

УДК 616.895:159.922.2

М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, А. Г. Соловійова
ВПЛИВ ВИМУШЕНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ НА ПСИХОЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ДИТИНИ

М. В. Маркова, О. В. Пионтковская, А. Г. Соловьёва
Влияние вынужденного перемещения на психоэмоциональное состояние ребенка

M. V. Markova, O. V. Piontkovska, A. G. Soloviova
Influence of family forced migration on the child's psychoemotional state

На ґрунті аналізу великого масиву наукових даних стверджується, що вимушене переміщення справляє виражений негативний вплив на психоемоційний стан дитини; воно також спричиняє порушення сімейного та батьківсько-дитячого функціонування. Між тим, на сьогодні особливості змін у психоемоційній сфері дітей — внутрішньо переміщених осіб внаслідок бойових дій на Сході України практично не вивчені. Це ускладнює розроблення адресних програм психокорекції та психопрофілактики, а також погіршує якість медичної допомоги, що надається таким дітям. Наголошується на нагальній потребі у дослідженні особливостей психологічного стану цього контингенту, та розробленні на ґрунті даних таких досліджень сучасних та ефективних підходів до лікування, корекції та профілактики несприятливих змін у психоемоційній сфері таких дітей.

Ключові слова: психоемоційний стан, дитина, вимушене переміщення

На основе анализа значительного массива научных данных утверждается, что вынужденное перемещение оказывает выраженное негативное влияние на психоэмоциональное состояние ребенка; оно также приводит к нарушению семейного и родительско-детского функционирования. Между тем, особенности изменений в психоэмоциональной сфере детей — внутренне перемещенных лиц в результате боевых действий на Востоке Украины практически не изучены. Это затрудняет разработку адресных программ психокоррекции и психопрофилактики, а также ухудшает качество медицинской помощи, предоставляемой таким детям. Отмечается необходимость исследования особенностей психологического состояния данного контингента и разработки на основании данных таких исследований современных и эффективных подходов к лечению, коррекции и профилактике неблагоприятных изменений в психоэмоциональной сфере таких детей.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, ребенок, вынужденное перемещение

Based on the analysis of a large body of scientific data, the paper presents the results that indicate that family forced displacement has a significant negative impact on the psychoemotional state of the child and also causes a disturbance in a family and parental-child functioning. Meanwhile, the peculiarities of changes in the psychoemotional sphere of children who were internally displaced as a result of military actions in the East of Ukraine have not been studied in practice. This fact complicates the development of addressing programs of psychocorrection and psychoprophylaxis and also worsens the quality of medical care provided to such children. The paper emphasizes the urgent need to study the specifics of the psychological state of this contingent of children and emphasizes the need to develop, based on data from such studies, modern and effective approaches to the treatment, correction and prevention of adverse changes in the psychoemotional sphere of such children.

Key words: psychoemotional status, child, forced displacement

Травматичні події війни, насильство та загрози, що спричиняють вимушене переселення, справляють надзвичайно потужний негативний вплив на психіку дитини [1, 2].

Для описання психологічного досвіду вимушеного переселення, що включає вельми травматичні, важкі і стресові переживання, які ускладнюють психічне здоров'я біженців, запропоновано декілька хронологічних моделей.

Досвід біженця зазвичай поділяється на три фази: передміграція, міграція та постміграція [3, 4].

Фаза передміграції охоплює період часу перед моментом залишення місця постійного проживання; цей етап характеризується бойовими діями, насильством та соціальними потрясіннями, коли потенційні біженці стикаються із загрозами їхній безпеці, загрозами родині, позбавленням або обмеженням базових основоположних прав і свобод. Діти, що перебувають на території збройного конфлікту, піддаються підвищеним загрозам насильства, включаючи загрозу зґвалтування, катування, військових травм, зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривоги та суїцидального ризику [5, 6].

Наступна фаза — міграції — включає переміщення біженців з місць постійного проживання до місць тимчасового перебування. Ця фаза характеризується невідомістю щодо майбутнього; додатковим стресом для дітей є розлучення з батьками (або одним з батьків), близькими людьми, однолітками, однокласниками та друзями, поміщення у незнайому, почасти ворожу обстановку, а також обмеженням їхніх прав і свобод [4].

Постміграційна фаза охоплює період перебування (більш або менш тривалий) на новому місці проживання. Для цієї фази характерні стійкі реакції горя на втрату звичного місця проживання, родини, друзів та матеріальних статків. При цьому вирішальне значення має ставлення до біженця приймаючої сторони. Позитивне, обнадійливе ставлення, забезпечення безпеки та перспективи можуть допомогти дітям-біженцям та їхнім сім'ям зменшити стрес і подолати наслідки реакцій горя та втрати у період після переселення [6].

R. K. Papadopoulos (2001, 2002) виокремлює чотири стадії, що складають «травму біженця»: передбачення, руйнації, виживання та адаптації. Стадія передбачення характеризується формуванням передумов для міграції (загроза смерті, поранення, насильства, втрати майна тощо). Стадія руйнації відповідає передміграційній фазі трифазної моделі, а стадія виживання належить до періоду переміщення; останні етапи обох моделей аналогічні [7, 8].

На думку L. De Haene et al. (2007), стресові фактори, викладені в обох наведених моделях, наголошують додаткову уразливість дітей-біженців [9].

M. Hodes, J. Tolmac (2005) зазначають, що діти-біженці психічно неоднорідні і мають різні прояви порушень у психоемоційній сфері, однак, усі вони виявляють значний вплив травматичних подій, насильства і втрат, і зазнають вищий рівень ізоляції порівняно з однолітками, які не є біженцями; ці проблеми найбільшою мірою виражені у тих, хто страждає на психічні розлади. Автори зазначають, що цей контингент є вельми складним і потребує особливої підтримки та злагодженої взаємодії між різними

ми службами охорони здоров'я та соціального захисту, однак, багато ключових питань менеджменту медичної та соціальної підтримки дітей-біженців досі перебувають та етапі розробки й обговорення [10].

I. Derluyn, E. Broekaert (2008) наголошують, що діти та підлітки-біженці є психологічно вразливими групами, адже вони змушені стикатися не лише із загальними проблемами, притаманними усім переселенцям, а й з іншими ризиками, що загрожують їх емоційному самопочуттю, наслідками яких є важливі емоційні та поведінкові проблеми. Ще одним важливим аспектом проблеми дітей-переселенців, на який звертають увагу автори, є прагнення суспільства та оточуючих людей розглядати таких дітей та підлітків як «біженців» чи «переселенців», а не як «дітей», що зрештою призводить до дефіциту психологічної уваги, турботи та підтримки, якої вони критично потребують [11].

