

УДК 159.964

**Хачатурян Ю. Р.,**

пошукач кафедри соціальної психології,  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка  
E-mail: tigr\_2007@mail.ru

## ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТРАВМИ В ДІТЕЙ

У статті розглядаються теоретичні підходи до вивчення проблеми психотравмуючих подій та їх впливу на особистість. У науковій літературі досі не існує єдиного підходу до розуміння феномену психотравми і її впливу на особистість дитини. Стаття присвячена аналізу існуючих визначень психотравми і підходів до її вивчення.

**Ключові слова:** психотравма, симптоми психотравми, стрес, наслідки стресу, ПТСР, класифікатором DSM-V, психотравма в дітей.

The article deals with theoretical approaches to the study of the problem of traumatic events and their impact on the personality. There is still no single approach in the scientific literature to understanding the phenomenon of psychotrauma and its impact on the personality of the child. The article is devoted to the analysis of existing definitions of psychotrauma and approaches to its study.

**Key words:** psychological trauma, psychological trauma symptom, stress, consequences of stress, post traumatic stress disorder (PTSD), classifier DSM-V, psychological trauma in children.

**Актуальність проблеми.** Актуальність вивчення проблеми впливу психотравми на особистість дитини пов'язана з ситуацією, що склалася в останні роки на території України. Анексія Криму, військові дії на сході України, нестійкий економічний стан призвели до так званих «посттравматичних стресових розладів», які пов'язані зі специфічними травмуючими ситуаціями.

На жаль, як показує практика, практично кожна людина в дитинстві переживала психотравми, але не кожна змогла подолати наслідки травмуючої події. Саме тому багато дорослих людей несуть в собі спогади психотравмуючих наслідків дитинства. Вже дорослі люди живуть з хворобливими переживаннями, які визначають їхній вибір, життєву позицію, особливості стосунків з людьми тощо.

Важливість вивчення цих станів зумовлена тим, що без знання їх причин, механізмів виникнення, клінічного стану неможливо ані виявляти, ані попереджати, ані долати їх. Шерег авторів дотримуються тієї точки зору, що психогенні розлади у дітей не проходять без наслідків, вони змінюють особистість індивіда і позначаються на подальшому житті [2, 16, 17].

**Стан розроблення проблеми.** Будь-які події та ситуації впливають на психіку людини, а тим більш стресові. Наслідки таких подій – відчуття тривоги, душевні переживання вважаються нормальним проявом. Якщо переживання було короточасним, то симптоми проходять швидко. Однак після важких подій, при сильному емоційному переживанні прояви стресу залишаються на тривалий час. У міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ) подібний стан описується як посттравматичний стресовий розлад [1].

Наблизити зміст поняття «психотравма» до сучасного його розуміння допомогли праці вітчизняних і зарубіжних дослідників, в яких шляхом введення таких термінів: «недорозвинутість органу» (А. Адлер, 1907); «афект жаху» (Н. Н. Баженов, 1927); «набута психічна інвалідність» (П. Б. Ганушкін, 1927); «нейропсихічний травматизм» (Л. Я. Брусиловський, Н. П. Бруханський, Т. Є. Сегалов); «патологічне горе» (Liderman, 1944); «бойова втома» (L. Bartemeor, 1946); «синдром в'язнів концентраційних таборів» (V. Frankl, 1959; W. Niderland, 1964); «посттравматичний невроз тих, хто вижив» (R. Leopold, 1963); «велика стресова реакція» (P. Bourne, 1970); «військовий травматичний невроз» (С. Levy, 1971; P. Bourne, 1972); «синдром згвалтованих» (A. Burges, 1974); «постемоційний синдром» (Y. Poiso, 1976); «травматична епідемія» (Н. І. Пірогов, 1977); «посттравматичний стресовий розлад» (PTSD) (Ch. Figley, 1978; M. Horowitz et al., 1980); «соціальний стресовий розлад» (Ю. А. Александровський, 1991); «психосоціальні наслідки катастроф» (В. Н. Краснов, 1997) [13].

**Мета статті** полягає у теоретичному аналізі проблеми виникнення психотравми у дітей.

**Виклад основного матеріалу.** У науковій літературі процеси психічної травматизації часто позначаються поняттям «стрес». Вперше термін «стрес» з'явився в журналі Psychological Abstracts в 1944 році (Lazarus & Folkman, 1984).

Популяризацію поняття «стрес» приписують Гансу Сельє, який, будучи біологом, розглядав стрес з фізіологічної точки зору. «Кожна людина відчуває його, всі говорять про нього, але майже ніхто не бере на себе обов'язок з'ясувати, що ж таке стрес...» [11, с. 11]. Г. Сельє розумів стрес як «неспецифічну відповідь організму на будь-яку висунуту проти нього

вимогу» [11, с. 30]. У свою чергу, кожна висунута вимога в певному сенсі специфічна і своєрідна, саме це в розумінні Г. Сельє і є сутністю стресу [11]. Він вважав, що «навіть в стані повного розслаблення спляча людина відчуває певний стрес» й прирівнює відсутність стресу до смерті [12, с. 131]. Дії, які викликають стресову реакцію, учений назвав стрессорами.

