

# РОЗДІЛ 3

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ВЧИТЕЛЯ

УДК 616.89-057.874(045)

Веселова Н. П.

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ДІТЬМИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ НАСЛІДКІВ

*Статтю присвячено висвітленню особливостей переживання дітьми посттравматичних наслідків. Визначено сутність посттравматичних стресових розладів, описана їхня специфіка в дитячому віці. В ході дослідження також встановлено взаємозв'язок між ознаками посттравматичного стресу і соціально-демографічними характеристиками дітей. Проаналізовано фізіологічні, когнітивні, поведінкові механізми регуляції стресового стану дітей. Встановлено, що відсутність адекватної підтримки в сім'ї, нормального функціонування і наявність порушень в сімейній структурі сприяє виникненню посттравматичного стресу у дітей.*

**Ключові слова:** *посттравматичний синдром або посттравматичний стресовий розлад, травмуюча подія, психотравмуючий вплив, посттравматичні наслідки.*

**Актуальність дослідження.** Початок XXI ст. ознаменований цілою низкою різного роду соціально-політичних потрясінь, техногенних і природних катастроф, воєнних подій та терористичних актів, що стає непосильним і непередбаченим тягарем для людської психіки. Загроза існуванню, страх за життя, втрата близьких призводять до зростання кількості неспокійних пограничних розладів, в тому числі і до посттравматичних стресових розладів (далі – ПТСР).

Серед значної частини населення, яке має психотравмуючий досвід найбільш незахищеною і вразливою категорією є діти. Опинившись свідками військових дій чи зазнавши насилля в сім'ї, вони отримують досвід, що деформує свідомість, цінності й ставлення до оточуючого їх середовища. Це ставлення має прояви в перепадах настрою, невмотивованій агресії, постійному страху та очікуванні повторення травматичних подій. Як показує практика, повністю стерти з пам'яті дитини трагічні спогади неможливо. У той же час, батьки та педагоги, можуть впливати на почуттєву сферу дитини, створюючи ситуації, які будуть залишати в пам'яті дитини сліди, що формуватимуть у них позитивне ставлення життя, спрямованість особистості, що врешті-решт сприятиме їх поверненню до нормального способу життя.

Для цього вкрай необхідна професійна підготовка педагогів, щоб вони були компетентними забезпечити дітей адекватною психолого-педагогічною допомогою. Разом з тим, система шкільної освіти в цілому, і педагоги, психологи, соціальні педагоги, класні керівники зокрема, часто виявляються не готові до кваліфікованої підтримки та допомоги дітям з ПТСР в результаті впливу різних екстремальних ситуацій (стихійних лих, воєнних конфліктів та домашнього насилля), оскільки користуватися подібними технологіями та методами психолого-педагогічної підтримки їх у виші не навчають.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Незважаючи на те, що кількість досліджень, присвячених вивченню наслідків перебування людини в травматичній ситуації за останні десятиліття стрімко зростає, багато теоретико-методологічних аспектів цієї проблеми залишаються невирішеними або дискусійними.

У вітчизняній психології і психіатрії інтерес до досліджень у цій галузі збільшився у зв'язку з введенням в науковий дискурс категорії посттравматичного стресового розладу. У вісімдесяті роки минулого століття ПТСР (post-traumatic stress disorder – PTSD) було включено в якості самостійної нозологічної одиниці в американський класифікатор психічних розладів, а в середині дев'яностих років ПТСР увійшло в Міжнародну класифікацію психічних і поведінкових розладів (МКХ-10).

Це викликало зростання кількості клінічних, психологічних, соціально-психологічних, педагогічних, культурологічних робіт, що проводяться в рамках нового науково-практичного напрямку – «травматичний стрес», який на цей час інтенсивно розвивається.

