

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИЗИСНЫЕ СОБЫТИЯ, МЕТОД ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СКАЗКОТЕРАПИИ

Е. В. Герасименко

ЛПЦ «Неболейка», Психологическая кризисная служба ГО, «Всеукраинская ассоциация преодоления кризисных ситуаций», г. Харьков

Проведено клинично-психологічне дослідження у 70 дітей в трьох групах: 1 група — 30 дітей, вимушених переселенців, 2 група — 10 дітей воїнів ВСУ, загиблих в АТО, 3 група — 30 дітей-харківчан. Всіх дітей було обстежено — неврологічний огляд, збір скарг і заповнення анкет батьками. В ігровій формі дітям проводили сесію діагностичної проєктивної казкотерапії. Метод показав високу діагностичну інформативність і комплаєнтність. Описані основні клініко-психологічні особливості в різних групах дітей. Особливістю діагностики дітей, переживших кризові події, є проведення із перших зустрічей терапевтичних прийомів психопросвіти. Її методи й техніку автори виклали в книзі «Ми пережили. Техніки відновлення». Діагностична казкотерапія чинить терапевтичну дію з першого сеансу завдяки когнітивній переробці і вербалізації дітьми негативних почуттів у метафоричній формі. Доведено необхідність проведення психологічного скринінгу дітей усіх трьох груп.

**Ключові слова:** кризова допомога, реабілітація, діагностика, посттравматичний синдром, діти, переселенці, казкотерапія.

## ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ КРИЗОВІ ПОДІЇ, МЕТОД ДІАГНОСТИЧНОЇ КАЗКОТЕРАПІЇ

Е. В. Герасименко

Проведено клініко-психологічне дослідження у 70 дітей в трьох групах: 1 група — 30 дітей, вимушених переселенців, 2 група — 10 дітей воїнів ВСУ, загиблих в АТО, 3 група — 30 дітей-харківчан. Всіх дітей було обстежено — неврологічний огляд, збір скарг і заповнення анкет батьками. В ігровій формі дітям проводили сесію діагностичної проєктивної казкотерапії. Метод засвідчив високу діагностичну інформативність і комплаєнтність. Описані основні клініко-психологічні особливості в різних групах дітей. Особливістю діагностики дітей, що пережили кризові події, є проведення із перших зустрічей терапевтичних прийомів психопросвіти. Її методи й техніку автори виклали в книзі «Ми пережили. Техніки відновлення». Діагностична казкотерапія чинить терапевтичну дію з першого сеансу завдяки когнітивній переробці і вербалізації дітьми негативних почуттів у метафоричній формі. Доведено необхідність проведення психологічного скринінгу дітей усіх трьох груп.

**Ключові слова:** кризова допомога, реабілітація, діагностика, посттравматичний синдром, діти, переселенці, казкотерапія.

## THE DIAGNOSTICS PECULIARITIES OF THE PSYCHOGENIC DISORDERS IN CHILDREN WHO SURVIVED EVENTS, METHOD OF PROJECTIVE FAIRY TALE THERAPY

E. V. Gerasimenko

The author has conducted clinical and psychological study of 70 children divided into three groups: the first one composed of 30 children of internally displaced persons; the second one composed of 10 children whose parents were soldiers of the Ukrainian Armed Forces and were killed in ATO; the third one composed of 30 children who were residents of Kharkov. The method of projective fairy-tale therapy of psychogenic disorders in children showed a high diagnostic informative value and compliance. The basic clinical-psychological peculiarities in different groups of children were described. The peculiarity of the diagnostics of children who survived the events of the crisis, is the inclusion from the first meeting the therapeutic techniques such as psychoeducation of both children and parents. To this effect the book «We have survived. Rehabilitation techniques» was published. The diagnostic fairytale therapy has a positive effect starting from the first session, due to cognitive processing and verbalization by children of negative experiences in metaphorical form. The necessity of psychological screening in children of all three groups was demonstrated.

**Keywords:** crisis medical care, rehabilitation, diagnostics, posttraumatic syndrome, children, out-migrants, fairy-tale-therapy.



