

2.6. The phenomenon of post-traumatic stress disorder in primary school children

2.6. Феномен посттравматичного стресового розладу у дітей молодшого шкільного віку

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) займають одне з центральних місць в числі прикордонних психічних розладів, що виділяють дослідники в останні десятиріччя. Доступні дані щодо поширення та захворюваності ПТСР ґрунтуються на великомасштабних епідеміологічних дослідженнях, проведених в США та Австралії, і обмежені даними дорослих. Частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали значного впливу травматичних подій. У США в процесі епідеміологічних досліджень ПТСР виявили у 15% ветеранів-чоловіків і 9% ветеранів-жінок, які брали участь в бойових діях. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я частота виявлених випадків посттравматичних стресових розладів серед населення щорічно складає 1-3% (за деякими даними 7-8%). Епідеміологічні дослідження показують, що протягом життя посттравматичним стресовим розладом захворює 1% населення, а у 15% – після важких психічних травм (техногенних катастроф і військових дій) можуть виникати окремі симптоми цього захворювання.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) визначають як синдром, що формується в результаті переживання людиною травмуючих подій, що виходять за рамки нормального людського досвіду, виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес. Виділення ПТСР як особливої групи прикордонних станів має значення для прогнозування його розвитку після тієї чи іншої події і для розробки необхідних у цих випадках спеціальних профілактичних і реабілітаційних програм. Негативний вплив в наш час спостерігається не лише на фізичне, але й на психологічне, емоційне і соціальне благополуччя людей. Протягом останніх десятиліть збільшилась кількість наукових робіт, присвячених впливу на психіку людини екстремальних подій – воєн, катастроф, стихійних лих тощо. Техногенні катастрофи, природні катаклізми, збройні конфлікти призводять не лише до значних людських і економічних втрат, але й до зростання соціальної напруги в суспільстві [6].

Основними симптомами ПТСР є: нав'язливі переживання травмуючої події в сновидіннях і спогадах; прагнення уникнути будь-якого нагадування про таку подію; тривога, порушення сну; емоційні розлади з обмеженням контактів із зовнішнім середовищем; явища підвищеної вегетативної збудливості.

Війна змінює пріоритети й цінності у дорослих, переписуючи долі й перекреслюючи життя. І звичайно ж, впливає на дітей, які стали свідками бойових дій, насильства чи смерті, і на тих, кому довелося залишити звичні домівки, школу та друзів. Діти добре відчувають реальність, тому що чують розмови дорослих. Необхідність дослідження посттравматичного стресового розладу в

Україні зумовлена зростанням кількості осіб, зокрема, дітей, що пережили психотравму внаслідок воєнного конфлікту на Сході країни. Набуваючи симптомів ПТСР, дитині важче соціалізуватися, пристосуватися до нових умов життя та навчатися.

Епідеміологічні дані про захворюваність ПТСР помітно варіюють залежно від різних факторів – характеру психотравми, статі, віку обстежуваних груп, соціально-культурних особливостей. Групи ризику – мешканці областей, постраждалих від стихійних лих, катастроф, військових конфліктів. Отже, дослідження даного феномену та розробка психокорекційних програм є важливим завданням для психологів, тому що це найефективніший спосіб повернути здоровий та гармонійний спосіб життя особистості.

З українських дослідників, феномен ПТСР вивчає А. Ф. Бондаренко, діагностику симптомів ПТСР – Л. Ф. Бурлачук, психофізіологічні особливості дітей молодшого шкільного віку К. Е. Хоменко.

Симптоми посттравматичного стресового розладу виникають, якщо людина пережила реальну або потенційну загрозу життю. С. Гремлінг зазначала, що ризику піддаються навіть свідки травмуючих подій і люди, які мали справу з їх наслідками [4, с. 209].

Симптоми ПТСР можуть виникнути раптово, поступово або нагадувати про себе час від часу. Вони активуються тими речами, які нагадують людині про травматичну подію: місце, шум, запах, слова чи образи. Такі речі називають «спусковим гачком». Симптоматика стресового розладу проявляється по-різному, в залежності від стабільності психіки людини та від глибини пережитих подій. Можна виділити три основних симптоми, що в тій чи іншій мірі будуть проявлятися у більшості потерпілих: підвищена чутливість та збудженість; нездатність людини сприймати реальність адекватно; повторні переживання. Аналізуючи симптоми ПТСР слід відзначити підвищену збудженість, що характеризується переважно порушенням сну. Це приводить до хронічного недосипання та дратівливості. Людина відчуває постійні напливи гніву, різко реагує на будь-які голосні звуки, на раптові рухи. Через надмірну збудженість нервової системи у людини виникає відчуття постійної готовності до чогось негативного. Оскільки людина не може інтегрувати травматичні спогади в когнітивну схему, вони практично не піддаються змінам з плином часу, тому жертви «застигають» в травмі як в актуальному переживанні, замість того щоб прийняти її як щось, що належить минулому.

