

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітній ступінь)

на тему «Особливості прояву ПТСР у підлітків, які були свідками активних бойових дій»

ХАІ.704.760пМ.22О.053.9685524КР

Виконав: здобувач (ка) 2 курсу групи №760пМ
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»

(найменування)

Ляшко Д.Ю

(прізвище та ініціали здобувача (ки))

Керівник: Бідюк І.А

(прізвище та ініціали)

Рецензент: Приходько Д.П

(прізвище та ініціали)

Міністерство освіти і науки України
Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Факультет Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Рівень вищої освіти другий магістерський

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
(код і найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»
(код і найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія
(найменування)

(підпис)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
Ю.І. Гулий
(ініціали та прізвище)

«01» вересня 2022 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Ляшко Дар'яни Юріївни

(прізвище, ім'я та по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи Особливості прояву ПТСР у підлітків, які були свідками активних бойових дій

керівник кваліфікаційної роботи Бідюк Інна Аркадіївна, кандидат психологічних наук, доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом Університету №1585-уч від «17» листопада 2022 року.

2. Термін подання здобувачем кваліфікаційної роботи «12» грудня 2022 р.

3. Вихідні дані до роботи розкрити особливості проявів ПТСР у підлітків

4. Зміст пояснювальної записки (перелік завдань, які потрібно розв'язати) Провести теоретичний аналіз проблеми, описати психологічний стан підлітків, які стали свідками бойових дій, встановити наявність серед підлітків ПТСР, розкрити взаємозв'язок рівня тривожності з проявом ПТСР.

5. Перелік графічного матеріалу:

Рис. 6

Табл. 0

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	Завдання Прийняв
1	Бідюк І. А., доцент каф. 704	11.10.22	15.10.22
2	Бідюк І. А., доцент каф. 704	18.10.22-	23.10.22
3	Бідюк І. А доцент каф. 704	15.11. 22-	22.11.22

Нормоконтроль _____ С. В. Кузьміна
(підпис) (ініціали та прізвище)

«12» грудня 2022 р.

7. Дата видачі завдання «01» вересня 2022 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Затвердження теми, мети та завдань дипломної роботи	01.09.22-07.10.22	
2.	Складання плану роботи	08.10.22-10.10.22	
3.	Аналіз літературних джерел. Написання першого розділу дипломної роботи	11.10.22-15.10.22	
4.	Визначення психодіагностичного інструментарія для проведення практичної частини дослідження . Написання другого розділу дипломної роботи.	18.10.22-23.10.22	
5.	Проведення практичної частини дослідження.	24.10.22-07.11.22	
6.	Статистична обробка отриманих даних.	08.11.22-12.11.22	
7.	Написання третього розділу дипломної роботи.	15.11. 22-22.11.22	
8.	Написання загальних висновків. Оформлення списку використаних літературних джерел, додадку(ків) та змісту.	23.11. 22–29.11.22	
9.	Передзахист.	30.11.2022	
10.	Внесення коректив до тесту дипломної роботи.	01.12.22-03.12.22	
11.	Оформлення та підписання відповідної документації(висновок керівника, висновок кафедри, рецензія та довідка на предмет наявності порушень академічної доброчесності)	06.12.22-12.12.22	
12.	Підготовка електронної презентації та тексту доповіді.	08.12.22-09.12.22	
13.	Строк подання студентом роботи на кафедру.	12.12.22	
14.	Захист.	15.12.22	

(підпис) **Здобувач**

Д.Ю. Ляшко
(ініціали та прізвище)

(підпис) **Керівник кваліфікаційної роботи**

І.А Бідюк
(ініціали та прізвище)

Реферат

Кваліфікаційна робота. 49 с., 6 рис., 39 джерел

Ключові слова: ПТСР, ПРОЯВИ ПТСР У ПІДЛІТКІВ, ТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ, МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ТРАВМИ, СПЕЦИФІКА ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПІДЛІТКІВ.

Об'єкт дослідження - прояв ПТСР у підлітків. Предмет дослідження - особливості прояву ПТСР у підлітків, що ставали свідками активних бойових дій. Мета роботи - виявити особливості прояву посттравматичного стресового розладу серед підлітків-свідків бойових дій. Методи дослідження - Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант, опитувальник «Шкала базових переконань, WAS» (Янов-Бульман), шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) методика PCL-5, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна. Висновки

Дослідження показало, що розвиток ПТСР у підлітка залежить від багатьох факторів, включаючи тяжкість травми, частоту її виникнення та реакцію членів сім'ї на подію. Підліток із ПТСР відчуває, що не може уникнути впливу травми. Вони намагаються уникати людей або ситуацій, які нагадують їм про подію. Найбільш поширеними проявами симптомів серед опитуваних є: повторювані, неспокійні спогади, образи, думки про пережиту стресову ситуацію, деякі почувалися дуже засмученим, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес, частина підлітків відмічали, що у них з'являються сильні фізіологічні реакції, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес (наприклад, прискорене серцебиття, утруднення дихання, потовиділення), майже половина усіх опитуваних уникали спогадів, думок чи почуттів, які стосуються пережитого стресу, підліткам було важко згадувати важливі епізоди стресової події, більше половини опитуваних відмітили, що втратили інтерес до того чим цікавилися раніше, мали почуття ніби вони зараз віддалені від інших людей навколо.

Abstract

Qualification work. 49 pages, 6 pictures, 39 sources

Key words: PTSD, PTSD MANIFESTATIONS IN ADOLESCENTS, TRAUMATIC EVENTS, MECHANISMS OF INFLUENCE OF TRAUMA, SPECIFICITY OF TRAUMATIZATION IN ADOLESCENTS.

The object of the study is the manifestation of PTSD in adolescents. The subject of the study is the peculiarities of the manifestation of PTSD in teenagers who witnessed active hostilities. The purpose of the work is to identify the features of the manifestation of post-traumatic stress disorder among teenagers who witnessed combat operations. Research methods - Mississippi scale for assessment of post-traumatic reactions (civilian version), questionnaire "Basic Beliefs Scale, WAS" (Yanov-Bulman), scale of self-assessment of manifestations of post-traumatic stress disorder (PTSD), PCL-5 method, Spielberger-Hanin anxiety scale.

Conclusions

The development of PTSD in a teenager depends on many factors, including the severity of the trauma, the frequency of its occurrence, and the reaction of family members to the event. A teenager with PTSD feels unable to escape the impact of the trauma. They try to avoid people or situations that remind them of the event. The most common manifestations of symptoms among the interviewees are: recurring, restless memories, images, thoughts about the experienced stressful situation, some felt very upset when something reminded them of the experienced stress, some teenagers noted that they have strong physiological reactions when something reminded them of the experienced stress (for example, rapid heartbeat, difficulty breathing, sweating), almost half of all respondents avoided memories, thoughts or feelings related to the experienced stress, it was important for adolescents to remember important episodes of a stressful event, more than half of the respondents noted that they lost interest in addition to what they were interested in before, they felt as if they were now distant from other people around them.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ	5
1.1 Поняття «ПТСР» та підходи до його вивчення	5
1.2 Прояви ПТСР у підлітків	19
РОЗДІЛ 2 ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	28
1.1 Характеристика вибірки.....	28
1.2 Характеристика процедури методики	28
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ, АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРИТАЦІЯ ДАННИХ.....	32
3.1 Опис результатів емпіричного дослідження ПТСР у підлітків	32
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	46

ВСТУП

Проблема прояву посттравматичного стресового розладу у підлітків сьогодні викликає все більшу стурбованість громадськості і вимагає вивчення в тому числі в рамках психологічних досліджень в зв'язку з поширеністю даного явища пов'язаного з бойовими діями на території України.

Симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можуть виникати раптово, поступово або час від часу. Вони можуть з'явитися ніби нізвідки, а можуть бути «запущені» чимось, що нагадує людині про страшну пережиту подію, якимось пов'язане з нею: місцем події, шумом, запахом, певними словами або думками.

У розвитку ПТСР особливе значення мають негативні події, що характеризуються загрозою для життя, непередбачуваністю та не контрольованістю. Загалом вони визначаються як «травматичні події, які виходять за межі звичайного людського досвіду».

Проблему ПТСР у своїх роботах висвітлюють такі вчені, зокрема М. J. Horowitz, Breslau N., Davis G.C, Solomon Z. та ін., у вітчизняній психології роботи пов'язані з ПТСР почали з'являтися лише в останні роки і вони мають загальний характер.

Відповідно до МКБ-10, посттравматичний стресовий розлад «виникає як відстрочена і тривала реакція на стресову подію чи ситуацію... винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка, в принципі, може викликати загальний дистрес майже у кожного.

Посттравматичний стресовий розлад розвивається після гострої реакції на стрес (F43.0), яка може характеризуватися сплутаністю свідомості, страхом, психомоторним збудженням або ступором, панічними реакціями, звуженням свідомості, мнестичними розладами, а також розладами, що відображають характер екстремального впливу. Іноді виникають гострі

психотичні стани з дезорієнтацією, зоровими і слуховими галюцинаціями, у змісті яких відображаються пережиті події.

Об'єкт дослідження: прояв ПТСР у підлітків

Предмет дослідження: особливості прояву ПТСР у підлітків, що ставали свідками активних бойових дій.

Мета: виявити особливості прояву посттравматичного стресового розладу серед підлітків-свідків бойових дій.

Задачі:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми.
2. Описати психологічний стан підлітків, які стали свідками бойових дій.
3. Встановити наявність серед підлітків проявів ПТСР.
4. Розкрити взаємозв'язок рівня тривожності з проявом ПТСР.

Для розкриття мети та задач дослідження було обрано такі методи та методики дослідження:

- Теоретичні (аналіз наукової та методологічної літератури, узагальнення).
- Психодіагностичні:
 1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант).
 2. Опитувальник «Шкала базових переконань, WAS» (Янов-Бульман).
 3. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-5.
 4. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна
- Математично-статистичні (SPSS) коефіцієнт кореляції Пірсона

У дослідженні взяли участь підлітки віком від 14 до 16 років з різних міст України, які стали свідками активних бойових дій в кількості – 35 осіб.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ПІДЛІТКІВ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Поняття «ПТСР» та підходи до його вивчення

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) не був офіційним терміном до 1980 року, поки не було опубліковано третє видання Діагностичного та статистичного довідника психічних захворювань. У цьому довіднику ПТСР було віднесено до підкатегорії «тривожних розладів», які розвиваються у відповідь на «рідкісні зовнішні події». Тобто на початку травма визначалася виключно як результат зовнішніх впливів і в термінах катастрофічних подій.

ПТСР призводить до стану хронічного перезбудження вегетативної нервової системи. Це викликає такі симптоми, як проблеми зі сном, дратівливість (аж до спалахів гніву), надпильність щодо потенційної загрози (у крайніх випадках нагадує параною). Через підвищену реактивність нервової системи пацієнт може мимоволі здригатися і навіть підстрибувати, почувши несподіваний шум.

ПТСР – «символічне» психічне захворювання початку двадцять першого століття. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найпоширеніших психопатологічних наслідків емоційної травми [4]. Виникає як відстрочена та (або) затяжна реакція на стресові події чи ситуації (короткочасні чи тривалі), такі як природні та техногенні катастрофи, військові дії, втрата близьких, зґвалтування тощо, винятково загрозливого або катастрофічного характеру, який може викликати загальний шок (психічний розлад) майже у кожної людини з повторним вторгненням ідей, що відображають екстремальні події, гострі драматичні спалахи паніки або дисфорії на фоні хронічного почуття заціпеніння, емоційної відстороненості, уникнення діяльності та ситуації, що нагадують травму. Період затримки може становити від кількох тижнів до кількох місяців. Спостереження

протягом тривалого часу показують, що ПТСР - це хронічне психічне захворювання, яке може тривати все життя багатьох людей.

