

УДК 159.9.072: 616.89

Онщенко Н.В., доктор психологічних наук,
старший науковий співробітник,
провідний науковий співробітник НДЛ
екстремальної та кризової психології
Національного університету цивільного
захисту України (м. Харків)

ОСНОВНІ ЕТАПИ ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

У статті автором розглядається питання особливостей переживання людиною психічної травми внаслідок певної надзвичайної ситуації. Надзвичайні ситуації розглядаються як джерело впливу на стан психічного здоров'я людини і виступають чинником виникнення у постраждалого цілого ряду психічних і поведінкових розладів. До них, зокрема, відносять гострі реакції на стрес, посттравматичний стресовий розлад, різні розлади адаптації та стійкі зміни після перенесеної надзвичайної ситуації. Вивчення всіх цих особливостей дозволяє говорити про можливість розгляду процесу розвитку психічної травми у людини, що постраждала від наслідків тієї чи іншої травматичної події.

Ключові слова: психічна травма; потерпілий; надзвичайна ситуація.

В статье автором рассматривается вопрос особенностей переживания человеком психической травмы вследствие той или иной чрезвычайной ситуации. Чрезвычайные ситуации рассматриваются как источник влияния на состояние психического здоровья человека и выступают причиной возникновения у пострадавшего целого ряда психических и поведенческих расстройств. К ним, в частности, относят острые реакции на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, различные расстройства адаптации и стойкие изменения после перенесенной чрезвычайной ситуации. Изучение всех этих особенностей позволяет говорить о возможности рассмотрения процесса развития психической травмы у человека, который пострадал от последствий того или иного травматического события.

Ключевые слова: психическая травма; пострадавший; чрезвычайная ситуация.

Постановка проблеми. Останніми роками Україна була вражена низкою жакливих за своїми масштабами та наслідками надзвичайними ситуаціями (НС). Життя «кричить» про людські страждання, а ми, вчені, і до сьогодні майже нічого не знаємо про душевний біль – єдиний людський стан, що є потягом до бажання жити. Ми тільки-тільки прийняли за вивчення «верхівки айсберга» у вигляді розбудови системи надання психологічної допомоги тим, хто її потребує. І до певного часу ми просто, мабуть, не замислювалися над тим, як самі постраждалі оцінюють нашу роботу і як наша робота впливатиме у майбутньому на їх душевний та фізичний стан. Сьогодні вже не викликає сумнів і той факт, що саме процес страждання людини в осередку надзвичайної ситуації призводить до розвитку всього діапазону розладів здоров'я будь-якого рівня: психотичного, невротичного, соматичного, особистісного. Тому на сьогодні важливою складовою безпечної життєдіяльності людини стає вирішення проблем, пов'язаних із переживанням нею психічної травми та питань зцілення людини від неї.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз наукової літератури показав, що до сьогодні в нашій країні глибоких досліджень в межах даної проблеми практично не проводилося (цьому є декілька причин, і, перш за все, те, що до 2014 року саме наша країна вирішувала низку різноманітних проблем без насильства та використання військової сили).

При цьому загальний аналіз показав, що питаннями розгляду особливостей переживання людиною психотравмуючої ситуації переймалися Ю.О. Александровський, В.Г. Волович, М.Д. Левітов, С.І. Яковенко, М. W. Berton, E. Bromet, E. Foa та ін. Такі вчені як Д.Ю. Бородин, О.Я. Варга, О.В. Гнезділов, С. Гремлінг, Є.Г. Гриневич, Б. Дейтс, В.Л. Марищук, В.Л. Решетніков, А. Antonovsky, A. Baum, C. Benigt, R. Bryant, S. Hobfoll та ін. займалися проблемами проведення психотерапевтичних заходів із постраждалими, вивчали особливості поведінки особистості в умовах надзвичайної ситуації, підіймали питання керування стресом.

Мета статті полягає в аналізі проблеми особливостей переживання людиною психічної травми, особливо в надскладних екстремальних умовах надзвичайної ситуації.