В. А. Абабков наголошує, що під час стресу потерпілий не може адекватно сприймати реальність, намагається уникнути розмов, а також відчуттів, які хоча б якось пов'язані з пережитою травмою. Поступово втрачається інтерес до звичних речей та занять, з'являється відчуття самотності та відчуженості. Під час розмов про позитивні емоції, любов або щастя людині стає все важче адекватно висловлюватись про них [1, с. 150].

Дослідники А. Г. Караяні та І. В. Сиромятніков відзначають, що повторні переживання займають важливу нішу симптоматики стресового розладу, тому що це вимушує потерпілого думками раз за разом повертатись в події, які стали чинником даного стану. Основними проявами такого стану є постійні нічні кошмари, відчуття тривоги та пригніченості, які посилюються при незначних спогадах [5, с. 59].

Слід зазначити, що великим випробуванням для сім'ї стає поява члена родини, що пережив психотравмуючу подію. Доволі часто такій особистості властива замкнутість та емоційна холодність, що стає причиною занепокоєнь близьких. В описі наслідків ПТСР у ветеранів воєнних дій, Н. В. Тарабріна описує нестабільність в поведінці як вірогідну причину втрати роботи, конфлікти із колегами або втрату інтересу і до колишніх захоплень [10, с. 187]. Принципово важливо виражати щире зацікавлення в переживаннях людини, що пережила психотравму. Типовими помилками є ініціювання людини в статус жертви, неповноцінної особистості. Сім'я потерпілого повинна стати тою підтримкою, що допоможе повернутися людині в мирне русло життя.

У людей з травматичним досвідом, здатність до осмислення своїх потреб і способів їх задоволення в тій чи іншій мірі втрачається, вони відчувають певні труднощі з фантазуванням. Як показує практика, коли травмовані люди дозволяють собі фантазувати, у них з'являється сильна тривога, що «бар'єри», які охороняють їх від спогадів про травму, можуть бути зруйновані. Такі люди організують своє життя так, щоб звести до мінімуму ситуації несподіванок і фантазування, намагаються мислити конкретно.

Т. С. Яценко наголошує, що позбавитись симптомів стресового розладу можна як за допомогою індивідуальної так і групової психотерапії, фокусуючись на травмі [13, с. 210]. Іноді людям з ПТСР призначають ліки, щоб полегшити прояви депресії або тривоги. Але більшість психологів стверджують, що медикаменти не виліковують ПТСР, а лише роблять людину менш пригніченою і спокійнішою. В будь-якому разі, ефективність лікування залежить від умов соціального оточення. Чим сприятливіше положення тим скоріше одужання.

Молодший шкільний вік є найбільш відповідальним етапом дитинства, повноцінне його проживання і позитивні придбання є необхідним підставою для подальшого розвитку особистості. Цей вік вважається вершиною дитинства. Особистість формується, але зберігає багато дитячих якостей – легковажність, наївність, погляд на дорослого знизу уверх. Навчання для молодшого школяра – значуща діяльність. Дитина набуває не лише нові знання та уміння, але певний соціальний статус.

Аналізуючи психологічний портрет молодшого школяра А. Л. Венгер підкреслював принципове значення рис темпераменту й характеру. Адже, якщо темперамент закладений у людині від народження, то характер вона виробляє і може змінити під впливом навколишнього середовища та виховання. Темперамент може сприяти формуванню одних позитивних рис характеру та

утруднювати розвиток інших. Реакцію на стрес і всю поведінку в цілому, формує тип темпераменту та навколишнє середовище. Здатність адекватно переносити стресові ситуації – запорука здорової психіки особистості [3, с. 35].