Посттравматичний стресовий розлад – це складний стан, який включає зміни в багатьох нейробіологічних системах в результаті дисрегуляції когнітивної, афективної та поведінкової сфер [6].

Посттравматичні стресові реакції вивчали у дітей і підлітків. Рівень ПТСР може бути нижчим у дітей, ніж у дорослих, але за відсутності терапії симптоми можуть тривати десятиліттями.

Вперше синдром, дуже подібний до сучасного ПТСР, був описаний у солдатів під час Громадянської війни в Америці (Da Costa, 1864) і був названий «синдромом солдатського серця».

Стресові явища, зумовлені участю у бойових діях та інших екстремальних ситуаціях, стали предметом широкого вивчення вже під час Другої світової війни.

Активне вивчення цього синдрому почалося в Америці, у зв'язку з появою і поверненням ветеранів В'єтнамської війни. Більш того, в останні роки ХХ століття було відзначено, що психогенія серед ветеранів вже перевищувала втрати під час самих бойових дій. Цей розлад неоднозначний і дуже підступний. Крім гострої і підгострої форми, відомі уповільнена і уповільнена форми, де симптоми проявляються не відразу, а через кілька місяців після участі в бойових діях або участі в будь-яких подіях, пов'язаних з отриманням травматичного досвіду. Саме захворювання в Міжнародній класифікації хвороб (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду, МКБ-10) відноситься до групи розладів адаптації і позначається як гостра реакція на стрес і розлад адаптації. В американській класифікації (система DSM Американської психіатричної асоціації) захворювання називається посттравматичним стресовим розладом. Говорячи про це захворювання, ми маємо на увазі не тільки медичний аспект, але, насамперед, психологічний погляд на ПТСР.

Відповідно до МКБ-10, посттравматичний стресовий розлад «виникає як відстрочена і тривала реакція на стресову подію чи ситуацію... винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, яка, в принципі, може викликати загальний дистрес майже у кожного. " Таким чином, підкреслюються дві його особливості: явно психогенний характер розладу і безумовна, що виходить за рамки звичайного людського досвіду, гострота психогенії, виняткова сила її патогенної дії. У зв'язку з цим, по-перше, ПТСР слід розглядати серед інших психогенних психічних розладів, а по-друге, він заслуговує на особливу увагу саме у зв'язку з тяжкістю психічної травми та особливостями організації допомоги, викликані нею. У сучасному розумінні (згідно з МКБ-10) ПТСР включає такі групи клінічних ознак:

- Наявність в анамнезі події, що виходить за рамки звичайних людських ситуацій, вплив яких для більшості людей є травмуючим (стресовим) фактором.
- Постійне повернення людини до переживань, пов'язаних з травматичною подією (подіями). До цієї групи критеріїв входять чотири симптоми, для встановлення діагнозу ПТСР достатньо наявності одного з них: нав'язливі, постійно повторювані спогади про пережите, що викликають неприємні емоційні переживання; повторювані сни та кошмари, пов'язані з травматичною подією або подіями та викликають неприємні переживання; дисоціативні епізоди (флешбеки): раптове невмотивоване (як удар, спалах блискавки) будь-якими зовнішніми обставинами воскресіння в пам'яті різних аспектів травмуючих подій (подій); інтенсивні спалахи негативних емоційних станів, спровоковані будь-якими подіями, пов'язаними потерпілими з обставинами, що спричинили травму, або подібними до них.
- Стійке прагнення людини уникати або «блокувати» все. Що навіть віддалено може нагадати йому про травму. Згідно з цим критерієм, щоб зробити висновок, що людина страждає на посттравматичний стресовий розлад, необхідні принаймні три із семи симптомів: бажання уникнути будь-яких думок і почуттів, пов'язаних з обставинами, які призвели до травми;

бажання уникати будь-якої форми діяльності або ситуацій, які викликають спогади про обставини травми; неможливість відтворення основної пам'яті. Важливі елементи травматичної ситуації (психогенна амнезія); явна втрата будь-якого інтересу до тих видів інтенсивної діяльності, які мали велике значення в житті людини до травми; почуття відчуженості, відчуженості від інших; зниження рівня позитивних афективних реакцій (емоційна блокада, нездатність пережити повноцінне відчуття радості, любові; невпевненість у завтрашньому дні (неможливість зробити кар'єру, вийти заміж, народити дітей або довго прожити).

- Стійкі симптоми, що відображають підвищену збудливість і з'являються після травми. Для постановки діагнозу посттравматичний стресовий розлад суб'єкт повинен мати принаймні два з шести симптомів: порушення сну; підвищена дратівливість або спалахи гніву; труднощі з концентрацією уваги; підвищена обережність; підвищена лякливність; виражені фізіологічні реакції при згадці про пережитий стрес або пов'язані з ним обставини.

- Часовий критерій - час, протягом якого у пацієнта спостерігалися прояви вищезазначених симптомів, повинен становити не менше місяця. Тільки в цьому випадку можна говорити про наявність посттравматичних стресових розладів. Напади ПТСР, що розвиваються через 6 місяців і більше після травми, класифікуються як специфічно відстрочені. Перелічені критерії успішно використовуються в діагностиці ПТСР, проте аналіз критеріїв та перевірка їх валідності та достовірності ще триває.

Існує три типи ПТСР:

- гострий ПТСР, симптоми якого виникають протягом 6 місяців після травми, хоча їх тривалість менше цього терміну;

- хронічний (з тривалістю симптомів понад 6 місяців);

- відстрочений, коли симптоми виникають більше ніж через 6 місяців після травми.

Існують різні чинники, які сприяють виникненню та розвитку посттравматичного синдрому. У науковій літературі виділено 4 групи факторів:

- 1 група – природа травми;
- 2 група - тривалість впливу;
- 3 група - інтенсивність переживань травми;
- 4 група - вразливість, чутливість особистості:

4.1) ранні переживання травми (всі події сприймаються як ПТСР від раніше пережитих травм в анамнезі);

4.2) копінг-стратегії (копінг – це те, як людина долає травму);

4.3) реакція на навколишній світ.

Крім причин (факторів) ПТСР, вчені також виділяють симптоми, з якими спеціаліст має працювати. Ці симптоми умовно поділяють на шість груп: [13].

Перша група симптомів. Порушення афектів (емоційної регуляції).

Друга група симптомів. Це зміна свідомості.

Третя група симптомів. Це зміна сприйняття себе. Як правило, знижується самооцінка.

Четверта група симптомів. Порушене сприйняття кривдника (також відоме як «Стокгольмський синдром»), коли жертва закохується в свого гвалтівника і починає виправдовуватися.

П'ята група симптомів. Проблеми у відносинах. Вирішення таких проблем особливо важливо, якщо було скоєно сексуальне насильство.

Шоста група симптомів. Зміна системи цінностей, зміна світогляду.

Посттравматичний стресовий розлад розвивається після гострої реакції на стрес, яка може характеризуватися сплутаністю свідомості, страхом, психомоторним збудженням або ступором, панічними реакціями, звуженням свідомості, мнестичними розладами, а також розладами, що відображають характер екстремального впливу. (наприклад, ілюзії коливань землі після землетрусу). Іноді виникають гострі психотичні стани з дезорієнтацією,

сценоподібними зоровими і слуховими галюцинаціями, у змісті яких відображаються пережиті події.

На відміну від гострої стресової реакції, ПТСР виникає не в момент стресової події, а у віддаленій перспективі – після виходу пацієнта зі стресової ситуації.

Підгострі психічні розлади характеризуються розладами дереалізації та деперсоналізації; тривожно-депресивні стани з почуттям страху за своє життя, плаксивість, кошмарні сновидіння; депресивні реакції з конверсійними розладами; реакції ейфоричного типу з багатослівністю, з різкою недооцінкою тяжкості свого соматичного стану; obsesивно-фобічні розлади (страшні яскраві спогади про те, як їм було боляче). Тривалість таких станів коливається від кількох тижнів до кількох місяців. Особливо стійкі депресивні, obsesивно-фобічні розлади і розлади сну. Вони зберігаються навіть після загоєння отриманих травм, після виписки із соматичного стаціонару та відновлення працездатності. Ці порушення входять в клінічну картину ранньої стадії формування ПТСР.

Характеризуючи подальший розвиток ПТСР, американський психіатр Дж. Д. Кінзі (1989) звертає увагу на поєднання двох груп клінічних феноменів: безперервних напливів (відродження) у свідомості хворого екстремальної ситуації з супутніми афективними реакціями (тривога, жах), страх) і поведінка уникнення, тобто бажання піти від усього, що може нагадувати про трагічну подію.

Нав'язливі спогади зазвичай виникають без будь-яких зовнішніх подразників, але супроводжуючі їх переживання можуть бути настільки сильними, що пацієнт відчуває їх так, ніби трагічні події відбуваються в реальності. Ще більш виражені реакції виникають у відповідь на нагадують про них зовнішні подразники. Прикладом можуть бути описані реакції жертв нацистських концтаборів на вигляд свастики, а також учасників війни у В'єтнамі на відповідні телесюжети. Уникнення ситуацій і думок, які хоч би віддалено нагадували пережиту трагедію, має багато спільного з описаною

вище поведінкою хворих на попередніх стадіях розвитку ПТСР (аж до психогенної амнезії та стану заціпеніння). Але на цьому етапі нерідко на перший план виходять розлади сну, дратівливість і вибуховість, зниження деяких когнітивних функцій (особливо пам'яті та уваги). Також можуть розвинутися більш важкі психічні розлади (депресія, тривожні розлади, алкоголізм та ін.).

Наслідки військових дій для здоров'я виходять за межі смерті, хвороби та психічних розладів, пов'язаних із травмами, включаючи повсюдні наслідки руйнування економічних і соціальних інститутів і структури суспільства в цілому.

Люди з посттравматичним стресовим розладом мають різко погіршену здатність інтегрувати травматичний досвід з іншими життєвими подіями, їхні травматичні спогади не існують у формі зв'язаних історій, а складаються з інтенсивних емоцій і тих соматосенсорних елементів, які актуалізуються, коли постраждалий від посттравматичного стресового розладу перебуває у стані збудження або чутливості до подразників чи ситуацій, які нагадують йому про травму. Через те, що травматичні спогади залишаються неінтегрованими в когнітивну схему індивіда і практично не змінюються з часом. Час — що є природою психічної травми — жертви залишається «замороженим» в травмі як фактичному досвіді, замість того, щоб приймати його як щось, що належить минулому.

Реакції тіла людей із посттравматичним стресовим розладом на певні фізичні та емоційні подразники виявляються в такій формі, якби вони були ще за умов серйозної загрози; вони страждають на підвищену пильність, перебільшену реакцію на несподівані подразники і нездатність розслабитися. Люди з посттравматичним стресовим розладом страждають на умовне збудження вегетативної нервової системи. Постійне очікування (очікування) серйозної загрози викликає, наприклад, такий симптом, як труднощі з концентрацією уваги або звуження кола уваги, що спрямовані на джерело передбачуваної небезпеки.

