

непосредственным. В статье освещены важнейшие факторы, влияющие на воспитание культуры общения студентов.

*Ключевые слова:* культура профессиональной речи, речевая коммуникация, коммуникативные качества профессиональной речи, профессиограмма педагога, коммуникативные качества, речевая поведение, коммуникативная компетентность, речевая ситуация, речевой этикет.

### **Maruchak V. Culture of professional speech of the student as a guarantee of success of the future teacher of preschool and primary education**

*Professional speech of the teacher-a process aimed at the optimal solution of pedagogical problems, the formation of which occurs during the improvement of speech activity. The author considers the problem of formation of professional speech culture, points to its main aspects, such as: normativity, adequacy, aesthetics, multifunctionality. Defines the basic communication skills of the professional speech of the teacher: content, accessibility, relevance, consistency, correctness, precision, purity, and expressiveness. The teacher's broadcasting should be individual, intonation expressive, sincere and direct. The article highlights the most important factors affecting the education of the culture of communication of students.*

*Key words:* culture of professional speech, speech communication, communicative qualities of professional speech, teacher's professional chart, communicative qualities, speech behavior, communicative competence, speech situation, speech etiquette.

Стаття надійшла до редколегії 04.05.2018

УДК 159.972

**Ірина МАРЦІНОВСЬКА**

*асистент кафедри корекційної педагогіки та інклюзивної освіти  
Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка,  
м. Кам'янець-Подільський, Україна  
e-mail: irinam110519@gmail.com*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

*У статті розглянуто симптомокомплекс посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків. Описано основні поведінкові, когнітивні, емоційні та соціальні особливості дітей шкільного віку, що мають посттравматичний стрес. Розглянуто формування та прояви посттравматичних розладів у дітей різних вікових груп з позиції уявлень про захисні системи людини та зміни рівнів переважаючого нервово-психічного реагування у ситуації стресу. Деталізовано психологічну картину симптомокомплексу ПТСР та розглянуто психологічні особливості та поведінкові реакції дітей та підлітків свідків травмуючих подій та військових конфліктів. Описано групи діагностичних факторів ПТСР у дітей відповідно до діагностичних критеріїв DSM-V.*

*Ключові слова:* посттравматичний стресовий розлад, травмуюча ситуація, діти, підлітки, нервово-психічне реагування.

Актуальною проблемою українського суспільства є потужний вплив стресових факторів на психологічне здоров'я населення. Найбільш вразливими у даній ситуації є діти та підлітки. При неможливості адаптації організму дитини до психотравмуючих ситуацій виникають постстресові розлади.

Проблема посттравматичних стресових розладів (далі ПТСР) у дітей та підлітків є недостатньо вивченою. Недостатньо розроблені методи психолого-педагогічного супроводу в умовах шкільного навчання, діагностики та психокорекції, які можуть бути здійснені зусиллями практичного психолога школи та іншими педагогічними працівниками навчального закладу. Аналіз теорії

свідчить про невелику кількість досліджень в цьому напрямку (І. Денисова, Д. Маллаєв, Р. Оздоева, П. Омарова, А. Романов, О. Хухлаєв, О. Шарова та ін.). Незважаючи на вагомість вивчення цієї проблеми, у нашій країні переважно виконувалися роботи, присвячені вивченню впливу окремих видів травматичних переживань на особистість дитини, наприклад, таких психотравмуючих ситуацій, як емоційна та сенсорна депривація, психологічні особливості дітей-сиріт, дітей з інвалідністю, дітей з неповних сімей, описана поведінка дітей, які побували в зоні стихійних лих Т. Паньком, Я. Коломінським.

Психофізіологічні особливості впливу стресу на дитячий організм висвітлені в публікаціях

О. Анапрієнко, О. Гайдей, С. Болтівця, Л. Гармаш, В. Войціцького, Т. Кульбачки, О. Кочерги, О. Васильєва та ін. Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань у школярів розглядали М. Скорик, М. Коваль, Н. Коцур, Л. Товкун, Л. Гармаш та ін. Розвиток досліджень в галузі вивчення посттравматичного стресу дозволяє розглядати цю проблему з іншої, більш широкої точки зору [4; 5].