Введення ПТСР у класифікатори неоднозначно оцінювалися клініцистами в різних країнах. Разом з помітним прогресом досліджень в цій галузі підвищується дискусія навколо проблем, пов'язаних з посттравматичними розладами. На думку Н.В. Тарабриної, це стосується семантичного поля травматичного стресу, проблем моделі залежності рівня реакції від інтенсивності стресора (dose-response model), внесення почуття провини в реєстр посттравматичних симптомів, можливого впливу мозкових порушень, ефекту стрес-гормонів, спотворень пам'яті, що виникли в результаті сексуального насильства в ранньому дитинстві, впливу соціально-політичних факторів тощо. Кількість країн, які застосовують у клінічній практиці діагноз ПТСР зросла з 7 за період 1983 – 1987 рр. до 39 за період 1998 – 2002 рр. Виявлена тенденція зростання досліджень в області ПТСР, яка пов'язана із зростанням міжнародної терористичної активності та загостренням військових конфліктів [3].

Проблема впливу зовнішніх стресорів на психіку людини та дитини набуває особливої значущості. Останнім часом успішно виконана велика кількість робіт, спрямованих на вивчення різних аспектів посттравматичного стресу у дорослих та дітей, а саме: дисоціація та посттравматичний стрес (С.А. Агарков); наслідки травматичного стресу, пов'язаного з професійною діяльністю у пожежників (Н.В. Тарабрина); психічна травма і базисні когнітивні схеми особистості (М.А. Падун); дисоціативні стани і формально-динамічні властивості індивіда (О.Ю. Єпугаєв); фактори ризику розвитку посттравматичного стресу в онкологічних хворих (О.А. Ворона); психологічні наслідки терористичних актів (Н.В. Тарабрина); взаємозв'язок самооцінки, фрустрації, тривожності, агресивності, рівнів інтелекту, властивостей темпераменту і ознак посттравматичного стресу у підлітків, що пережили різні травмуючі події (А.В. Макарчук, А.В. Щепіна); когнітивно-особистісні аспекти переживання травматичного стресу (М.А. Падун); особливості життєвої перспективи у ветеранів війни в Афганістані та ліквідаторів аварії на ЧАЕС (О.А. Миско); психотравмуючий вплив терористичної загрози (Ю.В. Биховець); психологічні особливості переживання вимушеної міграції (А.В. Котельникова); особливості і динаміка механізмів психологічного захисту у дітей, що мають травматичний досвід (Н.С. Спиридонова, О.В. Труфанова); педагогічна підтримка дітей з посттравматичними стресовими розладами в умовах загальноосвітньої школи (М.Г. Магомедов); взаємозв'язок індивідуально-психологічних характеристик та ознак посттравматичного стресу у дітей (А.І. Щепіна); психологічні наслідки посттравматичного стресу у монгольських і російських дітей (Жанцан Нямаа).

Незважаючи на значну кількість зарубіжних досліджень, присвячених вивченню особливостей посттравматичного стресу у дітей, більшість з них, в основному, обмежуються виявленням і вивченням тих симптомів посттравматичного стресового розладу, які вказані в DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision / Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів-IV-перегляд тексту, 2000), а також в МКБ-10 (Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 2003). Водночас поза увагою науковців залишаються численні проблеми посттравматичного стресу у дітей, в тому числі й особливості переживання дітьми посттравматичних наслідків.

**Мета статті** є визначення особливостей переживання дітьми посттравматичних наслідків.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Посттравматичний синдром або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) представляє собою цілісний комплекс симптомів порушення психічної діяльності, що виникає в результаті одноразового або повторюваного зовнішнього надсильного травмуючого впливу на психіку дитини або дорослого (фізичне та/або сексуальне насильство, постійне нервово перенапруження, пов'язане зі страхом, приниженням, співпереживанням страждань оточуючих тощо).

Як вказує Н.В.Тарабрина, для посттравматичного синдрому характерний стан підвищеної тривожності, на тлі якого час від часу виникають напади надзвичайно яскравих спогадів травмуючої події. Такі напади найчастіше розвиваються при виникненні подразників (тригерів, ключів), які є фрагментами спогаду про травмуючу подію (крик дитини, скрип гальм, запах бензину, гул літака, що летить тощо). З іншого боку, для посттравматичного розладу характерна часткова амнезія, людина не може згадати всіх деталей травмуючої ситуації [3;4].