А. Меркер у своїй концепції виділяє умови та фактори виникнення посттравматичного стресу:

- фактори, пов'язані з травматичною подією: тяжкість травми, її неконтрольованість, несподіванка;

- захисні чинники: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізми подолання;

- фактори ризику: вік на момент травмування, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький соціоекономічний рівень [10].

А. Бек вперше описав когнітивну модель реакції страху, яка стала основою когнітивних концепцій ПТСР. Згідно з цією моделлю, реакція індивіда на ситуацію страху включає оцінку ступеня її небезпеки та оцінку власних ресурсів, що дозволяють впоратися з цією ситуацією або уникнути її. У процес оцінювання ситуації страху включається когнітивна схема, яка сприймає ознаки, що відповідають їй, та уникає показників ситуації, які не вписуються в неї. Говорячи простіше, люди бачать те, що очікують побачити. Зумовлена минулим досвідом схема переживання страху актуалізується і змушує людину шукати інформацію, що відповідає цій схемі, та ігнорувати решту інформації. Зрештою дія схеми призводить до певних моторних реакцій – застигання на місці, боротьбі чи втечі [2].

Найбільш уразливими до посттравматичного стресового розладу є люди молодше 22 років і старше 30 років. Що стосується статі, то вчені відзначають, що у 8% чоловіків і 20% жінок розвивається ПТСР після травматичних подій. Діти та підлітки також схильні до ризику розвитку ПТСР.

Динаміка емоційних станів, що виникають під час повітряних нальотів у населення:

Почуття пригніченості та страху, кардіоваскулярні симптоми після нальоту зменшувалися, змінюючись ейфоричним збудженням, після тяжких нальотів були більш виражені апатія та байдужість. Також спостерігалися гострі депресивні реакції з вираженим почуттям самозвинувачення,

суїцидальними діями, коли ті, що залишилися живими, кидалися у вогонь, щоб загинути.

Найчастіше тригер є частиною травмуючого переживання: плач дитини, шум машини, об'єкти, що літають низько над землею, знаходження на висоті, зображення, текст, телепередача і т. д.

Нижче перераховані найпоширеніші тригери:

- певний контекст ситуації - наприклад, людні вулиці, схід або захід сонця, певний одяг;
- рух - наприклад, хтось біжить у напрямку індивіда;
- фільми, які в сюжеті мають певні події, що можуть нагадати про травму;
- звуки, особливо несподівані;
- запахи;
- читання чи обговорення чогось, що нагадує травму;
- дотик чи певні тактильні відчуття;
- ситуації - наприклад, перетин відкритих просторів, відчуття своєї вразливості або відсутність контролю;
- певний час доби;
- певний час року чи дата;
- деталі обстановки, наприклад світло, що падає під певним кутом;
- певні місця - місце, де сталася подія, або всі схожі на неї місця;
- люди, які були поруч у момент травми, або ті, хто схожий на них у будь-якому відношенні;
- конфліктні ситуації;
- запахи або смакові відчуття (наприклад, смак їжі, яку людина їла під час або незадовго до події, що травмує);
- фізичний біль.

Тригери можуть провокувати появу посттравматичних симптомів, таких як флешбеки, нав'язливі думки та нічні кошмари. Іноді тригер має лише віддалений зв'язок з подією, що травмує. У разі прогресування ПТСР посттравматичні симптоми можуть бути активовані навіть нейтральним стимулом [5].

Одним із факторів, який лежить в основі посттравматичного стресового розладу, є те, що людина встановила зв'язок між переживаннями чи тригером і тривожними думками чи поведінкою. Ці асоціації можуть бути сильними, і для їх усунення може знадобитися багато часу та багато роботи. Люди з ПТСР можуть уникати лікування зі зрозумілих причин; лікування часто вимагає говорити про травму та думати про неї. Хоча досвід роботи з травмою може бути важким, він також може дозволити людині повернутися до свого життя без страху чи тривоги.

ПТСР може бути надзвичайно важким, оскільки люди часто переживаючи свій найбільш травматичний досвід, можуть справлятися з цими стресовими та складними симптомами різними способами. Деякі люди можуть відсторонитися, деякі можуть виглядати наляканими або нервовими, а невелика частина може діяти агресивно. Існує поширена помилкова думка, що люди з посттравматичним стресовим розладом агресивні або небезпечні, але це не є загальною істиною.

Важливо зазначити, що люди з посттравматичним стресовим розладом, які проявляють агресію та насильницькі дії по відношенню до оточуючих, знаходяться в меншості, і насильство не включено як ознака діагнозу посттравматичний стресовий розлад. Дослідження підтверджують, що існує мало або слабкі докази того, що посттравматичний стресовий розлад пов'язаний із вищим рівнем насильницьких злочинів. Люди можуть мати справу з посттравматичним стресовим розладом і тригерами багатьма різними способами, але реактивна поведінка походить із місця страху та загрози, а не насильницького бажання. Для тієї частини людей з ПТСР, які

можуть демонструвати насильницьку поведінку, вони, швидше за все, мають більше симптомів у кластері гіперзбудження.

Доведено, що насильство серед людей із посттравматичним стресовим розладом є набагато вищим серед людей, які також мають розлад, пов'язаний із зловживанням психоактивних речовин. Вживання психоактивних речовин може посилити деякі почуття страху, які виникають при посттравматичному стресовому розладі, і може призвести до більш екстремальних реакцій, включаючи насильство[36].

Травматична динаміка посттравматичного стресового розладу може в кінцевому результаті заволодіти тим, як наш мозок обробляє інформацію, досвід і відносини. Травма може затьмарити звичайний повсякденний досвід через тривалий час після того, як загроза минула, створюючи загальний контекст, який може бути суттєво відірваним від того, що відбувається насправді, і призводити до частих спотворених уявлень, нерозуміння, функціональних порушень і неадаптивного пристосування.

У крайньому випадку посттравматичний стресовий розлад можна прийняти за особистість людини, особливо з ранньою або всеохоплюючою травмою, що ускладнює людям контакт зі своїм автентичним відчуттям «я» та формує життєвий вибір у сумний спосіб. Визнання посттравматичного стресового розладу та вирішення ключових терапевтичних важелів потенційно може змінити ситуацію: часто важка робота з одужання окупається меншим майбутнім жалем і більшою самооцінкою, безпекою та задоволенням від життя. Ми маємо більш чітке розуміння того, як війна спричиняє посттравматичний стресовий розлад на колективному рівні, і залишаємося замислюватися, як посттравматичний стресовий розлад сприяє майбутнім спалахам війни через ініціювання, уникнення та надмірну агресивну реакцію на передбачувану загрозу [37].

Психологічний стан людей, які пережили важку стресову, психотравмуючу ситуацію, має спільні риси, що виходять за межі стандартних психологічних станів. Постраждалі досить легко можуть

набувати позиції жертви. Згідно до того, що людині «вигідно» якомога довше залишатися жертвою. Відбувається віктимізація ситуації – люди отримують ярлик жертви. Крім цього, існує ще кілька особливостей, що характеризують аварію основних ілюзій, що визначають устрій світу: ілюзія справедливості устрою світу; деякі люди вважають, що світ має бути справедливим і все зло обов'язково має бути покараним. Вони припускають, що якщо вони ведуть праведний спосіб життя, то їх не має торкнутися страждання. ілюзія простоти устрою світу; деякі вважають, що світ розділений на дві частини: «наші» і «не наші». Стосовно «наших» застосовується чесність та шляхетність. «Не наші» – «погані» і мають бути знищені. проблема формування відповідальності у посттравматичній ситуації; постраждалий часто прагне отримати рішення «всіх проблем» з боку служб, близьких людей тощо. Тоді як сутність психологічної допомоги полягає в тому, щоб сама людина змогла запуснути механізм відповідальності за себе, за свою поведінку, за своє життя. Посттравматичний стресовий розлад може розвиватися після гострої реакції на стрес (F43.0), яка може характеризуватись розгубленістю, переживанням страху та панічними реакціями, психомоторним збудженням з агресією або ступором, звуженням свідомості, , що відбивають характер екстремального впливу Іноді можуть виникати гострі психотичні стани з дезорієнтуванням, сценopodobними зоровими та слуховими галюцинаціями, у змісті яких відбиваються пережиті події. На відміну від гострої стресової реакції ПТСР виникає над момент стресового події, а відсунуто у часі - після виведення пацієнтів зі стресу. Протікання ПТСР частіше хвилеподібне; в більшості випадків, особливо при сприятливій оточуючій, сімейній обстановці та хороших соціальних умовах, спостерігається одужання. Можливий затяжний перебіг з наростаючими психопатopodobними розладами, епізодами антисоціальної поведінки, алкоголізацією, вживанням наркотиків. Нерідко може розвиватися стійка зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0): хронічна зміна особистості може розвинути за травмуючим фактором. Стрес може бути настільки нестерпно

важким, що немає необхідності враховувати індивідуальну схильність для пояснення його глибокого впливу на особистість. Це перебування в концентраційних таборах, тортури, стихійні лиха, тривала загроза життю. Цьому типу особистісної зміни може передувати посттравматичний стресовий розлад (F43.1) і тоді він може розглядатися як хронічний, незворотний продовження посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичні симптоми не завжди однакові для всіх. Hagenaars, Fisch і van Minnen (2011) досліджували пацієнтів, які постраждали від одного або кількох травматичних інцидентів (жоден із учасників дослідження не був військовим), і виявили, що пацієнти з кількома травмами виявляли інші симптоми ПТСР, ніж ті, хто пережив одну травму. Крім того, вони виявили значні відмінності в тому, що пацієнти з кількома травмами мали вищий рівень дисоціації, гніву, провини та сорому. Крім того, вони виявили статистично значущу різницю в міжособистісній чутливості, що свідчить про підвищений рівень недовіри у стосунках (Hagenaars et al, 2011) [38].

Кількість та значимість співвідношення супутніх та основних симптомів ПТСР дозволяє виділити кілька типів ПТСР, що, перш за все, має практичну терапевтичну значимість. Деякі дослідники виділяють чотири типи течії ПТСР [5]:

Тривожний тип ПТСР

- високий рівень соматичної та психічної невмотивованої тривоги;
- гіпотимія з переживанням, не рідше кількох разів на добу, мимовільних, з відтінком нав'язливості уявлень, що відображають психотравматичну ситуацію;
- дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту;
- дратівливість, напруженість;
- страх безсоння, страх перед болісними сновидіннями, навмисним відсуненням настання сну;

- пароксизмальні вечірньо-нічні стани з почуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або припливами жару;

- переважає прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму.

Астенічний тип ПТСР

- домінування почуття млявості та слабкості;

- фон настрою знижений з переживанням байдужості до раніше цікавили подій у житті;

- байдужість до проблем сім'ї;

- пасивність, втрата почуття задоволення від життя;

- домінують думки про власну неспроможність;

- кілька разів на тиждень виникають мимовільні уявлення епізодів ситуації, але на відміну від тривожного типу, уявлення позбавлені яскравості, детальності, емоційного забарвлення і визначаються як "виникають у свідомості картини з відтінком нав'язливості";

- розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісною дрімою, часом протягом усього дня.

Дисфоричний тип ПТСР

- постійне переживання внутрішнього невдоволення;

- роздратування, що доходить до спалахів злості та люті;

- тужливо-похмурий настрій;

- високий рівень агресивності, прагнення зганяти на оточуючих дратівливість і запальність, домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили;

- неможливість стримати афект, на зауваження оточуючих дають бурхливі реакції, про які шкодують згодом, виникають мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій, сценподібного характеру;

- типово уникаюча поведінка, замкнутість, небагатослівність.