Певна частина сучасної дійсності є надзвичайно травматичною. Дослідники В. А. Абабков та Е. В. Михайлова в своїх роботах прийшли до висновку, що діти більш емоційно сприймають стресові ситуації, а отже є найбільш незахищеними та вразливими. Реакція на психотравмуючу подію може бути вкрай різною. У декого – це шок, який згодом переходить у невроз, а для інших переживання складної ситуації минає без негативних наслідків для нервової системи. Е. В. Михайлова наголошувала, що перенесені події в дитинстві, в великій мірі підвищують ризик психічних розладів у дорослих. Психотравми у дітей швидше призводять до неврозів в періоди вікової кризи. Частіше всього це: ПТСР, афективні та тривожні розлади [7, с. 56].

Психоемоційний стан підростаючого покоління викликає тривогу у фахівців. Дослідження в Донецькій області, вказує, що значно збільшилася кількість дітей із порушеннями концентрації уваги, озлобленістю й агресією. Переважна більшість з них відчувають тривогу та страх. Боязнь крові й неприємних різких звуків у дітей від дошкільного та молодшого шкільного віку помітно перевищує норму. Хлопчики демонструють значно вищий рівень страху смерті, а дівчатка – страху болю, порівняно з віковою нормою. Таким дітям та їхнім батькам обов'язково потрібна допомога, щоб пережити цей нелегкий час без наслідків. У дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку неврози найчастіше носять характер одиночних симптомних невротичних реакцій, що проявляються порушенням діяльності однієї системи організму (заїкання, відсутність апетиту, нічний енурез).

Невротичні страхи в наслідок несподіваних обставин, лякають дитину. Для дітей, що живуть в зоні АТО або вимушені переселитися «спусковим гачком» є різкі звуки, що нагадують вибухи або вереск галъм. Ослабла психіка дитини набуває наслідків неврозу в якості тіків або заїкань, наприклад. І. Г. Малкіна-Пих дає таке пояснення невротичним тікам: «Невротичні тіки – це мимовільні скорочення окремих м'язових груп, що епізодично повторюються. Тіки що можуть виникнути після гострої психотравми» [8, с. 99]. Але слід не забувати, що для всіх травматичні ситуації носять різний характер – те, що для однієї людини не є травматичним чи лякаючим, для іншої є шоковою ситуацією. Часто зустрічаються такі випадки, коли батьки приділяють недостатньо уваги до психічного життя своїх дітей та щиро не розуміють, звідки з'явилися невротичні тіки. Дослідник феномену стресу – Ганс Сельє – стверджує, що подібні прояви – наслідок пережитої стресової ситуації [9, с. 99].

Дослідники феномену психотравми А. Б. Холмогорова та Н. Г. Гарапян зазначають, що подальша адаптація та розвиток дитини, що пережила психотравму в наслідок воєнних дій залежить від того, як поведуться в даній ситуації батьки. Якщо вони занурюються в свої проблеми (адже слід вирішувати

безліч питань – побутових, фінансових, психологічних), при цьому забуваючи про сина чи доньку, дитина почувається розгубленою [11, с. 56].

На маленьку людину важким вантажем навалюються не тільки проблеми руйнації усталеного світоустрою, але ще й розривається зв'язок мама-дитина, тато-дитина. Ознакою такої розгубленості може бути регресування: наприклад, діти середнього віку починають грати в ляльки чи просять загорнути їх у ковдру. Тобто вимога підвищеної турботи й піклування. В інших дітей це може піти глибше – проявитися нудотою, енурезом.

Одним з механізмів, за допомогою якого психіка намагається впоратися з неконтрольованими спогадами, є дисоціація. Спочатку це явище грає охоронну роль (подолання тривожної ситуації). Поступово дисоціація починає набувати комплексний характер, а це загрожує руйнуванням загальної структури особистості. Чим довше триває період мовчання після психотравми у дитини, тим вище ризик комплексної дисоціації. Наслідки психологічних травм проявляються в різних сферах життєдіяльності дитини. Так, за даними Н. В. Тарабриної, основними наслідками фізичного та психоемоційного насильства для дітей є недостатній контроль над власною імпульсивністю, зниження здатності до самовираження, відсутність довіри до людей, депресія. Безпосередньо після травми можуть виникати гострі стани страху. Крім того, відстроченими наслідками фізичного або психоемоційного насильства можуть бути делінквентність і садистські нахили в подальшому розвитку.

Анна Фрейд в своїх трудах описувала той факт, що діти, які стали жертвами травмуючої події і мають симптоми ПТСР з часом можуть виявляти нав'язливе прагнення до отримання нових психотравм шляхом нанесення образ оточуючим або пошуку небезпечних ситуацій (ревіктимізації). Саме з подібними особливостями наслідків травматизації пов'язаний той факт, що серед правопорушників, які вчинили жорстокі злочини, високий відсоток тих, хто пережив в дитинстві насильство або психологічну травму.