Метою статті є аналіз та узагальнення літературних джерел щодо уточнення психологічної та педагогічної картини симптомокомплексу ПТСР у дітей та підлітків. Систематизація проявів ПТСР на різних етапах розвитку дитини сприятиме вчасному діагностуванню проблеми та надання необхідної корекційної допомоги.

Зрозуміти особливості формування і прояву посттравматичних розладів у дітей різних вікових груп може допомогти розгляд їх з позиції уявлень про рівні захисної системи людини, а також про зміну рівнів переважаючого нервово-психічного реагування [2]. В.В. Ковальов, виходячи з біогенетичної теорії етапності розвитку людини, вважав, що особливість нервово-психічних реакцій на психотравмуючу ситуацію у дітей і підлітків в різні вікові періоди пов'язані зі зміною рівнів переважного нервово-психічного реагування. Ним було виділено 4 основних рівні: соматовегетативний (0-3 роки); психомоторний (3-7 років); афективний (5-10 років); емоційно-ідеаторний (11-17 років) [1].

Важливо підкреслити, що мова йде про переважаючий рівень реагування, не виключає одночасного включення форм реагування інших рівнів. Беручи до уваги рівень реагування, легше побачити і зрозуміти різні симптоми ПТСР у дітей різних вікових груп, надати необхідну медико-психологічну допомогу.

У дітей 3-7 років поряд з соматовегетативним рівнем нервово-психічного реагування включається і переважає психомоторний. Цим пояснюється те, що провідною в клінічній картині ПТСР у них з'являється не властива до травми гіперактивність, що поєднується з прагненням до усамітнення. Характерний для цього віку негативізм набуває після психічної травми загострених реакцій. Діти стають агресивними, ігнорують прохання та заклики дорослих, ламають іграшки, ініціюють бійки. Діяльність таких дітей стає менш цілеспрямованою, знижується здатність концентрувати увагу. При нагадуванні про пережиті травмуючі події діти засмучуються і закриваються у собі, відмовляються розповідати про них. Суттєво знижується інтерес до колишніх ігор; часто провокують конфліктні ситуації вербального та фізично-

го рівнів. У той же час з'являються нові індивідуально-повторювані ігри, що мають стереотипний характер, символічно або прямо відображають зміст психотравмуючої ситуації, тривоги, страх смерті. Нерідко в цих ритуалізованих іграх діти використовують предмети, що мають відношення до пережитих травматичних подій. Також спостерігаються труднощі із засинанням, неспокійний сон з нічними кошмарами та пробудженнями.

Знижений фон настрою, висока тривожність зумовлює появу симптомів регресу, підґрунтям якого є страх дорослішання, несвідоме прагнення до безтурботного раннього дитинства, до безпеки, яку гарантували діадні стосунки з мамою. Поведінково це проявляється в страху залишатися на самоті, в бажанні постійно перебувати разом з мамою чи іншими значущими дорослим.

Загалом стан дітей дуже залежить від стану матері, членів сім'ї, їх емоційного настрою та поведінки. Діти з найважчими проявами ПТСР, зазвичай, мають у близькому оточенні того, хто також страждає на ПТСР, та індукують їх емоції. Найвиднішими симптомами регресу є: смоктання пальців, втрата навичок охайності, можливий регрес мовних навичок; психосоматичні порушення. Процес годування для такої дитини, а нерідко і для матері, – не спосіб втамувати голод, а спроба знизити тривогу сепарації, повернути символічно діадні відносини.

У дітей 5-10 років основним віковим рівнем переважного нервово-психічного реагування стає афективний. Клінічна картина афективного рівня: емоційна лабільність з переважанням гіпотимії. Мотивування таких дітей на бесіду, гру чи виконання тестових завдань проходить досить важко. Якщо ж це вдається, то під час спілкування з фахівцем діти непосидючі, легко відволікаються; односкладово та формально відповідають на питання, можуть їх ігнорувати.