Соматоформний тип ПТСР

- часто виникає унікаюча поведінка на фоні панічних атак;
- симптоми емоційного заціпеніння та феномен "флеш-бек" зустрічаються досить рідко і не носять настільки важкого емоційного характеру, як раніше;
- ідеаторний компонент симптомокомплексу представлений іпохондричною фіксацією на тілесних скаргах і пароксизмальних нападах з вираженою тривогою очікування їх виникнення.

1.2 Прояви ПТСР у підлітків

Під час стихійних лих, військових дій, терористичних актів діти та підлітки можуть бути вкрай вразливими до надзвичайно інтенсивних та виражених травмуючих факторів. Ці види травматизації характеризуються не тільки важкою шкодою фізичному здоров'ю підлітків, але й створюють атмосферу страху, небезпеки та невизначеності, внаслідок чого виникає подальша психічна травматизація.

Поширеність ПТСР серед дітей та підлітків визначити нелегко. Vlot та Oberink (2012) розглянули 17 досліджень, в яких повідомлялося про рівень поширеності ПТСР серед осіб молодого віку, які пережили різні події, що травмують. Було виявлено, що цей показник становить від 5,3 до 98% залежно від типу події. Найвищий рівень визначався у дітей та підлітків, які пережили війни, політичні переслідування чи репресії, а найнижчий – серед тих, хто переніс серйозні захворювання чи пошкодження [34].

На жаль, підлітки схильні до ризику травмуючих подій у суспільстві, школах і навіть у своїх сім'ях. Історично склалося, що під травмами найчастіше мають на увазі катастрофічні події, наприклад, тероризм, війни, голод і геноцид. Багато дітей живуть в умовах насильства, небезпеки та злиднів. Мільйони стають об'єктами травм, жорстокості та поганого поводження. Також існують травми, які неможливо запобігти, такі як серйозні ушкодження або захворювання, втрата батьків через хворобу, смерть, стихійне лихо або бойові дії.

У підлітків, які пережили подію, що травмує, ймовірно, частіше, ніж у дорослих, розвивається ПТСР (Fletcher, 1996). Навіть якщо травма у дитячому віці не призвела до ПТСР, у дорослому зростає ризик цього розладу, а також інших проблем зі здоров'ям. Було виявлено, що у підлітків віком 14-16 років при порівнянні з дітьми 9-13 років внаслідок травмуючої події значущими детермінантами розвитку ПТСР протягом наступного року є тривога і сімейне неблагополуччя, що раніше існувало [33].

Suliman та ін. (2009) визначили, що у підлітків, які перенесли множинні події, що травмують, спостерігається більше симптомів ПТСР, ніж у тих, хто пережив тільки одне. Однак після єдиної травми у дівчаток частіше, ніж у хлопчиків, мало місце ПТСР [32].

Травматична подія може мати різноманітні негативні наслідки для підлітків. Тому немає нічого незвичайного в тому, що ПТСР асоціюється з іншими психічними розладами. Згідно з De Young та ін. (2011), частота коморбідного опозиційного протестного розладу (ОПР) і синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) зростає з діагнозом ПТСР.

Депресія та тривога також можуть виникати внаслідок травматичної події в дитинстві та супроводжувати ПТСР (Suliman et al., 2009). Розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, суттєво корелюють із дитячою травмою, а також супутнім ПТСР. Khoufy та ін. (2010) обговорили взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і розладами, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами у дорослих, які пережили травматичні події в дитинстві. Таким чином, наявність симптомів посттравматичних стресових розладів у дитинстві з більшою ймовірністю призводила до розвитку розладів зловживання психоактивними речовинами у дорослих порівняно з травматичними подіями в дитинстві без симптомів посттравматичних стресових розладів [32].

Посттравматичний стресовий розлад у підлітків протягом багатьох років широко досліджувався. Завдяки цьому дослідженню було виявлено низку загальних симптомів, пов'язаних із ПТСР. Ці симптоми

використовуються в діагностичних цілях, але також допомагають зрозуміти поведінку та емоції тих, хто пережив травму.

Для підлітків, які пережили військові дії, характерні проблеми у навчанні та спілкуванні. Їм властиві порушення поведінки від депресії до агресії. У підлітків також відзначаються різні соматичні скарги, за результатами медичних оглядів які мають органічної природи.

Для того, щоб підлітку поставили діагноз ПТСР, у нього повинен бути принаймні один симптом з кожної з трьох категорій симптомів, які зазначені нижче:

1. Симптоми повторного переживання або «повторного переживання» травми

- Сумні спогади про травму; яка зазвичай включає повторювані, яскраві образи про травму.
- Кошмари про травму.
- Іноді це може бути «флешбек», коли підліток втрачає зв'язок із теперішнім моментом і говорить і діє так, ніби травма сталася зараз.
- Тривога, коли нагадують про травму. Підлітки з цим симптомом можуть стати дуже тривожними (плакати, істерики), коли вони бачать або чують нагадування про травму.

2. Симптоми уникання

Уникнення нагадувань про травму. Діти та підлітки з ПТСР часто намагаються уникати всього, що нагадує їм про те, що сталось. Нагадування можуть включати:

- Обставини (дійсна дата події, одяг, місце, де сталася подія).
- Речі, пов'язані з травмою.
- Загальні ознаки небезпеки (телепередачі про насильство, новини, сирени).
- Обговорення, пов'язані з травмою (наприклад, розмова про війну).

- Забуття (амнезія) частин травми. Деякі підлітки з посттравматичним стресовим розладом можуть забути частини травматичної події або не знати про хронологію травми.

- Зниження інтересу до занять, які раніше подобалися. Після травми підлітки можуть припинити зустрічатися зі своїми друзями або припинити соціальні заходи, які їм раніше подобалися.

- Почуття відірваності від інших/почуття заціпеніння. Деякі підлітки з ПТСР можуть виявляти мало емоцій після травми та вирішують ізолювати себе від інших та уникають говорити про те, що вони відчують.

3. Симптоми високої тривожності або «перезбудження»

- Труднощі зі сном. Багато підлітків із посттравматичним стресовим розладом мають проблеми із засипанням або прокиданням, що зазвичай є результатом відчуття сильної тривоги протягом усього дня.

- Спалахи гніву. Після травми деяким підліткам з ПТСР важко контролювати свій гнів. Це може включати нетерпіння, крики, істерики або навіть удари.

- Труднощі концентрації. Після травми деякі діти та підлітки відчують труднощі з концентрацією на повсякденній діяльності.

- Гіпернастороженість. Підлітки з посттравматичним стресовим розладом часто «на сторожі» або «напоготові» весь час. Таким чином, вони легко лякаються, часто підстрибуючи від найменшого звуку або потенційної загрози.

Крім ПТСР, підлітки, які пережили травму, часто мають інші проблеми.

При тривалій розлуці з батьками під час війни в дітей віком відзначені такі порушення, як депресія, нездатність відчувати задоволення, порушення соціальних контактів.

За спостереженнями дослідників, на психічний стан людей найбільший вплив надають катастрофи, викликані навмисними діями людей. Техногенні

катастрофи, що відбуваються з необережності або випадкового збігу обставин, переживаються менш важко, але все ж таки важче, ніж природні катаклізми.

ПТСР у підлітків – це те, до чого слід ставитися вкрай серйозно. Хоча симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути особливо сильними протягом місяців після травматичної події та зникати після цього, підлітки можуть відчувати ці симптоми роками, якщо їх не лікувати [31].

Порушення, що виникають після насильства, торкаються всіх рівнів людського функціонування. Вони призводять до стійких особистісних змін, які перешкоджають здатності дитини реалізувати себе у майбутньому.

Насильство може викликати різні порушення, такі як порушення у пізнавальній сфері, а також розлади апетиту, сну; зловживання наркотиками; алкоголізм; мимовільне відтворення травматичних процесів у поведінці; спроби самопокарання (наприклад, самокатування); безліч соматичних скарг. До когнітивних та емоційних симптомів підліткового посттравматичного стресового розладу відносяться:

- проблеми із запам'ятовуванням ключових особливостей травматичної події;
- спотворені почуття, наприклад, відчуття своєї провини за подію;
- негативні думки про себе чи світ загалом;
- неповажна та деструктивна поведінка, думки про помсту (особливо у хлопчиків-підлітків);
- втрата інтересу до колишніх, улюблених занять.

ПТСР у підлітків може ближче нагадувати ПТСР у дорослих. Однак є кілька особливостей, які є характерними. Як обговорено вище, діти можуть брати участь у грі після травми. Підлітки, ймовірно, беруть участь у відтворенні, що травмує, в яке вони включають аспекти травми в їх щоденне життя. Крім того, підлітки ймовірніше, ніж молодші діти або дорослі, показують імпульсивні та агресивні реакції поведінки.

Частина тимчасово переселених внаслідок військ дії дітей відчувають фрустрацію через те, що вони живуть на новому місці без піклування батьків або під опікою родичів чи батьків, які можуть бути травмованими чи повністю деморалізованими новими соціально-економічними викликами, потерпати від тривожних і депресивних розладів, зловживати психоактивними речовинами. До того ж у таких родинах нерідко спостерігається збільшення ризику насильства вдома.

Підлітки зовсім не застраховані від травм і можуть з більшою вирогідністю пережити посттравматичний стресовий розлад в результаті травматичного досвіду. Підраховано, що 5% підлітків у віці від 13 до 18 років відчувають ПТСР. Дівчата частіше відчувають це, ніж хлопчики. Поширеність посттравматичних стресових розладів становить приблизно 8% серед дівчат і 2,3% серед хлопчиків. Деякі дослідники вважають, що посттравматичний стресовий розлад насправді дещо вищий у підлітків, ніж у дорослих [31].

Діти з складними травматичними стресовими розладами часто мають дезорганізовані моделі включення та відсторонення в стосунках [24]. Неорганізована прихильність включає сукупність форм порушення регуляції відносин, включаючи генералізовані очікування («робочі моделі» Боулбі) засновані на глибокій недовірі, відчуженні та знеціненні, а також зразки міжособистісної взаємодії, що характеризуються всіма ознаками складних травматичних стресових розладів: емоційна нестабільність, фрагментована обробка інформації, імпульсивна/унікаюча поведінка, дисоціація та соматизація [23].

Виділяють такі типи підліткового посттравматичного стресового розладу:

- гострий посттравматичний стресовий розлад. Характеризується яскравим проявом класичних симптомів ПТСР у підлітків.
- хронічний посттравматичний стресовий розлад. Розвивається, якщо не звертатися за допомогою до лікаря та ігнорувати стан підлітка.

Симптоми стають менш помітними, але з'являються ознаки виснаження нервової системи, байдужість, грубість, агресія.

- відстрочений синдром посттравматичного стресового розладу. При цьому виді ПСТР у підлітка симптоми починають виявлятися лише через кілька місяців після дії шокової ситуації.

- деформації емоційно-вольової сфери. З'являються при тривалому хронічному перебігу розладу. У підлітка розвиваються напади тривоги, страху, паніки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було проведено аналіз наукової літератури з проблеми особливостей прояву посттравматичного стресового розладу серед підлітків. Також було розглянуте саме поняття посттравматичного стресового розладу, що являє собою психічний розлад, який може розвинутися після впливу надзвичайно загрозливих або жахливих подій. Багато людей виявляють надзвичайну стійкість і здатність відновлюватися після травми. ПТСР може виникнути після однієї травматичної події або внаслідок тривалого впливу травми, наприклад бойових дій. Передбачити, у кого в подальшому розвинеться ПТСР, є досить проблематично.