Водночас Р. Люфт жартівливо писав, що «багато хто вважає стресом все, що відбувається з людиною, якщо вона не лежить у своєму ліжку» [7, с. 115].

У подальших вітчизняних і зарубіжних психологічних дослідженнях таке трактування стресу заперечується. Так, Р. Лазарус, розрізняючи психологічний і фізіологічний стреси, вводить інше тлумачення стресу. Він стверджує, що стрес виникає в ситуаціях, які становлять у майбутньому небезпеку для людини і викликають бажання позбутися загрозової ситуації. Учений описує стрес як двобічні відносини, де середовище впливає на індивіда, а індивід, у свою чергу, впливає на середовище. Автор стверджує, що регулювання стресового стану залежить від способу мислення індивіда, оцінки ситуації, що склалася, знання власних можливостей (ресурсів), мірою навченості управління поведінки в екстремальних умовах [5].

С. Селлс вважає сутністю стресової ситуації втрату контролю, тобто відсутність у індивіда адекватної реакції в певній ситуації при усвідомленні значущості для нього наслідків відмови від реагування [29].

П. Фресс пропонує називати стресом особливий вид емоціогенних ситуацій, а саме «живати цей термін стосовно ситуацій, які повторюються або є хронічними, в яких можуть з'явитися порушення адаптації» [19, с. 145].

Ц. П. Короленко визначає стан стресу як емоційне збудження і, як наслідок, супутні йому зміни в сферах психологічного функціонування. Дослідник розглядає стресові ситуації як чинники, що викликають надмірне навантаження на систему психологічного саморегулювання і призводять до розвитку емоційної напруги [4].

Таким чином, у сучасній психології важко знайти однозначне за загальноприйняте визначення психологічного стресу. У більшості досліджень ставиться знак рівності між стресом і психічною травмою.

Однак, слід розрізняти поняття стресу, як сильного емоційного напруження і так звані «посттравматичні стресові розлади», які пов'язані зі специфічними травмуючими ситуаціями (катастрофи, пожежі, тортури тощо).

Тема психотравми вивчалася багатьма вченими. До цього часу не існує єдиної думки з цієї проблеми. Шерег учених пов'яже психічну травму з травматичними подіями. У психіатрії травмуючою називають по-

дію, що виходить за межі нормального людського розуміння, а психічну травму визначають як досить складне явище, в центрі якого знаходиться субклінічне реагування свідомості на саму психічну травму, що супроводжується своєрідною «захисною» перебудовою, яка відбувається в системі психологічних установок в суб'єктивній ієрархії значущого.

За Е. С. Мазур, «поняття «психічна травма» тлумачиться як шкода, заподіяна психічному здоров'ю людини внаслідок інтенсивного впливу несприятливих чинників середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку».

З точки зору П. Левіна, сила впливу психічної травми залежить від індивідуальної значущості, яку має травмуюча подія, від ступеня психологічної захищеності індивіда і його здатності до саморегуляції (P. Levine, 1997).

За В. Д. Менделевичем, психічна травма – це життєва подія, що зачіпає значущі сторони існування людини і призводить до глибоких психологічних переживань [8].

Г. К. Ушаков визначає психічну травму як внутрішній психічний конфлікт, який з'являється на соматично слабкому ґрунті в першу чергу в осіб, схильних до психогенній [6].

Шерег дослідників вивчають психотравму як явище по суті, але саме поняття «психотравма» ними не використовується. Автори класифікують і описують психічні травми в якості критичних подій, які призводять до перевантаження психічної діяльності через необхідність адаптації. Самі «критичні життєві події» вивчаються в якості психотравми як самостійне явище (М. Перре, У. Бауманн [3]); в зв'язку з депресивними розладами (А. Б. Смулевич [14], Р. Кесслер [24]); з тривожними розладами та шизофренією (Ф. Голбергер, С. Брезнітс [22]).

До критичних життєвих подій відносять 43 життєві події (Social Readjustment Rating Scale – шкала оцінювання соціальної реорганізації), до яких необхідно знову пристосовуватися. Також використовуються шкала життєвих подій і труднощів (Life-Events – Difficulties Schedule) – автори Браун і Кохен [24] і Мюнхенський список подій – автори Майєр-Дієвальд і Вестхофф [30].

Саме виникнення життєво важливих проблем у результаті критичних, надзвичайних ситуацій, вирішення яких звичними методами неможливе, провокує напругу, а також ідчуття тривоги майже до відчуття нестерпності того, що відбувається. Такі критичні, надзвичайні ситуації називаються психотравмуючими і можуть призводити до гострих реакцій на стрес і (або) до посттравматичних розладів.

Хвороблива, відстрочена, затяжна реакція на стресову подію загрозового або катастрофічного характеру і є посттравматичним стресовим

розладом. Але це не означає, що такий розлад не може виникнути у деяких людей в ситуаціях, які не належать до катастрофічних, але з різних причин можуть викликати психотравми.