Так само, як і у дітей попередньої вікової групи, у багатьох з'являється енурез, енкопрез, часто зустрічаються заїкання та тіки. Вокалізованість тіків може свідчити про важкість психоемоційного стану дитини. І. Силенок дослідив, що школярі втрачають інтерес до навчання, оскільки з'являються труднощі, що пов'язані з погіршенням уваги та пам'яті, підвищенням втомлюваності. З'являються прояви уникнення спілкування з однолітками та друзями. Втрачають свою актуальність колишні інтереси: діти відмовляються відвідувати гуртки, спортивні секції, художні та музичні школи [5].

Діти, що пережили психічну травму, особливо якщо вона супроводжувалася реальною загрозою життю, загибеллю інших людей, раніше одноліт-

ків починають багато думати про смерть, що нерідко супроводжується підвищенням інтересу до релігії. Посилювати ці переживання можуть сомато-вегетативні порушення: головний біль, болі в області серця, живота, тощо. На цьому етапі актуальним стає страх власної смерті, можлива смерть мами, близьких родичів. Постійна тривога може трансформуватися в гетероагресією, що супроводжується вираженими порушеннями поведінки. Якщо ж наявне у зв'язку з травматичною подією почуття провини, виникає аутоагресія у вигляді нав'язливих станів. Матері цих дітей часто також мали ознаки ПТСР, депресивну симптоматику. R.A. Spitz зазначає, що діти з пікацизмом значно частіше за інших однолітків потрапляють в ситуації, що загрожують їхньому здоров'ю (випадково облікаються, падають, ковтають гострі предмети та ін.) [5]. Це може відображати тривожні невідомі аутоагресивні тенденції. У важких випадках діти стають загальмованими і пасивними.

У дітей та підлітків 11-17 років переважаючим рівнем нервово-психічного реагування стає емоційно-ідеаторний. Переживання психотравмуючої ситуації в препубертатному та пубертатному віці має вектор характерний для всіх молодих людей у вигляді роздумів про сенс життя, смерть, власне призначення, але може досягає метафізичної інтоксикації. У травмованих молодих людей вперше з'являються ознаки втрати ілюзій Тейлора, тобто уявлень про те, що нічого поганого з ними статися не може, що попереду довге щасливе життя. Для травмованого підлітка життя стає непередбачуваним, перетворюється на очікування небезпеки, загрози існуванню, викликаючи важкі емоції негативного характеру. Підлітки бояться повторення травми, уникають всього, що може про неї нагадати. У цьому віці можуть сформуватися клінічно чітко окреслені нав'язливі ідеї, спогади, зміст яких пов'язаний із психотравмою. Вони можуть провокуватися зовнішніми стимулами, але можуть виникати без видимої причини, в повному спокої. На короткий час знизити тривогу допомагають ритуали, що набувають символічного захисного, гетеро- або аутоагресивного характеру. Крім тривоги зростає почуття провини. Ці емоції можуть проявлятися в сновидіннях у вигляді страшних образів. Болісні переживання в поєднанні з втратою перспектив можуть призводити до думок про суїцид, а іноді і до суїцидальних намірів. Чим старше підліток, тим менше відмінностей у клінічних проявах ПТСР від дорослих. Різноманітність клінічної картини, ступінь тяжкості ПТСР, особливості перебігу, успішність корекції та терапії у дітей з посттравматичними стресовими розладами залежить від багатьох факторів.

I. Добряков пропонує умовно розділити їх на три групи [1, 133-150]:

1) фактори, що є важливими до травми (преморбід):

- особистісні характеристики травмованої дитини;
- соматичні особливості дитини;
- стан соматичного здоров'я на момент травми;
- стан психічного здоров'я на момент травми;
- особливості сімейних стосунків на момент травми;
- досвід переживання психотравмуючих ситуацій та успішність їх вирішення в минулому.