G. Leavey et al. (2004), дослідивши психологічні розлади серед дітей-біженців у Лондоні, виявили занижену самооцінку та вищий рівень психологічного стресу за основними показниками [12].

У дослідженнях A. A. Thabet et al. (2004, 2005), T. Ziaian et al. (2012) повідомляється про значну поширеність симптомів депресії і тривоги у дітей у сім'ях біженців [13—15].

D. Ingleby, C. Watters (2002) зазначають, що діти-біженці протягом тривалого часу (іноді — кількох років) стикаються з потужним психоемоційним стресом і психотравмою, тож їх слід розглядати як «групи ризику» з погляду їхнього фізичного та психічного здоров'я [16].

S. Özer, S. Şirin, B. Oppedal (2017), які вивчали психологічні проблеми дітей, що постраждали внаслідок збройного конфлікту в Сирії, повідомляють, що 74 % обстежених дітей зазнали смерті когось з найближчого оточення, хто піклувався про них; близько 50 % перенесли 6 і більше травматичних подій. Водночас, 71 % дівчаток і 61 % хлопчиків мали можливість отримати допомогу і підтримку від близьких людей, яким вони довіряли [17].

Дослідженнями V. Papageorgiou et al. (2000), E. Heptinstall, V. Sethna, E. Taylor (2004), M. Kia-Keating, B. H. Ellis (2007) було виявлено, що від 28 % до 60 % дітей та молоді, переміщених із зон конфліктів до США, Великої Британії та Греції, були розлучені з батьками протягом місяця і більше, або їхні батьки були вбиті [18 — 20].

Дослідження, проведені серед дітей біженців, які живуть у країнах Заходу, виявили ураженість цього контингенту депресивними розладами на рівні від 3 % до 30 %, а посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) — від 19 % до 54 %, тоді як поширеність посттравматичних розладів загалом серед дитячого населення складає від 2 % до 9 % [21]; водночас, деякі дослідники зауважують на суттєвих методологічних розбіжностях під час проведення подібних досліджень, що може поставити під сумнів їх результати [22].

У роботі A. Alayarian (2009) наводяться дані, що від 15 до 43 % дівчаток та від 14 до 43 % хлопчиків протягом життя виявляють щонайменше один прояв посттравматичних розладів; при цьому у 3—15 % дівчат та у 1—6 % хлопчиків виявлені клінічні ознаки вираженого ПТСР. У 90 % дітей, що зазнали сексуальне насильство, і у 77 % дітей, що стали жертвами насильства з боку оточення, було виявлено симптоматику ПТСР [23].

Важкість наслідків травматизації залежать від віку дитини, тривалості травми, особливостей індивідуального досвіду та захисних факторів; при цьому вирішальне значення має вік, у якому мав місце травматичний

досвід, а також його тривалість. Травматичний досвід раннього дитинства, зокрема, відсутність належного догляду, може мати катастрофічні наслідки для психіки дитини [24, 25].

M. Hasanović (2011), вивчивши психологічні наслідки війни в колишній Югославії, виявив клінічні рівні ПТСР приблизно у 50 % боснійських дітей [26].

Одним з найбільш вагомим психосоціальних стресорів, що має вплив на психоемоційну сферу дітей-біженців, є несприятливі соціально-економічні умови. Дослідженнями R. H. Bradley, R. F. Corwyn (2002), G. W. Evans (2004), National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (2005) виявлено, що діти, які переживають хронічну бідність, демонструють нижчий рівень когнітивної ефективності [27—29]. Крім безпосереднього впливу несприятливих соціально-економічних чинників на психіку дитини, такі діти зазнають психотравмуючого впливу через хвилювання і сум, пов'язані з долею батьків та інших родичів, що залишилися у небезпечних умовах в країні початкового перебування. Члени сім'ї часто залишаються в нестабільних умовах у країні, де йде війна, або у прилеглих до неї областях, що призводить до відсутності піклування і турботи про дітей; у випадках, коли один або обоє батьків супроводжують дитину, вони можуть страждати від бідності, роз'єднання сім'ї та інших проблем [30, 31]. Переживання втрати і горя окремими членами сім'ї може бути вельми глибоким, і значення цих переживань як джерела емоційних та когнітивних труднощів у дітей недооцінюється [32].

S. Özer, S. Şirin, B. Oppedal (2017), досліджуючи поширеність психопатологічних феноменів у дітей-біженців, що постраждали внаслідок збройного конфлікту в Сирії, повідомляють, що 46 % дівчаток та 44 % хлопчиків виявляли клінічну симптоматику ПСТР (гендерні відмінності виявилися не значущими), що суттєво перевищує, наприклад, поширеність ПТСР серед американських підлітків — 6,3 % у дівчат і 3,7 % у хлопчиків (J. A. Fairbank, F. W. Putnam, W. W. Harris, 2007) [17, 33]. Автори зазначають значні методологічні та організаційні труднощі, пов'язані з вивченням поширеності посттравматичної симптоматики у дітей-біженців, пов'язані як з впливом умов перебування (наприклад, табір для біженців), так і з транзитним характером симптоматики ПТСР, що може з'являтися і зникати, позаяк є відкладеною відповіддю на травматичний досвід. У дослідженні також звертається увага на значну ураженість дітей, які страждають на посттравматичні розлади, депресивною та психосоматичною симптоматикою; зазначається, що значна частина дітей реагують на травматичні події депресивним настроєм, при цьому дитяча депресія також може бути спричинена накопиченням неприємностей у повсякденному житті дитини у таборі, такими як турбота про своїх батьків, конфлікти з друзями, турбота про майбутнє, шкільні проблеми тощо. Депресивна симптоматика була виявлена у 44,3 % дітей — сирійських біженців, а у 20 % були наявні ознаки клінічного депресивного розладу; у таких дітей виявлялося суттєве зниження емоційних, поведінкових та когнітивних функцій. Сирійські діти-біженці часто страждали від психосоматичної симптоматики, зокрема, близько 25 % таких дітей щоденно відчувають біль у руках та ногах, а більше третини з них страждають на такі прояви кілька разів на тиждень. Частим явищем було поєднання кількох проблем з боку психічного здоров'я; у 65 % дітей симптоматика була виражена настільки сильно, що серйозно знижувала їх рівень функціонування [17].