Численні психопатологічні стани в підлітків і дорослих, такі як кондуктивний розлад, депресія і деякі особистісні порушення, пов'язані з попередньою травмою. Діти і підлітки, як і дорослі, можуть відчувати ПТСР, якщо вони пережили важку психотравмуючу подію, що включає сексуальне, фізичне або інші види насильства, автокатастрофи, війни і багато іншого.

Більшість авторів дотримуються тієї точки зору, що психогенні розлади у дітей не зникають безслідно, змінюють особистість і можуть знаходити відображення у всьому подальшому житті. Психогенна травма діє не в порожнечі, не ізольовано, а на певному тлі, в певному віці, у певної особистості, обтяженої або необтяженої яким-небудь захворюванням або порушенням розвитку [2].

Перші описи ознак посттравматичного синдрому зустрічаються в літературі Давньої Греції, у таких істориків і філософів, як Геродот і Лукрецій. Вони дуже докладно описували стан солдатів римського легіону, в яких регулярно спостерігалися дратівливість, тривога, повторення неприємних спогадів важких боїв.

Однак, тільки в середині дев'ятнадцятого століття з'явилися перші наукові розробки, комплексні дослідження даної проблеми, що співпало з формуванням наукової психології, народженням психотерапії. Спочатку дослідження проводилися серед колишніх учасників військових дій, в яких була виявлена підвищена збудливість, фіксація на важких спогадах минулого, схильність до відходу від реальності і до некерованої агресії.

У кінці дев'ятнадцятого століття розвиток промисловості, технічного прогресу, поява нового обладнання на фабриках, розвиток залізниці приніс не тільки комфорт і можливості для полегшення праці та економії часу, але і призводить до нещасних випадків, катастроф, аварій.

Англійський невролог Дж. Еріксен (1882) вперше описав функціональні розлади нервової системи у пацієнтів, які пережили залізничну катастрофу. Він вказав на схожість симптомів, що виникають після залізничної катастрофи, до тих, що виникають в учасників військових дій. Симптоми були описані з урахуванням невійськових досліджуваних осіб, в результаті чого в психіатричну практику був введений термін «травматичний невроз».

Перед лікарями постає необхідність розуміння і пояснення специфічної симптоматичної картини. Описують цілий ряд «нервових симптомів»: зміна ходи, почерку, травлення, дихання, пам'яті, погір-

шення сну. Деякі симптоми з'являлися відразу після нещасного випадку, інші – через кілька днів, тижнів і навіть через місяці. Багато авторів відзначали схожість цих порушень з істеричною симптоматикою. Виникали питання про причини розладу і методи лікування.

Поняття психічної травми було введено німецьким неврологом Альбертом Ойленбургом в 1878 р (van der Hart, Brown; 1990), а введення терміну і одна з перших теорій травматичного неврозу належать Герману Оппенгейму, він вперше сформулював її в 1880-х. Грунтуючись на спостереженнях 1883–1888 рр., невролог зауважував, що жінки і чоловіки страждали від нервової і психічної симптоматики внаслідок пережитих нещасних випадків. Він вважав, що часто травма може призводити до невеликих, практично непомітних пошкоджень мозку і нервової системи, що, в свою чергу, викликає втрату чутливості, тимчасові паралічі та інші порушення. Емоційний шок, жах, страх Г. Оппенгейм виокремлював як психічні наслідки травми.

У кінці XIX століття виокремилися два напрямки у формуванні уявлень про травму і роботу з нею: дисоціативний, що відноситься до французької психіатричної традиції (особливо до Жане), і модель відреагування Й. Брейера і З. Фрейда. У кожній теорії були свої прихильники і противники, але вони обидві відзначали психологічну природу травми.

Виокремлювалася патогенна роль емоції, що призводить до відмови від пошуку нових форм поведінки, зникнення актів адаптації. Під впливом шоків емоції відбувається повернення до примітивних форм поведінки, що забезпечує негайний захист, мобілізуючи приховані резерви організму. У простих ситуаціях гострі реакції припиняються з усуненням їх джерела. Якщо проблема залишається не вирішеною, людина починає знову і знову повторювати одні й ті самі дії, відтворюючи страшний подію. У такій ситуації людина нездатна до адаптивної активності.

П. Жане розробив фазово орієнтовану терапію з метою допомогти людині асимілювати переживання, відновити психічну рівновагу, стабілізувати загальну динамічну картину організму (P. Janet, 1924). Терапія включала три стадії роботи: стабілізація, або зняття гострої симптоматики; робота з травматичними спогадами; реінтеграція та реабілітація особистості.

У сучасних працях психологічна травма визначається як стан сильного переляку, що переживає людина при зіткненні з раптовою, потенційно загрозливою подією, яка перевершує можливості індивіда і яку він не здатний ані контролювати, ані скільки-небудь ефективно відреагувати (Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001).