2) фактори, що є важливими під час травми:

- тип психотравмуючої ситуації (військові, кримінальні, цивільні травми; природні, техногенні катастрофи);
- тривалість ситуації психічної травми;
- ступінь інформованості про можливість допомоги, про часові перспективи припинення впливу травмуючих факторів;
- ступінь пережитої (реальної чи уявної) загрози здоров'ю або життю (власному, або значимих близьких);
- ступінь пережитої (реальної чи уявної) загрози принижень та знущань (над собою, або значимими близькими);
- загибель під час критичної ситуації людей (особливо рідних);
- отримання поранень, травмувань, ступінь їх важкості, переживання почуття болю;
- активна або пасивна участь у припиненні психотравмуючої ситуації.

3) фактори, наявні після травми:

- ступінь переживання почуття провини та сорому за свою поведінку (уявну чи реальну) під час психотравмуючої ситуації;
- ступінь ризику повторення психотравмуючої ситуації;
- пошук винуватця психотравмуючої ситуації;
- можливість відплати та ступінь задоволення нею;
- доступність і складність необхідного лікування, переживання почуття болю;
- вимушена розлука з сім'єю після пережитої психотравмуючої ситуації;
- згуртування сім'ї або погіршення сімейних стосунків після психотравмуючої ситуації;
- повна або часткова можливість відновлення здоров'я;
- наявність або відсутність стигматизації;
- зміни місця та умов проживання (зруйнований будинок, вимушене переселення та ін.);

- зміна матеріально-побутових умов в результаті психотравмуючої ситуації;
- можливість повернення до способу життя до травми, або необхідність зміни способу життя;
- своєчасність, адекватність та доступність медичної, психологічної, психотерапевтичної та соціальної допомоги;
- ступінь мотивації травмованої особистості, або членів родини на отримання допомоги;
- співпраця фахівців при наданні допомоги особистості, що пережила психотравмуючу ситуацію.

Усі перераховані чинники мають значення при формуванні ПТСР у дітей та підлітків. Але чим меншою за віком є дитина, тим важче їй зрозуміти те, що відбувається під час психотравмуючої ситуації, тому вона зорієнтована на поведінку дорослих, їх сприйняття того, що відбувається. Більшість афективних проявів наслідків ПТСР у дітей опосередковані реакцією їх батьків. Тому для дітей дуже травматичною є розлука з родиною або значущими людьми. Дитина, що отримала психотравмуючу ситуацію за відсутності батьків, важче її переносить. Відсутність батьків поряд з дитиною у посттравматичний період може підсилювати травматичну психологічну та медичну симптоматику [1].

Аналіз літературних джерел дозволив нам узагальнити психологічні особливості та поведінкові реакції дітей та підлітків, очевидців травмуючих подій [3; 5]:

1. Почуття незахищеності та безпорадності. Перебування в позиції жертви суб'єктивно переживається як безпорадність і неможливість змінити існуючі обставини, управляти своїм життям. Діти сприймають світ як джерело непрогнозованих та загрозливих подій.

2. Тривожність за майбутнє, постійне очікування «поганого», страх змін. З почуттям незахищеності тісно пов'язана тривога та недовіра до майбутнього, очікування чогось «поганого». Очікування «поганого» у дітей в основному проявляється в настороженості та в остраху змін.

3. Сором, низька самооцінка і почуття провини. Через відчуття безпорадності і недовіри до світу у дітей часто розвивається зниження відчуття самовартості, почуття приниження гідності. Зниження самовартості дітей проявляється у вигляді страху саморозкриття і блокування експресивної активності. Їм важко висловити власну думку, виразити себе. Властиве дітям відчуття провини: вони вважають себе винними за те, що залишилися живі, тоді як хтось із рідних загинув. Почуття такого роду набувають захисного характеру і слугують зменшенню тривоги.