В. С. Ястребов вказує на той факт, що жорстоке поводження у формі фізичної та емоційної жорстокості, насильства, а також нехтування сприяють формуванню у дитини агресивності і схильності до подальшого відтворенню подібних форм поведінки в соціальних контактах і, згодом, по відношенню до власних дітей. В свою чергу, більшість батьків, які жорстоко звертаються з дітьми, самі переживали фізичне або психоемоційне насильство або депривацію в дитинстві. Їм властива низька самооцінка, недостатній самоконтроль. Таким чином, насильство як спосіб вирішення проблем і конфліктів передається з покоління в покоління. Для того щоб перервати цей цикл, необхідні великі зусилля з боку фахівців, що займаються реабілітацією жертв насильства [12, с. 67].

Перебування в стані постійної пильності, напруги й страху порушує здатність до концентрації уваги, що породжує серйозні труднощі у навчанні

молодшого школяра, також труднощі в засвоєнні будь-якої нової інформації, освоєнні будь-яких нових навичок і веде до втрати раніше набутих умінь.

Усі описані ознаки посттравматичного розладу А. В. Смирнов зводить до наступних основних:

- нічні кошмари, розвиток енурезу;
- порушення сну і апетиту;
- одноманітні гри або малюнки з дивним повторюваним сюжетом;
- неадекватна поведінкова реакція на певні подразники (переляк, плач, агресивні дії);
- втрата деяких навичок самообслуговування, поява сюсюкання або інших рис поведінки, характерних для дітей молодшого віку;
- несподівано виник або що відновився страх розставання з мамою; відмова від відвідування дитячого садка (школи); зниження успішності у дітей шкільного віку;
- постійні скарги вчителів на напади агресії у дитини;
- підвищена тривожність, здригання при впливі сильних подразників (гучний звук, світло тощо), полохливість;
- втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення; скарги на болі в області серця або в епігастрії, що несподівано з'явилися напади мігрені;
- млявість, слабкість, сонливість, уникнення спілкування з однолітками і малознайомими людьми [10, с. 5].

Працюючи з дітьми та підлітками, необхідно пам'ятати, що мова йде про особистості, що формується, і враховувати, що неможливість вільно розпоряджатися фантазією і когнітивними ресурсами стає непереборною перешкодою для подальшого особистісного розвитку дитини. Батьки мусять обов'язково звертатися за допомогою до психологів, у разі виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу. Адже якщо дитині вчасно не допомогти впоратися з проблемою, в майбутньому вона може трансформуватися в найрізноманітніші відхилення. Травма не минає, а просто «консервується». А значить, надалі, так чи інакше, як певний фільтр психотравма впливатиме на все життя людини. Це може бути схильність до депресії або хронічне безсоння. Або постійна готовність до агресії (тобто все нормально, але найменший привід – і людина спалахує, немов сірник). Це може бути соціальна дезадаптація, проблеми з контактом, проблема в побудові сім'ї та інші прояви.

Діти, які стали свідками бойових дій, дістали стрес, побачивши акти насильства, застосування зброї або смерть людини, вимагають особливого підходу. Це одні з найскладніших випадків, і найефективніше є присутність і підтримка. Дитина, як і доросла людина, завжди дуже чуйно реагуватиме на щирість. Психологи радять батькам частіше обіймати дітей, гладити по голові, робити легкий масаж. Адже робота з тілом усуває м'язові зажими, в яких «ховаються» психологічні травми. Частіше говорити дітям, що ви їх любите. Це

набагато важливіше, ніж будь-яке матеріальне заохочення. Частіше говорити уголос, що скоро все налагодиться. Усі війни колись закінчуються.

Узагальнюючи, слід зазначити: якщо комплексна травма мала місце під час формування особистості дитини молодшого шкільного віку, наслідки є не лише у симптомах ПТСР, але й у порушенні та затримці психічного розвитку. На жаль, в Україні ще дуже слабка система соціального захисту дітей, що пережили психотравму. Одними з першочергових завдань психологічної служби в системі освіти є адаптація дітей із пережитими психотравмами до нормальних умов життя.

До найбільш часто використовуваних у світовій практиці методиками діагностики ПТСР відносять Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій; опитувальник Бека для оцінки депресії; опитувальник для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатіса); шкала оцінки тяжкості травматичного досвіду Т. Кіна.