M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh (2005) наводять дані обстеження 260 дітей-біженців з трьох країн, що виявило середню поширеність ПТСР в 11 % (з коливаннями від 7 % до 17 %) [34].

У дослідженні J. Henley, J. Robinson (2011) встановлено, що симптоматика посттравматичного стресового розладу у дітей зберігається до дванадцяти років після переселення [22].

За даними деяких дослідників, багато симптомів ПТСР, тривоги та депресивних розладів можуть безпосередньо або опосередковано впливати на якість навчання, зокрема, внаслідок ініціації психологічних механізмів витіснення і розсіювання травматичних спогадів, пригнічення спонтанних думок, а також інших механізмів, що можуть пов'язувати симптоматичні реакції на травму з когнітивним функціонуванням [35, 36]. Високий рівень тривоги і депресії напряму впливають на зниження здатності до концентрації уваги, що закономірно знижує можливості дитини засвоювати нову інформацію, когнітивні функції та продуктивність [37]. Деякі посттравматичні симптоми, такі як надпильність, дисоціація, змінені стани свідомості та амнезія, можуть негативно впливати на когнітивне функціонування, здатність до розуміння інструкцій, стан пам'яті (включаючи можливість утримання інструкцій у короткотривалій пам'яті при вирішенні завдань), фіксацію енграм у довготривалій пам'яті, здатність до узагальнення і формування категорій понять, оперування абстрактним і конкретним мисленням, що є підґрунтям для синтезу стратегії розв'язання проблем [38].

Узагальнюючи дані тридцяти чотирьох досліджень, H. R. Graham, R. S. Minhas, G. Paxton (2016) зазначають, що діти-біженці страждають від проблем з навчанням, при цьому основними чинниками ризику зниженої успішності було неконструктивне ставлення з боку батьків щодо освітніх програм та уявлень про освіту, негативні стереотипи вчителів та низький рівень очікувань, знущання та расова дискримінація, травма передміграції та постміграції, обмеження свободи, а найважливішими ресурсними факторами для успіху були високі академічні та життєві амбіції, адекватні мотиваційні наративи, активна участь батьків в освіті, сімейна згуртованість та сприятлива домашня обстановка, правильна освітня оцінка та організація занять, вчительське розуміння мовної та культурної спадщини, культурно відповідний шкільний перехід, підтримка однолітків та успішна акультурація [39]. D. Palmer, K. Ward (2007) зазначають, що негативні наслідки для здоров'я переміщених осіб є особливо значимими, коли переселення є вимушеним через серйозні конфлікти в країні, пов'язані з насильством і ризиком травм [40].

У дослідженнях D. Cicchetti, S. L. Toth (2005) [41], A. S. Masten, A. J. Narayan (2012) [25] привертається увага до ролі психологічних чинників у протидії травматичним подіям; у цьому аспекті ключове значення мають вплив травми на розвиток індивіда у період раннього дитинства, при цьому залежності, бездоглядності та інші травматичні переживання виявляють кореляції з нейробіологічним, когнітивним та емоційним розвитком і подальшим порушенням когнітивного та шкільного функціонування дитини.

Надзвичайно важливим чинником, що впливає на стан психоемоційної сфери та когнітивний розвиток дитини, є сімейне функціонування. Безпечна і стимулююча дитину сімейна обстановка з мінімальним стресом та тривогою сприяє факторам, що поліпшують когнітивне функціонування, включаючи творчу гру, дорослі заняття, посеред-

ництво у навчанні, розвиток толерантності та впевненість у собі (National Scientific Council on the Developing Child, 2004—2010) [42—45]. Натомість, сімейні стресові фактори можуть призвести до підвищеного рівня тривожності, депресії та зниження успішності [46]. Деформація сімейних відносин та низький соціальний статус, інші проблеми батьків асоційовані з шкільними проблемами дітей; у цьому аспекті школа може відігравати вагому роль у відновленні нормального функціонування дітей-біженців [47].

I. Leth et al. (2014) привертають увагу до проблеми впливу на психіку дітей-біженців їхніх батьків. Батьки-біженці відрізняються від батьків-іммігрантів, що зачіпає низку важливих чинників, які впливають на виховання дитини; на думку авторів під час оцінювання психічної сфери дітей-біженців треба обов'язково враховувати стан психічного здоров'я їхніх батьків [48]. Тривалість збройного конфлікту та насильства в країнах-донорах, небезпека при переміщенні та незадовільні умови у місцях перебування серйозно порушують батьківсько-дитячу взаємодію і можуть призвести до критичних наслідків [49].

Деякі дослідники звертають увагу на взаємний негативний вплив дітей і батьків-біженців. Діти-біженці можуть виявляти особливу чутливість до травматичного досвіду біженців; при цьому їхні батьки, що самі травмуються внаслідок дії катастрофічного стресу, виявляються нездатними відповідати на травматизацію своїх дітей, що, у свою чергу, негативно впливає на їхні взаємовідносини. Діти, які стали свідками насильства щодо своїх батьків, можуть перейматися батьківським страхом і відчуттям неможливості захистити себе [9, 50, 51].

Інші автори звертають увагу на відмінності у психологічних реакціях на переміщення у дорослих і дітей — біженців. Зокрема, прибувши до нового місця проживання, дорослі біженці загалом відчувають полегшення; рішення залишити постійне місце проживання приймалося під тиском війни і загрози життю та здоров'ю, тож вони почуваються у безпеці. Натомість, діти можуть бути не поінформовані про логіку міграції, і в результаті вони можуть реагувати на переміщення гнівом та засмученням, що, у свою чергу, може спричинити у батьків почуття провини. Інша відмінність полягає у тому, що адаптація на новому місці у дорослих зазвичай проходить через процес «пробудження», коли зіткнення з новими суспільними вимогами може спричинити почуття безпорадності або агресивності. Натомість, діти часто адаптуються швидше, легше входять до нового мовного та соціального середовища, налагоджуючи контакти з однолітками [52].