Як свідчать численні дослідження науковців, в силу постійного нервового перенапруження і характерних порушень сну (нічні кошмари, безсоння) з часом у пацієнтів з посттравматичним синдромом розвивається так званий церебрастенічний синдром (комплекс симптомів, які свідчать про виснаження центральної нервової системи), а також порушення з боку серцево-судинної, ендокринної, травної та інших провідних систем організму.

Характерно, що клінічна симптоматика ПТСР, як правило, проявляється через певний латентний період після травмуючої події (від 3 до 18 тижнів) і зберігається досить тривалий час (місяці, роки, а нерідко й десятиліття).

Центральне місце серед наслідків посттравматичного стресу у дітей займають такі прояви посттравматичного стресу, як нав'язливе згадування і завзяте уникнення будь-яких стимулів, що нагадують пережиті травматичні події, а також стабільні психологічні порушення, пов'язані з перенесеною травмою.

Дітям, котрі пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що з ними сталося. Це пов'язано, насамперед, з їхніми віковими особливостями, їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст того, що відбувається, вона просто запам'ятовує саму ситуацію, свої переживання в цю мить (в пам'яті залишаються переживання, пов'язані із вереском галм, свистом падаючого снаряда, гулом гелікоптерів, звуками ударів, вибухом, жаром вогню тощо).

Інтенсивність переживань може бути занадто сильною для дитини, і вона стає дуже вразливою.

Травмовані діти висловлюють свої, пов'язані з пережитим, почуття через поведінку. Так, у дітей дошкільного віку (від 4 до 7 років) відзначається прагнення до одноманітних ігор з використанням предметів, що мають відношення до психотравми.

Спектр посттравматичних симптомів у дітей включає в себе зміни на фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому рівнях.

До загальних посттравматичних симптомів, характерних для дитячого віку на фізіологічному рівні належать такі, як:

- 1) різні порушення сну, часті пробудження під час сну, внаслідок кошмарів;
- 2) багато дітей скаржаться на болі в животі, головні болі, що не мають фізичних причин;
- 3) часте сечовипускання;
- 4) розлади органів травлення;
- 5) тремтіння, нервові тики, посмикування;
- 6) схематизація – стан, пов'язаний з рецидивуючими та соматичними скаргами тривалістю кілька років.

На емоційному рівні найбільша загальна і найперша реакція на пережитий стрес – страх, фобії. З часом у дітей можуть сформуватися специфічні фобії, такі, як виражена тривога або страх перебування в темряві.

Деякі діти часто відчувають почуття провини за те, що трапилося, у них формується уявлення про себе як про поганих людей. Для таких дітей характерними проявами є дратівливість, прояви депресії, плаксивість.

На когнітивному рівні у травмованих дітей погіршується концентрація уваги, вони стають неуважними. У той же час у них порушується пам'ять, діти стають забудькуватими й часто не можуть пригадати важливу персональну інформацію, нездатні згадати минуле. У таких дітей часто з'являються думки про смерть, вони несподівано втікають з дому.

Проведені науковцями дослідження показують, що на поведінковому рівні у травмованих дітей можлива різка зміна поведінки: вони не хочуть розлучатися з батьками навіть ненадовго, деякі можуть в прямому сенсі слова чіплятися за батьків і мати потребу в їх постійній присутності, фізичному контакті з ними.

Багато дітей часто повертаються до поведінки, властивій більш молодшому віку. Деякі втрачають навички охайності, смочуть пальці або взагалі поводяться як малюки. Травмовані діти стають більш впертими, гнівними, агресивними. Їхня поведінка характеризується ворожістю і конфліктністю по відношенню до інших. У травмованих дітей зазвичай відзначається широке коло проявів поведінки страху або уникання – таких, як страх виходити з дому, залишатися одному або бути в замкненому просторі [1].