З точки зору американського вченого Пітера Левіна руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості, яку травму-

ча подія має для людини, міри її психологічної захищеності і здатності до саморегуляції (Levine, 1997).

Діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів, існував тільки в США. Аналіз досліджень посттравматичних стресових розладів проводився на ветеранах війни у В'єтнамі і був включений у DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1995 р цей розлад і значна частина його критеріїв з DSM були введені в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах.

Критерії ПТСР за «Міжнародною класифікацією хвороб» (МКБ-10).

А. Хворий повинен бути схильний до дії стресової події або ситуації (як короткочасної, так і тривалої) виключно загрозового або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума.

Б. Стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи снах, або повторне переживання горя при впливі ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресором.

В. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують про стресора або асоціюються з ним.

Г. Будь-яке з двох:

1) психогенна амнезія або часткова, або повна щодо важливих аспектів періоду впливу стресора;

2) стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з наступних:

а) утруднення засинання або збереження сну;

б) дратівливість або вибухи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспання;

д) посилений рефлекс чотиригорбикового тіла.

Д. Критерії Б, В і Г виникають протягом шести місяців дії стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу (для деяких цілей початок розладу, відставлений більш, ніж на шість місяців, може бути включеним, але ці випадки повинні бути точно визначені окремо) [18].

Будь-які критичні події, які мають потужний негативний вплив, відносять до травматичних ситуацій. Вони, у свою чергу, слугують підставою для появи ПТСР. До катастрофічних ситуацій, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль для усунення наслідків травми, відносять:

– викрадення або захоплення заручників, у даному випадку посттравматичний стресовий розлад виявляється вже в період дії загрозової події. Тривале перебування в полоні у терористів викликає ПТСР, який вимагає тривалої реабілітації у багатьох фахівців, в тому числі необхідна обов'язкова психологічна допомога;

– сексуальне насильство: сором, почуття провини і можлива безкарність насильника посилює посттравматичний стрес;

– екстремальні катастрофи глобального характеру: кліматичні лиха, нещасні випадки на транспорті, пожежі, вибухи;

– катастрофи, пов'язані з радіаційним і хімічним зараженням;

– смерть близької людини або випадкової людини, яка сталася на очах у індивіда;

– посттравматичний стресовий синдром фіксується також і у дітей у результаті несподіваної сцени жорстокого насильства.

Таким чином, причиною розвитку захворювання може слугувати будь-яка руйнівна подія, яка викликала почуття безнадії, жаху і небезпеки для життя.

Вплив травматичних подій на дітей набагато глибший, ніж психологічна травма у дорослих. І це не тільки тому, що у дитини менше емоційних і інтелектуальних ресурсів, щоб справлятися з переживаннями, а тому, що відбувається несприятливий вплив на її розвиток. Доросла людина, яка знаходилася в стресовій ситуації і отримала психотравму, але пройшла курс лікування, зуміє позбутися наслідків депресії і повернутися у свій звичайний психоемоційний стан без втрати працездатності.

Нав'язливі спогади змушують дітей, які зазнали агресію, знову переживати травматичну подію. Найбільш важким видом нав'язливих спогадів є «флешбек»: у свідомості дитини виникають яскраві, реалістичні образи події, а дитина ніби знову опиняється в травматичній ситуації. Образи можуть бути спонтанними, але провокуються чимнебудь, пов'язаним з початковою подією. У таких випадках дитина жахатися, тимчасово втрачати зв'язок з реальністю, не сприймати навколишнє, намагаючись при цьому сховатися або втекти від уявної небезпеки. У деяких дітей з'являються нічні кошмари. В інших випадках при появі нав'язливих думок, образів, спогадів дитина усвідомлює те, що відбувається, і не втрачає зв'язку з реальністю, хоча може перебувати у важкому стресі.

Дитина в подібних умовах буде дезорієнтована в розвитку і після зцілення від травми буде відставати від своїх однолітків.

Наявність посттравматичного стресу у дітей складно визначити, оскільки вони не завжди можуть вербалізувати свої почуття, пов'язані

з травмою, особливо якщо травматизація сталася в ранньому віці, якщо дитині нав'язувалися почуття провини або сорому.

У даний час для України актуальні дослідження, пов'язані з військовою травматичною ситуацією.

Перші дослідження впливу перебування в зоні військових дій на психіку дітей пов'язані з Другою світовою війною. У подальшому вони продовжувалися у зв'язку з війнами в Ізраїлі, Бейруті, В'єтнамі, Афганістані та ін.

Перебуваючи в зоні військових дій, дитина впритул стикається зі смертю. Основними травмуючими чинниками в цьому випадку є безпосередня загроза життю і здоров'ю дитини та її близьких, а також смерть близьких, ситуація вимушеної міграції [15].

Дослідження (Гурьева В. А., Тарабрина Н. В.) показало, що діти, які пережили війну, відчувають широкий спектр психологічних розладів, включаючи симптоми посттравматичного стресу, перепади настрою, емоційні порушення, неспокійна поведінка, а також соматичні симптоми [2, 16, 17].