Симптоми ПТСР включають у себе постійні нав'язливі спогади, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, негативні зміни в когнітивних процесах і настрої, а також підвищене збудження. Діагноз може бути поставлено людині, чия здатність нормально функціонувати була помітно порушена протягом одного місяця відповідно до критеріїв DSM-5. Відстрочена поява симптомів (іноді через роки), також є звичайним явищем, у тому числі, коли наслідки є досить серйозними.

Люди з ПТСР мають інтенсивні, тривожні думки та почуття, пов'язані з їхнім досвідом, які тривають довго після того, як травматична подія закінчилася. Вони можуть заново пережити подію через спогади або кошмари; вони можуть відчувати смуток, страх або гнів; і вони можуть відчувати себе відчуженими або відчуженими від інших людей. Люди з

ПТСР можуть уникати ситуацій або людей, які нагадують їм про травматичну подію, і вони можуть мати сильну негативну реакцію на щось настільки звичайне, як гучний шум або випадковий дотик.

Симптоми когнітивної діяльності та настрою можуть виникати або посилюватися після травматичної події. Ці симптоми можуть викликати у людини відчуття відчуженості або віддалення від друзів або членів сім'ї.

У підлітків може бути сильна реакція на травму, але деякі їхні симптоми можуть відрізнятися від симптомів у дорослих. Вони можуть мати руйнівну, неповажну або деструктивну поведінку. Старші діти та підлітки також можуть почуватися винними за те, що не запобігли чийсь травмам чи смерті. У них також можуть бути думки про помсту.

Розвиток ПТСР у підлітка залежить від багатьох факторів, включаючи тяжкість травми, частоту її виникнення та реакцію членів сім'ї на подію. Підліток із ПТСР відчуває, що не може уникнути впливу травми. Вони намагаються уникати людей або ситуацій, які нагадують їм про подію. Іноді вони будуть відчувати спогади або «флешбеки» про подію, або вони можуть мати кошмари про це, які здаються дуже реальними. Ці постійні нагадування роблять повсякденне життя справжньою проблемою, особливо для молодих людей, яким може бути важко висловити те, що вони відчувають і переживають.

До когнітивних та емоційних симптомів підліткового посттравматичного стресового розладу відносяться:

- проблеми із запам'ятовуванням ключових особливостей травматичної події;
- спотворені почуття, наприклад, відчуття своєї провини за подію;
- негативні думки про себе чи світ загалом;
- неповажна та деструктивна поведінка, думки про помсту (особливо у хлопчиків-підлітків);
- втрата інтересу до колишніх, улюблених занять.

ПТСР у підлітків може ближче нагадувати ПТСР у дорослих. Однак є кілька особливостей, які є характерними. Як обговорено вище, діти можуть брати участь у грі після травми. Підлітки, ймовірно, беруть участь у відтворенні, що травмує, в яке вони включають аспекти травми в їх щоденне життя. Крім того, підлітки ймовірно, ніж молодші діти або дорослі, показують імпульсивні та агресивні реакції поведінки.

РОЗДІЛ 2 ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Характеристика вибірки

Дослідження проводилось завдяки використанню сервісу GoogleForms. В дослідженні взяли участь підлітки з різних населених пунктів України віком від 14 до 16 років, які були свідками активних бойових дій у своєму місті. Загальний обсяг вибірки складає 35 осіб віком зазначеним вище.

Характеристику вибірки продемонстровано на Рис.1, де можна побачити різницю між гендерними особливостями серед опитуваних.

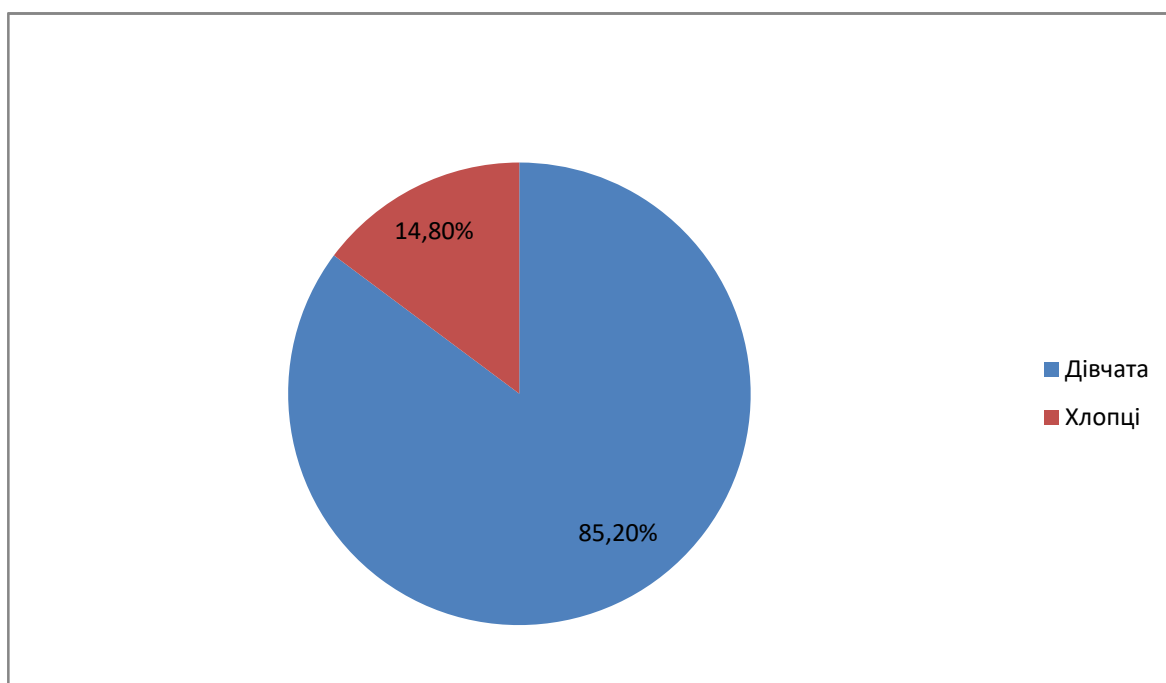


Рис. 1 Співвідношення хлопців та дівчат серед вибірки

1.2 Характеристика процедури методики

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) була використана для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій. Шкала складається з тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта. У методиці наводяться 39 тверджень, у яких узагальнено різноманітний досвід людей, які пережили важкі, екстремальні події та ситуації. Під кожним твердженням дається шкала від 1

до 5. Випробуваному необхідно обвести кружком обраний ним номер відповіді, який найкраще описує його почуття. Оцінка результатів проводиться шляхом підсумовування балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду. Сильною стороною шкали – є пункти, що містяться в опитувальнику, поділяються на 4 категорії, три з них відповідають критеріям DSM: 11 пунктів спрямовані на виявлення симптомів вторгнення, 11 - уникнення і 8 питань пов'язані з критерієм фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини та суїцидальності. Також, сильна сторона шкали полягає в тому, що дану методику можна провести одразу на великій кількості вибірки одночасно.

Опитувальник «Шкала базових переконань, WAS» (Янов-Бульман) було використано, аби виділити найбільш проблемні області когнітивної сфери, в осіб, які пережили певну психічну травму. В адаптації Падуна та Котельникової, методика складається із 37 тверджень, розподілених за 5 шкалами. Відповіді формуються за 6-бальною шкалою Ліккерта, як і в оригінальній версії. Шкали методики: образ «Я», доброзичливість навколишнього світу, справедливість, успіх, переконання про контроль.

На думку американського психолога Ронні Янов-Бульман, шкала заснована на трьох категоріях базових переконань, що становлять ядро нашого суб'єктивного світу:

Віра в те, що у світі більше добра, ніж зла. У цю категорію входить ставлення до навколишнього світу загалом і ставлення до людей.

Переконання, що світ сповнений сенсу. Зазвичай люди схильні вірити, що події відбуваються не випадково, а контролюються і підпорядковуються законам справедливості.

Переконання у цінності свого " Я " . Тут основне значення мають три аспекти: "Я хороша людина" (самооцінка), "Я правильно поводжуся" (контроль) і оцінка власної успішності.

Базові переконання особистості зазнають серйозних змін під впливом перенесених особистістю дитячих психологічних травм та травматичних подій, внаслідок яких ґрунтовно руйнуються звичні життєві уявлення та схеми поведінки. Негативний досвід викликає довгострокові та важкі психологічні проблеми. Почуття безпорадності та втрати контролю над власним життям може зберігатися ще довгий час після того, як зникнуть первісні симптоми. Таким чином, базові переконання, як щодо самого себе, так і щодо навколишнього світу можуть суттєво відрізнятись у осіб, які пережили травматичну подію і не пережили такого.

Методику можна провести образу на великій кількості людей, що є її сильною стороною, також сильною стороною методики є те, що вона дозволяє розглянути проблемні моменти когнітивної сфери з різних аспектів.

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-5 була використана для того, аби виявити поширеність серед вибірки симптомів ПТСР. Дана методика складається з 20 питань опитувальника, які згруповані у чотири підшкали симптомів посттравматичного стресу, що відповідають критеріям DSM, а саме: симптоми нав'язливого повторення, симптоми уникнення, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми збудливості. Опитуваному необхідно уважно прочитати кожне питання та обрати ту відповідь, яка відображає, наскільки сильно його турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця.

Шкала тривоги Спілбергера є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). В цій роботі вона була використана для визначення вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта у поступовій динаміці. В адаптації Ю. Л. Ханіна, тому дана методика діагностики тривожних станів також зветься «Шкала Спілбергера-Ханіна» та складається з 40 питань. В рамках цього тесту створено 2 підшкали. Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності)

оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти почуваються «наразі», використовуючи суб'єктивні почуття страху, напруги, нервозності, занепокоєння і порушення вегетативної нервової системи. Друга шкала особистої тривожності оцінює щодо стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює почуття стану спокою, впевненості та безпеки. Загальний підсумковий показник по кожній підшкалі може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Для загальної інтерпретації показників автор методики пропонує використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

до 30 балів – низька

31-44 бали – помірні

45 і більше – висока

Зіставлення результатів з обох підшкал дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Коефіцієнт кореляції Пірсона було використано для визначення міри зв'язку між факторами наявності ПТСР та тривожністю.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ, АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРИТАЦІЯ ДАННИХ

3.1 Опис результатів емпіричного дослідження ПТСР у підлітків

Згідно з отриманими результатами дослідження за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій було виявлено, що серед усіх досліджуваних підлітків у 58,5 % мають місце окремі прояви симптомів посттравматичного стресового розладу, він не досягає межі клінічного порушення, має транзиторну форму прояву (симптоми нестійкі, змінюються або проходять), сприятливий прогноз без втручання профільних спеціалістів. Найчастіше симптомом є порушення сну. Пацієнти довго не можуть заснути. Їх турбують кошмарні сновидіння. Відзначається лабільність їхнього настрою. 28,7 % мають вираженні ознаки наявності симптомів ПТСР, що мають явні клінічні прояви згідно з МКБ10. Для таких людей посттравматичний стресовий розлад може порушувати нормальний спосіб життя, погіршувати соціальну адаптацію, заважати процесу фізичного та психологічного відновлення після травми, а у 12,5 % повністю відсутні будь-які симптоми прояву ПТСР.

