

достигнуто підвищення самооценки, уверенности в себе, улучшение самочувствия, также улучшился психологический климат во всех семьях.

Комплексный интегративный подход к психокоррекции, психосоциальной реабилитации и психотерапии лиц, пострадавших от ГОН и домашнего насилия, представляется нам эффективным и требующим внимания в системе медико-психологической помощи лицам, пострадавшим от насилия в семье. Необходимо во всех регионах Украины организовать структуру государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия, а также систему государственных шелтеров (приютов круглогодичного пребывания для пострадавших от насилия).

УДК 159.922.76-056.34:616.89

*Самойлова О.В.*

*Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

### **Розвиток дитячих посттравматичних стресових розладів під дією психотравмуючих чинників**

Останнім часом в нашій державі поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) постає досить актуальною проблемою. Все більше людей стикаються з особами, які вимушені були піддаватися дії будь-якої психотравмуючої ситуації, особливо значну їх частку складають так звані вимушені переселенці та учасники бойових дій. Ці особи мають усі ознаки симптомокомплексу ПТСР. За статистикою, поширеність ПТСР в світі становить від 1,00 % до 14,00 %, а в окремих групах ризику — до 60,00 %. Кожного року частка хворих осіб з ПТСР збільшується на 3,60 % і за прогнозами в недалекому майбутньому досягне 8,00—10,00 % населення світу. Є дані, що 30,00 % хворих з ПТСР одужують; 40,00 % — мають незначні порушення; 20,00 % — значні відхилення а у 10,00 % — стан не поліпшується або навіть погіршується.

Особливо велике занепокоєння серед спеціалістів становлять діти та підлітки, які зазнали впливу будь-якого психотравмуючого чинника, у зв'язку з їх несформованою психологічною та емоційною сферами, що спроможне спричинити досить значні психофізичні порушення, аж до розвитку ПТСР та інших розладів.

До найпоширеніших дитячих психологічних травм слід віднести смерть одного або обох батьків (особливо гостро переживають раптову або насильницьку смерть, суїцид); втрату домашнього улюбленця; аварії або катастрофи; розлучення батьків; втрату відносин (зокрема дружніх уподобань), сварку з близьким другом; крадіжку; зраду; втрату цнотливості (сексуальне насильство); стресові події в країні і за кордоном (створюють відчуття нестабільності, порушують стан базової безпеки) тощо.

Багато дітей не в змозі розповісти лікареві про факт психотравми через невміння говорити на момент травмизації або втрати мовних навичок в результаті події. Реакції страху і сорому, що виникають з причини спотвореного сприйняття і переосмислення травматичного досвіду, перешкоджають повідомленням про пережите насильство, а в деяких випадках діти настільки втрачають довіру до дорослих через події, що саме спілкування з ними стає пусковим чинником для тривоги і замкнутості у собі.

Досить часто діти і підлітки зі стресовим розладом переживають вторинну травмизацію, яка виникає при обговоренні травмуючої події з однолітками, батьками, медичним персоналом, працівниками соціальної сфери

та ін. Негативні реакції проявляються в запереченні самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями людини і навіть обвинуваченні жертв, відмову у наданні допомоги.

При цьому індикаторами психологічного стану дітей під час впливу психотравмуючих подій є такі.

1. Почуття незахищеності і безпорадності. Діти сприймають світ як джерело непрогнозованих небезпечних подій.

2. Тривога про майбутнє, очікування «поганого», страх змін. Очікування «поганого» у дітей в основному проявляється в почутті остраху й настороженості.

3. Сором, низька самооцінка і почуття провини. Відчуття безпорадності і недовіри до світу у дітей часто розвиває їх низьку самооцінку, почуття ущемленої гідності. Низька самооцінка дітей проявляється у вигляді страху саморозкриття і блокування спонтанної активності. Їм важко висловити власну думку, виразити себе. Так само для дітей характерно почуття провини.

4. Напади люті, агресивність. У травмованих дітей фрустровані потреби безпеки, захищеності і самоповаги. Фрустрація цих потреб спричиняє гнів і підвищення рівня агресії. Зазвичай, не знаходячи джерела, що проковує агресію, діти починають підбирати найбільш зручну «мішень» для реалізації своїх агресивних почуттів.

5. Відчуження та ізолюваність від навколишньої фізичної та соціальної реальності.

6. Невиплакане горе і печаль — найважливіші характеристики психотравми, які завжди пов'язані з почуттям будь-якої втрати — втрата близької людини, уявлення про себе, надії тощо. Головною перешкодою стають почуття сорому і безпорадності, бажання стримати агресивний імпульс.

7. Травматичні ігри і повторювані дії. Травматичні ігри повторюють той чи інший епізод травми. У цих іграх дитина найчастіше уособлює самого себе.

8. Деформація картини світу. Дитина, у якої ще не сформована система переконань, постає перед небезпекою утворення у неї деформованої картини світу під впливом травми. Часто світ уявляється як джерело зловісних подій, ворожості, а сама дитина в ньому — незахищена, безпорадна жертва. Така картина світу позбавляє дитину свободи вибору, блокує її життєві сили.

9. Проблеми уваги, пам'яті, навчання. Невиплаканий травматичний досвід — психологічно незавершене явище, тому він несе у собі тенденцію постійної актуальності. Для людини, а особливо для дитини, ця актуалізація досить болісний процес, тому більша частина життєвої енергії дитини спрямована на опір цій тенденції, на приборкання хворобливих емоцій. Це накладає відбиток на пізнавальну активність — увага розсіюється, виникають труднощі зосередження, знижується обсяг пам'яті, може виникати «в'язкість» мислення.

10. Різного роду острахи. Страх виконує захисну функцію і має доцільний характер. На різних вікових етапах дитині властиві різні «нормальні страхи». На відміну від «нормальних страхів», невротичні страхи, мають дуже сильну (панічну) інтенсивність, вони тривалі у часі і тому деструктивні за своїм характером. У дітей відзначають страхи, «успадковані» від батьків.

11. Травматичні сновидіння і порушення сну. Травматичні повторювані сновидіння є однією з ознак «непережитого», все ще неподоланого травматичного досвіду. Сновидіння може відтворювати пережиту картину повністю або змінену. У кожному разі травматичний сон спричиняє бурхливі емоції (вигуки, бурмотіння, плач, раптовий підйом з ліжка, ходіння під час сну).

12. Психосоматичні порушення.