Перенесенные кризисные события могут вызывать у ребенка тяжелые нарушения адаптации, а отсроченное начало их психосоциальной реабилитации способствовать их прогрессивному течению. В случае декомпенсации психотравма может осложняться фиксацией невротических, тревожных, депрессивных, поведенческих расстройств. Согласно международной классификации МКБ-10, наиболее часто у детей, перенесших психотравму, диагностируют заболевания рубрики F, а именно F. 43.2 (расстройства адаптации, ее подрубрики — пролонгированная депрессивная реакция — F. 43.22, расстройства с нарушением поведения — F. 43.24, расстройства с нарушением поведения — F. 43.24 и посттравматический синдром — F. 43.1. [5, 8].

Исследователи детской психотравмы считают, что травматический опыт может нарушать нормальный процесс развития ребенка, влияя на базовое доверие к миру, формирование доверия, активности, инициативности, межличностных отношений, развитие мышления, формирование самооценки, самоконтроля и особенности в целом [8]. Такие изменения детской психики обусловлены ее посттравматической перестройкой и фиксацией компенсаторных защитных реакций, частой инфантилизацией, симптомами изоляции, повышения агрессивности, снижения когнитивного потенциала психики.

С другой стороны, при дистрессе отмечается перестройка эндокринно-гуморального гомеостаза, описанная еще Г. Селье [6]. Сдвиг гомеостаза в сторону повышения активности симпатико-адреналового звена. Так запускается каскад патологических вегетативных нарушений, приводящих к соматизации психических изменений, например, повышению артериального давления, головным болям, изменениям со стороны желудочно-кишечного тракта, гормональным сдвигам и др. [5]. Психосоматические симптомы усугубляют психические нарушения.

Политические события в Украине (2014–2016) привели к значительному увеличению веса психогенной травмы «военного генеза». На сегодняшний день основным методом психотерапии травмы считают травмафокусированную

когнитивно-поведенческую психотерапию (ТФ КППТ) [5, 7]. Мировой опыт кризисной психологии был адаптирован ранее к реалиям кризисной помощи в России, Грузии [9], теперь в Украине. Однако каждая ситуация неповторима, имеет свою конкретную историко-культуральную, временную специфику, разные масштабы и требует особой адаптации и переосмысления. К примеру, важной особенностью реалий Украины является охват большой территории и высокая численность вынужденных внутренних переселенцев, пролонгирование конфликта, высокая поляризация общества, незавершенность конфликта, неопределенность будущего Украины. В частности, г. Харьков до сих пор находится в зоне риска начала военных действий. Все это значительно усложняет психосоциальную реабилитацию детей и семей переселенцев. Отсутствие стабильности, уверенности в завтрашнем дне вызывают вторичную травматизацию уже травмированных детей-переселенцев и их окружение.

В Украине вышел ряд научных статей, практические руководства по психологической кризисной помощи [2, 5]. Однако работ, посвященных детской кризисной психологии, значительно меньше [4, 7, 8].

При работе с детьми, пережившими кризисные события, следует учитывать особенности их психики — незрелость, сложность рефлексии чувств, отсутствие собственных стратегий преодоления кризиса, отзеркаливание и эмоциональное заражение от взрослых, совпадение травматического стресса с возрастными кризисами и др. Следствием недостаточности компенсаторных защитных механизмов психики ребенка является частая хронизация нарушений адаптации и трансформация их в неврозы, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое становится «травмой развития».

Перенесенные массовые бомбежки, убийства воспринимаются детской психикой как «норма» и эта «норма» проецируется в его будущее в виде соответствующих копинг-стратегий поведения, ожиданий от будущего негатива, опасности. Считается, что большая часть детей (70 %) может справиться со стрессом самостоятельно, без последствий для здоровья. В работах по кризисной психологии предложены клинические



симптомы, являющиеся обязательным поводом для обращения к психологам [8].

Однако в научной литературе мало данных об особенностях посттравматических нарушений детей именно в Украине и их терапии. Например, применение методики ТФ КППТ, описанной в книге «Дети войны», имеет возрастные ограничения (средний и старший школьный возраст), и она предназначена для купирования симптомов ПТСР, таких как интрузии, гиперактивность, синдром избегания. Но в Украине очень много детей с невротическими, депрессивными нарушениями, для которых данная методика не эффективна. Соответственно, необходим поиск новых методов и разработка программ дифференцированной терапии для различных целевых групп.

Учитывая, что гибридная война в Украине травмировала практически каждого человека в большей или меньшей степени, есть необходимость разработки психологического скрининга среди всего детского населения с последующей разработкой программ дифференцированной медико-психологическо-социальной реабилитации.

В качестве диагностического метода автор избрала сказкотерапию, разработанную Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой [3]. Ранее автор применяла данный метод для диагностики и психотерапии детских неврозов [1].