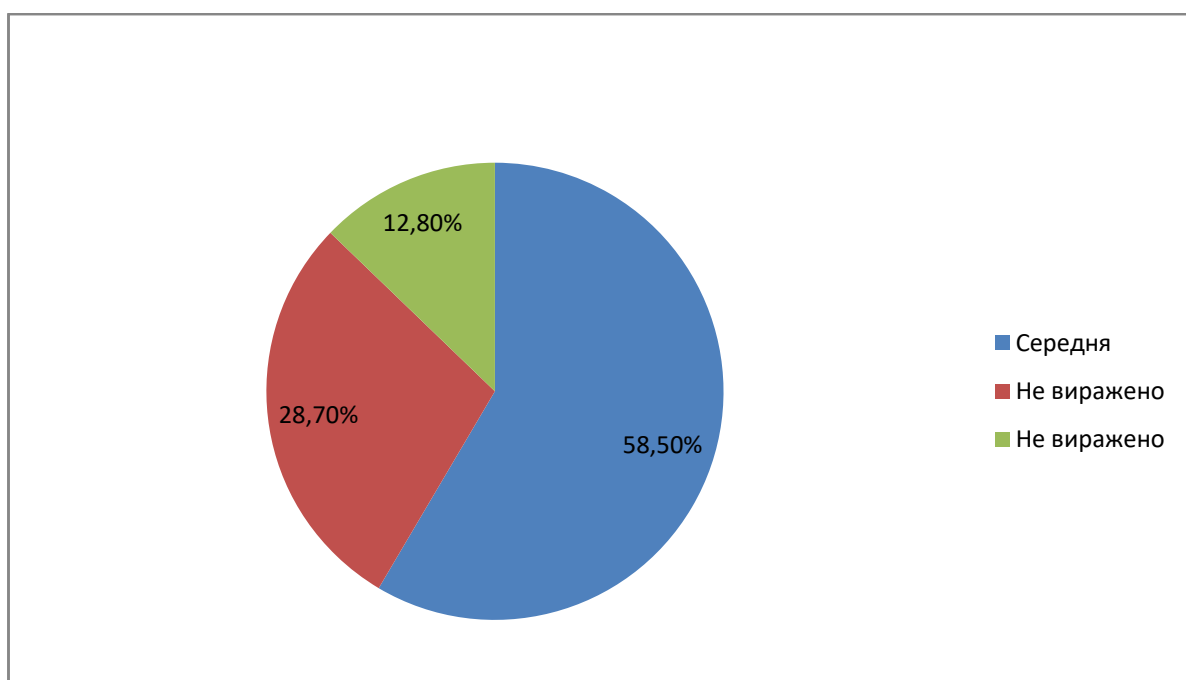


Рис. 2 Вираженість симптомів ПТСР серед вибірки

Найбільш поширеними проявами симптомів серед опитуваних є: повторювані, неспокійні спогади, образи, думки про пережиту стресову ситуацію, вони притаманні 87% вибірки, 55,5 % опитуваних почувалися дуже засмученим, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес, 48,1% підлітків відмічали, що у них з'являються сильні фізіологічні реакції, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес (наприклад, прискорене серцебиття, утруднення дихання, потовиділення), 44,4 % усіх опитуваних уникали спогадів, думок чи почуттів, які стосуються пережитого стресу, 66,6% підліткам було важко згадувати важливі епізоди стресової події, 55,5 % опитуваних відмітили, що втратили інтерес до того чим цікавилися раніше, 77,7 % вибірки мали почуття ніби вони зараз віддалені від інших людей навколо. Також, 70,3 % усіх опитуваних помітили за собою збільшення проявів роздратування, вибухів агресії, або агресивних дій по відношенню до себе або оточуючих їх людей, 78% серед опитуваних були в стані надмірної настороженості, пильності, або як би наготові, а також відчували нервозність, легко лякалися. Можна відмітити також те, що 82% з усіх опитаних мали труднощі з концентрацією уваги та мали труднощі зі сном.

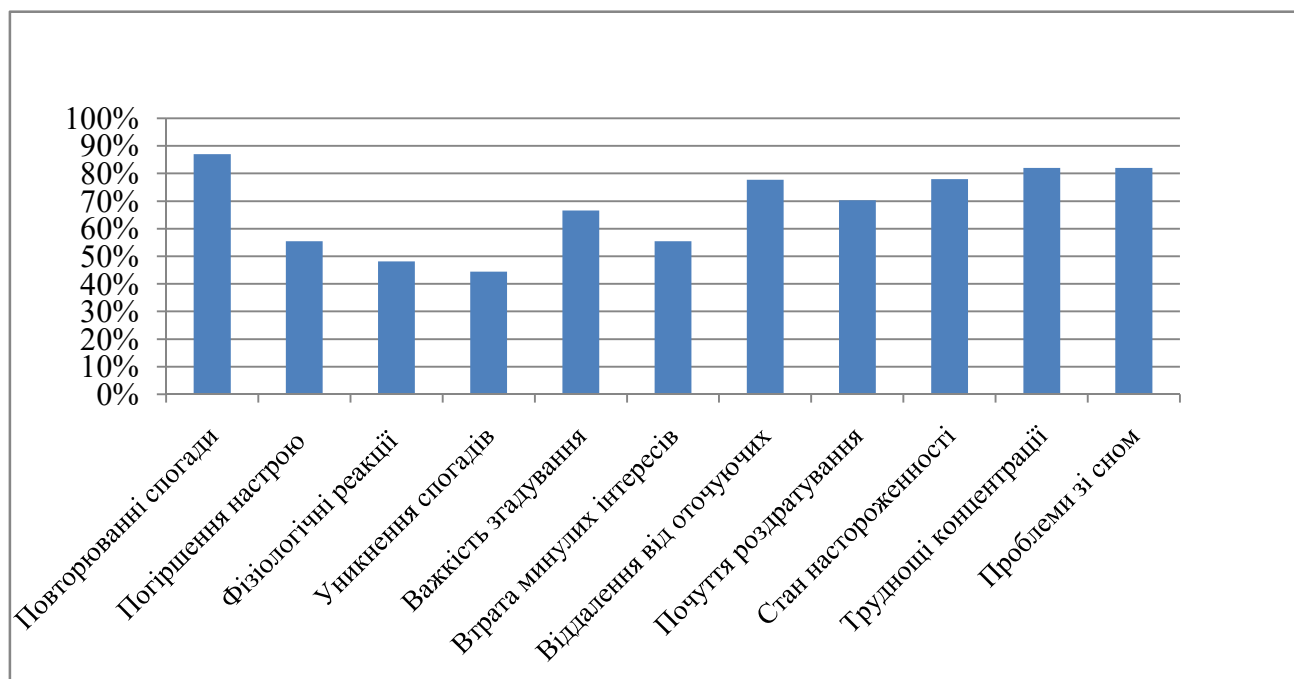


Рис. 3 Характерні поширені симптоми ПТСР серед вибірки

Отже, згідно з отриманими даними за цими двома методиками, можна зробити висновок, що більшість опитуваних підлітків, які були свідками активних бойових дій в своїх містах, мають характерні та притаманні ПТРС симптоми.

Результати дослідження рівня тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна.

Проводячи аналіз згідно з результатами методики рівень тривожності серед опитуваних підлітків, можна зробити висновок, що помірну ситуаційну тривожність характерна для 85 % від усієї вибірки, висока ситуаційна тривожність виявилася характерною для 15 % вибірки, висока особистісна

тривожність є у 58 %, а помірну особистісна тривожність присутня у 42 %.

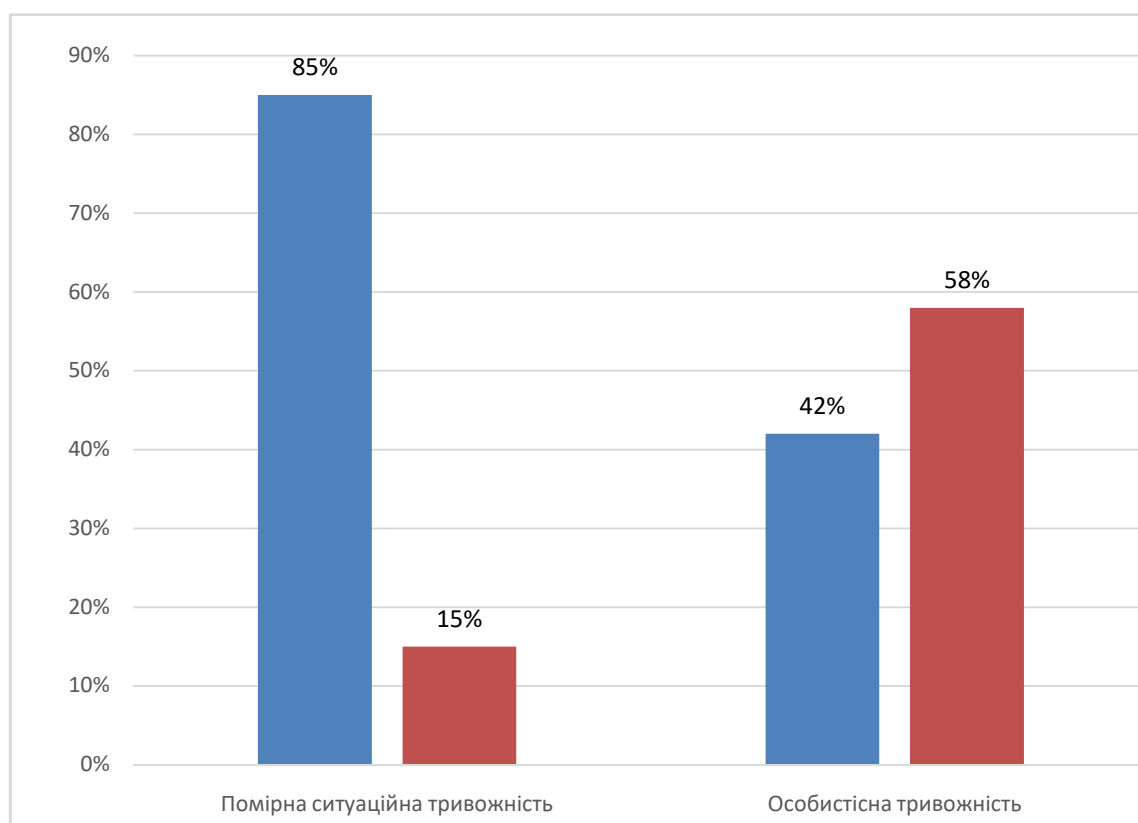


Рис. 4 Співвідношення помірної ситуаційної та високої тривожності

Тривожність – індивідуальна психологічна особливість, яка відображає переживання емоційного дискомфорту та передчуття загрозової небезпеки.

Також категорією «тривожність» позначаються щодо стійкі індивідуальні відмінності схильності індивіда відчувати цей стан. У разі тривожність означає особистісну рису. Її рівень можна визначити, виходячи з того, як часто і як інтенсивно у індивіда виникають стани тривоги.

Під особистісною тривожністю завжди розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий "спектр" ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги.

Ситуаційна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічності в часі.

Низький рівень ситуативної тривоги, на думку дослідників, означає недостатню актуалізацію потреб студентів в даний момент у зв'язку з невисокою значимістю для людини того, що відбувається, ситуація сприймається як переборна і не представляє ніякої загрози для неї.