Діти безперечно є найбільш незахищеною і вразливою частиною населення, що повністю залежать від дорослих, і при цьому вони, так само як і дорослі, досить часто потрапляють в зони техногенних і природних катастроф, стають свідками військових подій, а також жертвами фізичного, сексуального та емоційного насильства. До травматичних ситуацій для дітей також відносять тривалі або повторювані госпіталізації. Це обумовлює потребу в розгляді особливостей переживання дітьми кожної з цих травматичних ситуацій більш детально. Найбільш типовими травматичними ситуаціями є *події, що пов'язані з військовими діями*.

Основними травмуючими факторами в цьому випадку, на думку дослідників [1; 5; 6], виступають: безпосередня загроза життю і здоров'ю дитини та її близьких, смерть близьких, соматичні травми дитини. У підлітків як один із симптомів ПТСР може з'являтися «провина людини, яка вижила». Для дітей дошкільного віку найбільш типовими наслідками такого роду травматичних ситуацій є регресивна поведінка (страх розлуки з батьками, страх перед незнайомими людьми, втрата наявних раніше засвоєних навичок), дратівливість. У дітей старшого віку з'являються проблеми у навчанні та спілкуванні. Таким дітям властиві поведінкові порушення від депресії до агресії. У підлітків також спостерігаються різні соматичні скарги, що не мають органічної природи.

Під час тривалої розлуки з батьками, що беруть участь у військових подіях, у дітей відзначають такі порушення, як депресія, нездатність відчувати задоволення, порушення соціальних контактів.

*Стихійні лиха і техногенні катастрофи* спричиняють появу схожих травмуючих факторів як і в ситуації воєнних дій. Спостереження за такими дітьми показують, що відразу після травми у дітей зазвичай з'являються такі симптоми, як: порушення сну, нічні кошмари, нав'язливі думки про травматичні ситуації, впевненість в тому, що травматична ситуація може повторитися, підвищена тривожність, сильна реакція на будь-який стимул або ситуацію, що символізує травму, психофізіологічні порушення тощо. У молодших дітей часто виявляються тенденції регресивної поведінки (енурез, смокання пальця і прояви більшої залежності від батьків).

Діти можуть не говорити про свої переживання, що пов'язані зі стихійними лихами, тому науковці радять звертати увагу батьків та педагогів на невербальні ознаки порушень, такі як:

1. Порушення сну, які тривають довше, ніж кілька днів після травми. При цьому сни, безпосередньо пов'язані з травматичною ситуацією, можуть бути відсутніми.

2. Страх розлуки з батьками.

3. Страх при появі стимулу (місця, людини, телевізійної передачі тощо), пов'язаного з травматичним переживанням.

4. Соматичні скарги, невпевненість у власному здоров'ї.

5. Підвищена тривожність, що виявляється вдома або в школі та пов'язана зі страхами або фруструючими ситуаціями.

Катастрофи та стихійні лиха спричиняють травмуючий вплив не тільки на дітей, що були безпосередніми свідками, а навіть на дітей, які народилися у матерів, які пережили такі події. Ці діти відрізняються затримкою емоційного і фізичного розвитку.

На думку науковців, на психічний стан людей найбільш важкий вплив чинять катастрофи, що викликані навмисними діями людей та техногенні катастрофи, що відбуваються по необережності або за випадковим збігом обставин і переживаються тяжче, ніж природні катаклізми [1; 5].

*Важке соматичне захворювання* занурює дитину в нову психологічну реальність, яка є складною і для дитини, і для її близьких. Хвороба впливає не лише на фізичний стан дитини, а й на її емоційний стан.