Виклад основного матеріалу. Відомо, що надзвичайні ситуації справляють потужний вплив на стан психічного здоров'я людей, які постраждали від них [4]. Часто такий вплив сягає патогенного рівня і стає причиною формування цілої низки психічних та поведінкових розладів до яких, зокрема, відносяться: гострі реакції на стрес (F43.0 за МКХ-10), посттравматичний стресовий розлад (F43.1 за МКХ-10), різноманітні розлади адаптації (F43.2 за МКХ-10), а також стійкі зміни особистості після перенесеної катастрофічної події (F62.0 за МКХ-10) [10].

Фактично, коли ми говоримо про віддалені наслідки перебування людини в осередку надзвичайної ситуації, нам треба розрізняти наслідки травмуючої ситуації (якою, по суті, і є НС) та наслідки розвитку психічної травми у постраждалого.

Так, до наслідків травмуючої події або ситуації можна віднести виникнення психологічної травми та інші нервово-психічні порушення. Поряд з цим до наслідків травмуючої події ми можемо також віднести й інші вагомні соціальні наслідки: зміну соціального статусу, зміну місця проживання, втрату звичного соціального оточення тощо.

Додамо, що травмуючі події майже завжди викликають цілу низку втрат (близьких, житла, здоров'я, звичного оточення та способу життя, уявлень про устрій світу та самого себе). При цьому в якості віддалених наслідків травмуючої ситуації або події ми фактично розглядаємо не тільки розвиток реакцій на саму ситуацію, але і на все те, що вона обумовлює. Іншими словами, переживання травмуючої ситуації можуть містити і переживання її «непсихічних» наслідків.

Говорячи про наслідки перебування людини в умовах надзвичайної ситуації, необхідно, на наш погляд, розмежувати:

1. процес нормального переживання психічної травми тим, хто вижив (тобто процес переживання травми, який веде до відновлення після неї);
2. процес патологічний (такий, що «застрягає», що веде до розвитку різноманітних патологічних станів, хронічним порушенням та змінам).

Залежно від того, скільки часу людина знаходилась в умовах впливу стрес-факторів надзвичайної ситуації, а також залежно від того, чи була пов'язана отримана нею психотравма із втратою найближчих людей або ні, процес нормальної реакції на травму може займати різний час та включатиме різні етапи.

Ми пропонуємо диференціювати сам процес реакції на травму, враховуючи основні етапи переживання травми – (1) після короткочасного перебування в осередку надзвичайної ситуації; (2) при тривалому перебуванні в умовах надзвичайної ситуації, а пізніше – (3) у випадку горя після смерті близьких.

На наш погляд, найбільш адекватно у разі короткочасного перебування в осередку надзвичайної ситуації розглядати постадійний розвиток процесу отримання психотравми. При вивченні процесу розвитку психічної травми внаслідок тривалого перебування в осередку надзвичайної ситуації, нам слід розглядати весь процес, не обмежуючись якоюсь її частиною [11].

Прагнення врахувати весь процес від початку травмуючої ситуації до повного відновлення (або розвитку патології) після нього, змушує нас говорити, як мінімум, про три періоди:

1) – Начальний період або період потрапляння в тривалу психотравмуючу ситуацію. Цей період, так званих, первинних реакцій, який відповідає переживанню короткострокової травмуючої події. Власне цей період первинних реакцій і є переживанням короткострокової, поки що, травми. Відповідно, ми можемо виділити все ті ж самі стадії в процесі переживання цього періоду травми, що і при короткостроковому перебуванні людини в умовах надзвичайної ситуації.

2) – Період перебування у тривалій психотравмуючій ситуації або період адаптації. Характерні для цієї стадії прояви значною мірою визначаються тим, до яких саме умов адаптується людина

Так в умовах піратського полону для наших моряків найбільш характерним був розвиток апатії. Окрім апатії зростало напруження і збудження. В підсумку психіку українських моряків – жертв піратського полону, характеризували дві основні ознаки: апатія та агресія [11].

