

Psychology. Health management

УДК 159.972

Бондарук Ю.С.,

м. науковий співробітник лабораторії прикладної психології освіти

Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи, yulenkaserg@gmail.com

Україна, м. Київ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ЯК КОМПЛЕКСУ РЕАКЦІЙ
ЛЮДИНИ НА ТРАВМУЮЧУ СИТУАЦІЮ**

Стаття містить аналіз наукової літератури з проблеми посттравматичного стресового розладу, що виникає внаслідок психотравмуючих ситуацій. Встановлено характеристики травми, що здатна викликати травматичний стрес, етапи психологічної реакції на травму. Також виділено фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, психологічні механізми виникнення ПТСР, основні стадії, групи симптомів та наслідки для особистості дитини та дорослої людини. Також, визначено основні напрями психолого-педагогічної роботи з дітьми, що зазнали психічного травмування.

Ключові слова: особистість, психотравмуюча ситуація, посттравматичний стресовий розлад, чинники розвитку посттравматичного стресового розладу, симптоми, ознаки, стадії ПТСР.

Актуальність проблеми. Останні роки Україна переживає складну соціально-політичну ситуацію. Триває військовий конфлікт на Сході України, в країні збільшилась кількість внутрішньо переселених осіб. За останніми даними Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) понад 230 тисяч людей стали вимушеними переселенцями. Є сім'ї, що втратили житло, своїх близьких, є поранені.

За даними психологічного дослідження, що проводилося під егідою Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) у Донецькій області, майже 40% дітей віком 7–12 років та більше половини дітей віком 13–18 років стали безпосередніми свідками подій, що пов'язані з війною. Відповідно 14% та 13% бачили танки та іншу військову техніку, 13% та 22% бачили бої та сутички, 4% і 15% – побиття знайомих людей, 6% та 5% стали свідками погроз застосування зброї. Декілька дітей з опитаних бачили вбитих і поранених. 76% дітей віком 7–12 років та 43% дітей віком 13–18 років відчували страх, коли ставали свідками вищеписаних подій [1].

Все це зумовлює інтерес дослідників до проблеми психічного здоров'я тих, хто зазнав впливу стрес-факторів збройних конфліктів. До їх наслідків можна віднести посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що розвивається після латентного періоду, який, згідно з діагностичними критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10), не має перевищувати 6 міс. Дослідження проблем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) стає все більш актуальним не лише в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти і прояву наслідків сучасних катастроф, збройних конфліктів і локальних війн. За даними дослідження «Приховані наслідки конфлікту: Проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб», проведеного організацією International Alert третина переселенців страждають на посттравматичний розлад, 32% внутрішньо переміщених осіб в Україні мають симптоми пост-

травматичного стресового розладу, викликаного конфліктом на Сході [2].

У цілому, на сьогоднішній день ситуація ускладнюється тим, що протистояння триває і неможливо передбачити час та спосіб його завершення. Це посилює тривожні настрої в суспільстві, страхи і розчарування. Необхідно враховувати, що як і будь-який конфлікт або критична ситуація, збройні конфлікти не обходяться без ускладнень, які не закінчуються з припиненням конфлікту або виходом з нього. Ці ускладнення досить довго супроводжують соціум і особу вже в умовах безконфліктного, мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо проігнорувати або вирішити однобічно.

Метою статті є розкриття психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію з метою виявлення шляхів соціально-психологічної допомоги особам, які зазнали психічного травмування.

Виклад основної проблеми. Розгляд психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію викликав зацікавленість науковців у різні часи. Значний внесок у дослідження ПТСР зробили такі вчені, як А. Карднер, М. Горовиць, Р.Дж. Ліфтон, Г. Крістал, Т. Кін, М.Дж. Фрідман, Н. Тарабріна, В. Волошин, О. Лазебна, Ю. Олександровській, А. Пушкарьов та ін. В якості самостійного синдрому, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом», запропонував виділити М. Горовиць. Діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше – для МКБ-10 були розроблені групою авторів на чолі з М. Горовицем.

Особливий інтерес становлять фундаментальні дослідження ПТСР проведені професором Н. Тарабріною, які показали, що розвиток ПТСР та його прояви у людей значно розрізняються, залежать від смислового значення

травматичних подій і контексту, в яких ці події відбуваються. Іноді людям доводиться фактично заново відтворювати в умовах мирного життя структуру свого суб'єктивного життєвого простору, в тому числі і структуру самоставлення, самооцінки і смисложиттєвих орієнтацій [3].