Діти-біженці можуть отримувати недостатню емоційну підтримку від своїх батьків, які змушені постійно боротися з власними проблемами, такими як безробіття, неповна зайнятість і бідність, небезпечне житло, а у низці випадків — також з расистською і ксенофобською поведінкою [53]. У сім'ях біженців можуть бути обмежені можливості соціального спілкування внаслідок малих розмірів та фрагментації спільнот біженців [54]. При цьому самі діти можуть безпосередньо відчувати проблеми бідності та расизму, стикаючись з новим культурним та соціальним середовищем, умови якого можуть бути несприятливими для їхньої психоемоційної сфери та навчання [55].

R. V. Reed et al. (2012), які дослідили психічне здоров'я переміщених дітей та дітей-біженців, наголошують на надзвичайно важливій протективній ролі щодо психічних порушень таких чинників: стабільне сімейне життя,

якісна освіта та суспільна підтримка, отримана переміщеною дитиною під час процесу її інтеграції до місцевих громад [51].

M. Shaheen (2012) дослідив особливості якості життя (включаючи важливі психологічні аспекти) та психосоціальної адаптації дітей-біженців (у віці від 9 до 19 років) за допомогою напівструктурованого інтерв'ювання їх самих, їхніх батьків та шкільного персоналу. При цьому досліджувалося розуміння учасниками дослідження чинників, притаманних новому соціальному середовищу, їх вплив на психічне здоров'я та психологічне благополуччя дітей-біженців, включаючи вивчення стресостійкості та ролі чинників ризику та антиризиків. Було виявлено як негативний (висока концентрація на травматичних подіях), так і позитивний (підвищення рівня стійкості та напрацювання стратегій, що дозволяють більш ефективно долати життєві труднощі і бути успішними і щасливими) вплив фактора переміщення на психіку дітей; водночас наголошується на індивідуальному характері травматичного досвіду. Автор вважає принципово необхідним надання дітям-біженцям можливості відреагування пережитого, що в умовах школи може бути досягнуто через мистецтво та розповіді: дітей слід заохочувати малювати і зображати свою історію життя таким способом, щоб зробити їх сильнішими; школа повинна планувати та виховувати підходи до нарративної терапії, щоб діти могли вільно «розповідати» свої історії. Важливим є також захист дітей від відчуження й агресії приймаючої громади, включаючи додаткову академічну підтримку, спеціальні служби психологічної допомоги та створення доброзичливого до біженця, партнерського шкільного і позашкільного середовища [4].

Враховуючи складний та багатфакторний вплив фактора переміщення на психіку дитини, чимало авторів вважають ключовим завданням досліджень особливостей психологічного реагування дітей-біженців визначення чинників ризику та антиризиків психоемоційних порушень на кожному етапі досвіду біженця. Неприятливий вплив психоемоційного стресу, пов'язаного з бойовими діями, насильством, розлученням з рідними та звичним оточенням тощо, не викликає сумнівів і підтверджений численними дослідженнями [56, 57]. Водночас, деякі автори наголошують на тому, що, незважаючи на неблагополуччя і проблеми, пов'язані з вимушеним переселенням, багато дітей-біженців успішно реалізуються в різних аспектах життя (M. Shaheen, 2012). Вони здатні використовувати внутрішні та зовнішні ресурси не лише для виживання, а й для розвитку і досягнення життєвого успіху [4].

M. Nodes (2000) наголошує, що більшість дітей-біженців справляються з катастрофічними життєвими подіями і важкими обставинами, з якими стикаються вони та їхні сім'ї, тому вкрай важливим є вивчення ресурсів і стратегій подолання стресу, які використовуються цими дітьми для успішного функціонування [58].

Питання співвідношення чинників ризику та антиризиків у генезі психоемоційних порушень у дітей є одним з найбільш важливих та складних питань [59]. E. Werner et al. (1982—2000) зазначають, що протективні фактори і чинники ризику зазвичай поєднуються разом і впливають синхронно [60, 61].

A. J. Sameroff et al. (1987) виокремлюють десять ключових чинників ризику оточення для психоемоційного стану дитини: стан психічного здоров'я матері, підвищена материнська тривожність, жорстка батьківська позиція, вірування та цінності щодо розвитку дитини, недостат-

ність позитивних спонтанних реакцій матері на дитину, незадовільне фінансове становище сім'ї, низький рівень материнства, незахищений соціальний статус, недостатній рівень сімейної підтримки за відсутності одного з батьків, стресові події життя та великий розмір сім'ї [62]. K. Appleyard et al. (2005) вважають, що чим більша кількість цих чинників ризику впливають на дитину, тим більш несприятливим є розвиток дитини [63].

На протилежність чинникам ризику, на кожному з етапів досвіду біженця існують протективні фактори, що сприяють захисту від стресу. Виділяють три групи захисних факторів: диспозицію дитини, включаючи її самооцінку та особливості реагування на нові ситуації; підтримка сім'ї та позитивні стосунки хоча б з одним із батьків; підтримка з боку вчителів, однолітків, родичів та фахівців медичного і психологічного профілю [6]. Ці фактори включають характерологічні та особистісні особливості дитини, сформованість навичок спілкування, розв'язання проблем, здатності шукати і знаходити підтримку з боку оточуючих, вміння оцінювати інших людей та переконання, що їхні дії призведуть до позитивних результатів. M. K. Alvord, J. J. Grados (2005) наголошують на принциповій ролі компетентних батьків, позитивних зв'язків з однолітками, розвиненої та ефективної мережі підтримки, а також наявності ефективної внутрішньошкільної допомоги [64], а M. N. Raghallaigh, R. Gilligan (2010) зазначають, що дітям з емоційними та поведінковими проблемами притаманні специфічні психологічні реакції і копінг-паттерни [65].

M. M. Janssen et al. (2004) зазначають, що фактор відриву від звичного соціального середовища є одним з провідних чинників погіршення психічного здоров'я у дітей та підлітків, а також наявності у них проблем у відносинах з оточуючими [66]. Аналогічні дані наводять H. Nordahl-Jensen, B. E. Holstein (2010), які, базуючись на результатах масштабного дослідження (7056 дітей та підлітків 11—15 років) повідомляють про більшу поширеність нервово-психічних порушень серед переміщених дітей (28 % хлопчиків та 32 % дівчаток проти 18 % та 23 % відповідно у місцевих дітей та підлітків). Водночас, у цьому дослідженні не вдалося виявити значущих розбіжностей в ураженні соматичною (зокрема й психосоматичною) симптоматикою між місцевими та переміщеними дітьми [67].