Крім того, не можна забувати, що адаптація відбувається все ж таки до екстремальних ситуацій, які викликають підвищену напругу всіх функцій організму людини. Отже, надто тривале перебування в умовах надзвичайної ситуації практично завжди призводить до виснаження всіх ресурсів постраждалого.

3) – Період повернення або період визволення (виходу з ситуації). Ми вже говорили про те, що саме повернення до «нормальних» умов для людини, яка адаптувалась до «ненормальних», є стресовим, а в деяких випадках – і травматичним. На відміну від багатьох інших стресових ситуацій спочатку той стрес, що переживається людиною при поверненні до звичайного життя, може не усвідомлюватись, маскуватись почуттям радості, ейфорією, які потім змінюються астеною, пригніченістю, а також почуттям розчарування, роздратування та гніву.

У деяких випадках зміна ситуації на більш-менш «нормальну» може стати травмуючою. Переживання повернення можуть стати схожими на переживання травмуючої події. Це нерідко відбувалось в таких випадках, коли ті, хто повернулися зі служби в армії, комбатанти, виявляли, що навколишні байдуже, навіть негативно ставляться до їх участі у військових діях (це доводилось переживати і в США тим, хто повернувся з В'єтнаму, і у нас – ветеранам Афганістану, і російським військовим – учасникам бойових дій в Чечні, особливо тим, хто пройшов першу кампанію) [6].

Саме тому фаза «повернення» неоднорідна, і може призвести як до нової успішної адаптації людини до нових умов, так і до розвитку дезадаптації і всіх патологічних наслідків перенесеної травми.

Слід враховувати, що *«повернення» не може розглядатись просто як повернення до минулого*. Коли людина намагається зробити це (іноді сама, іноді під впливом оточуючих), ми стикаємось із певною штучною ситуацією «роздвоєння особистості». Іншими словами, мається на увазі те, що до травматичної події (війни, полону) була одна особистість, потім сформувалась певна особистість «там», «успішно» пройшла випробування, вижила. І от, по завершенню травматичної події, повинна повернутись особистість «до». Отже, слід чітко розуміти, що навіть у разі найблагополучнішої ситуації в період повернення людина повинна пройти стадію стресу повернення, стадію нестійкої адаптації і наслідків травми та період остаточного відновлення (або хронічних віддалених наслідків при несприятливому розвитку).

Розглядаючи етапи розвитку травми після втрати близьких (етапи горя) різні автори також виділяють різні фази:

- Фаза шоку та заціпеніння (в середньому триває 9 діб); фаза страждань та дезорганізації (6-7 тижнів); фаза остаточних поштовхів та реорганізації (до 1 року); фаза завершення [15];

- Фаза шоку, фаза пошуку (пік приблизно на 12 день); фаза гострого горя або відчаю, страждання або дезорганізації (до 6-7 тижнів після втрати); фаза остаточних поштовхів та реорганізації; фаза завершення [2; 3];

- Фаза шоку та заціпеніння, заперечення і відсторонення; визнання і болю; прийняття і відродження [5].

В цілому можна відмітити схожість виокремлених етапів. Зауважимо, що деякі автори відмічають більшу кількість етапів. Так виділяються 8 етапів реакції горя [1]:

1-й етап – з домінуючою емоційною дезорганізацією (від декількох хвилин до декількох годин);

2-й етап – гіперактивності (триває 2–3 дні);

3-й етап – напруги (близько тижня);

4-й етап – пошуку (другий тиждень);

5-й етап – відчаю (3–6 тижнів);

6-й етап – демобілізації;

7-й етап – вирішення (декілька тижнів з моменту смерті);

8-й етап – рецидивуючий (до 1 року).

Можна відмітити, що в цілому більшість авторів сходиться на тому, що процес нормального горя може тривати приблизно до року, при чому, в основному, відновлення відбувається протягом декількох тижнів, а далі можуть траплятись окремі рецидиви.