Відповідно сучасним поглядам, стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що управляють процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання. У ролі стресора в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому посттравматичного стресового розладу. Посттравматичний стресовий розлад – це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини [3, с.15-16].

У цьому сенсі цікавим вбачається виділення В. Ромек таких чотирьох характеристик травми, здатної викликати травматичний стрес:

- 1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося, і через що у неї погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або не зробити [4, с.48].

Травматичний стрес визначають як переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Ряд явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або «образу Я» [4, с.49].

Зважаючи на те, що психологічна реакція на травму являє собою розгорнутий у часі процес, вирізняють декілька її етапів. Перший етап – фаза заперечення або шоку виникає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Другий етап – фаза агресії і провини. Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини. Третій етап – фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями без-

порадності, самотності, власної непотрібності. Четвертий етап – це фаза зіцнення. Для неї характерне повне прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя, людина здатна набути з того, що сталося корисний життєвий досвід.

Важливо зазначити, що ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), впоратися з якими самостійно він вже не може.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їх сімей.

Необхідно підкреслити, що ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Симптоми можуть з'явитися відразу після перебування в травматичній ситуації, а можуть виникнути після багатьох років – в цьому особлива підступність посттравматичного стресового розладу. Описані випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР виявилися через сорок років після закінчення військових дій. Відповідно виділяють такі три основні стадії.

1. Гостра (від моменту події до 6 тижнів). Цей період характеризується великим ступенем небезпеки і поведінка визначається сильною напругою та страхом, пов'язаним із загрозою власному життю, яка до певної межі є нормальною і сприяє психічній та фізичній мобілізації, необхідній для самозбереження.

2. Хронічна (від 6 тижнів до 6 місяців). Для цієї стадії найвищою мірою характерний прояв порушень поведінкової сфери. При цьому, легкість або тяжкість подальшої адаптації визначається поведінкою людини і ступенем прийняття нею відповідальності за власне життя.

3. Відстрочена (від 6 місяців до кількох років). Для цієї стадії характерний досить стійкий прояв симптомів постстресових розладів: відчуття підвищеної втоми, денна сонливість поряд з розладом нічного сну; поява тремтіння в руках і ногах, постійне очікування можливого нещастя, підвищена вразливість і образливість.

Основними симптомами відстроченої стадії розвитку ПТСР є:

- наростаюча депресія;
- всепоглинаюче почуття безсилля;
- різні болі, які не одержують об'єктивного підтвердження;
- низька самооцінка, гостре відчуття нікчемності, непотрібності.

Схематично взаємозв'язок різних за часом виникнення, тривалості та глибини стадій формування постстресових порушень представив Ромек В.Г., де посттравматичний стресовий розлад формується через більше, ніж 1 місяць після критичного інциденту (більше 4 тижнів). Посттравматичний розлад особистості – протягом всього подальшого життя людини, яка пережила травму [4, с.52-53].

У класифікації психічних і поведінкових розладів, що

розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в симптоматичному комплексі посттравматичного стресового розладу виділяють три групи симптомів:

1. Група симптомів повторного переживання (або симптоми «вторгнення»).
2. Група симптомів уникання.
3. Група симптомів фізіологічної гіперактизації (підвищеної збудливості).