**Цель работы** — изучить клинические особенности посттравматических нарушений у детей, перенесших кризисные события, изучить особенности психологического статуса у детей харьковчан, обратившихся по поводу невротических симптомов, и разработать методы диагностики психологических нарушений у детей, перенесших кризисные события.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Автор статьи работала кризисным психологом на базе харьковской областной библиотеки для юношества (ХОБЮ), в лагерях временного проживания переселенцев, в кабинете песочной терапии в детском лечебно-профилактическом центре ДЛПЦ «Неболейка», на выездных мероприятиях в рамках проекта помощи семьям погибших воинов ВСУ «Родинне коло» (его организовала Украинская

ассоциация специалистов преодоления психотравмирующих событий (УАСППС)). Автором проведен анализ обследования 70 детей в трех следующих группах:

- 1 группа (30 чел.) — дети-переселенцы;
- 2 группа (10 чел.) — дети из семей воинов, погибших в АТО;
- 3 группа (30 чел.) — дети-харьковчане, проживающие в Харькове.

Дети всех групп были обследованы — клинический осмотр (неврологический осмотр проводился по стандартной схеме), сбор жалоб и заполнение анкет родителями. Для этого в специально разработанной анкете родители отмечали наличие жалоб, патологические симптомы у ребенка. После этого проводилась сессия диагностической проективной сказкотерапии по методике Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой [3].

Для этого ребенку предлагалось составить проективную диагностическую сказку под руководством автора, с помощью игрушек или сказочных метафорических карт, рисунков, пластилина, в песочнице.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены особенности детей в трех группах. Дети, переселенцы с территории АТО — 1 группа (30 чел.). Часть детей стали непосредственными участниками страшных сцен, расстрелов, взрывов домов, обстрелов, избиений. В большинстве случаев в семьях вынужденных переселенцев имели место дестабилизирующие социальные факторы: разрушение внутрисемейных связей, тяжелое материальное положение, сложности с оформлением документов и социальных льгот. Часто дети были с мамами, реже с бабушками-опекунами, без отцов (по разным причинам).

*Пример 1.* Девочка, 10 лет, находилась с мамой неделю в погребе под обстрелом, со слов мамы, во время обстрелов дочь плакала от острой боли в животе, а после обстрела боли стихали. Спустя две недели после переезда в Харьков при осмотре автором статьи девочка страдала от головных болей, страхов, бессоницы, перестала отпускать от себя маму.

Две семьи имели приемных детей, и травма переезда в Харьков с места проживания



накладывалась на сложности установления контакта с приемными родителями. В одном из этих случаев мама была с двумя приемными детьми (8 и 11 лет), ее муж не захотел ехать в Харьков «по политическим соображениям». В другом — мать с приемной 7-летней дочерью, на глазах которой произошел арест приемного отца и помещение его в тюрьму.

Сбор анамнеза показал, что психологические последствия травмы усугубляются при хроническом, многократном, комбинированном характере стрессового воздействия. Примером переживания такого длительного стресса стала многодетная семья (5 детей) из Луганска, потерявшая отца в зоне АТО. Он сначала сопротивлялся захвату Луганска в рядах Национальной Гвардии, потом попал в плен, в котором находился полгода, потом бежал из плена на передовую, пропал без вести, только через полгода его труп нашли в числе эксгумированных тел. Далее предстояла процедура идентификации, опознания и похороны.

Вторая часть этой группы — дети-переселенцы, вывезенные родителями в Харьков до начала обстрелов, не видевшие страшных сцен, но утратившие свои дома, друзей, питомцев, родной дом, налаженный быт.

*Пример 2.* Девочка, 8 лет, выехала с мамой из Луганска, там остались бабушка, дедушка, любимец — попугай. На протяжении двух месяцев до обращения к психологу мама с дочкой плакали каждый вечер. В своем городе девочка ходила в модельное агентство, театральный коллектив. Здесь, на съемной квартире, не имея средств посещать кружки, без своих друзей и родных девочка стала раздражительной, слезливой (плачет каждый вечер перед сном), конфликтной, непослушной, снизилась успеваемость в школе.