Стосовно до діагностики ПТСР, це різноманітні опитувальники, тести та напівструктуровані інтерв'ю, розроблені науковцями, котрі працюють з ветеранами та їх сім'ями. Проективне малювання займає важливе місце в діагностиці емоційних переживань та сприймання реальності, що робить методику «Дім, дерево, людина» ефективним способом виявлення переживання психотравми.

Діагностика ПТСР в дитячому віці це багаторівневий процес. Робити висновки за одним лише видом психодіагностики, наприклад, проективним малюнком – недопустимо. Щоб описати зміни в поведінці і фізіології та зробити точні висновки, необхідно інтерв'ювати батьків. Вони можуть розповісти про можливі соматичні порушення, які часто бувають наслідком пережитої психотравми. Найбільш розповсюдженні такі соматичні порушення, як симптоми ПТСР – порушення роботи сечовипускання, кишкового тракту, постійні головну болі та інше. Медики стверджують, що стресова ситуація наносить шкоди здоров'ю людини в тих фізіологічних системах, які найбільш ослаблені.

Дослідник проективних малюнків А. Л. Вегнер в своїй книзі «Психологічні малюнкові тести» пише, що про пережитий стресовий досвід людини можна говорити тоді, коли на малюнку переважають темні кольори, присутня велика кількість червоних деталей, сильна загальна заштрихованість та натиск, положення малюнка на папері та інші деталі [2, с. 45]. При інтерпретації малюнка потрібно враховувати вікові норми та загальний емоційний стан. А після того, як дитина закінчить малюнок, обов'язково побесідувати про те, що та чому зображено так чи інакше.

В ході дослідження виявлений чіткий взаємозв'язок між рівнем тривожності і агресивності та вірогідністю переживання психотравми, її силою впливу на особистість та наслідки. Більшість дітей, що стали свідками воєнного конфлікту і вимушені переселитися із зони АТО, в тій чи іншій мірі зазнали

впливу негативної стресової ситуації. В залежності від зовнішнього соціального оточення та внутрішніх психологічних ресурсів, кожна дитина по різному переживала травмуючу ситуацію. Малюнки дали можливість побачити, як дитина сприймає реальність, а бесіди та спостереження підтверджували або спростовували висунуті гіпотези щодо психічного стану особистості. Враховуючи вікові особливості молодших школярів, проєктивний малюнок це наразі один з найефективніших способів зрозуміти внутрішній світ дитини.

Важливо мати чітке розуміння того, наскільки ризиковано залишати людину один на один з переживаннями після психотравми. Наслідки ігнорування та відсутність психологічної допомоги здатні впливати не тільки на особистість, а й на оточуючих. Тому, вчасна корекція, покращення емоційного фону є обов'язковим для потерпілих. Досить вдало використовують методи того ж проєктивного малювання але вже з терапевтичною ціллю. Всі види арт-терапевтичних методик, активний відпочинок, пошук хобі здатні полегшити і виключити симптоми ПТСР у дітей.

Література:

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков. – СПб.: Речь, 2004. – 165 с.
2. Варіна Г. Б., Каткова Т. А. Психологічні засади дослідження феномену життєстійкості // Міжнародний журнал загальної та медичної психології – № 2 (02), 2019. – С. 94-95. URI: <http://eprints.mdpu.org.ua/id/eprint/8373>.
3. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М.: Владос-Пресс, 2003. – 160 с.
5. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. – СПб.: Питер, 2002. – 240 с.
6. Караяни А. Г. Прикладная военная психология / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. – СПб.: Питер, 2006. – 480 с.
7. Ліберзон І. Обробка контексту та нейробіологія посттравматичного стресового розладу / І. Ліберзон, Дж. Л. Абелсон // Нейрон. – 2016. – Вип. 92, № 1. – С. 14-30.
8. Михайлова Е. В. Адаптация личности к последствиям боевого стресса // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 9. – С. 59-59.
9. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
10. Селье Г. Стресс без дистресса / Ганс Селье. Рига.: Виеда, 1992. – 450 с.
11. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
12. Шефов С. А. Психология горя / А. С. Шефов. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.
13. Ястребов В. С. Терроризм и психическое здоровье (масштаб проблемы, толерантность населения, организация помощи) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – № 6. – С. 4-8.
14. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник / Т. С. Яценко. – К.: Либідь, 1996. – 264 с.