Причиною тривоги може бути внутрішньо особистісний конфлікт, який формується у процесі виховання та життєдіяльності. З психологічної точки зору існує ситуативна (реактивна) та особистісна тривожність. Оптимальний рівень тривоги необхідний ефективного пристосування особистості є адаптивним. А високий та надмірно низький рівень тривожності можуть призвести до дезадаптації.

Особистісна тривожність формується з раннього дитинства, базуючись на індивідуальних особливостях особистості та під впливом зовнішніх факторів, а також типів виховання.

Підвищення рівня особистісної тривожності, як правило, пов'язане з формуванням внутрішньо особистісного конфлікту і проявляється відчуттям постійної небезпеки, почуттям невизначеності, стурбованості, напруги і невдачі, що насувається, тривожного очікування, невизначеного занепокоєння або як відчуття невизначеної загрози, характер і час якої не піддається. Підвищений рівень внутрішньо особистісної тривожності важко коригується і є основою формування серйозних невротичних розладів.

Люди, що мають середній рівень ситуативної тривоги, знаходять в собі сили і можливості контролювати власні переживання і об'єктивно оцінюють виниклі ситуації, але це їм вдається не відразу, оскільки відсутня повна впевненість в собі, в успішному результаті ситуації. Тому має місце короточасне порушення емоційної рівноваги, зниження працездатності. Відновлення емоційного комфорту відбувається досить швидко після усунення напруженої ситуації або після повноцінного включення механізмів особистісної регуляції і самоконтролю.

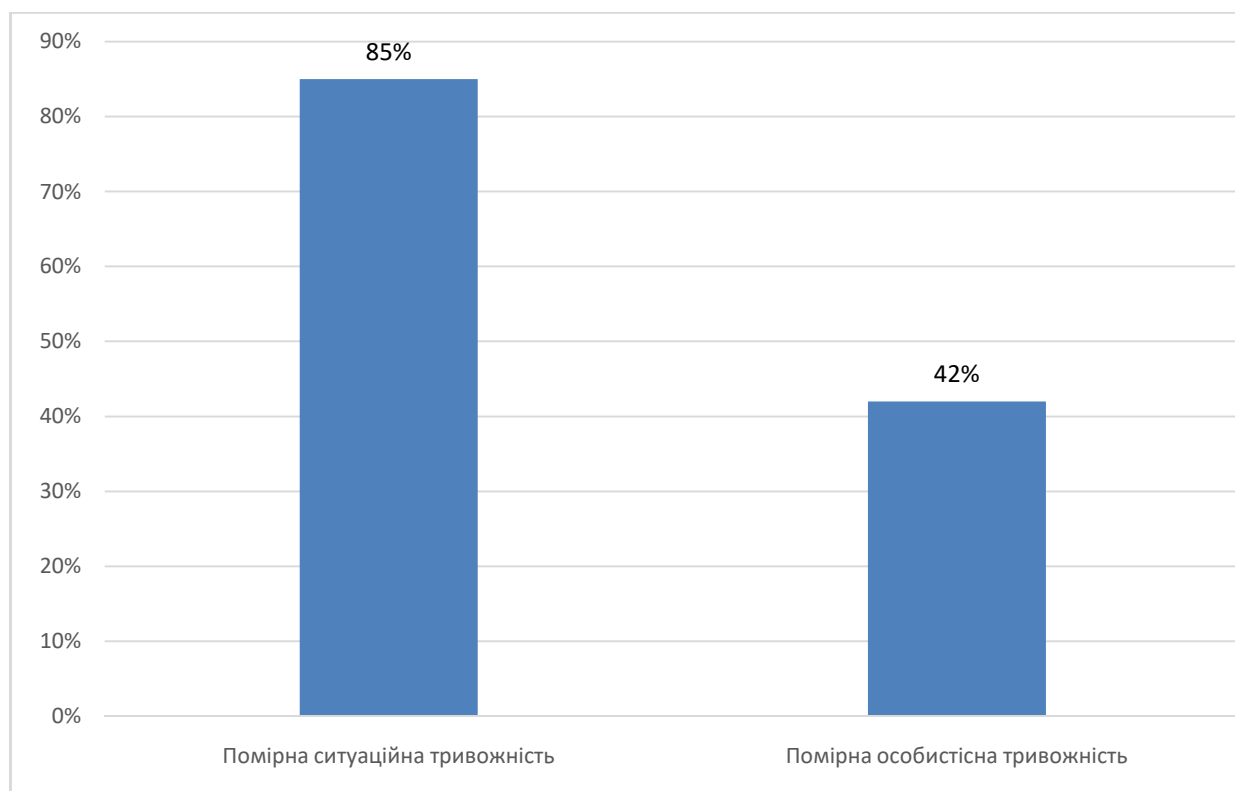


Рис. 5 Співвідношення помірної ситуаційної та особистісної тривожності

Ситуаційна, чи ситуативна тривога характеризується станом особистості певний час і пов'язані з зовнішніми чинниками, зумовлюють «вітальну» чи соціальну загрозу. Така тривожність є відповіддю зміни обставин, які розцінюються суб'єктом як стресові. Коли дратівливий чинник вичерпується, стан індивіда нормалізується. Реактивну тривогу можуть провокувати різні причини: складна політична та економічна ситуація, природні катаклізми, негативні новини, проблеми в сім'ї та на роботі, власний багаж невдалого досвіду, страхи. На фізіологічному рівні реакція тривоги проявляється посиленням серцебиття, почастішанням дихання, підвищенням артеріального тиску, зниженням порога чутливості та зростанням загальної збудливості як прагнення змінити важку життєву ситуацію.

Особи, яких можна віднести до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому діапазоні

ситуацій та реагувати на це дуже вираженим станом тривожності. Їм необхідно зміщати акцент з зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування по підзадач.

Підлітки із середнім рівнем особистісної тривожності відчують себе комфортно, зберігають емоційну рівновагу, працездатність в ситуаціях, до яких вони вже адаптувалися. Поява тривоги, неспокою, емоційного дискомфорту можливі при ускладненні ситуації чи появі додаткових труднощів, але вони досить швидко адаптуються і відновлюють емоційну рівновагу.

Високий рівень особистісної тривожності означає, що більшість ситуацій сприймаються підлітком випробуваними як загрозливі їх престижу та самооцінці. У таких учнів частіше за все дуже висока емоційна чутливість, яка поєднується з підвищеною ранимою, уразливістю, що значно ускладнює її спілкування з іншими.

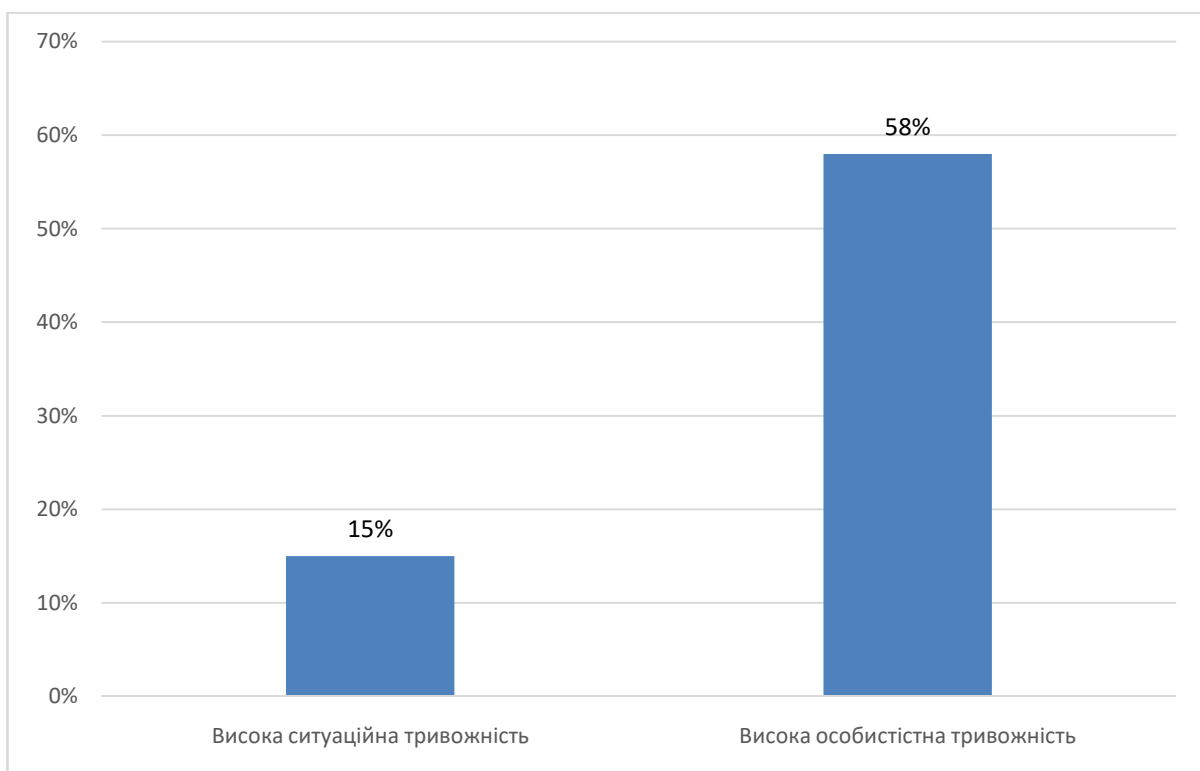


Рис. 6 Співвідношення високої особистісної та ситуаційної тривоги серед вибірки

Вибірка показала, що рівень тривожності у досліджуваних підлітків в більшості випадків мають тенденції до помірному рівня ситуаційної тривожності та в більшості мають високий рівень особистісної тривожності.

Згідно з отриманими результатами, можна чітко побачити, що найбільш вираженим проявом тривожності серед учасників вибірки є помірною ситуаційною тривожністю, яка характерна для 85 % від усієї вибірки підлітків та високою особистісною тривожністю, яка характерна для 51 % від усіх опитуваних підлітків.

Тривожність погіршує можливості підлітка, результативність його діяльності, що у свою чергу позначається на емоційному стані. Складність та суперечливість підліткового віку робить його фактором ризику для багатьох небажаних проявів. Потрібна кропітка, цілеспрямована, серйозна робота з формування особистісних якостей і поведінкових моделей, що забезпечують підлітку сприятливий розвиток особистості.

Високий рівень тривожності знижує активність психічних процесів, негативно впливає на використання знань, умінь і навичок і може призвести до неправильних дій навіть за умов, у яких можна було діяти цілком успішно.

Таким чином, особи з вираженою тривожністю більш схильні до впливу стресових ситуацій, схильні до частих та інтенсивних переживань тривоги, ніж представники низького рівня.

Інтерпретація опитувальника «Шкала базових переконань, WAS» (Янов-Бульман)

Первинні категорії переконань можуть оцінюватися як три узагальнені напрямки відносин:

1. Загальне ставлення до прихильності навколишнього світу обчислюється як середнє арифметичне між BW та BP (прихильність миру та доброта людей).

2. Загальне ставлення до свідомості світу, тобто. контрольованості і справедливості подій, обчислюється як середнє арифметичне між показниками J (справедливість світу), C (контрольованість світу) та реверсивним R (випадковість). Для отримання показника реверсивного R потрібно підсумовувати бали, зворотні набраним R щодо середини шкали.

3. Переконання щодо власної цінності, здатності управління подіями та везіння обчислюється як середнє арифметичне між SW (цінність "Я"), SC (самоконтроль) і L (везіння). види травматичного досвіду. Він може бути використаний і в індивідуальній роботі: якщо показники за якою-небудь шкалою у людини сильно занижені, це слід врахувати при наданні психологічної підтримки. У нормі показники за всіма шкалами вищі за середину, тобто не менше 3,5 балів.