H. Carlerby et al. зазначають гірший рівень здоров'я та більшу кількість суб'єктивних скарг на погіршення здоров'я у переміщених дітей, більшою мірою виражені у дівчат. Також у дівчаток більш поширеною є депресивна симптоматика. Натомість, у хлопчиків-переселенців більше виражені симптоми ПТСР порівняно з дівчатками [68].

Водночас, інші дослідники визнають гендерні відмінності у проявах психопатологічної симптоматики у переміщених дітей і підлітків несуттєвими або наголошують на недостатній вивченості цього питання [48]. Водночас, R. Goodman et al. (2005) вважають, що відмінності між такими хлопчиками і дівчатками є наслідком впливу загальних гендерних моделей: емоційні розлади більш поширені серед жінок, тоді як чоловіки більш сприятливі до зовнішніх стресових впливів [69].

Дослідження P. Pechtel, D. Pizzagalli (2011) показали, що стресові травматичні впливи справляють різний вплив на різні структури мозку залежно від віку дитини: якщо у ранньому віці (3—5 років) переважала дисфункція гіпокампальних структур, то у старшому віці (14—16 років) локалізація порушень зміщується до лобної кірки [70].

При цьому багато авторів звертають увагу не лише на вплив посттравматичних розладів на стан когнітивних функцій дитини, а й на наявність кореляцій між обмеженням когнітивних можливостей і подальшим ризиком виникнення посттравматичної симптоматики. Зокрема, K. R. Wilson, D. J. Hansen, M. Li (2011) вважають, що притаманна таким дітям знижена здатність до набуття когнітивних навичок є визначальним чинником розвитку ПТСР [71].

S. Nolen-Hoeksema (2008) звертає увагу на те, що в культурах, де рівень поінформованості про проблеми психічного здоров'я невисокий і де власне психологічні проблеми виражені не суттєво, значною є поширеність психосоматичної симптоматики серед дітей. Такі діти можуть не артикулювати чітко власні психоемоційні проблеми, оскільки це не прийнято в їхній культурі (у таких культурах психічні розлади стигматизуються, вважаються ганебними або ігноруються), однак, висловлюють свої почуття психологічного дискомфорту через соматичні скарги [72].

S. R. Sirin, L. R. Sirin (2015), які досліджували сирійських біженців, зауважують, що близько половини їх складають діти і підлітки у віці до 18 років, а близько 40 % — це діти молодші 12 років. Автори зазначають, що біженці загалом частіше, ніж місцеві однолітки, залишають шкільне навчання та виявляють нижчу успішність; їм також часто доводиться працювати, щоб забезпечити виживання сім'ї. Біженці можуть стикатися з дискримінацією та словесним чи фізичним насильством у школах, що ще більше ускладнює навчання і може серйозно вплинути на його результати. Дослідники наводять дані щодо високого ризику порушень психічного здоров'я у сирійських дітей-біженців, що є наслідком потужного психотравмуючого впливу. Зокрема, у 79 % дітей-біженців загинув хтось з членів родини, 60 % стали свідками насильства, поранення або каліцтва і 30 % самі були поранені або зазнали фізичного uszkodження. У 45 % дітей були виявлені ознаки ПТСР, а у 44 % — симптоми депресії. Приблизно у чверті обстежених виявлено психосоматичну симптоматику, зокрема у 20 % — головний біль, що виникає щодня [73].

У дослідженні A. Hjern et al. (2013) було показано, що діти мігрантів страждають від підвищеного ризику тривоги і зниженого рівня життя та успішності; автори доходять висновку, що такі діти потребують допомоги в опануванні навичок ефективного спілкування з однолітками, а також розроблення програм із запобігання дискримінації та сприяння підвищенню добробуту переміщених осіб [74].

Основними післяміграційними факторами, що справляють вплив на психоемоційну сферу та адаптацію дітей-біженців, є мовні та культурні бар'єри, недостатня підтримка суспільства, труднощі шкільної адаптації, погані відносини з батьками і їх психоемоційний стан та внутрішньоособистісний конфлікт [75, 76].

Дослідженням, проведеним в Україні протягом жовтня-грудня 2014 року серед дітей, переміщених з Донецької і Луганської областей та АР Крим, було виявлено, що свої знання про правила безпечної поведінки вважають достатніми 70 % учнів; 88 % знають, куди звертатися за допомогою у складній ситуації. Важливо, що опитані здебільшого зазначили основним джерелом цих знань Інтернет і телебачення (відповідно 72 % та 70 %), що 44 % отримали важливу інформацію від рідних, 38,5 % — від друзів, 17 % — з газет, 6,5 % дітей і підлітків заявили, що не цікавляться такою інформацією. Водночас, вважають свої знання щодо можливос-

тей отримання допомоги у складній життєвій ситуації і для роботи з внутрішньо переміщеними дітьми достатніми лише 42 % педагогів, при цьому серед основних труднощів, пов'язаних із появою дітей-переселенців, ними були визначені: робота з сім'ями та дітьми із зони антитерористичної операції (11 %), емоційна, психологічна, моральна напруженість, конфлікти (13 %), недостатня матеріально-технічна база (9 %). 82 % опитаних педагогів заявили про брак методичних матеріалів для роботи з внутрішньо переміщеними дітьми [77].