Опыт общения с родителями детей-переселенцев в лагере их временного проживания показал, что вопрос возможного возобновления военных действий был достаточно частым, многие ребята неоднократно спрашивали: «А в Харькове точно не будет войны?», «А если начнут бомбить Харьков, где нам прятаться?». Эти вопросы в апреле 2014 г., когда Харьков жил на пороге войны,

усиливали всеобщее напряжение, индуцировали тревожность, депрессию в обществе у многих жителей «принимающего» региона, в том числе детей, волонтеров-психологов и переселенцев. Это вносило существенную дестабилизацию и сложности в терапию, нарушало главный принцип оказания кризисной помощи, а именно выведение пострадавшего из «зоны бедствия».

Дети, утратившие своих отцов, военнослужащих ВСУ, — 2 группа (10 чел.). Это особая утрата, которой зачастую предшествовали долгая тревога и ожидание всей семьей худшего, другой особенностью является то, что страдание от утраты отцов детьми усугублялось тяжелейшим гореванием их родственников, матерей и бабушек (матерей погибших), зачастую страдавших в одиночку.

*Пример 3.* Девочка-подросток, 16 лет, рассказывала, как ее отец пулеметчик, защищавший г. Счастье, на протяжении недели перед гибелью каждый день звонил и прощался с детьми и женой, говорил им о своей любви и советовал, что делать в случае его смерти.

Примером тяжести и крайней болезненности переживаний утраты отца является пример 10-летнего мальчика. Его мать рассказывала, что когда сын понял, что мать и старшая сестра шепчутся о гибели отца, он схватил нож и стал кричать, что не хочет жить, что хочет себя убить.

*Примеры детей воинов, погибших в АТО, показывают, что они пережили сильнейший стресс.* Часть детей ждали и не дождались отцов из плена, слышали о пытках, ездили на опознание тел, сдавали кровь для идентификации ДНК. Многие дети, пережившие гибель отцов, надолго «застревают» в фазе отрицания смерти родителя, эти дети не плакали на похоронах, потому что считали их живыми.

Дети одной многодетной семьи, выехавшие из оккупированных восточных регионов (пример описан выше), имели комбинированную травматическую психотравму вследствие утраты отца и дома.

Другая семья военнослужащего с большим трудом покинула Крым, офицер вывозил знамя части в детской коляске своего ребенка, потом



он ушел служить и погиб через год при обстреле позиций украинской армии под Луганском.

Таким образом, у этих двух семей было сочетание тяжелейших травм — потеря родного человека и дома.

Дети, которых условно можно считать контрольной группой, так как они живут в мирном г. Харькове — 3 группа (30 чел.). Однако они видят детей-переселенцев, слышат ТВ-новости, ждут вестей от родных из зоны АТО. Родители данной группы обращались к неврологу с жалобами на головные боли, снижение успеваемости, раздражительность, конфликтность, непослушание. В то же время проективные тесты показали в 50 % случаев повышенную тревожность, страх войны, бомбежки, бандитов и т. д. Дома вместо щадящего отношения к таким детям часто применялись различные дисциплинарные наказания, вербальная агрессия, обвинения в лени, непослушании, что часто осложнялось появлением и фиксацией у последних невротических симптомов.

Харьков — пример города, принимающего переселенцев, и дети таких городов также находятся под грузом сильной непроговоренной тревоги. Тема войны чаще табуирована и родителями, и школой, «о войне говорить страшно, лучше не говорить». В результате дети мирных городов часто остаются наедине со своими страхами. У них появляются психосоматические симптомы, с которыми родители идут к соматическим врачам, которые диагностируют АД, ВСД, ДЖВП и другую соматическую патологию.

*Пример 4.* Мальчик, 8 лет, обратился с жалобами на головные боли, капризность, непослушание, снижение успеваемости, рассеянность. Ранее таких жалоб не отмечалось, мальчик учился очень хорошо. При неврологическом обследовании очаговой патологии не обнаружено, проведена диагностика (диагностическая сказка). В проективной диагностической сказке ребенок рассказал о том, как медвежонок ложится спать и не может заснуть. На вопрос: «Чего боится мишка?» — ребенок ответил: «Мишка боится, что над его домом взорвется ракета, а он не успеет выскочить из дома, поэтому он старается не спать всю ночь». Это проективная сказка

мальчика из мирного Харькова, его родители не включали телевизор и не обсуждали войну при нем, они были уверены, что сын ничего не знает о войне.