4. Гнів, агресивність. У травмованих дітей фрустровані базисні потреби безпеки, захищеності та самоповаги. Природньо, що фрустрація цих потреб викликає у відповідь гнів та підвищення рівня агресії. Як правило, не знаходячи джерела, що викликає агресію, діти починають підбирати найбільш зручну «мішень» (іншої людини або тварини) для реалізації своїх агресивних почуттів.

5. Відчуження та ізольованість від навколишньої фізичної і соціальної дійсності. Травмована дитина схиляється до усамітнення, поглинаючи у спогади, пов'язані з травмою. Як правило, цей період пов'язаний з деяким зниженням контактності та потреби в спілкуванні, навіть якщо дитина раніше була соціально активною.

6. Невиплакане горе. Невиплакані горе та смуток – важливі характеристики травми, завжди пов'язаної з почуттям втрати (втрати близької людини, уявлення про себе, надії і т.п.) Головною перешкодою тут стають почуття сорому, безпорадності, бажання стримати агресивний імпульс і т.п. у порівнянні з дорослими, які потенційно все ж таки можуть висловити горе, то у дітей цей процес ускладнюється. Часто єдиним доступним дитині способом вираження емоцій виявляється плач. Дорослі можуть сприяти блокуванню виходу емоцій через плач. У такому разі, у дитини залишається два виходи: справлятися з травматичними переживаннями глибоко всередині, емоційно відгородитися від навколишнього, замкнутися в собі; або ж вдатися до реакцій протесту – гніву, агресії, регресивної поведінки та ін.

7. Травматичні ігри і повторювані дії епізоду травми. Особливості травматичної гри у порівнянні зі звичайною імітаційною грою:

- звичайна гра супроводжується позитивними емоціями та енергійністю, чого повністю позбавлена травматична гра. Вона характеризується одноманітністю та є наближеною до сюжету травми, а цей факт викликає тривогу та страх;
- звичайна наслідувальна гра – слугує розвитку та соціалізації дитини. Для цього дитина використовує широкий діапазон ролей (мама, тато, лікар, воїн та ін.). Чим більше ролей «приміряє» до себе дитина, тим більше вона розвивається. Травматична ж гра повторюється з характерною нав'язливістю та монотонністю, відсутня схильність до імпровізації, в точності повторює сюжет травми. Дитина у грі відтворює самого себе та супроводжується негативними емоціями.

Імітаційна гра відноситься до вікового періоду в інтервалі від 3 до 12 років. Що стосується травматичної гри, вона може тривати і після дванадцяти років, а у дорослих видозмінюється в

травматичну діяльність. Наприклад, при наявності у людини творчих здібностей це може втілюватися в сюжетах художньої продукції.

8. Деформація картини світу. Часто світ представляється як джерело зловісних подій, ворожий, який переслідує, а сама людина в ньому – незахищена, безпорадна, жертва.

9. Проблеми уваги, пам'яті, навчання. Невиплаканий травматичний досвід – психологічно незавершене явище, тому і несе в собі тенденцію постійної актуалізації. Для людини, тим більше дитини, ця актуалізація – досить болісний процес, тому більша частина його життєвої енергії спрямована на опір та на приборкання хворобливих емоцій. Це, відображається на пізнавальній активності: труднощі з концентрацією уваги, зниження об'єму запам'ятовування.

10. Різноманітні страхи. Страх виконує захисну функцію. На різних вікових етапах дитині властиві різноманітні «нормальні страхи». Невротичні страхи, що виникли в результаті травми, мають надмірну панічну інтенсивність та тривалі у часі, а тому деструктивні за своїм характером. У дітей часто зустрічаються страхи, що навіюються батьками.

11. Травматичні сновидіння та порушення сну. Травматичні повторювані сновидіння – одна з ознак «невідпрацьованого» травматичного досвіду. Сновидіння можуть відтворювати те, що трапилося повністю або ж зі змінами.