Психологічні механізми виникнення ПТСР полягають тому, що у людини, щоб заспокоїтися та відволіктись від хворобливих переживань, вони відторгаються свідомістю. Людина, ніби відділяє їх від себе і переміщує, умовно кажучи, до «контейнеру» [4, с.62]. В результаті чого емоційні стани не розвиваються, лишаючись фіксованими на травмі. Вважається, що людина переміщує туди найбільш негативні та руйнівні переживання: гніву, страху, провини та ін. Ромек В.Г. вважає, що травмована людина, яка пережила надзвичайно потужні, руйнівні емоції більш за все боїться їх повторення і намагається будь-яким чином уникнути емоцій, пов'язаних з травматичною подією. Якщо все таки емоції вирвалися зовні, травмована людина втрачає контроль над собою. Тому людина змушена докладати ще більших зусиль, щоб ці руйнівні потужні емоції не вирвалися зовні. Людина може здаватися і собі і іншим цілком благополучною, через те що отримана травма ніби загоїлася і не нагадує про себе. Однак, будь-який стимул, що нагадує про травматичну ситуацію (звук, запах та ін.), миттєво оживляє всі переживання і людина занурюється туди, де менш за все хотіла опинитися. Тоді виникає так зване «неконтрольоване вивільнення контейнера» – людина відчуває, що захлеснута почуттями і виглядає божевільною для оточуючих в цей момент. Іноді вона здійснює вчинки, про які в майбутньому шкодує. Тому людина змушена захищати свій «контейнер» від того, щоб випадково не стикнутися із відповідним стимулом. Вона змушена постійно бути уважною, уникати всього, що може нагадувати про травматичну ситуацію. Будь-яке переживання, яке схоже на травму, погіршує ситуацію. Наприклад, перегляд телебачення, читання газет може повернути травматичні переживання та спогади. Таким чином, все менше залишається простору, в якому людина має можливості уникнути спогадів та усвідомлення травми. З часом зберігання «контейнеру» вимагає все більше сил і зрештою вся енергія людини йде на це, виснажуючи її. Через це з'являється перевтома, безсоння, роздратованість. Порушення уваги, пам'яті та ін. Людина виснажується через боротьбу із самою собою. Хронічне емоційне напруження призводить до погіршення фізичного здоров'я. Виникають так звані психосоматичні порушення. Характерною особливістю є те, що «контейнери» можуть об'єднуватися із травматичними переживаннями з дитинства і утворювати одну багатокомпонентну травму.

Досліджуючи означену проблему В. Волошин, виділив декілька типів ПТСР, зокрема тривожний, астеничний, дисфоричний та соматоформний [5, с.86].

Тривожний тип ПТСР, на думку В. Волошина, характеризується високим рівнем соматичної і психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно-забарвленому афективному фоні з переживанням, не рідше декількох

раз на добу, мимовільних, з відтінком нав'язливості, фантазій, що відбивають психотравматичну ситуацію. Астеничний тип ПТСР відрізняється домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою понижений, з'являється байдужість до подій, що раніше цікавили в житті, байдужість до проблем сім'ї і робочих питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерне переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості й люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відмічають високий рівень агресивності, прагнення зігнати на оточенні дратівливість, яка їх охоплює. Соматоформний тип ПТСР характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів в ділянці серця, шлунково-кишкового тракту і голови – ці розлади поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у цих хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє ці випадки позначити як відставлений варіант ПТСР.

Аналіз психологічної літератури з означеного питання свідчить про те, що погляди вчених збігаються у тому, що до основних важливих чинників ризику розвитку ПТСР належать такі особистісні особливості людини, як акцентуація характеру, соціопатичний розлад, низький рівень інтелектуального розвитку, а також наявність алкогольної або наркотичної залежності. Якщо людина схильна до екстеріоризації стресу, то вона менш схильна ПТСР. Генетична схильність (наявність в анамнезі психічних розладів) може збільшувати ризик розвитку ПТСР після травми; на це також впливає попередній травматичний досвід (наприклад, у зв'язку з перенесеним фізичним насильством в дитинстві, нещасними випадками у минулому або розлученням батьків). Важливий віковий чинник: подолання екстремальних ситуацій важче дається молодим і старим людям. Молоді люди мають недостатній досвід, незрілі механізми захисту, регресійні способи реакції на стрес, не усвідомлюють та не обговорюють травматичну ситуацію, діти повністю залежні від дорослих. Літні люди володіють низьким адаптаційним потенціалом до змінених умов існування, ригідні системи захисту, стереотипне мислення, виснажену ендокринну систему боротьби зі стресовими ситуаціями тощо. Ризик ПТСР зростає також у випадках ізоляції людини на період переживання травми, втрати сім'ї і близького оточення. Велика роль своєчасно наданої допомоги, реакції членів родини, які можуть заохочувати деякі хворобливі прояви [5, с.94]. Виділяють ще ряд умов, що впливають на розвиток ПТСР: 1) наскільки ситуація суб'єктивно сприймалася як загрозлива; 2) наскільки об'єктивно реальною була загроза для життя; 3) наскільки близько до місця трагічних подій знаходився індивід (він міг фізично не постраждати, але бачити наслідки катастрофи, трупи жертв); 4) наскільки в цю подію були залучені близькі, чи постраждали вони, яка була їх реакція. Це особливо значимо у дітей. Коли батьки дуже хворобливо сприймають те, що сталося і реагують панікою, дитина також не відчуватиме себе в безпеці.