Якщо звернутись до МКХ-10, то можна відмітити, що нормальні реакції горя не перевищують більше 6 місяців, а якщо горе триває більше, то вони повинні розглядатись як аномальні [10].

Однак наш досвід роботи з людьми, що пережили смерть близького, свідчить, що найчастіше сам процес горя є більш тривалим, а повне його завершення дуже часто потребує навіть більше року. Це підтверджує вислів Б. Дейтс: «Перший рік йде на те, щоб вижити. Другий показує, як ви самотні» [5, с. 149].

Вірогідно таке розходження в сроках може бути пов'язано:

По-перше, з тим, що вже через декілька тижнів людина починає уникати звертатись за допомогою, залишаючись один на один зі своїм горем, вчить менше показувати його незнайомим людям. Але горе ще залишається.

По-друге, слід розвести протікання горя після смерті рідних та найближчої людини. В такому випадку руйнується весь життєвий устрій – від щоденних звичок до смислу життя.

Смерть близької людини об'єктивно знищує мотиви, які продовжують мати великий особистісний смисл. При цьому потрібно набагато більше часу на відновлення, адже потрібно не просто пережити горе, а й, практично, заново створити своє життя, знайти сенс того, щоб жити далі, навчитися жити не просто без померлої людини, але жити з іншими людьми, обзавестися новими звичками, новими мотивами, іноді – новим колом спілкування, вибудувати нові взаємини з близькими. Якраз про це нерідко й забувають.

Людині треба пройти етап адаптації до нових умов і «вибудовування» собі нового життєвого укладу. Тільки після цього можна говорити про те, що людина пережила горе і прийшла до нормального життя.

Кожен з існуючих нині підходів до цієї проблеми, має не тільки право на існування, але і вимагає окремого розгляду. Однак обсяг рукопису дисертації не передбачає глибокого аналізу існуючих моделей, що розкривають механізми психічної травми у постраждалих від надзвичайної ситуації. Тому ми лише коротко проаналізуємо існуючі погляди психологів на механізми психотравматизації тих, хто волею долі опинився в умовах лиха.

1) Психодинамічний підхід. Згідно з психодинамічним підходом З. Фрейда, в основі як звичайних неврозів, так і травматичних, або військових неврозів (психічних травм) лежить один і той же механізм – фіксація на моменті травми. Травматичне

переживання «протягом короткого часу призводить в душевному житті до сильного збільшення роздратування. Якщо звільнення від нього чи його нормальна переробка не вдається, в результаті можуть наступити тривалі порушення у витрачанні енергії» [14, с. 175]. Однак для того, щоб після травматичного переживання дорослої людини розвинувся травматичний невроз, потрібна актуалізація дитячих конфліктів.

Незадоволені потреби, до яких відноситься і стан сильної депривації, часом завдають серйозної шкоди розвитку дитини. Відмінною рисою такої травми є переживання тривоги дезінтеграції – жаху перед розчиненням зв'язкового Я, якому слід запобігти будь-якою ціною. Травматичний процес не закінчується з припиненням зовнішнього акту насильства. Психіка переводить зовнішню травму у внутрішню силу, спочатку захисну, але потім – саморуйнівну [7].

М.М. Пуховський зробив спробу інтегрувати психоаналітичні та медико-біологічні підходи до травми [12]. На його думку, після гострих афективно-шокових реакцій на перший план виходить картина первинного травматичного Его-стресу (стресу усвідомлення), коли необхідність в новій дискомфортній постшоковій ситуації слідувати «принципу реальності» породжує інтрапсихічний конфлікт і піддає важким випробуванням інтегративну функцію Его.

Саме синдром Его-стресу розглядається як центральна ланка патогенезу психопатологічних наслідків НС. Его-стрес володіє здатністю переходити в перманентний (вторинний) Его-стрес кризи ідентичності та сприяти розвитку подальших психопатологічних наслідків НС.