*Данные клинического обследования.* Психоневрологический осмотр выявил у 100 % детей различные клиничко-психологические комплексы, в которых сочетались смешанные астеничные, тревожно-фобические и поведенческие нарушения. У всех детей 1–2 групп отмечались головные боли, экспрессивная плаксивость, сниженный фон настроения (у 100 %), выраженные снижение концентрации внимания (35 %), ночные страхи (50 %), сепарационная тревога у детей дошкольного и младшего школьного возраста — у 20 (14 %), мышечная скованность — у 45 (31 %), частые боли в животе — у 27 (18 %), тики лица, рук — у 10 (7 %), приступы тревоги и тахикардия — у 25 (17 %), ночной энурез и энкопрез — у 3 (2 %).

Анализ жалоб и наблюдения показали два различных типа поведения детей после стресса — экстернализованный и интрализованный. Родители чаще замечали проявления первого и не придавали значения второму типу, дети со вторым типом поведения вызывали у родителей меньше беспокойности и реже получали помощь специалистов.

У 11 детей 1 группы (33 %) отмечалось экстернализованное поведение (агрессивность, конфликтность), чаще такой тип выявлялся в семьях с низким общекультурным, социальным и материальным положением семей, частым приемом алкоголя. Данный тип встречался у мальчиков, в трех случаях имелся исходный гиперактивный симптом.

Выраженное интернализованное поведение чаще наблюдалось у девочек — у 10 (30 %), с преобладанием замкнутости, зажатости, депрессивным настроением, сниженной мотивацией учебы и коммуникации.

Во 2 группе у 80 % детей, которые перенесли утрату отцов, отмечен интернализованный тип поведения. Ребята замыкались в себе, избегали контактов с другими детьми. У них преобладали симптомы депрессии и выражение лица часто было амимичным, застывшим, горестным, отмечался резко сниженный фон настроения,



обедненные движения, абдоминальные боли, отсутствие аппетита. У 20 % мальчиков отмечались вспыльчивость, конфликтность со сверстниками в школе и в группе, мальчики выбирали агрессивные игры (бокс). Например, один мальчик, 8 лет, в диагностических этюдах выбрал роль волка, который всех кусал и съедал.

Девочка, 16 лет, после гибели отца перестала общаться с одноклассниками, она никому не могла рассказать о своей боли, а маму она «берегла от слез». Только на встрече с психологами «Родинного кола» она смогла рассказать о своих чувствах.

Диагностический осмотр и динамическое наблюдение дополнялось заполнением анкет родителями, что существенно облегчило их психоэдукацию (психопросвещение). При этом родным объяснялись особенности протекания травмы, ее периоды, симптоматика, тут же давались рекомендации по психологической поддержке ребенка. Для снижения тревожности матерей применялся прием «нормализации» патологических симптомов, при котором ключевым когнитивным слоганом была фраза — «это нормальная реакция на ненормальную ситуацию». Автором статьи совместно с другими кризисными психологами УАСППС была разработана памятка советов для родителей детей, оказавшихся в кризисной ситуации, которая вошла в книгу для родителей «Мы пережили. Техники восстановления» [4]. Особенностью диагностики в кризисной помощи является то, что она идет параллельно с процессом терапии.

После заполнения анкет родителями психотерапевт помогала ребенку сочинить проективную сказку с помощью игрушек, сказочных метафорических карт, фигурок из пластилина или в песочнице, что очень помогало установлению контакта с ребенком. Рассказ ребенком диагностической сказки оказывал терапевтическое действие уже с первой сессии через идентификацию и вербализацию тяжелых эмоций, выраженных в метафорической сказочной форме.

Диагностические сказки выявили выраженный страх и ощущение детьми своей беспомощности. Исследования психического состояния с помощью проективных рисунков к диагностическим сказкам детей показали определенные

различия между детьми. Так, рисунки детей, которые были свидетелями травматических событий (перенесших обстрелы или потерю своих родных в плену), были полны «пожирателями людей» (монстры, драконы, зомби), рассказы детей свидетельствовали об очень высоком уровне тревоги, страхов.

Диагностические сказки отражали тяжелые чувства детей, их героям было «очень жарко», они «нигде не могли спрятаться и найти воды». В таких метафорах дети рефлексировали свои негативные эмоции: горе, печаль, безутешную разлуку, чувство постоянной подстерегающей опасности.