Окремої уваги потребує вивчення особливостей

перебігу ПТСР у дітей. Особливістю ПТСР у дітей є те, що дитячі реакції протікають триваліше. Дітям, які пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що сталося з ними. Це пов'язано, насамперед, з їх віковими особливостями, їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст того, що відбувається, вона просто запам'ятовує саму ситуацію, свої переживання в цю мить. Інтенсивність переживань може бути занадто сильною для дитини, і вона стає дуже вразливою. Згідно досліджень, у дітей молодшого шкільного віку, більш старших дітей та підлітків зазвичай проявляються три традиційні симптоми ПТСР: група симптомів повторного переживання, група симптомів уникання та група симптомів фізіологічної гіперактивності.

Досліджуючи означену проблему Н. Тарабріна вказує на те, що травмовані діти висловлюють свої, пов'язані з пережитим, почуття через поведінку. Так, у дітей дошкільного віку відзначається прагнення до одноманітних ігор з використанням предметів, що мають відношення до психотравми [3, с. 73].

Спектр посттравматичних симптомів у дітей включає в себе зміни на фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому рівнях. До загальних посттравматичних симптомів, характерних для дитячого віку належать:

На фізіологічному рівні (порушення сну, болі в животі, головні болі, що не мають фізичних причин, часте сечовипускання, тремтіння, тики, посмикування).

На емоційному рівні найперша реакція на пережитий стрес – страх, фобії. З часом у дітей можуть розвинути специфічні фобії; розлад тривожної розлуки, порушення характеризується вираженою тривогою, внаслідок відділення дитини від звичної турботи про неї, боязнь засипати в темряві одному. Деякі діти часто відчувають почуття провини за те, що трапилося, у них формується уявлення про те, що «погані речі трапляються з поганими» і вони сприймають хвилювання і страхи батьків як викликані власною поведінкою. Психотравмовані діти стають більш дратівливими; розвивається депресія; діти стають плаксивими.

На когнітивному рівні: у травмованих дітей погіршується концентрація уваги, вони стають неуважними; порушується пам'ять, діти стають забудькуватими, часто діти не можуть пригадати важливу персональну інформацію, зазвичай травматичного або стресового характеру. У травмованих дітей часто з'являються думки про смерть.

На поведінковому рівні: у травмованих дітей можлива різка зміна поведінки: вони не хочуть розлучитися з батьками навіть ненадовго, деякі можуть в прямому сенсі слова чіплятися за батьків і мати потребу в їх постійній присутності, фізичному контакті з ними і заспокоєнні. Багато дітей тривалий час повертаються до поведінки, яка властива більш молодшому віку. Травмовані діти стають більш впертими, гнівними, агресивними. Їх поведінка характеризується ворожістю і конфліктністю по відношенню до інших. У травмованих дітей зазвичай відзначається широке коло проявів поведінки страху або уникання – таких, як страх виходити з дому, залишатися одному або бути в замкненому просторі. Розлад реактивної прихильності характеризується помітним порушенням розвитку соціальних навичок до п'ятирічного віку.

У важких випадках ці симптоми можуть тривати протягом декількох місяців та за відсутності надання психологічної допомоги розвиватися у хронічну форму.

Як зазначає А. Де Янг, під час роботи з дітьми слід пам'ятати, що сама травма та реакція дитини на неї – серйозне випробування для батьків і може стати джерелом хронічного стресу. Страждання та переживання батьків сприяють розвитку та збереженню травматичних симптомів у постраждалих дітей. Діти молодшого віку ще не в достатній мірі уміють пристосовуватись та регулювати сильні емоції самостійно. Вони покладаються на емоції батьків з метою зрозуміти, як інтерпретувати ту чи іншу подію та реагувати на неї [6]. В подальшому діти можуть імітувати реакцію власних батьків на страх та їх неадекватні адаптивні реакції. Батьки можуть впливати на контакт дитини з нагадуваннями про пережиту травму (наприклад, допускати уникання обговорення того, що відбулось) і таким чином перешкоджати адаптації дитини до сприйняття події. Важливу роль у відновленні дитини після пережитої травми відіграє якість прив'язаності батьків і дітей одне до одного, душевне здоров'я батьків та їх виховні дії. Також необхідно здійснювати заходи профілактики та корекції на ранніх етапах.