Синдром первинного травматичного Его-стресу можна розглядати як першооснову подальшої психопатологічної еволюції особистості учасника надзвичайної ситуації. Поступово включаються більш глибокі, психобіологічні закономірності еволюції процесу, і можуть формуватися метаневрози – психобіологічні хворобливі процеси (хронічні психосоматичні хвороби, алкоголізм і токсикоманії, епілептоїдна психопатія як прояв індивідуального психічного виродження) [12].

2) Когнітивно-біхевіоральний підхід. Нерідко в основі теоретичної концепції, що пояснює механізм розвитку травми, стає принцип умовно-рефлекторного обумовлення ПТСР. При цьому власне травмуюча подія виступає як інтенсивність безумовного стимулу, що викликає у людини безумовно-рефлекторну стресову реакцію. Інші події або обставини, самі по собі, нейтральні, але, певним чином, пов'язані з травматичним стимулом – подією, можуть послужити умовно-рефлекторними подразниками, що викликають емоційну реакцію (страх, гнів), відповідну первісній травмі за умовно-рефлекторним типом [8].

Робляться спроби застосовувати і класичну теорію оперантної обумовленості розвитку синдрому. Тобто передбачається, що, якщо вплив подій, асоціативно пов'язаних з основним травмуючим стимулом, веде до розвитку емоційного дистресу, то людина буде прагнути до уникнення такого впливу [13]. У рамках когнітивних моделей травмуючі події ведуть до руйнування базових уявлень про світ і про себе. Ці уявлення формуються в ході онтогенезу, пов'язані із задоволенням потреби в безпеці і лежать в основі Я-концепції.

У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-концепції. У ряді випадків це може бути адаптивним, тому що надає можливість для більш ефективної реорганізації Я-системи. Малоадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, дисоціацію, постійне програвання травми. Причина малоадаптивного подолання травми в негнучкості, некоррегуємості когнітивних схем [9].

Запропонована Горовітцем інформаційна модель робить спробу синтезувати когнітивну, психоаналітичну й психофізіологічну моделі [18]. Стрес викликається масою внутрішньої і зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами. Внаслідок інформаційного перезавантаження необроблена інформація перекладається зі свідомості в несвідоме, але зберігається в активній формі.

Дотримуючись принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі, але згідно тенденції до завершення, часом травматична інформація стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. Для того, щоб травма більше не зберігалася в активному стані, повинен завершитися і інтегруватися процес інформаційної обробки досвіду.

3) Багатофакторний підхід. Автори та прихильники, так званого. психосоціального підходу до ПТСР (В. Green, J. Wilson, J. Lindy.) пропонують багатофакторну модель ПТСР, розроблену в Центрі досліджень травматичних стресів Університету Цинциннаті (США) [16]. Модель травми є когнітивною та представляється як найбільш ефективний засіб втручання. Ця модель підкреслює необхідність урахування кожної з наступних змінних у розвитку реакції на травму:

- характеристики травматичних стресорів;
- індивідуальні риси;
- елементи оздоровлення навколишнього середовища (сюди відносяться

соціальна підтримка, стигматизація, демографічні та культурні особливості та ін.) [17].

Багатофакторну концепцію розробляли і інші вчені, які виділяли три групи факторів, що в поєднанні можуть вести до розвитку ПТСР:

- особливості травмуючої події (тяжкість, неконтрольованість, несподіваність);
- захисні фактори (здатність до осмислення, соціальна підтримка, механізми подолання травми);
- фактори ризику (вік, негативний минулий досвід, психічні захворювання, низький інтелект, низький соціоекономічний рівень) [19].