У детей 1 и 2 групп экзистенциальный страх был самым выраженным (страх быть убитым монстром, съеденным чудовищем, утрата родителей, а потом себя). При этом рисунки детей к диагностическим сказкам «Страна моего сказочного героя» изобилуют сценами насилия — изображением печальных персонажей, сцен пыток пленных, взрывов домов, горящими танками, взорванными домами, летящими с неба бомбами и столкновениями военных под разной символикой. На рисунках к сказкам детей-переселенцев, которые не переживают страх за свою жизнь, преобладали грусть, тоска, страх потери дома и грусть о своих родных, друзьях, питомцах. На первых диагностических встречах на рисунках детей 1 и 2 группы преобладали красно-черные цвета. У детей-харьковчан в сказках часто звучал мотив того, что на дом героя ночью нападают какие-нибудь злодеи. При этом дети рассказывали, как страшно этому герою засыпать или как ночью он просыпается с дрожью от страха. Характерно, что дети никогда не делились этими страхами с родителями и для последних это было открытием. Возможно, из-за табуирования взрослыми темы страхов войны ребенок и делает такой плачевный вывод: если родители об этом молчат, я тоже не буду с ними об этом говорить.

## ВЫВОДЫ

1. Исследования детей 1 и 2 групп показали, что все дети имели разнообразную выраженную симптоматику расстройств адаптации посттравматического генеза, требующую



коррекции кризисного психолога. Не зафиксировано ни одного случая бессимптомного течения после перенесенных кризисных событий, несмотря на случаи успешной социализации родителей в Харькове, материально обеспеченных семей бизнесменов после перемещения из восточных областей.

2. Сбор жалоб с помощью анкетирования родителей помогает объективизировать клиническую картину, уточнить симптоматику посттравматических нарушений и одновременно провести психоэдукацию (психопросвещение) родителей.

3. Исследования детей 3 группы показали необходимость психологического скрининга среди всех детей, которые имеют соматические жалобы вегетативного характера — нарушения сна, головные боли, кардиалгии, снижение успеваемости, памяти, внимания, повышенную конфликтность. Такие дети должны направляться на консультацию к психотерапевту или психологу.

4. Проективные сказки являются высокоинформативным способом диагностики состояния внутреннего подсознательного мира ребенка. Проективная сказка является ключом в этот мир «законсервированных», «сжатых»,

подавленных эмоций страха и агрессии. Вербализация этих чувств, прорисовывание, проигрывание телом помогает одновременно с диагностикой облегчать состояние ребенка, снижать тревогу, страхи и напряжение.

Воспроизведение травматического события в метафоричной форме диагностической сказки помогает ребенку идентифицировать свои чувства и вербализовать их, что важно для рефлексии тяжелых чувств ребенка, когнитивной переработки травматического опыта.

5. Опрос детей и родителей показал, что чаще всего дети не обсуждают свои тревоги и страхи со своими родителями и учителями. Чаще дети делились страхами и тревогами между собой, что вызывало «эпидемию страха» среди детей мирных городов.

Полученные данные имеют практический интерес и перспективны, так как свидетельствуют о том, что все указанные группы детей нуждаются в обязательном скрининге психологами, вопреки мнению о помощи избирательно тем, у кого есть выраженные специфические симптомы ПТСР. Скрининговым методом диагностики может служить заполнение всеми родителями вопросников-анкет.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Герасименко Е. В. Диагностика и коррекция пограничных состояний у детей и подростков / Е. В. Герасименко // Таврический журнал психиатрии. — 2012. — Т. 16, № 2 (59). — С. 19–20.
2. Герасименко Е. В. Психотерапия невротических расстройств детей, переживших экстремальные ситуации в зоне АТО / Е. В. Герасименко // Український вісник психоневрології. — 2015. — Т. 23, № 2 (83). — С. 107.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. — СПб : Речь, 2000. — 310 с.
4. Ми пережили: техніки відновлення для сімей, військових, цивільних та дітей / За ред. Г. В. Циганенко. — К. : Логос, 2016. — 202 с.
5. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, В. О. Курило, С. Н. Саржевський. — Х. : ФОП Ващук О. О., 2014. — 284 с.
6. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. — М. : Книга по требованию, 2012. — 66 с.
7. Сміт П. Діти та війна: навчання технік зцілення / П. Сміт, Е. Дирегров, У. Юле // Видавнича серія Інституту психічного здоров'я Українського католицького університету. — 2015. — 87 с.
8. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ї з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник / В. Л. Андреєнкова, І. С. Бандурка, С. Т. Золотухіна [та ін.]. — К. : Україна, 2015. — 175 с.
9. Тарабрина Н. В. Практикум по психології посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб : Питер, 2001. — 272 с.