Варто наголосити, що з дітьми, які пережили психотравму у своїй практиці останнім часом все частіше стикаються працівники психологічної служби у системі освіти. У роботі «Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби» І. Ткачук визначила мету психолого-педагогічної підтримки таких дітей в умовах закладу освіти, яка полягає в першу чергу, у допомозі дитині у переробці і подоланні травматичного досвіду, але авторка також наголошує на тому, що робота з наслідками травми має вестись у більш широкому контексті – відновленні дитини в статусі продуктивного суб'єкта діяльності, особистості та індивідуальності, здатної до позитивної взаємодії зі світом, людьми і собою. Визначена мета має досягатись шляхом вирішення таких завдань: сприяння стабілізації емоційного стану та раціональному сприйняттю своєї життєвої ситуації; формування конструктивних способів вирішення складних життєвих ситуацій; активізація процесів самопізнання, самоприйняття, саморегуляції і самоконтролю; надання допомоги у побудові позитивного образу майбутнього; сприяння прийняттю на себе відповідальності за власне майбутнє; розвиток соціальної компетентності та соціальної активності, оволодіння стратегіями успішної поведінки; формування спрямованості на особистісний розвиток і соціальну реалізацію. Авторка зазначає також, що у більшості випадків психолого-педагогічної допомоги, а також підтримки батьків, інших членів родини, друзів виявляється достатньо для стабілізації емоційного стану дитини, яка зазнала психічного травмування, але, якщо психотравмуюча подія викликала у дитини серйозний психологічний розлад і в процесі надання психолого-педагогічної допомоги в умовах закладу освіти її стан не покращується або погіршується та є підозра про наявність в неї посттравматичного стресового розладу, то їй потрібна професійна допомога у медичній установі [7, с. 36-37].

Нажаль, у більшості дітей та їх батьків, які переживають психологічні труднощі після травми, не

діагностують характерних симптомів ПТСР, внаслідок чого і діти і батьки не отримують адекватної підтримки. Беручи до уваги розповсюдженість випадків отримання травм та актуальність проблеми на сьогоднішній день, а також враховуючи той факт, що період раннього дитинства є сензитивним періодом розвитку мозку, у навчальних та лікувальних установах необхідно ввести ефективні заходи, які здатні знизити ризик розвитку хронічних посттравматичних стресових реакцій у дітей та батьків.

Висновки. Отже, дослідження проблем пост травматичного стресового розладу стає все більш актуальним не лише в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти і прояву наслідків сучасних катастроф, збройних конфліктів і локальних війн. Ці ускладнення досить довго супроводжують соціум і особу вже в умовах без конфліктного, мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо проігнорувати або вирішити однобічно. Виходячи з важливості вирішення означеної проблеми, вважаємо, що подальших розвідок потребує питання розроблення технологій психологічної підтримки людей, що зазнали психічного травмування, які передбачають продуктивну взаємодію працівників соціальних та психологічних служб з медичними установами.

Література

1. Експрес оцінка соціально психологічного становища дітей в Донецькій області [Електронний ресурс] / UNICEF, Дитячий фонд України. – Режим доступу: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Rapid_Psychosocial_Assesment_of_Children_in_Donetsk_Oblast_ua.pdf
2. Приховані наслідки конфлікту: Проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб [Електронний ресурс] / Байярд Робертс, Ніно Махашвілі, Джана Джавахішвілі; International Alert. – 2017. – 32 с. – Режим доступу: https://www.international-alert.org/sites/default/files/Ukraine_HiddenBurdensConflictIDPs_UK_2017.pdf
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психології посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.: ил. – (Серия: Практикум по психологии).
4. Ромек В.Т. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Т. Ромек, В.А. Конторович, В.М. Крукович. – СПб: Речь, 2004. – 256 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с. – (Серия: Справочник практического психолога).
6. Де Янг А. Кенарди Д. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей младшего возраста [Электронный ресурс] / Александра Де Янг, Джастин Кенарди // Энциклопедия раннего детского развития / Trembley R. E., Buavan M., Peters R. De V.; red. Rapi R.M. – 2013. – режим доступа: <http://www.encyclopedia-deti.com/trevozhnost-i-depressiya/ot-ekspertov/posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstroystvo-u-detey-mladshego>. – Дата обращения 09.08.2018.
7. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби: [метод. рек.] / Музиченко І.В., Ткачук І.І. – Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. – 88 с.
8. Кораблина Е.П. Искусство исцеления души. Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов / Е.П. Кораблина, И.А. Акиндинова, А.А. Баканова, А.М. Родина; Под ред. Е.П. Кораблиной. – СПб, 2001. – 319с.