При розгляді механізмів дії травми ми стикаємося і зі спробами зв'язати різні елементи в єдину картину, і з поясненнями окремих елементів. Так, в деяких дослідженнях розглядається дисоціативний досвід психічного заціпеніння на фазі уникнення ПТСР як психічного виснаження, яке перешкоджає розвитку Его. Подолання нав'язливих епізодів цього синдрому може поглинути думки індивіда, уваги якого не буде вистачати для повсякденних переживань, які вносять вклад у розвиток особистості. Енергії, витраченої на захист від повторюваних травматичних реакцій, не буде вистачати для подальшого розвитку Его [19].

Говорячи про психічну травму, практично всі автори відмічають переживання і події, якими вона викликана. Тому, розглядаючи її механізми, ми повертаємося до розгляду психологічної травми як процесу переживання травмуючої події, де переживання розглядається як психобіосоціальна система, що включає різні елементи і підсистеми. Для того, щоб зрозуміти психофізіологічну підсистему процесу переживання травми, необхідно розглянути співвідношення травми і стресу. Треба згадати про те, що з самого початку травматична подія є подією стресовою. Звичайно, травма відрізняється від інших стресових переживань. *Не будь-який стрес є травмою, але будь-яка травма – стрес.*

Переживання психічної травми – процес, що виникає внаслідок впливу на людину події, що включає об'єктивну або суб'єктивну загрозу життю або фізичної (її самої або інших) або ж її психічної цілісності. Психічну травму можна зрозуміти, тільки якщо розглядати її як психологічний і фізіологічний процес переживання травмуючої події, що протікає в певних соціальних умовах.

Величезне значення в переживанні мають емоції, часто навіть переживання буквально отожднюється з емоцією (або почуттям), найбільш сильною або тривалою в процесі переживання події. Однак треба зазначити, що емоційну складову переживання не можна вважати однорідною і постійною. По суті справи, і тут діє складний динамічний комплекс різних почуттів та емоцій. У процесі переживання травми крім «традиційних» почуттів страху, безпорадності, болю і горя (особливо у разі втрати) можуть бути присутні і тривога (іноді навіть до події), і байдужість (при настанні апатії у разі тривалого перебування в травмуючій ситуації, іноді – як один із симптомів ПТСР), але можуть наступати і ейфорія, нестримні веселощі, полегшення і т. ін.

Величезне значення в процесі переживання грає підсистема когнітивної переробки події. Зокрема, при подіях, що викликають сильну емоційну реакцію, вплив ситуації на людину не припиняється в момент припинення дії стресора внаслідок роботи нашої пам'яті. Сильні емоційні події знову і знову спливають у пам'яті, вони переробляються не відразу. Потрібен час для переходу їх в довготривалу семантичну пам'ять. Вони знову й знову переходять в «оперативну пам'ять», частково, кажучи комп'ютерною мовою, «завантажуючи» її. Найчастіше це яскраві візуальні уявлення, які, як «спускові гачки», викликають ті ж емоційні та фізіологічні реакції, що і в момент події. Мерною мірою і рідше першими спливають аудіальні образи. Тобто навіть короткочасний стресор діє довше, ніж сама подія. До речі, спогади викликають ті ж біохімічні реакції, що й самі події. Зазвичай протягом перших двох тижнів спогади втрачають свою частоту і яскравість, і людина «виходить» зі стресу поступово, до кінця місяця повертаючись до нормального життя. Проте у ряді випадків відбувається якийсь «збій» в роботі пам'яті, формуються домінанти, на психофізіологічному рівні відбувається фіксація переживань, і подія продовжує все так само часто і яскраво спливати, «завантажуючи» оперативну пам'ять і заважаючи нормальному функціонуванню. Мабуть, під впливом деяких, особливо сильних впливів стресора (часто пов'язаних із сильними впливами на органи чуття) і/або сприйняття або усвідомлення події як особливо загрозливої, фіксується установка на сприйняття небезпеки, яка поширюється на дію пам'яті. І в пам'яті людини весь час починає спливати ця подія. Травма переходить у наступний період розвитку – «підгострий». Людина продовжує психологічно і фізіологічно перебувати в стресовій ситуації. Якщо в цей час допомогти їй позбутися нав'язливих образів, то стан нормалізується. Якщо ж цього не відбувається, то починається адаптація до травмуючої ситуації. Людина може подумки в будь-який момент знову опинитися «там і тоді» – в ситуації, що вимагає всіх її сил для виживання. Тобто в реальності вона вже не може діяти на повну силу. Частина її уваги і пам'яті – «там», вона реагує так, як треба для виживання «там», а не «тут». Стає складніше вчитися, працювати, спілкуватися і т. ін. Процес переживання події не завершується.

