в эриксоновскую гипнотерапию / Ж. Годен. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2003. – 298 с.

6. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. – 2-е изд., 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.zhmurov.com/word/11656>
7. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 370 с.
8. Козлов, В.В. Психотехнологии измененных состояний сознания. Личностный рост. Методы и техники / В. В. Козлов. – М. : Изд-во ин-та психотерапии, 2001. – 384 с.
9. Краснянский А. М. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны / А. Н. Краснянский, П. В. Морозов // Русский медицинский журнал. – 1995. – № 4. – С. 32.
10. Лыткин В. М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн / В. М. Лыткин // Война и психическое здоровье. Юбилейная науч. Конференция, посвященная 90-летию со дня рождения проф. Ф. И. Иванова. – СПб., 2002. – С. 45–52.
11. Ніколаєнко С. О. Проблема гіпнотичного трансу в сугестивній педагогіці / С. О. Ніколаєнко // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова : зб. Наук. Пр. – Серія № 12. Психологічні науки. – К., 2011. – С. 3–11 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dspace.uabs.edu.ua/jspui/handle/123456789/8013>
12. Ніколаєнко С. О. Активний гіпнотичний транс як фактор рішення сугестивно-педагогічних задач / С. О. Ніколаєнко // Гуманітарний вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет ім. Григорія Сковороди”. – Дод. 1. – Вип. 29. – Том 5 : тем. Вип. “Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання”. – К. : Гнозис, 2013. – С. 258–264 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dspace.uabs.edu.ua/jspui/handle/123456789/11030>
13. Пушкарёв А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарёв, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 128 с.
14. Тарабрина Н. В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова и др. // Труды Ин-та психологии РАН. – М. : ИП РАН, 1997. – С. 254–262.
15. Horowitz M. J., Weiss D. S., Kaltreider N. B. et al. Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects / M. J. Horowitz, D. S. Weiss N. B. Kaltreider et al. // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1984. – Vol. 172. – P. 383–392.
16. Figley C. R. Traumatic stress: The role of the family and social support system / C. R. Figley // [Trauma and Its Wake, Volume II : The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder](#). – New York : Brunner/Mazel, 1985. – P. 39–54.

Отримано 14.01.2015

Summary

Nikolaienko Serhei. Nikolaienko Svitlana. Trans as a factor in the formation of post-traumatic stress disorder.

The article analyzes the concept of trance, its types, factors of trance in situations of acute traumatic stress. The authors distinguish hypnotic trances, which are purposefully formed by hypnotist certain with the use of verbal and nonverbal techniques of hypnotization as well as environmental trances that spontaneously arise in certain specific contexts and environmental situations. Mechanisms of primary, secondary and tertiary dissociation are considered as mental mechanisms of formation and development of post-traumatic stress disorder.

Keywords: *post-traumatic stress disorder, trance, mental dissociation.*