У подібній ситуації стрес стає закономірною реакцією на важке захворювання. Однак, ступінь його прояву може залежати від деяких умов: особливостей захворювання, ступеня його тяжкості, віку та статі дитини, особливостей сімейної ситуації (стосунків між членами сім'ї, наявності у сім'ї інших важко хворих, смерті членів сім'ї тощо). Основними проявами реакції на соматичне захворювання є регресивна поведінка (яка в значній мірі ускладнює лікування) і соціальна ізоляція (пов'язана з пропусками занять і тим, що часто здорові діти уникають хворих однолітків).

*Смерть близької людини* є найтяжчою бідою, коли будь-яка людина, а особливо дитина, по-перше, стає свідком смерті близької людини, а по-друге, усвідомлює, що вона і сама смертна.

Дітям, які перенесли таку травму, в більшості випадків властива наявність всіх симптомів ПТСР (нав'язливе відтворення травматичної ситуації, уникнення місць, пов'язаних з подією тощо).

*Психологічні наслідки насильства у дітей* можуть призводити до стійких особистісних змін, які перешкоджають здатності дитини реалізувати себе в майбутньому.

Насильство може викликати різні порушення, такі як порушення в пізнавальній сфері, а також розлади апетиту, сну, зловживання наркотиками, алкоголізм, мимовільне відтворення травматичних дій у поведінці, спроби самокатування, безліч соматичних скарг тощо.

Крім безпосереднього впливу насильство, пережите в дитинстві, також може призводити до довгострокових наслідків. Воно, як зазначають вчені, може сприяти формуванню специфічних сімейних стосунків, особливих життєвих сценаріїв. У дослідженні історій життя людей, які вчиняють насильницькі дії, по відношенню до дітей, часто виявляється власний досвід пережитого насильства в дитинстві. Для більшості з них властива низька самооцінка та недостатній самоконтроль [5; 6].

Існує кілька критеріїв, за якими, як зазначає С.М. Черепанова, класифікується насильство. Так, насильство може бути явним і прихованим (непрямим) залежно від стратегії поведінки кривдника. За часом, насильство поділяється на те, що відбувається в сьогоденні і те, що трапилося в минулому. За тривалістю насильство може бути поодиноким чи постійним, що триває роками. За місцем події, насильство буває: вдома – з боку родичів, в школі – з боку педагогів або дітей, на вулиці – з боку дітей, або з боку незнайомих дорослих [6].

Основними наслідками фізичного насильства для дітей є відсутність контролю над своєю імпульсивністю, зниження здатності до самовираження, відсутність довіри до людей, страх, депресія, самоізоляція. Крім цього, наслідками фізичного насильства можуть бути садистські нахили.

В науковій літературі доведено, що існують взаємозв'язки між ознаками посттравматичного стресу і соціально-демографічними характеристиками дітей [1; 4; 6]. Зокрема, порівняно з восьмирічними дітьми, у семирічних дітей психічна травма, виникає частіше і її ознаки більш виражені. Для хлопчиків і дівчаток частота виникнення посттравматичного стресу також нерівномірна. У дівчаток посттравматичний стрес, виникає частіше, ніж у хлопчиків. Аналогічне співвідношення зберігається у розподілі посттравматичного стресу за сімейним складом дітей. Порівняно з дітьми, що виховуються у неповних сім'ях, діти, з повних сімей з дисгармонійними взаєминами і дефіцитом батьківського піклування, більше переживають психотравмуючі події. Крім того, серед дітей, які мають травматичний досвід, переважають діти, батьки яких мають повну загальну середню освіту, у порівнянні з дітьми, батьки яких отримали середньо-спеціальну і вищу освіту [5; 6].

Посттравматичний стрес, не тільки робить негативний вплив на формування особистості, але і негативно впливає на розвиток інших сфер психічної діяльності дітей. Зокрема, впливає на розвиток інтелектуальних операцій у молодших школярів.