П. В. Волошин зі співавт. (2015) повідомляють, що у дітей, які зазнали психотравмуючого впливу, можуть виникати різноманітні варіанти розладів адаптації, що переважно характеризуються прагненням до ізоляції й обмеження контактів, підвищеною стомлюваністю і зниженою активністю, зниженим настроєм, нападами безпричинної дратівливості, зниженням яскравості емоційних реакцій, нав'язливими спогадами, втратою життєвих інтересів, поведінкою уникання, безконтрольною агресією; у таких дітей виявляються також порушення у соматовегетативній сфері: зниження апетиту, прискорене серцебиття; симптоми м'язової напруги; неприємні відчуття у верхній частині живота. Автори виокремлюють декілька провідних клініко-психопатологічних комплексів симптомів з різними клінічними варіантами: з домінуванням астенії (соматичний та астенічний клінічні варіанти), з домінуванням тривожно-фобічної симптоматики (тривожний та іпохондричний клінічні варіанти), з домінуванням поведінкових порушень (дисфоричний і змішаний клінічні варіанти); а також виокремлюють три типи перебігу розладів адаптації у дітей і підлітків: регредієнтний (приблизно 50—55 %), стабільний (38—40 %) і прогредієнтний, з яким пов'язаний найвищий ризик розвитку ПТСР. При цьому виокремлюється два типи поведінки дитини, що пережила психотравмуючу ситуацію: інтерналізована (закритість і уникнення контактів з іншими; ознаки зниженого настрою аж до депресії; недостатність спонтанності та ігрової поведінки; слухняність і легка піддатливість; надмірна пильність і лякливості; фобічні реакції на нетипові подразники; часті головний біль або біль в животі; порушення харчового циклу; схильність до аддиктивної поведінки; можливі загрози самогубством; схильність до дисоціативних розладів; нанесення собі пошкоджень) та екстерналізована (діти можуть бути агресивні, ворожі та деструктивні; вони можуть поводити себе зухвало, самі провокувати або здійснювати напади на інших; вони можуть знущатися над тваринами (аж до їх убивства); схильні до деструктивних форм поведінки (наприклад, до підпалів); їх поведінка може бути сексуально забарвленою або сексуально спрямованою) [77].

Н. П. Бочкор зі співавт. (2014) зауважують, що діти є активними свідками процесів, які відбуваються у суспільстві. У ситуації кризи діти використовують такі стратегії оволодіння собою: компенсація — розмова з друзями, придбання нових речей, відхилення від природного, веселі ігри; уникнення — втеча, заперечення, так ніби нічого не сталося; регрес — замкнутість, отупіння, відмова, «я не можу», сонливість; конфронтація — емоційне і когнітивне «опрацювання» веде до поступового виходу з кризи. Автори зазначають, що у групах дітей, які перебувають у напружених зовнішніх умовах, часто діагностуються розлади адаптації (40—50 %), в генезі яких суттєве значення мають недостатня сформованість вікових соціальних навичок, відсутність особистого досвіду, труднощі в пристосуванні, соціальне походження,

гендерні відмінності. Дуже часто в дітей психопатологічні симптоми ховаються за «фасадом» масивної вегетативної дисфункції. Постійне переживання дітьми дошкільного та шкільного віку емоційних стресів нерідко призводить до психосоматичних розладів: головного і абдомінального болю, кардіалгії, артралгії, розладу дихання, тахікардії, неприємних відчуттів у всьому тілі, з приводу чого дітей часто обстежують в соматичних стаціонарах. Ступінь вираження порушень адаптації у дітей залежить від віку та рівня зрілості дитини: фізичної, психічної і соціальної. Двосторонній зв'язок між психікою і тілом в дитячому віці значно сильніший, ніж припускають; чим молодшими є діти, тим очевиднішим є цей зв'язок. Найбільшу вразливість до розладів адаптації виявляють діти у період вікових криз (3—4 роки, 7—8 років, пубертатний вік), які збігаються із зміною життєвого стереотипу дітей: надходженням у дитячий садок, школу, коледж та ін.; фундаментальні фізичні, гормональні, психологічні і соціальні зміни, які відбуваються в пубертатний період, також нерідко супроводжуються розладами адаптації. На думку авторів, грань між «нормальною» відповіддю на стрес і патологічним тривожним розладом часто вельми розмита, і батькам важко зрозуміти, коли треба звернутися за професійною допомогою; субсиндромальні виражені тривожні порушення найбільш важкі для діагностики, часто не лікуються, при цьому вкрай негативно впливають на якість життя дитини та оточуючих її осіб [78].

I. С. Сьомкіна (2015) наголошує, що соціально-педагогічні проблеми членів сімей переселенців мають комплексний характер; ядром цих проблем є тяжкий травматичний досвід, переживання якого ускладнюється необхідністю адаптуватися у новому середовищі, тобто, спостерігається ефект ретравматизації — одна травма накладається на іншу: загроза життю та благополуччю за місцем попереднього проживання (одна травма) поєднується із необхідністю контактувати із незнайомим середовищем (вторинна травма). На думку автора, особливо стресовою і травматичною ситуацією ці події стали для дітей, які змушені були змінити місце проживання і отримали статус «діти-переселенці», оскільки діти взагалі є більш вразливими та чутливими до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища, аніж дорослі. Пережитий травматичний досвід впливає на когнітивні процеси, особливості поведінки, міжособистісні відносини, самооцінку і, загалом, на світогляд [79].

Отже, діти — внутрішньо переміщені особи складають особливий контингент у плані надання медичної допомоги. Насамперед, будь-яке захворювання у них розвивається на тлі психоемоційного стресу, пов'язаного з переміщенням, втратою житла, мікросоціального оточення, а в низці випадків — і батьків. Це істотно впливає на перебіг соматичних захворювань, а також є вагомим чинником ризику щодо виникнення різноманітних форм психосоматичної патології. Однак, на сьогодні особливості змін у психоемоційній сфері дітей — внутрішньо переміщених осіб внаслідок бойових дій на Сході України практично не вивчені. Це ускладнює розроблення адресних програм психокорекції та психопрофілактики, а також погіршує якість медичної допомоги, що надається таким дітям. Очевидною є нагальна потреба у дослідженні особливостей психологічного стану дітей — внутрішньо переміщених осіб внаслідок бойових дій на Сході України, та розроблення на ґрунті даних таких досліджень сучасних та ефективних підходів до лікування, корекції та профілактики несприятливих змін у психоемоційній сфері дітей.

