

СТРЕС ТА ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

І. П. МАРЦИНОВСЬКА

Військовий конфлікт на території нашої країни, зростаюча тенденція кризових явищ у суспільно-політичних та економічних процесах чинять специфічний вплив на психічне функціонування людей. Травматичні стреси, обумовлені цими чинниками, також мають значні негативні наслідки для дітей та підлітків із порушеннями психофізичного розвитку. Згадані події суттєво порушують базове відчуття безпеки особистості дитини та можуть призвести до розвитку хворобливих станів у вигляді травматичного і посттравматичного стресу, інших невротичних і психічних розладів.

Метою статті є аналіз та узагальнення літературних джерел щодо розуміння проявів посттравматичного стресу (ПТСР) у дітей та підлітків із обмеженими можливостями життєдіяльності; вирішення ПТСР від інших невротичних захворювань, в основі яких лежить стрес та травматичний стрес.

Психофізіологічні особливості впливу стресу на дитячий організм висвітлені в публікаціях О. Анапрієнко, О. Гайдей, С. Болтівця, Л. Гармаш, В. Войціцького, Т. Кульбачки, О. Васильєва та ін. Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань у школярів розглядали М. Скорик, М. Коваль, Н. Коцур, Л. Товкун, Л. Гармаш, Т. Панько та Я. Коломінський описали поведінку дітей, які побували в зоні стихійних лих [11]. Проте практично відсутні дослідження впливу стресу на дітей із обмеженими можливостями життєдіяльності. У дітей із порушеннями інтелектуального розвитку, враховуючи специфіку функціонування пізнавальної, емоційної сфер та складності в диференціюванні та вербалізації своїх переживань, досить проблематичним є діагностування наслідків стресу та травматичного стресу. В МКХ-10 ПТСР входить до групи невротичних розладів пов'язаних зі стресовими та травматичними життєвими подіями. Причому, невротичні розлади – це стани емоційного неблагополуччя, що проявляються різноманітними психоемоційними, соматичними і поведінковими симптомами [12]. Невротичні розлади вважають збірною назвою для групи функціональних психогенних зворотних розладів нервової діяльності, що виникають під впливом зовнішніх причин.

Симптоми неврозу проявляються на двох рівнях: психоемоційному та соматофізичному [12]. Психоемоційні симптоми неврозу проявляються в різких перепадах настрою, без наявної зовнішньої причини; у дратівливості та запальності; вразливості, образливості, плаксивості; високій тривожності, лякливості; зацикленості на травмуючій ситуації, яка має різні прояви в залежності від віку дитини; конфліктності у спілкуванні з оточуючими або прагнення максимального обмеження своїх соціальних контактів. Соматофізична симптоматика неврозу проявляється у швидкій стомлюваності, зниженні обсягу запам'ятовування, складнощях у концентрації уваги; порушенні сну; різноманітних вегетативних негараздах [12]. Окремі симптоми неврозу подібні з психоемоційними та соматофізичними проявами, що супроводжують розвиток дітей з психофізичними порушеннями. Цей факт може ускладнювати розмежування невротичних проявів.

О. Орлов, вивчаючи проблему формування неврозів у дітей та підлітків з порушеннями інтелекту, вказав на неоднозначність висновків науковців щодо цього питання [10]. На разі існують такі підходи до питання формування невротичного розладу в дітей із інтелектуальними порушеннями [10]:

- формування невротичних розладів в осіб з порушеннями інтелекту є принципово неможливим через обмеженість їхньої здатності до абстрактного мислення;

- у дітей та підлітків із інтелектуальними порушеннями може сформуватись невроз, але він протікає з певними особливостями, що обумовлені когнітивними проблемами;

- у дітей та підлітків із інтелектуальними порушеннями можуть формуватись невротичні розлади, котрі не мають суттєвих відмінностей від аналогічних розладів у осіб із типовим розвитком інтелекту.