12. Психосоматичні порушення. У травмованої дитини можна зустріти такі психосоматичні порушення, як логоневроз, енурез, бронхіальна астма, нейродерміти та ін. Поява даних симптомів є важливою ознакою та потребує психологічної діагностики та психолого-педагогічної допомоги дитині. Багато симптомів, приймаючи автоматичний характер в дитячому віці, надалі може впливати на все життя людини, формуючи деструктивні психологічні захисти.

У формуванні та розгортанні ПТСР у дітей великого значення набуває емоційний стан і поведінка оточуючих їх значущих дорослих, передусім батьків. Також несприятливо впливають на наслідки психічної травми дисфункціональні стосунки родині, в якій виховується травмована дитина.

Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE щодо ПТСР (309.81; F43.10) у дорослих, підлітків та дітей віком старше 6 років застосовують діагностичні фактори, які поділено на такі групи [6, 85-91]:

А. Людина піддається ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
  2. Людина особисто була свідком події / подій, які відбувалися з іншими.
  3. Травматична подія відбулася з близькими членами сім'ї чи товаришем.
  4. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу.
- В. Наявність одного (чи більше) з наведених нижче симптомів, пов'язаних з травматичною подією, які виникають після неї:
1. Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію. У дітей, що старше 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації.
  2. Періодичні тривожні сни, зміст яких та емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією. У дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаваного змісту.
  3. Дисоціативні реакції (флеш-беки) У дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.
  4. Інтенсивне (тривале) психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують аспекти травматичної події.
  5. Виразні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події.
- С. Постійне уникнення пов'язаних із травматичною подією подразників:
1. Уникання болісних спогадів, думок про травматичну подію чи почуттів щодо неї або думок і почуттів, тісно пов'язаних з цією подією.
  2. Уникання зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію чи почуття щодо неї.
- Д. Негативні зміни у думках та настрої, пов'язані з травматичною подією. Про наявність цього діагностичного критерію свідчать два чи більше проявів:
1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події (дисоціативна амнезія).
  2. Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших та щодо світу загалом.
  3. Постійні спотворені думки щодо причин або наслідків травматичної події, які впливають на звинувачення себе або інших.
  4. Постійний негативний емоційний стан (страх, гнів, почуття провини, сорому).
  5. Помітне зменшення інтересу до різноманітних заходів, життєвих подій.

6. Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.
7. Постійна нездатність відчувати позитивні емоції.

Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів: дратівлива поведінка та спалахи гніву; ризикована або самоушкоджуюча поведінка; надмірна пильність; перебільшена реакція здригання; проблеми із зосередженістю; порушення сну.

Коли несприятливі фактори мають тривалий характер, то вони згубно впливають на розвиток дитини. Посттравматичний розлад без лікування в більшості випадків набуває хронічного перебігу.

Посттравматичні розлади у дітей є недостатньо вивченими. Дослідження необхідно спрямувати на розробку організаційних, психокорекційних, психотерапевтичних, педагогічних та реабілітаційних заходів для дітей різної вікової категорії. Від успішності цього багато в чому залежить рівень психічного здоров'я дитячого населення.

### Список використаних джерел

1. Агазаде Н.В., Никольская И.М., Добряков И.В. и др. //Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. /Агазаде Н.В., Никольская И.М., Добряков И.В. и др. [Електроний ресурс] //Режим доступу: <http://resurs-yar.ru/files/opit/250314/2.pdf>
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие // М.: Издательство Московского университета, 1985 [Електроний ресурс]//Режим доступу: [http://pedlib.ru/Books/2/0243/2\\_0243-6.shtml](http://pedlib.ru/Books/2/0243/2_0243-6.shtml)
3. Петрова Е.Ю. Как предупредить негативные последствия стресса у детей //Е.Ю.Петрова, Е.В.Самсонова. – Москва: Академия, 2010. –150с.
4. Попова Р.Р. Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. /Попова Р.Р – Казань: Издательство Казанского ун-та, 2013. – 135с.
5. Силенок И.К. Характеристика посттравматического синдрома подростков /И.К. Силенок //Вестн. Адыгейск. гос. ун-та. Серия 3: Педагогика и психология., 2013. – № 3
6. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків /Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»/Львів: Видавництво Українського католицького університету., 2014, 112 с [Електроний ресурс] //Режим доступу: <http://undisspn.org.ua/assets/sinaps.pdf>