Найбільш типовими наслідками військового травматичного досвіду для дітей дошкільного віку є регресивна поведінка (енурез, страх розлуки з батьками, страх перед незнайомими людьми, втрата навичок), дратівливість. У дітей старшого віку з'являються проблеми в навчанні і спілкуванні [16, 17].

Підлітки стають агресивними або навпаки пригнобленими, може проявлятися таке болісне переживання, як «провина того, хто залишився живим». При тривалій розлуці з батьками під час війни у дітей відзначені депресія, порушення соціальних контактів, нездатність відчувати задоволення.

У недавньому дослідженні, організованому спільно Університетом Бахреса, Нью-Йоркським університетом та Норвезьким інститутом громадського здоров'я з вивчення дітей сирійських біженців, які знаходяться в таборах біженців в Туреччині, взяло участь 301 сирійська дитина. Результати дослідження показали, що різна сукупність травматичних чинників, що випали на долю дитини під час війни, мають дещо відмінні наслідки. Так, досліджували вплив різних типів військового травматичного досвіду на психосоціальний розвиток сирійських дітей. Діти, які потрапили в зону артобстрілу та зазнали множинних травм, відчули важку втрату, а ті, що стали жертвами або свідками актів насильства, демонстрували більшу кількість ознак посттравматичних реакцій, в них спостерігалися симптоми депресії, агресії [23].

Таким чином, різні типи військових травм призводять до різних наслідків для дитини, а посттравматична реакція тим сильніша, чим більша кількість травматичних випадків дитина пережила під час війни.

Втрата житла, переселення, зміна культурного та освітнього середовища, розлука з однолітками, все це є стресовими чинниками для дітей-біженців.

Шерег зарубіжних авторів в своїх працях висловлюють думку про те, що замість зосередження виключно на впливі травматичного досвіду і оцінці наступних порушень на основі низки діагностичних критеріїв, фахівцям необхідно сфокусуватися на тих механізмах, які можуть зменшити психосоціальний вплив війни на дітей. У свою чергу, такі захисні механізми необхідно досліджувати в різних вікових, гендерних та культурних контекстах [ 25, 26, 31].

Японський психіатр М. Фукуяма у своїх працях вказує на необхідність вироблення універсального транскультурного підходу до психологічної допомоги. Він вважає, що кожна психологічна теорія і кожен підхід до психологічної допомоги відображають якийсь конкретний погляд на світ, який не завжди відповідає поглядам клієнта. Тому не можна підходити з оцінних позицій до існуючих в інших культурах уявлень і моделей надання допомоги [28].

Перебування в зоні військових дій – це екстремальна життєва ситуація для дитини, що включає в себе безліч травматичних чинників. Особливості посттравматичної реакції дитини залежать від їх інтенсивності, а також суб'єктивної оцінки дитиною серйозності ситуації.

Момент спогадів катастрофічної події завжди супроводжується тривожним станом, почуттям страху, безсилля, які за своєю емоційністю можна порівняти з самою травмуючою подією. При цьому фізично в організмі відбуваються зміни у вигляді відголосу з боку вегетативної нервової системи: підвищення тиску, блювання, мимовільне сечовипускання, діарея, підвищене потовиділення.

Пластичність психіки дитини і вроджені адаптивні механізми можуть пом'якшувати вплив війни. У разі низької та помірної інтенсивності військових стресорів адаптивні можливості дитини дозволяють їй успішно повернутися до нормального життя.

Наш досвід роботи з дітьми-мігрантами показує, що можна позбутися негативних наслідків впливу воєнних дій на дитину шляхом використання спеціально розроблених тренінгових вправ. Так, Катя 7 років, проживаючи в зоні АТО, при звуках вибухів снарядів ховалася під ліжко. Виїхавши з зони бойових дій, в мирній обстановці, почувши звук літака, ховалася під ліжко. Через деякий час після участі в тренінговій програмі перестала реагувати на ці звуки. Ангеліна 15 років, була свідком вибуху,

руйнування будинку. При різких звуках здригалася, починала кричати, істерично плакати. Після участі в тренінговій програмі ситуація покращилася, але кардинально не змінилася. Кричати істерично перестала, але при будь-яких різких звуках (оплески, гучний голос) плаче.

Для поліпшення ситуації необхідно перемістити фокус уваги з досліджень психопатології до дослідження соціальних чинників: розуміння, цінностей і відносин.

Шерег авторів зазначає, що для якнайшвидшої реабілітації дітей необхідно проводити психотерапевтичну роботу не тільки з самими травмованими дітьми, але і з їхніми батьками, котрі пережили війну, оскільки травмовані батьки не в змозі адекватно оцінити актуальний стан дитини і надати їй необхідну підтримку [20, 27].