Низка авторів (В. Гуськов, Т. Ілясова та ін.) вважають виникнення неврозу в осіб із інтелектуальними порушеннями принципово неможливим [7, с. 152]. На думку В. Менделевича, такий підхід збіднює поняття інтелектуальних порушень. Спростовуючи вище зазначений аргумент, автор апелює до психіатричної практики, в якій невротичні розлади в осіб із порушеннями інтелекту не є рідкісними. За результатами проведених досліджень автор робить висновок, що в індивідів із легким ступенем інтелектуальних порушень невротична симптоматика формується переважно внаслідок психотравм [7, с. 152–153]. Д. Ісаєв вважає, що невротичні розлади у дітей та підлітків із легким ступенем інтелектуальних порушень принципово не відрізняються від аналогічних розладів у осіб з типовим розвитком [5, с. 268]. Водночас відзначає наявність у досліджуваної категорії дітей преморбідних особливостей, а саме [2]:

- сприятливого для виникнення невротичних розладів астенічного фону, обумовленого частими соматичними захворюваннями;

- психологічних наслідків функціональної несформованості лобних відділів головного мозку та функціональної дефіцитарності підкоркових утворень мозку, що проявляються в психологічній нестійкості, низь-

кій емоційній лабільності, запальності, поведінковій розгальмованості, низькій здатності до самоконтролю і т.п. (за А. Семенович).

Зовсім не досліджувалась проблема ПТСР у дітей із сенсорними порушеннями. Проте, вивчались стресові реакції та інтенсивність емоцій у стресі дітей та сімей із сенсорними порушеннями; тривожність цієї категорії дітей, а також загалом особливості психічного здоров'я дітей із порушенням діяльності слухового та зорового аналізаторів [4].

Н. Михайлова дослідила, що порівняно з підлітками з типовим сенсорним розвитком, які у стресових ситуаціях сильніше за всіх демонстрували гнів і протест (ці емоції є характерними для підліткової кризи), тоді як їхні незрячі однолітки більш інтенсивно переживали тривогу і фрустрацію, а однолітки з порушенням слуху – напругу та образи [8]. Н. Михайлова довела, що в цілому підлітки з сенсорними порушеннями відрізнялися більш інтенсивними емоціями, що свідчить про нижчий рівень стійкості до стресу [8].

Тривожні розлади є одними з найбільш поширених серед психічних розладів у педіатричній практиці і часто є початком психічних захворювань у майбутньому. Поширеність тривожних розладів у дітей та підлітків оцінюється за даними різних дослідників від 2,5 % до 30 % [4]. Поширеність психічних розладів серед дітей із порушеннями слуху складає 45-50% [4]. За даними Т. Ollendick, J. Matson, W. Hensel рівень тривожності підлітків із порушеннями зорового аналізатора є значно вищим, ніж у дітей з типовим зором, водночас рівні депресії та характеристики "Я-концепції" майже подібні [4].

Особливістю особистісного розвитку підлітків із порушеннями слуху І. Карауш називає незадоволення базової потреби – у безпеці, яка обумовлює порушення емоційних станів, формування різноманітних страхів, тривожність, депресію. Під час порівняльного дослідження групи підлітків із легким ступенем інтелектуальних порушень та сенсорними порушеннями, які перенесли протягом життя психічну травму, та підлітків зі сталим розвитком, які зазнали аналогічних травм, І. Караушем було доведено, що обидві категорії дітей можуть реагувати на життєві труднощі виникненням невротичних розладів [4].

Узагальнення літературних джерел свідчить, що дітям, які пережили психологічну травму, досить важко усвідомити, що з ними сталося. Це, насамперед, пов'язане з їхніми віковими особливостями, недостатнім рівнем соціальної та психологічної зрілості. Дитина часто не у змозі повністю усвідомити сенс того, що відбувається, вона просто запам'ятовує саму ситуацію і свої переживання в цю мить. Інтенсивність переживань може бути дуже висока для дитини, і вона стає надзвичайно вразливою. Гострі реакції виникають у відповідь на фізичний або психологічний дистрес, що характеризується винятковою інтенсивністю психогенного характеру, а саме загроза безпеці, здоров'ю, життю. У дитячому віці інтенсивність травми залежить від неочікуваності, новизни психічного впливу. Разом з тим, чим молодшого віку дитина, тим більше значення мають ці фактори.

С. Богданов вказує на те, що в екстремальних травматичних умовах у дитини спочатку відбувається мобілізація функціональних резервів організму, стресова реакція, вилив гормонів із наступним перерозподілом і спадом [1]. Резерви організму виснажуються, розвивається виражений астено-депресивний стан, нервово-психічне напруження. Якщо вплив екстремальних умов на індивіда не зупинити, можливі стресові розлади, а під час довготривалих впливів – посттравматичні стресові розлади [1, с. 18]. Аналіз літератури дозволяє припустити, що в дітей із інтелектуальними та сенсорними порушеннями існує високий ризик формування стресових і постстресових розладів, оскільки значна кількість цих дітей уже має в анамнезі невротичні симптоми.