За результатами дослідження Н. В. Тарабріної, було встановлено, що діти, які пережили психотравмуючу подію, успішно виконують інтелектуальні завдання, виявляють здатність до розуміння їх сутності і вдало знаходять потрібні відповіді. Водночас діти з посттравматичними наслідками не справляються з такими завданнями. Зокрема, завдання, що вимагають умінь розкласти картинки у певній послідовності, становили особливі труднощі для них. Діти добре розуміли, що намальовано на кожній картинці, але правильно з'єднати зміст окремих малюнків не могли: ніяковіли, вперто мовчали,

відмовлялися продовжувати заняття, розповідь у них зводилася до опису окремих картинок. Невміння уявити собі цілісний образ події, невідміння відволіктися від наочної ситуації і діяти в плані образів і уявлень – основна причина їхніх невдач [5].

**Висновки.** Відсутність адекватної підтримки в сім'ї, нормального функціонування і наявність порушень в сімейній структурі сприяє виникненню посттравматичного стресу у дітей.

Підвищенню рівня стресостійкості дітей сприятимуть вправи, підібрані з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей розвитку, типу нервової системи, життєвого досвіду і за умови адекватно організованого педагогічного супроводу навчально-виховного процесу. Однак, найкращих результатів можна досягнути лише за умови системного підходу до розв'язання цього завдання.

Подальші перспективи дослідження вбачаємо в розробці корекційної програми щодо подолання посттравматичних наслідків у дітей.

### Використані джерела

1. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Глашук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
2. Руководство по предотвращению насилия над детьми / Под ред. Н. К. Асановой. – М.: Владос, 1997. – 504 с.
3. Тарабрина Н.В. Теоретико-эмпирические исследования посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // Психологический журнал. 2007. – Т. 28. – № 4, июль-август. – С. 5-14.
4. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика / Н.В. Тарабрина. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
6. Черепанова Е.М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку / Е.М. Черепанова. – М.: Академия. – 1997.

Veselova N.

### PECULIARITIES OF CHILDREN'S POST-TRAUMATIC EXPERIENCE

*Peculiarities of children's posttraumatic experience are discussed in the article. The notion of posttraumatic stress disorders is defined, as well as their aspects concerning children in particular. Conceptual ideas of pedagogical influence upon children suffering from posttraumatic stress disorders in secondary school environment are described.*

*Posttraumatic syndrome or posttraumatic stress disorder (PTSD) in children or adolescence is a unity of psychic disorders symptoms which occurs as a result of an exposure to one or more traumatic events (physical and/or sexual violence, constant emotional stress caused by fear, humiliation, empathy for others, etc.). The main reasons causing stress to children and adolescence are stated. Alongside, three major signs of children's posttraumatic stress are specified, namely intrusive recollections; avoidance of traumatic triggers, memories and situations that remind the child of the traumatic event; behavioral disorders connected with traumatic events.*

*Research results have shown interrelation of posttraumatic stress and children's social and demographical characteristics. Physiological, cognitive, behavioral mechanisms of child's state regulation under the stress are analyzed.*

*Gender is found to be one more factor predetermining the development of posttraumatic stress. Thus, it occurs within girls with the higher frequency and intensity in comparison with boys.*

*Another factor influencing children's posttraumatic stress is the level of intelligence. A certain inverse relation has been found: the lower is the level – the more intensive are the signs of posttraumatic stress. The temperament characteristics such as low social interactions, low social activity, high emotional and social sensitivity (high level of personal anxiety, failure stress, high emotional sensitivity in the sphere of communication) are stated to be connected with the signs of children's posttraumatic stress, whereas the major factor is high emotional sensitivity.*

*Absence of adequate family support and relations as well as disorders in family structure causes the development of children's posttraumatic stress.*

*Definite exercises which can be used to increase the level of children's and teenagers' resistance to stress are described. The system approach is to be considered in order to obtain the best results and solve this problem successfully.*

**Key words:** *Posttraumatic syndrome, posttraumatic stress disorder, trauma event, traumatic influence, posttraumatic consequences.*

Стаття надійшла до редакції 15.03.2017 р.