### References

1. Ahazade N.V., Nykolskaia Y.M., Dobriakov Y.V. y dr. //Okazanye psykholohycheskoj u psykhyatrycheskoj pomoshchy pry chrezvychnajnykh sytuatsyiah: Uchebnoe posobyje. /Ahazade N.V., Nykolskaia Y.M., Dobriakov Y.V. y dr. [Elektronyi resurs] //Rezhym dostupu: <http://resurs-yar.ru/files/opit/250314/2.pdf>
2. Lebedynskiy V.V. Narusheniya psykhycheskoho razvytyia u detei: Uchebnoe posobyje // M.: Yzdatelstvo Moskovskoho unyversyteta, 1985 [Elektronyi resurs]//Rezhym dostupu: [http://pedlib.ru/Books/2/0243/2\\_0243-6.shtml](http://pedlib.ru/Books/2/0243/2_0243-6.shtml)
3. Petrova E.Iu. Kak predupredyt nehatyvnye posledstvyia stressa u detei //E.Iu.Petrova, E.V.Samsonova. – Moskva: Akademyia, 2010. –150s.
4. Popova R.R. Psykholohycheskaia pomoshch v kryzysnykh y chrezvychnajnykh situatsyiah: Uchebnoe posobyje. / Popova R.R – Kazan: Yzdatelstvo Kazanskoho un-ta, 2013. – 135s.
5. Sylenok Y. K. Kharakterystyka posttravmatycheskoho syndroma podrostkov / Y.K. Sylenok //Vestn. Aдыгейск. hos. un-ta. Seryia 3: Pedahohyka y psykholohyia., 2013. – № 3
6. Synopsys diahnostychnykh kryteriiv DSM-V ta protokoliv NICE dlia diahnostyky ta likuvannia osnovnykh psykhychnykh rozladiv u ditei ta pidlitkiv /Serii «Psykholohiia. Psykhiatriia. Psykhoterapiia»/Lviv: Vydavnytstvo Ukrainskoho katolytskoho univertsytetu., 2014, 112 s [Elektronyi resurs] //Rezhym dostupu: <http://undisspn.org.ua/assets/sinaps.pdf>

### Марциновская И.П. Характеристика посттравматического стрессового расстройства детей и подростков

*В статье рассмотрен симптомокомплекс посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков. Описаны основные поведенческие, когнитивные, эмоциональные и социальные особенности детей школьного возраста, имеющих посттравматический стресс. Рассмотрено формирование и проявление посттравматического расстройства у детей разных возрастных групп с позиции представлений о защитной системе человека и изменения уровня преобладающего нервно-психического реагирования в ситуации стресса. Детализировано психологическую картину симптомокомплекса ПТСР и рассмотрены психологические особенности, поведенческие реакции детей и подростков свидетелей травмирующих событий и военных конфликтов. Описаны группы факторов ПТСР у детей в соответствии с диагностическими критериями DSM-V.*

*Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, травмирующая ситуация, дети, подростки, нервно-психическое реагирования.*

### Martsinovska I. A characteristic of post-traumatic stress disorder in children and adolescents

*The issue of post-traumatic stress disorder in children and adolescents is not well understood. Methods of psychological and pedagogical support in the conditions of school education, diagnostics and psycho-correction, which can be used by a practical psychologist of the school and other pedagogical staff of the educational institution, are not sufficiently developed.*