Як зазначає Н. Михайлова, вплив на організм психічної травми та хронічних стресових факторів може порушити природню здатність дитини до самовідновлення [9]. Адаптивні можливості дитини значно послаблюються, тому її функціонування в соціумі відбувається зі зниженою активністю, а у певних випадках – повна дезадаптивність. Після травматичних та стресових ситуацій виразним стає ефект сенсibilізації психіки до наступних травматичних чинників [9]. К. Ясперс вважав, що якщо травматична подія не асимільована у внутрішній досвід особистості, то в дитини наявний знижений поріг чутливості до наступних несприятливих життєвих факторів та є підґрунтя для подальшого травмування [9].

Узагальнюючи описані дослідження особливостей формування невротичних та психічних розладів у дітей із порушенням діяльності сенсорних аналізаторів можемо зробити висновок про те що:

- у дітей та підлітків із порушеннями слуху та зору можуть формуватися невротичні розлади, аналогічні розладам осіб із типовим розвитком;
- у дітей із порушенням зору та слуху низька стресостійкість та підвищений ризик невротичних розладів;
- у дітей із сенсорними порушеннями знижений поріг чутливості до травматичних та стресових факторів, оскільки наявна первинна травматизація, пов'язана з порушенням діяльності аналізаторів;
- у дітей із сенсорними порушеннями знижений поріг чутливості до травматичних та стресових факторів, оскільки наявна загальна травматизація родини у зв'язку з народженням дитини з особливими потребами.

Питання впливу стресових та травматичних факторів на особистість дітей із порушеннями опорно-рухового апарату практично не досліджувались, за винятком стресу та копінгу в родині, яка виховує дитину з ДЦП [5]. Однак, посилаючись на педіатричну літературу та спеціальну педагогіку, С. Крижко описує особливості невротичних проявів у дітей та підлітків з ДЦП [5]. У процесі формування системи відносин та особливих умов мікросоціуму в дітей із церебральними паралічами найчастіше особистісними розладами є невротичні розлади [5].

Н. Калижнюк, узагальнюючи дослідження в галузі медицини, стверджує, що існує думка про те, що діти з важкими органічними порушеннями не хворіють невротозами, оскільки більш виразна симптоматика перебиває легшу [3]. У зв'язку з неоднозначністю підходів до цієї проблеми останнім часом з'являється все більше досліджень, присвячених змішаним формам психічних розладів, у тому числі дослідження, що підтверджують поєднання невротів і резидуально-органічних уражень головного мозку (Е. Алешкевич, Б. Півень та ін.) [3]. Дитина з ушкодженням центральної нервової системи в повсякденному житті зіштовхується зі значно більшою кількістю невротичних факторів (психотравмуючі ситуації в родині, у навчальному закладі, у соціумі), ніж дитина з типовим розвитком. Дослідження дітей із церебральними паралічами, що навчаються в спеціальному закладі, проведене Е. Крижко, показало, що 70 % з них мають невротичну і невротоподібну симптоматику [5]. Також, він констатує, що після появи невротичної симптоматики батьки дітей із ДЦП, а нерідко і фахівці, які працюють із ними, про причини розладу не замислюються. Всі зусилля зосереджуються на подоланні саме симптомів (емоційної вразливості, плаксивості, тривоги, страху, головного болю, порушень сну, тиків, енурезу, енкопрезу і т.п.). Заходи, спрямовані лише на боротьбу з симптомом, зазвичай, є безуспішними. Якщо все ж і вдається впоратися з симптомом, то через деякий час він повертається знову в первинній або змінній формі [3].

Отже, теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок про те, що:

- діти із порушеннями опорно-рухової системи під впливом несприятливих факторів можуть мати невротичні симптоми та стани;
- невротичні розлади мають подібну симптоматику з постстресовими розладами;
- у дітей із порушенням опорно-рухового апарату виникає проблема з визначенням невротичних розладів, а звертається увага на окремі симптоми.