При роботі з дітьми з ПТРС слід мати на увазі особливості прояву різних емоцій. З одного боку, постраждалі діти дуже сильно замикаються на своїх переживаннях і суб'єктивно не бажають ні з ким спілкуватися. Але, з іншого боку, є катастрофічне прагнення пережити травматичну ситуацію повторно, необхідність спілкуватися з такими ж, як і вони. Це знаходить відбиток в іграх, малюнках, сюжети яких будуть стереотипними, що повторюють кожного разу сюжет травматичної події. І в тому випадку, якщо емоції залишаються відпрацьованими, вони закріплюються як єдино вірні для контактування з іншими. Тому саме ці емоції переважають у контактах дезадаптованої особистості. Такі діти часто займають лідерську агресивну позицію у стосунках з однолітками [2, 4].

Робота з психологічним станом дітей із зони військових конфліктів лягає на плечі багатьох фахівців. У даний час в Україні на перший план виходять фахівці шкільних психологічних або соціально-психологічних служб, оскільки саме вони тісно пов'язані з життям дітей у школі і мають можливість відстежити негативні зміни, вжити необхідні заходи. Крім того, школа є гарним майданчиком для впровадження профілактичних програм і заходів, спрямованих на запобігання та зняття негативних наслідків катастрофічних подій.

Необхідна комплексна програма підготовки психологів, соціальних працівників, педагогічного колективу для роботи з дітьми, які переживають наслідки травми. Ця програма повинна бути придатна для діяльності в різних умовах. Психологам і соціальним працівникам слід знати коріння цього феномена, причини виникнення, простежувати всі процеси, пов'язані з травматизацією дітей, періодом їх адаптації до повернення до нормального життя.

**Висновки.** Теоретичний аналіз проблеми довів, що нині в Україні проблема дітей, які пережили той чи інший травматичний досвід, стає однією з центральних в дитячій психології.

Психопатологічні прояви у дітей, які пережили психотравмуючі події в ході військових дій і терористичних актів, характеризуються підвищеним рівнем тривоги, деформованим ставленням до себе і оточуючих.

При посттравматичному стресовому розладі у дітей і підлітків спостерігається широке коло афективних, депресивних розладів з ідеями самозвинувачення, негативного ставлення до життя, часто розвивається почуття неповноцінності, заниженої самооцінки, суїцидальні думки і навіть спроби. Супутніми характерними симптомами можуть бути тривога, фобії, різноманітні вегетативні розлади.

Посттравматичний розлад без лікування в більшості випадків має тенденцію до відновлення, набуває хронічного перебігу, що, в свою чергу, призводить до засвоєння перекручених норм суспільної поведінки, відбувається формування психогенного розвитку особистості.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з емпіричним дослідженням соціальної адаптації дітей-мігрантів до нового шкільного середовища, з'ясування соціально-психологічних та індивідуально-психологічних чинників, які призводять до її порушення.

#### Список використаних джерел

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://who-fic.ru/icd/>
2. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков / В. А. Гурьева. – Москва: Крон-пресс, 1996. – 210 с.
3. Клиническая психология / [под ред. М. Перре, У. Бауманна]. – СПб.: Питер, 2003. – 1005 с.
4. Короленко Ц. П. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве / Ц. П. Короленко, Е. Н. Загоруйко // Съезд психиатров России. Материалы съезда. – М., 2000. – С. 103–104.
5. Лазарус Р. Теории стресса и психологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. – Л., 1970. – С. 178–208.
6. Лакосина Н. Д. Учебное пособие по медицинской психологии / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М.: «Медицина», 1984. – 272 с.
7. Люфт Р. Эмоциональный стресс / Р. Люфт; [Под ред. Л. Леви]. – М.: Медицина, 1970. – 115 с.
8. Менделевич В. Д. Психотравма, личность и неврозогенез (антиципационный подход) / В. Д. Менделевич // Социальная и клиническая психиатрия. – М.: Издательский дом «Медпрактика-М», 1995. – № 3. – С. 12–17.
9. Психологическая оценка переживания террористической угрозы. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 85 с.
10. Психология экстремальных ситуаций / [Под ред. В. В. Рубцова, С. Б. Малых]. – М.: Психологический институт РАО, 2008. – 304 с.
11. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1979. – 126 с.

12. Селье Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье. – М.: МНПП Рэнар: ЦК общества Красного Креста России, 1992. – 159 с.

13. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма [Електронний ресурс] / Ю. С. Семенова // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2012. – № 5. – Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis\\_64.exe](http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe).

14. Смулевич А. Б. Психогенные заболевания. Психопатии: руководство по психиатрии / А. Б. Смулевич. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 517 с.

15. Солдатова Г. У. Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности: учебное пособие / Г. У. Солдатова, Л. А. Шайгерова, В. К. Калининко, О. А. Кравцова. – М.: Смысл, 2002. – 479 с.

16. Тарабрина Н. В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова, В. А. Агарков, Е. А. Миско. – М.: Изд-во ИП РАН, 1997. – 272 с.

17. Тарабрина Н. В. Психологические последствия террористических актов / Н. В. Тарабрина // Материалы 2-й Международной конференции «Мировое сообщество против глобализации, преступности и терроризма». – М., 2004. – С. 212–215.

18. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Москва, 2007. – 272 с.

19. Фресс П. Эмоциогенные ситуации / П. Фресс // Экспериментальная психология. – М.: Прогресс, 1975. – С. 133–142.

20. Almqvist K. Mental health and social adjustment in young refugee children 3 1/2 years after their arrival in Sweden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* / K. Almqvist, AG. Broberg // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1999. – № 38 (6). – P. 30–39.

21. Breznits S. The Denial of Stress / S. Breznits // *International Universities Press*. – New York, 1983. – P. 316–323.

22. Chriman Allan MD. «Mass Trauma: Disasters, Terrorism, and War» University of Nebraska [Electronic resource] / Allan MD Chriman, Dougherty Chriman, Joseph MD. – Lincoln, 2014. – URL: <http://digitalcommons.unl.edu/usuhs/124>.

23. Cohen S. Measuring stress. A guide for health and social scientists / S. Cohen, R. C. Kessler & L. U. Gordon. – New York: Oxford University Press, 1995. – 36 p.

24. Levine P. Nature's lessons in healing trauma. *Foundation for trauma Enrichment* / P. Levine. – Lyons, 1996. – 112 p.

25. Levine P. New Insights into trauma Therapy / P. Levine, J. Chitty // *APTA National Conference*. – 1994. – P. 3–11.

26. Norris FH. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol* / FH. Norris, SP. Stevens, B. Pfefferbaum, et al. // *Dartmouth Medical School, Hanover, NH, USA*. – 2008, № 41 (1–2) – P. 50–69.

27. Mary A. F. Taking a Universal Approach to Multicultural Counseling / A. F. Mary // *Counselor Education and Supervision*. – 1990. – Vol. 30, Issue 1. – P. 6–17.

28. Sells S. B. On the nature of stress / S. B. Sells // *Social and psychological factors in stress*. – N. Y., 1970. – P. 134–139.

29. Westhoff G. *Hadbuch psychosozialer Mebinstrumente* / G. Westhoff // *Verl. für Psychologie*. – Gettingen: Hogrefe, 1993. – P. 36–58.

### References transliterated

1. Vsemirnaja organizacija zdruvoohranenija (VOZ) [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: [http:// who-fic.ru/icd/](http://who-fic.ru/icd/)
2. Gur'eva V. A. Psihogennye rasstrojstva u detej i podrostkov / V. A. Gur'eva. – Moskva: Kron-press, 1996. – 210 s.
3. Klinicheskaja psihologija / [pod red. M. Perre, U. Baumanna]. – SPb.: Piter, 2003. – 1005 s.
4. Korolenko C. P. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u lic s psihicheskoj travmoj v detstve / C. P. Korolenko, E. N. Zagorujko // S#ezd psichiatrov Rossii. Materialy sezda. – M., 2000. – S. 103–104.
5. Lazarus R. Teorii stressa i psihologicheskie issledovanija / R. Lazarus // Jemocional'nyj stress. – L., 1970. – S. 178–208.
6. Lakosina N. D. Uchebnoe posobie po medicinskoj psihologii / N. D. Lakosina, G. K. Ushakov. – M.: «Medicina», 1984. – 272 s.
7. Ljuft R. Jemocional'nyj stress / R. Ljuft; [Pod red. L. Levi]. – M.: Medicina, 1970. – 115 s.
8. Mendelevich V. D. Psihotravma, lichnost' i nevrozogenez (anticipacionnyj podhod) / V. D. Mendelevich // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. – M.: Izdatel'skij dom «Medpraktika-M», 1995. – № 3. – S. 12–17.
9. Psihologicheskaja ocenka perezhivanija terroristicheskoj ugrozy. – M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2010. – 85 s.
10. Psihologija jekstremal'nyh situacij / [Pod red. V. V. Rubcova, S. B. Malyh]. – M.: Psihologicheskij institut RAO, 2008. – 304 s.
11. Sel'e G. Stress bez distressa / G. Sel'e. – M.: Progress, 1979. – 126 s.
12. Sel'e G. Kogda stress ne prinosit gorja / G. Sel'e. – M.: MNPP Rjenar: CK obshhestva Krasnogo Kresta Rossii, 1992. – 159 c.
13. Semenova Ju. S. Teoretyko-metodologichnyj analiz ponjattja psyhotravma [Elektronnyj resurs] / Ju. S. Semenova // Visnyk Nacional'noi' akademii' Derzhavnoi' prykordonnoi' sluzhby Ukrainy. – 2012. – № 5. – Rezhym dostupu: [http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis\\_64.exe](http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe).
14. Smulevich A. B. Psihogennye zabojevanija. Psihopatii: rukovodstvo po psichiatrii / A. B. Smulevich. – M.: Medicina, 1983. – T. 2. – 517 s.
15. Soldatova G. U. Psihologicheskaja pomoshh' migrantam. Travma, smena kul'tury, krizis identichnosti: uchebnoe posobie / G. U. Soldatova, L. A. Shajgerova, V. K. Kalinenko, O. A. Kravcova. – M.: Smysl, 2002. – 479 s.
16. Tarabrina N. V. Psihologicheskie harakteristiki lic, perezhivshih voennyj stress / N. V. Tarabrina, E. O. Lazebnaja, M. E. Zelenova, V. A. Agarkov, E. A. Misko. – M.: Izd-vo IP RAN, 1997. – 272 s.
17. Tarabrina N. V. Psihologicheskie posledstvija terroristicheskikh aktov / N. V. Tarabrina // Materialy 2-j Mezhdunarodnoj konferencii «Mirovoe soobshhestvo protiv globalizacii, prestupnosti i terrorizma». – M., 2004. – S. 212–215.
18. Tarabrina N. V. Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa / N. V. Tarabrina. – Moskva, 2007. – 272 c.
19. Fress P. Jemociogennye situacii / P. Fress // Jeksperimental'naja psihologija. – M.: Progress, 1975. – S. 133–142.