*The article describes the basic behavioral, cognitive, emotional and social features of school-age children with post-traumatic stress. The author draws attention to the formation and manifestation of post-traumatic disorders in children of different age groups from the standpoint of representations about human protective systems and changes in levels of prevailing neuro-psychological response in a stressful situation, namely: somatovegetative (from birth to 3 years); affective (from 5 to 10 years) and emotionally ideational (from 11 to 17 years). The author examines the physiological study PTR factors in childhood and adolescence in a different aspect of the traumatic stressful events. Postgraduate student details the psychological symptom of PTSD and psychological characteristics and behavioral responses of children and witnesses of traumatic events and military conflicts. Three groups of factors are considered (factors that are important to the injury (premorbid), factors that are important during the injury, factors that are present after the injury) that affect the variety of the clinical picture, the severity of the PTSD, the peculiarities of the course, the success of the correction and therapy in children with post-traumatic stress disorder. The group of diagnostic factors of PTSD in children is considered in accordance with diagnostic criteria DSM-V.*

*Key words: traumatic situation, post-traumatic stress disorder, children, adolescents.*

Стаття надійшла до редколегії 06.05.2018

УДК 792. 028. 6

### Алла МЕДВЕДЕВА

*кандидат мистецтвознавства,  
доцент кафедри тележурналістики та майстерності актора  
Київського національного університету культури і мистецтв,  
м. Київ, Україна  
e-mail: Aamedvedeva@i.ua*

## ДО ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ МАСКИ ВІД ВІДЛІКУ ІСНУВАННЯ ПЕРВІСНОСТІ ДО ВИТОКІВ СЦЕНІЧНОГО МИСТЕЦТВА

*У запропонованій статті розкриваються стрижневі аспекти виникнення маски від існування первісності до витоків сценічного мистецтва. Проаналізовано значення даної дефініції у професійній діяльності артиста на естраді та у його акторському тренінгу для створення сценічного образу. Акцентовується увага на психологічному механізмі маски – маска як інструмент трансформації сценічного образу актора. Наведено приклади класифікації означеного феномена сучасного майстра слова на естраді за формою подання номера у певних категоріях.*

*Ключові слова: актор, маска, гра, сценічне мистецтво, естрада, творчість.*

В умовах розвитку суспільства, коли естрада набуває нових актуальних форм як особлива модель життя, наділена значною силою емоційного впливу, її змістовне наповнення є важливою частиною процесу продуктивного засвоєння світової культури. Одним із плідних шляхів оновлення сучасного сценічного мистецтва, ігрового, тотального театру – святкового, ритуального – у пошуках виразних засобів художньої творчості, є звернення до маски, до її різноманітних форм та методів застосування.

В осмисленні досвіду залучення маски та виробленні методик роботи з нею на естраді важливу роль відіграли дослідження, основані на практичному досвіді та теоретичних розробках радянських та російських майстрів гумористичних жанрів. У першу чергу це був досвід, отриманий майстрами естради близького зарубіжжя, а саме: В. Ардова, С. Арістархової, Г. Артоболєвського, А. Бейліна, І. Богданова, Ю. Богомолова, І. Виноградського, Є. Гершуні, М. Германової, М. Гріна,

Ю. Дмитрієва, Д. Золотницького, І. Льїнського, С. Клітіна, О. Лука, Л. Мархасєва, Ю. Нікуліна, Є. Петросяна, В. Полякова, А. Райкіна, О. Рубба, М. Розовського, М. Смирнова-Сокольського, Л. Тихвінської, І. Шароева. Цей досвід є цінним не тільки для широкого осмисленого застосування маски у професійній діяльності артиста на естраді, а й у його акторському тренінгу, важливого для створення образу.

Доцільно зауважити, що артист на естраді діє, за законами площадного театру, коли головним для нього стає посил (як результат максимальної зосередженості), оскільки для публіки велике значення мають особисті переживання, душевний і духовний стан артиста. Особисті якості є сутністю виконавства. Вони формують основу унікальної дії на глядачів, яка притаманна відомим артистам естради таким, як А. Райкін, М. Смирнов-Сокольський, М. Миронова, І. Андроніков, Р. Зелена, Ю. Нікулін, Ю. Березін та Ю. Тимошенко, Г. Хазанов, Ю. Шифрін, Ю. Гальцев, К. Новікова та ін.