Список літератури

1. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors [Fazel M., Reed R. V., Panter-Brick C., Stein S.] // *The Lancet*. 2012. Vol. 379. P. 266—282.
2. Jessica Hamblen and Erin Barnett. PTSD in children and adolescents [Electronic Resource] / National Center for PTSD. 2012. URL : http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/ptsd_in_children_and_adolescents_overview_for_professionals.asp (дата звернення 25.09.2017).
3. Fazel M., Stein A. A. School-Based Mental Health Intervention for Refugee Children: An Exploratory Study // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2009. Vol. 14(2). P. 297—309.
4. Shaheen M. The mental health and psychological well-being of refugee children: an exploration of risk, resilience and protective factors. London : University of East London, 2012. 230 p.
5. White paper from the National Child Traumatic Stress Network: Review of child and adolescent refugee mental health / Lustig S., Kia-Keating M., Grant-Knight W., [et al.]. Boston : U.S. Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
6. Review of child and adolescent refugee mental health / Lustig S., Kia-Keating M., Knight W., [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43(1). P. 24—36.
7. Papadopoulos R. K. Refugee families: Issues of systemic supervision // *Journal of Family Therapy*. 2001. Vol. 23. P. 405—422.
8. Papadopoulos R. K. Therapeutic Care for Refugees: No Place like Home. London : Karnac, 2002.
9. De Haene L., Grietens H., Verschuere H. From symptom to context: A review of the literature on refugee children's mental health // *Hellenic Journal of Psychology*. 2007. Vol. 4. P. 233—256.
10. Hodes M., Tolmac J. Severely Impaired Young Refugees // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2005. Vol. 10(2). P. 251—261.
11. Derluyn I., Broekaert E. Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective // *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008. Vol. 31. P. 319—330.
12. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London / Leavey G., Hollins K., King M., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. Vol. 39(3). P. 191—195.
13. Thabet A. A., Abed Y., Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. Vol. 45. P. 533—542.
14. Thabet A. A., Vostanis P., Karim K. Group crisis intervention for children during ongoing war conflicts // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005. Vol. 14, 262—269.
15. Resilience and its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia / Ziaian T., Anstiss H., Antoniou G., [et al.] // *International Journal of Population Research*. 2012. Article ID 485956. P. 1—9. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/485956>.
16. Ingleby D., Watters C. Refugee children at school: good practices in mental health and social care // *Education and Health*. 2002. Vol. 20(3). P. 43—45.
17. Özer S., Şirin S., Oppedal B. Bahçeşehir Study of Syrian Refugee Children in Turkey. Istanbul, 2017. 40 p.
18. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children / Papageorgiou V., Frangou-Garunovic A., Iordanidou R., [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2000. Vol. 9(2). P. 84—90.
19. Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children // *Ibid*. 2004. Vol. 13(6). P. 373—380.
20. Kia-Keating M., Ellis B. H. Belonging and connection to school in resettlement: Young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2007. Vol. 12(1). P. 29—43.
21. Bronstein I., Montgomery P. Psychological distress in refugee children: A systematic review // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011. Vol. 14 (1). P. 44—56.

22. Henley J., Robinson J. Mental health issues among refugee children and adolescents // *Clinical Psychologist*. 2011. Vol. 15 (2). P. 51—62.
23. Alayarian A. Children, torture and psychological consequences // *Torture*. 2009. Vol. 19 (2). P. 145—156.
24. Pechtel P., Pizzagalli D. Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature // *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 214(1). P. 55—70.
25. Masten A. S., Narayan A. J. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience // *Annual Review of Psychology*. 2012. Vol. 63(1). P. 227—257.
26. Hasanović M. Psychological consequences of war-traumatized children and adolescents in Bosnia and Herzegovina // *Acta Medica Academica*. 2011. Vol. 40. P. 45—66.
27. Bradley R. H., Corwyn R. F. Socioeconomic status and child development // *Annual Review of Psychology*. 2002. Vol. 53. P. 371—399.
28. Evans G. W. The environment of childhood poverty // *American Psychologist*. 2004. Vol. 59(2), 77—92.
29. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (NICHD). Duration and developmental timing of poverty and children's cognitive and social development from birth through third grade // *Child Development*. 2005. Vol. 76(4). P. 795—810.
30. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011. Vol. 124 (440). P. 1—46.
31. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country / Vervliet M., Meyer Demott M. A., Jakobsen M., [et al.] // *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014. Vol. 55 (1). P. 33—37.
32. Kaplan I. Trauma, development and the refugee experience: The value of an integrated approach to practice and research. In : *Children and childhoods 3: Immigrant and refugee families* / K. D. Gioia, & P. Whiteman (eds.). Newcastle upon Tyne, UK : Cambridge Scholars, 2013. P. 1—22.
33. Fairbank J. A., Putnam F. W., Harris W. W. The prevalence and impact of child traumatic stress. In : *A handbook of PTSD: Science and practice* / M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (eds.). New York, 2007. P. 229—251.
34. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review // *The Lancet*. 2005. Vol. 365. P. 1309—1314.
35. Beers S. R., De Bellis M. D. Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder // *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159 (3). P. 483—486.
36. Rousseau C., Measham T., Moro M. R. Working with interpreters in child mental health // *Child and Adolescent Mental Health*. 2011. Vol. 16 (1). P. 55—59.
37. Streeck-Fischer A., van der Kolk B. A. Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 34 (6). P. 903—918.
38. Toth S. L., Cicchetti D. Remembering, forgetting, and the effects of trauma on memory: A developmental psychopathology perspective // *Development and Psychopathology*. 1998. Vol. 10 (4). P. 589—605.
39. Graham H. R., Minhas R. S., Paxton G. Learning Problems in Children of Refugee Background: A Systematic Review // *Pediatrics*. 2016. Vol. 1 (37). N. 6. P. 1—17.
40. Palmer D., Ward K. "Lost": listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London // *Medicine, Conflict, and Survival*. 2007. Vol. 23. P. 198—212.
41. Cicchetti D., Toth S. L. Child maltreatment // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 1 (1). P. 409—438.
42. Young children develop in an environment of relationships: Working Paper No. 1. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2004. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/wp1/> (дата звернення 11.03.2017).
43. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working Paper No. 3. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2005. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/wp3/> (дата звернення 09.04.2017).
44. Maternal depression can undermine the development of young children: Working Paper No. 8. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2009. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/maternal-depression-can-undermine-the-development-of-young-children/> (дата звернення 20.03.2017)
45. Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development: Working Paper No. 9. — National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2010. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/persistent-fear-and-anxiety-can-affect-young-childrens-learning-and-development/> (дата звернення 20.03.2017).
46. McBrien J. L. The importance of context: Vietnamese, Somali, and Iranian refugee mothers discuss their resettled lives and involvement in their children's schools // *A Journal of Comparative and International Education*. 2011. Vol. 41 (1). P. 75—90.
47. Candappa M. Building a new life: The role of the school in supporting refugee children // *Multicultural Teaching*. 2000. Vol. 19 (1). P. 28—32.
48. Psychological Difficulties among Children and Adolescents with Ethnic Danish, Immigrant, and Refugee Backgrounds / Leth I., Niclasen J., Ryding E., [et al.] // *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2014. Vol. 2 (1). P. 29—37.
49. Education and refugee students from Southern Sudan. Victorian Foundation for the Survivors of Torture (VFST), Melbourne, Australia, 2005. URL : http://www.uws.edu.au/__data/assets/pdf_file/0011/643934/EducationRefugeeStudentsfromSouthernSudan.pdf (дата звернення 22.10.2017).
50. De Haene L., Grietens H., Verschueren K. Adult attachment in the context of refugee traumatization: The impact of organized violence and forced separation on parental states of mind regarding attachment // *Attachment & Human Development*. 2010. Vol. 12 (3). P. 249—264. doi: 10.1080/14616731003759732.
51. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors / Reed R. V., Fazel M., Jones L., [et al.] // *The Lancet*. 2012. Vol. 379 (9812). P. 250—265. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60050-0.
52. Angel B., Hjern A. Att möta flyktingar [Encounter with refugees]. Lund : Studentlitteratur, 2008.
53. Beiser M. Resettling refugees and safeguarding their mental health: Lessons learned from the Canadian refugee resettlement project // *Transcultural Psychiatry*. 2009. Vol. 46 (4). P. 539—583.
54. Westermeyer J. Migration and psychopathology. In : *Refugee mental health in resettlement countries* / C. L. Williams, & J. Westermeyer (eds). Washington, DC : Hemisphere, 1986. P. 39—59.
55. Rutter J. Supporting refugee children in 21st century Britain: A compendium of essential information. Stoke-on-Trent, UK : Trentham Books, 2001.
56. Stauffer S. Trauma and disorganized attachment in refugee children: Integrating theories and exploring treatment options // *Refugee Survey Quarterly*. 2008. Vol. 27. P. 150—163.
57. Home Office Spotlight on refugee integration: findings from the Survey of New Refugees in the United Kingdom. London : Home Office, 2010.
58. Hodes M. Psychologically Distressed Refugee Children in the United Kingdom // *Child Psychology and Psychiatry Review*. 2000. Vol. 5 (2). P. 57—68.
59. Gutman L. M., Brown J., Akerman R., Obolenskaya P. Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience. London : Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, 2010. 83 p.
60. Werner E. E., Smith R. S. Vulnerable but invisible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York : McGraw Hill, 1982.
61. Werner E. E. Protective factors and individual resilience. In : *Handbook of Early Childhood Intervention* / J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (eds.). Second Edition (chapter 6). Cambridge : Cambridge University Press, 2000.
62. Intelligence quotient scores of 4-year old children: Social-environmental risk factors / Sameroff A. J., Seifer R., Baroca R., [et al.] // *Pediatrics*. 1987. Vol. 79 (3). P. 343—350.
63. When more is not better: the role of cumulative risk in child behaviour outcomes / [Appleyard K., Egeland B., Van Dulmen M. H. M., Sroufe L. A.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005. Vol. 46 (3). P. 235—245.