Актуальними є дослідження Н. Макаруч, що проводились під час надання психосоціальної допомоги дітям з особливими потребами в подоланні наслідків перебування в зоні військового конфлікту на Сході України [6]. Діти і підлітки, які перебували протягом тривалого часу в зоні військових дій, переживаючи спектр травматичних ситуацій, мали показники психологічних та соматичних гострих реакцій на стрес. Таким чином, дослідження проблеми розвитку та життєдіяльності дітей із порушеннями психофізичного розвитку, які перебували в зоні АТО, дало можливість встановити, що [6]:

- чинники неструктурованої агресії, як результат перебування в кризовому регіоні виступають домінуючими в порушенні безпеки життєдіяльності дітей, сприяють появі психічної травматизації, що впливає на психічне здоров'я і благополуччя;
- втрата безпеки детермінує порушення адаптації дітей і підсилює розгортання подальшої травматизації поза зоною військових дій. Виявлено, що цим дітям здебільшого притаманні симптоми посттравматичного розладу, тривожно-фобічні розлади з панічними проявами. Встановлено спектр порушень соматичної складової здоров'я. Цей фактор визначає взаємообумовленість часової локалізації перебування в зоні військового конфлікту та тривалості впливу негативних чинників на функціонування психічної діяльності дітей;
- підвищення тривожності й роздратування як форми аутоагресії, що детермінує депресію та суїцидальні нахили. Встановлено взаємообумовленість між віком і тенденціями подолання психічної травматизації. Зокрема підтверджено, що чим меншими є діти, тим легше їм долати травму.

У міжнародній статистичній класифікації хвороб (МКХ-10) ПТСР входить до групи невротичних захворювань (F40 – F48), що пов'язані зі стресом [12]. Проте вплив травматичних та стресових життєвих ситуацій на психіку дітей із порушеннями психофізичного розвитку практично не досліджувались у сучасній медичній та психолого-педагогічній науці. Проблема стресу та травматичного стресу в дітей з особливими потребами потребує ґрунтовного вивчення. Диференціація симптомів ПТСР від інших невротичних розладів сприятиме вчасному встановленню проблеми, наданню необхідної корекційної та терапевтичної допомоги на різних етапах розвитку дитини з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел:

1. Богданов С.О. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів „Безпечний простір” : навчально-методичний посіб. Київ : НАУКМА, ГЛІФ Медіа. 2017. 208 с.
2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 391 с.
3. Калыжнюк Э. С. Психические нарушения при ДЦП. Москва, 1987. 309 с.
4. Карауш И.С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями. URL : <https://docplayer.ru/26391700-Psichicheskoe-zdorove-detey-s-sensornymi-narusheniyami.html> (дата звернення : 01.04.2019).
5. Крыжко Е. В. Влияние психологической коррекции на личность подростков с церебральным параличом. *Образование и наука*. 2007. № 3. С 37–40.
6. Макаруч Н. Психологічна допомога дітям з особливостями психофізичного розвитку у подоланні наслідків перебування у зоні військового конфлікту. *Сучасні технології в освіті*. веб-сайт. URL : <http://csnukr.in.ua/articles/147268.pdf> (дата звернення : 01.04.2019).
7. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина. Москва : МЕДпресс-информ. 2002. 608 с.
8. Михайлова Н. Ф. Стрессовые эмоции и копинг-поведение в „особых семьях”. *Вестник СПбГУ. Сер. 12*. 2014. Вып.4 URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/stressovye-emotsii-i-koping-povedenie-v-osobyh-semyah> (дата звернення: 01.04.2019).
9. Михайлова Н.Ф. Стресс повседневной жизни и совладение с ним в неполных семьях слепых и глухих подростков. *Проблемы современного педагогического образования*. веб-сайт. URL : <https://elibrary.ru/item.asp?id=30710864> (дата звернення : 01.04.2019).

10. Орлов О.В. До проблеми формування невротичних розладів у дітей та підлітків з легкою розумовою відсталістю. URL :: [file:///C:/Users/User/Downloads/ooor_2013_4\(2\)_34%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ooor_2013_4(2)_34%20(5).pdf) (дата звернення : 01.04.2019).
11. Силенок И.К. Характеристика посттравматического синдрома подростков. *Вестн. Адыгейск. гос. ун-та: Педагогика и психология*. 2013. № 3.
12. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. *Сер. „Психологія. Психіатрія. Психотерапія”*. Львів: Видавництво Українського католицького університету. 2014. 112 с. URL : <http://undisspn.org.ua/assets/sinaps.pdf> (дата звернення : 01.04.2019).

*Рецензент – д.пед.н., професор,
завідувач кафедри корекційної педагогіки
та інклюзивної освіти Кам'янець-Подільського
національного університету імені Івана Огієнка
Миронова С. П.*