Згідно з результатами отриманими після інтерпретації методики можна прослідити той факт, що судячи з отриманих середніх значень показників та індексів шкали, більшість опитаних підлітків позитивно сприймають навколишній світ і відкриті йому, довіряють оточуючим людям і готові до партнерської взаємодії з ними, характеризуються високою

переконаністю у можливості контролювати життєві події (керувати ними), високо оцінюють себе та схильні до оптимізму.

Лише малий процент серед усіх опитаних підлітків показав, що є певні властиві тенденції до прояву переконаності у неприхильному ставленні світу та оточуючих людей до них, а також переконаності у випадковості подій, що відбуваються з ними. Як результат цих тенденцій можна очікувати, що в подальшому буде спостерігатися дещо знижений рівень переживання психологічної безпеки.

Для дослідження зв'язку між рівнем особистої тривожності та вираженістю посттравматичного стресового розладу було використано кореляційний аналіз та застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона. З його допомогою вдалося виявити прямий значущий зв'язок між рівнем особистісної тривоги та вираженістю ПТСР ($r=0,55$; $p \leq 0,01$). Отже, можна дійти до висновку, що у даній вибірці спостерігається така залежність: чим більше рівень особистісної тривожності, тим більше виражено в підлітка його посттравматичний стресовий розлад.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це тривожний розлад, викликаний дуже стресовими, лякаючими або неприємними подіями. Людина з хворобою ПТСР часто переживає травматичну подію через нічні кошмари та спогади і може відчувати почуття ізоляції, дратівливості та вини.

У підлітків може бути сильна реакція на травму, але деякі їхні симптоми можуть відрізнятися від симптомів у дорослих. Вони можуть мати руйнівну, неповажну або деструктивну поведінку. Старші діти та підлітки також можуть почуватися винними за те, що не запобігли чийсь травмам чи смерті. У них також можуть бути думки про помсту.

Розвиток ПТСР у підлітка залежить від багатьох факторів, включаючи тяжкість травми, частоту її виникнення та реакцію членів сім'ї на подію. Підліток із ПТСР відчуває, що не може уникнути впливу травми. Вони намагаються уникати людей або ситуацій, які нагадують їм про подію. Іноді вони будуть відчувати спогади або «флешбеки» про подію, або вони можуть мати кошмари про це, які здаються дуже реальними. Ці постійні нагадування роблять повсякденне життя справжньою проблемою, особливо для молодих людей, яким може бути важко висловити те, що вони відчувають і переживають.

ПТСР у підлітків – це те, до чого слід ставитися вкрай серйозно. Хоча симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути особливо сильними протягом місяців після травматичної події та зникати після цього, підлітки можуть відчувати ці симптоми роками.

Згідно з отриманими результатами дослідження за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій було виявлено, що серед усіх досліджуваних підлітків у 58,5 % мають місце окремі прояви симптомів посттравматичного стресового розладу, 28,7 % мають вираженні ознаки наявності симптомів ПТСР, які мають явні клінічні прояви згідно з МКБ10. Для таких людей посттравматичний стресовий розлад може порушувати нормальний спосіб життя, погіршувати соціальну адаптацію, заважати

процесу фізичного та психологічного відновлення після травми, а у 12,5 % повністю відсутні будь-які симптоми прояву ПТСР.

Найбільш поширеними проявами симптомів серед опитуваних є: повторювані, неспокійні спогади, образи, думки про пережиту стресову ситуацію, деякі почувалися дуже засмученим, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес, частина підлітків відмічали, що у них з'являються сильні фізіологічні реакції, коли щось нагадувало їм про пережитий стрес (наприклад, прискорене серцебиття, утруднення дихання, потовиділення), майже половина усіх опитуваних уникали спогадів, думок чи почуттів, які стосуються пережитого стресу, підліткам було важко згадувати важливі епізоди стресової події, більше половини опитуваних відмітили, що втратили інтерес до того чим цікавилися раніше, мали почуття ніби вони зараз віддалені від інших людей навколо. Також, майже в усі опитувані помітили за собою збільшення проявів роздратування, вибухів агресії, або агресивних дій по відношенню до себе або оточуючих їх людей, були в стані надмірної настороженості, пильності, або як би напотові, а також відчували нервозність, легко лякалися. Можна відмітити також те, що практично в усіх опитаних були труднощі з концентрацією уваги та труднощі зі сном.

Проводячи аналіз згідно з результатами методики рівень тривожності серед опитуваних підлітків, можна зробити висновок, що помірний ситуаційний рівень тривожності характерна для 85 % від усієї вибірки, висока ситуаційна тривожність виявилася характерною для 15 % вибірки, висока особистісна тривожність є у 58 %, а помірний особистісна тривожність присутня у 42 %.

Підлітки із помірним рівнем особистісної тривожності відчують себе комфортно, зберігають емоційну рівновагу, працездатність в ситуаціях, до яких вони вже адаптувалися. Поява тривоги, неспокою, емоційного дискомфорту можливі при ускладненні ситуації чи появі додаткових труднощів, але вони досить швидко адаптуються і відновлюють емоційну рівновагу.

Високий рівень особистісної тривожності означає, що більшість ситуацій сприймаються підлітком випробуваними як загрозливі їх престижу та самооцінці. У таких учнів частіше за все дуже висока емоційна чутливість, яка поєднується з підвищеною ранимою, уразливістю, що значно ускладнює її спілкування з іншими.

Особи, яких можна віднести до категорії ситуаційно високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій та реагувати на це дуже вираженим станом тривожності.

Згідно з результатами отриманими після інтерпретації методики WAS можна прослідити той факт, що судячи з отриманих середніх значень показників та індексів шкали, більшість опитаних підлітків позитивно сприймають навколишній світ і відкриті йому, довіряють оточуючим людям і готові до партнерської взаємодії з ними, характеризуються високою переконаністю у можливості контролювати життєві події (керувати ними), високо оцінюють себе та схильні до оптимізму.

Лише малий процент серед усіх опитаних підлітків показав, що є певні властиві тенденції до прояву переконаності у неприхильному ставленні світу та оточуючих людей до них, а також переконаності у випадковості подій, що відбуваються з ними. Як результат цих тенденцій можна очікувати, що в подальшому буде спостерігатися дещо знижений рівень переживання психологічної безпеки.

Помірний рівень ситуаційної тривожності дозволяє підліткам мобілізувати свої сили та діяти ефективніше. Оцінка підлітком свого стану щодо цього дає йому істотним компонентом самоконтролю і самовиховання.

Для дослідження зв'язку між рівнем особистої тривожності та вираженістю посттравматичного стресового розладу було використано кореляційний аналіз та застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона. З його допомогою вдалося виявити прямий значущий зв'язок між рівнем особистісної тривоги та вираженістю ПТСР ($r=0,55$; $p\leq 0,01$). Отже, можна дійти до висновку, що у даній вибірці спостерігається така залежність: чим

більше рівень особистісної тривожності, тим більше виражено в підлітка його посттравматичний стресовий розлад.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ахмедова, Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни / Х.Б. Ахмедова // Вопросы психологии. - 2004. - № 3. - С. 93-102.
2. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. М., 2010. 544 с.
3. Бостанова Лариса Шамильевна, Богатырева Асият Сагитовна, Акбаева Диана Джашарбековна Психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств // Ученые записки университета Лесгафта. 2019. №11 (177).
4. Бостанова, Л.Ш. Теоретический анализ проблемы посттравматического расстройства личности / Л.Ш. Бостанова, С.Н. Бостанова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2018. – № 10 (164). – С. 363– 369.
5. Волошин, В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства / В. М. Волошин //Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004.-Т., № 1. С. 17-23.
6. Дзеружинская Н.А., Сыропятов О.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки. — Киев: Украинская военно-медицинская академия, 2014.
7. Заксе, У. Травмасинтез при помощи травмаэкспозиции / У. Заксе // Типология личности в символ-драме и других методах психотерапии: сборник научных работ. – Ставрополь : Графа, 2009. – С. 101–111.
8. Захарова Н.М., Цветкова М.Г. Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям. Психология и право. 2020. Т.10. №4. С. 185-197.
9. Ковачев О. В. Посттравматические стрессовые расстройства потерпевших от преступлений и других экстремальных ситуаций // Прикладная юридическая психология. 2009. №2.

10. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р.В. Кадыров. – СПб.: Речь, 2012. – 448 с.
11. Калмыкова Е.С., Миско Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. № 4. С. 70-80.
12. Марціновська, І. П. Характеристика посттравматичного стрессового розладу у дітей та підлітків. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки, 2018, 2: 178-184.
13. Напроєєнко, О. К.; Марценковський, Д. І. Депресії при посттравматичному стрессовому розладі у дітей та підлітків. 2019.
14. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова [и др.] // Труды Института Психологии РАН. М., 1997.
15. Поспелова Ірина Донатасівна: Психокорекція ПТСР у учасників чи свідків бойових дій підліткового віку. 2018.
16. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.
17. Романча Анастасія Віталіївна. Особливості взаємозв'язку депресії та посттравматичного стрессового розладу у підлітків. Психологія кризових станів: Наука і практика 2021, 144с.
18. Силёнок Инна Казимировна Характеристика посттравматического синдрома подростков // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2013. №3 (123).
19. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001. 240 с

20. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th edition, Text Revision). 2000, Washington, DC: Author.
21. Scheeringa, M.S., C.H. Zeanah, and J.A. Cohen, PTSD in Children and Adolescents: Toward an Empirically Based Algorithm. *Depression and Anxiety*, 2011. 28(9): p. 770-782
22. Scheeringa, M.S., et al., Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 644-651.
23. Shalev, Arieh Y., et al. "Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP)." *World Psychiatry* 18.1 (2019): 77-87.
24. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). New York: Basic Books., 12.
25. Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-86.
26. Resnick P.J., West S., Payne J.W. *Malingering of posttraumatic disorders // Clinical assessment of malingering and deception (англ.) / Rogers R.. — 3rd. — Guilford Press., 2008. — P. 109—127.*
27. Yehuda R (2001). "Biology of posttraumatic stress disorder". *The Journal of Clinical Psychiatry*. (Suppl 17): 41–46.
28. Bisson JJ, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP (November 2015). "Post-traumatic stress disorder". *BMJ*. 351: h6161.
29. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:537-49.

30. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;38:25-38.
31. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:86-99.
32. Barnett E, Hamblen J. PTSD in Children and Adolescents. National Center for PTSD. Updated September 16, 2019.
33. Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2009 Mar-Apr;50(2):121-7.
34. Fletcher, K. E. Childhood *posttraumatic stress disorder*. In E. J. Mash & R. Barkley (Eds.), 1996
35. Blom M, Oberink R. The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2012;17(4):571-601.
36. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 Jul;28(4):307-11.
37. Emma L. Barrett, Katherine L. Mills, Maree Teesson. Hurt people who hurt people: Violence amongst individuals with comorbid substance use disorder and post traumatic stress disorder, *addictive Behaviors*, Volume 36, Issue 7, 2011, Pages 721-728.
38. Hoppen TH, Priebe S, Vetter I, et al. Global burden of post- traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta- analysis. *BMJ Global Health* 2021;6:e006303.
39. Hageaars MA, Fisch I, van Minnen A. The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *J Affect Disord*. 2011 Jul;132(1-2):192-9. doi: 10.1016