20. Almqvist K. Mental health and social adjustment in young refugee children 3 1/2 years after their arrival in Sweden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* / K. Almqvist, AG. Broberg // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1999. – № 38 (6). – P. 30–39.
21. Breznits S. *The Denial of Stress* / S. Breznits // International Universities Press. – New York, 1983. – P. 316–323.
22. Chriman Allan MD. «Mass Trauma: Disasters, Terrorism, and War» University of Nebraska [Electronic resource] / Allan MD Chriman, Dougherty Chriman, Joseph MD. – Lincoln, 2014. – URL: <http://digitalcommons.unl.edu/usuhs/124>.
23. Cohen S. *Measuring stress. A guide for health and social scientists* / S. Cohen, R. C. Kessler & L. U. Gordon. – New York: Oxford University Press, 1995. – 36 p.
24. Levine P. *Nature's lessons in healing trauma. Foundation for trauma Enrichment* / P. Levine. – Lyons, 1996. – 112 p.
25. Levine P. *New Insights into trauma Therapy* / P. Levine, J. Chitty // APTA National Conference. – 1994. – P. 3–11.
26. Norris FH. *Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness*. *Am J Community Psychol* / FH. Norris, SP. Stevens, B. Pfefferbaum, et al. // Dartmouth Medical School, Hanover, NH, USA. – 2008, № 41 (1–2) – P. 50–69.
27. Mary A. F. *Taking a Universal Approach to Multicultural Counseling* / A. F. Mary // *Counselor Education and Supervision*. – 1990. – Vol. 30, Issue 1. – P. 6–17.
28. Sells S. B. *On the nature of stress* / S. B. Sells // *Social and psychological factors in stress*. – N. Y., 1970. – P. 134–139.
29. Westhoff G. *Hadbuch psychosozialer Mebinstrumente* / G. Westhoff // *Verl. für Psychologie*. – Gettingen: Hogrefe, 1993. – P. 36–58.

## Abstract

**Khachatryan Yu. R.,**  
Researcher of scientific degree,  
Social Psychology Department,  
Taras Shevchenko National University of Kyiv  
E-mail: [tigr\\_2007@mail.ru](mailto:tigr_2007@mail.ru)

## THEORETICAL ANALYSIS OF A PSYCHOTRAUMA ISSUE AMONG CHILDREN

Emergencies, natural disasters, stressful events and mental injuries make the problem of finding rehabilitation programs, effective psychotherapeutic and psycho-corrective approaches to help people who have suffered a psychological trauma.

In psychiatric and psychological literature, many concepts are used to describe psycho-traumatic processes. The main of these concepts: psycho-trauma, psychogeny, stress, neurosis. At the same time, the same phenome-

non is denoted by different authors by different terms, but under the same concept mean different meanings.

Some scientists using the term «psychotrauma» denote both the factors of the environment, and the physical state, and the mental state, and the response of the organism.

Some researchers study psychotrauma as a phenomenon in essence, but they don't use the very concept of «psychotrauma».

Virtually every person in a childhood suffered a psychological trauma, but not everyone was able to overcome the consequences of a traumatic event. Therefore many adults bear memories of the traumatic consequences of childhood.

The plasticity of the child's psyche and innate adaptive mechanisms can mitigate the effects of psychotrauma.

However, post-traumatic disorder without treatment in most cases tends to recover, become chronic.

Adults are living with painful experiences, which determine their choice, life position, peculiarities of relations with people, etc.

This article is devoted to review the concepts of psychological trauma existing in psychotherapy and its consequences on children. Without knowledge of the causes of psychotrauma, mechanisms of occurrence, clinical condition, it is impossible to detect, prevent or overcome them.

Prospects for further studies are related to the empirical research on the social adaptation of children with PTSD, the identification of socio-psychological and individual psychological factors that lead to its violation.

---

Отримано – 15 січня 2018

Рецензовано – 19 січня 2018

Прийнято – 24 січня 2018

Received – January 15, 2018

Revision – January 19, 2018

Accepted – January 24, 2018