64. Alvard M. K., Grados J. J. Enhancing resilience in children: A proactive approach // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005. Vol. 36 (3). P. 238—245.

65. Raghallaigh M. N., Gilligan R. Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion // *Child and Family Social Work*. 2010. Vol. 15 (2). P. 226—237.

66. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant Dutch and Turkish adolescents / Janssen M. M., Verhulst F. C., Bengi-Arslan L., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. Vol. 39 (2). P. 133—140.

67. Nordahl-Jensen H., Holstein B. E. Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danske i 5., 7. og 9. klasse (a Danish report based on a health survey of Danish school children from 2006). Kopenhagen, 2010.

68. Subjective health complaints among boys and girls in the Swedish HBSC study: focusing on parental foreign background / [Carlerby H., Viitasara E., Knutsson A., Gådin K. G.] // *International Journal of Public Health*. 2011. Vol. 56 (5). P. 457—464.

69. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community / Goodman R., dos Santos N. D., Nunes R. A., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005. Vol. 40. P. 11—17.

70. Pechtel P., Pizzagalli D. Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature // *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 214 (1). P. 55—70.

71. Wilson K. R., Hansen D. J., Li M. The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects // *Aggression and Violent Behavior*. 2011. Vol. 16 (2). P. 87—97.

72. Nolen-Hoeksema S. *Abnormal Psychology*. Boston : McGraw-Hill, 2008.

73. Sirin S. R., Sirin L. R. *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children*. Washington, DC : Migration Policy Institute, 2015. 32 p.

74. Migrant density and well-being — a national school survey of 15 year-olds in Sweden / Hjern A., Rajmil L., Bergström M., [et al.] // *European Journal of Public Health*. 2013; 23 (5): 823—8. doi: 10.1093/eurpub/ckt106.

75. Richman N. Looking before and after: Refugees and asylum seekers in the west. In : *Rethinking the trauma of war* / P. J. Bracken & C. Petty (eds.). London : Free Association Books, 1998. P. 170—186.

76. Hyman I., Vu N., Beiser M. Post-migration stresses among Southeast Asian refugee youth in Canada: A research note // *Journal of Comparative Family Studies*. 2000. Vol. 31. P. 281—290.

77. Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації в постраждалих унаслідок військового конфлікту [Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін.] // Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник / заг. ред.: Левченко К. Б., Панок В. Г., Трубавіна І. М. Київ : Агентство «Україна», 2015. 170 с.

78. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : методичні рекомендації / [Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін.]. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.

79. Сьомкіна І. С. Соціально-педагогічна робота з сім'ями вимушених переселенців: стан та перспективи // *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2015. № 11. С. 102—105.

Надійшла до редакції 04.10.2017 р.

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net

ПІОНТКОВСЬКА Оксана Володимирівна, доктор медичних наук, професор, головний лікар Харківської обласної дитячої лікарні № 1, м. Харків, Україна; e-mail: o_pion@icloud.com

СОЛОВІОВА Ангеліна Георгіївна, кандидат медичних наук, заступник головного лікаря Харківської обласної дитячої лікарні № 1, м. Харків, Україна

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and medical Psychology, medical and psychological Rehabilitation of Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net

PIONTKOVSKA Oksana, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head Physician of the Kharkiv regional children's hospital number 1, Kharkiv, Ukraine; e-mail: o_pion@icloud.com

SOLOVIOVA Anhelina, MD, PhD, Deputy Head Physician of the Kharkiv regional children's hospital number 1, Kharkiv, Ukraine