References

1. Ekspres ocinka socialno psihologichnogo stanovisha ditej v Doneckij oblasti [Elektronnij resurs] / UNICEF, Dityachij fond Ukrainy. – Rezhim dostupu: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Rapid_Psychosocial_Assesment_of_Children_in_Donetsk_Oblast_ua.pdf
2. Prihovani naslidki konfliktu: Problemi psihichnogo zdorov'ya vnutrishno peremishenih osib [Elektronnij resurs] / Bajyard Roberts, Nino Mahashvili, Dzhana Dzhabashvili; International Alert. – 2017. – 32 s. – Rezhim dostupu: https://www.international-alert.org/sites/default/files/Ukraine_HiddenBurdensConflictIDPs_UK_2017.pdf
3. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa / N.V. Tarabrina. – SPb: Piter, 2001. – 272 s.: il. – (Seriya: Praktikum po psihologii).
4. Romek V.G. Psihologicheskaya pomoshch v krizisnih situacijah / V.G. Romek, V.A. Kontorovich, V.I. Krukovich. – SPb: Rech, 2004. – 256 s.
5. Malkina-Pyh I.G. Ekstremalnye situacii / I.G. Malkina-Pyh. – M.: Eksmo, 2005. – 960 s. – (Seriya: Spravochnik prakticheskogo psihologa).
6. De Yang A. Kenardi D. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo u detej mladshego vozrasta [Elektronnyj resurs] / Aleksandra De Yang, Dzhastin Kenardi // Enciklopediya rannego detskogo razvitiya / Trembley R. E., Buavan M., Peters R. De V.; red. Rapi R.M. – 2013. – rezhim dostupa: <http://www.encyclopedia-deti.com/trevozhnost-i-depressiya/ot-ekspertov/posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstroystvo-u-detey-mladshego>. – Data obrasheniya 09.08.2018.
7. Shlyahi podolannya dityachoyi psihotravmi v diyalnosti pracivnikiv psihologichnoyi sluzhbi: [metod. Rek.] / Muzichenko I.V., Tkachuk I.I. – Kyiv: UNMC praktichnoyi psihologiyi i socialnoyi roboti, 2017. – 88 s.
8. Korablina E.P. Iskusstvo isceleniya dushi. Etyudy o psihologicheskoy pomoshchi: Posobie dlya prakticheskikh psihologov / E.P. Korablina, I.A. Akindinova, A.A. Bakanova, A.M. Rodina; Pod red. E.P. Korablinoj. – SPb, 2001. – 319s.

Bondaruk Y.S.,

Researcher of Laboratory of Applied Psychology of Education of the Ukrainian Scientific and Methodological Center of Applied Psychology and Social Work, yulenkaser@gmail.com

Ukraine, Kyiv

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AS A COMPLEX OF HUMAN REACTIONS TO A TRAUMATIC SITUATION

The article contains an analysis of scientific literature on the problem of post-traumatic stress disorder that occurs as a result of psycho-traumatic situations. The characteristics of trauma that can cause traumatic stress, stages of psychological reaction to injury are established. Also, there are identified risk factors for the development of post-traumatic stress disorder, the psychological mechanisms of the occurrence of PTSD, the main stages, groups of symptoms and the consequences for the personality of the child and adult. Also, the main directions of psychological and pedagogical work with children who suffered psychological trauma were determined.

Key words: personality, traumatic situation, post-traumatic stress disorder, factors of development of post-traumatic stress disorder, symptoms, signs, stages of PTSD.