Відзначимо, що реально неможливо вибудувати певну часову послідовність дії підсистем, що утворюють переживання, так як вони діють одночасно, причому чинять серйозний вплив один на одного. Спогади про травмуючу подію актуалізують готовність діяти в ситуації небезпеки заради виживання (установки), але самі нав'язливі спогади можуть бути результатом дії відповідних установок. Вказується, що недиференційоване цілісне семантичне оцінювання передую категоріально-понятійній репрезентації. Саме таке «першобачення» регулює налаштування сенсорних систем, активізуючи відповідні установки. Але, природно, що вже актуалізовані установки впливають і на цілісну семантичну оцінку. Тобто, хоча ми і можемо розглядати дію різних аспектів переживання події, проте ми ніколи не можемо при розгляді будь-якого з них, повністю абстрагуватися від інших.

Висновки. Підводячи підсумок вищесказаного, зауважимо, що:

1. Переживання психічної травми – процес, що виникає внаслідок впливу на людину події, що включає об'єктивну або суб'єктивну загрозу життю або фізичній, або ж її психічній цілісності.
2. Психічну травму можна зрозуміти, тільки якщо розглядати її як психологічний і фізіологічний процес переживання травмуючої події, що протікає в певних соціальних умовах.
3. У переживанні психотравми біологічне, психологічне і соціальне зливаються в єдине ціле. Звідси ясно, що вивчаючи процес переживання травми з першого до останнього моменту, необхідно розглядати біологічні, психологічні та соціальні його аспекти в їх взаємодії. Іншими словами, щоб зрозуміти механізми переживання людиною психотравми, ми повинні аналізувати закономірності руху складної системи переживання

події як цілого, рух її підсистем, а також динамічну взаємодію всіх підсистем і елементів, що утворюють її цілісність, якісну визначеність і цілеспрямованість.

Література:

1. Амбрумова, А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике [Текст] / А. Г. Амбрумова // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сбор. науч. трудов. – М., 1983. – С. 40–53.
2. Василюк, Ф. Е. Уровни построения переживаний и методы психологической помощи [Текст] / Ф. Е. Василюк // Вопросы психологии. – 1988. – №5. – С. 27-37.
3. Василькевич, Я. И. Чрезвычайные ситуации: определение и сущность [Текст] / Я.И. Василькевич // Проблемы безопасности. – 1991. – №9. – С. 113-123.
4. Гриневич, Є. Г. Стан психічного здоров'я постраждалих внаслідок терористичного акту в м. Беслан [Текст] / Є. Г. Гриневич // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 1. – С. 104-109.
5. Дейтс, Б. Жизнь после потери [Текст] / Боб Дейтс; [пер. с англ. В. Челноковой]. – М. : Гранд-Фаир, 1999. – 304 с.
6. Джишкариани, М. А. Травматический стресс у выживших на войне [Текст] / М. А. Джишкариани // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Том 10. – Вып.4. – С. 28-31.
7. Калшед, Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа [Текст] / Д. Калшед ; [Пер. с англ]. – М. : Академический Проект, 2001. – 368 с.
8. Мак Маллин, Р. Практикум по когнитивной терапии [Текст]/ Р. Мак Маллин ; [Пер. с англ.]. – СПб.; Речь. 2001. – 560 с.
9. Медынская, Ю. С. Основные теоретические подходы к проблеме посттравматического стресса [Электронный ресурс] / Ю. С. Медынская. - Режим доступа : <http://wvv.v.psychology.ru/lomonosov/tesises/fy.htm>.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств [Текст] : Клин. описания и указ. по диагностике: [Пер. с англ.] / ВОЗ ; Всемирная организация здравоохраня. – К. : Факт, 1999. – 270 с.
11. Побідаш, А. Ю. Психологічні особливості життєвої стійкості моряків – жертв піратського полону [Текст] : монографія / Оніщенко Н. В., Побідаш А. Ю., Тімченко О. В., Христенко В. Є. – Х. : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2012. – 196 с.
12. Пуховский, Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций [Текст] / Н. Н. Пуховский. – М. : Академический Проект; 2000. – 285 с.
13. Тарабрина, Надежда Владимировна. Психология посттравматического стресса: интегративный подход [Текст] : дис. ... д-ра. психол. наук : 19.00.04. / Тарабрина Надежда Владимировна. – Санкт-Петербург, 2008. – 362 с.
14. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции [Текст] / З Фрейд. – М.; Наука. 1991. – 456 с.
15. Черепанова, Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях [Текст] : Руководство для спасателей и другого персонала служб быстрого реагирования / Е. М. Черепанова. – Москва : МЧС РФ, 1995. – 33 с.
16. Green, B. Conceptualizing PTSD: A psychosocial framework / B. Green, J. Wilson, J. Lindy. // Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder; In C.R. Figley (ed.). - New York: Brunner/Mazel, 1985. – Vol 1. – P. 53-69.
17. Green, B. L. Post-traumatic stress disorder: Toward DSM-IV / B. L. Green, J. D. Lindy, M. C. Grace // Journal of Nervous and Mental is ease, 173, 1985. – P. 406-411.

18. Horowitz M. J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders / M. J. Horowitz // Hospital and Community Psychiatry. – March 1986. – Vol. 37. – No 3. – P. 241-249.
19. Post-Traumatic Stress Disorder in Civilian Population / Carvajal C., Carbonel C. G., Gonzalez M., Truco M. // Abstracts of the X World Congress of Psychiatry. – Madrid, 1996. – V.2. – P. 89.

N. V. Onishchenko

*Doctor of psychological sciences, Senior Researcher,
Leading Researcher of Research Laboratory of Extreme and Crisis Psychology,
National University of Civil Defense of Ukraine*

THE MAIN STAGES OF TRAUMA EXPERIENCES

N. V. Onishchenko

*Doctor of psychological sciences, Senior Researcher,
Leading Researcher of Research Laboratory of Extreme and Crisis Psychology,
National University of Civil Defense of Ukraine*

THE MAIN STAGES OF TRAUMA EXPERIENCES

In the article the author examines the characteristics of a person experiencing trauma due to some emergency. It is reported that traumatic events almost always cause a number of losses (family, housing, health, familiar surroundings and way of life, ideas of how the world and himself). Emergencies are seen as a source of impact on the mental health act and factor affected the emergence of a number of mental and behavioral disorders. These include, in particular, include acute stress reactions, post-traumatic stress disorder, various disorders of adaptation and persistent changes after undergoing emergency. The author presents the effects of human presence in an emergency situation, you need, including the normal process of experiencing trauma survivors (the process of experiencing trauma leading to her recovery); pathological process (such that "sticks" that leads to the development of various pathological conditions, chronic violation and changes).

Depending on how long the person was located under the influence of stress factors of emergency, and depending on whether it was obtained psychotrauma associated with the loss of people coming or not, the normal response to injury can take different times and will include various stages. The process reaction to injury, it is proposed to consider with the main stages experiencing trauma: after a short stay in the hearth of emergency; prolonged stay in an emergency situation, and later - in the case of grief after the death of loved ones. Study of these features suggests the opportunity to consider the mental trauma of a person who suffered from the effects of a traumatic event.

Keywords: *trauma; the victim; emergency.*